

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE
LOS ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO,**

LIMA – 2017.

TESIS

PRESENTADA POR:

CARMEN ROCIO BAUTISTA LAYME

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**

**ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS
ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA – 2017.**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. CARMEN ROCIO BAUTISTA LAYME

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

Sustentada el: 01 de junio del 2018



APROBADA POR EL JURADO DICTAMINADOR:

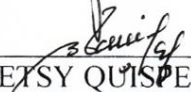
PRESIDENTE:


Dr. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

PRIMER MIEMBRO:


CD. GUSTAVO ADOLFO VARGAS VARGAS

SEGUNDO MIEMBRO:


Mg. BETSY QUISPE QUISPE

DIRECTOR / ASESOR:


Mg. SONIA CAROLL MACEDO VALDIVIA

Área : CIENCIAS DE LA SALUD

**Tema : SALUD PÚBLICA, EDUCACIÓN EN SALUD, GESTIÓN Y SERVICIO
EN ODONTOLOGIA.**

Fecha de sustentada: 01 de junio del 2018

DEDICATORIA.

A Dios Todopoderoso, por darme la vida, salud, inteligencia y fortaleza para encaminarme por la vida.

A mis padres Félix y Geronima por su paciencia, su esfuerzo y el apoyo moral incondicional que me brindan cada día, enseñándome que hay que luchar con esfuerzo y dedicación para lograr nuestras metas.

A mi Abuelo Félix, que siempre me motivo y fue más que una figura paternal un gran amigo, que aunque ya no me acompaña físicamente, desde el cielo recibo su bendición.

AGRADECIMIENTO

A mi prestigiosa Universidad Nacional del Altiplano por haberme acogido en su seno y formarme como profesional en cada uno de sus ambientes.

A mis queridos docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Odontología quienes me inculcaron conocimientos y consejos para mi formación profesional y personal.

A la Mg. Sonia Caroll Macedo Valdivia mi Directora/ asesora de tesis, por su apoyo incondicional, por su disposición paciente y amena en la orientación y elaboración del informe de investigación.

A la Congregación Salesiana y al Padre Ryszard Lach SDB Director de la Casa de Acogida Don Bosco, Breña – Lima, por su gran acogida y por haberme permitido realizar mi investigación en la institución que él dirige.

A los chicos de la Casa de Acogida Don Bosco, por su gran disposición y por enseñarme que es posible tener una vida mejor y diferente si nos esforzamos y luchamos por ello.

A mis hermanos Alida, Pilar, Flor, Blanca, Milagros, Ronny, Vanessa, Gaby y Fernando por su apoyo moral y espiritual en cada día de mi vida.

Al Padre Miguel Briggs, por su gran apoyo espiritual y más que eso por su gran amistad.

A mis compañeros y amigos que con su complicidad, cariño, alegría y gran apoyo colorean mi vida.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPITULO I	13
INTRODUCCION	13
CAPITULO II	15
REVISION DE LA LITERATURA	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	15
2.2 MARCO TEORICO	18
2.2.1 SALUD BUCAL	18
2.2.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)	25
2.2.3 EDUCACION EN SALUD	26
2.2.4 EDUCACION EN SALUD ORAL	27
2.2.5 LA LUDICA	27
2.2.6 IMPORTANCIA DE LA LUDICA	28
2.2.7 ESTRATEGIA LUDICA	29
2.2.8 LA LUDICA COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA	29
2.3 HIPOTESIS	30
2.4 OBJETIVOS	30
CAPITULO III	31
MATERIALES Y METODOS	31
3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	31
3.2 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.3 POBLACION Y MUESTRA	32
3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	34
3.6 CONSIDERACIONES ETICAS	36
3.7 ANALISIS ESTADISTICOS	36
3.8 CARACTERISTICAS DEL AMBITO DE INVESTIGACION	38
CAPITULO IV	40
RESULTADOS Y DISCUSION	40
4.1 RESULTADOS	40
4.2 DISCUSION	50



CAPITULO V	52
CONCLUSIONES	52
CAPITULO VI	53
RECOMENDACIONES	53
CAPITULO VII	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	57

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA - 2017	40
FIGURA 2 ESTADO DE SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA- 2017	43
FIGURA 3 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA - 2017.....	44
FIGURA 4 EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017	47
FIGURA 5 CORRELACIÓN ENTRE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA LÚDICA CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y EN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA – 2017	40
TABLA 2 ESTADO DE SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA- 2017	42
TABLA 3 EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA – 2017	44
TABLA 4 EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA - 2017.....	46
TABLA 5 CORRELACIÓN ENTRE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA LÚDICA CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y EN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ BASICA DE DATOS	57
ANEXO 2 CUESTIONARIO	59
ANEXO 3 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	62
ANEXO 4 ASENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO 5 SOLICITUD	64
ANEXO 6 OFICIO PARA LA EJECUCION.....	65
ANEXO 7 CONSTANCIA DE EJECUCION.....	66
ANEXO 8 FOTOGRAFIAS	67

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- 1.- **O.M.S.:** organización mundial de la salud
- 2.- **O.P.S.:** organización panamericana de la salud
- 3.- **I.H.O.S:** índice de higiene oral simplificado
- 4.- **C.A.D.B:** casa de acogida Don Bosco

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la eficacia de las estrategias lúdicas sobre la condición de higiene bucal en los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco (CADB) Lima 2017. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio aplicativo de tipo cuasi experimental, longitudinal y prospectivo. La muestra fue seleccionada por conveniencia conformada por 46 adolescentes varones de 14 a 18 años de edad, se usaron talleres pedagógicos y grupos focales, se utilizó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos en higiene bucal, se determinó clínicamente el Índice de Higiene Oral de los adolescentes antes y después de las estrategias lúdicas; el análisis estadístico que se utilizó fue descriptivo e inferencial, mediante las pruebas Ji cuadrado y T de Student. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre higiene bucal antes de la intervención lúdica fue bajo en 73.91%, mientras que después de la intervención en nivel alto fue el 100% de adolescentes, encontrando diferencia significativa entre y el antes y el después ($p=0.001$). El IHOS antes de la intervención fue malo en 93.48%, después de la intervención 67.39% óptimo, el índice de higiene oral mejoró significativamente como efecto de la intervención ($p=0.001$). La eficacia de las estrategias lúdicas en el nivel de conocimiento, indica que antes era en promedio 4.83 puntos (bajo), después fue 13.43 puntos (alto), en el índice de higiene oral, indica que antes era en promedio 2.50 puntos (malo), después se obtuvo una media de 0.99 puntos (óptimo), evidenciando la eficacia de la estrategia lúdica en la mejora del nivel de conocimiento y en el índice de higiene oral. Se halló correlación negativa entre las variables, el coeficiente fue $r=-0.918$ estadísticamente significativo ($p<0.05$). **Conclusiones:** Las sesiones lúdicas incrementaron el nivel de conocimiento y disminuyó el valor del índice de higiene oral, por lo tanto las estrategias lúdicas son eficaces para mejorar la higiene bucal de los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco, Lima en el 2017.

Palabras Clave: Estrategia lúdica, higiene bucal, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research was to evaluate the efficacy of play strategies on the oral hygiene condition of adolescents at the Don Bosco Shelter (CADB) Lima 2017. **Materials and methods:** An application study of the quasi-experimental type was carried out, longitudinal and prospective. The sample was selected for convenience conformed by 46 male adolescents from 14 to 18 years of age, pedagogical workshops and focus groups were used, a questionnaire was used to evaluate the level of knowledge in oral hygiene, the Hygiene Index of the children was clinically determined. adolescents before and after play strategies; The statistical analysis that was used was descriptive and inferential, using the Chi-square and Student's T tests. **Results:** The level of knowledge about oral hygiene before the play intervention was low in 73.91%, while after the intervention in high level it was 100% of adolescents, finding significant difference between and before and after ($p = 0.001$). The IHOS before the intervention was bad at 93.48%, after the intervention 67.39% optimal, the oral hygiene index improved significantly as an effect of the intervention ($p = 0.001$). The effectiveness of the playful strategies in the level of knowledge, indicates that before it was on average 4.83 points (low), then it was 13.43 points (high), in the oral hygiene index, it indicates that before it was on average 2.50 points (bad), then an average of 0.99 points (optimum) was obtained, evidencing the effectiveness of the playful strategy in improving the level of knowledge and the oral hygiene index. We found a negative correlation between the variables, the coefficient was $r = -0.918$ statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusions:** The play sessions increased the level of knowledge and decreased the value of the oral hygiene index, therefore the play strategies are effective to improve the oral hygiene of the adolescents of the Don Bosco Shelter, Lima in 2017.

Key Words: Playful strategy, oral hygiene, adolescents.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La falta de cuidados en la salud bucal sigue siendo parte de los problemas de salud más preocupantes a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Existen poblaciones vulnerables, adolescentes en situación de riesgo social, con problemas de drogas, alcoholismo, vandalismo, abandono familiar, víctimas de violación, problemas que a largo de su vida los ha limitado en el uso de sus recursos, los ha limitado cognitivamente y han sido más distanciados de un adecuado cuidado en su higiene bucal, donde los problema de salud bucal no disminuyen sino que aumentan, derivado de una escaso cuidado bucal ya sea por falta de recursos o la falta de medidas preventivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta cada vez con mayor frecuencia a las comunidades más pobres. El Perú es uno los países de América Latina que aun atraviesa alarmantes cifras en enfermedades bucales, los que se encuentran más concentrados en etapas muy tempranas de la vida. La ciudad de Lima, siendo la capital del Perú y un lugar que alberga habitantes de diversidad cultural de todo nuestro país, acarrea también estos problemas, casi tanto como aquellas ubicadas en las alturas del Perú o en los pueblos más marginados de la selva. (1)

Para evitar que los problemas de salud se agraven, es muy importante realizar proyectos preventivo-promocionales lúdicos que contribuyan a mejorarla. Éstas deben ser ejecutadas primordialmente en lugares con mayor concentración de pobreza, en escenarios de dominio público y privado como las aldeas infantiles, albergues, casas hogares, casas de acogida, que son poblaciones que están siendo olvidadas, donde el objetivo de la filosofía preventiva lúdica debe favorecer en los educandos la autoconfianza, la autonomía y la formación de la personalidad, convirtiéndose así en una de las actividades recreativas y educativas primordiales, generando concientización de la población, para la atención precoz y manutención de la salud bucal, teniendo buenos hábitos de higiene bucal e incentivándolos a practicarlos de manera cotidiana, garantizando la salud en general presente y futura. (2)

Para lograr dicho propósito, nos encontramos ante la necesidad de recurrir a estrategias innovadoras, que generen mayor motivación en nuestros adolescentes. Considerando el interés y gusto que se despierta en ellos, encontramos en las estrategias lúdicas un medio atractivo para aprender divirtiéndose, que combinen los procesos de aprendizaje con participación, colectividad, entretenimiento, creatividad, goce, competición, que los conduzca a la reflexión y análisis de la realidad de su salud bucal, al cuidado de la higiene bucal ya que la lúdica está adherida al desarrollo del ser humano, es decir está ligada a cada etapa de la vida escolar. (3)

