



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO
TESIS**

**PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE
CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS
PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA**

Autor:

Bach. Guevara Zavaleta Sarita Lucila

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2671-6835>

Asesor Especialista:

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4073-7387>

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

**Pimentel – Perú
2020**



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ESTOMATOLOGÍA

**“PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL
EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA”**

AUTOR

SARITA LUCILA GUEVARA ZAVALETA

PIMENTEL – PERÚ

2020

**“PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS
ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA”**

APROBACIÓN DE LA TESIS

Dra. Valenzuela Ramos Marisel Roxana

Presidente del jurado de tesis

Mg. Portocarrero Mondragón Juan Pablo

Secretario del jurado de tesis

Dra. La Serna Solari Paola Beatriz

Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria:

A mi familia, que no deja de confiar en mí.

Agradecimiento:

A Dios por su amor infinito.

A mi familia, por sostenerme siempre.

Al Dr. Juan Carlos Callejas Torres por su gran vocación de Maestro.

A la Dra. CD. Paola la Serna Solari por su disponibilidad y conocimientos compartidos.

RESUMEN

La educación para la salud motiva a las personas a practicar hábitos de vida saludables, siendo una herramienta sencilla y de bajo costo que nos permite conseguir equidad en salud. La odontología en los últimos años ha priorizado el enfoque preventivo ya que está comprometida con preservar las estructuras dentarias libres de enfermedad, siendo los primeros años de vida el momento clave para evitar el desarrollo de la caries dental y ya que la alta prevalencia de caries dental en niños no es solo una responsabilidad para la profesión odontológica, sino que es un problema de salud pública, que amerita la atención de todos los profesionales encargados de cuidar el bienestar del niño en sus primeros años de vida es que el objetivo de esta investigación fue elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños, para desarrollar los conocimientos, de los profesionales en enfermería y sus jefes directos en la Micro Red Pachacútec. La investigación fue de tipo cuantitativo- aplicada, y de diseño transversal- observacional. La muestra no probabilística estuvo conformada por 40 profesionales en enfermería y 18 jefes directos, con el fin de triangular la información para obtener un mayor control de calidad en el proceso de investigación, el instrumento utilizado fue un cuestionario de 17 preguntas dividido en 3 dimensiones, elaborado específicamente para la investigación y validado por el juicio de experto. En los resultados encontramos que, ya que cada uno de los 40 profesionales en enfermería y 18 jefes directos evaluados respondieron 17 preguntas cada uno, solo el 24.5% y 22.8% fueron correctas respectivamente. Por lo tanto, se concluye que los conocimientos son bastante insuficientes en ambos casos. Estos indicadores se revirtieron notablemente luego de la aplicación parcial del programa para la primera dimensión.

Palabras Clave: Enfermería, programa educativo, prevención, caries dental, niño.

ABSTRACT

Health education motivates people to practice healthy lifestyles, being a simple and low-cost tool that allows us to achieve equity in health. Dentistry in recent years has prioritized the preventive approach since it is committed to preserving disease-free dental structures, the first years of life being the key moment to avoid the development of dental caries and since the high prevalence of dental caries in children, it is not only a responsibility for the dental profession, but it is a public health problem, which deserves the attention of all professionals in charge of caring for the well-being of the child in their first years of life is that the objective of this research was develop an educational program on the prevention of dental caries in children, to develop the knowledge of nursing professionals and their direct bosses in the Micro Pachacútec Network. The research was quantitative-applied, and cross-sectional-observational. The non-probabilistic sample consisted of 40 nursing professionals and 18 direct managers, in order to triangulate the information to obtain greater quality control in the research process, the instrument used was a questionnaire of 17 questions divided into 3 dimensions, developed specifically for research and validated by expert judgment. In the results, we found that since each of the 40 nursing professionals and 18 direct managers evaluated answered 17 questions each, only 24.5% and 22.8% were correct, respectively. Therefore it is concluded that the knowledge is quite insufficient in both cases. These indicators notably reversed after the partial application of the program for the first dimension.

Key Word: Nursing, educational program, prevention, dental caries, child.

Índice

	Pág.
Carátula	ii
Aprobación del jurado	iii
Dedicatorias	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstrac	vii
Índice	viii
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Antecedentes de Estudio	13
1.3. Teorías relacionadas al tema	19
1.4. Formulación del Problema.	44
1.5. Justificación e importancia del estudio	44
1.6. Hipótesis	46
1.7. Objetivos	46
1.7.1. Objetivos General	46
1.7.2. Objetivos Específicos	46
II. MATERIAL Y MÉTODO	

2.1.	Tipo y Diseño de Investigación	47
2.2.	Población y muestra	47
2.3.	Variables, Operacionalización. (Variable dependiente o problema)	46
2.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	49
2.5.	Procedimientos de análisis de datos	50
2.6.	Criterios éticos	51
2.7.	Criterios de Rigor científico	51
III.	RESULTADOS	52
3.1.	Resultados en Tablas y Figuras	52
3.2.	Discusión de resultados	56
3.3	Aporte práctico (propuesta, si el caso lo amerita)	60
3.4	Valoración y corroboración de los resultados	77
3.4.1	Valoración de los resultados (taller de socialización, criterio de expertos, etc.)	77
3.4.2	Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico	78
3.4.3	Corroboración estadística de las transformaciones logradas	
IV.	CONCLUSIONES	83
V.	RECOMENDACIONES	84
VI.	REFERENCIAS	85

I.- INTRODUCCIÓN:

1.1 Realidad Problemática:

Para hablar de salud bucal debemos considerar la ausencia de: dolor, lesiones cancerígenas, procesos infecciosos, encías y periodonto patológicos, caries y pérdida de dientes entre otros padecimientos los cuales disminuyen la capacidad del sistema estomatognático, comprometiendo el bienestar integral del ser humano. La salud bucal se relaciona con múltiples funciones las cuales desde los primeros años de vida permiten el crecimiento y desarrollo normal del individuo tales como: La masticación, la deglución, la digestión, la fonética, la estética relacionada con la autoestima; en conclusión: la calidad de vida.¹

La caries en la actualidad es la enfermedad crónica más común en la infancia, 9 de cada 10 niños de 3-5 años tienen caries en el Perú^{2,3} La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD)^{4,5} en el 2016 alienta a las instituciones de salud y a los involucrados en la vigilancia de los niños a implementar prácticas preventivas que disminuyan los riesgos de un niño a desarrollar esta enfermedad, debido a que ocasiona graves repercusiones en su salud general tales como: dolor agudo, abscesos, manejo hospitalario de urgencia, alteración en su crecimiento físico y en sus competencias de formación académica, además de dificultad para manejar estas complicaciones en la consulta externa, sin olvidar los costos elevados de tratamiento que podrían ser reducidos priorizando el enfoque preventivo⁶.

Al mismo tiempo, un niño con caries en los dientes deciduos tiene altas probabilidades de desarrollar en la vida adulta gran cantidad de procesos cariosos y por ende restauraciones en los dientes permanentes. Si bien la caries dental es la enfermedad más prevalente actualmente es PREVENIBLE.⁷ Por lo tanto todo el personal de salud involucrado en la atención de niños, es responsable de intervenir oportunamente y prevenir las consecuencias biológicas, económicas y sociales que acarrea esta enfermedad, logrando así un trabajo articulado para ofrecer mensajes únicos en prevención de caries dental en todas las áreas de la salud basados en la mejor evidencia científica.⁸

La alta prevalencia de caries dental en niños la convierte en un problema de salud pública que necesita ser atendida por todos los profesionales de la salud relacionados con el cuidado del niño a lo largo de su desarrollo, En nuestro país, los profesionales en enfermería juegan un rol importantísimo en la prevención de caries dental, ya que brindan atención en salud prioritariamente a los niños desde sus primeras horas de vida hasta los 11 años, pasando por los periódicos controles de crecimiento y desarrollo donde tienen la oportunidad de evaluar la cavidad bucal incluso antes que el niño llegue a su primera consulta odontológica y ofrecer una correcta orientación a los padres de familia en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental. Pero, ¿Están listos para afrontar la responsabilidad de proporcionar información relevante y realizar una oportuna derivación?⁹

Dentro de las atenciones propias de los profesionales en enfermería se priorizan la evaluación de crecimiento y desarrollo, el cumplimiento del calendario de vacunación y la orientación en nutrición, sin embargo dentro del protocolo no se incluye la revisión y consejería odontológica durante estas consultas, por ello se pierde una oportunidad fundamental para la labor preventiva.⁹

Según Santa cruz (2019), en su investigación de nivel de conocimiento y prácticas de salud bucal en profesionales en enfermería de posgrado, llega a la conclusión de que los niveles de conocimientos y prácticas sobre salud bucal en los profesionales en enfermería son deficientes por lo que recomienda la implementación de programas educativos dirigidos a estos profesionales de la salud.¹²

Los profesionales en enfermería no le dan a la prevención de caries dental el lugar importante que esta se merece por ende en la Micro red Pachacútec, se observó:

- Falta de interés para incorporar prácticas preventivas de caries dental dentro de la atención de control de crecimiento y desarrollo.
- Falta de conocimientos actualizados para instruir a los padres de familia en etiología y prevención de caries dental en niños.
- Falta de conocimientos para realizar un diagnóstico y derivación oportunos al área de odontología.

El análisis de la problemática, ha llevado a formular el siguiente **problema científico:**

Insuficiencias en el proceso educativo preventivo, limitan los conocimientos preventivos de Caries dental.

De ahí que el papel de los profesionales en enfermería en una institución del estado con gran población infantil asignada, es fundamental, dado que los programas en prevención de caries dental son insuficientes, por lo tanto el personal de salud que tenga un trabajo directo con los niños constituye una pieza clave en la prevención de caries dental, es inminente entonces la conformación de equipos multidisciplinarios con profesionales que tengan conocimientos actualizados y adecuados para hacer frente a la realidad económica y social de nuestro país.

Es por esto la importancia de esta investigación, para así, diagnosticar la realidad y consecuentemente estandarizar conocimientos en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental en niños con los profesionales en enfermería.

En consecuencia, las **posibles causas** que dan origen a esta problemática son:

- Inexistencia de programas educativos para capacitar a los profesionales en enfermería en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental.
- Insuficiente praxeología en el desarrollo del proceso educativo preventivo para motivar al personal de enfermería.
- Insuficiente orientación didáctico metodológica para el desarrollo del proceso educativo preventivo en los padres de familia.

De estas causas se define que el **Objeto de Investigación** es el proceso educativo preventivo de caries dental en niños, orientado a los profesionales en enfermería.

La educación para la salud viene a ser la herramienta que nos permite desarrollar el conocimiento mediante estrategias de aprendizaje, abarcando información en salud para que los individuos obtengan habilidades con las cuales puedan evitar la enfermedad y además conscientemente deseen vivir saludablemente.¹⁰

Para conseguir la efectividad de esta herramienta debemos trabajar en un cambio de conducta a través de modelos educativos personalizados a la realidad particular, consiguiendo así que la información de salud promueva evitar los factores de riesgo a los que el mismo individuo se expone.^{10,11}

Almaraz J (2017) en su estudio sobre Programas de educación para la prevención del ébola, señala que la capacitación al personal de salud del primer nivel de atención es uno de los recursos más importantes para, a través de la educación, poder concientizar a los profesionales en enfermería en el cumplimiento de los protocolos y pautas y así establecer un compromiso y mayor responsabilidad para el cumplimiento de objetivos.¹³

Sin embargo, a pesar de que los programas educativos ofrecen beneficios para quienes los reciben, la oferta de programas educativos en salud bucal que se ofrece a los profesionales en enfermería es insuficiente o nula consecuentemente la actitud que toman respecto a la etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental y su oportuna derivación es indiferente.

El **campo de acción** de la presente investigación fue la dinámica del proceso educativo preventivo de caries dental en niños, orientado a los profesionales en enfermería.

1.2. Trabajos Previos:

Hasta el siglo pasado los enfoques de la odontología a nivel mundial fueron prioritariamente recuperativos, el ánimo de encontrar el material ideal para realizar restauraciones que imiten de la manera más efectiva las propiedades físicas y características propias de la estructura dental natural, se convirtió en la prioridad, sin embargo, en el siglo XXI la odontología ha dado un giro hacia la prevención como prioridad. Ya que múltiples estudios han demostrado que la aplicación de estrategias preventivas para la conservación de las estructuras naturales del aparato masticatorio, son mucho más efectivas y eficientes, no solo para el paciente sino también para su entorno y la salud pública.

Se ha demostrado que la configuración de grupos multidisciplinarios de personal de salud en las estrategias preventivas produce un efecto enormemente positivo en la salud bucal de los niños por tal motivo se ha vuelto una prioridad dentro de la investigación científica, diagnosticar, evaluar y mejorar los conocimientos y capacidades de todo el personal de salud que intervenga en la atención integral de los niños.

Los niveles de conocimiento y aplicación de programas educativos en prevención de caries dental han venido siendo evaluados por diferentes investigadores tanto en el mundo, como en la realidad nacional y local, a continuación, presentamos los más relevantes:

Santa Cruz G, Pérez A, Villagra R, Achucarro G. (Asunción, Paraguay 2019) En esta investigación se valoró el grado de conocimientos y hábitos sobre salud bucal en estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Asunción. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario sobre salud bucal auto

administrado y anónimo. Se determinó que el 57,83% tuvieron conocimientos regulares y el 55,42% hábitos regulares en salud bucal. Se evidencio relación directa entre el grado de conocimientos y los hábitos practicados. Se llega a la conclusión que los niveles de conocimientos y hábitos sobre salud bucal en los estudiantes de posgrado están incompletos por lo que se propone programar y desarrollar planes educativos en el área.¹²

Díaz C, Quintana M, Morel M, Espínola M, Bejarano N. (Paraguay, 2017) El estudio tuvo como objetivo delimitar el conocimiento y la actitud sobre prevención de caries dental en niños, en el personal médico residente, en la Asunción-Paraguay. Se aplicó un cuestionario con 10 preguntas sobre conocimiento de caries dental y 6 preguntas sobre actitud, la población estuvo conformada por 98 residentes de Pediatría. Los resultados fueron 83,67% conocimiento insuficiente, 16,33% conocimiento regular y 0% conocimiento bueno. El 96,94% evidencio actitud positiva, el 3,16% una actitud indiferente y 0% actitud negativa frente a la responsabilidad del pediatra en la prevención de caries dental. Las conclusiones que se obtuvieron describen que el mayor porcentaje de médicos residentes, tiene conocimientos insuficientes y actitud positiva. Por este motivo se recomienda que se incluya en la currícula académica los conocimientos actualizados para promover la salud bucal del niño desde las consultas pediátricas.¹⁴

Valenzuela D, (Chile, 2015) Este estudio busco evaluar el conocimiento en salud bucal del personal que trabaja en los establecimientos que priorizan la atención primaria en salud de la Quinta Región, Chile. El estudio fue de corte transversal. Cada establecimiento de salud tiene un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, enfermero, obstetra, nutricionista y técnico paramédico, a los cuales se les aplicó una encuesta para recabar información. El resultado evidenciado fue que el personal de salud obtuvo un 49% de respuestas correctas. Entonces se concluye que el conocimiento en salud bucal de los trabajadores de salud de los centros de atención primaria es insuficiente.¹⁵

Corchuelo J, Mambuscay J, (Cali, Colombia 2015) La investigación se orientó a identificar con que conocimientos cuentan los estudiantes de medicina, enfermería y odontología de instituciones educativas acreditadas de la ciudad de Cali, Colombia;

sobre la salud bucal de las gestantes y que complicaciones gineco-obstétricas relacionadas con patologías bucales se pueden presentar. Se evaluó a 257 estudiantes del último año de estudios de instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Cali, se realizó un estudio transversal analítico. El instrumento de recolección de datos recogía además aspectos sociodemográficos. El estudio concluye demostrando que existen deficiencias en conocimientos acerca de la salud bucal de las gestantes entre los estudiantes evaluados. Por lo tanto, se evidencia la oportunidad de fortalecer la formación académica en los futuros profesionales de la salud que atenderán a la madre y a su niño y que implicará actualizar el plan de estudios con temas que contribuyan en la atención integral de la gestante durante sus controles prenatales y del niño durante los controles de crecimiento y desarrollo.¹⁶

Gómez W, (Puno, Perú 2017) El trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los profesionales del Hospital Rafael Ortiz Ravinez, Distrito de Chucuito, Puno, correspondiente al servicio de gineco-obstetricia. Se encuestó a los participantes con 20 ítems, voluntariamente participaron, médicos, licenciadas en enfermería, obstetras y técnicos en enfermería del área, la encuesta diagnosticó la variable nivel de conocimiento y esta se evaluó en tres escalas; malo, regular y bueno. El contenido de la encuesta se basó en prevención de enfermedades bucales más prevalentes en niños y gestantes. Como resultado se observó que el 33.3% de los profesionales en estudio obtuvieron un nivel bueno, el 43.3% obtuvieron un nivel regular y el 23.3% obtuvieron un nivel malo. Entonces concluimos que el nivel de conocimiento en salud bucal de los profesionales del área, fue regular con un 43.3 %, bueno con 26.7% y malo con un 30 %. Con respecto a las licenciadas en enfermería el mayor porcentaje obtuvieron una escala regular y buena con un 37.5% cada una y 25% malo.¹⁷

Córdoba C, (Huancavelica, Perú 2019) La investigación científica cuyo objetivo fue definir el conocimiento de caries de la infancia temprana en el personal de salud de la Micro Red Concepción. Participaron todos los trabajadores de salud, siendo un total de 70, se aplicó un cuestionario con 16 ítems. Los resultados encontrados fueron: el personal de salud tiene una edad promedio de 40 años, en su mayoría de sexo femenino; la mayor cantidad de personal de salud encuestados fueron licenciadas en enfermería y obstetras con el 27.1% y 22.9% respectivamente. Según el vínculo laboral se clasificó

en nombrado 50%, contratado 25.7% y SERUMS 24.3%. La mayoría tuvieron de 1 a 10 años de servicio (61.4%). Concluimos que el conocimiento tiene un rango bueno en el 79% y un rango regular en el 21%. Por lo tanto, el personal de salud de la Micro Red Concepción tiene un buen rango de conocimiento sobre caries dental.¹⁸

Torre R, Ríos M (Iquitos, Perú 2017) se realizó esta investigación para definir la influencia del programa Educativo para prevenir la caries dental en escolares de la IE N° 61006 del Distrito de Belén. Investigación de método cuantitativo y de diseño no experimental y tipo cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por 40 alumnos debidamente matriculados y presentes en nómina escolar. Para la obtención de datos se realizó una entrevista y se utilizó el método de la observación, para recoger los datos se utilizó un cuestionario realizado por el investigador y validado por experto. En las conclusiones se evidencia que el programa educativo influye positivamente en la prevención de caries dental y mejora notablemente el conocimiento de los niños. Los resultados exponen para el grupo experimental un conocimiento malo de 92.5% y para el grupo control 95% malo, todo ello antes de la aplicación del programa, los resultados post aplicación de programa educativo fueron, el 52,5% del grupo experimental presentó un conocimiento regular y la incidencia de caries disminuyó al 0% de niños sujetos al programa, estos datos demuestran que el programa es un instrumento efectivo para trabajar en prevención de caries dental.¹⁹

Torres G, Blanco D, Anticona C, Cisneros R, Antezana V, (Lima, Perú 2015) La investigación buscó definir los gastos que origina a las familias y al Estado Peruano los servicios odontoestomatológicos de niños con Caries dental, el estudio tuvo lugar en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú. Investigación descriptiva, transversal y observacional. 629 niños de 71 meses se seleccionaron aleatoriamente, la muestra fue dividida en niños sanos y niños con caries de infancia temprana y según recibieron tratamiento preventivo o tratamiento restaurador con recursos adicionales como sedación o anestesia general. La determinación de gastos ocasionados se realizó a través de entrevistas a las madres o apoderados de los niños, y el hospital cálculo los gastos según el reporte económico de la institución. La caries de infancia temprana tuvo una frecuencia de 82.19% en la muestra evaluada. El promedio de lo que las familias gastan en tratamientos preventivos en niños sanos es de S/.30.00 en cambio en los pacientes que han desarrollado la enfermedad las familias gastan en promedio montos superiores a

S/.113.00 en tratamientos restaurativos como consecuencia de la caries de infancia temprana. Los niños que necesitan anestesia general para realizar sus procedimientos gastan en promedio S/.639.00, aproximadamente, 20 veces superior que el presupuesto utilizado en procedimientos preventivos. Del costo total del tratamiento el mayor porcentaje es asumido por la institución del estado. En conclusión, se define que la caries dental relacionada a la salud pública, ocasiona elevados gastos directos e indirectos a las familias y al estado peruano representado por las diferentes instituciones del Minsa a lo largo del país. Con todo lo investigado se confirma que las medidas preventivas son más económicas.²⁰

Martínez A, Túllume E, (Nuevo Chimbote, Perú 2017) El programa educativo “sonrisas brillantes” fue evaluado en este estudio científico cuyo objetivo fue evidenciar la efectividad del programa para mejorar la salud bucal de los escolares en nuevo Chimbote. La población a estudiar estuvo conformada por 28 alumnos de la I.E los datos se recogieron gracias a los instrumentos: lista de cotejo para el correcto cepillado dental (MINSA) y el programa educativo “Sonrisas brillantes”, al finalizar se llegó a la conclusión de que antes de ser aplicado el programa educativo el 100% de los escolares presentó salud bucal deficiente y el 0.0 % salud bucal adecuada. Por el contrario, después de la aplicar el programa educativo el análisis dio como resultado que el 82.1 % de los escolares presentaron salud bucal adecuada y el 17,9% salud bucal deficiente. En consecuencia, se define que el programa educativo “sonrisas brillantes” es altamente efectivo para mejorar la salud bucal de los escolares.²¹

