

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO



**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN
SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA
PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL. CENTRO DE
SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERU 2022**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN:
SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER
CONDORI CARY YESMILE DANNY**

LIMA – PERÚ

2023

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN
SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA
PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL. CENTRO DE
SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERU 2022**

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Francisco Antonio Vallenas Pedemonte

Presidente

Dr. Yolvi Javier Ocaña Fernández

Secretario

Dra. Maria Victoria Lizarbe Castro

Vocal

DEDICATORIA

Si un día tienes que elegir entre el mundo y el amor, recuerda: si eliges el mundo, perderás el amor.....Pero si eliges el amor, con él conquistarás al mundo.

Dedicado a la estrella que me mostro la fortaleza que poseo, me enseñó muchas lecciones de vida y sin saber me llevo por este lindo camino de la maestría mil gracias con todo el amor infinito.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme brindado una gran historia y mostrarme su amor.

A mis padres Moises y Calimeria por el amor y apoyo incondicional que me han
brindado en todos mis proyectos.

A mi hermana Ericka por su ejemplo e inspirarme a ser mejor cada día.

A toda mi familia, por el cariño que siempre me han demostrado tener, y
recibirme siempre con los brazos abiertos, a pesar de la distancia.

A mis abuelos y tíos, que desde el cielo se han convertido en grandes estrellas,
para iluminarme y brindarme su calor.

ÍNDICE

| | |
|------------------------------|------|
| PORTADA | i |
| TÍTULO | ii |
| ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| ÍNDICE | vi |
| INFORME DE ANTIPLAGIO | viii |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT | xi |
| INTRODUCCIÓN | xii |

| | |
|---|------------|
| Capítulo I: Planteamiento Del Problema | N° de Pág. |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 1 |
| 1.1.1 Formulación del problema | 3 |
| 1.1.2 Problema general | 3 |
| 1.1.3 Problemas específicos | 3 |
| 1.2 Objetivos de la investigación | 4 |
| 1.2.1 Objetivo general | 4 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 4 |
| 1.3 Justificación e importancia de la investigación | 5 |
| 1.3.1 Justificación | 5 |
| 1.3.2 Importancia | 6 |
| 1.4 Limitaciones en la Investigación | 7 |
| 1.5 Delimitación del área de Investigación | 8 |
| | |
| Capítulo II: Marco Teórico | 9 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 9 |
| 2.2 Marco conceptual | 14 |
| 2.3 Formulación de la hipótesis | 50 |
| 2.3.1 Hipótesis general | 50 |
| 2.3.2 Hipótesis específicas | 51 |
| | |
| Capítulo III: Metodología | 51 |

| | |
|---|-----|
| 3.1 Aspectos metodológicos | 51 |
| 3.1.1 Tipo y diseño de investigación | 51 |
| 3.1.2 Identificación de Variables | 52 |
| 3.1.3 Operacionalización de Variables | 54 |
| 3.2 Población y muestra | 54 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 54 |
| 3.3.1 Técnicas | 55 |
| 3.3.2 Instrumentos | 55 |
| 3.4 Procesamiento de la información. | 56 |
| 3.5 Aspectos éticos | 56 |
| | |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 56 |
| 4.1 Resultados | 57 |
| | |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 75 |
| 5.1. Discusión | 75 |
| 5.2. Conclusiones | 76 |
| 5.3. Recomendaciones | 77 |
| | |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | |
| Referencias Bibliográficas | 79 |
| | |
| ANEXOS | |
| | |
| Anexo 1 Operacionalización de variables | 87 |
| Anexo 2 Matriz de Consistencia | 90 |
| Anexo 3 Consentimiento informado | 93 |
| Anexo 4 Asentimiento Informado | 99 |
| Anexo 5 Programa de Competencias en Salud Bucal | 104 |
| Anexo 6 Ficha Odontológica | 105 |
| Anexo 7 Encuesta | |

TABLAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1 | Sexo y edad de los niños | 57 |
| Tabla 2 | Edad y tipo de cuidador | 59 |
| Tabla 3 | Conocimiento. Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, en la prevención de enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima Moho- Puno- Perú 2022. | 61 |
| Tabla 4 | Actitudes. Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, en la prevención de enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima Moho- Puno- Perú 2022. | 63 |
| Tabla 5 | Prácticas. Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, en la prevención de enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima Moho- Puno- Perú 2022. | 65 |
| Tabla 6 | Índice de Higiene Oral del Niño | 67 |
| Tabla 7 | Dientes perdidos, careados y extraídos | 69 |
| Tabla 8 | Prueba de muestras independientes con respecto al conocimiento en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022. | 71 |
| Tabla 9 | Prueba de muestras independientes con respecto a las actitudes en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022. | 72 |
| Tabla 10 | Prueba de muestras independientes con respecto a la practica en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022. | 73 |
| Tabla 11 | Prueba de muestras independientes. Análisis de Promedios por IHO-S | 74 |



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
ESCUELA DE POSGRADO**

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 23/03/23

NOMBRE DEL AUTOR (A) (ES): YESMILE DANNY CONDORI CARY

ASESOR (A): GLEN ALBERTO LOZANO ZANELLY

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
- TESIS
- TRABAJO ACADÉMICO
- ARTICULO CIENTIFICO
- OTROS

**INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO:
EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL.
CENTRO DE SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERU 2022**

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 11 %

Conformidad Autor:



**YESMILE CONDORI CARY
DNI: 70174459**

Conformidad Asesor:



**GLENN LOZANO ZANELLY
DNI: 9202397**

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL. CENTRO DE SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERU 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | www.fichamedica.com Fuente de Internet | <1% |
| 2 | www.binasss.sa.cr Fuente de Internet | <1% |
| 3 | Submitted to Universidad Pontificia Bolivariana Trabajo del estudiante | <1% |
| 4 | lpi.oregonstate.edu Fuente de Internet | <1% |
| 5 | apps.who.int Fuente de Internet | <1% |
| 6 | www.scielo.org.mx Fuente de Internet | <1% |
| 7 | ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet | <1% |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores, en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, del Centro de salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022. El tipo de investigación fue cuasi experimental, aplicada, prospectivo y longitudinal. La muestra estuvo constituida por la participación de 27 padres/cuidadores y 27 niños. En los resultados se reportó que de los padres/cuidadores que participaron el 88% fueron madres, y el 55.56% tienen menos de 30 años. En cuanto a los niños que participaron el 62.90% tenía una edad entre 3 a 5 años, y que el 74.1% fueron del sexo masculino.

Los resultados obtenidos fueron positivos después de aplicar el programa, ya que lograron un buen conocimiento el 67% de los padres/cuidadores, y el 85% logro una actitud adecuada en cuanto a la salud bucal. De igual forma al evaluar sus prácticas, las que inicialmente el 100% tenía una mala práctica, se logró que el 78% de los padres/cuidadores tuvieran una práctica regular al final del programa. En cuanto a la evaluación clínica de los niños se observo que el 98% tuvieron una buena higiene (IHO-S), así mismo se vio un incremento en la cantidad de dientes obturados y una disminución de los dientes diagnosticados con caries dental.

Se puede concluir en que es efectivo el programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores, en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, ya que existe diferencia estadísticamente significativa antes y después de aplicar el Programa.

Palabras claves: competencias en salud bucal, promoción de la salud bucal, programa de salud

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the effectiveness of the oral health skills program for parents/caregivers, in the prevention of stomatognathic diseases in children, from the Conima-Moho-Puno-Peru 2022 Health Center. The type of research was quasi-experimental, applied, prospective and longitudinal. The sample consisted of the 27 parents/caregivers and 27 children. In the results, it was reported that of the parents/caregivers who participated, 88% were mothers, and 55.56% were under 30 years of age. As for the children who participated, 62.90% were between 3 and 5 years old, and 74.1% were male.

The results obtained were positive after applying the program, since 67% of the parents/caregivers achieved a good knowledge, and 85% achieved an adequate attitude regarding oral health. Similarly, when evaluating their practices, which initially 100% had a bad practice, it was achieved that 78% of the parents/caregivers had a regular practice at the end of the program. Regarding the clinical evaluation of the children, it was observed that 98% had good hygiene (IHO-S), likewise there was an increase in the number of filled teeth and a decrease in teeth diagnosed with dental caries.

It can be concluded that the oral health skills program for parents/caregivers is effective in preventing stomatognathic diseases in children, since there is a statistically significant difference before and after applying the Program.

Keywords: oral health competencies, oral health promotion, health program

INTRODUCCION

En el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) del Perú, se identificaron los principales problemas sanitarios y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos para mitigar los daños. Entre ellos se menciona que, dentro de los 12 principales problemas sanitarios del Perú, se encuentra la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal. (1)

Así también, el último reporte del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2005 refiere que la prevalencia nacional de caries dental era del 90.4 %; siendo en la dentición temporal 60.5%. (2), y en el censo se describió una población total de 3.405.500 niños de 0 a 5 años de edad (3).

La caries en la primera infancia (ECC) se diferencia de la caries dental en adultos por su rápido desarrollo, su diversidad en cuanto a factores de riesgo, y los métodos de control. Como ocurre con la mayoría de las enfermedades no transmisibles, la etiología y la prevención de la ECC están fuertemente determinadas por factores socio comportamentales (modos de vida de la familia, conductas y las normas comunitarias), económicos, ambientales y sociales, conocidos en su conjunto como determinantes sociales de la salud. Es importante que los padres/cuidadores tengan conocimiento de los factores que originan la caries dental, para poder mejorar la salud bucal de sus hijos.

En el Perú se han aplicado diferentes programas de concientización a través del ministerio de salud, muchos de ellos solo basados en la transmisión de conocimientos de prevención o centradas en el origen de la caries dental, pero para que el conocimiento sea aplicado, este debe ser asumido por el individuo

de tal manera que llegue a provocar un impacto sobre sus valores, pensamientos y actitudes ante la salud oral, así como en su práctica diaria.

Para impulsar un cambio temprano sobre las percepciones en salud bucal, son

los padres /cuidadores quienes tienen la labor de difundir buenos hábitos de higiene a sus hijos, para ello es necesario que no solo tengan el conocimiento adecuado, sino también la actitud que se requiere para poder inculcar en los menores de edad una actitud positiva ante el cuidado de la salud bucal. Es indispensable empezar a construir nuevos modelos de atención en salud bucal que contribuyan a empoderar a los padres /cuidadores, así poder disminuir las enfermedades bucales de la infancia temprana de sus menores hijos.

El presente trabajo se realiza con el objeto de demostrar la efectividad del programa de conocimiento, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres/cuidadores, ya que teniendo un impacto positivo en estos factores se podrá influir a mayor escala y que de esta forma pueda ser transmisible a sus menores hijos, teniendo como resultado un cambio real a lo largo del crecimiento y desarrollo de la población infantil.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La Caries de Infancia Temprana (ECC) es atribuida a muchos factores, relacionada principalmente al consumo frecuente de azúcar. Un panel de expertos en la Cumbre Global de Bangkok definió a la ECC como una enfermedad dinámica, multifactorial, mediada por el biofilm, impulsada por el azúcar que resulta de las fases de desmineralización y remineralización de los tejidos duros, determinadas por factores biológicos, conductuales y psicosociales (1). Es importante que los padres/cuidadores tengan conocimiento de los factores que originan la caries dental, para poder mejorar la salud bucal de sus hijos. En referencia a la caries dental, en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (Global Burden of Disease Study, 2019), indican que es el trastorno más frecuente de la salud. (4)

A pesar de existir logros durante los últimos años en salud bucal, sigue existiendo problemas en muchas comunidades de la población mundial, especialmente entre los grupos desfavorecidos de países en desarrollo asociados a bajos niveles socioeconómicos, grupos étnicos o grupos etarios olvidados (6), Algunos estudios han encontrado asociación entre escolares de bajo nivel socioeconómico y una mayor prevalencia de caries dental así como mala condición de higiene oral; se encuentran también frecuencias más altas de hábitos inadecuados de higiene bucal y dieta (8).

La mejora en la condición de salud bucal se atribuye a cambios de actitud, al estilo de vida, al uso efectivo de los servicios de salud oral, a la implementación de intervenciones basadas en comunidad o centros educativos, a la adopción de prácticas regulares de autocuidado y al uso de dentífricos fluorados (7).

Para el sector de la salud en muchos países las enfermedades bucodentales afectan alrededor 3500 millones de personas. La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no pueden prestar servicios de tratamiento a las enfermedades bucodentales, ya que estos suelen ser caros y no se suelen ser incluidos dentro de la cobertura sanitaria universal (1)

En varios países a nivel internacional presentan diversos problemas bucodentales como la caries dental, gingivitis, entre otros. Es así que países como México indican que el 45.7% en niños menores de 6 años presentan caries dental. En Ecuador los niños de 3 a 11 años el 62.38% presentan problemas bucodentales. Así también Perú no es ajeno a esta problemática teniendo una alta incidencia de caries dental, la cual se evidencia principalmente en niños de edad escolar, dando a entender que en nuestra realidad debemos de incentivar a la población a una cultura de prevención a esta enfermedad.

A nivel nacional esta problemática presenta una mayor incidencia en tres departamentos del Perú, siendo Puno uno de ellos; donde el 96% de su población presenta caries dental, siendo los niños los mas afectados, ya que en ellos existe una falta de supervisión de higiene por parte de sus padres, así como también una mala orientación. La principal causa de lesión de caries se debe a una serie de factores como la inadecuada higiene bucal, malos hábitos alimenticios, poca concientización y falta de conocimiento de los padres.

Se impone promover una salud dental mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas: brindar información a los padres acerca de cómo prevenir enfermedades dentales durante los cuidados prenatales y posnatales, asesorarlos sobre la dieta, la higiene bucal y el uso del flúor; asimismo alentar a los padres a presentar el problema dental en edades tempranas, para estimular a que el niño acepte sin temores el ambiente dental y al especialista (26)

Es por ello que se desarrollará un programa que toma en cuenta las competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil de Conima - Moho- Puno- Perú 2022, el cual se vendrá desarrollando en fases, para así poder evaluar su efectividad en los pobladores. La mejor forma de combatir la caries dental no solo es con los tratamientos dentales o las rehabilitaciones, sino también tratando de evitar su aparición nuevamente, siendo posible esto con programas de educación y promoción de la salud bucodental, donde los responsables directos que son los padres/ cuidadores adquieran adecuados conocimientos, actitudes y prácticas, y así poder evitar futuras patologías en la cavidad bucal de los niños.

Al tener en cuenta los antecedentes descritos y la problemática que existe en los padres /cuidadores que acuden a los Establecimientos de salud, es necesario el desarrollo de esta investigación el cual nos lleva a la formulación del siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil del Centro de Salud Conima - Moho- Puno- Perú 2022?

1.1.1 Formulación del Problema

1.1.1.1 Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?

1.1.1.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la efectividad del programa, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?
- ¿Cuál es la efectividad del programa, en relación a la actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?
- ¿Cuál es la efectividad del programa, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?
- ¿Cuál es la efectividad del programa, en relación a las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la efectividad del programa, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las

enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

- Determinar la efectividad del programa, en relación al tipo de actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.
- Determinar la efectividad del programa, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.
- Determinar la efectividad del programa, en relación a las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

1.3 Justificación e Importancia de la Investigación

1.3.1 Justificación

Las caries dentales es la enfermedad con mayor prevalencia en los niños, las investigaciones con respecto a la efectividad de los diferentes programas de promoción de la salud bucal son escasos, la mayoría de estudios solo se limitan a la prevalencia, incidencia, factores de riesgo y conocimiento en salud bucal.

La presente investigación tiene gran importancia ya que a diferencia de muchos programas que solo se refieren al conocimiento, para generar mayor impacto debe ir acompañado de un cambio de actitud y buenas prácticas que se debería abordar en los mismos programas, para mejorar la salud bucal.

1.- Relevancia teórica, evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres/cuidadores del distrito de Moho- Puno, nos indicara el grado de conocimiento teórico, actitudes y buenas prácticas que hasta el momento se ha tenido a través del trabajo del personal del centro de salud.

2.- Relevancia social, porque la población escogida es de bajos recursos económicos, ayudando este trabajo de investigación a obtener un diagnostico situacional del distrito en lo referente a salud bucal. De esta manera se podrá rediseñar programas de promoción, educación y prevención sobre salud bucal en base a las necesidades de la población, permitiendo mejorar, concientizar sobre la salud bucal a los padres /cuidadores.

1.3.2. Importancia

Es necesario realizar esta investigación científica, sobre un programa de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres/cuidadores sobre salud bucal en el centro de Salud de Moho, porque la población de estudio se encuentra en una de las zonas rurales del Departamento de Puno, donde muchos de los programas no llegan, esta población carece de información sobre salud bucal, como es así los hábitos de higiene, técnicas de cepillados, medidas preventivas en salud bucal, entre otros. Se debe entender que durante la niñez se debe educar, orientar, guiar y formar buenos hábitos, de esta forma se establecerán buenas prácticas, conocimientos y actitudes de salud bucal con la ayuda de los padres/cuidadores.

En los niños, se pueden generar un desorden funcional, sistémico y estético de la cavidad bucal, por la falta de cultura de prevención durante

sus primeros años de vida. El Perú es un país con la más alta incidencia de caries dental, presentando el 95.5% de los niños de 3 a 11 años caries dental, y siendo tres regiones las más afectadas: Pasco, Puno y Apurímac.

Por todo ellos debe ser redireccionado la odontología pediátrica, cambiando el comportamiento de los padres/cuidadores en cuanto a lo referente del cuidado bucal. El rol de todo el personal de salud que labora en centros de salud debe tener la capacidad para brindar no solo conocimientos a los padres /cuidadores de una buena salud bucal, sino de promover una actitud positiva en ellos, incentivando así a poner en práctica todas las recomendaciones e indicaciones dadas por el personal de salud asistencial, beneficiando no solo a la familia sino también a la comunidad , por lo cual se ve necesario aplicar este tipo de programa dirigido no solo al conocimiento de salud oral y además incentivar una actitud positiva de la mano con las buenas prácticas de higiene.