Guezzi L. (2015). Realizó un estudio el cual fue evaluar la eficacia del programa educativo lúdico “Aprendiendo a cuidar tu boca” en escolares de la IE Miguel Grau de la Ciudad de Lima-Perú. Respecto los conocimientos sobre higiene bucal sus resultados mostraron que se halló diferencia significativa, encontrándose un mayor nivel de conocimientos en el grupo en el que se aplicó el programa educativo lúdico. (8)

El presente estudio busca evaluar la eficacia de las estrategias lúdicas para mejorar la salud bucal de los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco, que esta sea reflejada en su nivel de conocimiento sobre salud bucal y sobretodo en su higiene oral, ya que ellos en su situación de riesgo social han sido descuidados por parte de organizaciones de salud, buscamos llegar a ellos a través de su mismo desenvolvimiento, teniendo en cuenta su cierta limitación cognitiva producto de los problemas que atravesaron y de esa manera motivarlos a que en la formación de su nueva vida también tengan en gran consideración el cuidado de su salud en general y más aún el cuidado de su salud bucal.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sánchez M, (2015) Pereira - Colombia. El objetivo de su investigación fue formular e implementar estrategias lúdicas para aumentar el nivel de conocimiento sobre gingivitis asociada a la placa dental y su prevención en un grupo de adolescentes de la institución educativa Alfonso Jaramillo Gutiérrez de la ciudad de Pereira. La investigación parte de la premisa de que las metodologías tradicionales de enseñanza han sido poco efectivas y se considera que las estrategias lúdicas fortalecen la participación activa de la comunidad sujeto de intervención. Se adoptó un enfoque cualitativo, postura metodológica de carácter dialógico donde las creencias, mitos, prejuicios y sentimientos son aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento. El método de investigación fue la investigación acción y se usaron los talleres pedagógicos y grupos focales como técnicas de investigación. Sus resultados evidenciaron que el nivel de conocimiento inicial de los adolescentes era bajo, la mayoría de ellos desconocían la gingivitis asociada a la placa dental y con las estrategias lúdicas realizadas se aumentó el conocimiento, concluyeron demostrando que se obtuvo un aprendizaje significativo y la participación activa de los adolescentes.(4)

Zaragoza E. (2015) Guadalajara - México. El objetivo de su estudio fue implementar la «lúdica» como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la asignatura de Química II, del Bachillerato General por Competencias que opera en la Escuela Preparatoria Regional de Atotonilco de la Universidad de Guadalajara. Se realizó una actividad integradora para el contenido temático de «grupos funcionales» de química orgánica que incluyan dicha estrategia didáctica. Posteriormente se aplicó la evaluación de los contenidos temáticos que corresponden, mediante la resolución de un examen semejante a los 2 ciclos escolares anteriores (2013-B y 2014-A). Por último se lleva a cabo un análisis de varianza al 95% de confianza para comparar los promedios obtenidos por los estudiantes de los ciclos escolares mencionados y el 2014-B. Sus resultados mostraron que se logra aumentar en 12.08 puntos el promedio respecto al ciclo escolar 2013-B y 22.03 respecto al 2014-A.

Concluyeron en que la lúdica como herramienta didáctica puede facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje en esta ciencia. (5)

Matos D. (2017) Yaracuy - Venezuela. El objetivo de su estudio fue modificar sus conocimientos sobre salud bucal. Se realizó una intervención educativa en 50 estudiantes del liceo “Fernando Ramírez”, Estado Yaracuy, Venezuela, seleccionados por muestreo aleatorio simple de septiembre de 2014 a febrero de 2015. Se efectuó un examen bucal y se aplicó un cuestionario, antes y después de presentar el programa de actividades educativas. Se analizó el nivel de conocimientos sobre hábitos nocivos, higiene bucal, dieta y control, y enfermedades bucales. Sus resultados mostraron que logró la motivación y la adquisición de los conocimientos básicos sobre los aspectos abordados. Se obtuvo que la mayoría de los adolescentes desconocían información necesaria acerca de la higiene bucal y la dieta cariogénica. Concluyeron en que la actividad educativa desarrollada fue oportuna y efectiva, aportó excelentes resultados en la transformación de los conocimientos sobre salud bucal. (6)

ANTECEDENTES NACIONALES

González R. (2013) Lima - Perú. El objetivo de su estudio fue comparar la influencia de dos programas educativos en la salud bucal de preescolares de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Niño Jesús de Praga, del distrito de San Luis en el año 2010. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, realizado en 224 preescolares y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: grupo A: intervenidos con el programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y pos intervención con el IHOS, el nivel de conocimiento en salud bucal pre y pos intervención con una encuesta estructurada de ocho preguntas, considerando los valores: bueno (6-8), regular (3-5) y malo (0-2). En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario de quince preguntas que consideró los valores: bueno (11-15), regular (5-10) y malo (0-4). Ambos instrumentos fueron previamente validados. Sus resultados mostraron que los valores promedio comparando los programas “Sonrisa feliz” y “Tradicional expositivo”, respectivamente, fueron: en los

preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05. Concluyeron en que el programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ($p < 0,05$), tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños. (7)

Guezzi L. (2015) Lima – Perú. El objetivo de su estudio fue evaluar la eficacia del programa educativo lúdico “Aprendiendo a cuidar tu boca” en escolares de la IE Miguel Grau de la Ciudad de Lima-Perú. Se realizó un estudio descriptivo. Se empleó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos de 60 escolares de dos secciones de tercer grado de primaria de la I. E. Miguel Grau, con respecto a la salud bucal. Después de la evaluación, a un grupo de 30 escolares se les brindó una charla de salud bucal y al otro grupo se le proporcionó CD con un programa con los juegos diseñados para este fin. Posteriormente, se volvió a aplicar el cuestionario. Sus resultados mostraron que no se halló diferencia significativa en el nivel de conocimientos en la primera encuesta en ambos grupos, sin embargo, en la segunda encuesta se halló diferencia significativa, encontrándose un mayor nivel de conocimientos en el grupo en el que se aplicó el programa educativo. Concluyeron en que el programa educativo lúdico es más eficaz que la charla educativa. (8)

Aguirre J. (2015) Lima – Perú. El objetivo de su estudio fue diseñar, implementar y evaluar la aplicación de juegos colectivos adaptados a pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down, como estrategia de intervención educativa en la Salud Bucal. Se realizó un estudio comparativo, observacional, longitudinal y prospectivo; la muestra estuvo conformada por 50 pacientes de 6 a 32 años del “Instituto De Rehabilitación Infantil y Educación Especial Milagroso Niño De Jesús” ubicado en la ciudad de Lima. Se diseñaron cuatro juegos colectivos con componente didáctico de acuerdo con el diagnóstico psico-pedagógico, los aportes de los docentes y la prueba piloto previa a la ejecución del estudio. Se implementaron y ejecutaron los juegos en el ámbito escolar en un consultorio de la parte médica, sin interrumpir las actividades diarias; asistieron por grupos de acuerdo a edad y aula, donde se explicó en forma dinámica los juegos e importancia de cada uno. Sus resultados mostraron una diferencia significativa entre las medias del Índice de Higiene Oral antes y después de la intervención educativa ($p < 0,05$).

Concluyeron en que la estrategia de intervención educativa disminuye considerablemente el índice de higiene oral en pacientes con síndrome de Down. (9)

ANTECEDENTES LOCALES

Rojas L. (2017) Puno – Perú. El objetivo de su estudio fue determinar la efectividad del Programa Educativo “Lindas Sonrisas” sobre la condición de Salud Bucal en niños de 6 a 7 años de edad del I.E.P. Glorioso - 1121 – Juliaca. Se realizó un estudio de tipo observacional, longitudinal y prospectivo, de nivel explicativo buscó la relación de causa y efecto, el Programa Educativo se aplicó en tres meses con la participación de 130 niños. En la primera sesión se evaluó el conocimiento en Salud Bucal, el Índice de Higiene Oral, se realizaron capacitaciones mediante un programa educativo y didáctico utilizando diapositivas y videos, se obsequiaron 130 kits de cepillado, en la segunda sesión se realizó un reforzamiento y una actividad teatral educativa; se finalizó con una tercera sesión en la que se volvieron a medir los conocimientos (cuestionario) y el Índice de Higiene Oral (Ficha de I.H.O. Simplificado de Green y Vermillon). Sus resultados mostraron que antes de aplicar el Programa Educativo “Lindas Sonrisas” con predominio el 93.1% de los niños tenían un conocimiento malo sobre la utilidad de los dientes, así mismo el 96.9% en la cantidad de pasta dental a utilizar; después de la aplicación del programa educativo, el 100% de niños obtuvieron conocimiento bueno en la cantidad de pasta a utilizar, 99.2% en el número de veces del cepillado, 88.5% en la utilidad de los dientes y el 62.3% en los materiales a utilizar en el cepillado. El I.H.O. de los niños antes del programa educativo fue regular en el 66.9%, en el post test el 81.4% presenta un I.H.O. óptimo. (10)

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 SALUD BUCAL

La salud bucal según la OMS se define como la ausencia de enfermedades y trastornos que puedan afectar a la boca, cavidad bucal y dientes. La Salud Bucal es importante para tener una calidad de vida óptima. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. (1)

La boca es la puerta del aparato digestivo, la lengua, los dientes y las glándulas salivales reciben a los alimentos y comienzan a fragmentar y preparar para la digestión. Los dientes y la lengua también son responsables de conformar al rostro, además que ayudan en la fonación. Aunque el material más duro del cuerpo humano es el que recubre externamente los dientes, este material es susceptible de ser erosionado por las sustancias ácidas que se crean cuando las bacterias de nuestra boca consumen los azúcares de los alimentos, dando lugar a las caries, pero esto se puede evitar si llevamos una adecuada higiene bucodental. (11)

A.- HABITOS SALUDABLES

Los hábitos saludables son los comportamientos y conductas que se asumen como propias y que inciden en forma práctica en nuestro bienestar físico, mental y social. (12)

- HIGIENE BUCAL

Una buena higiene bucal permite que la cavidad bucal sea más saludable, disminuye considerablemente la incidencia de caries sobre un individuo. Por lo tanto la higiene que no se lleve a cabo de manera adecuada, propicia la formación de la caries. La buena higiene oral es esencial y recomendada por partes de los profesionales odontólogos la higiene bucal debe realizarse desde en el momento en que sale el primer diente. Los dientes sanos no solo dan buen aspecto, sino que permiten hablar y comer apropiadamente por ello la buena salud bucal es importante para el bienestar general. (12)

B. CEPILLADO DE DIENTES

Es el método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir los problemas de caries dentales o encías.

C. CEPILLO DENTAL

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental, permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos: Eliminar y evitar la formación de placa, estimular los tejidos gingivales, Aportar fluoruro al medio bucal por medio de la pasta dental. (13)

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos y se unen al mango por medio del talón. Las cerdas son de nailon, miden 10 a 12 mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferentes grados de redondez, aunque se expande con el uso.