Cervantes S, Sucari W, Padilla T (Puno, Perú 2020) Esta investigación está orientada a evaluar un programa educativo de salud bucal en infantes menores de 5 años teniendo como objetivo mejorar los niveles de conocimiento en técnicas preventivas de salud bucal aplicando el programa educativo denominado “boquitas sanas, caritas felices”. Para ello se recurrió al método educativo y comunicativo. Los resultados permitieron afirmar que el programa en estudio debe tomarse en cuenta para promocionar la salud bucal ya que este desarrolla el conocimiento adecuado en la población adulta y esto se evidencia en la salud bucal de los infantes después de la intervención. Analizados los resultados los autores concluyen que el programa educativo de promoción en Salud Bucal mejora favorablemente los conocimientos de los padres y esto repercute en la salud bucal de los niños. Por tanto, queda Demostrado que la educación continua en

salud bucal preventiva mejora indudablemente las aptitudes y conocimientos de las poblaciones intervenidas y por ende su salud.²²

Becerra, A (Pimentel, Perú 2017) El objetivo de esta investigación fue definir la conducta, conocimiento y actitud de pediatras en la ciudad de Chiclayo con respecto a la salud bucal en infantes. La muestra estudiada fue de 68 pediatras que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Obteniendo los resultados y analizándolos se concluye que el 70.4% de pediatras tiene una conducta indiferente frente a la salud bucal de los niños, el 15.5% conducta inadecuada y 14.1% conducta adecuada. En lo que corresponde al conocimiento el 31% de pediatras tiene un conocimiento bueno, 39.4% regular y 29.6% un conocimiento deficiente. Sobre la actitud, se observa que 73.2% de pediatras manifestó una actitud neutra, 19.7% actitud negativa y 7% actitud positiva. Dados estos resultados se hace de vital importancia recomendar la incorporación de programas actualizados sobre prevención y diagnóstico en salud bucal en los planes curriculares de los sílabos de segunda especialización en pediatría.²³

Díaz D, Paredes C (Cajamarca, Perú 2018) El trabajo de investigación se concentró en diagnosticar el conocimiento sobre caries de infancia temprana en los trabajadores de salud que brindan atención primaria, en la provincia de Cajamarca. Se aplicó un cuestionario de 16 preguntas diseñado para el estudio a 129 profesionales de la salud. Luego del análisis de resultados se pudo concluir que los profesionales evaluados tienen conocimientos considerables por encima del 60%. Los cirujanos dentistas son los profesionales que tiene un mayor conocimiento sobre la caries de infancia temprana a continuación los técnicos en enfermería y los profesionales en enfermería. A diferencia de los profesionales en obstetricia y medicina son los que demostraron tener menor conocimiento sobre el tema. Se evaluó también el nivel resolutivo de cada establecimiento y se identificó que los profesionales que trabajan en los niveles I-2 y II-1 tenían un conocimiento mayor en comparación con los del nivel I-3 y I-4. A pesar de ello la diferencia no fue significativa estadísticamente. Adicionalmente los profesionales con menor tiempo de servicio evidenciaron un mayor conocimiento. No hubo una diferencia importante ni significativa entre los conocimientos y el sexo del personal de salud evaluado.²⁴

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

1.3.1 Caracterización teórica del proceso educativo preventivo y su dinámica.

1.3.1.1 Educación para la salud preventiva

Actualmente se considera a la educación para la salud como una ciencia que brinda información, motiva y ayuda a las personas a practicar hábitos de vida saludables e instruye a los individuos y a la comunidad para que ejerzan un papel activo, en la planificación, administración y evaluación de acciones en salud pública.

Ahora bien, para realizar acciones de educación para la salud se deben encaminar en 4 direcciones.⁵³

- Orientado a los individuos, grupos de la población en general.
- Orientado a las redes sociales de la comunidad en un mundo globalizado por el internet no se puede pasar por alto este punto.
- Orientado al propio equipo de salud, para que obtengan conocimientos que luego podrán replicar con los pacientes a su cargo y en su propia salud.
- Orientado a los encargados de encaminar las políticas de salud, y a los Administradores Públicos, de tal manera que se consiga el soporte y financiamiento para ponerlas.

La educación para la salud, se encarga de fomentar la equidad en salud, contribuyendo al desarrollo de la sociedad, ya que forma a cada persona para que valore y preserve su salud de manera voluntaria, logrando así que la persona evite situaciones y comportamientos de riesgo.⁵³

1.3.1.2 Educación para la salud en odontología.

Ya que es parte de las ciencias de la salud, la odontología no puede ser ajena al campo social, ya que su prioridad es conservar la salud del ser humano desde su nacimiento hasta su muerte natural. La Educación para la salud, en Odontología se define entonces como una agrupación de experiencias en una dinámica de enseñar y aprender que tiene como objetivo mantener y mejorar la salud bucal de la población en general. Ocupando la caries dental uno de los primeros lugares en prevalencia de enfermedades dentro del sector salud y sin duda la enfermedad más prevalente en odontología, educar en salud sobre correcta higiene bucal, diagnóstico precoz, hábitos alimenticios saludables, uso de geles o barnices fluorados y otras medidas preventivas, debe ser parte de los mensajes de salud que se imparten diariamente a la población en la consulta general. Para lograr

vivir con salud, es necesario practicar hábitos saludables, las cuales se adquieren por medio de la educación.⁵³

Educar en salud a los individuos durante la infancia consigue un impacto social de largo alcance ya que influye en el desarrollo del individuo por que los hábitos que se logran en la niñez difícilmente se pierden a lo largo de la vida, Por esta razón, educar en salud se convierte en un factor fundamental que puede disminuir condiciones hostiles, ya que es un beneficio que se atesora durante toda la vida y que tiene repercusiones positivas, pues logra reducir, las desigualdades en salud que se podrían presentarse durante la adultez.

Al confirmar su trascendencia para la salud del individuo, esta viene a ser una herramienta que facilita el aprendizaje a partir de la enseñanza en temas específicos en salud que tienen como objetivo crear y fomentar habilidades que posibiliten el cuidado de la salud personal y colectiva, predisponiendo a que los individuos deseen y pongan los medios adecuados para estar sanos.⁵⁴

Es de común conocimiento que el estado de salud bucal está directamente relacionado con la salud integral. Partiendo de esta idea, se hace imprescindible tocar el tema de las inequidades que afectan a la salud bucal como estrategia dentro del ministerio de salud y la insuficiente importancia que se le brinda, se hace de suma urgencia por lo tanto exigir la implementación de mejoras en las políticas sociales y de salud pública, además de la asignación de recursos públicos orientados a programas específicamente educativos dirigidos a los individuos pero también a los profesionales de la salud no odontólogos, que pueden educar a grupos vulnerables de la población en prevención de caries bucal, todo esto para darle a la salud bucal el cuidado que requiere, ya que siendo la caries dental nuestro mayor desafío por ser la enfermedad más prevalente solo se puede enfrentar con el compromiso de cada persona por cuidar su salud.

Es importante recalcar que se ha demostrado que la educación oportuna a los padres de familia hace que estos obtengan más conocimientos preventivos y esto influye directamente en mejorar la salud bucal de sus hijos, por ende se evidencia la obligación de trabajar en el desarrollo de programas con las herramientas de la educación para la salud en prevención de caries dental, dentro de los establecimientos de salud a donde los padres acuden con sus niños para atenciones de rutina dentro de su calendario de crecimiento y desarrollo que promuevan las correctas prácticas de higiene bucal, y solo así se conseguirá reducir la incidencia de caries, es aquí donde los profesionales que

tienen el primer contacto con los niños juegan un papel importante, por esta razón deben tener conocimientos adecuados, para poder impartirlos y educar a la comunidad.

Es el momento en que la odontología tome un nuevo rumbo, el de la prevención, los pacientes están acostumbrados a acudir al consultorio solo cuando presentan alguna molestia, lo cual nos lleva a pensar que es cuando la enfermedad ya está desarrollada y su tratamiento se vuelve más costoso y tedioso. Se puede afirmar entonces que una estrategia que anticipe el desarrollo de la enfermedad y promueva la prevención es, la educación para la salud en odontología, ya que si la persona es consciente de que tiene el poder de evitar la enfermedad y cuenta con el conocimiento y herramientas para ello puede mantener su salud bucal, esta estrategia es culturalmente sostenible y replicable, y debe ser liderada por los profesionales en odontología y apoyada por todos los profesionales de la salud.

Queda claro entonces que no se puede limitar la salud bucal de la población a los tratamientos recuperativos. En este contexto, como profesionales de la salud bucal debemos crear y fortalecer redes de trabajo preventivo con otros profesionales de la salud y actores sociales. Si los programas educativos en salud bucal se implementan adecuadamente y logran su objetivo entonces las personas serán capaces de tomar decisiones correctas para mantener su salud bucal lo cual a la larga se evidenciará en un programa costo- efectivo a favor de la persona y el estado.

La Educación para la salud, es un instrumento irremplazable para lograr los objetivos que propone la prevención en salud. Mediante la metodología utilizada se busca generar una reprogramación en la conducta de los individuos, para desarrollar actitudes que protejan su bienestar físico desde la prevención de la enfermedad.^{53,54}

Para lograr que la educación para la salud ayude a las personas a dejar hábitos perjudiciales o en su defecto crear otros beneficiosos, los conocimientos que se imparten deben ser sencillos y dinámicos es decir deben captar desde el inicio la atención del público objetivo, motivarlo e impulsar su participación, derivando en que los individuos sean conocedores de los riesgos a los que se enfrentan y como evitarlos.⁵⁴

1.3.1.3 Clasificamos a la educación para la salud en dos grandes grupos:

Existen los métodos Directos e indirectos, la diferencia se basa en que tan cerca o lejos están el que imparte el conocimiento y quien lo recibe en tiempo y espacio.⁵³

- **En el método Directo**, el diálogo es el medio a través del cual el comunicador y el receptor tienen contacto. La comunicación se puede dar de manera bidireccional, cuando la educación va orientada a una sola persona, o grupal

donde también se pueden usar como apoyo medios auxiliares audiovisuales. En este grupo encontramos a: toda clase de reunión grupal donde se imparta conocimiento por ejemplo, conferencias, sesiones demostrativas y educativas, etc.^{53,54}

- **En el método Indirecto**, básicamente se da cuando no existe una comunicación presencial en tiempo y espacio entre el comunicador y el receptor, usando como medio para transmitir la información los medios de comunicación, redes sociales y medios escritos, para llegar a la población objetivo. Este método está orientado a brindar información a un número grande de personas. Dado que no existe una comunicación bidireccional, tiene pocas probabilidades de modificar conductas en los individuos. En este grupo encontramos a: todos los medios impresos, a las plataformas virtuales existentes, además de la radio televisión y cine.^{53,54}

1.3.1.4 Niveles de acción de la educación para la salud:

Consideraremos 3 niveles de acción:

- 1) **Nivel masivo**, Dirigida a la población en general para modificar actitudes o hábitos muy arraigados en grandes grupos de individuos.⁵³
- 2) **Nivel grupal**, Orientada a agrupaciones específicas, como por ejemplo grupos etarios de riesgo, gestantes, niños, adultos mayores, pacientes con condiciones crónicas, o personal de salud, educadores escolares, con el fin de tocar aspectos específicos de su condición.^{52,53}
- 3) **Nivel individual**, Orientada sólo a un individuo para de manera personalizada abordar un tema específico de su salud, y generar compromiso de cambio y motivación de autocuidado.^{52,53}

Con la Educación para la salud en Odontología, se busca reducir los factores de riesgo de tipo conductual esto hace que para nuestra realidad como país en vías de desarrollo sea de vital importancia, ya que tenemos una alta incidencia de enfermedades bucales donde la más prevalente es la caries dental.⁵⁴

La Educación para la salud en Odontología contribuye de manera positiva en la preparación de profesionales de la salud, ya que les brinda conocimientos actualizados sobre salud bucal, para concientizarlos en la realidad de la enfermedad y de qué manera afecta la calidad de vida de las personas además los ayuda a desarrollar actitudes de comunicación para transmitir el mensaje preventivo siendo conscientes de que en sus manos están las herramientas para conservar de manera sencilla la salud bucal de las personas; educar en salud odontológica significa brindar a los profesionales las

herramientas intelectuales, para realizar un trabajo articulado y efectivo en beneficio de la salud bucal.

Como personal de salud, conocemos que la instauración de estrategias preventivas oportunas es la clave para evitar una necesidad futura de tratamiento, la información que reciben los profesionales de salud debe estar estandarizada y consensuada para que tenga el impacto esperado. La educación a los padres debe iniciar de forma prematura, por ejemplo, en la etapa gestacional y luego mientras el niño va creciendo en sus primeros años de vida, para cumplir los objetivos se deben crear equipos multidisciplinarios, especialmente con la colaboración de los profesionales en enfermería, los cuales tienen la mejor oportunidad de promover y mantener la salud bucal desde el nacimiento del niño.⁵⁴

1.3.1.5 Educación para la salud una herramienta para trabajar en prevención

La educación en salud es un punto clave, muchas veces desatendido en la consulta odontológica, pero está demostrado que los niños que acuden precozmente al consultorio dental para consultas preventivas tienen mayor probabilidad de recibir los cuidados necesarios para mantener su salud bucal, ya que es una notable oportunidad para educar a los padres, anticipándonos al inicio de la enfermedad.⁴⁶

En promedio a los 6 meses de edad erupciona el primer diente deciduo este es el momento clave para iniciar el correcto cepillado con pasta dental fluorada. Todos los profesionales de salud deben recomendar a los padres de familia que lleven a sus niños a la consulta odontológica preventiva antes del primer cumpleaños del niño, para de esta manera poder intervenir oportunamente explicándoles a los padres todas las medidas de prevención a adoptar para proteger la salud bucal de sus niños.⁴⁶

Durante muchos años la odontología se ha basado en los tratamientos restauradores, este ha sido el “Gold Standard”, y ahora podemos afirmar que las restauraciones no son la mejor solución para enfrentar la enfermedad ya que solo trata el problema más no la causa, por el contrario lo que ocasiona este desempeño de los profesionales en odontología es crear un círculo en el que el paciente está condenado de por vida a mantener y re- restaurar las piezas dentarias que han sufrido la enfermedad, es sabido que los pacientes que más acuden al consultorio para realizar tratamientos restauradores aumentan el número de estos progresivamente en el tiempo, esta realidad evidencia que la odontología tal como se está practicando hoy en día no es buena para la salud bucal, es urgente por lo tanto cambiar la visión de los profesionales y dejar de reducir nuestra labor al sillón dental, a la pieza de mano y al material ideal y poner todos nuestros

esfuerzos y conocimientos en recuperar el equilibrio de la caries dental, esforzándonos por evitarle más daño a la estructura original de la pieza dentaria y así no condenar al paciente a un ciclo restaurador de por vida.^{46,47}

Teniendo actualmente mayores recursos académicos que demuestran que la odontología debe pasar de un enfoque restaurador a uno PREVENTIVO, mediante la remineralización oportuna, basada en la educación para la salud de todos los involucrados en los cuidados del niño mientras se desarrolla en sus primeros años de vida.⁴⁷

1.3.2 Tendencias históricas del proceso educativo preventivo y su dinámica

Para caracterizar el proceso educativo preventivo de caries dental y su dinámica se parte del análisis de las tendencias realizado al objeto de investigación teniendo como indicadores de análisis la educación para la salud y como se ha adaptado a través del tiempo.

La educación para la salud es una base esencial en la atención primaria, por esta razón el personal de salud debería priorizarla. Para entender porque la educación para la salud ha conseguido ser tan importante para la salud pública debemos mirar al pasado y apreciar su evolución en las últimas décadas.

1.3.2.1 Primera etapa: 1960 – 1970 Descubriendo la Significación de la educación para la salud.

En los años 60 se definía a la “educación para la salud” como el proceso de instruir con el fin de sanar las enfermedades y sobre todo prevenirlas, se le denominó “educación sanitaria”, y se la definía como la ganancia de conocimientos y actitudes que influyan de forma positiva los comportamientos frente a la salud de cada persona y pueblo. Sin embargo, el concepto estaba incompleto ya que se concentraba solamente en la persona y no consideraba que el comportamiento humano se deja influenciar por factores externos que escapan a su control como son los anuncios publicitarios y la cultura.⁴⁹

En **1964** se desarrolla la séptima reunión internacional de la educación sanitaria, donde se determinó el papel protagónico que tiene la educación para la salud mejorando la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos, sobre todo en países subdesarrollados. En esta reunión se propuso que las medidas educativas fueran dirigidas a cambiar conductas de la persona, la familia y sociedad y se dio mayor importancia a la educación de grandes grupos y a la educación en escolares.⁵⁰

En **1966** se desarrolla el método de enseñanza - aprendizaje, este método encamina sus argumentos a la enseñanza de prácticas para el empleo de los servicios de salud, aquí se exponen los métodos de planificación familiar y la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, también fueron incluidas las enfermedades transmisibles infecciosas como la tuberculosis y la malaria.⁵⁰

En **1973** el 15 de octubre, en la ciudad de París, durante la Octava Conferencia Internacional para educadores Sanitarios por primera vez se le destina a la educación sanitaria protagonismo dentro del discurso sobre “calidad de vida”, el cual se considera un avance importante hacia el desarrollo, sin depender de los medios económicos.⁵⁰

En **1975** el 7 de mayo se implementa la “propaganda sanitaria”, ya que se llegó a la conclusión de que la educación para ser efectiva debía convencer a las personas de los argumentos que les brindaba. Además, se evidenció que era importante incluir la investigación con base científica en el proceso de educación para salud con el fin de medir los resultados en la población y buscar mejoras a través del método científico. Se buscó la mejor estrategia para llegar a la población y se definió que para lograr que la educación en salud tuviera un impacto en la calidad de vida de las personas se debía utilizar adecuadas técnicas educativas por tal razón se concentraron los esfuerzos en la implementación de técnicas de educación de grandes grupos. Luego de todo este trabajo de planificación buscando mejoras es las estrategias propuestas, se llegó a comprender que **la educación es un proceso que busca lograr cambios de comportamiento en cada individuo para mejorar su salud individual y que esto repercute en la salud Pública de toda la comunidad, y para lograr este objetivo se debe iniciar considerando el diagnóstico inicial de las carencias educativas en Salud, de una población determinada.**⁴⁹

En **1978**, el 12 de septiembre se da la Declaración de Alma Atta., donde se establece el compromiso global, “Salud para todos en el año 2000”, de esta forma la educación para la salud se convierte en un componente indispensable de la atención primaria en salud, para esto se estableció las siguientes directrices:

- ❖ Todos los seres humanos tienen derecho a la salud como objetivo básico de la sociedad.
- ❖ La igualdad en salud como elemento esencial de ésta.
- ❖ Existe una innegable estrecha relación entre la promoción de la salud y el crecimiento económico de la sociedad.
- ❖ Los problemas de salud tienen una perspectiva comunitaria.

- ❖ Los individuos que conforman la sociedad tienen el derecho y el deber de cooperar con la educación sanitaria.
- ❖ Los Gobiernos de cada país tienen el deber de cuidar y trabajar por la salud pública de su nación.

En esta etapa la OMS considera a la educación para la salud como el “Proceso que permite al ser humano el desarrollo de competencias para pensar, confrontar, seleccionar y utilizar la información de técnicas en el cuidado de su salud, y consecuentemente adaptarlas a sus necesidades particulares, desarrollando en las personas un conocimiento amplio lo cual las lleva a un cambio de actitud y les da la libertad de tomar decisiones acertadas en cuanto a su salud.”⁵⁰

Esta definición encaminó todos los movimientos de la educación para la salud en los ochenta, es así que muchos se involucraron en su implementación, en las comunidades aparecen los líderes comunitarios, agentes comunitarios y en el sector salud los profesionales se comprometen con las actividades concernientes a la educación para la salud.

1.3.2.2 Segunda Etapa 1980- 1999 Priorizando la educación para la salud

La educación para la salud con el pasar del tiempo iba tomando mayor notoriedad, y se establece como estrategia dentro de la promoción de la salud, así mismo se realizaban algunos encuentros internacionales.

En **1986** se realiza la Primera Conferencia de Promoción de la Salud en Ottawa, donde se gestó la Carta de Ottawa, con la que se buscó expandir la visión de la promoción de la salud proponiendo lo importante e influyente que terminan siendo las realidades, económicas, sociales, físicas, culturales y ambientales como determinantes de la salud. De igual manera, la Carta destaca lo importante que es la participación y colaboración activa de las comunidades en la búsqueda de la salud integral y la reorientación de las prestaciones y servicios de salud más allá de solamente ofrecerlos a la comunidad.⁵¹

En **1988** La Segunda Conferencia, realizada en Adelaida, Australia, recalca lo fundamentales que son las políticas públicas saludables, y anima a la implementación de estas.