Para la realización de este estudio se contará con el apoyo del personal de salud del centro de salud, ya que es de importancia que puedan invitar y motivar a los padres/cuidadores para su asistencia al centro de salud y puedan participar al programa de competencias en salud bucal, así mismo se indicara que deben venir con sus hijos a dicho programa.

1.4 Limitaciones en la Investigación

El trabajo de investigación se encuentra limitado ya que se puede observar que por la situación mundial de pandemia, recién las pequeñas empresas se están recuperando y reactivando sus actividades económicas, dado ello la población se encuentra enfocada en su economía dejando de lado sus controles periódicos al centro de salud,

pero este inconveniente ha sido superado gracias al apoyo de las promotoras de salud quienes ayudaron en la promoción del programa de salud bucal.

Así mismo por el tiempo transcurrido en el cual la población no asistió a los centros de salud para sus revisiones periódicas, se ha podido proveer poca recurrencia al centro de salud, pero esto se superará tomando una muestra reducida de los participantes durante programa de competencias de salud bucal.

Se observó también una aprensión por parte de los padres /cuidadores ante el programa dirigido a la salud bucal, ya que consideran que puede existir algún tipo de contagio por el tema de pandemia; esta dificultad se superará tomando en consideración muchas medidas de bioseguridad tanto para el personal asistencial como a los participantes y todo instrumental debidamente estéril, además se ha previsto que el ambiente donde se realizará será abierto y amplio.

En la bibliografía no se han encontrado trabajos previos analizando programas de salud dirigidos al conocimiento, actitud y prácticas de los padres /cuidadores en salud bucal.

1.5 Delimitación del Área de Investigación

El presente estudio busca examinar la efectividad del programa de competencias en salud bucal de los padres /cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas de la población infantil, que asisten al centro de Salud Conima.

La efectividad de este programa en los padres/cuidadores se hará en etapas: en la primera etapa se harán las coordinaciones previas con el centro de Salud Conima, en una segunda etapa se examinará mediante

un test el nivel de conocimiento con respecto a la salud bucal, su grado de actitud y sus prácticas diarias de los padres /cuidadores, así mismo se realizará una evaluación clínica del índice ceo-d y IHO-S de sus menores hijos, todo ello antes del desarrollo del programa de competencias en salud bucal.

Después de desarrollar el programa orientado a incrementar no solo los conocimientos de salud bucal a los padres/cuidadores, sino a sembrar una actitud positiva ante estos temas y así mejorar sus prácticas en referencia al cuidado bucal de sus hijos; se volverá a evaluar mediante el test a los padres/cuidadores y se realizara la evaluación clínica bucal de sus menores hijos, de esta forma se valorará el cambio de sus condiciones bucales con respecto a la primera evaluación así como también las respuestas que se obtenga del test.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Canizales Manios S. y cols. (2018), en su investigación *“Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca entre los años 2012 y 2018”,(Bogota-colombia)* . Se realizó una encuesta CAPs a los cuidadores de niños (0-6 años), estos se dividieron en 2 grupos: un grupo correspondiente a los cuidadores de niños pertenecientes al proyecto entre 2012-2017 (antiguos) y un grupo que ingresó al proyecto en el 2018 (nuevos). Se analizaron los resultados, agrupando las preguntas en Conocimientos, Actitudes y Prácticas y comparándolas entre los dos grupos. Se encuestó a 160 padres, los padres

concuerdan en sus respuestas frente a lo esperado para prevención de caries; en actitudes, se presenta diferencia entre los antiguos y nuevos; en prácticas, se encontraron diferencias significativas con relación al cepillado. Conclusiones: Se evidenció que los cuidadores de niños participantes, tanto nuevos como antiguos, tienen unos CAPs acordes a los preceptos de prevención de la caries de los expertos. Sin embargo, los resultados no pueden ser concluyentes para medir el impacto del proyecto y deben ser complementados con otros estudios. (13)

Kanika S Dhull y cols (2018), realizaron un estudio “*Conocimiento, Actitud y Práctica de las Madres hacia la Salud Bucal Infantil*” (India), que tuvo como objetivo evaluar las competencias de la madre hacia el cuidado de la salud bucal infantil, fue un estudio transversal en una muestra de 185 madres primerizas con un hijo de 9 a 24 meses de edad que acudieron al Departamento de Odontopediatría. Se uso un cuestionario estructurado, el cual fue completado y devuelto antes de salir de la clínica. Dentro de los resultados se halló que el 52,5% de las madres respondieron que el primer diente erupciona a los 6 meses. Un total de 86,5% de las madres no estaban al tanto de la primera visita dental. el 77,8% no estuvo de acuerdo en que la bacteria causante de la caries se transfiera de la madre al hijo; El 53% de las madres no estuvo de acuerdo en que la alimentación nocturna con biberón provoque caries dental y el 78,4% no estuvo de acuerdo en que la lactancia nocturna provoque caries dental en los niños. El 65,4% de las madres sienten que no es necesario el control dental cuando sale el primer diente y el 95,7% de las madres no tenían información sobre el cuidado de la salud bucal infantil. El 72,4% de las madres iniciaron el uso del cepillo y la pasta dental después de la erupción de todos los dientes primarios y solo el 5,9% de las madres tenían conocimiento sobre la correcta dosificación de la pasta dental para los niños. Llegando a la conclusión de que el conocimiento general y la actitud de las madres hacia el cuidado de la salud bucal de los niños es deficiente. Los

profesionales de la salud que contactan a las madres primerizas deben estar capacitados para difundir información adecuada sobre el cuidado de la salud bucal infantil. La madre debe recibir educación sobre salud bucal durante su control prenatal. (16)

Ramesh Nagarajappa y cols. (2013) en su estudio de “*Salud bucal infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de los padres en Udaipur, India*”. Tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con la salud bucal infantil (IOH) de los padres en Udaipur, India. Se realizó un estudio transversal entre 470 padres que visitaron el Departamento de Pediatría del Hospital Rabindranath Tagore. Para recolectar los datos, se utilizó un cuestionario de 32 ítems. Se halló que la mayoría de los padres tenían un buen conocimiento sobre la erupción de los dientes, pero tenían un conocimiento pobre sobre la limpieza (58,7%) y el desarrollo de caries (48,5%). Los padres en el grupo de edad de 25 a 30 años mostraron puntuaciones más altas en conocimiento ($25,90 \pm 3,93$), actitud ($15,71 \pm 2,23$) y práctica ($20,09 \pm 2,50$). Las mujeres progenitoras mostraron una media de conocimientos ($21,45 \pm 4,27$) y puntuaciones de actitud ($14,97 \pm 2,15$) significativamente más altas que los padres varones. Llegando a la conclusión de que el conocimiento de los padres sobre el cuidado bucal fue inadecuado. Los profesionales de la salud, que son los primeros en entrar en contacto con las mujeres embarazadas y las nuevas madres, deben difundir información adecuada y precisa sobre el cuidado de la salud bucal de los bebés. (15)

González Martínez F. y cols (2011), en su estudio sobre “*Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia*” realizado en un total de 333 padres y 8 cuidadores durante el 2010 mediante encuestas. Obtuvo como resultado que los padres obtuvieron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Se percibió actitudes positivas en los padres cuidadores para así

poder desarrollar diversas estrategias, aunque se consideró que los padres son los responsables directos de implementar buenos hábitos orales. Conclusiones. Se percibió condiciones favorables por los padres/cuidadores, siendo una oportunidad para promocionar buenos hábitos higiénicos en los niños. (14)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Victorio Pérez, J. (2017) , realizó un estudio de *“Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al centro educativo inicial N° 120 “casuarinas”, distrito de ventanilla, año 2017”*, este estudio es de tipo observacional transversal, y prospectivo, realizado en niños de 3 a 5 años del C.E. Inicial N°120 "Casuarinas", Distrito Ventanilla junto con sus padres/cuidadores, quienes aceptaron dicha investigación. A todos los niños de la investigación se realizó primero examen bucal, determinando su ceo-d y el IHO-S; mientras que a sus padres/cuidadores respondieron un cuestionario de sus conocimientos actitudes y practicas con respecto a la salud bucal los cuales se relacionó con el examen clínico de los niños. Se encontró asociación en actitudes y el estado de salud bucal (Índice ceo-d e IHO-S) en los niños de 3 a 5 años de edad (9).

Rodríguez Cruces V. (2018), en su *“Programa “Sonrisitas” de Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan Lurigancho, 2017”* ,siendo de tipo cuasiexperimental el tipo de muestreo fue por conveniencia, el cual consistió en 130 padres y sus 130 hijos preescolares, divididos en 2 para el grupo control y el grupo experimental; los datos se obtuvieron

con un pre test y post test mediante el uso de dos instrumentos: un test para medir el nivel de conocimientos de salud bucal de padres y el otro una ficha odontológica para medir el índice de ceo-d e IHO-S de los niños. La aplicación del Programa "Sonrisitas influyo de manera positiva en el estado de salud bucal de los niños, y en el nivel de conocimientos de los padres; puesto que hubo una diferencia significativa entre el post test y el pretest del grupo experimental. (10)

Quichca Aguirre B. y Cols (2016), en su "*Programa educativo "sonríe feliz" en el conocimiento y practica sobre salud bucal de padres de los niños de la I.E.I. N°568 de la comunidad de Pucarumi - Huancavelica-2016*", que fue experimental. Se empleo un cuestionario de salud bucal a los padres y niños de 5 años, categorizando el conocimiento en bueno, regular y malo; mientras que la practicas se categorizo en inadecuado y adecuado. Al término del programa se dieron los resultados; los niños y padres mostraron un 100% de conocimiento bueno y un 100% de practica adecuada. Por ende, se concluye que el Programa Educativo Sonríe Feliz, fue eficaz en el conocimiento y practica sobre salud bucal de padres y niños de 5 años, con un grado de significancia del 95%. (11)

Pariajulca Fernández I. (2017), "*Efectividad del programa de odontología social (POS) en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de ventanilla durante el periodo marzo - mayo 2017*". Fue una investigación experimental. Como resultado se reportó que si existe una diferencia en cuanto al conocimiento antes y después de aplicar el Programa de Odontología Social, observándose un avance significativo en el conocimiento de salud bucodental. Se encontró una mejora en el IHO en relación al grupo control, así

también el conocimiento sobre salud bucal del grupo experimental es mayor, confirmándose la hipótesis de que el POS es efectivo (12).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1.- Promoción de Salud

En 1986 en Ottawa, se realizó la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual consiste en proporcionar proporcionar a los pueblos los recursos necesarios para mejorar la salud. Para hallar el bienestar físico, social y mental un individuo o grupo debe identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de adaptarse al medio que lo rodea. La salud no se percibe como el objetivo, sino, como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Tratándose de un concepto positivo que resalta los recursos sociales y personales.

Dado que la salud trasciende la idea de vida sana, la promoción no se refiere exclusivamente al sector salud. Un aspecto de la promoción de la salud es el autocuidado siendo un conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, previniendo y atenuando de esta forma el impacto negativo de la enfermedad.

Los miembros del equipo de salud deben estimular la práctica del autocuidado, brindando a la población los medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Logrando de esta forma una participación mas activa de la población y optimizando los recursos designados a ellos por el estado.

Posee tres componentes la Promoción de la Salud: educación para la salud, información y comunicación. (17)

La educación para la salud es una forma de enseñanza que pretende un

cambio de actitud y conducta tanto en el individuo como a la colectividad, el cual parte de las necesidades detectadas y que intenta mejorar las condiciones de salud del individuo y su comunidad.

La OMS la define como “la encargada de orientar, organizar y promover aquellos procesos educativos que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la salud del individuo y de la comunidad”. (17)

2.2.2.- Programa de Salud

Los programas son definidos, como el diseño de un conjunto de actuaciones, entre sí relacionados, para la obtención de una meta. Para la Organización Panamericana de Salud “un programa se elabora para atender en forma continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población estableciendo áreas de concentración con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos” (17).

Para mejorar en aquellos problemas catalogados de impacto de salud pública es que surgen los programas de salud, los cuales están orientados a ciertos grupos poblacionales, y se miden por la eficiencia o la eficacia, así como al logro de sus objetivos y el uso de los recursos a un bajo costo.

Para la salud bucal, se tienen diversos programas, algunos son promocionales mientras que otros preventivos, o incluso en algunos casos ambos desarrollados a la vez. Estos se miden según la variación de los índices de salud bucal e incremento del conocimiento hacia la salud bucal entre otros. Los programas promocionales de la salud están formados por acciones de fomento, educación para la salud y el uso de estrategias. Mientras que los programas preventivos emplean el uso de flúor por distintas vías o colocación de sellantes. Los principales responsables de los programas son los

gobiernos, y en algunos casos empresas privadas u organismos no gubernamentales quienes colaboran.

2.2.3.- Programa Educativo

Se define como un documento técnico, el cual es preparado por personal especializado, dejando constancia de los objetivos así como también de las actuaciones puestas a su servicio.

Un programa educativo responde a un plan de acción, planteamiento de metas, previsión, selección, planificación y disponibilidad de medios. En dicho documento se indican los objetivos educativos a lograr, mediante ciertos contenidos con un plan de acción en el cual incluimos una evaluación de carácter formativo. (18)

Los programas educativos, tienen componentes relacionados entre si con el fin de producir modificaciones en el comportamiento de las personas:

- Las personas comprometidas: guían, aprenden y orientan.
- El ambiente: recursos didácticos, métodos didácticos, evaluación y supervisión.

Las etapas de un programa educativo son: planificación, ejecución y evaluación

2.2.4.- Salud Bucal

Las enfermedades bucodentales son las enfermedades no transmisibles más comunes, afectando a las personas ya que causan dolor, molestias, desfiguración e incluso en algunos casos la muerte.

La salud bucodental es definida por la OMS como «un estado exento de dolor

bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial».

La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general.

Las principales causas de morbilidad por enfermedades y trastornos bucodentales son 7: la caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos dentoalveolares y labio-paladar hendido. Casi todas las enfermedades y afecciones son en gran medida prevenibles o tratables en sus etapas iniciales.

Los factores de riesgo comportamentales relativos a las enfermedades bucodentales son comunes a otras importantes enfermedades no transmisibles, entre ellas una dieta malsana rica en azúcares libres, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol; así mismo hay que considerar la mala higiene bucodental y la exposición insuficiente al flúor tienen efectos negativos en la salud bucodental.

Se ha visto que las desigualdades en lo que respecta a la salud bucodental existen entre diferentes grupos de población de todo el mundo y durante todo el ciclo de vida, es así que se contempla que los determinantes sociales tienen un fuerte impacto en la salud bucodental. (1)

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, estima que las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población a nivel mundial y que la caries dental es el trastorno más prevalente en los dientes permanentes. Se estima que a nivel mundial unos 2400 millones de personas padecen de caries dental en sus dientes permanentes, y así también que son afectados 486 millones de niños. (2)

2.2.4.1 Salud Bucal en el Infante

La infancia es un momento crítico para establecer hábitos, tanto buenos como malos, que tienen el potencial de afectar la salud oral futura de un individuo, así como la salud y el bienestar general en la adolescencia y más allá. Mantener dientes de leche sanos, también conocidos como dientes primarios, es fundamental para facilitar el crecimiento y desarrollo adecuados en los niños. Los dientes primarios son importantes para comer, hablar y el crecimiento de la mandíbula. La caries dental y la pérdida prematura de dientes de leche pueden provocar problemas graves en la dentición permanente. Los profesionales de atención pediátrica primaria suelen tener múltiples visitas con bebés y sus padres antes de ver a un dentista y, por lo tanto, tienen un papel crucial que desempeñar en la promoción de prácticas y hábitos positivos de salud bucal.

La odontología para niños se basa generalmente en la prevención. En realidad, no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. La odontología pediátrica es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

2.2.5.- Caries Dental

La caries dental y las enfermedades periodontales han sido históricamente consideradas como las más importantes cargas mundiales de la salud oral. Así mismo las consecuencias psicosociales de estas enfermedades a menudo disminuyen significativamente la calidad de vida futura. La caries es una enfermedad no transmisible (ENT) a nivel mundial, la cual es prevenible, posee una gran importancia tanto médica, social como económica (19).

Caries de la Primera Infancia (ECC)

La caries en la primera infancia (ECC) se diferencia de la caries dental en niños mayores y adultos por su rápido desarrollo, su diversidad en cuanto a factores de riesgo, y los métodos de control. Como ocurre con la mayoría de las ENT, la etiología y la prevención de la ECC están fuertemente determinadas por factores socio comportamentales (modos de vida de la familia, conductas, normas comunitarias entre otros), económicos, ambientales y sociales, conocidos en su conjunto como determinantes sociales de la salud (20). Las presiones sociales y económicas suelen influir en los comportamientos y prácticas de los niños y las familias, especialmente en los principales cuidadores, y por lo general dan lugar a una salud bucodental deficiente. La prevalencia de la ECC está aumentando rápidamente en países de ingresos bajos y medianos (21).

La creación de entornos propicios es crucial para la integración de la prevención y el control de la ECC en las actividades de salud pública. Los equipos de atención primaria, incluidos los agentes de salud comunitarios, son esenciales para el éxito de los programas destinados a prevenir la ECC.