Según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro. (13)

D. TÉCNICAS DE CEPILLADO

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.

- TÉCNICA DE BASS

El cepillo se coloca a 45° respecto del eje mayor del diente, las cerdas se presionan ligeramente sobre la encía y en la zona interproximal (la zona que está entre medio de los dientes). El cepillo se mueve en forma horizontal de izquierda a derecha, en la zona de los dientes anteriores, o de atrás hacia delante en la zona de los molares, durante 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar, para desorganizar la placa bacteriana. Esto se repite en las caras internas de todos los dientes posteriores. El mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras internas de incisivos y caninos superiores e inferiores, el cepillo se sostiene verticalmente, y las cerdas del mismo se insertan en el espacio entre de los dientes. En este caso los movimientos vibratorios se hacen de arriba hacia abajo, en el maxilar superior, y de abajo hacia arriba en el maxilar inferior. (13)

- TÉCNICA HORIZONTAL

Las cerdas del cepillo se colocan a 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Esta técnica se recomienda para niños pequeños o con dificultades motrices. (13)

- TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA

Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes sobre la zona de la encía, en una posición similar al método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa en forma horizontal con un movimiento gradual hacia la zona oclusal (es decir el borde de los dientes anteriores o la zona de masticación de los posteriores). Es decir que se hace un barrido desde la encía hacia el diente. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival. (13)

E.- FRECUENCIA DE CEPILLADO

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida. Se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. Es necesario incidir en niños, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición. (13)

F.- LIMPIEZA DEL CEPILLO DENTAL Y ALMACENAMIENTO

Después de su uso, los cepillos dentales se deben enjuagar en agua corriente del grifo y en lo posible, guardar en posición vertical con la cabeza hacia arriba para permitir el secado al aire.

Deben estar separados y no tocarse unos con otros, cerca de la luz natural. Se debe permitir la ventilación. No se recomienda el uso de tapa plástica individual ya que hay crecimiento de gérmenes oportunistas en la cabeza del cepillo. (13)

G.- RECAMBIO DE CEPILLOS DENTALES

El cepillo dental sufre desgaste por su uso, por ello es recomendable cambiarlo cuando las cerdas estén gastadas o dobladas. Para cepillos que se utilicen más de una vez al día es recomendado el cambio cada 3 meses.

H.- PASTA DENTAL

La pasta dental es una especie de crema o gel que se emplea para la limpieza de los dientes. Dentro de una misma marca es posible encontrar tipos muy diversos de pastas dentales que pueden diferir de manera sustancial dependiendo de sus componentes. Se pueden identificar en las etiquetas los ingredientes presentes en el producto. (13)

- SELECCIÓN DE PASTA DENTAL

La pasta debe ser de uso infantil, es decir no inferior a 400ppm. Ni superior a 500ppm de flúor, que debe estar claramente explícito en el envase, además debe tener la fecha de vencimiento de la pasta.

- CANTIDAD Y DISPENSACIÓN DE PASTA DENTAL A UTILIZAR

Para dispensar la pasta de dientes, el cepillo debe estar limpio y seco. Se recomienda que el adulto responsable aplique, como máximo, el equivalente al tamaño de una arveja en

los filamentos del cepillo de dientes, también se incentiva en los niños y niñas que no puedan eliminar bien los restos de pasta dental el uso en barro de esta, disminuyendo la cantidad de pasta usada en el cepillado de los niños. (13)

I.- HILO DENTAL

Es un método auxiliar de higiene bucal que posee las siguientes características

- La longitud de hilo a emplear: entre 40 y 60 cm.
- Posición del hilo: enroscado en el dedo mayor de una mano y una parte menor en el mismo de la otra mano, dejando 2 cm de hilo entre ellos.
- Ubicación entre los dientes: para ubicarlo se desliza el hilo con movimientos vestibulo-linguales o vestibulo-palatinos.
- Movimiento del hilo: manteniendo el hilo contra la superficie de cada cara proximal se lo desliza hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo, y se abraza la cara proximal de cada diente cuyo espacio se está limpiando para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.
- Desarrollo de la técnica: el hilo debe ser corrido después de pasarlo por cada espacio proximal, para limpiar cada espacio con hilo limpio. (14)

J.- TIPO ALIMENTACIÓN

Los factores principales por considerar para determinar las propiedades cariogénicas, cariostáticas y anticariogénicas de la dieta son: Forma del alimento, bien sea sólido, líquido o pegajoso, Frecuencia en la ingesta de golpes de azúcares y Otros carbohidratos fermentables, composición de los nutrientes, el potencial de saliva estimulada, la secuencia en la ingesta de las comidas y la combinación de los alimentos (15)

El potencial cariógeno de los carbohidratos es variable y depende, entre otros factores, de la concentración del azúcar en el alimento, de la consistencia del alimento y de la frecuencia de su ingestión. Se ha realizado varios intentos para determinar el potencial cariógeno de los alimentos. Sin embargo, esta tarea es muy complicada debido a una serie de dificultades técnicas y éticas implicadas en la investigación de esta característica. (15)

Factores que establecen la cariogenicidad del alimento:

a) MOMENTO DE LA INGESTA

Los alimentos azucarados son más peligrosos si son consumidos entre comidas, que durante ellas. Esto tiene que ver con los mecanismos de defensas naturales de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas, y tienden a eliminar los restos de alimentos que quedan en ella y a neutralizar los ácidos que puedan haberse formado. Por esta razón, el peor momento para ingerir un alimento cariogénico es inmediatamente antes de ir acostarse, porque la boca se halla casi en reposo completa durante el sueño, careciendo de los citados mecanismos. (16)

b) FRECUENCIA DE CONSUMO - ALIMENTOS CARIOGÉNICOS

Cuanto más frecuente sean estas, más cariogénicos se vuelven.

Por estas razones, un comité de expertos, en Inglaterra, elaboró una clasificación de los azúcares con la finalidad de facilitar la orientación sobre su consumo a los pacientes y a la población en general. (16)

K. ALIMENTOS CARIOGÉNICOS

A pesar de que no existen métodos que muestren con exactitud la cariogenicidad de los alimentos, se pueden agrupar en alimentos de mayor riesgo, riesgo medio y menor riesgo. El PH que se produce en la cavidad bucodental transcurridos unos minutos después de la ingesta del alimento, determinan su peligrosidad. A continuación:

- Alto riesgo: cereales azucarados, pan dulce, tartas, Galletas, Chocolate con leche, Patatas fritas, Frutos secos dulces.
- Riesgo moderado: Peras, Manzanas, Melocotones, Zumo de naranja o uva, Refrescos o bebidas dulces
- Bajo riesgo: Carne, Pescado, Jamón, Queso, Frutos secos en general, Verduras, Hortalizas, Huevos. (16)

L.- ENFERMEDADES BUCALES

Proceso que afecta a los dientes, tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.

- CARIES

La caries dental ha sido definida, tradicionalmente como una enfermedad multifactorial. Enfermedad localizada sobre las superficies duras del diente, de naturaleza infecciosa,

caracterizada por la pérdida de minerales causada por la acción intermitente de ácidos orgánicos resultantes del metabolismo bacteriano de los carbohidratos de la dieta. (17)

- LA CARIES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Es toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicando con espejo y sonda fina.

El desarrollo de la caries dental depende de cuatro factores primarios o básicos:

- a) Factor microbiano: presencia de bacterias
- b) Factor del hospedador: anatomía y posición del diente, saliva, inmunidad y genética.
- c) Factor de la dieta: carbohidratos, frecuencia y consumo; y un factor adicional:
- d) Factor tiempo, proporcionado por Newbrun en 1978, como requerimiento para producir caries. (17)

- GINGIVITIS

Condición reversible de los tejidos blandos gingivales, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color, tamaño y consistencia. El proceso inflamatorio es debido a la progresiva aparición de gérmenes anaerobios estrictos, como demuestra el cultivo de bacterias en las localizaciones que presentan una gingivitis establecida, frente a bacilos aerobios y anaerobios facultativos propios del estado de salud gingival. Inflamación limitada a la encía que rodea al diente en la que no hay migración apical del epitelio de inserción. (18)

-SINTOMAS DE LA GINGIVITIS

- Inflamación y enrojecimiento de las encías.
- Sangrado al comer y al cepillarse los dientes.
- Sensación de las encías se mueven y de que los dientes están separados
- Mal aliento. (18)

-HALITOSIS

Olor desagradable procedente de la boca, la nariz o las vías respiratorias. No suele ser un motivo de consulta directa en pediatría, este síntoma debe tenerse en cuenta porque puede ser la manifestación de problemas médico – odontológicos esta debe de ser tratada en primera instancia con medidas generales de higiene y cuidado de boca. (18)

2.2.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

En relación al IHOS, Green y Vermillon crearon el índice de higiene oral simplificado. El cual permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. (14)

Para ello, se toman dos aspectos:

- 1) La extensión coronaria de residuo o índice de residuos (IR).
- 2) La extensión coronaria del cálculo supragingival o índice de cálculo dental (IC). Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y los dos primeros molares inferiores.

El examen se realiza en las siguientes unidades dentarias:

Superficie vestibular del incisivo central superior derecho (UD.11).

Superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo (UD.31).

Superficie vestibular de los molares superiores (UD.16-26).

Superficie lingual de los molares inferiores (UD.36-46).

La materia alba y las manchas se evalúan de manera conjunta y el cálculo por separado.

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los índices de residuo dado en:

0 = ausencia de materia alba o manchas extrínsecas

1 = residuos blancos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente

2 = residuos blancos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.

3 = residuos blancos que cubren más de dos tercios de la superficie del diente.

Así mismo, se tiene que los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas. La puntuación del índice de cálculo dental es la siguiente:

0 = ausencia de calculo

1 = calculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie Dental

2 = calculo supragingival que cubre más de la tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente

3 = calculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes del diente.

El IHOS de una población o grupo se obtiene dividiendo la suma de las calificaciones individuales del IHOS entre el número de personas examinadas. Una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal el cual según Sosa y otros se clasifica así:

Bueno: 0.0 a 0,1

Regular: 1.1 a 2.0

Malo: 2.1 a 3,0

2.2.3 EDUCACION EN SALUD

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

La educación para la salud fue definida por la OPS y la OMS como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. Ahora la educación para la salud abarca un concepto más amplio dando énfasis en la prevención, la que se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de auto cuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable, dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcanzar salud y calidad de vida, por eso decimos que en la educación para la salud participan varias disciplinas claramente, diferenciadas como las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación. En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de auto cuidado desde la niñez, debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta. (19)

2.2.4 EDUCACION EN SALUD ORAL

La educación en salud oral es el medio generalmente utilizado para promover la salud en la poblaciones, la educación como componente funcional de la promoción en salud puede ser abordada desde diferentes perspectivas: para generar la adopción de apropiadas actitudes y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que puedan ser presentadas y con el fin de suscitar el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud (19)

La educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud. Es importante considerar que la educación en salud oral tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar.