En **1991** la Tercera Conferencia, que se realizó en Sundsvall, Suecia, hace hincapié en la dependencia mutua que existe entre la salud y la realidad particular de cada individuo tanto, cultural, físico, económico y política.

En **1992** a lo largo de la Conferencia de Santa Fe de Bogotá, Colombia, se definió el impacto que tiene una actitud solidaria para conseguir una realidad más igualitaria y poder desarrollar las condiciones indispensables para la salud y el crecimiento de las poblaciones, además de lamentar y rechazar la violencia en la salud tanto en el ámbito individual como colectivo. ⁵¹

En **1993** durante el discurso de Promoción de la Salud del Caribe, realizada en Trinidad y Tobago, resaltó en mayor grado la promoción y cuidado de la salud, y para ello propuso la descripción de estrategias que fomenten actividades entre instituciones de diferentes sectores sociales, y pidió se restaure el compromiso para que la comunidad participe en los procesos de decisión, para fomentar una mayor equidad en salud.

En **1997** cuando se desarrolló la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Yakarta, Indonesia, se definió la urgente necesidad de conseguir avances en la lucha contra la extrema pobreza como determinante de la salud sobre todo en países en vías de desarrollo y se hizo un llamado a los sectores privados en salud para formar alianzas estratégicas y así poder enfrentar las distintas realidades. ⁵¹

1.3.2.3 Tercera Etapa 2000 a la Actualidad

En el **2000** se realiza la Quinta Conferencia Internacional, en la Ciudad de México, se implanta que el impulso del avance en salud pública y políticas de desarrollo social sean consideradas como una obligación prioritaria de los gobiernos, y que exista una responsabilidad compartida con todos los agentes de la sociedad. La conclusión a la que se llegó fue que la promoción de la salud debe establecerse como una pieza primordial dentro de los planes de gobierno de todos los países del mundo, con el objetivo principal de conseguir equidad en salud y optimizar la calidad de vida de todos.⁵¹

En el **2001**, la Organización Panamericana de la Salud, con la Resolución OPS CD43/14, estableció los lineamientos políticos y la prioridad que se le otorgaba a la promoción de la salud para continuar como estrategia de salud pública. Una de las mayores preocupaciones fue reducir la inequidad existente en salud por ende se sugiere políticas públicas saludables que se debían aplicar en todos los ámbitos relevantes con el propósito de mejorar los determinantes en salud y así lograr ofrecer un ambiente más igualitario. Se promovió la colaboración y la instauración de alianzas entre sectores para la vigilancia, investigación, evaluación y propagación de conocimientos preventivos y buenas prácticas en salud. ⁵¹

En el **2002** El Compromiso de Chile, tuvo como objetivo afianzar los acuerdos realizados en la Declaración de México y la Resolución OPS. Para ello, se concentró en la consolidación de las fortalezas institucionales en salud pública, la capacitación y progreso de recursos humanos, las alianzas estratégicas entre sectores, además fue determinante la evaluación de la evidencia para determinar la validez de las políticas de salud establecidas, y la elaboración de informes sobre los progresos obtenidos.⁵²

En el **2005**, la Declaración de Bangkok, ratificó el deber de reforzar la efectividad de la promoción de la salud para así mejorar los determinantes de la salud, reorganizar las políticas públicas, las alianzas estratégicas y asumir el cuidado de la salud como pilar central en el crecimiento y desarrollo del individuo, se definió que es absolutamente necesario involucrar a las personas de manera individual y colectiva en la promoción de la salud y reiterar todas las estrategias acordadas desde la Carta de Ottawa y ratificadas por los Estados miembros. Después de todas estas reuniones se ha podido concretar que la educación para la salud como herramienta de la promoción de la salud sea reconocida como “La técnica mediante la cual las personas individual y colectivamente desarrollan condiciones indispensables para tener un mayor conocimiento sobre los determinantes de la salud, y de esta manera tener las herramientas para mejorar su estado de salud integral”. Para que esto sea una realidad se debe facilitar a la población los programas políticos y sociales que abarquen no solo las acciones dirigidas al mejoramiento de hábitos y capacidades de las personas sino también otras que permitan mejorar las condiciones económicas, sociales y ambientales, con el propósito de disminuir la desigualdad de los sectores marginados y, a su vez ser conscientes de la capacidad de desarrollo con la que cuentan.⁵²

Ya en **el 2015** cuando se da la declaración de Incheon reafirma que los valores, actitudes y competencias se forjan a través de la educación y de esta manera las personas vivan saludablemente, tomen decisiones con criterio para su salud y tengan las herramientas necesarias para enfrentar los problemas locales nacionales y mundiales. Por esta razón se concluye que la educación de calidad es la base fundamental para el bienestar y la salud. Para gozar de calidad de vida y que esta sea productiva cada persona de tener los conocimientos preventivos en salud por ellos la educación para la salud viene siendo un ingrediente indispensable de la dinámica sanitaria y el desarrollo

1.3.3 Programas Educativos para la prevención de caries dental.

Los programas educativos se basan en la atención preventiva primaria, ósea que se orientan a evitar el inicio de la enfermedad, por esta razón el fin que persiguen es mejorar los conocimientos y actitudes en la población objetivo. Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para transmitir el conocimiento en salud generalmente son; **Sesiones Educativas y Sesiones Demostrativas**, los instrumentos para facilitar el aprendizaje y propiciar la participación activa de los participantes, varían según las necesidades de la población y la realidad social, se pueden usar presentaciones digitales, impresos, trípticos, rota folios, etc. Los temas a desarrollar se deben seleccionar de acuerdo con el diagnóstico realizado a la población objetivo, en donde se identifican los niveles de conocimiento y las necesidades educativas sanitarias que presentan.⁶²

La educación en prevención de caries dental es una estrategia que disminuye los costos de tratamiento, sobre todo si la aplicamos en presencia de salud y no de enfermedad, puesto que los modelos comunitarios centrados en la promoción de la salud apoyados en la atención primaria preventiva son menos costosos que los modelos curativos individuales, cuestionados hoy en día pues no responde a las necesidades de los pacientes.

La educación para la salud, busca generar destrezas en técnicas preventivas de caries dental para la población de mayor riesgo, Los programas educativos se fomentan para disminuir la incidencia de aquellas enfermedades con impacto en salud pública. Cada programa educativo va dirigido a un determinado grupo población según sus necesidades específicas y se miden por factores estadísticos según el logro de objetivos planteados, tratando de disminuir los costos y la utilización de recursos, todos los programas educativos en odontología se miden por el desarrollo de conocimientos sobre preservación y cuidado de la salud bucal que paralelamente mejora la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad.⁶³

Un programa educativo busca realizar una lista de actividades que nos permitan alcanzar un objetivo de cambio en el cuidado preventivo de su salud en la población estudiada. Los programas educativos en salud se ofrecen con el fin de brindar orientación respecto a los contenidos necesarios para alcanzar las metas propuestas, describen además la aplicación de las actividades de enseñanza y los objetivos trazados, alcanzando cambios a través de la aplicación de una pedagogía didáctica y concientización de la población a la que va dirigida.⁶⁰

Los programas educativos son esenciales ya que la salud es responsabilidad de la persona misma, pero esta necesita las herramientas y la preparación adecuada para hacerse cargo de esta gran responsabilidad. Es en éste panorama en que la educación para la salud se hace esencial, ya que a través de ella podemos conseguir los recursos necesarios para adoptar nuevos conceptos y actitudes que nos permitan adoptar comportamientos adecuados frente a la salud.⁶⁰

Si bien es cierto los odontólogos son responsables de entregar la atención estomatológica y proporcionar educación especializada a la comunidad. Otros profesionales del área de la salud pueden promover la prevención de caries dental, educando en la conservación de la salud bucal mediante las medidas preventivas de la enfermedad más prevalente. El trabajo preventivo contribuye a reducir notablemente la prevalencia de enfermedades y además propicia equidad para las zonas rurales de difícil acceso donde generalmente se encuentran las poblaciones más necesitadas.⁶²

Pero para que los profesionales odontólogos puedan transmitir la información al resto de equipo de salud es necesario disponer de programas educativos que así lo permitan, estos programas constan de una serie de fases específicas según el objetivo a lograr, **Cervantes S, Sucari W, Padilla T (Puno, Perú 2020)** Desarrollaron el programa educativo para la prevención de caries dental “Boquitas Sanas, Caritas felices” programa orientado a niños menores de 5 años y sus padres, que consto de sesiones educativas y demostrativas sobre prevención de caries dental, el cual concluye que este mejora el nivel de conocimiento de los padres de familia y esto repercute en el mejor cuidado de la cavidad bucal de los niños.

Los objetivos de los programas educativos están orientados a promocionar hábitos y estilos de vida saludables para prevenir la instauración de la enfermedad.²²

La estrategia educativa para implementar programas educativos para la salud sugiere contemplar las siguientes etapas:

- Diagnóstico: Donde se identifican las necesidades de la población objetivo para planear las estrategias educativas.⁶³
- Planificación: Engloba todo el proceso de detallar las actividades a realizar para hacer efectiva la transmisión del conocimiento, teniendo como base los objetivos que se desean lograr, y fijando el método de evaluación para confirmar el logro de estos.⁶³
- Ejecución: no es más que concretizar en hechos la planificación.⁶³

- Evaluación: se valora los resultados obtenidos y con esto se abre la posibilidad de realizar mejoras en el programa a futuro.⁶³

La metodología utilizada para desarrollar estos programas educativos en salud debe ser dinámica y participativa, para que de esta manera los profesionales en salud puedan obtener los conocimientos necesarios, ya que si obtienen los conocimientos básicos de un abordaje preventivo de caries dental pueden replicar la información en la comunidad. Lo que los programas de educación para la salud en prevención de caries dental buscan primordialmente es que el personal de salud cuente con los conocimientos básicos que les permitan desempeñar una labor determinante en la prevención de esta enfermedad y que la asuman como parte de sus funciones propias desarrolladas diariamente.⁶³

Torres R, Ríos M, (Iquitos, Perú 2017) Elaboraron un programa educativo para la prevención de caries dental dirigido a escolares, este programa educativo estuvo basado en la enseñanza y metodología participativa, consto de 15 sesiones donde se desarrollaron temas de etiología y prevención de caries. Este estudio asegura que los conocimientos que el niño adquiere durante un programa educativo, repercuten directamente en la actitud que este tiene hacia el aprendizaje, ya que un niño sano libre de dolor responde mejor ante los retos académicos que se le presenten.¹⁹

Dicho esto, Parece haber un consenso general sobre la eficiencia de las intervenciones educativas en prevención de caries dental. Un gran número de evidencia demuestra el efecto positivo que genera promover la educación como medida preventiva, en diferentes ámbitos de la sociedad y específicamente en todos los profesionales de la salud, para estandarizar conductas y motivar a las personas a preservar su salud bucal a lo largo de su vida.⁶⁴

En el año 2013 el Ministerio de Salud a través de la dirección general de promoción de la salud implemento un programa educativo para la prevención de caries dental orientado a los docentes de escuelas primarias e iniciales. Este programa educativo se presenta como un instrumento para que los profesionales de la salud trabajen con los docentes la importancia de la prevención de caries dental en las instituciones educativas. El programa educativo promocional constó de 3 sesiones de aprendizaje; donde se tocaron temas como; la importancia de la salud bucal, procedimientos preventivos y el cuidado de la salud bucal en el trabajo del docente, con una metodología de capacitación.⁶⁵

Cada sesión educativa se desarrolló con la metodología AMATE (Animación, Motivación, Apropiación, Transferencia y Evaluación) utilizada en talleres de carácter

participativo y vivencial, basada en los modelos de aprendizaje para la adopción de comportamientos.

- a) **Animación:** Para dar inicio a la sesión se debe realizar una dinámica que facilite la presentación de los participantes, y propicie un clima de confianza entre ellos que genere un ambiente adecuado para el aprendizaje y el intercambio de ideas. Se usan también técnicas para identificar afinidad y promover la integración del grupo.
- b) **Motivación:** Motivar enciende el ánimo de aprender, la motivación es un aspecto sustancial para el aprendizaje, la motivación despierta el interés, así los participantes pueden compartir sus experiencias sobre el tema.
- c) **Apropiación:** En este momento es cuando se brinda nueva información, los participantes deben analizarla e interiorizarla para alcanzar los objetivos propuestos.
- d) **Transferencia:** Es el momento donde se pone en práctica los nuevos conocimientos adquiridos, es la instancia donde las habilidades se aplican en situaciones concretas, se pueden utilizar sesiones demostrativas.
- e) **Evaluación:** Aquí realizaremos el análisis del aprendizaje. Con esto se evalúa si la sesión responde a los objetivos y de esta manera mejorarla.⁶⁵

1.3.3.1 Para elaborar un programa educativo en prevención de caries dental se deben considerar los siguientes aspectos sobre la enfermedad:

1) Etiología:

Esta enfermedad se produce por un desequilibrio en el medio bucal en donde los factores de riesgo, principalmente el consumo de carbohidratos y azúcares fermentables superan a los factores protectores, básicamente el cepillado con pasta dental fluorada.²⁵ Se define a la caries dental como una disolución química que tiene lugar en la superficie de la pieza dentaria la cual es la consecuencia de eventos metabólicos que se ejecutan en la biopelícula de placa bacteriana (cuya proporción y equilibrio esta alterada) sobre la zona afectada. A estos sucesos se los conoce como el proceso carioso. Los procesos químicos resultantes de esta interacción entre los microorganismos y los tejidos duros del diente pueden dar como resultados un signo o síntoma del proceso que conocemos como lesión cariosa.²⁶

Dentro de las enfermedades de causas multifactoriales tenemos al cáncer, la diabetes, y las enfermedades coronarias, así también la caries dental se ubica dentro de este grupo.

Se ha establecido a lo largo de los años que la frecuencia de consumo de azúcares y carbohidratos fermentables es principalmente el factor etiológico que tiene mayor efecto en la caries dental. La cavidad bucal alberga un gran número de bacterias, por tanto el azúcar que consumimos es metabolizada por estas, principalmente por el *S. Mutans*, cuya patogenicidad dependerá de la combinación con otras bacterias presentes en la placa bacteriana, el resultado de este metabolismo será el responsable del proceso químico que remueve el mineral de la pieza dentaria a su vez otras factores implicados son las particularidades de la saliva, y las condiciones de la estructura dentaria. Si estos factores etiológicos combinados interactúan entre sí darán como resultado la pérdida mineral en la pieza dentaria.²⁷

La disminución de minerales en los tejidos del diente a nivel microestructural se presenta de manera constante y para contrarrestar este proceso se desarrolla la remineralización de la estructura dentaria que es una dinámica de equilibrio la cual consigue que los minerales que se han perdido durante el proceso químico sean repuestos. Las lesiones que se generan van desde simples pérdidas minerales en los tejidos superficiales hasta cavidades con mayor compromiso del diente. Si el proceso de remineralización entra en un desequilibrio evidenciaremos una lesión inicial de la primera estructura del diente, el esmalte, en esta etapa la lesión puede ser revertida, lesión cariosa no cavitada, sin embargo, si el desequilibrio continua el proceso químico generara una cavidad más profunda que llega a afectar estratos como la dentina ante esta situación la posibilidad de revertirla es escasa y nos enfrentaremos a una lesión cariosa cavitada.²⁶

En los últimos años se ha evidenciado un creciente respaldo con base científica para las intervenciones preventivas en salud bucal, se ha buscado además desarrollar materiales dentales preventivos y restauradores de la mayor calidad, sin embargo y a pesar de los esfuerzos orientados a disminuir su prevalencia la caries dental sigue siendo una dificultad para la salud pública. Informes aseguran que los efectos de esta enfermedad afectan directamente la calidad de vida de las personas desde los primeros años de vida y adicionalmente generan un aumento considerable en el presupuesto de la población y del Ministerio de salud.²⁸ En el Perú la caries dental es la enfermedad más prevalente, 9 de cada 10 niños tienen caries, en el rango de 1 a 4 años las patologías de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar en motivos de consulta externa, y a partir de los 5 años hasta los 11, esta patología es el principal motivo de consulta externa en los establecimientos del Ministerio de Salud en todo el país². Es muy preocupante

evidenciar como la caries dental aumenta en severidad y prevalencia conforme el niño va creciendo, por este motivo se percibe que no existe un compromiso preventivo por parte de todos los profesionales de salud involucrados en la atención de los niños durante sus primeros años de vida, además de la responsabilidad de los padres de familia.²⁹ Y pese a que se cuenta con mayor conocimiento en técnicas preventivas, la realidad de la salud bucal infantil en el país no ha cambiado mucho según se evidencia en dos estudios realizados por el ministerio de salud²:

Cuadro1: Estudio de prevalencia de caries dental en el Perú.

Tipo de Dentición	Investigación 2001-2002	Investigación 2012-2014
	Prevalencia Global	Prevalencia Global
Dentición Decidua	60.5%	59.1%
Dentición Mixta	90.4%	85.6%
Dentición Permanente	60.6%	57.6%

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades²

Identificar los factores de riesgo de mayor importancia para una enfermedad nos ayuda a planificar estrategias preventivas. Uno de los factores de riesgo para pronosticar de manera más precisa las posibilidades de caries en el futuro es el antecedente de caries dental.³⁰ Los factores de riesgo para que un niño desarrolle caries son múltiples y variados entre ellos tenemos: hábitos de higiene y alimentación, uso de flúor, características de la cavidad bucal y enfermedades sistémicas asociadas, además de ello la educación y los recursos económicos de los padres puede influenciar en el desarrollo de esta patología, por lo tanto se define como factor de riesgo a toda característica particular que acrecienta las probabilidades de manifestar una enfermedad.³¹

- **Medio ambiente**

Dentro de este rubro consideramos a las costumbres familiares, la oportunidad de recibir topificaciones de flúor en sus diferentes formas, la cultura de acudir a la consulta odontológica regularmente, la frecuencia, cantidad y momento de consumo de azúcares y carbohidratos fermentables, los antecedentes familiares en experiencia pasada de caries, además de las características particulares de cada pieza dentaria, y la realidad socioeconómica del niño.³²

- **Estilos de vida**

Está demostrado que la caries dental es una enfermedad prevenible por consiguiente su desarrollo está influenciado directamente por los hábitos adoptados de higiene y dieta, en otras palabras, por los estilos de vida. Es bien sabido que para crear hábitos en los niños la familia educa con el ejemplo, bajo la influencia de la familia inicia el gusto por los azúcares, así mismo un niño que aprende a cepillarse los dientes adecuadamente y en los momentos clave es un niño que muy probablemente mantenga esa rutina por el resto de su vida. Otros espacios de gran influencia en la adopción de hábitos son la escuela y los amigos, por ende, los padres de familia siempre deben estar pendientes del aprendizaje que adquieren sus niños.³³

- **Factores hereditarios**

Consideramos dentro de estos factores a los defectos en la estructura dentaria, características de la saliva, el sistema inmune y condiciones médicas pre existente. Lo cierto es que los autores relacionan la prevalencia de caries de padres y niños.³⁴

2) Diagnóstico:

Cuando los factores de riesgo superan a los factores protectores, la balanza se inclina y se inicia el proceso de desarrollo de la lesión cariosa estas son la consecuencia de sucesos metabólicos que se producen en la placa bacteriana que esta sobre la superficie del diente. Una vez que la desmineralización del esmalte se ha producido este presenta un aumento en la porosidad que se evidencia como una reducción de translucidez del mismo, observándose clínicamente como “Machas Blancas” opacas. Esta es la primera fase visible de la caries dental, recordemos que en este momento la lesión es reversible, por otro lado ya que la porosidad del esmalte ha aumentado es probable que los colorantes de la comida se atasquen en esta zona del esmalte produciendo que el color de la lesión cambie a uno más oscuro.³⁵

Una manifestación característica de la localización de lesiones en infantes menores de 3 años es encontrarlas en las caras libres de los incisivos superiores siguiendo la secuencia de erupción normal. Se ha observado que la lengua, labios y saliva ejercen un efecto protector sobre los incisivos inferiores en la mayoría de los casos, los próximos dientes en ser afectados por la caries dental vienen a ser los molares superiores e inferiores, luego los caninos y segundos molares. En las superficies lisas de los dientes anteriores notamos una lesión típica en forma semi circular que nos indica donde se aglomeró la

biopelícula por un tiempo prolongado y que coincide con la “grada” que se forma entre el margen de la encía y el esmalte, lugar de difícil acceso para realizar la limpieza en niños pequeños, La localización de la mancha blanca ya sea en el tercio incisal, medio o en el cuello del diente nos permite determinar dónde estaba el margen de la encía cuando los factores de riesgo fueron más violentos y facilitaron el proceso carioso. En los dientes posteriores por su anatomía normal de presentar fosas y fisuras, generalmente es ahí donde se inician las lesiones cariosas, ya que por su difícil acceso dificultan el correcto cepillado y facilitan la aglomeración de placa bacteriana y residuos de alimentos.³⁶