Casi todos los factores de riesgo de la ECC son modificables. Se pueden agrupar según influyan en los niños, la familia y la comunidad (22). En este caso reviste particular importancia la salud de los padres (incluidos el estado nutricional y la salud bucodental); las creencias y los comportamientos familiares relacionados, por ejemplo, con la alimentación del lactante y la elección de alimentos y bebidas complementarios; y la capacidad, los conocimientos y la voluntad para adquirir y proporcionar al niño alimentos saludables. Igual que en el caso de los factores causantes de la obesidad infantil, para comprender la etiología y el control de la ECC es esencial evaluar los efectos derivados del consumo excesivo y frecuente de azúcares libres. Nunca se insistirá demasiado en la importancia de establecer buenos hábitos

de alimentación en la infancia, con miras a minimizar el riesgo de ECC y obesidad. Habida cuenta de que las pautas de alimentación siguen una trayectoria desde la infancia hasta la adultez, el establecimiento de hábitos adecuados en los primeros años es un objetivo principal.

2.2.5.1 Etiología

La caries dental está determinada por el equilibrio dinámico entre los factores patológicos que conducen a la desmineralización y los factores de protección que llevan a la remineralización. Los factores patogénicos incluyen bacterias acidogénicas (*Streptococcus mutans* y lactobacilos), la disfunción salival y la frecuencia de la ingestión de hidratos de carbono fermentables de la dieta. Los factores de protección incluyen el flujo salival, la mayoría de los componentes de la saliva tales como: el calcio, fosfato, fluoruro, proteínas protectoras y sustancias antibacterianas como la lisozima. Y sustancias exógenas como la clorhexidina, los fluoruros en sus diversas aplicaciones, el uso de la goma de mascar que estimula la función salival, la aplicación de selladores y una dieta no cariogénica. El esquema propuesto por Featherstone en el 2000, muestra el equilibrio entre los factores y se le conoce como «balance de la caries» (23).

El equilibrio dinámico entre la desmineralización y la remineralización determinará el resultado final de la enfermedad; sin embargo, la intervención en el proceso de la caries puede ocurrir en cualquier etapa, ya sea naturalmente o por la mediación de algún procedimiento o tratamiento. Se debe enfatizar que, desde esta perspectiva, la enfermedad es reversible, si se detecta a tiempo y dado que la desmineralización se puede detectar en las primeras etapas, como lesiones iniciales o incipientes, antes de la cavitación, lo que no necesariamente implica una intervención quirúrgica (fresa y pieza

de mano), sino la implementación de acciones odontológicas no invasivas con base en tratamientos farmacológicos (24).

Por todo lo dicho cabe mencionar que la caries dental es considerada de origen multifactorial y compleja. La tradicional triada de Keyes: bacterias, huésped y azúcar; se ven muy afectadas por todos los factores socioculturales y ambientales que modifican el comportamiento del cuidado bucal, la ingesta de azúcar y el acceso a servicios dentales (25). Los factores primarios que originan la caries dental:

A. Factores del Huésped

A.1) Diente:

Empiezan a desarrollarse en el feto, es importante una buena nutrición de la madre durante el embarazo para el desarrollo de los dientes. La dieta de la madre debe de tener cantidades adecuadas de calcio, fósforo, vitamina C y vitamina D.

Cada diente tiene cuatro partes principales:

- Esmalte dental: la capa exterior del diente y el tejido más duro del cuerpo, se encuentra a nivel de la corona del diente.
- Dentina: la capa interior y la parte principal del diente y el tejido dental más grande.
- Pulpa: tejido suave en el interior del diente que contiene el nervio y la capacidad de producir dentina.
- Cemento: capa que envuelve a la dentina, a nivel de la raíz.

Es así que la erupción de la dentición temporal comprende aproximadamente desde los 6 meses hasta los 2 años y medio. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. Es importante conservar y tratar los dientes de leche puesto que nos conservan el espacio para los definitivos y ayudan a la

masticación, debemos evitar infecciones que pueden repercutir en los dientes permanentes(26).

Los dientes permanentes comienzan a aparecer sobre los 6 años de edad, compuesta por 32 dientes: 16 superiores y 16 inferiores. Alrededor de los 12-13 años la dentición está completa, faltando sólo las muelas del juicio que comienzan a erupcionar a partir de los 18 años.

Según la anatomía algunos dientes facilitan el acumulo de placa o donde el flujo salival es limitado; como son las fosas y fisuras, y las superficies proximales, zonas predispuestas a la caries dental. También el apiñamiento dentario facilita esta acumulación.

Así mismo los dientes atraviesan por un proceso de desarrollo post eruptivo que incluye cambios en la conformación de la superficie del esmalte. Durante este proceso, existe un recambio de iones en la hidroxiapatita del esmalte, siendo el flúor uno de los iones que reemplaza, y ofrece mayor resistencia (27).

En los últimos años se habla de las alteraciones del desarrollo del esmalte (DDE) que pueden originar una pérdida de la integridad de la superficie del diente, siendo un factor de riesgo importante para la ECC y clínicamente se observa como hoyos, surcos o grandes áreas de esmalte perdido.

El DDE en la dentición primaria se encuentra relativamente entre el 22% al 49% de niños sanos y en más del 60% de niños prematuros. Se menciona que los DDE se presentan cuando existe un historial de afecciones médicas congénitas, cuando el niño nace de forma prematura, cuando presenta enfermedades metabólicas, presencia de infecciones en edad infantil e ingesta de ciertos medicamentos. La alta prevalencia de ECC observada en niños con afecciones congénitas o adquiridas puede explicarse por el hecho de que muchas de estas afecciones interrumpen la formación del esmalte.

A.2) Saliva

La saliva es la combinación de fluidos provenientes de glándulas salivales y se puede observar un flujo menor durante la noche. En los niños, la secreción puede verse alterada por su estado fisiológico y también emocional (28). Alrededor del 99% de saliva es agua, el 1% restante se basa en moléculas orgánicas, grandes y pequeñas, y electrolitos. El elemento más importante de los componentes inorgánicos es el ion calcio, que interviene en la adhesión de los microorganismos Gram-positivos a la película adquirida. Básicamente trabaja como un factor protector del diente. Entre sus mecanismos encontramos:

- Acción de limpieza mecánica y favorecedora de la limpieza de las comidas.
- Efecto tampón, tienen la capacidad de neutralizar las disminuciones de pH en el medio bucal producido por las bacterias de la placa dental.
- Promoción de la remineralización y disminución de la desmineralización, bien sean orgánicas como determinadas proteínas, o inorgánicas como iones flúor o calcio (27).

B. Factores Microbianos

Los microorganismos más comunes son bacterias altamente acidógenas y acidúricas conocidas como estreptococos mutans (EM). Estudios recientes que utilizan técnicas moleculares han confirmado el predominio de EM en la odontología presente en la placa de niños con caries de infancia temprana (ECC) (29).

Las investigaciones longitudinales muestran que los niños con niveles muy altos de EM tienen 6 veces más probabilidades de experimentar caries adicionales con el tiempo que aquellos sin EM en la primera visita odontológica (30).

La virulencia de EM se asocia con su capacidad de generar grandes cantidades de ácido y alta tolerancia al ácido. El pH bajo provoca la desmineralización (31).

Además, tenemos que tener presente que los EM necesitan de sacarosa para generar polisacáridos extracelulares, las cuales permiten una fuerte adhesión celular a la superficie del diente y aumentan la patogenicidad de la biopelícula dental. (32)

Los Estreptococos son rápidamente adquiridos por niños a partir de los primeros meses de vida por diversos factores asociados con los hábitos de la madre hacia sus bebés (33), aunque la transmisión de otros miembros de la familia, cuidadores y niños también puede ocurrir. Estas condiciones orales maternas aumentan en sus hijos el riesgo de colonización de EM (33).

C. Factores Dietéticos

El azúcar es el factor dietético más importante en el desarrollo de la caries dental y aquel que determina la inclinación de la balanza de la salud a la enfermedad, siendo la sacarosa el carbohidrato más cariogénico porque puede ser fermentada por las bacterias orales y es usado como sustrato para la síntesis de polisacáridos intracelulares y extracelulares en la placa dental (34).

Los azúcares dietéticos incluyen todos los monosacáridos (glucosa, galactosa, fructosa) y disacáridos (sacarosa, maltosa, lactosa), y los azúcares totales incluyen monosacáridos y disacáridos tanto presentes de forma natural en los alimentos como aquellos que se agregan a los alimentos (35).

El término azúcares agregados, además de monosacáridos y disacáridos agregados, a veces incluye miel, jarabes dentro de esta clasificación.

Los azúcares naturales incluyen azúcares ubicados físicamente en la estructura celular de granos, frutas y verduras, además de los presentes de forma natural en la leche y los productos lácteos. La evidencia sugiere que los azúcares naturalmente presentes en los cereales, las frutas enteras y las verduras y también en la leche (36) no contribuyen de forma importante al desarrollo de la caries dental.

Los azúcares distintos de estos azúcares naturales intrínsecos están clasificados por la OMS como azúcares libres que incluyen todos los monosacáridos y disacáridos agregados a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, además de los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los jugos y concentrados de frutas. Es la ingesta de azúcares libres la que debe restringirse por razones de salud (37).

El impacto de las frutas, verduras y granos en la estimulación mecánica del flujo salival ayuda a mitigar el riesgo potencial de los azúcares.

Si uno combina la ingesta de azúcar con una disminución del flujo salival, los efectos son acumulativos: cuando los niños se duermen con un biberón lleno de líquidos dulces, el riesgo de ECC aumenta considerablemente, porque el flujo salival se reduce durante el sueño.

En el caso de niños menores de 12 meses, se ha debatido si la lactancia materna podría causar caries dental, una revisión sistemática reciente informa que la lactancia materna en la infancia es protectora para la ECC. Sin embargo, la revisión y otras pruebas epidemiológicas sugieren que la lactancia materna durante la noche y al exceder los 12 meses puede estar asociada con un mayor riesgo de ECC. Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que, aunque la leche materna tiene baja cariogenicidad intrínseca, los efectos de la lactancia materna después de los 12 meses probablemente estén fuertemente modulados por otros factores de riesgo, como la ingestión de azúcares en la dieta, presencia de defectos en el

desarrollo del esmalte y una higiene bucal inadecuada, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2015 brindó recomendaciones en cuanto al consumo de azúcares libres para reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles en niños y adultos especialmente obesidad y caries dental. La evidencia refiere que cuando los niveles de azúcares libres ingeridos son mayor al 10% de energía total se observa mayor incidencia de caries dental comparado con el consumo menor al 10% de energía (38).

Basado en estos resultados, la OMS da fuertes recomendaciones tanto a niños como adultos en reducir el consumo de azúcares libres en menos del 10% del total de energía ingerida o < 60g al día o < 15 a 20 kg/persona/año, sugiriendo que sea idealmente menos del 3% o 5% (38).

2.2.6.- Gingivitis

La gingivitis se define como la inflamación de la encía. Los hallazgos clínicos iniciales incluyen enrojecimiento e inflamación del margen gingival, y sangrado después del sondeo. Cuando las condiciones persisten, los tejidos que fueron inicialmente edematosos comienzan a volverse fibróticos. Los márgenes gingivales, normalmente con un contorno en forma de filo de cuchillo, pueden volverse ondulantes, y la papila interdental puede volverse bulbosa y alargada. Puede presentarse la formación de bolsas periodontales si una significativa hipertrofia o hiperplasia de la encía ocurren. Sin embargo, todos estos hallazgos clínicos son reversibles cuando el agente etiológico, es decir, la placa bacteriana es removida. (39)

2.2.6.1. Placa Bacteriana

La placa bacteriana es un ecosistema microbiano compuesto de estructuras microbianas agrupadas sobre la superficie de la estructura dentaria y cuyo volumen y composición dependerán de los microorganismos presentes, localización, dieta y antigüedad de formación entre otros (40). La población

bacteriana de la placa dental es considerada parasitaria lo que significa que requiere del huésped para su supervivencia. Sobre la superficie del esmalte recién pulida se forma rápidamente una capa acelular constituida por glicoproteínas y proteínas; esta capa se denomina película adquirida y en su formación están implicados la saliva, productos bacterianos y fluido gingival. Los microorganismos y bacterias que formarán la placa bacteriana se adhieren a esta película adherida, no se adhieren directamente al esmalte del diente, y empezarán la colonización bacteriana (41).

Para evaluar la presencia y cantidad de esta placa bacteriana y cálculo dental, podemos utilizar el IHO-S de Greene y Vermellon (1964), el cual dice que tomando 6 piezas dentarias (16, 11, 26, 36, 21 y 46) y con la ayuda de una solución reveladora se pueden registrar valores para cada pieza que luego se promediará; el índice examina tanto placa blanda como la calcificada. La suma de ambos constituye el IHO-S.

| -Depósitos blandos: | | Criterios: | |
|---------------------|---|-----------------|---|
| | | Depósitos duros | |
| 0 | No hay depósitos ni pigmentaciones. | 0 | No hay tártaro. |
| 1 | Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación. | 1 | Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria. |
| 2 | Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3. | 2 | Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival. |
| 3 | Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria. | 3 | Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente. |

Según la clasificación de Greene y Vermillon, los niveles de IHO-S pueden ser: bueno (IHO-S = 0.0-1.0), regular ((IHO-S = 1.1-2.0), malo (IHO-S = 2.1-3.0), muy malo (IHO-S = + 3.0). (42)

2.2.7.- Maloclusiones

Las maloclusiones dentales son, después de la caries y los problemas periodontales, uno de los problemas más habituales en salud bucodental

según la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) . Se trata de una alteración en el proceso de crecimiento óseo de los maxilares, así como en la posición de los dientes, lo que produce un mal funcionamiento del aparato masticatorio y en muchas ocasiones alteraciones estéticas asociadas.

En muchos casos las maloclusiones comienzan a manifestarse desde la infancia, a lo largo del desarrollo de la anatomía del niño. La genética y la herencia paterna, así como algunos malos hábitos desarrollados a edades tempranas están en el origen de estas alteraciones.

Por esta razón, es una patología que se debe tratar desde la edad infantil. Los principales hábitos infantiles que pueden producir una alteración en el crecimiento y contribuir a la aparición de maloclusiones son los siguientes:

- La respiración oral: es el acto o hábito de respirar por la boca y suele empezar a edades tempranas. La respiración oral puede ser solo nocturna, al hablar o mixta (cuando el niño respira a la vez por nariz y boca).
- La succión digital (cuando se chupan el dedo): el dedo queda en contacto con el paladar y hace que con el tiempo este se deforme. La deformidad del paladar a causa de la succión digital puede acarrear problemas como una mala mordida, dientes más separados o un paladar profundo y estrecho.
- Uso prolongado e inadecuado del chupete: puede causar trastornos en el desarrollo del paladar y por tanto de la mandíbula del niño, desplazando sus dientes e incluso la propia mandíbula. Se recomienda evitar el uso de chupete en los niños mayores de 2 años.
- La deglución atípica e interposición lingual: provocan que la lengua tenga un apoyo prolongado en los dientes de la región anterior. Esta posición de la lengua entre los dientes de ambas arcadas es uno de los factores causantes de maloclusión más frecuentes.

Podemos clasificar las maloclusiones dentales en los tres planos del espacio:

- Maloclusiones en el plano transversal: se producen cuando no existe una coordinación entre las anchuras del maxilar superior y la mandíbula. La más común es la mordida cruzada, debida a un maxilar superior demasiado estrecho.
- Maloclusiones en el plano vertical: pueden derivar en una mordida abierta o una sobremordida aumentada. Esto implica que los incisivos superiores e inferiores no llegan a tocarse, o en el caso de sobremordida aumentada, que entran demasiado en contacto y pueden quedar solapados.
- Maloclusiones en el plano sagital: hacen referencia a la posición de la mandíbula y los dientes inferiores respecto al maxilar y dientes de la arcada superior.
 - La maloclusión de clase I indica una correcta relación entre el hueso maxilar y la mandíbula.
 - La maloclusión de clase II indica una posición adelantada del maxilar superior, generalmente asociada a una mandíbula con posición atrasada y poco desarrollo.
 - La maloclusión de clase III indica una posición adelantada de la mandíbula respecto al maxilar superior, lo que suele implicar una mordida invertida con los incisivos inferiores por delante de los superiores.

El hecho de no realizar un tratamiento a tiempo puede agravar la maloclusión y generar la necesidad de tratamientos más complicados en el futuro, pero lo más importante es que puede derivar en una alteración de las distintas funciones orales, como alteraciones en la fonación, dificultad en la

masticación o alteraciones de la deglución y sellado labial, entre otras (43).

2.2.8.- Elementos y Técnicas de Higiene Bucal

2.2.8.1. Cepillo Dental

El cepillo dental se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes. Deben ser biocompatibles con los tejidos intraorales, remover residuos sin generar lesiones, ser fuertes y resistentes de manera que no se deformen con su uso diario.

Los cepillos eléctricos rotacionales y oscilatorios han sido reportados de alta eficiencia para la remoción de placa bacteriana y reducción de Gingivitis (44). Se recomienda las siguientes características:

- Mango largo, recto, ancho, ergonómico, que sea cómodo y antideslizante para asegurar la firmeza al tomarlo.
- Cabeza pequeña de goma para facilitar el acceso.
- Cerdas suaves y tupidas en la parte frontal para facilitar la limpieza de los dientes posteriores y las superficies linguales con 3 ó 4 hileras de penachos parejos, con múltiples filamentos redondos y cónicos de nylon. Las fibras deben estar localizadas a diferente altura ya que generan menos efecto abrasivo.
- Textura extra suave, suave o media.

Sin embargo, más importante es la técnica de cepillado.