Las enfermedades bucales, la caries dental y periodontopatías son las que presentan una mayor prevalencia, pues una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea. Estas figuran entre las más comunes del género humano y que no hay en el mundo, país y territorio que esté libre de ella. Lo cual se ha evidenciado en numerosas encuestas epidemiológicas, según estudios de un comité de expertos de la OMS. (20)

2.2.5 LA LUDICA

El concepto de lúdica se entiende como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. El concepto de lúdica es tan amplio como complejo, pues se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir en los seres humanos una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que nos llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones. Por esta razón la lúdica fomenta el desarrollo psico-social, la conformación de la personalidad, evidencia valores, puede orientarse a la adquisición de saberes, encerrando una amplia gama de actividades donde interactúan el placer, el gozo, la creatividad y el conocimiento. Es así que la lúdica debería ser tomada en cuenta principalmente en los espacios escolares pues es rica en ambientes facilitadores de experiencias que mediante juegos, es necesario explicar cuanto más experiencias positivas y cuantas más realidades los niños conozcan, serán mucho

más amplios y variados los argumentos de sus actividades, con respecto a la lúdica, es una dimensión del desarrollo humano que fomenta el desarrollo psicosocial, la adquisición de saberes, la conformación de la personalidad, es decir encierra una gama de actividades donde se cruza el placer, el goce, la actividad creativa y el conocimiento para tener más claridad ante la lúdica. (21)

La lúdica es más bien una condición, una predisposición del ser frente a la vida, frente a la cotidianidad. Es una forma de estar en la vida y de relacionarse con ella en esos espacios cotidianos en que se produce disfrute, goce, acompañado de la distensión que producen actividades simbólicas e imaginarias con el juego. El sentido del humor, el arte y otra serie de actividades que se produce cuando interactuamos con otros, sin más recompensa que la gratitud que producen dichos eventos. (21)

2.2.6 IMPORTANCIA DE LA LUDICA

La lúdica se ocupan del estudio de la conducta estudiantil como un todo, las variaciones de la conducta individual de sus miembros como tales, las relaciones entre equipos de trabajo, formular leyes o principios y derivar técnicas que aumenten la eficiencia de los estudiantes. Provocan una reunión de esfuerzos y una estrecha colaboración entre participantes con una actitud estimulante para lograr un trabajo total. Colaboran de modo especial para que personas y estudiantes entren en contacto más objetivo con la realidad de los ambientes; cuestionan dichas realidades, ya sea tal como se presentan, o en su desarrollo; desencadenan un auténtico proceso de aprendizaje, asistemático y mucho más existencial-comunitario. (22)

La lúdica es una manera de vivir la cotidianidad, es decir sentir placer y valorar lo que acontece percibiéndolo como acto de satisfacción física, espiritual o mental, propicia el desarrollo de las aptitudes, las relaciones y el sentido del humor en las personas. Por lo anterior, la lúdica va de la mano con el aprendizaje, La lúdica bien aplicada y comprendida tendrá un significado concreto y positivo para el mejoramiento del aprendizaje en cuanto a la cualificación, formación crítica, valores, relación y conexión con los demás logrando la permanencia de los educandos en la educación inicial, el niño es quien juega, apropiándose de los contenidos escolares a través de un proceso de aprendizaje; este aprendizaje no es simplemente espontáneo, es producto de una

enseñanza sistemática e intencional, siendo denominado aprendizaje escolar. El proceso o actividad lúdica, favorece en la infancia la autoconfianza, la autonomía y la formación de la personalidad, convirtiéndose así en una de las actividades recreativas y educativas primordiales. El juego es una actividad que se utiliza para la diversión y el disfrute de los participantes, en muchas ocasiones, incluso como herramienta educativa. En tanto ayuda a conocer la realidad, permite al niño afirmarse, favorece el proceso socializador, cumple una función integradora y rehabilitadora, tiene reglas que los jugadores deben aceptar y se realiza en cualquier ambiente. Desde esta perspectiva toda actividad lúdica precisa de tres condiciones esenciales para desarrollarse: satisfacción, seguridad y libertad. Satisfacción de necesidades vitales imperiosas, seguridad afectiva. (22)

2.2.7 ESTRATEGIA LUDICA

Son un medio cuya finalidad es crear interés de aprendizaje entre los estudiantes. En un sentido más pragmático es dar productividad a los encuentros de personas que se reúnen para realizar una tarea determinada en un tiempo dado. La metodología de las actividades lúdicas es la del aprender haciendo. No tanto saber las cosas por libros, sino aprenderlas realizándolas y viviéndolas. Tienen el poder de activar los impulsos y las motivaciones individuales y estimular tanto la dinámica interna como la externa, de manera que las fuerzas puedan estar mejor integradas y dirigidas hacia las metas del grupo en el proceso enseñanza aprendizaje. Se integran en un mundo de constantes transformaciones, las cuales tienen que implicar innovaciones en las dinámicas docentes. Actualmente, las conferencias y disertaciones de parte del maestro, son las que dominan los salones de clases. Las disertaciones tendrán forzosamente que dar paso a todo un conjunto de dinámicas docentes, desde el juego elemental de representar papeles hasta los seminarios regidos por computadoras. (23)

2.2.8 LA LUDICA COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA

La educación actual tiene que utilizar todo el fenómeno de la dinámica de grupos, en su afán no sólo de lograr objetivos cognoscitivos sino de una profunda comprensión humana, de intensificar las relaciones afectivas, que las personas tengan una idea clara de sus propios valores para valorar a sus semejantes. (22)

- Desarrollan los sentidos,
- Contribuyen a la ampliación de horizontes culturales,

- Desarrollan el raciocinio y hacen reaccionar rápidamente al alumno,
- Desarrollan la capacidad de expresión,
- Estimulan la convivencia y,
- Humanizan las actitudes instintivas.

La lúdica se identifica con el ludo que significa acción que produce diversión, placer y alegría y toda acción que se identifique con la recreación y con una serie de expresiones culturales como el teatro, la danza, la música, competencias deportivas, juegos infantiles, juegos de azar, fiestas populares, actividades de recreación, la pintura, la narrativa, la poesía entre otros. La actividad lúdica está presente en todos los espacios de la vida de los seres humanos, permitiendo aprender e interactuar con el mundo y las cosas, reconocer y recrear su mundo. (24)

2.3 HIPOTESIS

- Las estrategias lúdicas son eficaces para mejorar la higiene bucal de los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco.

2.4 OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**
 - ✓ Evaluar la eficacia de las estrategias lúdicas para mejorar la higiene bucal de los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco.
- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - ✓ Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los adolescentes antes y después de la intervención lúdica.
 - ✓ Determinar el estado de salud bucal de los adolescentes antes y después de la intervención lúdica.
 - ✓ Determinar la eficacia de las estrategias lúdicas en el nivel de conocimiento.
 - ✓ Determinar la eficacia de las estrategias lúdicas en el índice de higiene oral.
 - ✓ Correlacionar la aplicación de la estrategia lúdica con el estado de salud bucal y en nivel de conocimiento.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación es Aplicativo porque es un estudio que propone una solución al problema.

TIPO DE INVESTIGACION

- Cuasi experimental Existe intervención del investigador, posee la característica de manipulación e introducen controles compensatorios.
- Longitudinal porque las variables de estudio son medidas en dos o más ocasiones, se realiza un seguimiento en los cambios producidos en la variable dependiente.
- Prospectivo por que los datos se recogieron a medida en que sucedían.
- Analítico ya que presenta dos variables y la finalidad es evaluar una relación causa y efecto. (25)

3.2 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Técnica de investigación.**

Las técnicas empleadas son:

- La Accion Participativa: Ya que permitió recoger la información de cada una de las variables de la investigación, interactuando socialmente con los protagonistas lo que permite que la recolección de la información sea de veracidad y credibilidad.
- La encuesta: Para la adquisición de información de interés, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer información que se desea adquirir.

- **Instrumentos.**

Se usaron dos tipos de instrumentos documentales.

- **Ficha para medir el Índice De Higiene Oral:** Este instrumento nos sirvió para poder medir el IHOS antes y después de la intervención lúdica en los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco. (ANEXO 3)

- **Cuestionario:** Este instrumento fue de utilidad para valorar el nivel de Conocimiento sobre higiene bucal que presentan los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco. (ANEXO 2)

- **Validez de los instrumentos.**

Se aplicó el cuestionario de la tesis: Estrategias lúdicas para aumentar el conocimiento de un grupo de adolescentes escolarizados sobre la gingivitis en la ciudad de Pereira-Colombia. (4)

El cuestionario consta de 15 preguntas (respuestas múltiples) sobre conocimientos de higiene bucal, a cada respuesta correcta se le asignó el valor de un punto. El cuestionario contiene los ítems necesarios para lograr los objetivos de esta investigación:

- Conocimiento sobre medidas preventivas (5 preguntas).
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (5 preguntas).
- Conocimiento sobre higiene oral (5 preguntas).

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por los adolescentes que residen en la Casa de Acogida Don Bosco – Lima.

La selección de la muestra fue censal por conveniencia tipo no probabilístico, estuvo conformada por 46 adolescentes que residen en la Casa de Acogida Don Bosco.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Adolescentes que sean internos de la CADB
- ✓ Adolescentes que tengan asentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Adolescentes que sean externos de la CADB
- ✓ Adolescentes que no tengan asentimiento informado
- ✓ Adolescentes que presenten algún tipo de enfermedad que imposibilite movilizarse

3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Estrategias Lúdicas

VARIABLE DEPENDIENTE: Higiene Bucal

Operacionalizacion de variables				
Variable	Dimensión	Indicador	Criterio de valorización	Instrumento
Estrategias lúdicas	Intervención Lúdica	Sesiones lúdicas sobre: Higiene bucal, Anatomía dental, partes de la boca, habito saludables, enfermedades bucales principales	Con interacción de acción participativa	Talleres pedagógicos
Higiene Bucal	Nivel de conocimiento	Conoce las medidas preventivas, conoce las principales enfermedades bucales Conoce los elementos auxiliares para una buena higiene oral. IHOS Presencia de placa dental blanda	Alto (11 a 15 aciertos) Regular (6 a 10 aciertos) Bajo (0 a 5 aciertos) Optimo: 0,0 a 1.0. Regular: 1.1 a 2.0. Malo :2.1 a 3.0	Cuestionario Ficha para medir el índice de higiene Oral

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- **Procedimiento general.**

Para la ejecución del proyecto y la recolección de datos en la Casa de Acogida Don Bosco – Lima, se realizaron las siguientes actividades.

Primero: Se solicitó al Director de estudios de la escuela profesional de Odontología la carta de presentación dirigida al Padre Director de la Casa de acogida Don Bosco – Lima.

Segundo: se presentó el documento emitido por la dirección de estudios de la escuela profesional de odontología al Director de la Casa de Acogida Don Bosco.