La lesión de “Mancha Blanca” es un estado inicial reversible como se mencionó anteriormente, sin embargo, si los factores de riesgo no son controlados, la lesión cariosa progresa hasta la dentina ya que las condiciones de la placa bacteriana contribuyen al desarrollo de la lesión. Las bacterias anaerobias y productoras de ácido encuentran un nicho ecológico ideal en las cavidades formadas por la progresión de la lesión cariosa y de esta forma el proceso avanza hasta que estas bacterias irrumpen en los túbulos dentinarios cercanos a la pulpa. El avance de la caries en el tejido de la dentina es equivalente al que se produce en el esmalte con la diferencia de que la desmineralización de la dentina es a un pH superior, por ende la velocidad de progresión casi se duplica esto corresponde a que el esmalte presenta el doble de sustancias minerales en comparación con la dentina, ésta es más soluble que el esmalte, permitiendo por esta característica la rápida progresión de la lesión y elevando la probabilidad de daño a la pulpa.³⁷ Es muy común observar fracturas en dientes anteriores en niños y niñas esto debido a que las lesiones en las caras libres del diente siguen como patrón el contorno del margen gingival por ellos lesiones vestibulares y palatinas se unen y producen este desenlace en niños de muy corta edad. Cuando la caries se acerca al tejido pulpar, este reacciona haciendo un depósito de dentina reactiva o terciaria a su alrededor. Es directamente proporcional el tamaño de la cavidad con la mayor invasión bacteriana y el daño a la pulpa. Lo que sigue es una complicación aun mayor ya que si los factores de riesgo siguen contribuyendo al desarrollo del proceso se producirá una pulpitis y luego lamentablemente la pulpa se necrosa. Mientras se desarrolla este ciclo patológico los niños y niñas pueden manifestar: dolor agudo, abscesos y celulitis de origen dentario, esto los llevara a necesitar consultas odontológicas de emergencia y hasta hospitalizaciones para un manejo 100% controlado; poner en riesgo crecimiento y desarrollo normal, faltar a clases, dificultad

en la capacidad para aprender, por ende, una calidad de vida disminuida y afectada directamente por el deterioro de su salud bucal.³⁸

Los niños que desarrollan procesos cariosos tienen mucha más probabilidad de desarrollar caries en su dentición de adulto, es de suma importancia mencionar que, aunque se han reportado pocos casos relacionados a muerte por caries dental, ya sea por infecciones diseminadas o por el uso de sedantes o anestésicos, no podemos obviar esta terrible consecuencia. Para terminar las consecuencias no se limitan solo al niño, sino que también hay repercusiones sobre los padres ya que ocasiona estrés, pérdida de días en sus trabajos, costos adicionales al presupuesto y automedicación constante que a la larga produce otros efectos nocivos, el desenlace de las complicaciones, signos y síntomas dependerá de cada caso particular.³⁹

A través de sus signos y síntomas podemos definir la naturaleza de una enfermedad, a esto se refiere el diagnóstico. El diagnóstico de caries dental se realiza de manera permanente en la consulta diaria para la detección de caries ya sea en la etapa inicial o avanzada. Para el diagnóstico de caries bucal comúnmente utilizamos el examen visual-táctil con la superficie dentaria limpia y seca más una idónea iluminación, ayudados de un instrumento con punta roma para evaluar completamente el diente, aunque este presenta algunas deficiencias sobre todo para diagnosticar lesiones incipientes. El uso de rayos X queda limitado a solo cuando el beneficio supera el riesgo y siempre con protección adecuada.⁴⁰

Nuestro objetivo de reorientar a la odontología con un enfoque preventivo, debe centrarse en tener especial cuidado con el diagnóstico de la lesión de Mancha Blanca ya que este es el primer indicio clínico de que el paciente está desarrollando la enfermedad. La Mancha Blanca (muchas veces pigmentada de color oscuro debido a los colorantes de los alimentos), aparece por lo general en los incisivos centrales superiores de los niños y cuando se advierte su presencia debe encender las alarmas para alertar a todos los profesionales de salud que tengan contacto con el niño durante sus atenciones de rutina y por supuesto a los padres de familia, para que se inicie con prontitud todas las medidas preventivas disponibles en casa y en el consultorio odontológico, con el objetivo principal de eludir el inicio del ciclo restaurador de por vida tan tedioso y costoso para el paciente y el estado peruano. La Mancha blanca es el primer signo de caries previa a desarrollar una lesión cavitada, el diagnóstico precoz es de vital importancia debido a que es completamente REVERSIBLE, sin necesidad de darle un tratamiento operatorio. Para realizar el diagnóstico oportuno de este tipo de lesiones,

todo el personal de salud que tenga contacto con el niño en sus primeros años de vida, odontólogos y padres, deben poner especial atención en el acúmulo de placa bacteriana que está en el margen gingival de los incisivos superiores y observar si existe un cambio de color en el esmalte de diente, para esto es necesario que el examen se realice **levantando el labio** del niño, en el momento del cepillado o en cualquier consulta de crecimiento y desarrollo.³

3) Medidas Preventivas:

Para que no se desarrolle la enfermedad es indiscutiblemente necesario que se mantenga un equilibrio persistente en el medio bucal, la mejor evidencia científica disponible nos enseña que todos los esfuerzos deben enfocarse en mantener este equilibrio o en la remineralización en etapas tempranas y no en el campo restaurador.⁴¹ Estos antecedentes nos ayudan a comprender mejor el proceso biológico de la enfermedad y en consecuencia a cambiar de perspectiva para enfrentar a la caries dental, por tal motivo se hace indispensable priorizar y comprender que las estrategias de la enfermedad más prevalente dentro de la odontología en la etapa de vida niño deben estar principalmente enfocadas en la prevención de su progreso, en lugar de tratar la enfermedad una vez establecida. Vamos a dividir las medidas para el manejo de caries en dos grupos: ^{3, 42, 43}

- **Recomendaciones para la casa:**

- Se debe evitar al máximo el consumo de azúcares en la alimentación al menos los 2 primeros años de vida.
- Disuadir la ingestión de azúcares entre las comidas principales.
- Prevenir la alimentación a base de carbohidratos fermentables, tener especial cuidado con las leches comerciales y formulas azucaradas.
- Disuadir el uso de lactancia materna y biberón durante la noche, luego de la erupción del primer diente.
- Si el niño se duerme mientras se alimenta (biberón o lactancia materna) realizar el correcto cepillado antes de acostarlo.
- Iniciar obligatoriamente el uso de cepillo dental y pasta dental fluorada $\geq 1000\text{ppm}$, para realizar la limpieza apenas erupcione el primer diente, como mínimo 2 veces al día, necesariamente uno en la noche, sin enjuagar solo escupir el exceso.

- Usar hilo dental cuando los dientes presenten contacto entre sí, para optimizar la limpieza.
 - En niños mayores de 6 años que presenten un riesgo alto de caries se aconseja el uso de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.05%
- **Manejo en el consultorio odontológico:**
 - El niño debe acudir a la consulta antes de su primer cumpleaños.
 - Se debe realizar las topificaciones de flúor barniz al 5% apenas erupcione el primer diente, la frecuencia recomendada es; en niños con caries activas cada 3 meses y en niños libres de caries o con lesión inactiva cada 6 meses.
 - Realizar el sellado de fosas y fisuras apenas erupcionen las molares.
 - El manejo de lesiones no cavitadas en las caras libres de dientes anteriores es con flúor barniz, en el caso de las molares con lesiones no cavitadas se colocará sellante.
 - En el caso de lesiones cavitadas para dientes deciduos se sugiere utilizar técnicas mínimamente invasivas.
 - En el caso de lesiones cavitadas para dientes permanentes se sugiere utilizar restauraciones conservadoras con resina.

A continuación, vamos a resumir los cuidados preventivos en salud bucal que se deben de tener con el niño según su edad:^{3,44}

- **0 – 12 meses:**
 - salvaguardar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida.
 - No transferir la saliva de la mamá al bebe, evitando compartir cucharas con el bebé, soplar su comida o besar en la boca.
 - Iniciar el correcto cepillado con pasta dental fluorada ≥ 1000 ppm al momento que erupcione el primer diente, la cantidad recomendada es tamaño de un granito de arroz, no es necesario enjuagar, solo escupir, la frecuencia es dos veces al día priorizando el cepillado nocturno, durante toda la vida. Se sugiere levantar el labio.
 - No debe usarse el biberón por las noches y de ninguna manera se debe usar endulzantes como azúcar o miel en sus bebidas.
 - Primera visita al consultorio odontológico.

- Primera topicación de barniz fluorado al 5% y a partir de esta a necesidad particular.
- **12 – 24 meses:**
 - Cepillar los dientes 2 veces al día, usando pasta dental fluorada ≥ 1000 ppm, cantidad a utilizar tamaño de un granito de arroz, priorizar el cepillado nocturno, se sugiere no enjuagar solo escupir, no olvidar levantar el labio.
 - Prevenir el consumo de galletas, chocolates, y cualquier golosina o alimento con alto contenido de azúcar refinado y consistencia pegajosa.
 - Es el momento de dejar el biberón y usar tacitas.
 - Continuar visitas preventivas al consultorio odontológico.
 - Topicaciones de barniz fluorado al 5% según riesgo de caries.
- **3 – 5 años:**
 - Verificar que los 20 dientes deciduos estén presentes en boca.
 - Se limita el consumo de azúcares a una vez al día.
 - El cepillado debe ser constante con ayuda de los padres y con pasta dental fluorada 1000 – 1450 ppm, la cantidad sugerida para esta edad es tamaño de una alverjita, dos veces al día y priorizando el cepillado nocturno.
 - Se recomienda usar hilo dental entre los dientes posteriores antes de cepillar por la noche.
 - Continuar visitas periódicas al consultorio odontológico, a esta edad se sugiere la colocación de sellantes en fosas y fisuras de molares.
 - Topicaciones de barniz fluorado al 5% según riesgo de caries.
- **6 – 11 años:**
 - Se sugiere limitar el consumo de azúcares a una vez por semana.
 - El cepillado debe ser constante con ayuda de los padres hasta los 7 años y con pasta dental fluorada 1000 – 1450 ppm, la cantidad sugerida para esta edad es tamaño de una alverjita, dos veces al día y priorizando el cepillado nocturno.
 - Se recomienda usar hilo dental entre los dientes posteriores antes de cepillar por la noche.
 - En niños mayores de 6 años que presenten un riesgo alto de caries se aconseja el uso de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.05%

- Continuar visitas periódicas al consultorio odontológico, revisar sellantes antiguos y colocar sellantes nuevos si se amerita en fosas y fisuras de molares.
- Topicaciones de barniz fluorado al 5% según riesgo de caries, también se puede utilizar topicaciones de flúor gel fosfato acidulado al 1.23%.

- **Pasta dental fluorada, una alternativa de prevención al alcance de todos**

Los estudios a nivel mundial le atribuyen al uso diario de la pasta dental fluorada la disminución de la prevalencia de caries. Por tal razón los niños que no usan pasta dental fluorada no pueden gozar de este beneficio preventivo. En muchos países desde el año 2003 se ha obtenido evidencia científica del más alto nivel, esta asegura que las pastas dentales con concentraciones ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor son altamente efectivas en la disminución de caries dental en niños y adultos, pero para que el beneficio que obtiene el niño sea completo se deben seguir las recomendaciones antes proporcionadas, es decir, el cepillado debe ser asistido por el padre de familia y realizarse dos veces al día priorizando el cepillado nocturno.⁴⁵ Contrario a lo que se pensaba anteriormente se ha demostrado que cepillarse con pastes dentales con concentraciones de flúor < 600 ppm no aminora el riesgo de fluorosis pero produce un aumento significativo del riesgo de desarrollar caries dental. Este es el motivo principal por el que insistimos en utilizar la cantidad adecuada según la edad del niño, las recomendaciones internacionales son, en niños hasta los 3 años de edad se debe usar cantidad de pasta dental fluorada tamaño de “un granito de arroz” (Figura 1) cuya cantidad es equivalente a 0.1ml, y el niño tendría que realizar 13 lavados dentales en 24 horas usando una pasta de 1,000ppmF o 8 lavados en 24 horas usando una pasta de 1,500ppmF para sobrepasar el límite seguro, esto en el caso que se trague la totalidad de la pasta dental. En niños mayores de 3 años, los cuales tienen mayor destreza para escupir y por ende el riesgo de tragarse la pasta disminuye, la indicación es; cantidad de pasta dental tamaño de “una alverjita” (Figura 2). Cuya cantidad es equivalente a 0.25ml, entonces el niño tendría que realizar 8 lavados en 24 horas usando una pasta de 1,000ppmF o 6 lavados en 24 horas usando una pasta de 1,500ppmF para sobrepasar el límite seguro una vez más pensando que se trague la totalidad de la pasta dental. Se ha demostrado también que el efecto preventivo se maximiza si el niño no se enjuaga con

agua mientras se cepilla o terminado el cepillado, por esta razón se recomienda solo escupir el exceso.^{3,42,44}

Figura 1: “Granito de arroz”



Fuente: Elaborado por el investigador.

Figura 2: “Alverjita”



Fuente: Elaborado por el investigador.

1.3.3.2 Complicaciones y consecuencias sanitarias de la Caries dental

Los abscesos maxilares de origen dentario, fístulas en boca por procesos crónicos no atendidos, mutilación temprana de piezas dentarias deciduas que a largo plazo generan maloclusiones por pérdida de espacio, mala nutrición y baja autoestima por pérdida de dientes anteriores que afectan la estética de los niños, son solo algunas de las complicaciones más reiteradas que se presentan por no prevenir la caries dental. Queda absolutamente claro que la caries dental tiene terribles secuelas sanitarias además de económicas, afectando también el campo emocional y social del niño y su familia y sin lugar a dudas el impacto es perjudicial para la vida de ambos.⁴⁸

El ministerio de salud tiene un gran desafío frente al control de la caries dental en niños, ya que esta enfermedad no solamente es un problema para el niño y su familia sino también para las estrategias de salud establecidas. El primer paso para generar el cambio de conducta de todos los involucrados es convencernos de que a pesar que la caries dental es una enfermedad con cifras de epidemia a nivel mundial, y que puede resultar en complicaciones severas que afectan al niño integralmente; Es **potencialmente CONTROLABLE Y REVERSIBLE** siempre y cuando se tenga un diagnóstico oportuno y se eduque en prevención efectiva. El mensaje esta dado, de la manera más clara y sencilla avalado por la mejor evidencia científica disponible, los profesionales de odontología deben conformar alianzas estratégicas con las demás profesiones involucrados en la atención del niño desde su nacimiento para poner en marcha políticas públicas que nos permitan mantener al niño sano y no esperar a dar tratamiento a la

enfermedad una vez instalada. El objetivo primordial es trabajar en presencia de salud y no de enfermedad, de esta manera se benefician todos los involucrados empezando por el paciente que conserva su salud, pasando por la familia del niño que no ve afectado su presupuesto ni calidad de vida, siguiendo con el profesional que ofrecerá tratamientos más sencillos libres de riesgo y tensión y finalmente el estado peruano ya que las políticas preventivas son menos costosas que las recuperativas.

1.3.4 Marco Conceptual

- **Conocimiento:** El conocimiento nos permite almacenar y codificar, todo lo que se recibe del entorno para después recuperarlo en actitudes y comportamientos. Se define también como el fundamento conceptual y teórico del desarrollo de la ciencia.⁵²
- **Calidad de vida:** Es una percepción de la persona sobre la vida que lleva en torno a la cultura y valores en el que se desenvuelve y como interactúa con sus metas, expectativas, y preocupaciones.⁵⁵
- **Educación para la salud:** Es una herramienta que promueve hábitos preventivos para la preservación de la salud, con estrategias de sencilla aplicación, que generan un importante cambio en la conducta de los individuos.⁵⁴
- **Enfermedad:** variación del estado fisiológico idóneo en alguna parte del organismo, generalmente producida por causas conocidas, evidenciando signos y síntomas característicos, con una historia evolutiva predecible.⁵⁶
- **Etapa de vida Niño:** La etapa de vida niño es la más vulnerable en el crecimiento y desarrollo humano, comprendida entre los 0 a 11 años de edad.⁵⁷
- **Incidencia:** Son el número de casos nuevos que se contabilizan de una enfermedad en una población específica durante un periodo de tiempo.⁵⁸

- **Micro Red:** Una micro red se conoce como un ente operativo descentralizado de la Red de servicios de salud, cuya tarea es gestionar y organizar las atenciones de salud brindadas en el primer nivel de atención. Una micro red, planifica dirige, ejecuta, monitorea y supervisa el accionar de establecimientos de menor complejidad asignados a su jurisdicción.⁵⁹
- **Programa Educativo:** Herramienta donde se construye y planifica las actividades necesarias para lograr un objetivo de aprendizaje en una población determinada.⁶⁰
- **Profesional en enfermería:** Personal de Salud que se encarga de brindar cuidados preventivos y recuperativos a personas de todas las edades, enfermos o sanos y en todos los escenarios, sus actividades incluyen tanto el trabajo comunitario como los cuidados de personas hospitalizadas en graves condiciones. Pasando por pacientes discapacitados y adultos mayores.⁶¹
- **Prevalencia:** Son los casos existentes, es decir la proporción de personas que presentan una enfermedad en un periodo determinado.⁵⁸
- **Salud bucal:** Se considera la ausencia de: dolor, lesiones cancerígenas, procesos infecciosos, encías y periodonto patológicos, caries y pérdida de dientes entre otros padecimientos los cuales disminuyen la capacidad del sistema estomatognático, comprometiendo el bienestar integral del ser humano.¹

1.4 Formulación del Problema:

Insuficiencias en el proceso educativo preventivo, limitan los conocimientos preventivos de Caries dental.

1.5 Justificación e Importancia del Estudio

La presente investigación tiene como propósito mejorar los conocimientos de los profesionales en enfermería a través de la elaboración de un programa educativo en prevención de caries dental en niños, logrando que estos profesionales colaboren efectiva y oportunamente en el cuidado de la salud bucal de los niños.

Este estudio es importante ya que teniendo una base científica se puede solicitar la creación de programas presupuestales de educación para la salud destinados a la

capacitación de los profesionales de la salud que tienen contacto con el niño en sus primeros años de vida, ya que la falta de conocimientos actualizados pone en cuestionamiento el rol efectivo que estos pueden realizar.

Con esto lograremos trabajar en presencia de salud y no de enfermedad, sobre todo en las instituciones del MINSA que es donde se atiende la mayor cantidad de población infantil del país.

La **significación práctica** de esta investigación está dada por el impacto que genera demostrar la importancia y la necesidad de que los profesionales de la salud que tienen el primer contacto con el niño tengan los conocimientos adecuados y estandarizados en base a las actualizaciones disponibles según la mejor evidencia científica.

La **novedad de la investigación** se basa en que no se ha realizado ningún estudio de este tipo en la población objetivo, en la ciudad de Cajamarca, además el programa educativo se realizó en base a la **“Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños” MINSA -2017**, Documento técnico más reciente proporcionado por el Ministerio de Salud. Por ende, consiguiéndose demostrar la necesidad de implementar programas para la educación en salud y que estos son efectivos en los profesionales de enfermería, para ofrecer una intervención oportuna teniendo en cuenta que al ser una enfermedad muy prevalente supone todo un desafío controlar la caries dental, y que para ello se requiere involucrar a todo el personal de salud implicado en el cuidado del niño, objetivo que durante tantos años trabajando con un enfoque recuperativo no se ha logrado, sabiendo que en el país no somos suficientes odontólogos para cuidar la salud bucal de todos los niños es indispensable y fundamental que el resto de profesionales se involucren y que tengan los conocimientos necesarios para ello, así evitaremos posteriores complicaciones y lograremos una disminución del gasto público, ya que es bien sabido que al trabajar en prevención el costo es menor y mayor el beneficio ya que gracias a la intervención oportuna pueden evitarse enfermedades o tratarse a un costo reducido generando menor estrés en los padres de familia y en los profesionales de salud, y por supuesto ofreciendo una mejora en la calidad de vida de los niños.

1.6 Hipótesis

Si se elabora un programa educativo en prevención de caries dental en niños, que tenga en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se desarrollan los conocimientos de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec – Cajamarca.

1.6.1 Variables

Variable Independiente:

- Programa educativo en prevención de caries dental en niños.

Contextualización: Herramienta compuesta de acciones que se realizan con el propósito de desarrollar los conocimientos que promuevan la prevención de la enfermedad.

Variable Dependiente:

- Conocimientos en prevención de caries dental en niños.

Contextualización: Conjunto de herramientas de valor científico que permiten actuar para evitar el inicio de la enfermedad.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

- Elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños, para desarrollar los conocimientos, de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec, Cajamarca.

1.7.2 Objetivos Específicos:

- Fundamentar Teóricamente el proceso educativo preventivo y su dinámica.
- Determinar los antecedentes históricos del proceso educativo preventivo y su dinámica.
- Caracterizar la situación Actual del proceso educativo preventivo en los profesionales en enfermería.
- Elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños.
- Validar los resultados científicos de la investigación mediante juicio de expertos.

- Ejemplificar parcialmente la aplicación del programa educativo en prevención de caries dental.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y Diseño de Investigación:

2.1.1 Tipo:

Según los datos que se emplearon es; **Cuantitativo**: ya que se utilizó procedimientos basados en la medición.

Según el fin que persigue es; **Aplicada**: ya que se usan estrategias, que permiten lograr un objetivo concreto, en este caso elaborar el aporte práctico.

2.1.2 Diseño de Investigación:

- Según el periodo temporal en que se realiza es; **Transversal**: ya que se obtienen los datos de diferentes sujetos en un momento concreto.
- Según el nivel de profundización en el objeto de estudio es; **Explicativa**: ya que intenta determinar causas y consecuencias.
- Según el grado de manipulación de las variables: **No experimental** ya que se basa fundamentalmente en la observación.