2.2.8.2 Técnica de cepillado

Al erupcionar los primeros dientes se debe empezar con el cepillado mínimamente dos veces al día, utilizando cepillos dentales infantiles. (45)

- El cepillado debe ser realizado por el adulto o cuidador principal, hasta los 9 años. La posición que debe adoptar el adulto debe permitirle visualizar todas las piezas dentales a cepillar, manteniendo en todo momento la cabeza del niño en una posición estable.
- Recomiende el cepillado manual, ya que este es más efectivo para la remoción de la placa bacteriana.
- Se recomienda la técnica de cepillado de Bass modificada: la posición inicial es colocar la parte activa del cepillo en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival, se debe generar una leve presión contra los dientes y el margen gingival, se debe dar pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro. Si los primeros y segundos molares se encuentran en erupción, la dirección del cepillado debe ser vestibulo-lingual/palatino o en cruz (VL y luego MD).
- Indique comenzar el cepillado siempre por el mismo lado y llevar un orden o secuencia, realizando el cepillado varias veces en la misma área antes de pasar a la siguiente, cubriendo las tres superficies dentales (cara externa, cara interna y cara oclusal).
- Indicar cepillar suavemente la lengua con movimientos de atrás hacia adelante.
- Mas importante que la técnica empleada, es la minuciosidad con que se realiza; así las técnicas resultan más eficaces (46).

2.2.8.3 Hilo Dental

El hilo dental está conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera. Su función es remover la biopelícula y restos de comida desde las superficies proximales de dientes naturales o artificiales, encías y prótesis fijas (47).

Por lo tanto, se recomienda con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar enfermedad gingival y caries interproximal. El cepillado sin limpieza interdental con hilo dental no previene el desarrollo de gingivitis (48). Su uso se recomienda antes y después del cepillado dental, para lograr una adecuada higiene oral.

La técnica para su uso es:

- Enrollar 45 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano, apretar la seda entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 ó 3 centímetros de largo entre uno y otro dedo.
- Use los dedos índices para guiar suavemente la seda dental entre las superficies de contacto de los dientes usando un movimiento de zigzag.
- Después se deslizará el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía (49).

2.2.8.4. Colutorio

El control de la caries y de la placa bacteriana son unas de las principales finalidades que se esperan del uso de un colutorio. Se tiene que tener en cuenta que, en condiciones normales, el control químico no sustituye al control mecánico, sino que solo es un complemento.

Así mismo es importante saber que el uso de colutorios está contraindicado en niños menores de seis años, pues su maduración neuromuscular no es la suficiente y corren el riesgo de intoxicación por ingesta (50).

Aun así, tiene especial utilidad como:

- Cuando existe alguna dificultad para realizar un correcto control mecánico o no se puede realizar, tras cirugías.
- En situaciones de riesgo alto de desarrollo de caries ya sea por pacientes con reducción del flujo salival o portadores de tratamiento

ortodóncico o enfermedades periodontales (51).

- Combatir la halitosis.
- Tratamiento de la gingivitis y la periodontitis inhibiendo o disminuyendo las bacterias asociadas a la placa.
- Los colutorios de fluoruro sódico son recomendables en niños mayores cuyo esmalte es más poroso para disminuir el riesgo de caries (52).

Los componentes activos en los colutorios, normalmente, son agentes antimicrobianos que tienen un efecto temporal reduciendo el total de los microorganismos presentes en la cavidad oral.

2.2.8.5 Pasta Dental

Actualmente, casi la totalidad de pastas dentales comercializadas en diversos países, contienen fluoruros, siendo usadas como el principal medio de liberación de fluoruros en forma tópica al medio bucal.

La efectividad terapéutica de los dentífricos se basa en la liberación de fluoruro al medio oral en el momento del cepillado. Por lo que su fórmula debe proporcionar F soluble. Se entiende por flúor soluble el fluoruro que tiene la capacidad de disociarse de la masa homogénea del dentífrico. Diversos estudios han considerado necesario al menos 1000 ppm de F soluble para que una pasta dental tenga efecto anticaries (53).

La incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene oral diaria ha sido la verdadera responsable de la reducción en la prevalencia de caries dental en el mundo.

A partir del año 2003, a raíz de la publicación de múltiples revisiones sistemáticas (54) la evidencia científica es contundente en relación a la

efectividad de las pastas dentales con concentraciones de ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor en la reducción de caries, tanto en la dentición permanente como en la primaria. Los beneficios anticaries de la pasta dental fluorada se potencian si el cepillado dental es supervisado (55) y si se realiza al menos 2 veces al día (56)

En relación al riesgo de fluorosis, contrario a lo que se podría pensar, la evidencia indica que cepillarse con pastas de baja concentración de flúor (< 600 ppm) no disminuye el riesgo de fluorosis, pero sí aumenta significativamente el riesgo de caries dental (57).

Por ello, para lograr un balance entre los beneficios anticaries de la pasta fluorada y el riesgo de fluorosis dental leve por ingesta, en los niños y niñas de hasta 3 años no se debe colocar más que un “granito de arroz” o “raspadita”. Esta cantidad equivale a 0.1ml, lo que supondrían 13 cepillados dentales al día con una pasta de 1,000ppmF o 8 cepillados al día con una pasta de 1,500ppmF para alcanzar el límite tolerable (asumiendo que se traguen 100% de la pasta).

Para niños y niñas mayores de 3 años (a cuya edad hay mayor capacidad para escupir y menor riesgo de tragarse la pasta), se sugiere una cantidad de pasta tamaño “alverjita”.

Esta cantidad equivale a 0.25ml, lo que supondrían 8 cepillados al día con pasta de 1,000ppmF o 6 cepillados al día con una pasta de 1,500ppmF para alcanzar el límite tolerable (asumiendo que se traguen 100% de la pasta) . Para maximizar el efecto preventivo de la pasta dental, se sugiere que el niño no se enjuague con agua durante o después del cepillado, sino que sólo escupa el exceso (56).

En un estudio realizado por Twetman, se demostró que la reducción de caries

fue mayor en una población con técnica de cepillado en comparación con otra sin técnica de cepillado aun utilizando pasta dental fluorada (58). Sin embargo, la concentración de fluoruro dentro del rango de 1100 a 2500 ppm, resulta en una reducción adicional de caries del 6% (59).

2.2.8.6. Visita Odontológica

La utilización del cepillado dental con pasta fluorada debe empezar en cuanto erupcione el primer diente primario (alrededor de los 6 meses de edad), cobra vital importancia la visita odontológica antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries, así como para explicar a los padres las medidas de prevención de la caries dental. Los niños y niñas que acuden tempranamente al odontólogo tienen más probabilidades de recibir cuidados orales apropiados ya que la visita odontológica precoz provee una excelente oportunidad para educar a los padres (antes de que aparezca el problema) y de reducir el riesgo del niño a enfermedades bucales. Es por ello que todas las academias científicas internacionales recomiendan la primera visita dental de un niño durante el primer año de vida (60).

2.2.9. Conocimientos, Actitudes y Practicas

2.2.9.1 Conocimientos

El conocimiento se define como la información que acumula una persona a lo largo de su vida mediante la interacción con el entorno. El conocimiento es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica (61).

Los conocimientos de salud bucal no siempre están fuertemente asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades bucales. Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y a modificaciones del

comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad. Existen estudios que documentan que los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel de instrucción, con el nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado de salud bucal que presentan los individuos. El conocimiento puede ser adquirido de diversas maneras: en lo cotidiano, que implicaría el reconocimiento de nuestro entorno, adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias y experiencias; y por otro lado, el conocimiento científico, que es el considerado como verdadero, ya que utiliza métodos e instrumentos para lograr una descripción o explicación de la realidad existente (62).

El conocimiento establece que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada (63).

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud (64).

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente". Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulten significativos para el grupo objetivo.

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de

factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias. Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas (65).

2.2.9.2 Actitudes

Es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud (66).

La actitud quizá es la variable más estudiada en psicología social, porque es un elemento para la predicción de conducta. Predispone a cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente (66).

2.2.9.3. Practicas

Es el conjunto de actos y comportamientos exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulos y respuestas, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la

persona. El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad (66).

2.2.10.- Programa de Competencias de Salud Bucal de Padres/Cuidadores en la Prevención de las Enfermedades Estomatognáticas en Población Infantil, del Centro de Salud Conima - Moho – Puno - Perú 2022

El programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022, busca unir las áreas de salud bucal y educación, y así ponerlo al servicio de poblaciones de menos recursos, en los centros de salud de los diferentes distritos de la ciudad de Puno, el fin de este programa es proteger la salud bucal de la población infantil, a través de un modelo de atención enfocado en 3 competencias importantes que son los conocimientos , actitudes y prácticas.

Este programa integral de salud bucal, tiene su eje de acción en el primer nivel de atención, el cual posee una relación directa con la promoción, prevención y protección de la salud bucal, es así que se desarrollara sesiones educativas y actividades, dirigidos a fomentar la salud oral en niños del distrito de Moho. El programa de competencias en salud bucal, se aplicará en los padres /cuidadores de niños infantiles, quienes acuden al centro de salud de Moho.

Al finalizar nuestro programa en el mes de Junio del 2022, se obtendrá los resultados de las encuestas dirigidas en cuanto al conocimiento , las actitudes y buenas prácticas en salud bucal del infante, las cuales se tomaran desde la primera sesión, así podremos corroborar que no solo el conocimiento es necesario para incentivar mejorar la salud bucal, sino que también es un factor determinante el cambio de actitud, y las buenas prácticas que manejan diariamente para lograr una mejor salud bucal del infante.

A través del compromiso y dedicación por parte del personal del centro de salud de Moho, en calidad de mejorar la salud bucal, se planteó la necesidad de incentivar en los padres /cuidadores de infantes mejorar y reforzar sus conocimientos, así como su actitud y buenas prácticas, ya que se debe recordar que los modelos a seguir de cada niño son sus padres o cuidadores más cercanos, por tal razón se propuso realizar este programa en sesiones educativas con material didáctico y prácticas en vivo, para restablecer hábitos de salud bucal y dieta saludable; así mismo conjuntamente se llevara a cabo una evaluación odontológica de los niños en cada sesión, reflejándose a través de ello los cambios positivos en cuanto al cuidado bucal.

- Visión

Generar un impacto en los padres /cuidadores de niños infantes, quienes asisten al centro de salud, para comprometerse en mejorar sus prácticas en el cuidado bucal, apoyados y guiados por el personal del centro de salud durante los controles periódicos de los niños.

- Misión

Contribuir en la mejora de salud bucal de infantes de poblaciones de escasos recursos, mediante la educación en salud mediante el conocimiento, las actitudes y buenas prácticas en salud bucal, esperando a futuro disminuir los problemas en salud bucal. Ayudando de esta forma a mejorar la calidad de vida y el desarrollo de niños sanos.

- Objetivo

Demostrar que el programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, es un modelo de atención comunitaria odontológica con énfasis en la prevención, promoción y participación de los padres /cuidadores, logrando mejorar los índices de salud bucal de los niños del hogar, de manera sustentable en el tiempo.

2.2.10.1 Descripción del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil.

El investigador autofinanciara el programa, el cual está diseñado a corto plazo, comprende sesiones educativas, evaluaciones clínicas de índices de higiene oral y maloclusiones, así como también la utilización de cuestionarios enfocados al conocimiento, actitud y buenas prácticas de salud bucal, lo cual que nos permitirá valorar el impacto del programa en distintos tiempos en que se desarrollara.

El programa contiene la siguiente estructura en cada sesión de aprendizaje:

Evaluación Clínica

a) Diagnóstico Clínico de Cavidad Oral.

Se procederá a la evaluación clínica de cada infante que asista acompañado(a) de su padre/cuidador con el equipo odontológico correspondiente (espejo y explorador bucal), evaluándose inicialmente su índice de cpo-d con el llenado de la ficha odontológica (odontograma), así también se identificará aquellas maloclusiones o hábitos nocivos.

b) Índice de Higiene Oral Simplificado

Mediante pastillas reveladoras se detectará y localizará las zonas en donde se forme la placa bacteriana. Las pastillas reveladoras de placa, al disolverse en la saliva en la boca, pintan la placa dental, de esta forma facilita detectar las zonas en donde se encuentra y la visualización de dicha

placa; ayudando de esta forma a eliminarlo por medio del cepillado sobre las áreas pintadas.

Modo de empleo

- Mastique la pastilla reveladora.
- Disolverla en la boca con la saliva y pásela por todos los dientes.
- Escupir el excedente de saliva.
- Las zonas coloreadas es la placa dental y restos alimenticios.
- Cepille los dientes hasta eliminar la placa dental.

Sesión Educativa

Durante el mes de junio se realizará sesiones educativas dictadas por el investigador, quien va a exponer temas relacionados a salud bucal, englobando los factores que originan la caries dental y las medidas que se requieren para mantener la salud bucal.

Dentro de la misma sesión se empleara material didáctico que fomente las buenas prácticas de salud bucal en los participantes de la sesión, creando un ambiente donde puedan desenvolverse y participar de manera activa, generando un cambio de conducta y actitud ante la responsabilidad que tienen para poder limitar los procesos involucrados en las patologías de la cavidad oral, y así entender que los principales aspectos a tener en cuenta para el cuidado de la salud bucal no requiere de mucho tiempo o esfuerzo.

Durante las sesiones educativas, se desarrollarán los siguientes temas:

- Anatomía dental
- Caries dental
- Gingivitis
- Maloclusiones (hábitos nocivos)

- Elementos y Técnicas de Higiene bucal: cepillo, técnicas de cepillado, hilo dental, colutorio y pasta dental.
- Dieta /Azúcar

Al término de la última sesión educativa se utilizará un cuestionario con ítems de conocimientos, actitudes y buenas prácticas de la salud oral de todo lo aprendido, así también se entregará cepillos, hilos y pastas dentales, para reforzar lo aprendido durante las sesiones.

El Programa de Salud Bucal fue realizado de la siguiente manera:

Primera etapa:

- Presentación, aceptación del proyecto con el jefe encargado del centro de salud Moho - Puno.
- Se sensibilizará al personal de salud de los diferentes servicios del centro de salud para que incentiven la participación de los padres /cuidadores que recurren para algún tipo de atención al centro de salud.
- Se informa al personal de salud que serán 3 sesiones para trabajar, así mismo se irán dando incentivos en cada una de las 3 sesiones.

Segunda etapa

Es la etapa donde se desarrollarán propiamente cada sesión con la participación de los padres /cuidadores y la evaluación clínica de sus hijos. Cada sesión se realizó cada 15 días.

- Se evaluará la condición inicial de placa bacteriana de niños que asistieron con sus padres, mediante el índice de higiene oral simplificado de Greene y

Vermillion.

- Así mismo se aplicará una encuesta a los padres /cuidadores, con 29 preguntas sobre los conocimientos de salud bucal, actitudes y buenas prácticas de higiene.

1ª Sesión educativa:

| | Actividad | Tiempo de Ejecución | Recursos |
|-------------------|--|---------------------|---|
| Evaluación Previa | <ul style="list-style-type: none">- Se realizará el odontograma.- Se realizará la evaluación del IHO-S a los niños | 60 min en total | Recurso Humano: Padres/cuidadores y sus hijos |
| | <ul style="list-style-type: none">- Se realizará test inicial, con el cuestionario de conocimiento, actitudes y prácticas de salud bucal | 15 min | |
| Motivación | <ul style="list-style-type: none">- Se indica a los padres/cuidadores, el sorteo de una canasta, entre los participantes de la sesión. | 5 min | Recurso material: Canastas (productos básicos alimenticios e implementos de higiene bucal) |

| | | | |
|-----------------------------|--|--------|---|
| Tema de la sesión educativa | <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía dentaria, cavidad bucal y gingivitis | -- | --- |
| Elementos educativos | <ul style="list-style-type: none"> - Se entregarán trípticos del tema. - Se utilizará maquetas, así mismo pancartas, papelógrafos del tema a desarrollar. - Dinámicas para que los padres participen en cuanto a lo aprendido. - Sesión de preguntas abiertas, - Se entregarán materiales de higiene bucal: cepillo, pasta dental | -- | Recurso material: Trípticos Maquetas Lapices Fichas Cepillos dentales Pastas dentales |
| Actividad | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará la exposición del tema, empleando los elementos educativos. - Al término de la sesión los padres cepillaran los dientes de sus menores | 20 min | Recurso Humano: Odontopediatra |

| | | | |
|---------|---|-------|-----------------------------------|
| | - hijos en dicha sesión, y así se podrá corregir la forma de cepillado que realizan. | | |
| Termino | - Se da recomendaciones principales para evitar la caries dental , así mismo se entregara la canasta y se motivara a los padres para su retorno en la 2da sesión. | 5 min | Recurso Humano: Odontopediatra |

2ª Sesión educativa:

| | Actividad | Tiempo de Ejecución | Recursos |
|------------|--|---------------------|--|
| Motivación | - Se indica a los padres de familia, el sorteo de una canasta, entre los participantes de la sesión. | 5 min | Recurso material: Canastas (de productos básicos alimenticios e |

| | | | |
|-----------------------------|--|--------|--|
| | | | implementos de higiene bucal) |
| Tema de la sesión educativa | <ul style="list-style-type: none"> - Caries dental y maloclusiones (hábitos nocivos) | -- | -- |
| Elementos educativos | <ul style="list-style-type: none"> - Se entregaran trípticos del tema de la sesión educativa a los padres/cuidadores. - Se utilizará maquetas, así mismo papelógrafos del tema a desarrollar. - Se realizará dinámicas para que los padres participen en cuanto a lo aprendido. - Se entregarán materiales de higiene bucal: hilo dental | | Recurso material: Trípticos Maquetas Esquemas Lápices Fichas Hilo dental |
| Actividad | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará la exposición del tema, empleando los elementos educativos. - Al término de la | 20 min | Recurso Humano: Odontopediatra |

| | | | |
|---------|---|-------|-----------------------------------|
| | - sesión los padres usaran el hilo dental en los dientes de sus menores hijos, y así se podrá corregir la forma de uso. | | |
| Termino | - Se da recomendaciones principales para evitar la gingivitis y estar alerta de los hábitos nocivos, así mismo se entregara la canasta y se motivara a los padres para su retorno en la 3ra sesión. | 5 min | Recurso Humano: Odontopediatra |

3ª Sesión educativa:

| | Actividad | Tiempo de Ejecución | Recursos |
|------------|--|---------------------|--|
| Motivación | - Se indica a los padres de familia, el sorteo de una canasta, entre los | 5 min | Recurso material: Canastas (de productos básicos alimenticios e |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------|---|
| | participantes de la sesión. | | implementos de higiene bucal) |
| Tema de la sesión educativa | <ul style="list-style-type: none"> - Dieta/ azúcar, elementos y técnicas de higiene bucal | --- | --- |
| Elementos educativos | <ul style="list-style-type: none"> - Se entregarán trípticos del tema de la sesión educativa a los padres/cuidadores. - Se utilizará maquetas de dientes y de la boca, así mismos papelógrafos del tema a desarrollar. - Se realizará dinámicas para que los padres participen en cuanto a lo aprendido. - Los padres mostraran todos los implementos de higiene bucal que tengan en casa. | | Recurso material: Trípticos Maquetas Esquemas Lápices Fichas Imágenes e Impresiones |
| Actividad | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará la | 2 0 min | Recurso Humano: |

| | | | |
|---------|---|-------|-----------------------------------|
| | <p>exposición del tema, empleando los elementos educativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al término de la sesión los padres emplearan todos los elementos de higiene bucal en sus menores hijos, y así poder corregir el empleo de ellos. | | Odontopediatra |
| Termino | <ul style="list-style-type: none"> - Se da recomendaciones principales del tema, así mismo se entregará la canasta y se motivará a los padres para traer a sus hijos a los controles periódicos en el centro de salud. - Se busca el compromiso de la población para incentivar una cultura de prevención | 5 min | Recurso Humano: Odontopediatra |

| | | | |
|------------------|--|-----------------|---|
| Evaluación Final | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará el odontograma a cada niño. - Se realizará la evaluación del IHO-S a los niños | 60 min en total | Recurso Humano: Padres/cuidadores y sus hijos |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará post test, con el cuestionario de conocimiento, actitudes y prácticas de salud bucal | 15 min | |

Tercera etapa

Comprende la valoración y análisis de la evaluación clínica y del cuestionario del CAP de salud bucal tanto al inicio como al final del programa, para evaluar su efectividad.