Tercero: se coordinó una entrevista con el Padre Director en cargado de la Casa De Acogida Don Bosco, se le dio a conocer los objetivos de la investigación y se concretó las fechas para la recolección de datos.

- **PROCEDIMIENTO ESPECIFICO**

PRIMERA SESION

Se realizó la presentación del proyecto a la institución, se expuso el proyecto de forma general a los adolescentes y educadores miembros de la Casa de Acogida Don Bosco, a la vez se realizó la contextualización de la investigadora con los adolescentes, se realizó la presentación personal y se les explico los procedimientos que se iban a realizar, finalizada esta sesión se les entrego la ficha de asentimiento informado para el llenado y la aceptación correspondiente tomando en cuenta sus huellas dactilares del índice derecho por ser menores de edad.

SEGUNDA SESION

Se reunió a los 46 adolescentes y de forma general se realizó un conversatorio inicial para recoger los conocimientos previos que tenían ellos respecto a salud oral, se formó pequeños grupos focales para que puedan impartir entre ellos sus conocimientos, se formuló preguntas básicas para recabar dinámicamente la información que ellos tienen, se plantearon algunas preguntas semi estructuradas para que se contextualicen y así expresaron los conocimientos que tienen, culminada esta sesión en el salón de estudios que presentan donde están ubicados por orden de apellido, se les entrego de manera ordenada el cuestionario para evaluar sus conocimientos sobre salud bucal, posterior a ello en grupos de 5 se procedió a evaluarles el IHOS y de esa manera saber el estado en el que se encuentran.

TERCERA SESION

1° sesión lúdica

Se realizó la primera sesión lúdica sobre salud bucal y anatomía dental, se diseñó con un macro modelo las diferentes partes de la boca y del diente, se les explico de forma dinámica los conceptos generales y posteriormente los adolescentes a través de grupos pequeños de a 8 identificaron entre ellos las diferentes partes del diente, de manera aleatoria y con todo el cuidado interactuaron con preguntas entre ellos, de forma dinámica con la creatividad que fluía de cada uno, se creó un crucigrama de respuestas a las adivinanzas, reafirmando de esta forma los conocimientos adquiridos en esta primera sesión lúdica.

CUARTA SESION

2° sesión lúdica

Se realizó la sesión lúdica sobre estaciones de higiene oral, para lo cual se les explico de forma general el protocolo de la sesión, se les explico dinámicamente sobre higiene oral y mal aliento, con preguntas y respuestas, formaron grupos de 8, y a través de las estaciones que se diseñaron reconocieron el proceso de cepillado con la técnica de Bass modificada hasta el uso de medios auxiliares para la adecuada higiene oral como el uso de enjuague bucal y uso de hilo dental, esto se realizó con la ayuda de macro modelos que facilitaron la práctica, se preparó 5 estaciones diferentes; 1ro de reconocimiento de los materiales para una buena higiene bucal; 2do del uso de la pasta dental; 3ro técnica de cepillado; 4to uso del hilo dental y enjuagatorio bucal; 5to alimentos que ayudan a mantener una buena higiene bucal.

Finalizada esta sesión cada participante paso por las 5 estaciones y realizo la técnica de cepillado en un macro modelo.

Se organizó un pequeño concurso con un representante de cada grupo donde se pidió que demuestren ordenadamente la técnica de cepillado, al grupo ganador se les dio incentivos.

QUINTA SESION

3° sesión lúdica

Se inició la sesión lúdica con la entrega de kits de higiene oral y la aplicación de la pastilla reveladora de placa, por grupos de 8 cada adolescente diluyo la pastilla reveladora de

placa y después de forma personal se les midió el IHOS, posterior a ello realizaron su higiene oral con la técnica que se les enseñó. Para finalizar de manera espontánea y con una lluvia de ideas se elaboró una sopa donde se consideraron todos los conceptos y enseñanzas sobre las actividades lúdicas anteriores.

SEXTA SESION

Se realizó el conversatorio final se compartió un refrigerio como agradecimiento por ser partícipes del proyecto, cabe mencionar que los adolescentes se mostraron muy agradecidos por las sesiones lúdicas, el contexto dinámico y la espontaneidad de la interacción, finalmente se realizó la evaluación final de conocimientos (se mostraron muy confiados en sus aciertos), también se mostraron motivados a tener mayor cuidado de su salud bucal.

Una vez obtenidos los datos necesarios, estos fueron analizados y procesados para obtener los resultados.

3.6 CONSIDERACIONES ETICAS

- Para la realización de la presente investigación se solicitó el permiso al director de la Casa De Acogida Don Bosco.
- Se les entrego el asentimiento informado a cada uno de los participantes de la presente investigación.

3.7 ANALISIS ESTADISTICOS

Prueba de Ji cuadrado

Se utilizó estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia absoluta y porcentual y gráficos de barras. Se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado de homogeneidad, la fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\chi_c^2 = \sum \left(\frac{O_i - E_i}{E_i} \right)^2$$

Donde:

χ_c^2 : Ji-cuadrado calculada.

O_i : Frecuencias observadas.

E_i : Frecuencias esperadas.

Prueba de T de Student

Esta prueba sirve para comparar dos tratamientos, se utilizó para comparar las puntuaciones promedio antes y después de la aplicación de estrategias lúdicas.

$$t_c = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S^2_x \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

Donde:

t_c = Valor calculado de T de Student

\bar{X}_1 y \bar{X}_2 = Promedio de las puntuaciones antes y después

S^2 = Varianza

Correlación de Pearson

Se utilizó para analizar la correlación lineal entre las variables de estudio, su valor varía entre 0 a 1, el signo indica el tipo de correlación si es positivo la relación es directamente proporcional y negativo indica una relación inversamente proporcional.

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\left[n \sum X^2 - (\sum X)^2 \right] \left[n \sum Y^2 - (\sum Y)^2 \right]}}$$

Donde:

X: Variable 1: Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Y: Variable 2: Índice de higiene oral

A. CUADROS ESTADÍSTICOS.- Es un conjunto de datos estadísticos en columnas y filas que permite leer, comparar, interpretar datos, características de uno o más variables de datos que son resultado de la ejecución de una investigación estadística del aprovechamiento con fines estadísticos de un registro administrativo.

B. HISTOGRAMAS.- Es el diagrama de barras y columnas que consisten en representar los fenómenos por figuras de los cuales son fácilmente comparables entre si deben reunir dos cualidades fundamentales la simplicidad y la precisión.

3.8 CARACTERISTICAS DEL AMBITO DE INVESTIGACION

AMBITO GENERAL

Lima se encuentra en el desierto costero del Perú, en la falda de la vertiente occidental de los andes centrales del Perú. Aunque fue inicialmente fundada sobre el valle del río Rímac, hoy se extiende sobre extensas zonas desérticas e incluso sobre otros valles. Mientras que la plaza de armas se ubica a una altitud de 161 msnm, el distrito de Lurigancho-Chosica llega a los 950 msnm.

Bordea el litoral desde el km 50 de la Panamericana Norte, en el límite del distrito de Ancón con la provincia de Huaral; hasta el km 70 de la Panamericana Sur, en el límite del distrito de Pucusana con la provincia de Cañete; que suman una extensión de poco más de 130 km de costa y playa. Hacia el este se extiende aproximadamente hasta el km 50 de la carretera Central, en el límite del distrito de Lurigancho-Chosica con la provincia de Huarochiri.

Lima es la ciudad capital de la República del Perú. Se encuentra situada en la costa central del país, a orillas del océano Pacífico, conformando una extensa y populosa área urbana conocida como Lima Metropolitana, flanqueada por el desierto costero y extendida sobre los valles de los ríos Chillón, Rímac y Lurín. Según el censo peruano de 2007, Lima contaba con más de 7,6 millones de habitantes, mientras que su aglomeración urbana contaba con más de 8,5 millones de habitantes, el 30% de la población peruana, cifras que la convierten en la ciudad más poblada del país.

El 18 de enero de 1535, se efectuó la fundación española con el nombre de la Ciudad de los Reyes en la región agrícola conocida por los indígenas como Limaq, nombre que adquirió con el tiempo. Fue la capital del Virreinato del Perú y la más grande e importante ciudad de América del Sur durante la América imperial española. Después de la Independencia pasó a ser la capital de la República. (26)

AMBITO ESPECÍFICO

Durante el Gobierno del general Manuel Odría Amoretti, por Ley N° 11059 del 15 de julio de 1949 fue creado el distrito de Breña. Lleva el nombre de la hacienda del mismo nombre, responde al vocablo español que significa “tierra quebrada entre peñas y poblada de maleza” y no hace referencia, como muchos suponen, al mariscal Andrés A. Cáceres ni a la Campaña de la Breña. (27)

Breña fue pensada como una enorme zona industrial que de este a oeste iba desde la avenida Alfonso Ugarte hasta el Callao, y de norte a sur desde el río hasta el fundo Santa Beatriz. La relativa bonanza económica del Perú como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea, llevó a la planificación de los espacios para la industria y los conjuntos habitacionales para los trabajadores. Inclusive uno de los templos católicos fue ideado como monumento art decó, con reminiscencias de modernidad. Pero la segunda mitad del siglo XX no correspondió a las expectativas.

Límites fronterizos (Distritos)

- **Norte, Este y Oeste:** Distrito de Lima
- **Sureste:** Distrito de Jesús María
- **Suroeste:** Distrito de Pueblo Libre

El estudio se realizó concretamente en la Casa De Acogida Don Bosco, las casas de acogida son espacios en donde se acogen a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social y pobreza, brindándoles la atención integral que requieren de acuerdo con su particular situación, ofreciéndoles una experiencia de hogar, formación humana - cristiana, educación para el trabajo, promoviendo la reinserción familiar y social con la metodología y carisma salesiano. Y una de estas obras es la Casa De Acogida Don Bosco de la ciudad de Lima, ubicado en el distrito de Breña, en la AV. Arica 259 a cuadra y media de la plaza Bolognesi. (28)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

TABLA 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA – 2017.

Nivel	Bajo		Regular		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes	34	73.91	12	26.09	0	0.00	46	100.00
Después	0	0.00	0	0.00	46	100.00	46	100.00

Fuente: Base de datos de la investigación

$$\chi^2 = 46 > \chi^2_{(0.05,2)} = 5.99 \text{ Signif. (p=0.001)}$$

Interpretación:

Al comparar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal antes y después de la intervención lúdica en los adolescentes de la casa de acogida Don Bosco, observamos que antes de la intervención el 73.91% poseía un nivel de conocimiento bajo, sin embargo luego de la intervención lúdica el 100% de adolescentes mostraron un nivel alto de conocimientos. Al aplicar la prueba de Ji cuadrado de homogeneidad se obtuvo una diferencia altamente significativa (p=0.001) entre el nivel de conocimiento antes y después, demostrando que el nivel de conocimiento mejoro por efectos de la intervención lúdica.