2.2 Población y Muestra

2.2.1 Población

- La población estuvo constituida por todos los profesionales en enfermería NOMBRADOS y bajo modalidad de contrato CAS – TERCEROS, y SERUMS que estuvieron en la base de datos de recursos humanos de la Micro Red Pachacútec, al momento de aplicar el estudio.
- Se consideró también a los jefes directos de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec, tanto de establecimiento de salud como de recursos humanos que tengan el cargo al momento de aplicar el estudio.

2.2.2 Muestra

- La muestra estuvo constituida por todos los profesionales en enfermería que estuvieron en la base de datos de recursos humanos de la Micro Red Pachacútec, nombrados y bajo modalidad de contrato vigente CAS, TERCEROS Y SERUMS, al

momento de aplicar el estudio.

- Jefes directos de los profesionales en enfermería, tanto de establecimiento de salud como de recursos humanos que tuvieron el cargo al momento de aplicar el estudio.
- **Cuadro 2:** Profesionales en enfermería y jefes directos de la Micro Red Pachacútec

Establecimientos de la Micro Red Pachacútec	Cantidad de Profesionales en Enfermería	Jefes Directos de Establecimiento y de Recursos Humanos
P.S CHONTAPACCHA	4	2
P.S SAN CRISTOBAL	1	2
P.S ATAHUALPA	4	2
P.S CHETILLA	2	2
C.S PACHACUTEC	20	2
P.S SAMANA CRUZ	4	2
P.S CUMBICO	1	2
P.S CHAMIS	2	2
P.S LUCMACUCHO	2	2
TOTAL:	40	18

Fuente: Elaborado por el investigador.

2.2.2.1 Criterios de Inclusión

- Profesionales en enfermería NOMBRADOS en la Micro Red Pachacútec que estuvieron en la base de datos de recursos humanos.
- Profesionales en enfermería bajo modalidad de contrato vigente CAS, TERCEROS y SERUMS de la Micro Red Pachacútec que estuvieron en la base de datos de recursos humanos.
- Jefe de cada establecimiento de salud de la Micro Red Pachacútec, que tuvo el cargo al momento de la aplicación del estudio.
- Jefe de recursos Humanos de cada establecimiento de la Micro Red Pachacútec, que tuvo el cargo al momento de la aplicación del estudio.

2.2.2.2 Criterios de exclusión

- Profesionales en enfermería que no deseó participar en la investigación.
- Profesionales en enfermería que se encontraba de licencia por vulnerabilidad en el momento de la investigación.
- Jefe de cada establecimiento de salud de la Micro Red Pachacútec que no deseó participar en la investigación.
- Jefe de recursos humanos de cada establecimiento de salud de la Micro Red Pachacútec que no deseó participar en la investigación.

2.2.2.3 Selección de la Muestra:

- Muestra Intencional; No Probabilística.
- n=n 40 Profesionales en Enfermería.
- n=n 18 Jefes Directos de los profesionales en enfermería.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Del instrumento de recolección:

El jefe de la Micro Red Pachacútec, dio la autorización para la ejecución del trabajo de investigación, (Anexo 06). El instrumento a utilizar fue una encuesta (Anexo 03) elaborada específicamente por el investigador en base al documento técnico antes mencionado en la novedad de la investigación, y validado por el método de experto (Anexo 04).

Con un total de 17 preguntas cerradas con 3 o 4 alternativas donde solo una es la correcta. Las cuales están planteadas según las dimensiones de la variable dependiente:

- 5 preguntas para evaluar conocimientos en Etiología de Caries dental.
- 5 preguntas para evaluar conocimientos en Diagnóstico de Caries dental.
- 7 preguntas para evaluar conocimientos en Medidas Preventivas de Caries dental.

Se aplicó la encuesta a las dos muestras de sujetos adecuada a cada una, y de esta forma se procedió a realizar la **triangulación de la información** para alcanzar un mejor control de calidad durante el desarrollo de la investigación y garantizar la validez, credibilidad y rigor en los resultados obtenidos además de potenciar las conclusiones que de estos se derivaron, En este caso se utilizó la triangulación de datos en el área personal ya que la información se recogió de diferentes muestras de sujetos (Profesionales en Enfermería y Jefes Directos) midiendo el mismo indicador con el mismo instrumento, lo cual nos permitió contrastar la información recabada, el otro instrumento para completar la triangulación fue el análisis documental, teniendo en cuenta todos los estudios relacionados con el proceso educativo preventivo.

2.4. Procedimientos de análisis de datos.

Los datos fueron recogidos por medio de las encuestas, aplicados a los Profesionales en Enfermería y sus Jefes Directos, luego se creó una base de datos en Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corporation). Posteriormente para determinar porcentajes se usó el programa estadístico SPSS versión 22.0 presentando tablas de resultados para cada pregunta o ítem a evaluar, tanto para los profesionales en enfermería como para sus jefes directos.

2.5. Criterios éticos

Esta investigación se realizó considerando los criterios éticos definidos en el informe de Belmont (1978), reformulado por Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1979):

- **Respeto a la autonomía:** Los profesionales en enfermería fueron tratados como personas autónomas y libres de tomar decisiones, por ello llenaron un consentimiento informado antes de su participación.⁶⁶ (Anexo 07)
- **No-maleficencia:** Esta investigación está obligada con los sujetos de estudio a no infringir daño intencionadamente.⁶⁶
- **Beneficencia:** En este estudio el compromiso con los profesionales en enfermería fue por encima de todo cumplir el juramento Hipocrático de no ocasionar daño más bien prevenirlo y elevar al máximo los beneficios.⁶⁶
- **Justicia:** Los profesionales en enfermería no recibieron ningún tipo de discriminación.⁶⁶

2.6. Criterios de Rigor científico.

- **Credibilidad:** Los datos fueron recolectados de fuentes fiables, de personas investigadas (profesionales en enfermería y sus jefes directos) y el instrumento fue validado por juicio de experto.⁶⁷
- **Transferibilidad:** El estudio tiene la facilidad de ser aplicado y utilizar la información obtenida en otras realidades similares.⁶⁷
- **Confirmabilidad:** En esta investigación se analizó e interpretó las variables de tal manera que otras investigaciones podrán tomarla como referencia y corroborar los resultados.⁶⁷
- **Dependencia:** Este criterio implicó el nivel de estabilidad de los resultados y hallazgos del estudio.⁶⁷

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas: Caracterización de la situación actual del proceso educativo preventivo.

Tabla 1: Porcentaje Global para Profesionales en enfermería:

17 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 680			
40 Profesionales en enfermería	Correcto	167	24.5%
	Incorrecto	513	75.5%
	Total	680	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 40 profesionales en enfermería aplicando a cada uno 17 preguntas, haciendo un total de 680, de las cuales fueron correctas solo el 24.5% e incorrectas el 75.5%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento global es insuficiente.

Tabla 2: Dimensión Etiología:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 200			
40 Profesionales en enfermería	Correcto	47	23.5%
	Incorrecto	153	76.5%
	Total	200	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 40 profesionales en enfermería aplicando a cada uno 5 preguntas correspondientes a la dimensión Etiología, haciendo un total de 200, de las cuales fueron correctas solo el 23.5% e incorrectas el 76.5%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Etiología es insuficiente.

Tabla 3: Dimensión Diagnóstico:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 200			
40 Profesionales en enfermería	Correcto	47	23.5%
	Incorrecto	153	76.5%
	Total	200	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 40 profesionales en enfermería aplicando a cada uno 5 preguntas correspondientes a la dimensión Diagnóstico, haciendo un total de 200, de las cuales fueron correctas solo el 23.5% e incorrectas el 76.5%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Diagnóstico es insuficiente.

Tabla 4: Dimensión Medidas Preventivas:

7 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 280			
40 Profesionales en enfermería	Correcto	73	26%
	Incorrecto	207	74%
	Total	280	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 40 profesionales en enfermería aplicando a cada uno 7 preguntas correspondientes a la dimensión Medidas preventivas, haciendo un total de 280, de las cuales fueron correctas solo el 26% e incorrectas el 74%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Medidas preventivas es insuficiente.

Tabla 5: Porcentaje Global para Jefes Directos:

17 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 306			
18 Jefes Directos	Correcto	70	22.8%
	Incorrecto	236	77.2%
	Total	306	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 18 jefes directos aplicando a cada uno 17 preguntas, haciendo un total de 306, de las cuales fueron correctas solo el 22.8% e incorrectas el 77.2%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento global es insuficiente.

Tabla 6: Dimensión Etiología:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 90			
18 Jefes Directos	Correcto	21	23.3%
	Incorrecto	69	76.7%
	Total	90	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 18 jefes directos aplicando a cada uno 5 preguntas, para la dimensión Etiología, haciendo un total de 90, de las cuales fueron correctas solo el 23.3% e incorrectas el 76.7%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Etiología es insuficiente.

Tabla 7: Dimensión Diagnóstico:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 90			
18 Jefes Directos	Correcto	19	21%
	Incorrecto	71	79%
	Total	90	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 18 jefes directos aplicando a cada uno 5 preguntas, para la dimensión Diagnóstico, haciendo un total de 90, de las cuales fueron correctas solo el 21% e incorrectas el 79%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Diagnóstico es insuficiente.

Tabla 8: Dimensión Medidas Preventivas:

7 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 126			
18 Jefes Directos	Correcto	30	23.8%
	Incorrecto	96	76.2%
	Total	126	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Se evaluó 18 jefes directos aplicando a cada uno 7 preguntas, para la dimensión Medidas Preventivas, haciendo un total de 126, de las cuales fueron correctas solo el 23.8% e incorrectas el 76.2%, los porcentajes tan bajos de respuestas correctas obtenidas evidencian que el conocimiento para la dimensión Medidas Preventivas es insuficiente.

- **Anexo 8**, Se presentan los datos de cada pregunta por grupo evaluado, para corroborar información de ser necesario.

3.2. Discusión de resultados:

Se obtuvo los resultados a partir de la aplicación del instrumento para definir el nivel de conocimiento de los profesionales en enfermería sobre caries dental en niños, habiendo sido este aplicado también a sus jefes directos con el fin de triangular la información obtenida, procedemos ahora a discutirlos con los resultados obtenidos por otros investigadores en realidades similares.

Se observa que los porcentajes de respuestas incorrectas en las 3 dimensiones de la variable dependiente son bastante similares entre los profesionales en enfermería y sus jefes directos tanto de recursos humanos como de jefe de establecimiento, por tal razón los conocimientos que estos presentan sobre prevención de caries dental en niños, son insuficientes, esto coincide con el estudio de Santa Cruz G, Pérez A, Villagra R, Achucarro G. (Asunción, Paraguay 2019) donde se evaluó los conocimientos sobre salud bucal en estudiantes de posgrado en enfermería y se determinó que estos eran insuficientes, por este motivo los autores proponen implementar el desarrollo de planes educativos orientados a estos profesionales en temas de salud bucal poniendo especial énfasis en la enfermedad más prevalente que ataca a los niños con los cuales ellos trabajan a prioridad.

De las 17 preguntas propuestas en el instrumento, 2 preguntas superan el 50%, 2 superan el 60%, 7 superan el 70%, 3 superan el 80% y 3 superan el 90% de respuestas incorrectas para el total de profesionales en enfermería evaluados.

En el caso de los jefes directos, de las 17 preguntas propuestas en el instrumento 2 preguntas superan el 60%, 9 superan el 70% y 6 superan el 80% de respuestas incorrectas para el total de jefes directos en RRHH y Establecimiento evaluados.

Dados los resultados mayoritariamente insatisfactorios al igual que en el estudio de Díaz C, Quintana M, Morel M, Espínola M, Bejarano N. (Paraguay, 2017) donde se evaluó conocimientos de caries dental en residentes de pediatría y se obtuvo como resultado que estos eran deficientes, por ello una vez más se comprueba que los profesionales de la salud que tienen el primer contacto con el niño no reciben la suficiente formación educativa para el control y prevención de la caries dental.

Cada uno de los 40 profesionales en enfermería evaluados respondieron las 17 preguntas del instrumento, se determinó que solo el 24.5% fueron correctas y de los 18 jefes directos evaluados cada uno respondió las 17 preguntas del instrumento y de las cuales solo el 22.8% fueron correctas, de esta manera encontramos mucha similitud con los resultados encontrados por Valenzuela D, (Chile, 2015) donde la población evaluada

es personal de salud del primer nivel de atención, y evidencia que el personal de salud solo presenta el 49% de respuestas correctas y concluye que el nivel de conocimiento en salud bucal es insuficiente, teniendo en la presente investigación valores aún más bajos para respuestas correctas en las 3 dimensiones evaluadas coincidimos en que los conocimientos son en extremo insuficientes considerando que la presente investigación también se realiza en personal de primer nivel de atención y que la prevención de enfermedades con alta prevalencia según el nivel resolutivo en este tipo de establecimientos debe ser prioritaria.

Corchuelo J, Mambuscay J, (Cali, Colombia 2015) demuestran que la falta de conocimientos para prevenir oportunamente una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, la caries dental, empieza desde la formación profesional en pre grado ya que al evaluar estudiantes de enfermería concluyen que existen deficiencias en el conocimiento, este estudio sustenta los datos recogidos en nuestra investigación ya que si los estudiantes de las ciencias de la salud no reciben la formación intelectual adecuada en estos temas durante su formación académica de pre grado difícilmente al egresar serán profesionales con los conocimientos suficientes para contribuir con la prevención de la caries dental, mientras desarrollan sus funciones propias. De esta forma Gómez W, (Puno, Perú 2017) demuestran que los conocimientos del personal de salud sobre prevención de enfermedades bucales más prevalentes es mayoritariamente regular, en un establecimiento de mediana complejidad (hospital), evidenciando que a diferencia de nuestro estudio donde el personal evaluado tiene como prioridad la prevención y no el tratamiento de enfermedades, el conocimiento que poseen es regular a diferencia de los porcentajes tan bajos de respuestas correctas encontradas en nuestro estudio. Lo que demuestra que se hace de suma urgencia aplicar programas educativos para mejorar de manera evidente los conocimientos preventivos al respecto, sobre todo en establecimientos de atención primaria.

Córdoba C, (Huancavelica, Perú 2019) al evaluar al personal de salud de su Micro Red, encuentra que el nivel de conocimiento de caries de la infancia temprana es bueno con un 79%, esto nos demuestra que es posible que los profesionales no odontólogos obtengan los conocimientos necesarios y de esta manera poder desarrollar un trabajo en equipo con alto impacto en los índices de la enfermedad más prevalente en niños del país. Este resultado difiere con lo expuesto en nuestra investigación ya que en la Micro Red Pachacútec la mayoría de respuestas obtenidas han sido incorrectas y se ha

demostrado que los conocimientos son deficientes por tal motivo se hace una necesidad aplicar programas educativos, que mejoren nuestra realidad.

En el estudio de Torre R, Ríos M (Iquitos, Perú 2017) concordamos con esta investigación ya que evidencia que la aplicación de un programa educativo en prevención de caries dental en escolares mejora notablemente los conocimientos de estos, por lo tanto habiendo demostrado en nuestra investigación que los conocimientos de los profesionales en enfermería y sus jefes directos de la Micro Red Pachacútec son bastante insuficientes para prevenir caries dental en niños, es que aseguramos que la aplicación de un programa educativo orientado a este personal de salud es de vital importancia, además que el trabajo preventivo de caries dental en niños articulado y reforzado con todos los profesionales de salud de la atención primaria disminuye los altos costos de tratamiento recuperativo tanto para los padres de familia como para el estado peruano como lo demuestra Torres G, Blanco D, Anticona C, Cisneros R, Antezana V, (Lima, Perú 2015) en su investigación, con esto queda más que confirmado que la aplicación de programas educativos de bajo costo orientados a la prevención de enfermedades más prevalentes y dirigido al personal de salud que tenga mayor contacto e influencia sobre los niños y sus padres siendo los profesionales en enfermería como se explica en nuestra investigación , es el mejor camino a seguir en la lucha contra la enfermedad y la equidad en salud.

Los programas educativos tienen una demostrada eficacia además de ser de accesible aplicación y costos disminuidos, al igual que Martínez A, Túllume E, (Nuevo Chimbote, Perú 2017) y Cervantes S, Sucari W, Padilla T (Puno, Perú 2020) que evaluaron y demostraron que sus programas educativos fueron altamente efectivos, llegando a alcanzar hasta el 80% de efectividad, para mejorar conocimientos y por ende prácticas preventivas de caries dental en escolares, y sabiendo que los conocimientos de los profesionales en enfermería y sus jefes directos de la Micro Red Pachacútec son bastante insuficientes esto debido a que no existen programas orientados a su formación ya que solo priorizan temas relacionados a su área específica y que durante su formación profesional de pre grado tampoco reciben conocimientos actualizados y basados en la mejor evidencia disponible es que se pierde una invaluable oportunidad de realizar un trabajo articulado en establecimientos de salud del Minsa donde el mayor porcentaje de la población del país es atendida, siendo la prevención la mejor arma para

controlar la caries dental el programa educativo propuesto en esta investigación marca una gran diferencia para mejorar la calidad de vida de los niños y su entorno.

Ya que los conocimientos evaluados en nuestra investigación para las 3 dimensiones de la variable dependiente son bastante insuficientes al igual que en el estudio de Becerra, A (Pimentel, Perú 2017) donde mayoritariamente los conocimientos del personal de salud evaluado van de regular a malo y por ende la actitud es un 70% indiferente coincidimos que entre menor sea el conocimiento en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental en niños más indiferentes serán los profesionales de la salud con las herramientas que estos tienen a su alcance para generar ambientes preventivos efectivos y de esta manera controlar una enfermedad con cifras pandémicas. Por esta razón es de suma urgencia incorporar el desarrollo de programas educativos tanto en el ámbito laboral donde se desarrollan los profesionales de enfermería como en las unidades pre grado y segunda especialización.

A diferencia de Díaz D, Paredes C (Cajamarca, Perú 2018) que encontró en su estudio realizado a personal de salud del primer nivel de atención, que los niveles de conocimiento sobre caries de infancia temprana fueron considerables y aceptables por encima del 60%, esto puede deberse a que dentro de la población estudiada también se consideraron cirujanos dentistas, y en nuestro estudio solo se ha considerado personal de salud no odontólogo y hemos demostrado luego de la aplicación del instrumento que los conocimientos son insuficientes para las 3 dimensiones estudiadas.

Con los fundamentos teóricos relacionados al tema de investigación podemos afirmar que los conocimientos insuficientes en el personal de salud especialmente en el que tiene contacto con los niños en sus primeros años de vida, conlleva a abordar la enfermedad cuando esta ya se ha instalado y desarrollado haciéndose muy difícil que medidas preventivas sencillas y de bajo costo puedan revertirla, el niño llega al consultorio odontológico cuando ya necesita un tratamiento recuperativo por lo general costoso, muchas veces doloroso, y hasta tedioso para el niño su entorno y el odontólogo. Ya que las cifras de incidencia y prevalencia han demostrado que los enfoques recuperativos no son efectivos contra la enfermedad y toda esta información descrita evidencia la efectividad de programas educativos es que se convierte en una necesidad capacitar a los profesionales en enfermería ya que tienen influencia y contacto con los niños, para poder crear una cultura preventiva que abarque no solamente a los padres

del niño sino también al personal de salud de modo que se comprometa en la lucha contra la enfermedad.

3.3. Aporte práctico

CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO:

Para construir el aporte práctico de esta investigación, se realizó la fundamentación teórica, para el Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec y a sus jefes directos, con el fin de que estos últimos evidencien la realidad encontrada y faciliten la capacitación y participación de los profesionales en enfermería, siguiendo la estructura en etapas, se define el diagnóstico, se establece el objetivo general, se realiza la planeación estratégica, la instrumentación, y la evaluación correspondiente.

ESTRUCTURA DEL APORTE PRÁCTICO

Al haber detectado un déficit en el proceso educativo preventivo en caries dental de los profesionales en enfermería, y sabiendo lo importante de su intervención por la naturaleza de sus actividades profesionales y el impacto que estas generan en la salud integral del niño desde sus primeros años de vida, es que se diseña este programa educativo en prevención de caries dental en niños.

Este programa de intervención educativa preventiva de caries dental, está estructurado en 6 etapas:

1. **Etapa I:** Fundamentación Teórica.
2. **Etapa II:** Diagnóstico.
3. **Etapa III:** Planteamiento del Objetivo General
4. **Etapa IV:** Planeación estratégica
 - Fases de la estrategia:
 - ✓ I fase: Etiología de Caries dental.
 - ✓ II fase: Diagnóstico de Caries dental.
 - ✓ III fase: Medidas Preventivas de caries dental.
5. **Etapa V:** Instrumentación.
6. **Etapa VI:** Evaluación.

1) FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

En la realidad peruana donde la inequidad en salud se hace más visible comparada con países desarrollados, la prevención es el arma más poderosa que tenemos para cuidar la salud de la población, sobre todo en grupos etarios vulnerables, como lo es la etapa de vida niño, etapa donde se hace más sencillo adoptar hábitos saludables para el mantenimiento de la salud, es aquí donde la educación para la salud es fundamental sobre todo en países en vías de desarrollo como el Perú, esta es la ciencia que brinda la información necesaria, motiva y ayuda a las personas a practicar hábitos para preservar su salud, a través de una dinámica de enseñanza- aprendizaje le brinda a los individuos las herramientas en conocimiento que estos necesitan para evitar situaciones y comportamientos de riesgo que los lleven a desarrollar la enfermedad.(Sánchez C, 2017)⁵²

En el primer nivel de atención todos los profesionales de la salud que tengan contacto con el niño en sus primeros años de vida son responsables del cuidado integral de su salud. Sabiendo que el ministerio de salud atiende a la mayor cantidad de población del país y que la oferta laboral odontológica es baja, comparada con la demanda de atenciones y la población asignada en cada establecimiento, y teniendo en cuenta que la gran mayoría de esta población no puede acceder a tratamientos recuperativos de forma particular por el costo añadido. Es que se hace de suma urgencia involucrar a los profesionales en enfermería y a sus jefes directos para que faciliten sus accionar en el trabajo preventivo de caries dental ya que estos tienen contacto con los niños desde el momento de su nacimiento y durante los vitales primeros años de vida en sus controles de crecimiento y desarrollo, por ende tienen el poder y los espacios para educar e influenciar positivamente a los padres de familia en medidas preventivas de la enfermedad más prevalente en odontología, así como también en factores etiológicos y un diagnóstico oportuno, estos profesionales atienden, examinan e interactúan con los niños y sus padres mucho antes que estos lleguen a la primera consulta odontológica, trabajar en mejorar sus conocimientos a través de programas educativos en prevención de caries dental, puede contribuir enormemente a disminuir cifras alarmantes de incidencia y prevalencia de caries dental en el futuro. (Reyna C, 2018)⁴⁹ (Montenegro G, 2013)⁵⁴

Los programas educativos se basan en la atención primaria. Ósea que se orientan a evitar el inicio de la enfermedad, por este motivo el fin que persiguen es mejorar los conocimientos de la población objetivo, Las técnicas educativas y medios de enseñanza

a emplear para transmitir el conocimiento en salud generalmente son; Sesiones Educativas y Sesiones Demostrativas, a través de presentaciones digitales, impresos, rota folios, etc. (Granda L, 2019)⁶²

La educación en prevención de caries dental es una estrategia que disminuye los costos de tratamiento, en nuestro país Cervantes S, Sucari W, Padilla T (Puno, Perú 2020) Desarrollaron el programa educativo para la prevención de caries dental “Boquitas Sanas, Caritas felices” programa orientado a niños menores de 5 años y sus padres, que consto de sesiones educativas y demostrativas sobre prevención de caries dental, el cual concluye que este mejora el nivel de conocimiento de los padres de familia y esto repercute en el mejor cuidado de la cavidad bucal de los niños.²²

Torres R, Ríos M, (Iquitos, Perú 2017) Elaboraron un programa educativo para la prevención de caries dental dirigido a escolares, este programa educativo estuvo basado en la enseñanza y metodología participativa, consto de 15 sesiones donde se desarrollaron temas de etiología y prevención de caries. Este estudio asegura que la participación en programas de educación puede mejorar la disposición y la aptitud del niño para la escuela, ya que un niño sano libre de dolor responde mejor ante los retos académicos que se le presenten.¹⁹

En el año 2013 el Ministerio de Salud a través de la dirección general de promoción de la salud implementó un programa educativo para la prevención de caries dental orientado a los docentes de escuelas primarias e iniciales. Este programa educativo se presenta como una herramienta para que el personal de salud trabaje con los docentes la importancia de la prevención de caries dental en las instituciones educativas. El programa educativo promocional constó de 3 sesiones de aprendizaje; donde se tocaron temas como; la importancia de la salud bucal, procedimientos preventivos y el cuidado de la salud bucal en el trabajo del docente, con una metodología de capacitación.⁶⁵

Cada sesión educativa se desarrolló con la metodología AMATE (Animación, Motivación, Apropiación, Transferencia y Evaluación) utilizada en talleres de carácter participativo y vivencial, basada en los modelos de aprendizaje para la adopción de comportamientos. La metodología AMATE se tomará de referencia para desarrollar el presente programa educativo durante las sesiones educativas en Etiología, Diagnóstico y medidas preventivas de caries dental, orientado a los profesionales en enfermería y sus jefes directos de la Micro Red Pachacútec, Cajamarca.

2) DIAGNÓSTICO:

Para caracterizar la situación actual del proceso educativo preventivo en los profesionales en enfermería y sus jefes directos, se aplicó una encuesta con la que se evidenció el problema, insuficiencias en el conocimiento sobre prevención de caries dental.

- El 90% de profesionales en enfermería y 83.3% de sus jefes directos no sabe por qué se produce la caries dental.
- El 85% de profesionales en enfermería y 77.8% de sus jefes directos no sabe qué factores favorecen a la caries dental.
- El 62.5 % de profesionales en enfermería y 77.8% de sus jefes directos no sabe que morbilidad ocupa el primer lugar en motivo de consulta en los establecimientos del Minsa, en niños de 5 a 11 años.
- El 75% de profesionales en enfermería y 72.3% de sus jefes directos no sabe cuál es la principal bacteria y factor etiológico responsable de la caries dental.
- El 70% de profesionales en enfermería y 72.3% de sus jefes directos no sabe a qué favorece el uso de biberón nocturno después de la erupción de primer diente.
- El 77.5% de profesionales en enfermería y 77.8% de sus jefes directos no sabe cuál es el primer signo clínico de caries dental.
- El 72.5% de profesionales en enfermería y 77.8% de sus jefes directos no sabe cuáles son los primeros dientes de leche en erupcionar y cuantos dientes presentes en la cavidad bucal, debe tener un niño de 3 a 5 años.
- El 90% de profesionales en enfermería y 88.9% de sus jefes directos no sabe qué hacer durante la evaluación bucal para detección temprana de caries dental.
- El 72.5% de profesionales en enfermería y 72.3% de sus jefes directos no sabe cuándo deben acudir los niños a su primera consulta odontológica.

- El 70% de profesionales en enfermería y 77.8% de sus jefes directos no sabe desde que edad se puede desarrollar la caries dental.
- El 57.5% de profesionales en enfermería y 62% de sus jefes directos no sabe cuándo debe iniciar la higiene bucal en los niños.
- El 77.5% de profesionales en enfermería y 83.3% de sus jefes directos no sabe cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años.
- El 87.5% de profesionales en enfermería y 83.3% de sus jefes directos no sabe qué pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños.
- El 60% de profesionales en enfermería y 62% de sus jefes directos no sabe qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años.
- El 57.5% de profesionales en enfermería y 72.3% de sus jefes directos no sabe qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años.
- El 97.5 % de profesionales en enfermería y 88.9% de sus jefes directos no sabe en qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental.
- El 80% de profesionales en enfermería y 83.3% de sus jefes directos no sabe cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de flúor barniz en niños.

3) PLANTEAMIENTO DEL OBJETIVO GENERAL

Desarrollar los conocimientos en prevención de caries dental en niños, de los profesionales en enfermería y sus jefes directos de la Micro Red Pachacútec – Cajamarca, teniendo en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización.

4) PLANEACIÓN ESTRATÉGICA:

Ya que los profesionales en enfermería demostraron en su gran mayoría no contar con el conocimiento necesario en prevención de caries dental se implementará el programa educativo en 3 fases abarcando las dimensiones de la variable dependiente. Para el desarrollo de las fases se utilizará la metodología Amate.

I Fase: Etiología de Caries dental:

Actividad	Descripción	Responsable
<i>Animación:</i>	<p>Dinámica: Dientes pareja.</p> <p>Se entrega a cada participante una figura de diente numerado, y se hace que busquen al compañero con el mismo número.</p> <p>Se forman las parejas y se les pide que dialoguen a cerca de datos personales y expectativas de la sesión.</p> <p>Cada pareja debe presentarse mutuamente.</p> <p>✓ Para realizar la dinámica virtual vía zoom, hacer la siguiente adaptación.</p> <p>Dinámica: Mi número - Mi presentación.</p> <p>Se otorga a cada participante de la reunión un número correlativo.</p> <p>El anfitrión va llamando a cada participante según el número que se le asignó de manera indistinta (sin seguir el orden correlativo) de tal forma que todos tengan expectativa de ser llamados en cualquier momento.</p> <p>El participante cuyo número asignado es mencionado, debe proceder a presentarse, considerando su nombre, establecimiento donde labora y expectativas de la sesión.</p>	✓ Investigador.

	Duración: 10 minutos	
Motivación:	<p>Actividad: fotografías</p> <p>Se forma grupos iguales de 5 participantes.</p> <p>Se entrega a cada grupo una fotografía de la progresión de caries dental en sus diferentes estadios.</p> <p>Se pide que los participantes dialoguen como las lesiones que observan en las fotografías influyen en el óptimo desarrollo del niño y cómo repercute en su familia.</p> <p>Un representante del grupo expone la conclusión a la que llegaron.</p> <p>✓ Para realizar la motivación virtual vía zoom, hacer la siguiente adaptación</p> <p>Actividad: fotografías</p> <p>Se presentan en la pantalla compartida fotografías de los diferentes estadios de la caries dental, una a la vez.</p> <p>El anfitrión llama a cualquier participante según su número asignado y le pide que brinde su opinión de como la lesión que observa en la fotografía influye en el óptimo desarrollo del niño y cómo repercute en su familia. Se llaman a 10 participantes de manera indistinta para que brinden su opinión.</p>	✓ Investigador.

	Duración: 15 minutos	
<i>Apropiación:</i>	<p>Exposición: Presentación del tema.</p> <p>Se utilizará medios audiovisuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición de la caries dental. ✓ Fisiopatología. ✓ Aspectos Epidemiológicos. ✓ Factores asociados. ✓ Cronología de la erupción dental. <p>Duración: 20 Minutos</p>	✓ Investigador
<i>Transferencia:</i>	<p>Actividad:</p> <p>Se forman grupos de 5 participantes.</p> <p>Se entrega papelotes y plumones.</p> <p>Se pide que realicen una lluvia de ideas e ideas clave.</p> <p>Y que organicen sus conclusiones del tema expuesto.</p> <p>Un representante del grupo expone.</p>	✓ Investigador

	<p>✓ Para realizar la transferencia virtual vía zoom, hacer la siguiente adaptación</p> <p>Se pide a cada participante que tenga consigo una hoja en blanco de papel bond y un plumón.</p> <p>Se pide a cada participante que escriba una conclusión del tema expuesto.</p> <p>Se pide a cada uno de los participantes que lean su conclusión.</p> <p>Duración: 15 minutos.</p>	
<i>Evaluación:</i>	<p>Se aplicará la encuesta desarrollada para este estudio, de la pregunta 1-5 lo que corresponde a la fase I – etiología de Caries dental.</p> <p>✓ Para realizar la encuesta vía virtual se utiliza el cuestionario de Google.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	✓ Investigador

II Fase: Diagnóstico de Caries dental:

Actividad	Descripción	Responsable
<p><i>Animación:</i></p>	<p>Dinámica de globos.</p> <p>Trabajo en equipo.</p> <p>Se forman parejas.</p> <p>Se entrega un globo y una pita de hilo para amarrar el globo en la cintura de cada participante.</p> <p>Se indica que cada pareja debe proteger sus globos y tratar de reventar los globos de las demás parejas.</p> <p>Se explica la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario para lograr objetivos comunes.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>✓ Investigador</p>
<p><i>Motivación:</i></p>	<p>Se presenta en el medio audiovisual 5 imágenes de complicaciones de caries dental en niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abscesos extra orales. • Celulitis faciales. 	<p>✓ Investigador.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Angina de Ludwig <p>Se entrega a cada participante una cartulina pequeña y se les pide que describan cuales piensan que son las consecuencias de las complicaciones observadas.</p> <p>Se recogen los trabajos y se exponen algunas ideas.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	
<p><i>Apropiación:</i></p>	<p>Exposición:</p> <p>Presentación del tema.</p> <p>Se utilizará medios audiovisuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos y síntomas de la caries dental. ✓ Primeras etapas de la lesión. ✓ Interacción cronológica. ✓ Localización de la caries dental en niños. ✓ Progresión de la caries dental. <ul style="list-style-type: none"> • Esmalte sano • Mancha blanca. • Cavidad en la dentina. • Amplia destrucción. 	<p>✓ Investigador.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Infección diseminada. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Criterios diagnósticos. ✓ ¿Qué niños y que dientes tienen mayor riesgo de desarrollar caries dental? <p>Duración: 20 minutos</p>	
<i>Transferencia:</i>	<p>Se arman grupos.</p> <p>Se entrega a cada grupo un sobre con 5 fotografías numeradas del 1 al 5, y una hoja con los diagnósticos para cada una de ellas.</p> <p>Se pide al grupo que relacionen cada número de fotografía con el diagnóstico correspondiente.</p> <p>Reforzamos las respuestas.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	✓ Investigador.
<i>Evaluación:</i>	<p>Se aplicará la encuesta realizada para esta investigación, de la pregunta 6 – 10 lo que corresponde a la fase II Diagnóstico de caries dental.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	✓ Investigador.

III Fase: Medidas preventivas de caries dental.

Actividad	Descripción	Responsable
<i>Animación:</i>	<p>Dinámica:</p> <p>Todos los participantes deben dividirse en 6 grupos y se les proporciona 2 carteles de verdadero y falso a cada grupo.</p> <p>En el equipo audiovisual se proyectan los siguientes enunciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La pasta dental indicada para niños menores de 1 año es: Pasta dental Fluorada \geq 1000 ppm. ✓ Se indica la aplicación de flúor barniz en niños menores de 1 año. ✓ La primera consulta dental se debe dar antes del primer año de vida. <p>Se pide que cada grupo levante el cartel que consideren correcto para responder el enunciado propuesto.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	✓ Investigador
<i>Motivación:</i>	<p>Vamos a plantear las siguientes preguntas para reflexionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿nos cepillamos los dientes todos los días? ✓ ¿son adecuados los insumos que utilizamos para realizar el cepillado? ✓ ¿De qué forma cepillamos nuestros dientes? 	✓ Investigador

	<p>Se les entrega a todos los participantes cartulinas con forma de: Diente, Cepillo dental, Reloj.</p> <p>Según la forma que les tocó colocarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillo: Que insumos cree que se debe usar en la higiene bucal de los niños. • Reloj: Que frecuencia cree que es la recomendada para realizar la higiene bucal de los niños. • Diente: Cuál cree que es la técnica de cepillado recomendada para los niños. <p>Se pega en una pizarra los aportes de todos los participantes para luego contrastarla con la información del momento de apropiación.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	
<p><i>Apropiación:</i></p>	<p>Exposición:</p> <p>Presentación del tema.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medidas Preventivas. ✓ Como cuidar la salud bucal de los niños en casa. ✓ Procedimientos en la consulta dental. ✓ Pasta dental fluorada una alternativa preventiva al alcance de todos. ✓ Consejos preventivos por edades. 	<p>✓ Investigador</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué profesionales de la salud tienen el primer contacto con el niño? ✓ ¿Cuándo debe iniciar la higiene bucal de los niños? ✓ ¿Cómo deben realizar los padres la higiene bucal de sus niños? ✓ ¿Cuándo debe ir el niño por primera vez a la consulta odontológica? ✓ ¿Con que frecuencia deben acudir los niños a la consulta odontológica? <p>Duración: 20 minutos</p>	
<i>Transferencia:</i>	<p>Se pide a cada grupo que realice una interpretación teatral sencilla donde participen todos los integrantes y se escenifique una situación donde los profesionales en enfermería les brinden todas las indicaciones preventivas a los padres de familia.</p> <p>Duración: 20 minutos</p>	✓ Investigador
<i>Evaluación:</i>	<p>Se aplicará la encuesta realizada para esta investigación, de la pregunta 11 – 17, lo que corresponde a la fase III medidas preventivas de caries dental.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	✓ Investigador

5) INSTRUMENTACIÓN:

Para realizar la Ejemplificación parcial se aplicará la primera fase del programa educativo en prevención de caries dental, de manera virtual, para adaptarnos a las condiciones dadas por la pandemia actual.

Las 3 fases se ejecutarán en el auditorium del Centro de Salud Pachacútec - Cajamarca.

Fases	Periodo
I. Etiología de Caries dental.	Previa coordinación con los participantes se ejecutó la reunión virtual, el día sábado 09/01/2021
II. Diagnóstico de Caries dental.	Se ejecutará en una fecha establecida previa coordinación con los participantes
III. Medidas preventivas de Caries dental.	Se ejecutará en una fecha establecida previa coordinación con los participantes

- ✓ Para las sesiones presenciales se solicitará el apoyo de los profesionales odontólogos que trabajan en el centro de salud Pachacútec para un mejor control y capacitación de los participantes.

6) EVALUACIÓN:

El programa se evaluará de manera integral a todas las etapas como un todo único, para identificar deficiencias y proponer mejoras.

Cada Fase correspondiente a las dimensiones de la variable dependiente será evaluada según la encuesta desarrollada para esta investigación.

Etapas	Evaluación
I. Etiología de Caries dental.	Se aplicó la encuesta realizada para esta investigación, de la pregunta 1 – 5.
II. Diagnóstico de Caries dental.	Se aplicará la encuesta realizada para esta investigación, de la pregunta 6 – 10.
III. Medidas preventivas de Caries dental.	Se aplicará la encuesta realizada para esta investigación, de la pregunta 11 – 17.

a) Valoración de resultados:

Para Validar el programa educativo en prevención de caries dental en niños orientado a los profesionales en enfermería se escogieron 3 expertos considerando su condición de nombrados en el Ministerio de Salud dentro de la estrategia sanitaria de salud bucal y el grado académico de magister. (Anexo 05)

Para analizar los resultados de la validación del juicio de experto del programa educativo en prevención de caries dental en niños orientado a los profesionales en enfermería se consideraron los siguientes puntajes:

Muy adecuado (5), Bastante adecuado (4), Adecuado (3), Poco adecuado (2), no adecuado (1)

Validación del Programa educativo por juicio de expertos			
Ítem de evaluación	Experto nº 1	Experto nº 2	Experto nº 3
Nº1	5	4	5
Nº2	4	4	4
Nº3	4	4	4
Nº4	5	5	4
Nº5	5	5	5
Nº6	5	5	5
Nº7	4	4	4
Nº8	5	5	5
Total:	37	36	36

➤ **Con respecto a cada ítem de evaluación del aporte práctico:**

- ✓ Nº1.-Novedad Científica: 2 expertos consideraron al programa *muy adecuado* y 1 *bastante adecuado*.
- ✓ Nº2.-Fundamentos teóricos pertinentes: los 3 expertos consideraron al programa *bastante adecuado*.

- ✓ N°3.-Relaciones fundamentales aportadas y su nivel de argumentación: los 3 expertos consideraron al programa *bastante adecuado*.
- ✓ N°4.-Correspondencia entre el aporte práctico y las teorías estudiadas: 2 expertos consideraron al programa *bastante adecuado* y 1 *muy adecuado*.
- ✓ N°5.-Claridad en el propósito de cada una de las acciones: 3 expertos consideraron al programa *muy adecuado*.
- ✓ N° 6.-Posibilidades de aplicación: 3 expertos lo consideraron *muy adecuado*.
- ✓ N°7.-Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores: 3 expertos consideraron al programa *bastante adecuado*.
- ✓ N°8.-Significación práctica: 3 expertos consideraron al programa *muy adecuado*.

b) Ejemplificación parcial de la aplicación del aporte práctico:

La Ejecución parcial del programa educativo en prevención de caries dental en niños, se realizó mediante una reunión virtual por la plataforma zoom el día 9/01/2021, Concretizándose las actividades programadas en la planeación estratégica de la fase I correspondiente a la Etiología de caries dental, adaptando la sesión de manera virtual en el contexto de la pandemia.

c) Corroboración estadística de las transformaciones logradas:

En los siguientes cuadros se plasman los resultados parciales del cambio logrado para una de las dimensiones de la variable dependiente la que se refiere a la fase I de capacitación Etiología de Caries dental.

Tabla 1: Porcentaje Global Dimensión Etiología para Profesionales en enfermería:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 200			
40 Profesionales en enfermería	Correcto	175	87.5%
	Incorrecto	25	12.5%
	Total	200	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa se evaluó 40 profesionales en enfermería aplicando a cada uno 5 preguntas correspondientes a la dimensión Etiología, haciendo un total de 200, de las cuales fueron correctas el 87.5% e incorrectas solo el 12.5%, evidenciando el desarrollo de los conocimiento para la dimensión Etiología.

Tabla 2: Porcentaje Global Dimensión Etiología para Jefes Directos:

5 preguntas para C/U	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Total: 90			
18 Jefes Directos	Correcto	77	85.5%
	Incorrecto	13	14.5%
	Total	90	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa se evaluó 18 jefes directos aplicando a cada uno 5 preguntas correspondientes a la dimensión Etiología, haciendo un total de 90, de las cuales fueron correctas el 85.5% e incorrectas solo el 14.5%, evidenciando el desarrollo de los conocimiento para la dimensión Etiología.

Tabla 3: La caries dental se produce por:

Pregunta 1:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	33	82.5%
	Incorrecto	7	17.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	15	83.3%
	Incorrecto	3	16.7 %
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa el 82.5% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, desarrollaron sus conocimientos ya que respondieron correctamente a porque se produce la caries dental.