2.3 Formulación de la Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

El programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores, es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, del Centro de salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

2.3.2 Hipótesis Específicas

- El programa de competencias, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

- El programa de competencias, en relación al tipo de actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

- El programa de competencias, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

- El programa de competencias, en relación a las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, si es efectivo, en el Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Aspectos metodológicos

3.1.1 Tipo de investigación

- Cuasi experimental, porque se realiza dos evaluaciones (un pre test y un post test) en el mismo grupo, en tiempos diferentes.

- Aplicada, ya que con la aplicación de este programa se trata de resolver problemas de la cavidad estomatognática.
- Prospectivo, porque nuestros datos serán recolectados a través de los instrumentos que aplicaremos de forma planificada.
- Longitudinal, porque nuestras variables se miden en dos periodos de tiempo, con un pre test y un post test, realizando una comparación entre ambas.
- Analítico, porque nuestro estudio presenta dos variables que son las competencias en salud bucal y las enfermedades estomatognáticas.

3.1.2 Identificación de Variables

- Conocimiento. – es la información o ideas que posee la persona, a partir de referentes colectivos, experiencia y la información que maneja, entre otros, Se obtendrá a partir de un conjunto de enunciados sobre el conocimiento de caries dental, erupción dental, alimentación, higiene bucal y tratamiento. Encontraremos los siguientes indicadores: caries dental (enunciado 1 y 2), erupción dental (enunciado 3 y 4), alimentación (enunciado 5 y 6), higiene bucal (enunciado 7,8 y 9). Dicha variable es de tipo cualitativa de escala nominal, donde las posibles respuestas pueden ser: bueno, regular, malo.
- Actitudes. – se refiere a las reacciones afectivas hacia un objeto o situación, es la disposición a una acción supeditadas a la influencia de las situaciones de vida, de la educación y de la enseñanza. Se obtendrá a partir de enunciados sobre caries dental, alimentación, higiene bucal, visita al odontólogo y uso del biberón. Encontraremos los siguientes indicadores: caries dental (enunciado11), alimentación (enunciado 12,13, y 14), higiene bucal (enunciado 15,16 y 17), visita al odontólogo (enunciado 18), uso del biberón (enunciado 19). Dicha

variable es de tipo cualitativa de escala nominal, donde las posibles respuestas pueden ser: adecuado e inadecuado.

- **Prácticas.** – son las acciones que realizamos a lo largo de la vida, como el resultado de los hábitos y costumbres. Es más complejo ya que implica, conocer, tener voluntad y recursos poner en práctica ese conocimiento. Encontramos los siguientes indicadores: microorganismos (enunciado 20), visita al odontólogo (enunciado 21), alimentación (enunciado 22,23,24 y 25), higiene bucal (enunciado 26 y 27), interés por conocer la salud bucal del niño (enunciado 29). Dicha variable es de tipo cualitativa de escala nominal, donde las posibles respuestas pueden ser: bueno, regular, malo.
- **Placa Dental.** – Con la ayuda del índice de IHO-S nos da aproximadamente un valor de higiene bucal. Es la suma del valor obtenido en el componente de residuos blandos y placa calcificada (IHO-S). Se obtendrá a partir de la ficha odontológica. Esta variable es de tipo cuantitativa, de escala razón, donde las posibles respuestas pueden ser: Bueno (0.0- 1.2), Regular (1.3 – 3), Malo (3.1 – 6).
- **Experiencia de Caries (Índice ceo-d).** - Historia de lesiones de caries de cada diente. El índice ceo-d es la cantidad de dientes deciduos que presenta lesiones cariosas, obturaciones o dientes por extraer. Se obtendrá a partir de la ficha odontológica. Esta variable es de tipo cuantitativa, de escala razón, donde las posibles respuestas sean: muy bajo (0.0 – 1.1), Bajo (1.2 - 2.6), Moderado (2.7 – 4.4), Alto (4.5 – 6.5), muy alto (6.6 – a más).
- **Sexo del niño.** - Características biológicas que determina a un ser humano como hombre o mujer. Apariencia externa del desarrollo de los caracteres del niño. Se obtendrá según el registro de la ficha odontológica. Esta variable es de tipo cualitativa, de escala dicotómica nominal. Donde las posibles respuestas son: masculino, femenino.
- **Edad del niño.** - Número en años y meses del menor de edad. Es el

tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación. Se obtendrá según el registro indicado en la encuesta. Esta variable es de tipo cuantitativa, de escala razón. Donde las posibles respuestas son: menores de 3, 3 a 6 años, mayores de 6 años.

3.1.3 Operacionalización de Variables

Anexo 1

3.2 Población y Muestra

La muestra está constituida por aproximadamente 25 padres/cuidadores que asisten al Centro de Salud Moho-Puno, y 25 niños (hijos).

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Padres o cuidadores que asisten regularmente al Centro de Salud Conima - Moho-Puno - Perú
- Niños considerados sanos que sean hijos de los padres/cuidadores que asistan al programa

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Niños que presenten alguna condición especial o enfermedad sistémica
- Padres/cuidadores que falten en una de las sesiones educativas programadas.
- Niños que falten en una de las sesiones educativas programadas.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnica

Se aplicaron dos técnicas: observación (anexo 5) y encuesta (anexo 6).

Mediante la observación se recogieron datos de índice ceo-d, IHO-S y el tipo de maloclusión. Así también, se aplicó una encuesta para medir los conocimientos, actitudes y practicas sobre salud bucal de los padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, del Centro de salud Conima-Moho- Puno- Perú 2022, dicho instrumento fue validado y utilizado en otros estudios.

3.3.2 Instrumento

Se utilizo una encuesta validada por el Bachiller Carlos Manuel Ríos Angulo en su trabajo de investigación "*Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo ESSALUD, 2014*". Ha sido validado por medio de juicio de experto, sometiéndolo a la prueba de confiabilidad en el test de alfa de CRONBACH. El tamaño de la muestra fue de 25, para las preguntas de conocimientos sobre salud oral alcanzaron valores de $\alpha=0.76$, para actitudes sobre salud oral fue $\alpha=0.80$ y para prácticas sobre salud oral fue $\alpha=0.72$. Los valores hallados fueron satisfactorios por lo que considero apto para su aplicación (67).

Las evaluaciones clínicas de las condiciones estomatológicas del infante, así como el empleo de la encuesta sobre las competencias en salud bucal a los padres/cuidadores, se realizarán antes y después de dicho programa, evaluando de esta forma la existencia de un cambio positivo y mejoras en cuanto a la salud bucal después de aplicar dicho programa.

Fue así que se evaluó la cavidad bucal de los niños, para los índices

ceo-d e IHO-S.

3.4. Procesamiento de la información.

Se ingreso toda la información en una base de datos en Excel, el cual será utilizado para el análisis estadístico descriptivo, a través del programa SPSS. El análisis realizado será principalmente descriptivo comparativo.

3.5 Aspectos éticos

Este estudio respeta la privacidad de información de todos los participantes, los cuales solo serán utilizados para fines del presente trabajo de investigación. No existe ningún daño para los sujetos del estudio.

Los participantes colaboraran de forma voluntaria y ninguna persona será obligada a formar parte de este estudio. Uno de los beneficios para los participantes será la información brindada para mejorar sus condiciones de salud bucal.

A cada padre/cuidador participante se le entregará un consentimiento informado, el cual explicará brevemente el objetivo y la importancia de este estudio (Anexo 3). Solo aquellos que estén de acuerdo y firmen dicho consentimiento participarán con sus hijos en el presente estudio.

Esta investigación se llevará a cabo después de la aprobación del Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Descripción de la Población

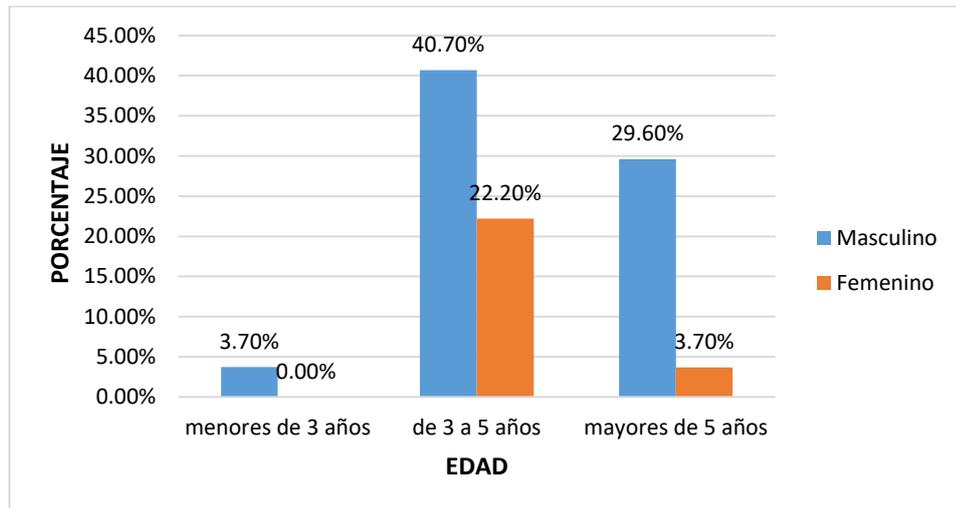
Tabla 1
Sexo y edad de los niños

| | | | Sexo del Niño | | Total |
|---------------|-------------------|-------------|---------------|----------|-------|
| | | | Masculino | Femenino | |
| Edad del Niño | menores de 3 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 3,7% | 0,0% | 3,7% |
| | de 3 a 5 años | Recuento | 11 | 6 | 17 |
| | | % del total | 40,7% | 22,2% | 63,0% |
| | mayores de 5 años | Recuento | 8 | 1 | 9 |
| | | % del total | 29,6% | 3,7% | 33,3% |
| Total | Recuento | 20 | 7 | 27 | |
| | % del total | 74,1% | 25,9% | 100,0% | |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 1

Sexo y edad de los niños



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

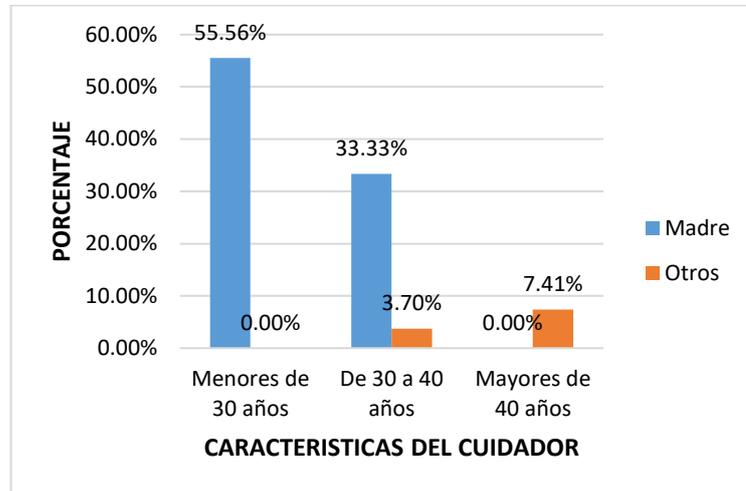
Se evaluó en total a 27 niños, el 63% pertenece al grupo etario entre 3 a 5 años; así mismo mencionar que el 74.1% de la muestra fue del sexo masculino.

Tabla 2
Edad y Tipo de Cuidador

| | | | Cuidador | | Total |
|-------------------|--------------------|-------------|----------|--------|-------|
| | | | Madre | Otros | |
| Edad del Cuidador | Menores de 30 años | Recuento | 15 | 0 | 15 |
| | | % del total | 55,6% | 0,0% | 55,6% |
| | De 30 a 40 años | Recuento | 9 | 1 | 10 |
| | | % del total | 33,3% | 3,7% | 37,0% |
| | Mayores de 40 años | Recuento | 0 | 2 | 2 |
| | | % del total | 0,0% | 7,4% | 7,4% |
| Total | Recuento | 24 | 3 | 27 | |
| | % del total | 88,9% | 11,1% | 100,0% | |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 2



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

Se evaluó en total a 27 padres/cuidadores, de ellos el 88% fueron madres. También se registró que el 55.56% tienen menos de 30 años.

4.2 Competencias de Salud Bucal

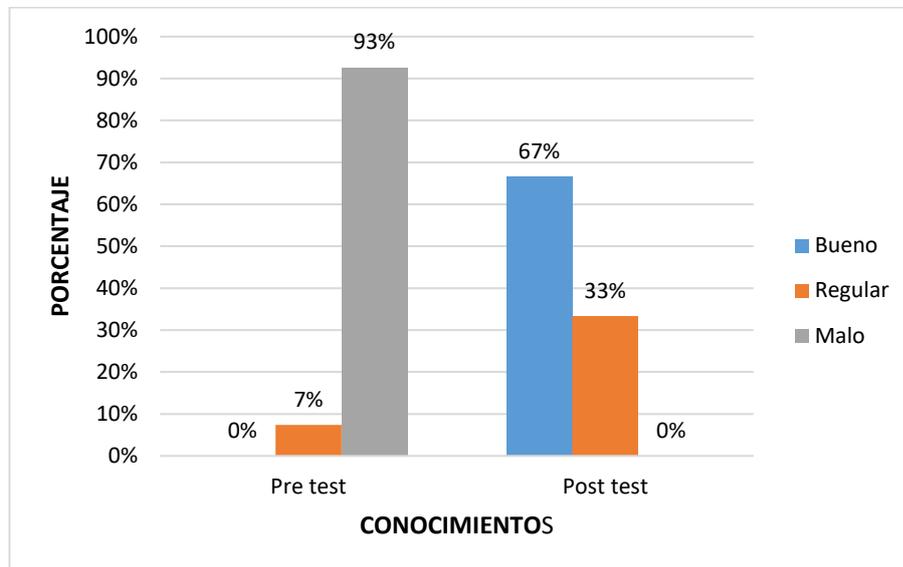
Tabla 3

Conocimiento. Programa de Competencias en Salud Bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

| | | Pre test | Post test | |
|------------------------------|---------|-------------|-----------|------|
| Conocimientos en salud bucal | Bueno | Recuento | 0 | 18 |
| | | % del total | 0% | 67% |
| | Regular | Recuento | 2 | 9 |
| | | % del total | 7% | 33% |
| | Malo | Recuento | 25 | 0 |
| | | % del total | 93% | 0% |
| | Total | Recuento | 27 | 27 |
| | | % del total | 100% | 100% |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 3



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

En la evaluación del pre test se observó que el 93% de la población poseía un conocimiento malo en cuanto a salud bucal; mientras que el 7%, fue regular, ninguno fue bueno. Después de aplicar el Programa de Competencias se vio un incremento significativo, ya que el 67% de los padres/cuidadores posee un buen conocimiento de salud bucal y un 33% todavía presenta un regular conocimiento, mientras que ninguno tuvo un conocimiento malo.