FIGURA 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE
LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA
DON BOSCO, LIMA - 2017

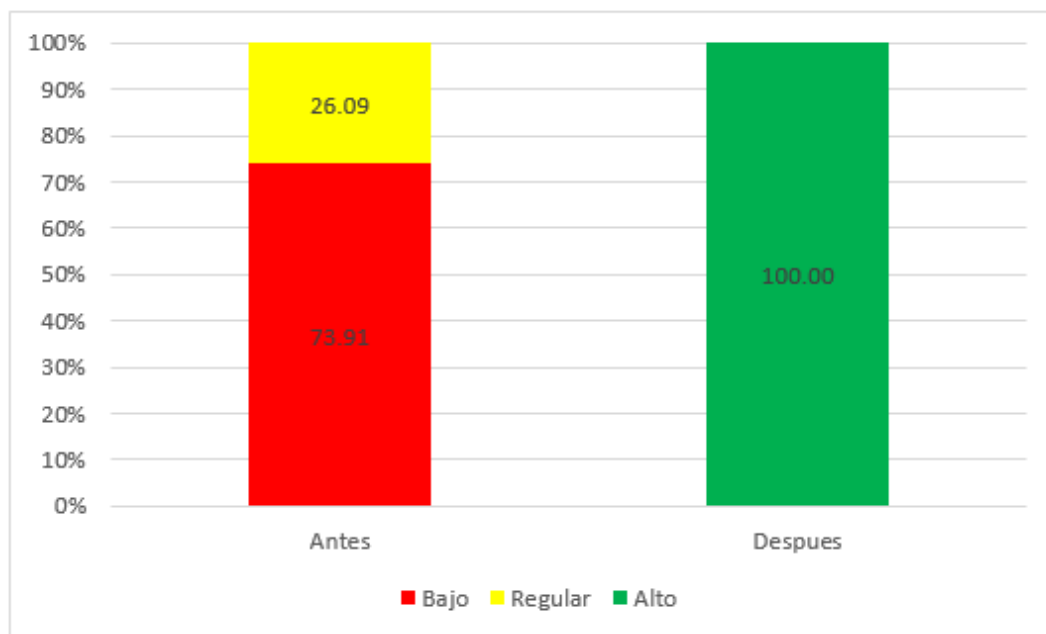


TABLA 2

ESTADO DE SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017

Nivel	Malo		Regular		Óptimo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes	43	93.48	3	6.52	0	0.00	46	100.00
Después	0	0.00	15	32.61	31	67.39	46	100.00

Fuente: Cuestionario de conocimientos

$$\chi_c^2 = 40.6 > \chi_{(0.05,2)}^2 = 5.99 \text{ Signif. (p=0.001)}$$

Interpretación:

Al comparar el índice de higiene oral antes y después de la intervención lúdica en los adolescentes de la casa de acogida Don Bosco, observamos que antes de la intervención el 93.48%, poseía un índice de higiene oral malo, se observa que antes el índice de higiene oral era en nivel malo, sin embargo luego de la intervención lúdica el 67.39% mostro un nivel óptimo en el índice de higiene oral. Al aplicar la prueba de Ji cuadrado de homogeneidad se obtuvo una diferencia altamente significativa (p=0.001) entre el nivel del índice de higiene oral antes y después, demostrando que el nivel del índice de higiene oral mejoró por efectos de la intervención lúdica.

FIGURA 2

ESTADO DE SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LÚDICA EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017

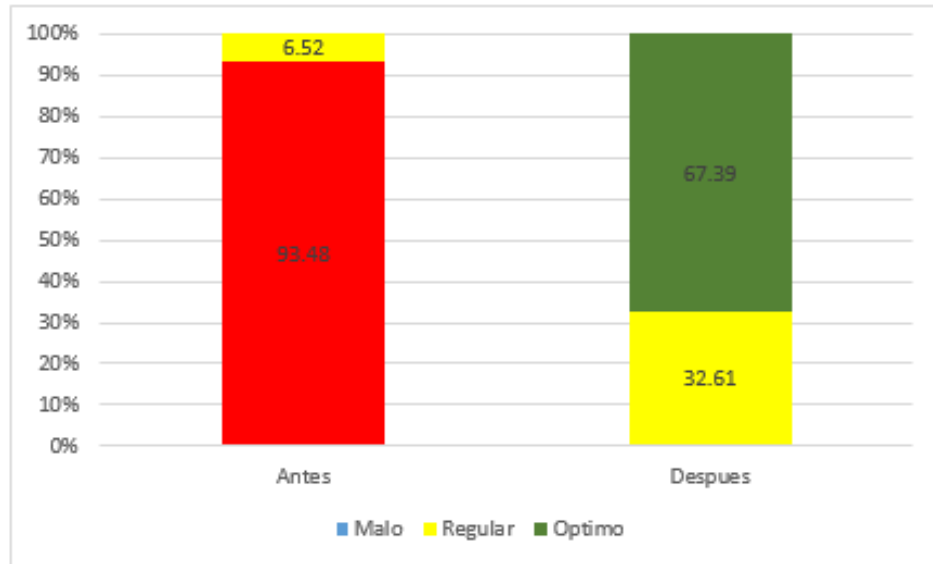


TABLA 3

EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE HIGIENE BUCAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA
DON BOSCO, LIMA – 2017

Estadísticos	Puntaje Antes	Puntaje Después
Observaciones	46	46
Mínimo	3.00	12.00
Máximo	8.00	15.00
Media	4.83	13.43
Desviación estándar	1.20	0.86

Fuente: Cuestionario de conocimientos

$$t_s = 39.58 > t_{t(0.05, 90)} = 1.99 \text{ Signif. (p=0.0001)}$$

Interpretación:

Al comparar el efecto de las estrategias lúdicas con el nivel de conocimiento, se observa que antes de la intervención lúdica, el nivel de conocimientos de higiene bucal era en promedio de 4.83 puntos (bajo), mientras que después se obtuvo una media de 13.43 puntos (alto), el mínimo puntaje fue observado antes de la intervención (3) y el máximo después de la misma (15), la desviación estándar fue similar en ambos momentos. El análisis estadístico comparativo utilizando el estadístico de T de Student, señala la existencia de diferencia altamente significativa ($p=0.001$), de lo cual se interpreta que el nivel de conocimientos de higiene bucal mejoró significativamente como efecto de la intervención lúdica en este grupo de adolescentes, evidenciando la eficacia de la estrategia lúdica en la mejora del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en este grupo de adolescentes.

FIGURA 3

EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA – 2017

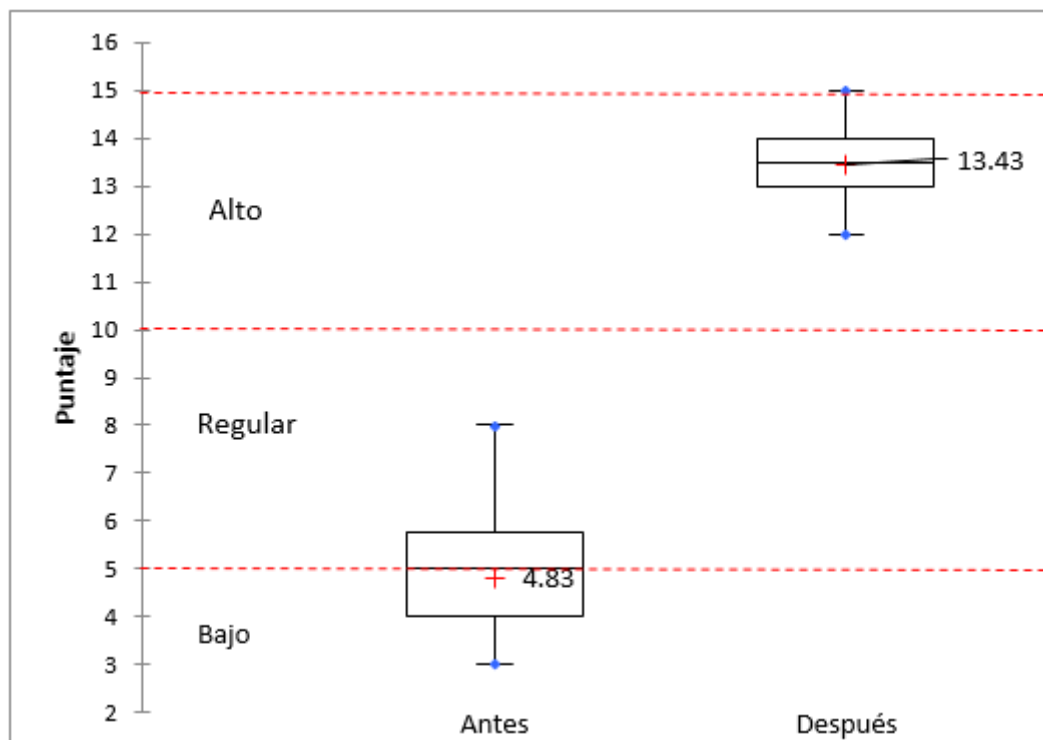


TABLA 4

EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA - 2017.

Estadísticos	Puntaje Antes	Puntaje Después
Observaciones	46	46
Mínimo	2.00	0.50
Máximo	3.00	1.50
Media	2.50	0.99
Desviación estándar	0.27	0.24

Fuente: Cuestionario de conocimientos

$$t_s = 28.67 > t_{t(0.05,90)} = 1.99 \text{ Signif. (p=0.0001)}$$

Interpretación:

Al comparar el efecto de las estrategias lúdicas con el estado de salud bucal, se observa que antes de la intervención lúdica, el índice de higiene oral era en promedio de 2.50 puntos (malo), mientras que después se obtuvo una media de 0.99 puntos (óptimo), el máximo puntaje fue observado antes de la intervención (3) y el mínimo después de la misma (0.5), la desviación estándar fue similar en ambos momentos. El análisis estadístico comparativo utilizando el estadístico de T de Student, señala la existencia de diferencia altamente significativa ($p=0.001$), de lo cual se interpreta que el índice de higiene oral mejoró significativamente como efecto de la intervención lúdica en este grupo de adolescentes, evidenciando la eficacia de la estrategia lúdica en la mejora de la salud bucal de este grupo de adolescentes.