Tabla 4: Factores que favorecen a la caries dental:

Pregunta 2:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	34	85%
	Incorrecto	6	15%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	15	83.3%
	Incorrecto	3	16.7%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa el 85% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, desarrollaron sus conocimientos ya que respondieron correctamente a factores que favorecen a la caries dental.

Tabla 5: Morbilidad que ocupa el primer lugar en motivo de consulta externa en el Minsa, en niños de 5 a 11 años:

Pregunta 3:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	36	90%
	Incorrecto	4	10%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	16	88.9%
	Incorrecto	2	11.1%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa el 90% y 88.9% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, desarrollaron sus conocimientos ya que respondieron correctamente a que morbilidad ocupa el primero lugar en motivo de consulta externa en el Minsa, en niños de 5 a 11 años.

Tabla 6: Principal bacteria y factor etiológico responsables de la caries dental:

Pregunta 4:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	35	87.5%
	Incorrecto	5	12.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	16	88.9%
	Incorrecto	2	11.1%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa el 87.5% y 88.9% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, desarrollaron sus conocimientos ya que respondieron correctamente a principal bacteria y factor etiológico responsables de la caries dental.

Tabla 7: Después de la erupción del primer diente, el uso de biberón nocturno, favorece a:

Pregunta 5:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	37	92.5%
	Incorrecto	3	7.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	15	83.3%
	Incorrecto	3	16.7%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ Después de aplicado el programa el 92.5% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, desarrollaron sus conocimientos ya que respondieron correctamente a que favorece el uso del biberón nocturno después de la erupción del primer diente.

IV. CONCLUSIONES

- ✓ La educación para la salud es una herramienta sencilla y de bajo costo que nos permite desarrollar en los individuos un compromiso con su salud mediante la prevención de enfermedades prevalentes buscando así conseguir la equidad en salud, tan necesaria sobre todo en nuestra realidad nacional.
- ✓ Durante décadas organismos internacionales han trabajado para instaurar la educación para la salud como prioridad en la atención primaria, sin embargo, aún es necesario mayor compromiso de los profesionales y la población para lograr trabajar en presencia de salud y no de enfermedad.
- ✓ Se evidenció que los conocimientos de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental en niños son bastante insuficientes, debido a que no reciben información actualizada respecto al tema.
- ✓ Se evidenció que los conocimientos de los jefes directos de la Micro Red Pachacútec, en etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental en niños son bastante insuficientes guardando mucha similitud con los demostrados por los profesionales en enfermería.
- ✓ Se elaboró un programa educativo en prevención de caries dental en niños, poniendo especial énfasis en 3 dimensiones etiología, diagnóstico y medidas preventivas, orientado a los profesionales en enfermería, buscando generar un impacto preventivo a futuro en la prevalencia de la enfermedad.
- ✓ Se consideró dentro de la aplicación del programa a los jefes directos de la Micro Red Pachacútec, para que influyan y faciliten la participación de su equipo de salud conformado por los profesionales en enfermería.
- ✓ El programa fue validado por juicio de expertos con amplia experiencia dentro de la estrategia sanitaria de salud bucal en el ministerio de salud y con el grado de magister, considerándolo mayoritariamente muy adecuado y bastante adecuado para lograr el objetivo.
- ✓ La ejemplificación parcial de la dimensión etiología, demostró que el programa cumple ampliamente con el objetivo de desarrollar los conocimientos de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec y sus jefes directos.

- ✓ En la Micro Red Pachacútec no existen programas orientados a cumplir el objetivo planteado, por ello se elaboró el programa educativo en prevención de caries dental en niños para el desarrollo de conocimientos y capacidades.

V. RECOMENDACIONES

- Habiéndose demostrado que la intervención de los profesionales de la salud que tienen contacto con los niños desde sus primeros años de vida es fundamental para intervenir oportunamente y prevenir enfermedades prevalentes como la caries dental incluso antes de que los niños acudan a su primera consulta odontológica, se recomienda poner especial interés en este tipo de programas educativos de bajo costo que nos permiten fortalecer el trabajo en equipo y sensibilizar a profesionales involucrados en la importante labor de disminuir la incidencia de caries dental y optimizar la vida de los niños y su entorno.
- Replicar en todas las Micro Redes pertenecientes a la Red Cajamarca el programa educativo en prevención de caries dental en niños orientado a los profesionales en enfermería, ya que no se encontró ninguno similar en la realidad estudiada.
- Aplicar en su totalidad las 3 dimensiones del programa educativo en prevención de caries dental en niños, de manera presencial, cuando la realidad sanitaria así lo permita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Bucodental (Internet). España. Centro de Prensa. 2012 [actualizado 2018; citado el 14 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Ministerio de Salud (MINSA) [Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ESNSB-MINSA. Perfil epidemiológico de salud bucal en escolares de 3 a 15 años, Perú 2012 – 2014].
3. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica (Internet). Perú. Cabrera A., Palma C. Castillo JL. Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. 2017. [citado el 14 de Enero del 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4195.pdf>
4. American Academy of Pediatrics (AAPD). Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2018; 39(6):59-61.
5. American Academy on Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. *Pediatr Dent*. 2018; 39(6):62-63.
6. Nowak A, Casamassimo P, Scott J, Moulton R. Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children? *J Mich Dent Assoc*. 2016; 36(7):489-493
7. Palma C, Cahuana A., Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(7): 351-357
8. Contreras N. Valdivieso M. Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. *Rev Estomatol Hered*. 2008; 18(1):29-34. Recuperado en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1852>
9. Sáez L, Sáez M, Sáez V. Actitud y actuación de enfermería ante la salud bucodental infantojuvenil. *Revista Enferm C y L*. 2015; 7(1): 39-49.
10. Inocente-Díaz ME1, Pachas-Barrionuevo F2. Educación para la Salud en Odontología. *Revista Estomatol Herediana*. 2012 Oct-Dic; 22(4):232-41.

11. Ocampo-Rivera DC, Arango-Rojas ME. La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”. Rev Univ. salud. 2016;18(1):24-33.
12. Santa Cruz González NO, Pérez Aquino CF, Villagra Rivera N, Achucarro Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2019; 17(2): 56-63
13. Almaraz, J. (2017). Programa de Educación para la salud: Prevención de riesgos laborales asociados a la enfermedad del ébola (Grado de Enfermería). Universidad del País Vasco. España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/132350963.pdf>
14. Díaz C, Quintana M, Morel M, Espínola M, Pérez N. (2017). Conocimiento y actitud de médicos residentes de pediatría sobre caries dental en niños, Paraguay. Revista Odontología Sanmarquina, 20(2), 59-66. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/13937>
15. Valenzuela, D. (2015). Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la región de Valparaíso. Revista Chilena de Salud Pública, Vol 18 (1), 87-94. Recuperado de: [file:///C:/Users/Miriam/Downloads/30760-1-102737-1-10-20140406%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miriam/Downloads/30760-1-102737-1-10-20140406%20(1).pdf)
16. Corchuelo J, Mambuscay J. (2015). Conocimientos de estudiantes de medicina, enfermería y odontología acerca de la salud bucodental en gestantes. Cali, 2015. Revista Salud Uninorte –Barranquilla, 34 (3),652-663. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n3/2011-7531-sun-34-03-652.pdf>
17. Gómez W, (2017). Nivel de conocimiento sobre salud bucal del personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del hospital Rafael Ortiz Ravinez de Juli-Chucuito, Puno (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Antiplano. Puno, Perú. Recuperado en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4750>
18. Córdova C, (2019). Nivel de conocimientos sobre caries de infancia temprana en el personal de salud de la micro red Concepción – Junín. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional de Huancavelica. Perú. Recuperado: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2489>

19. Torres R, Ríos M. (2017). Efecto de un programa educativo en la prevención de la caries dental en la institución educativa primaria 61006-belén. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú. Recuperado en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5020>
20. Torres G, Blanco D, Anticona C, Cisneros R, Antezana V. (2015). Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al estado peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. Revista Estomatológica Herediana. 5(1) ,36-43. Recuperado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000100006
21. Martínez A, Túllume E. (2017). Efectividad del programa educativo Sonrisas Brillantes en el mejoramiento de la salud bucal en escolares - nuevo Chimbote. (Tesis de Pregrado).Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú. Recuperado en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2612>
22. Cervantes S, Sucari W, Padilla T. (2020). Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de cinco años. Revista Innova Educación, Vol. 2,Núm.2.Recuperado en:https://www.researchgate.net/publication/341106889_Programa_educativo_sobre_prevenccion_en_salud_bucal_en_ninos_menores_de_cinco_años
23. Becerra A, (2017). Conocimiento, actitud y conducta de médicos pediatras de Chiclayo sobre la salud bucal de infantes. (Tesis de Pregrado). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú. Recuperado en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4395>
24. Díaz D, Paredes C. (2018). Conocimientos sobre caries de infancia temprana en personal de salud del primer nivel de atención, Cajamarca. (Tesis de Especialidad). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Recuperado en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3732>
25. Simón-Soro A, Mira A. Solving the etiology of dental caries. Trends Microbiol 2015;23(2):76-82
26. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Dental Caries: The Disease and its Clinical Management. Wiley-Blackwell; 3ª ed.,2015.

27. Kidd E, Fejerskov O. Essentials of Dental Caries. Oxford University Press; 4a Ed, 2016.
28. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res* 2015; 94(5):650-8.
29. Corrêa-Faria P, Paixão-Gonçalves S, Paiva SM, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Dental caries, but not malocclusion or developmental defects, negatively impacts preschoolers' quality of life. *Int J Paediatr Dent*. 2016; 26(3):211-9.
30. World Health Organization. Risk Factors. [Internet]. 2016. [30 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/.
31. Mejåre I, Axelsson S, Dahlén G, Espelid I, Norlund A, Tranæus S, Twetman S. Caries risk assessment. A systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2014 Feb;72(2):81-91
32. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guidelines and Policies 2015-2016. Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents. [Internet]. 2016. [30 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_DietaryRec.pdf.
33. Moynihan P. Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *Adv Nutr* 2016;7(1):149-56
34. Opal S, Garg S, Jain J, Walia I. Genetic factors affecting dental caries risk. *Aust Dent J* 2015; 60(1):2-1.
35. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EAM. Clinical appearances of caries lesions. En: Fejerskov O, Kidd E, editores. *Dental Caries: the disease and its clinical Management*. 2ª ed. Ed Blackwell Munksgård. Oxford, 2008. p. 8-18.
36. Palma C, Mayné R, González Y, Giunta ME, García A, García C, Redondo G, Guinot F, Prio C, Reverón L, Font R. Reflexiones sobre la Caries de la Infancia Temprana Severa (CIT-S). *Odontología Pediátrica* 2013; 12(1): 20-26. Recuperado en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-721926?lang=es>

37. González-Cabezas C. The chemistry of caries: remineralization and demineralization events with direct clinical relevance. *Dent Clin North Am* 2010; 54(3): 469-78.
38. Palma C, Cahuana A. (2010). Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida – Guías clínicas basadas en evidencia científica. *Revista de Odontología Pediátrica*. Vol 9 N° 2. Recuperado en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v9n2/a7.pdf>
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent Reference Manual 2016-17*; 38(6): 52-54.
40. Gomez J, Tellez M, Pretty IA, Ellwood RP, Ismail AI. Non-cavitated carious lesions detection methods: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(1): 54-66.
41. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines. *J Dent Res* 2014; 93(1):8-18.
42. Public Health England, Department of Health. Delivering better oral health: an evidence based toolkit for prevention, 3ª Ed. 2014. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidencebased-toolkit-for-prevention> [Accedido 1 de Noviembre 2016]
43. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent Reference Manual 2016-17*; 38(6): 52-54.
44. SIGN 138: Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guideline. Healthcare improvement Scotland, marzo 2014. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk/>.
45. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of Toothbrushing frequency on incidence and incremental of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2016 Jun 22.
46. American Academy of Pediatrics. Maintaining and improving the oral health of young children. *Pediatrics* 2014; 134(6):1224-9.

47. SIGN 138: Dental interventions to prevent caries in children. A national clinical guideline. Healthcare improvement Scotland, marzo 2014. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk/>
48. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent Reference Manual* 2016-17; 38(6): 52-54.
49. Reyna, C. (2018) Educación para la Salud, Horizontes y Estrategias Recurrentes en Argentina (1970-1980). *Revista Interface*, 22(67) ,1053-64. Recuperado en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000401053
50. Villa J, Ruiz E, Ferrer J, Regalado A. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación Para la Salud Mérida. Recuperado en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/antecedentes-y-conceptos-de-eps.pdf>
51. Nizama E, Samaniego A. (2007). Cómo mejorar la educación para la salud. Diagnostico situacional y Propuestas, Perú. Recuperado en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/950_CIES-IB25.pdf
52. Sánchez C, (2017). Educación para la salud oral. España. Recuperado en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710158.pdf>
53. Inocente M, Pachas F. (2012). Educación para la salud en Odontología. *Revista Estomatológica Herediana*. 22(4) ,232-41. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>
54. Montenegro G, Sarralde A, Lamby C. (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Revista Universitas Odontológica*. 32(69), 115 – 121. Recuperado en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201307%2932%3A69%3C115%3AECDDSO%3E2.0.CO%3B2-F>
55. Botero B, Pico M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la promoción de la salud*. Vol 12, 11-24. Recuperado en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012175772007000100002&script=sci_abstract&tlng=es

56. Herrero S, (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Revista Ene. (online). Vol. 10, N°2. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2016000200006
57. Curioso W, Pardo K, Mendoza L. (2013). Salud en la etapa de vida niño, Ministerio de salud, oficina general de estadística e informática. Perú. Recuperado en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2731.pdf>
58. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Indicadores de Salud, Aspectos Conceptuales y Operativos, Washington, DC. Recuperado en : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
59. Mosqueira R, (2015). Proyecto de políticas en salud. Planifica Micro redes. Guía Metodológica. Perú. Recuperado en: <http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?tool=planifica-micorredes>
60. Riquelme M. (2012) Metodología de educación para la salud. Revista pediátrica primaria supl. 21,77-82. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/11_sup22_pap.pdf
61. Lagoueyte M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Revista de la universidad industrial de Santander. 47(2),209-213. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
62. Granda L, Camaño L, (2019). Estrategias Preventivas en salud oral para niños en edad escolar. Revista UniAndes Ciencias de la Salud, 2(3), 213-229. Recuperado en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1462>
63. Contreras A, (2016). La Promoción de la salud general y la salud oral: Una estrategia conjunta. Revista clínica de periodoncia implantología y rehabilitación oral, 9(2); 193-202. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331047133018>

64. Espinoza E, Pachas F, (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Revista Estomatológica Herediana, 23(2); 101-108. Recuperado en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/37>
65. Ministerio de salud (Minsa). Módulo de Promoción de la salud bucal. Perú. Ponce D, Rivas A, Calle M, Villavicencio E, Dirección general de promoción de la salud. Dirección ejecutiva de educación para la salud. 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2573.pdf>
66. Siurana, J. (2010). Principios de la bioética y el surgimiento de la bioética intercultural. Veritas, 22, 121-157. Recuperado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
67. Suárez M (2007), El saber pedagógico de los profesores de la universidad de los andes Táchira y sus implicaciones en la enseñanza. (Tesis), España, Universitat Rovira I Virgili. Recuperado en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8922/01PortadaIndicestfc.pdf?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Manifestaciones del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de interés para incorporar prácticas preventivas de caries dental dentro de la atención de control de crecimiento y desarrollo. - Falta de conocimientos actualizados para instruir a los padres de familia en prevención de caries dental en niños. - Falta de conocimientos para realizar un diagnóstico y derivación oportunos al área de odontología.
<p>Problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencias en el proceso educativo preventivo, limitan los conocimientos preventivos de Caries dental.
<p>Causas que originan el Problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistencia de programas educativos para capacitar a los profesionales en enfermería sobre etiología, diagnóstico y medidas preventivas de caries dental. - Insuficiente praxeología en el desarrollo del proceso educativo preventivo para motivar al personal de enfermería. - Insuficiente orientación didáctico metodológica para el desarrollo del proceso educativo preventivo en los padres de familia.
<p>Objeto de la Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es el proceso educativo preventivo de caries dental en niños, orientado a los profesionales en enfermería.
<p>Objetivo General de la Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños, para desarrollar los conocimientos, de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec, Cajamarca.

Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar Teóricamente el proceso educativo preventivo y su dinámica. - Determinar los antecedentes históricos del proceso educativo preventivo y su dinámica. - Caracterizar la situación Actual del proceso educativo preventivo en los profesionales en enfermería. - Elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños. - Validar los resultados científicos de la investigación mediante juicio de expertos. - Ejemplificar parcialmente la aplicación del programa educativo en prevención de caries dental.
Campo de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> - La dinámica del proceso educativo preventivo de caries dental en niños orientado a los profesionales en enfermería.
Título de la Investigación	<p>PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.</p>
Hipótesis	<p>Si se elabora un programa educativo en prevención de caries dental en niños, que tenga en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se desarrollan los conocimientos de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec – Cajamarca.</p>

Variables	Variable Independiente: <ul style="list-style-type: none">- Programa educativo en prevención de caries dental en niños. Variable Dependiente: <ul style="list-style-type: none">- Conocimientos en prevención de caries dental en niños.
------------------	--

ANEXO N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN (FUENTES DE INFORMACIÓN)
<p>- Conocimientos en prevención de caries dental en niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etiología de caries dental. ➤ Diagnóstico de caries dental. ➤ Medidas Preventivas de caries dental. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preguntas 1, 2, 3, 4,5 ➤ Preguntas 6,7,8,9,10 ➤ Preguntas 11,12,13,14,15,16,17 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encuesta realizada para el estudio. ➤ Análisis Documental. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal en enfermería. ➤ Jefes Directos.

VARIABLES	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
INDEPENDIENTE Programa Educativo en prevención de caries dental en niños	Fundamentación.	Se basa en mejorar los conocimientos en prevención de caries dental. Se fundamenta así el programa propuesto.
	Diagnóstico	Establece el estado real del objeto y pone en manifiesto el problema en el cual se desarrolla el programa.
	Planteamiento del objetivo general.	Se establece el objetivo general del programa.
	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Etiología de caries dental. • Diagnóstico de caries dental. • Medidas Preventivas de caries dental.
	Instrumentación	Se explora la aplicación, el tiempo, responsables y participantes del programa.
	Evaluación	Evaluación de las etapas del programa, así como la valoración.

ANEXO N° 3 INSTRUMENTO

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL EN NIÑOS PARA
PROFESIONALES EN ENFERMERIA**

DATOS GENERALES:

EDAD: SEXO: FECHA:
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
 CONDICIÓN LABORAL: NOMBRADO: CAS O TERCERO:
 SERUMS:

Instrucciones: Marque con una aspa (x) la Alternativa que considere correcta.

1.- La Caries dental se produce por:

- a) El consumo de azúcares y carbohidratos fermentables con las comidas principales.
- b) Ser una enfermedad inherente al ser humano.
- c) Un desequilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo de la cavidad bucal.

2.- Son factores que favorecen a la Caries dental, excepto:

- a) Transmitir la saliva de la madre al bebé.
- b) No enjuagar con agua después del cepillado.
- c) Azúcares refinados en las bebidas.
- d) a y b.

3.- ¿Qué morbilidad ocupa el primer lugar en motivo de consulta externa en los establecimientos de salud del Minsa, en niños de 5 a 11 años?

- a) Infecciones agudas en vías aéreas.
- b) Enfermedades de la cavidad bucal.
- c) Enfermedades infecciosas intestinales.

4.- ¿Cuál es la principal bacteria y factor etiológico responsable de la caries dental?

- a) Streptococcus mutans / Frecuencia de consumo de azúcares.
- b) Streptococcus Oralis / Frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables.
- c) Streptococcus Salivarius / Frecuencia de consumo de azúcares y carbohidratos fermentables.

5.- Después de la erupción del primer diente, el uso de biberón nocturno, favorece a:

- a) Formación de los maxilares del bebé.
- b) Fortalecimiento de los músculos mandibulares.
- c) Desarrollo del proceso carioso.
- d) b y c.

6.- El primer signo clínico de Caries dental en niños es:

- a) Cavidades oscuras en las superficies lisas del diente.
- b) Manchas blancas opacas en las superficies lisas del diente.
- c) Lesiones cavitadas de color amarillo a nivel del esmalte dental.

7.- ¿Cuáles son los primeros dientes de leche en erupcionar y cuántos dientes presentes en la cavidad bucal, debe tener un niño de 3-5 años?

- a) Incisivos centrales superiores – 24 dientes.
- b) Incisivos centrales inferiores – 20 dientes.
- c) Incisivos centrales inferiores – 22 dientes.

8.- Para la detección de caries dental en estadios tempranos, es importante durante la evaluación bucal:

- a) Levantar el labio.
- b) Limpiar con gasa.
- c) Usar baja lengua pediátrica.
- d) b y c.

9.- ¿Cuándo deben acudir los niños a su primera consulta odontológica?

- a) Cuando hayan erupcionado todos los dientes de leche.
- b) Antes del primer año de vida.
- c) Cuando presente alguna molestia.
- d) Al año

10.- ¿Desde qué edad cree que se puede desarrollar la caries dental en los niños?

- a) A partir de los 2 años de vida.
- b) Antes del primer Año de vida.
- c) A partir de los 3 años de vida.
- d) Ninguna es cierta.

11.- ¿Cuándo debe iniciar la higiene de la cavidad bucal en los niños?