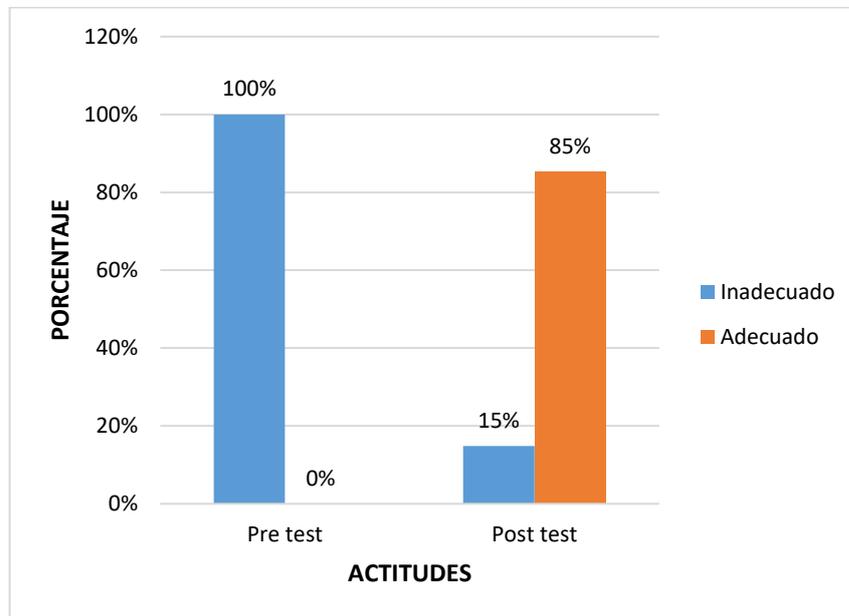
Tabla 4

Actitudes. Programa de Competencias en Salud Bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

| | | Pre test | Post test |
|------------|-------------|----------|-----------|
| Inadecuado | Recuento | 27 | 4 |
| | % del total | 100% | 15% |
| Adecuado | Recuento | 0 | 23 |
| | % del total | 0% | 85% |
| Total | Recuento | 27 | 27 |
| | % del total | 100% | 100% |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 4



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

En la evaluación del pre test se observó que el 100% de la muestra poseía una inadecuada actitud frente a la salud bucal. Después de aplicar el Programa de Competencias se vio una mejora significativa, ya que el 85% de los padres/cuidadores logro una actitud adecuada.

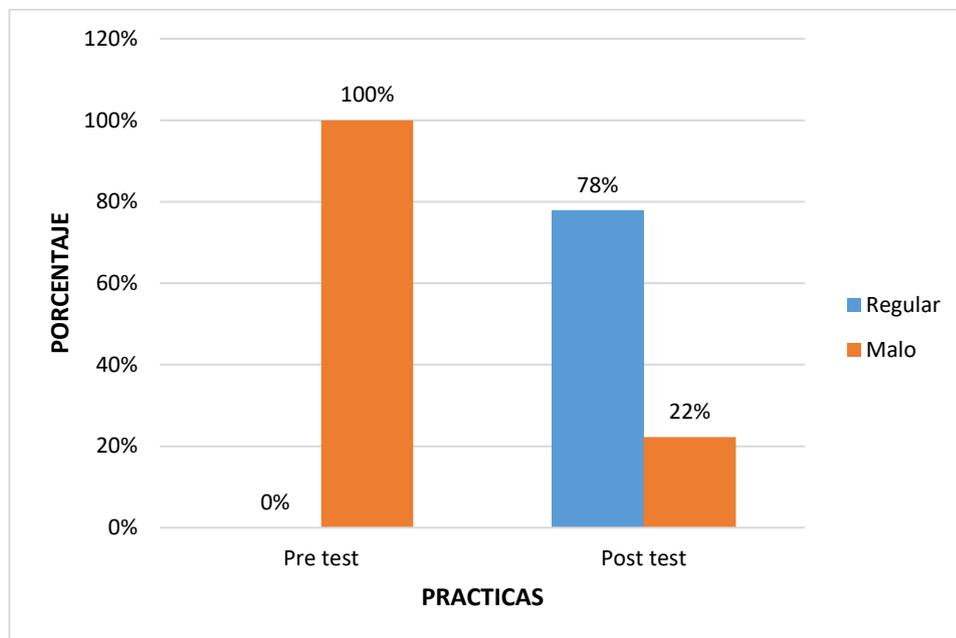
Tabla 5

**Prácticas. Programa de Competencias en Salud Bucal de padres/cuidadores
en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil.
Centro de Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022**

| | | Pre test | Post test | |
|--------------------------|---------|-------------|-----------|------|
| Prácticas en salud bucal | Regular | Recuento | 0 | 21 |
| | | % del total | 0% | 78% |
| | Malo | Recuento | 27 | 6 |
| | | % del total | 100% | 22% |
| | Total | Recuento | 27 | 27 |
| | | % del total | 100% | 100% |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 5



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

En la evaluación del pre test se observó que el 100% de la muestra poseía una mala práctica con respecto a la salud bucal. Luego de aplicar el Programa de Competencias se observa una disminución del porcentaje de los que tienen una mala práctica, siendo el 78% de los padres cuidadores quienes mejoran sus prácticas catalogándose como regular.

4.3 Enfermedades Estomatognáticas

Tabla 6
Índice de Higiene Oral del Niño

| | Evaluación Inicial (Pre test) | | | | | | | Evaluación Final (Post test) | | | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | Bueno | | Regular | | Malo | |
| | Recuento | % del total | Recuento | % del total | Recuento | % del total | Recuento | % del total | Recuento | % del total | Recuento | % del total | |
| Menores de 3 años | Recuento | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| De 3 a 5 años | Recuento | 1 | 4% | 16 | 59% | 0 | 0% | 15 | 56% | 2 | 7% | 0 | 0% |
| Mayor de 5 años | Recuento | 4 | 15% | 5 | 19% | 0 | 0% | 9 | 33% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Total | | 6 | 22% | 21 | 78% | 0 | 0% | 25 | 93% | 2 | 7% | 0 | 0% |

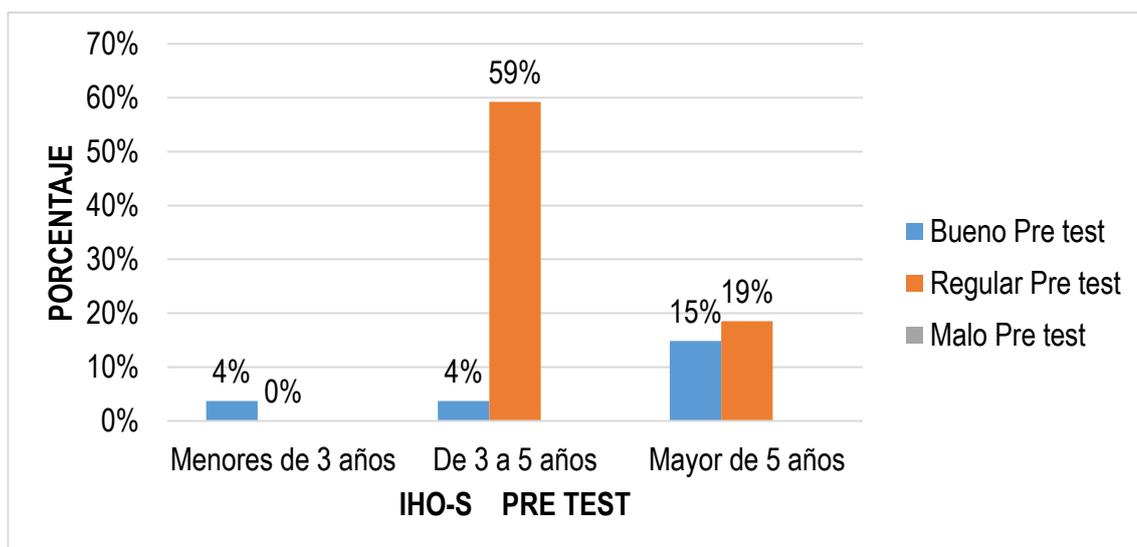
Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

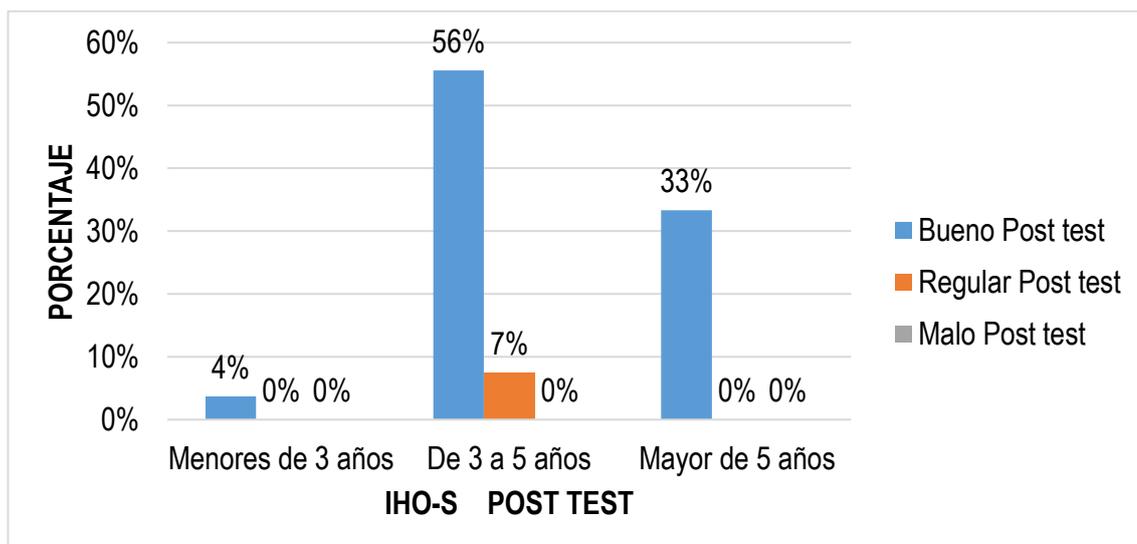
En la evaluación inicial (pre test) se observó que el 78% de los niños presentaba una regular higiene oral. Y teniendo en consideración los que tenían una buena higiene, son los mayores de 5 años quienes representan el 15%. Al análisis del post test se observa un incremento en el número de niños que logran tener una buena higiene, representando este grupo el 93% de ellos; según los grupos atareos, los niños entre 3 a 5 años representan el mayor porcentaje de niños que lograron una buena higiene, siendo un 56.

Grafica 6

Índice de Higiene Oral por edad del niño



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022



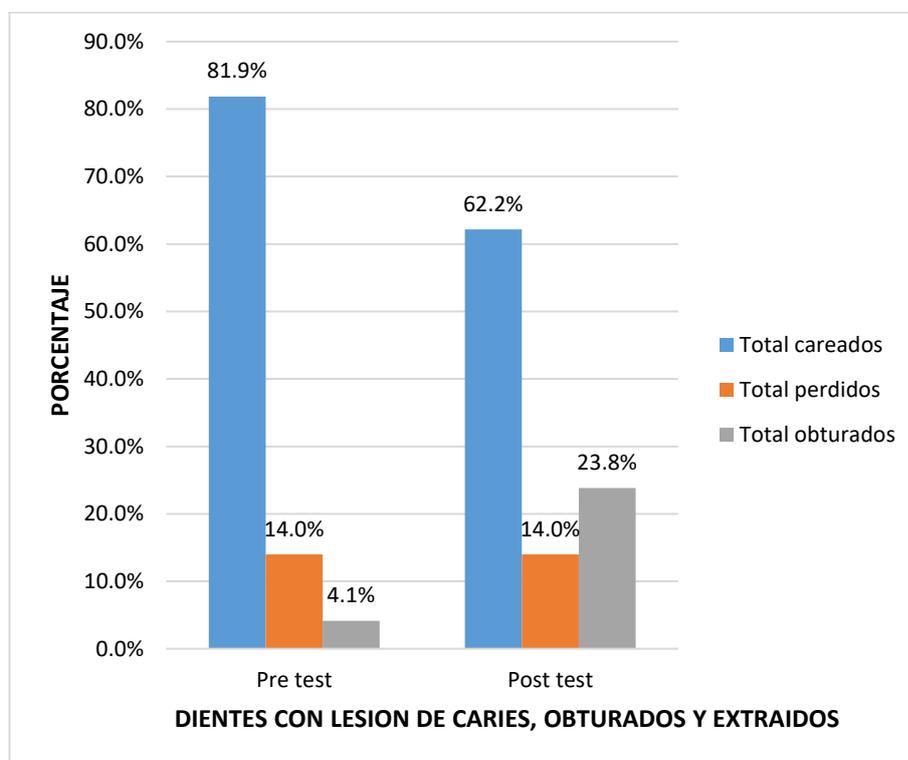
Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Tabla 7**Dientes Perdidos Careados y Extraídos**

| | | Evaluación Inicial | Evaluación Final |
|--|-------------|--------------------|------------------|
| Total careados | Recuento | 158 | 120 |
| | % del total | 81,9% | 62,2% |
| Total perdidos | Recuento | 27 | 27 |
| | % del total | 14,0% | 14,0% |
| Total obturados | Recuento | 8 | 46 |
| | % del total | 4,1% | 23,8% |
| Sumatoria de dientes diagnosticados | Recuento | 193 | 193 |
| | % del total | 100,0% | 100,0% |
| Indice de ceo-d | Recuento | 7,1481482 | 7,1481482 |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Grafica 7



Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

En la evaluación clínica inicial dentro de las piezas dentarias evaluadas, se diagnosticó dientes con lesión de caries, perdidos y obturados, dentro de ellas se observó que el 81.9% son piezas dentarias con lesión de caries, mientras que solo el 4.1% son piezas dentarias obturadas. En la evaluación clínica final se observa una disminución de las piezas con lesiones de caries ya que solo representan el 62.2% así mismo existe un incremento de piezas dentarias obturadas en un 23.8%.

4.4. Prueba de Hipótesis

Tabla 8

Prueba de muestras independientes con respecto al conocimiento en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

| | | Prueba de T de Student de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| Conocimiento sobre salud oral | Se asumen varianzas iguales | 32,967 | ,000 | -15,059 | 52 | ,000 | -1,593 | ,106 | -1,805 | -1,380 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -15,059 | 40,653 | ,000 | -1,593 | ,106 | -1,806 | -1,379 |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

El programa de competencias, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022, ya que como podemos observar $P < 0.05$, siendo estadísticamente significativo.

Tabla 9

Prueba de muestras independientes con respecto a las actitudes en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

| | | Prueba de T de Students de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|----------------------------|--------------------------------|--|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| Actitudes sobre salud oral | Se asumen varianzas iguales | 26,504 | ,000 | -12,227 | 52 | ,000 | -,852 | ,070 | -,992 | -,712 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -12,227 | 26,000 | ,000 | -,852 | ,070 | -,995 | -,709 |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

El programa de competencias, en relación a las actitudes sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022. Al observar un grado de significancia de $P < 0.05$, siendo estadísticamente significativo.

Tabla 10

Prueba de muestras independientes con respecto a las prácticas sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

| | | Prueba de T de Students de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
|---------------------------|--------------------------------|--|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | Inferior | Superior |
| Práctica sobre salud oral | Se asumen varianzas iguales | 58,240 | ,000 | -2,726 | 52 | ,009 | -,222 | ,082 | -,386 | -,059 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -2,726 | 26,000 | ,011 | -,222 | ,082 | -,390 | -,055 |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

El programa de competencias, en relación a las actitudes sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022. Siendo estadísticamente significativo, al ser $P < 0.05$.

Tabla 11

Prueba de muestras independientes. Análisis de promedios por Índices de Higiene Oral IHO- Simplificado

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| Índice de Higiene Oral simplificado - IHO-S | Se asumen varianzas iguales | 10,962 | ,002 | 7,303 | 52 | ,000 | ,704 | ,096 | ,510 | ,897 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | 7,303 | 43,828 | ,000 | ,704 | ,096 | ,509 | ,898 |

Fuente: Población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Análisis e Interpretación:

En relación a las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, específicamente con respecto al índice de higiene oral se observa que hay un cambio estadísticamente significativo, demostrando de esta manera que clínicamente también se observa un cambio.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La calidad de vida mejora notablemente con el cuidado y la preservación de la salud, dentro de ello está por ende la importancia de la salud bucal, y uno de los aspectos básicos que podemos cuidar desde casa es la buena higiene bucal, aunque esta es determinada e influenciada muchas veces por el entorno familiar, haciendo referencia a los padres o cuidadores, quienes en la etapa infantil son los responsables directos de mantener la salud bucal. En la etapa inicial se espera crear buenos hábitos de higiene, ya que recién a partir de los 7 años los niños adquieren habilidades psicomotoras; así mismo se debe cuidar mucho la dieta del infante y llegar a crear buenos hábitos alimenticios.

El principal propósito de este trabajo de investigación es medir la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil en el distrito de Puno. Siendo significativo este programa que se enfocó en los conocimientos, actitudes y prácticas desarrolladas por los padres/cuidadores, así mismo se pudo observar el cambio de las condiciones clínicas estomatognáticas observadas en sus menores hijos.

En nuestro estudio se evaluó en total a 27 padres/cuidadores de los cuales el 88% fueron madres y que el 55.56% tienen menos de 30 años. Esto coincidió con lo hallado en el estudio de Jhoana Victorio Perez que en su estudio halló que el 84.8% fueron mujeres los cuidadores y que el 51.9% tenía una edad entre 20 a 30 años.

Así también dentro de los participantes del estudio que fueron los niños se halló que el 74.1% fueron del sexo masculino, y tomando en cuenta la edad se supo que el 62.90% tenía una edad entre 3 a 5 años.

Durante la evaluación inicial se han encontrado que el conocimiento sobre salud bucal que tenían los padres/cuidadores (pree test) fue un 93% malo, pero después de aplicar el programa de competencias se obtuvo resultados significativos y satisfactorios ya que en la evaluación post test, el 67% demostró tener un conocimiento bueno, lo cual indica que los temas como higiene, dieta, entre otros cuando son explicados de manera didáctica son de mucha importancia, ya que a través de ellos se puede aumentar y fortalecer

el bajo conocimiento que los padres tenían inicialmente. Así se puede decir que la eficacia del programa de competencias fue muy significativa.