FIGURA 4

EFICACIA DE ESTRATEGIAS LÚDICAS EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017

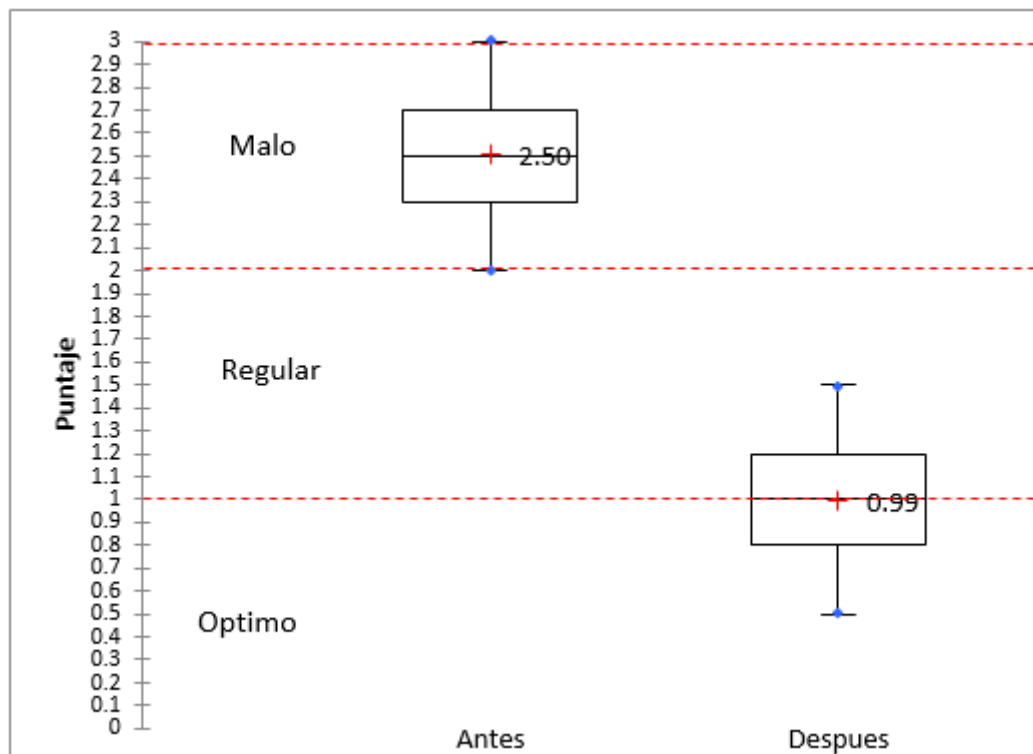


TABLA 5

CORRELACIÓN ENTRE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA LÚDICA CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017.

Variables	Nivel de conocimientos	Índice de higiene oral
Nivel de conocimientos	1	-0.918
Índice de higiene oral	-0.918	1

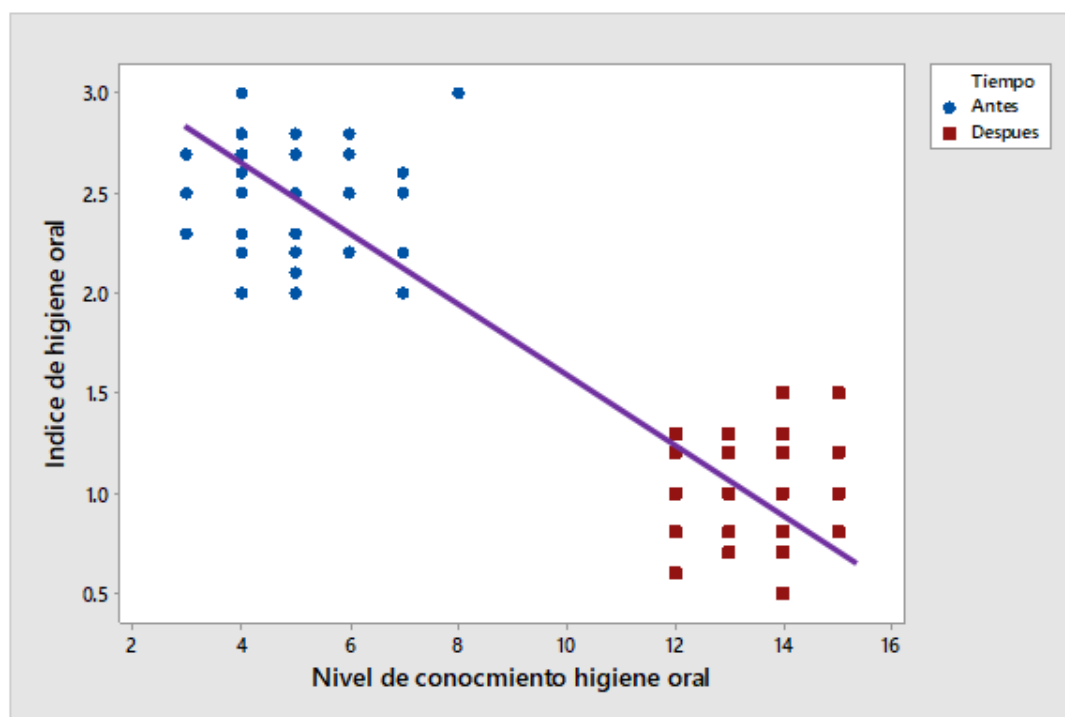
Los valores en negrita son diferentes de 0 con un nivel de significación alfa=0.05

Interpretación:

Al correlacionar la aplicación de las estrategias lúdicas con el índice de higiene oral y el nivel de conocimiento, en el análisis de correlación lineal de Pearson, se observa que el coeficiente es de $r=-0.918$ y es estadísticamente significativo ($p<0.05$), de lo cual se interpreta que existe una correlación negativa entre las variables, es decir al incrementar el nivel de conocimientos, el índice de higiene oral tiende a disminuir su valor. Se observa que antes de la intervención lúdica las puntuaciones de nivel de conocimientos eran bajas y el índice de higiene presentaba valores altos (mala higiene), mientras que posterior a la intervención, la puntuación de conocimientos es mayor y el índice de higiene oral disminuyo significativamente (optimo). Evidenciando la eficacia de las estrategias lúdicas-

FIGURA 5

CORRELACIÓN ENTRE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA LÚDICA CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA 2017



4.2 DISCUSION

El propósito de la presente investigación fue evaluar la eficacia de las estrategias lúdicas para mejorar la higiene bucal de los adolescentes de la Casa de Acogida Don Bosco de Lima, la población estuvo conformada por 46 adolescentes varones internos. Aguirre J. (2015) (9) utilizó una muestra similar, pero en una mayor cantidad y en mayor tiempo lo que le permitió obtener resultados más favorable.

Nuestros resultados muestran un nivel de conocimiento bajo 73.91% antes de la intervención, sin embargo luego de esta el nivel de conocimiento fue alto en el 100% de los adolescentes, coincidiendo con la investigación de Guezzi L. (2015) (8) y Rojas L. (2017)(10) quienes obtuvieron un nivel de conocimiento inicial bajo en la mayor parte de su muestra, esto podría deberse a que usamos un cuestionario similar para medir los conocimientos sobre higiene bucal, Sin embargo cabe aclarar que nuestra muestra fueron adolescentes internados mientras que en los otros estudios fueron, escolares de primaria y secundaria. Nuestros resultados difieren de los de Sánchez M. (2015) (4) en su estudio en escolares, que obtuvo resultados menos favorables que los nuestros, muy posiblemente porque hubo buena acogida a las sesiones lúdicas en los adolescentes internados, por la acción participativa que tuvieron.

Nuestros resultados muestran un nivel de índice de higiene oral malo 93.48%, antes de la intervención, sin embargo luego de esta el índice de higiene oral fue óptimo en el 67.39% de los adolescentes. Coincidiendo con la investigación de Sánchez M. (2015) (4), y con Aguirre J. (2015) (9), donde a pesar de las poblaciones diferentes de estudio también obtuvieron resultados favorables en el estado de salud bucal. Diferimos con Gonzales R. (2013) (7) quien a pesar de que realizaron el proyecto por mayor tiempo, el estado de salud bucal de su población solo logró mejorar hasta un nivel regular, esta diferencia se puede deber a la diferencia amplia en la edad de nuestras poblaciones y al tamaño total de la muestra.

Los resultados obtenidos al correlacionar la aplicación de las estrategias lúdicas en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal y en el índice de higiene oral muestra un coeficiente fue $r=-0.918$ estadísticamente significativo ($p<0.05$). Estos resultados coinciden con Aguirre J. (2015) (9) y Matos D. (2017) (6), ya que a pesar de la diferencia de nuestras muestras se logra incrementar el nivel de conocimientos el índice de higiene

bucal muy significativamente y a la vez se evidencia la motivación que obtienen nuestras muestras después de las sesiones lúdicas.

Después de comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones, debemos mencionar que no tuvimos un antecedente de investigación directamente relacionado, por ello tratamos de comparar los resultados solo con variables similares, debido a que se realizar muy pocas investigaciones en los albergues casas hogares y o algún centro de menores en riesgo social, en nuestra institución de estudio a testimonio del director nuestro proyecto fue el primero ya que muchos temen por prejuicios el manejo del comportamiento de los adolescentes en riesgo social, pero a pesar de ello resaltamos que nuestros resultados fueron muy óptimos tanto clínica y estadísticamente.

Esta investigación nos aporta conocimientos porque nos brinda información de la lamentable realidad en que se encuentran estas instituciones vulnerables y hasta qué punto la situación de riesgo social influye en la salud oral de los adolescentes.

El aporte en el aspecto clínico es porque nos muestra cual es el estado de salud bucal de los adolescentes y mencionando que nosotros nos basamos solamente en el IHOS, porque como en toda población también presentan diversas patologías, incidencia de caries o enfermedad periodontal, etc. El aporte en el aspecto social nos permite visualizar la realidad social de estos adolescentes, debido a que ellos se encuentran en situación de riesgo social, con problemas de drogas, alcoholismo, vandalismo, abandono familiar, víctimas de violación. Problemas que a largo de su vida los ha limitado en el uso de sus recursos, y evidenciamos que su situación influye de forma directa en su salud bucal, en su higiene bucal, por ello debemos incidir más en realizar proyectos preventivos para complementar su recuperación, debido a que en la institución de estudio solo se les brinda una ayuda psicológica, espiritual y cognitiva sin embargo el aspecto de salud es inexistente.

Aun nos encontramos en un país con muchos estereotipos y prejuicios, donde aún a poblaciones como las que nosotros usamos solo llega cierta ayuda económica mas no la ayuda de proyectos sociales o proyectos en salud bucal, que seguramente nos permitirían reducir grandes índices de los problemas en salud, además de que se fortalecería el conocimiento y la concientización tanto de los adolescentes y de las personas que trabajan en este tipo de instituciones y de esa forma no solo lograríamos mejorar los índices en salud sino contribuir con la reconstrucción de mejores ciudadanos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los adolescentes sobre higiene oral antes de la intervención lúdica era en nivel bajo en su mayoría después de la intervención se tiene un nivel alto en la gran mayoría de adolescentes.
2. En el estado de salud bucal de adolescentes antes de la intervención lúdica era malo después de la intervención logramos un nivel óptimo en el índice de higiene oral en la gran mayoría de adolescentes.
3. Respecto a la eficacia de las estrategias lúdicas en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal, encontramos que antes era en promedio bajo mientras que después de la intervención se obtuvo un promedio alto, evidenciando la eficacia de la estrategia lúdica en la mejora del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en este grupo de adolescentes.
4. Respecto a la eficacia de las estrategias lúdicas en el índice de higiene oral, encontramos que antes era malo, mientras que después de la intervención lúdica el estado es óptimo, evidenciando la eficacia de la estrategia lúdica en la mejora de la salud bucal de este grupo de adolescentes.
5. Hay una relación inversamente proporcional en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal y el índice de higiene oral, según la aplicación de la estrategia lúdica, existe una correlación negativa entre las variables, ya que cuando se incrementa el nivel de conocimientos el índice de higiene oral tiende a disminuir su valor.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Primero: A pesar de que obtuvimos resultados favorables en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal y en el IHOS en los adolescentes, recomendamos realizar mayores estudios de investigación con el personal que labora y acompaña como educadores de los adolescentes en situación de riesgo, ya que ellos muchas veces también desconocen las medidas preventivas que existen en salud bucal.