- a) Cuando el niño aprenda a escupir.
- b) A partir de la erupción del primer diente.
- c) Cuando el niño pueda cepillarse solo.
- d) Al cumplir un año de vida.

12.- ¿Cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años?

- a) Realizada por los padres 2 veces al día, mañana y noche.
- b) Realizada por los padres 3 veces al día.
- c) Realizada por los padres cada vez que consume cualquier alimento.

13.- ¿Qué pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños?

- a) Pasta dental fluorada de 1000 a 1500 ppmF
- b) Pasta dental fluorada >500 ppmF
- c) Pasta dental sin flúor.

14.- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años?

- a) Tamaño de un grano de arroz.
- b) Tamaño de una alverjita.
- c) No se debe usar pasta dental, solo agua.

15.- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años?

- a) Tamaño de un grano de arroz.
- b) Tamaño de una alverjita.
- c) No se debe usar pasta dental, solo agua.

16.- ¿En qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental?

- a) Cuando erupcione el primer molar.
- b) Cuando erupcione el primer diente
- c) Cuando el niño aprenda a escupir.
- d) Cuando han erupcionado todos los dientes de leche.

17.- ¿Cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de Flúor Barniz en niños?

- a) Cada 3 meses en niños con caries activas, y cada 6 meses en niños sin caries.
- b) Cada 2 meses en niños con caries activas, y cada 4 meses en niños sin caries.
- c) Cada 6 meses en niños con caries activas, y cada año en niños sin caries.

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL EN NIÑOS PARA
JEFES DIRECTOS (ESTABLECIMIENTO Y RRHH)**

DATOS GENERALES:

EDAD: **SEXO:** **FECHA:**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

PROFESIÓN:

CONDICIÓN LABORAL: NOMBRADO: **CAS O TERCERO:**

SERUMS:

JEFATURA A SU CARGO:

Instrucciones: Marque con una aspa (x) la Alternativa que considere correcta.

1.- La Caries dental se produce por:

- a) El consumo de azúcares y carbohidratos fermentables con las comidas principales.
- b) Ser una enfermedad inherente al ser humano.
- c) Un desequilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo de la cavidad bucal.

2.- Son factores que favorecen a la Caries dental, excepto:

- a) Transmitir la saliva de la madre al bebé.
- b) No enjuagar con agua después del cepillado.
- c) Azúcares refinados en las bebidas.
- d) a y b.

3.- ¿Qué morbilidad ocupa el primer lugar en motivo de consulta externa en los establecimientos de salud del Minsa, en niños de 5 a 11 años?

- a) Infecciones agudas en vías aéreas.
- b) Enfermedades de la cavidad bucal.
- c) Enfermedades infecciosas intestinales.

4.- ¿Cuál es la principal bacteria y factor etiológico responsable de la caries dental?

- a) Streptococcus mutans / Frecuencia de consumo de azúcares.
- b) Streptococcus Oralis / Frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables.
- c) Streptococcus Salivarius / Frecuencia de consumo de azúcares y carbohidratos fermentables.

5.- Después de la erupción del primer diente, el uso de biberón nocturno, favorece a:

- a) Formación de los maxilares del bebé.
- b) Fortalecimiento de los músculos mandibulares.
- c) Desarrollo del proceso carioso.
- d) b y c.

6.- El primer signo clínico de Caries dental en niños es:

- a) Cavidades oscuras en las superficies lisas del diente.
- b) Manchas blancas opacas en las superficies lisas del diente.
- c) Lesiones cavitadas de color amarillo a nivel del esmalte dental.

7.- ¿Cuáles son los primeros dientes de leche en erupcionar y cuántos dientes presentes en la cavidad bucal, debe tener un niño de 3-5 años?

- a) Incisivos centrales superiores – 24 dientes.
- b) Incisivos centrales inferiores – 20 dientes.
- c) Incisivos centrales inferiores – 22 dientes.

8.- Para la detección de caries dental en estadios tempranos, es importante durante la evaluación bucal:

- a) Levantar el labio.
- b) Limpiar con gasa.
- c) Usar baja lengua pediátrica.
- d) b y c.

9.- ¿Cuándo deben acudir los niños a su primera consulta odontológica?

- a) Cuando hayan erupcionado todos los dientes de leche.
- b) Antes del primer año de vida.
- c) Cuando presente alguna molestia.
- d) Al año

10.- ¿Desde qué edad cree que se puede desarrollar la caries dental en los niños?

- a) A partir de los 2 años de vida.
- b) Antes del primer Año de vida.
- c) A partir de los 3 años de vida.
- d) Ninguna es cierta.

11.- ¿Cuándo debe iniciar la higiene de la cavidad bucal en los niños?

- a) Cuando el niño aprenda a escupir.
- b) A partir de la erupción del primer diente.
- c) Cuando el niño pueda cepillarse solo.
- d) Al cumplir un año de vida.

12.- ¿Cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años?

- a) Realizada por los padres 2 veces al día, mañana y noche.
- b) Realizada por los padres 3 veces al día.
- c) Realizada por los padres cada vez que consume cualquier alimento.

13.- ¿Qué pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños?

- a) Pasta dental fluorada de 1000 a 1500 ppmF
- b) Pasta dental fluorada >500 ppmF
- c) Pasta dental sin flúor.

14.- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años?

- a) Tamaño de un grano de arroz.
- b) Tamaño de una alverjita.
- c) No se debe usar pasta dental, solo agua.

15.- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años?

- a) Tamaño de un grano de arroz.
- b) Tamaño de una alverjita.
- c) No se debe usar pasta dental, solo agua.

16.- ¿En qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental?

- a) Cuando erupcione el primer molar.
- b) Cuando erupcione el primer diente
- c) Cuando el niño aprenda a escupir.
- d) Cuando han erupcionado todos los dientes de leche.

17.- ¿Cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de Flúor Barniz en niños?

- a) Cada 3 meses en niños con caries activas, y cada 6 meses en niños sin caries.
- b) Cada 2 meses en niños con caries activas, y cada 4 meses en niños sin caries.
- c) Cada 6 meses en niños con caries activas, y cada año en niños sin caries.

**ANEXO N° 4 INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR
JUICIO DE EXPERTOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Edith Delgado Asmat
2.	PROFESIÓN	Cirujano Dentista
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría
	GRADO ACADÉMICO	Maestro
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	9 años
	CARGO	Docente universitario.
Título de la Investigación: PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Sarita Lucila Guevara Zavaleta
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Estomatología
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL:</u> -Caracterizar la situación Actual del proceso educativo preventivo en los profesionales en enfermería. <u>ESPECÍFICOS:</u> -Evidenciar los conocimientos de los profesionales en enfermería en etiología de caries dental. -Evidenciar los conocimientos de los profesionales en enfermería en Diagnóstico de caries dental.

	-Evidenciar los conocimientos de los profesionales en enfermería en medidas preventivas de caries dental.	
A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>La Caries dental se produce por:</p> <p>a) El consumo de azúcares y carbohidratos fermentables con las comidas principales. b) Ser una enfermedad inherente al ser humano. c) Un desequilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo de la cavidad bucal. d) a y c</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
02	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>Son factores que favorecen a la Caries dental, excepto:</p> <p>a) Transmitir la saliva de la madre al bebé. b) No enjuagar con agua después del cepillado. c) Azúcares refinados en las bebidas. d) a y b.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
03	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Qué morbilidad ocupa el primer lugar en motivo de consulta externa en los establecimientos de salud del Minsa, en niños de 5 a 11 años?</p> <p>a) Infecciones agudas en vías aéreas. b) Enfermedades de la cavidad bucal. c) Enfermedades infecciosas intestinales.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

04	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Cuál es la principal bacteria y factor etiológico responsable de la caries dental?</p> <p>a) Streptococcus mutans / Frecuencia de consumo de azúcares.</p> <p>b) Streptococcus Oralis / Frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables.</p> <p>c) Streptococcus Salivarius / Frecuencia de consumo de azúcares y carbohidratos fermentables.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
05	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>Después de la erupción del primer diente, el uso de biberón nocturno, favorece a:</p> <p>a) Formación de los maxilares del bebé.</p> <p>b) Fortalecimiento de los músculos mandibulares.</p> <p>c) Desarrollo del proceso carioso.</p> <p>d) b y c.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
06	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>El primer signo clínico de Caries dental en niños es:</p> <p>a) Cavidades oscuras en las superficies lisas del diente.</p> <p>b) Manchas blancas opacas en las superficies lisas del diente.</p> <p>c) Lesiones cavitadas de color amarillo a nivel del esmalte dental.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
07	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>7.- ¿Cuáles son los primeros dientes de leche en erupcionar y cuántos dientes presentes en la cavidad bucal, debe tener un niño de 3-5 años?</p> <p>a) Incisivos centrales superiores – 24 dientes.</p> <p>b) Incisivos centrales inferiores – 20 dientes.</p> <p>c) Incisivos centrales inferiores – 22 dientes.</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>Escala de medición: Nominal</p>	
08	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>Para la detección de caries dental en estadios tempranos, es importante durante la evaluación bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Levantar el labio. b) Limpiar con gasa. c) Usar baja lengua pediátrica. d) b y c. <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
09	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Cuándo deben acudir los niños a su primera consulta odontológica?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuando hayan erupcionado todos los dientes de leche. b) Antes del primer año de vida. c) Cuando presente alguna molestia. d) Al año <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
10	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Desde qué edad cree que se puede desarrollar la caries dental en los niños?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A partir de los 2 años de vida. b) Antes del primer Año de vida. c) A partir de los 3 años de vida. d) Ninguna es cierta. <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Cuándo debe iniciar la higiene de la cavidad bucal en los niños?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuando el niño aprenda a escupir. b) A partir de la erupción del primer diente. 	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>c) Cuando el niño pueda cepillarse solo. d) Al cumplir un año de vida.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	
12	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años?</p> <p>a) Realizada por los padres 2 veces al día, mañana y noche. b) Realizada por los padres 3 veces al día. c) Realizada por los padres cada vez que consume cualquier alimento.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>Pregunta del instrumento</p> <p>¿Qué pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños?</p> <p>a) Pasta dental fluorada de 1000 a 1500 ppmF b) Pasta dental fluorada >500 ppmF c) Pasta dental sin flúor.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años?</p> <p>a) Tamaño de un grano de arroz. b) Tamaño de una alverjita. c) No se debe usar pasta dental, solo agua.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
15	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años?</p> <p>a) Tamaño de un grano de arroz. b) Tamaño de una alverjita. c) No se debe usar pasta dental, solo agua.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

16	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿En qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental?</p> <p>a) Cuando erupcione el primer molar. b) Cuando erupcione el primer diente c) Cuando el niño aprenda a escupir. d) Cuando han erupcionado todos los dientes de leche.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
17	<p>Pregunta del instrumento:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de Flúor Barniz en niños?</p> <p>a) Cada 3 meses en niños con caries activas, y cada 6 meses en niños sin caries. b) Cada 2 meses en niños con caries activas, y cada 4 meses en niños sin caries. c) Cada 6 meses en niños con caries activas, y cada año en niños sin caries.</p> <p>Escala de medición: Nominal</p>	<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A(<input checked="" type="checkbox"/>) D ():
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES		

.....
Esp. Ms. CD. Edith Delgado A.
CIRUJANO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA
COP. 28424 - RNE. 2756

Juez Experto

Colegiatura N°

28424

ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN ENCUESTA A EXPERTOS

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico: *“Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec”*.

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	Braulio David Tornos de la Cruz
PROFESION	Cirujano Dentista.
TITULO Y GRADO ACADEMICO	Maestro en Estomatología
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Puesto de Salud Micaela Basaldun.
CARGO	Cirujano Dentista Asistencial

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	“PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA”
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISTA	Sarita Lucila Guevara Zavaleta
APORTE PRÁCTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec.

Conceptión general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

DATOS DEL EXPERTO:

Observaciones generales: _____

PROFESIÓN	Enfermera
TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO	Magister en Epidemiología
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	Micro Red Asistencial
CARGO	Enfermera

Braulio D. Tueros De la Cruz
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. N° 11475

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA EN MICRO RED PACHARÍTEC.
LINEA DE INVESTIGACIÓN	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Bárbara Lucía Guevara Zavaleta
APORTE PRÁCTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pacharítec.

**ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA
INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico: *“Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec”*.

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	Rosario del Carmen Torres Levano
PROFESION	Profesora Dentista
TITULO Y GRADO ACADEMICO	Magister en Gestión de Servicios de Salud
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Centro de Salud San Marcos
CARGO	Profesora Dentista Asistencial.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	“PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA”
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Sarita Lucila Guevara Zavaleta
APORTE PRÁCTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec.

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Observaciones generales: _____

PROFESION	Psicólogo
TITULO Y GRADO ACADÉMICO	Magister en Gestión de Instituciones de Salud
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Centro de Salud San Marcos
CARGO	Programa de Asistencia

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec.
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Sarita Lucía Guevara Zavaleta
APORTE PRÁCTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec.

Juez Experto

Colegiatura N° 7076

May Adecuada	Bastante Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	No Adecuada
ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APOORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN ENCUESTA A EXPERTOS				
X				(1)

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico: *“Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec”*.

DATOS DEL EXPERTO:

Las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo

NOMBRE DEL EXPERTO	FREM JOSEPH FLORES SANDOZ
PROFESION	CIRUJANO DENTISTA
TITULO Y GRADO ACADEMICO	MAGISTER
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Hospital "Simón Bolívar"
CARGO	Cirujano Dentista asistencial

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Adecuada Poco Adecuada No Adecuada

TITULO DE LA INVESTIGACION	"PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA"
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISTA	Sarita Lucila Guevara Zavaleta
APOORTE PRÁCTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacútec.

May Adecuada Bastante Adecuada Adecuada Poco Adecuada No Adecuada

(5) (4) (3) (2) (1)

Conciencia general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

DATOS DEL EXPERTO:

Observaciones generales: _____

PROFESION	Odontólogo
TITULO Y GRADO ACADÉMICO	Magister
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Hospital "Simón Bolívar"
CARGO	Cirujano Dentista

Dr. Fredy J. Flores Arroyo
 Cirujano Dentista
 CQP 25989

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacutec.
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencias de la Vida y Salud Humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Santa Lucila Guevara Zavaleta
APORTE PRACTICO	Programa Educativo en Prevención de Caries Dental en niños, orientado a los Profesionales en Enfermería de la Micro Red Pachacutec.

Juez Experto

Colegiatura N° 25989

ANEXOS N° 6: AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



“Año de la Universalización de la Salud”



EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El jefe de la Micro Red Pachacútec, autoriza la ejecución del trabajo de investigación titulado **“PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA”** a aplicarse con el personal de enfermería y jefes directos de la mencionada Micro Red. Realizado por la C.D Sarita Lucila Guevara Zavaleta, personal asistencial en el área de odontología del centro de Salud Pachacútec.



Dr. Carlos Velásquez Cuique
MEDICO CIRUJANO
CMP 64115

ANEXOS N° 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor de Sipán

Investigador: Sarita Lucila Guevara Zavaleta

Título: *"PROGRAMA EDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ORIENTADO A LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA"*

Yo, CARLOS VERAQUEZ CUIQUE, identificado con
DNI 41955923, DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación (*"Programa educativo en prevención de caries dental en niños orientado a los profesionales en enfermería"*), así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo MI CONSENTIMIENTO para que se realice la Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación: Elaborar un programa educativo en prevención de caries dental en niños, para desarrollar los conocimientos, de los profesionales en enfermería de la Micro Red Pachacútec, Cajamarca.

CAJAMARCA, 10 de diciembre del 2020


Carlos Veraquez Cuique
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 64115
FIRMA
DNI: 41955923

ANEXO 8: Tabulación de cada pregunta por grupo evaluado

Tabla 1: La caries dental se produce por:

Pregunta 1		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	4	10%
	Incorrecto	36	90%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	3	16.7%
	Incorrecto	15	83.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 90% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 10% y 16.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a porque se produce la caries dental.

Tabla 2: Factores que favorecen a la caries dental:

Pregunta 2:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	6	15%
	Incorrecto	34	85%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	4	22.2%
	Incorrecto	14	77.8%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 85% y 77.8% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 15% y 22.2% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a factores que favorecen a la caries dental.

Tabla 3: Morbilidad que ocupa el primer lugar en motivo de consulta externa en el Minsa, en niños de 5 a 11 años:

Pregunta 3:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	15	37.5%
	Incorrecto	25	62.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	4	22.2%
	Incorrecto	14	77.8%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 62.5% y 77.8% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 37.5% y 22.2% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que morbilidad ocupa el primero lugar en motivo de consulta externa en el Minsa, en niños de 5 a 11 años.

Tabla 4: Principal bacteria y factor etiológico responsables de la caries dental:

Pregunta 4:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	10	25%
	Incorrecto	30	75%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	5	27.7%
	Incorrecto	13	72.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 75% y 72.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 25% y 27.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron

correctamente a principal bacteria y factor etiológico responsables de la caries dental.

Tabla 5: Después de la erupción del primer diente, el uso de biberón nocturno, favorece a:

Pregunta 5:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	12	30%
	Incorrecto	28	70%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	5	27.7%
	Incorrecto	13	72.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 70% y 72.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 30% y 27.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que favorece el uso del biberón nocturno después de la erupción del primer diente.

Tabla 6: El primer signo clínico de caries dental en niños es:

Pregunta 6:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	9	22.5%
	Incorrecto	31	77.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	4	22.2%
	Incorrecto	14	77.8%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 77.5% y 77.8% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 22.5% y 22.2% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuál es el primero signo clínico de la caries dental en niños.

Tabla 7: Cuáles son los primeros dientes de leche en erupcionar y cuántos dientes presentes en la cavidad bucal, debe tener un niño de 3-5 años:

Pregunta 7:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	11	27.5%
	Incorrecto	29	72.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	4	22.2%
	Incorrecto	14	77.8%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 72.5% y 77.8% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 27.5% y 22.2% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuál es el primer diente de leche en erupcionar y cuántos dientes presentes debe tener un niño de 3-5 años.

Tabla 8: Para la detección de caries dental en estadios tempranos, es importante durante la evaluación bucal:

Pregunta 8:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	4	10%
	Incorrecto	36	90%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	2	11.1%
	Incorrecto	16	88.9%

Total	18	100%
-------	----	------

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 90% y 88.9% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 10% y 11.1% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que se debe realizar durante la evaluación bucal para la detección de caries dental en estadios tempranos.

Tabla 9: Cuándo deben acudir los niños a su primera consulta odontológica:

Pregunta 9:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	11	27.5%
	Incorrecto	29	72.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	5	27.7%
	Incorrecto	13	72.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 72.5% y 72.3 % de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 27.5% y 27.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuando deben acudir los niños a su primera consulta odontológica.

Tabla 10: Desde qué edad cree que se puede desarrollar la caries dental en los niños:

Pregunta 10:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	12	30%
	Incorrecto	28	70%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	4	22.2%
	Incorrecto	14	77.8%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 70% y 77.8 % de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 30% y 22.2% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a desde que edad se puede desarrollar la caries dental en los niños.

Tabla 11: Cuándo debe iniciar la higiene de la cavidad bucal en los niños:

Pregunta 11:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	17	42.5%
	Incorrecto	23	57.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	7	38%
	Incorrecto	11	62%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 57.5% y 62% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 42.5% y 38% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuando debe iniciar la higiene bucal en los niños.

Tabla 12: Cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años:

Pregunta 12:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	9	22.5%
	Incorrecto	31	77.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	3	16.7%
	Incorrecto	15	83.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 77.5% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 22.5% y 16.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuál es la frecuencia recomendable de cepillado en niños hasta los 7 años.

Tabla 13: Qué pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños:

Pregunta 13:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	5	12.5%
	Incorrecto	35	87.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	3	16.7%
	Incorrecto	15	83.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 87.5% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 12.5% y 16.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que pasta dental se debe usar para la higiene bucal de los niños.

Tabla 14: Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años:

Pregunta 14:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	16	40%
	Incorrecto	24	60%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	7	38%
	Incorrecto	11	62%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 60% y 62% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 40% y 38% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que cantidad de pasta dental se debe usar en niños mayores de 3 años.

Tabla 15: Qué cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años:

Pregunta 15:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	17	42.5%
	Incorrecto	23	57.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	5	27.7%
	Incorrecto	13	72.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 57.5% y 72.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 42.5% y 27.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a que cantidad de pasta dental se debe usar en niños menores de 3 años.

Tabla 16: En qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental:

Pregunta 16:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	1	2.5%
	Incorrecto	39	97.5%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	2	11.1%
	Incorrecto	16	88.9%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 97.5% y 88.9% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 2.5% y 11.1% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a en qué momento se recomienda el uso de barniz fluorado en la consulta dental.

Tabla 17: Cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de Flúor Barniz en niños:

Pregunta 17:		Frecuencia	Porcentaje
Profesionales en enfermería	Correcto	8	20%
	Incorrecto	32	80%
	Total	40	100%
Jefes directos	Correcto	3	16.7%
	Incorrecto	15	83.3%
	Total	18	100%

Fuente: Elaborado por el investigador.

- ❖ El 80% y 83.3% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, dieron una respuesta incorrecta, y solo el 20% y 16.7% de los profesionales en enfermería y sus jefes directos, respectivamente, respondieron correctamente a cuál es la frecuencia recomendada de aplicación de flúor barniz en niños.