La eficacia del programa educativo de competencias en salud bucal, en la práctica fue significativa, porque en la evaluación de entrada pre test, los padres/cuidadores demostraron una mala práctica al 100% sobre salud bucal, pero después de aplicar el programa educativo de competencias en salud bucal, se obtuvieron resultados significativos y satisfactorios, ya que en el post test aunque en ningún padre/cuidador se logró una buena práctica, el 78% tuvieron una práctica regular, lo cual indica que el programa en la práctica fue efectiva.

Las actitudes de los padres cuidadores en el pre test el 100% de ellos fueron inadecuados, pero luego del programa de competencias se vio que el 85% ya poseía una adecuada actitud frente a la salud bucal, lo que nos lleva a entender que sobre la efectividad del programa de competencias de salud bucal.

En cuanto a la evaluación clínica de los niños, inicialmente se evaluó el IHO-S hallando un índice regular en el 78% de los niños (IHO-S = 1.1-2.0), y solo un 22% poseían una buena higiene bucal (IHO-S = 0.0-1.0). Después de la aplicación del programa se vio un cambio significativo en la mejora de las condiciones bucales, es así que se observó que el 93% de los niños tenían un buen índice de higiene oral, y solo un 7% tenían una regular higiene. Cabe señalar también que durante las evaluaciones iniciales como finales (pre y post test) no se halló a ningún niño con una mala higiene oral (IHO-S = + 3.0). También se evaluó los dientes con lesión de caries, obturados y por extraer; y se halló que durante el programa de competencias (comparando la evaluación inicial con la última evaluación) los niños presentaron un incremento en la cantidad de dientes obturados, por ende, se vio también una disminución en la cantidad de dientes diagnosticados con lesión de caries, de esta forma encontramos un cambio clínico positivo en los niños.

5.2. Conclusiones

Con los resultados obtenidos podemos concluir que si es efectivo el programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil. centro de salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022

Nuestro estudio reportó que existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al conocimiento de los padres/cuidadores en la evaluación del antes y después de aplicar nuestro Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, evidenciando un incremento en el nivel de conocimiento en salud bucal.

Así también el estudio reveló que existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a las actitudes de los padres/cuidadores en la evaluación del antes y después de aplicar el Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, mostrando un incremento en cuanto a las actitudes en salud bucal después de desarrollar el Programa de Competencias de salud bucal.

En cuanto a las prácticas nuestro estudio reportó que existe diferencia estadísticamente significativa en la evaluación del antes y después de aplicar el Programa de Competencias en salud bucal de padres/cuidadores, mostrando una mejora en las prácticas, después de desarrollar el Programa de Competencias de salud bucal.

Durante la evaluación clínica de la cavidad bucal de los niños se vio una mejoría en la higiene, en su última revisión el 98% de los niños tenían una buena higiene bucal (IHO-S). Así también se vio que no existió un aumento de lesiones de caries, y muy por el contrario se apreció un incremento en el número de piezas obturadas, por ello podemos decir que si es efectivo el Programa de Competencias en relación a las enfermedades estomatognáticas.

5.3. Recomendaciones

Para los posteriores estudios se recomienda que el periodo de tiempo en que se desarrolle el programa de competencias en salud bucal sea un tiempo mayor a un mes.

Así también que las charlas educativas sean lo más dinámico posible y que no se extienda en un tiempo mayor a 20 min. Para que luego se pueda realizar una retroalimentación con todos los participantes.

Se sugiere que los incentivos dados en diversos programas de salud bucal sigan siendo elementos de higiene bucal, así mismo algunas ocasiones deberían contener productos que necesiten o requieran la población, como

son así los productos de la canasta básica, para dar una mayor motivación, así los padres/cuidadores al recurrir puedan mantener una mejor actitud durante el desarrollo de la sesión.

También se ha visto incrementar el tiempo en el cual se pone en práctica las técnicas de higiene, así como incrementar la participación de la mayoría de los asistentes, lo cual debe realizarse de preferencia después de cada sesión educativa.

También se puede hallar unos mejores resultados, si las evaluaciones clínicas de los niños se realizaran en periodos de tiempo más largo, así tendríamos mejores resultados en cuanto al hecho de que los padres/cuidadores mantienen la buena higiene de sus menores hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Ministerio de Salud (MINSA), Modulo de promoción de la salud, Lima 2013, disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42614-ministerio-de-salud-aprueba-el-plan-nacional-de-salud-bucal>
- 2.- Ministerio de Salud del Perú, Oficina general de epidemiología y dirección general de salud de las personas, Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años Perú 2001-2002., Lima-2005, disponible en: https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf
- 3.-Instituto Nacional de Estadística e Información, Perú: Perfil sociodemográfico 2017, características de la población cap 1, Lima -2017, disponible en: inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf
- 4.-T Vos y cols., Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Global Health Metrics, Vol 396 October 17, 2020.
- 5.- Marchena Pejerrey Zoila Emperatriz, Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria – 2015, tesis de grado, Lima, repositorio Universidad Señor de Sipán 2015, URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/141>.
- 6.- Mora L, Martínez J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de salud Almanjáy y Cartuja de Granada capital. Atención Primaria 2000; 26(6):398-404)

- 7.- Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-yearold children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23(6):331-9
- 8.- Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología* 2004; 17(1):19-29
- 9.- Victorio Pérez J, "Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al centro educativo inicial N° 120 "casuarinas", tesis de posgrado, Lima- 2017, Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 10.- Rodríguez Cruces V, Programa "Sonrisitas" de Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la institución educativa inicial N°086, San Juan Lurigancho, 2017, tesis de posgrado, Lima- 2017, Repositorio universidad cesar vallejo.
- 11.- Quichca Aguirre B. y cols 2016, "Programa educativo "sonríe feliz" en el conocimiento y practica sobre salud bucal de padres de los niños de la institución educativa inicial N° 568 de la Comunidad de Pucarumi - Huancavelica-2016, tesis de posgrado, Huancavelica-2016, Repositorio Universidad Nacional De Huancavelica.
- 12.- Pariajulca Fernández I. Efectividad del programa de odontología social en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de ventanilla durante el periodo marzo - mayo 2017, tesis doctoral, Lima – 2017. Repositorio Universidad Norbert Wiener.
- 13.- Canizales Manios S. y col, "Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de

anapoima-cundinamarca entre los años 2012 y 2018”, Universidad El Bosque UNICA - Unidad de Investigación en Caries, Bogotá Colombia 2018, Repositorio, Universidad El Bosque.

14.- González-Martínez F, Sierra-Barrios C, Morales-Salinas y cols. conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia, salud publica 2011; 53:247-257.

15.- Ramesh Nagarajappa y cols, , Infant Oral Health: knowledge, attitude and practices of parents in udaipur, india, dental research journal / september 2013 /sep;10(5):659-65.

16.- Kanika S Dhull y cols, Conocimiento, actitud y práctica de las madres hacia la salud bucal infantil. int j clin pediater dent. 2018;11(5):435-439.).

17.- OPS/OMS. Análisis de Costos, Demandas y Planificación de Servicios de Salud. Una Antología Seleccionada. HSD / SILOS – 11 – Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.

18.- Pérez Juste R, Roldan O. Guía para la elaboración y evaluación de programa educativo. Editorial muralla, s.a. 2012.

19.- WHO. The World Oral Health Report 2003, continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 1rst ed. Geneva: World Health Organization; 2003

20.- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>

21.- Otero G., Pechlaner G., Liberman G., Gürcan E. The neoliberal diet and inequality in the United States. Soc Sci Med.2015;142:47–55.) (Thomson T.

M. Public health aspects of paediatric dental treatment under general anaesthetic. *Dent J (Basel)*.2016;4(2).

22.- Fisher-Owens S. A., Gansky S. A., Platt L. J., Weintraub J. A., Soobader M. J., Bramlett M. D., Newacheck P. W. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007; 120:510–20.

23.- Featherstone JD. The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(7): 887-899.

24.- Jenson L, Budenz AW, Featherstone JD, Ramos-Gomez FJ, Spolsky VW, Young DA. Clinical protocols for caries management by risk assessment. *J Calif Dent Assoc* 2007; 35(10): 714-723

25.- Alvarez JO, Caceda J, Woolley TW, Carley KW, Baiocchi N, Caravedo L, y cols. A longitudinal study of dental caries in the primary teeth of children who suffered from infant malnutrition. *J Dent Res*. (1993) 72:1573–6.

26.-Crespo Mafrán M, Laffita Lobaina Y, Torres Márquez M. y cols, Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones,

27.- McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ta ed. Buenos Aires: Panamericana; 1990:210-47

28.- Oblitas C. Modelos de evaluación de riesgo de caries [investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.

29.- Delgado-Angulo E, Hobdell MH, Bernabe E. Poverty, social exclusion and dental caries of 12-year-old children: a cross-sectional study in Lima, Peru. *BMC Oral Health*. (2009) 7:9–16.

30.- Leong PM, Gussy MG, Barrow SY, de Silva-Sanigorski A, Waters E: A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Pediatric Dent* 2013, 23(4):235–250

- 31.- Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, Hoover CI, Featherstone JD: Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. *J Clin Pediatric Dent* 2002, 26(2):165–173.
- 32.- Wiggen TI, Wang NJ: Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010, 38(1):19–28.
- 33.- Torres C., Factores de riesgo de caries dental, tesis doctoral, Lima-2008, Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 34.- Morante Sánchez, Carol Angela, Evaluación de la concentración de azúcares contenida en las leches evaporadas de mayor consumo dirigidas a niños en el Perú 2017, Lima 2017, Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 35.- Moynihan P, Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake, 2016 American Society for Nutrition. *Adv Nutr* 2016; 7:149–56
- 36.- WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Geneva, Switzerland 2002, World Health Organ Tech Rep Ser 2003;916: I– 1–149
- 37.- WHO. Sugars intake for adults and children. Geneva: WHO; 2015
- 38.- Sheiham A, James WP. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *J Dent Res.* 2015 oct;94(10):1341-7.)
- 39.- Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin periodontol* 2002;29(5):400-410.
- 40.- Finn S. Odontología Pediátrica. 2da ed. Caracas, 2004:117-32
- 41.- Harris N, García-Godoy F, Odontología preventiva primaria. 1ra ed. México: Manual Moderno. 2001:238-53

- 42.- Carranza. Newman. Periodontología Clínica. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 1998. Capítulo 5 "Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal" Pag. 73.
- 43.- Castillo, A.A.-D.; Mattos-Vela, M.A.; Castillo, R.A.-D.; Castillo-Mendoza, C.D. , Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú , tesis de posgrado, Ucayali- Perú 2011, Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 44.- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival; 2007.
- 45.- Holdings LLC. Investigaciones sobre el riesgo cariogénico durante el primer año de vida del bebé. Acta Odontológica Venezolana.2009:16-18OPS. Módulo de Salud Oral. Salud del Niño y Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria
- 46.- Uribe S., Early childhood caries–risk factors. Evid Based Dent 2009,10(2): 37– 38.
- 47.- Legrá Matos SM, Milanés Pérez O, Comas Mirabent R, López Bancourt AC, Carreras Martorell CL. Antecedentes y perspectivas de la Estomatología en Cuba. MEDISAN 2006.
- 48.- Hujuel PP. Cunha Cruz J. Banting DW. Loesche. D. 2006
- 49.- Guía De Práctica Clínica En Salud Oral, Higiene Oral, Bogotá 2010
- 50.- Rodríguez M, Barbería E, Muñoz M and cols. Toma de decisiones preventivas en el paciente infantil en función de su edad. Odont Pediatr 1999; 7(3): 55-9
- 51.- Cuenca E, Manau C, Serra L. Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. 2º ed. Barcelona: Masson; 2004

- 52.- Carretero M A, Esparza GC y cols, Colutorios con alcohol y su relación con el cáncer oral. Análisis crítico de la literatura. Med Oral 2004; 9:116- 23.
- 53.- Ricomini FA, Tenuta LM, Fernandes FS, Calvo AF, Kusano SC, Cury JA. Fluoride concentration in the top-selling Brazilian toothpastes purchased at different regions. Brazilian Dental Journal. 2012; 23(1): 45-48.).
- 54.- Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010.
- 55.- Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Syst Rev 2003; (1)
- 56.- 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.
- 57.- Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. Caries Res 2013;47(5):382-90.
- 58.- Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Källestål C, Lagerlöf F, Lingström P, Mejäre I, Nordenram G, Norlund L, Lars G, Söder B. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. Acta Odontológica. 2003; 61(6): 347-355.
- 59.- Srinivasan M, Schimmel M, Riesen M, Ilgner A, Wicht MJ, Warncke M, Noack MJ. High-fluoride toothpaste: a multicenter randomized controlled trial in adults. Community dentistry and oral epidemiology. 2013; 42: 333-340.
- 60.- American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guidelines and Policies 2015-2016. Policy on the Role of Dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry. [Internet]. 2016.

- 61.- Van Der Stuyft N, Soto A y cols, Traducción del conocimiento: pautas básicas para los profesionales de la salud pública, artículo de revisión, Rev Perú Med Exp Salud Publica 33 (3) Jul-Sep 2016
- 62.- Dho MS y cols. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, revista facultad nacional de salud publica, Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.33 no.3 Medellín Sept/Dec 2015.
- 63.- Paricoto RE, "Influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las Instituciones de Educación Primaria Del Distrito de Caminaca" 2015, tesis maestría, Lima 2015, repositorio universidad cesar vallejo.
- 64.- Benzian H, Holmgren C, Helderman W. Efficacy of fluoride toothpaste over time. Brazilian Dental Journal. 2012; 23(4): 311-314.
- 65.- Farias JF. Estado de salud bucal de niños de 4 -5 años y nivel de 78 conocimientos materno, Concepción2015, Repositorio Universidad Nacional de Barranca.
- 66.- Lafebre MF. Actitudes y conductas de salud bucal de estudiantes de primero a cuarto año de odontología de la universidad de cuenca 2014. 2015.
- 67.- Ríos C. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo ESSALUD, 2014. Universidad Privada Antenor Orrego 2014: 1-52.

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Tipo | Escala De Medición | Valores |
|--------------|---|---|--------------------------------------|-------------|--------------------|-------------------------------------|
| Conocimiento | Ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos) la experiencia y el acceso informativo entre otros. | Conjunto de enunciados sobre el conocimiento de caries dental, erupción dental, alimentación, higiene bucal y tratamiento | Caries dental enunciados 1 y 2 | Cualitativa | Nominal | -Bueno -Regular -Malo |
| | | | Erupción dental enunciados 3 y 4 | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Alimentación enunciados 5 y 6 | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Higiene bucal enunciados 7,8 y 9. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Tratamiento enunciado 10 | Cualitativa | Nominal | |
| Actitudes | Reacciones afectivas hacia un determinado objeto, como una disposición a una acción de acuerdo con las condiciones condicionadas a la expresión y al conocimiento bajo la influencia de las situaciones de vida, de la educación y de la enseñanza. | Conjunto de enunciados sobre caries dental, alimentación, higiene bucal, visita al odontólogo y uso del biberón. | Caries dental enunciado 11. | Cualitativa | Nominal | -Adecuado -Inadecuado |
| | | | Alimentación enunciados 12, 13, 14 | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Higiene bucal enunciados 15,16 y 17. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Visita al odontólogo enunciado 18. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Uso del biberón enunciado 19. | Cualitativa | Nominal | |

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Tipo | Escala De Medición | Valores |
|-----------------|--|--|--|--------------|---------------------------|---|
| Prácticas | Aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida, son resultado de los hábitos y costumbres. Es de nivel más complejo porque implica, conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento. | Conjunto de preguntas sobre transmisión de microorganismos, visita al odontólogo, alimentación, higiene bucal e interés por conocer sobre la salud bucal de su niño. | Transmisión de microorganismos pregunta 20. | Cualitativa | Nominal | -Bueno -Regular -Malo |
| | | | isita al odontólogo pregunta 21. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Alimentación preguntas 22, 23,24 y25. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Higiene bucal preguntas 26 y 27. | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Interés por conocer sobre la salud bucal de su niño pregunta 29. | Cualitativa | Nominal | |
| Placa dental | Índice epidemiológico que nos da aproximadamente un valor de higiene bucal. | Suma del valor obtenido en el componente de residuos blandos y placa calcificada (IHO-S). | Ficha odontológica | Cuantitativa | Razón | -Bueno 0.0- 1.2 - Regular 1.3 - 3 - Malo 3.1 - 6 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|--------------|--------------------|---|
| Experiencia de Caries (índice ceod) | Historia de lesiones de caries de cada diente | Número de dientes temporales que tiene o han tenido lesiones cariosas, obturaciones o extracción dental por caries. | Ficha odontológica | Cuantitativa | Razón | -Muy bajo (0.0 – 1.1) - Bajo (1.2 - 2.6) - Moderado (2.7 – 4.4) - Alto (4.5 – 6.5) - Muy alto (6.6 a más) |
| Sexo del niño | Características biológicas que determina a un ser humano como hombre o mujer | Apariencia externa del desarrollo de los caracteres del niño. | Ficha odontológica | Cualitativa | Dicotómica Nominal | - Masculino -Femenino |
| Edad del niño | Número en años y meses del menor de edad. | Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del examen. | Registro de la edad indicado en encuesta. | Cuantitativa | Razón | - menores de 3 - 3 – 6 años - mayores de 6 años |

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | JUSTIFICACION | VARIABLES E INDICADORES | METODOLOGIA |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?</p> | <p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022</p> <p>Objetivos Específicos</p> | <p>Hipótesis Principal</p> <p>El programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores, es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil, del Centro de salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> | <p>-Relevancia teórica, evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres/cuidadores del distrito de Moho- Puno, nos indicara el grado de conocimiento teórico, actitudes y buenas prácticas que hasta el momento se ha tenido a través del trabajo del personal</p> | <p>V1:</p> <p>COMPETENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Actitud - Practicas <p>V2:</p> <p>ENFERMEDADES ESTOMATOGNATICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de ceo-d - IHO-S | <p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Tipo de estudio: cuasi experimental, aplicada, prospectivo, longitudinal y analítico.</p> <p>Nivel: descriptivo y explicativo.</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la efectividad del programa, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?</p> <p>¿Cuál es la efectividad del programa, en relación a la actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las</p> | <p>Determinar la efectividad del programa, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.</p> <p>Determinar la efectividad del programa, en relación a la actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.</p> | <p>El programa de competencias, en relación al conocimiento sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022</p> <p>El programa de competencias, en relación a la actitud sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022</p> | <p>del centro de salud.</p> <p>-Relevancia social, porque la población estudiada es de recursos económicos bajos y que en base a las conclusiones que se obtengan será posible realizar un verdadero diagnostico situacional en el distrito en lo referente a salud bucal. De esta manera se podrá rediseñar programas de promoción, educación y prevención sobre salud bucal en base a las necesidades de la población, permitiendo mejorar, concientizar sobre la salud bucal a</p> | | <p>POBLACION /MUESTRA:</p> <p>Compuesta por 25 padres/cuidadores y 25 niños</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION</p> <p>-Encuesta</p> <p>-Ficha Odontológica</p> <p>Los datos serán registrados en Excel y SPSS</p> |
|--|--|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|--|
| <p>enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?</p> <p>¿Cuál es la efectividad del programa, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022?</p> | <p>Determinar la efectividad del programa, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022.</p> | <p>El programa de competencias, en relación a las practicas sobre salud bucal de padres/cuidadores es efectivo en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil, del Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022</p> | <p>los padres /cuidadores.</p> | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|--|

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

TITULO:

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL. CENTRO DE SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERÚ 2022”

PROPOSITO

Medir la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil; para poder hacer un diagnóstico y mejorar los puntos débiles del programa, así poder realizarlo más adelante en todo el macrorregión, disminuyendo la frecuencia e incidencia de caries dental de los niños.

PROCEDIMIENTOS

Si aceptas participar en el estudio y firmas este consentimiento, en esta “visita” sucederá lo siguiente: “Se hará una evaluación clínica de la cavidad oral de su menor hijo con todos los implementos de bioseguridad para resguardar la salud del menor de edad, dichas evaluaciones se harán en dos ocasiones, así mismo se realizará en 3 sesiones charlas sobre temas de ámbito dental, durante los cuales se entregarán encuestas para ser respondidos por el padre de familia”

RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES

RIESGOS POTENCIALES

Cualquier riesgo potencial durante las evaluaciones clínicas, se disminuirá realizando dicha actividad en un ambiente amplio y ventilado, utilizando instrumental estéril empaquetado individualmente, así mismo el evaluador utilizará implementos de bioseguridad (EPP).

Así mismo las sesiones educativas se efectuarán en un ambiente abierto (patio), con los asientos debidamente separados entre padres, a los cuales se les pedirá que en todo momento conserven su mascarilla, disminuyendo así cualquier riesgo de contagio.

BENEFICIOS QUE SE ANTICIPAN PARA LOS PARTICIPANTES

Entre los beneficios brindados a los participantes se encuentra: incrementar el conocimiento sobre salud bucal, mejorar los hábitos de higiene, así como informar del riesgo de la dieta cariogénica en los niños; así mismo, con el examen bucal se establecerá la necesidad de tratamiento para cada niño, dando a conocer a sus padres sobre ello.

COMPENSACIÓN POR TU PARTICIPACIÓN

Además de los beneficios que tendrán los participantes, se brindará un incentivo y compensación por su interés en dicho proyecto, por ello en cada reunión se realizará el sorteo de una canasta con productos de higiene bucal y productos alimenticios.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida mediante las encuestas se guardará en una base de datos solo en la computadora del investigador principal, a la cual solo tendrá acceso el investigador, así mismo, la información de cada participante se registrará de forma anónima. Durante la evaluación clínica se tomarán todas las medidas de bioseguridad protegiendo y resguardando la salud tanto del evaluado como del evaluador.

LA ELECCIÓN DE PARTICIPAR

Todos los participantes están en la libre potestad de decidir participar como también no, en dicho proyecto de investigación

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Yesmile Danny Condori Cary

Correo: yesmile.condori@gmail.com

Celular: 957880601

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Al participar en este estudio, no estas renunciando a ninguno de los derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la investigación; puede contactarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPSJB que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación. Allí puede contactarse con el Mg. Antonio Flores, Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 2142500 anexo 147 o al correo ciei@upsjb.edu.pe

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído (o alguien me ha leído) la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He recibido una copia de este consentimiento informado, además de una copia de los Derechos de los Participantes en la Investigación

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ESTUDIO

Por favor, indica marcando y escribiendo tus iniciales abajo si quieres recibir información general. Es tu responsabilidad hacer saber a los investigadores si tu dirección y/o teléfono han sido cambiados. La forma de contactar a los investigadores está bajo el rubro "Contacto con los investigadores."

___ Si quiero recibir información general sobre lo que se averiguó con el estudio.

___ No quiero recibir ninguna información.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

He explicado este estudio al participante y contestado todas sus preguntas. Creo que el/ella comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Yesmile Danny Condori Cary

Nombre del investigador

Firma del investigador/a

Fecha (tiene que ser el mismo día cuando firma el participante)

CONTACTO FUTURO

Nos gustaría invitarte a participar de futuros estudios sobre “Efectividad Del Programa De Competencias En Salud Bucal De Padres/Cuidadores En La Prevención De Las Enfermedades Estomatognáticas En Población Infantil. Centro De Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022”

Si estás de acuerdo en que te contactemos en el futuro, los investigadores de la Universidad Privada San Juan Bautista de Lima mantendrán un registro con tu nombre, número de teléfono y dirección con la finalidad de contactarte en el caso de que hubiera un estudio futuro que podría interesarte y para el cual seas elegible.

Al aceptar ser contactado por un estudio futuro, no estarás obligado a participar en el mismo y puedes solicitar que tu nombre sea retirado de la lista en cualquier momento, sin que tus derechos a recibir cualquier servicio se vean afectados.

Por favor, escribe tus iniciales al lado de “Si” o “No”

SI. Deseo ser contactado para futuros estudios de investigación, aunque

entiendo que este consentimiento no significa que participe en los mismos.

NO. Por favor, no me contacten para futuros estudios de investigación.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES/ CUIDADORES

Mediante el presente documento yo
(Nombre del padre/cuidador) identificado (a) con DNI..... acepto
participar en la investigación realizada por el C. D. Yesmile Danny Condori
Cary, COP 28928.

He sido informado (a) que el objetivo del estudio es: medir la efectividad del
programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la
prevención de las enfermedades estomatognáticas en población infantil del
Centro de Salud Conima- Moho- Puno- Perú 2022

.

Con esta finalidad responderé un cuestionario para dicho estudio. La
información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro
propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma en señal de conformidad:

Firma del participante

Fecha:

ANEXO 4

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

TITULO:

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL. CENTRO DE SALUD CONIMA- MOHO - PUNO- PERÚ 2022”

PROPOSITO

Medir la efectividad del programa de competencias en salud bucal de padres/cuidadores en la prevención de las enfermedades estomatognáticas en la población infantil; para poder hacer un diagnóstico y mejorar los puntos débiles del programa, así poder realizarlo más adelante en todo el macrorregión, disminuyendo la frecuencia e incidencia de caries dental de los niños.

PROCEDIMIENTOS

Si aceptas participar en el estudio y firmas este asentimiento informado, se te podrá revisar la cavidad bucal hasta en dos oportunidades, usando todos los implementos de protección tanto del personal evaluador (EPP) como del personal evaluado (instrumental debidamente esterilizado y empaquetado) en un ambiente adecuado para resguardar su salud.

RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES

RIESGOS POTENCIALES

Cualquier riesgo potencial durante las evaluaciones clínicas, se disminuirá realizando dicha actividad en un ambiente ventilado y adecuado, utilizando implementos limpios y estériles, empaquetados individualmente, así mismo el personal evaluador utilizará implementos de bioseguridad (EPP).

BENEFICIOS QUE SE ANTICIPAN PARA LOS PARTICIPANTES

Entre los beneficios brindados se encuentra establecer la condición bucal de cada participante y medir su riesgo de caries, de esta forma podrá saber la necesidad de

tratamientos que requiere y poder prevenir futuras lesiones de caries.

COMPENSACIÓN POR TU PARTICIPACIÓN

Dentro de la compensación, debido a su apoyo y su asistencia durante las evaluaciones, es que al final se realizara un sorteo de premios, agradeciendo de esta forma su participación en el desarrollo del proyecto.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida de los registros de las historias clínicas (odontograma) se guardará en una base de datos solo en la computadora del investigador principal, a la cual solo tendrá acceso el investigador, así mismo, la información de cada participante se registrará mediante una codificación.

LA ELECCIÓN DE PARTICIPAR

Todos los participantes están en la libre potestad de decidir participar como también no, en dicho proyecto de investigación

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Yesmile Danny Condori Cary

Correo: yesmile.condori@gmail.com

Celular: 957880601

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Al participar en este estudio, no estas renunciando a ninguno de los derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la investigación; puede contactarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPSJB que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación. Allí puede contactarse con el Mg. Antonio Flores, Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 2142500 anexo 147 o al correo ciei@upsjb.edu.pe

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído (o alguien me ha leído) la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He recibido una copia de este asentimiento informado, además de una copia de los Derechos de los Participantes en la Investigación

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ESTUDIO

Por favor, indica marcando y escribiendo tus iniciales abajo si quieres recibir información general. Es tu responsabilidad hacer saber a los investigadores si tu dirección y/o teléfono han sido cambiados. La forma de contactar a los investigadores está bajo el rubro "Contacto con los investigadores."

Si quiero recibir información general sobre lo que se averiguó con el estudio.

No quiero recibir ninguna información.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

He explicado este estudio al participante y contestado todas sus preguntas. Creo que el/ella comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Yesmile Danny Condori Cary

Nombre del investigador

Firma del investigador/a

Fecha (tiene que ser el mismo día cuando firma el participante)

CONTACTO FUTURO

Nos gustaría invitarte a participar de futuros estudios sobre “Efectividad Del Programa De Competencias En Salud Bucal De Padres/Cuidadores En La Prevención De Las Enfermedades Estomatognáticas En Población Infantil. Centro De Salud Conima- Moho - Puno- Perú 2022”

Si estás de acuerdo en que te contactemos en el futuro, los investigadores de la Universidad Privada San Juan Bautista de Lima mantendrán un registro con tu nombre, número de teléfono y dirección con la finalidad de contactarte en el caso de que hubiera un estudio futuro que podría interesarte y para el cual seas elegible.

Al aceptar ser contactado por un estudio futuro, no estarás obligado a participar en el mismo y puedes solicitar que tu nombre sea retirado de la lista en cualquier momento, sin que tus derechos a recibir cualquier servicio se vean afectados.

Por favor, escribe tus iniciales al lado de “Si” o “No”

SI. Deseo ser contactado para futuros estudios de investigación, aunque

entiendo que este consentimiento no significa que participe en los mismos.

NO. Por favor, no me contacten para futuros estudios de investigación.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 5

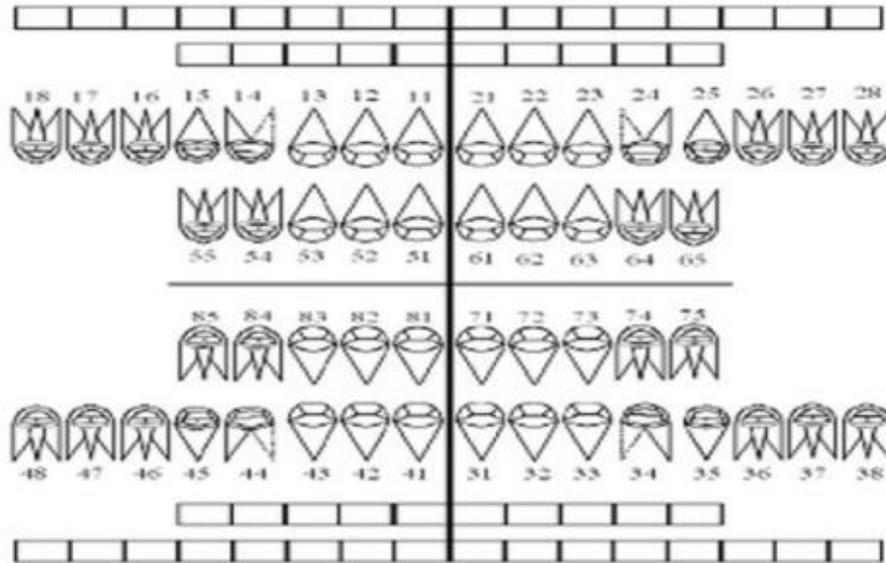
PROGRAMA DE COMPETENCIAS EN SALUD BUCAL DE PADRES/CUIDADORES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESTOMATOGNÁTICAS EN POBLACIÓN INFANTIL.

| Sesión | | Actividad |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| 1ra Sesión | Motivación | - Sorteo de una canasta de productos básicos alimenticios e implementos de higiene bucal |
| | Evaluación Inicial | - Se realizará el odontograma e índice de IHO-S a los niños. - Cuestionario de CAP en salud bucal a los padres/cuidadores. |
| | Tema de la sesión educativa | - Anatomía dentaria, cavidad bucal - Caries dental |
| | Actividad | - Exposición del tema. - Al término de la sesión los padres cepillaran los dientes de sus hijos (pasta y cepillo) |
| 2da Sesión | Motivación | - - Sorteo de una canasta de productos básicos alimenticios e implementos de higiene bucal |
| | Tema de la sesión educativa | - Dieta /azúcar - Gingivitis |
| | Actividad | - Exposición del tema. - Al término de la sesión los padres usaran el hilo dental en sus hijos |
| 3ra Sesión | Motivación | - Sorteo de una canasta de productos básicos alimenticios e implementos de higiene bucal |
| | Tema de la sesión educativa | - Maloclusiones (hábitos nocivos) - Elementos y técnicas de higiene bucal |
| | Actividad | - Exposición del tema - Al término de la sesión los padres emplearan todos los elementos de higiene bucal que tengan en casa en sus menores hijos. |
| | Evaluación final | - Se realizará el odontograma e índice de IHO-S a los niños. - Cuestionario de CAP en salud bucal a los padres /cuidadores |

ANEXO 6

FICHA ODONTOLÓGICA

Fecha : _____
 Nombre: _____ Edad: _____



OBSERVACIONES:.....

ESPECIFICACIONES:.....

INDICE ceo - d:..... INDICE ceo - s:.....

INDICE CPO-D:..... INDICE CPO-S:.....

| | | | | |
|--|--|--|-----|-------|
| | | | IPB | IHO-S |
| | | | IPC | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|----|----|
| RMD | RCD | RCI | RMI | OB | OJ |
| | | | | | |

| | |
|--------------|-------|
| MALOCCLUSION | CLASE |
|--------------|-------|

ANEXO 7
ENCUESTA

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Teléfono celular:

Nombre de su hijo:

Fecha de nacimiento de su hijo:

Padre /cuidador: Mamá () Papá () Otro:

Lea detenidamente las proposiciones que a continuación se presentan y marque con un aspa la alternativa que mejor exprese su punto de vista.

| ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL | Muy de acuerdo | No se | Muy en desacuerdo |
|---|-----------------------|--------------|--------------------------|
| 1) Pienso que la caries se trasmite por usar los mismos utensilios para comer. | | | |
| 2) Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé. | | | |
| 3) Considero que alimentar al bebé por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries | | | |
| 4) Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries | | | |
| 5) Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados. | | | |
| 6) Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por sí mismo. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 7) Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño. | | | |
| 8) Considero importante que el niño visite al dentista antes de los dos años. | | | |
| 9) Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes. | | | |

| CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL | Verdadero | Falso | No Se |
|--|------------------|--------------|--------------|
| 10) La caries es una enfermedad infectocontagiosa del diente | | | |
| 11) La caries puede aparecer en niños menos de 2 años. | | | |
| 12) El primer diente en la boca del bebé puede aparecer a partir de los 5 meses. | | | |
| 13) Los 20 dientes de leche están completos en la boca a la edad de 2 años. | | | |
| 14) El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar. | | | |
| 15) El cambio de biberón a taza debería iniciarse a partir de los 15 meses. | | | |
| 16) La higiene oral del bebé después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente. | | | |
| 17) Cepillar los dientes del bebé es importante para su salud bucal. | | | |
| 18) Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir las caries. | | | |
| 19) Es necesario curar o restaurar las caries en los dientes de leche. | | | |

| PRACTICAS SOBRE SALUD ORAL | Siempre | Frecuente- mente | A Veces | Nunca |
|---|----------------|-----------------------------|--------------------|--------------|
| 20) ¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño? | | | | |
| 21) ¿Con que frecuencia realiza un examen oral al niño? | | | | |
| 22) ¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño? | | | | |
| 23) ¿Qué tan seguido le da líquidos o jugos dulces al niño? | | | | |
| 24) ¿Qué tan seguido le da agua pura al niño después de las comidas? | | | | |
| 25) ¿Empieza a darle al niño alimentos semi sólidos antes de los 6 meses? | | | | |
| 26) ¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en el niño? | | | | |
| 27) ¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes del niño es del tamaño de una arveja? | | | | |
| 28) ¿usa el biberón con algún líquido dulce para el bebé? | | | | |
| 29) ¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud bucal? | | | | |