Segundo: Promover el uso de las estrategias lúdicas en nuestras actividades de proyección a la comunidad como medida preventiva y de promoción de la salud bucal, ya que se ha demostrado la gran efectividad que tiene en poblaciones jóvenes.

Tercero: Demostrada la efectividad de las estrategias lúdicas, recomendamos replicar la investigación pero con mayor tiempo para obtener resultados completamente favorables en poblaciones similares o diferentes como; personas con capacidades especiales, donde seguramente también se podría obtener exitosos resultados.

Cuarto: Promover la difusión de conocimientos sobre prevención en enfermedades bucales y promoción de la salud bucal en niños, adolescentes y jóvenes miembros de albergues, casas hogares, orfanatos mediante actividades de proyección a la comunidad que realiza nuestra Escuela Profesional de Odontología a través de los diferentes cursos como actividades de salud comunitaria, odontología preventiva y salud pública.

Quinto: Realizar trabajos del mismo tipo de investigación en nuestro área local, utilizando las estrategias lúdicas, y que estos sirvan como punto de partida para otros estudios, aplicándolos en diferentes áreas específicas, debido a que no existe muchas investigaciones sobre estrategias lúdicas propiamente dicha.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paiva S, Cabrera A, et al. Epidemiología de la caries dental en américa latina. Rev Odontopediatria Latina 2014; Vol 4(2):13-19
2. Di Nasso P. Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. [tesis para optar el grado de cirujano dentista]. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina; 2012.
3. González Y, Menguez T, Sexto N, Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. MediSur 2009749-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020302006>. Fecha de consulta: 19 de octubre de 2016.
4. Sánchez M, Sánchez K, Agudelo A. Estrategias lúdicas para aumentar el conocimiento de un grupo de adolescentes escolarizados sobre la Gingivitis. Duazary, 2015; Vol. 12 N° 2.
5. E. Zaragoza Ramos et al. Estrategias didácticas en la enseñanza-aprendizaje: lúdica en el estudio de la nomenclatura química orgánica en alumnos de la Escuela Preparatoria Regional de Atotonilco. Revista de Educación Química 2016; Vol 27, 43-51
6. Matos D. Intervención educativo sobre salud bucal en adolescentes venezolanos. Rev Inf Cient. 2017; Vol. 96(3):415-423
7. González-Chávez R, García-Rupaya CR. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. Kiru. 2013; Vol. 10(1): 18–25
8. Ghezzi-Hernández L, Reyes-Chinarro C, Chávez-Zelada G. Eficacia del programa educativo lúdico “aprendiendo a cuidar tu boca” en escolares de la Institución Educativa Miguel Grau. KIRU. 2015; Vol. 12(2):54-59.
9. Aguirre J, Porras D y Rodríguez K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con síndrome de Down. Revista Estomatológica Herediana. 2015 Vol. 4 :262-67.
10. Rojas I. Efectividad del programa educativo “lindas sonrisas” sobre la salud bucal en niños de 6 a 7 años de edad del I.E.P. Glorioso – 1121. Distrito de Juliaca,

- [Tesis para optar el grado de cirujano dentista]. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano. 2016
11. Cuenca E, Manau C, Serra L. Odontología Preventiva y Comunitaria. 2da Ed.MADRID: Masson; 1999.P.524-526.
 12. Rodríguez C. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Tesis para optar el grado de cirujano dentista].Chile: Universidad de Chile; 2015.
 13. Tinedo L. Eficacia de las técnicas de cepillado dental Bass modificada y Stillman modificada para disminuir la placa bacteriana en internos de centro de atención residencial. [Tesis para optar el grado de cirujano dentista].Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2010.
 14. Maquera C. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de Higiene Oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Ciudad Nueva-Tacna - 2012. [Tesis para optar el grado de cirujano dentista]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; Tacna 2013.
 15. Cruz M. Nivel de conocimiento en prevención de caries de las educadoras de párvulos de preescolares en la comuna de Maipú en el año 2014. [Tesis para optar el grado de cirujano dentista].Universidad Andrés Bello; Chile 2014.
 16. Vaisman B, Martínez M. Asesoramiento dietético para el control de caries en niños. Rev latin de ort y odontoped. 2004; Vol. 22(4):232-41.
 17. Pérez J. Asociación de la caries dental con factores de riesgo en niños de 6 años a 11 años 11 meses atendidos en la Clínica Docente de la UPC en el periodo de marzo del 2011 a febrero del 2013 [Tesis para optar el grado de cirujano dentista].Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas;2014.
 18. Henostroza G. Caries Dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007
 19. Paiva S, Cabrera A, et al. Epidemiología de la caries dental en américa latina. Rev Odontoped Latin 2014; Vol 4(2):13-19
 20. González de Haro D. La educación para la salud en las etapas escolares de infantil y primaria: dificultades y alternativas. Michigan USA 2008; Vol. 10 1575 - 0345
 21. Urdañeta, A. (2008) Estrategias lúdicas en la prevención del consumo de drogas. En: http://www.ona.gob.ve/Pdf/II Congreso/PonenciasN/AnaTeresaUrda_neta.pdf Leído el: 14 de setiembre del 2010.

22. Mora y Rodríguez. La lúdica como estrategia en el aprendizaje de los niños de preescolar del gimnasio los arrayanes de la ciudad de Ibagué [tesis para optar el grado de licenciado en psicología]. Universidad del Tolima. 2014
23. Jiménez, C. A. Pedagogía lúdica: El taller cotidiano y sus aplicaciones. Armenia: Kinesis. 2015
24. Echeverri, J. H., & Gomez, J. G. (2009). Lo lúdico como componente de lo pedagógico, la cultura, el juego y la dimensión humana. Recuperado de Trabajo de investigación sobre la dimensión lúdica: <http://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpcdyr/files/2012/07/LO-LUDICOCOMO-COMPONENTE-DE-LO-PEDAGOGICO.pdf>
25. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación .4º edición. México: Mc Graw Hill; 2006.
26. PORTAL DE PERÚ, GUÍA TURÍSTICA Y TODO SOBRE PERÚ, Gobierno del Perú [Internet][Citado 21 de marzo del 2018]. Disponible <http://www.elperu.net/ubicacion-geografica-de-lima>
27. Municipalidad distrital de breña, gobierno del Perú [internet][citado 21 de marzo del 2018]. Disponible <http://www.munibrena.gob.pe/distrito/mapa.html>
28. Red de casas don Bosco, salesianos Perú [internet] [citado 21 de marzo del 2018]. Disponible <http://casasdonbosco.org/cdb/container/red-de-casas-lima>.

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz básica de datos

N	Tiempo	Nivel de conocimiento		Índice de higiene oral	
		Puntuación	Nominal	Puntuación	Nominal
1	Antes	4	A	2.8	MALO
2	Antes	5	A	2.1	MALO
3	Antes	8	B	3	MALO
4	Antes	4	A	2.6	MALO
5	Antes	4	A	2.6	MALO
6	Antes	5	A	2.5	MALO
7	Antes	6	B	2.5	MALO
8	Antes	7	B	2.6	MALO
9	Antes	4	A	2.5	MALO
10	Antes	5	A	2.8	MALO
11	Antes	4	A	2.8	MALO
12	Antes	6	B	2.2	MALO
13	Antes	4	A	2.5	MALO
14	Antes	5	A	2.2	MALO
15	Antes	4	A	2.2	MALO
16	Antes	4	A	3	MALO
17	Antes	3	A	2.5	MALO
18	Antes	5	A	2	REGULAR
19	Antes	5	A	2.7	MALO
20	Antes	3	A	2.3	MALO
21	Antes	5	A	2.5	MALO
22	Antes	4	A	2.8	MALO
23	Antes	4	A	2.8	MALO
24	Antes	4	A	2.5	MALO
25	Antes	5	A	2.2	MALO
26	Antes	7	B	2.5	MALO
27	Antes	4	A	2.2	MALO
28	Antes	6	B	2.5	MALO
29	Antes	4	A	2.8	MALO
30	Antes	4	A	2.5	MALO
31	Antes	7	B	2	REGULAR
32	Antes	6	B	2.8	MALO
33	Antes	5	A	2.8	MALO
34	Antes	5	A	2.5	MALO
35	Antes	3	A	2.3	MALO
36	Antes	5	A	2.7	MALO
37	Antes	7	B	2.2	MALO
38	Antes	4	A	2.2	MALO
39	Antes	4	A	2.3	MALO
40	Antes	6	B	2.7	MALO
41	Antes	6	B	2.8	MALO
42	Antes	5	A	2.3	MALO
43	Antes	6	B	2.5	MALO
44	Antes	4	A	2	REGULAR
45	Antes	4	A	2.7	MALO
46	Antes	3	A	2.7	MALO
47	Después	12	C	1	OPTIMO
48	Después	13	C	0.8	OPTIMO
49	Después	12	C	1.3	REGULAR
50	Después	12	C	0.6	OPTIMO
51	Después	13	C	1.2	REGULAR
52	Después	12	C	1	OPTIMO
53	Después	13	C	0.8	OPTIMO
54	Después	13	C	1.3	REGULAR
55	Después	13	C	1.2	REGULAR
56	Después	13	C	0.8	OPTIMO
57	Después	13	C	1	OPTIMO
58	Después	13	C	0.8	OPTIMO
59	Después	15	C	1	OPTIMO
60	Después	14	C	1	OPTIMO
61	Después	13	C	0.8	OPTIMO

62	Después	14	C	1.5	REGULAR
63	Después	12	C	0.8	OPTIMO
64	Después	13	C	0.8	OPTIMO
65	Después	15	C	1.5	REGULAR
66	Después	14	C	1.2	REGULAR
67	Después	12	C	1.2	REGULAR
68	Después	13	C	0.8	OPTIMO
69	Después	14	C	1.3	REGULAR
70	Después	14	C	1.2	REGULAR
71	Después	14	C	0.5	OPTIMO
72	Después	13	C	1	OPTIMO
73	Después	13	C	0.7	OPTIMO
74	Después	14	C	1.3	REGULAR
75	Después	14	C	1	OPTIMO
76	Después	15	C	0.8	OPTIMO
77	Después	14	C	0.7	OPTIMO
78	Después	13	C	1	OPTIMO
79	Después	14	C	1.3	REGULAR
80	Después	14	C	0.8	OPTIMO
81	Después	14	C	1	OPTIMO
82	Después	14	C	1.2	REGULAR
83	Después	14	C	1	OPTIMO
84	Después	14	C	1	OPTIMO
85	Después	14	C	0.8	OPTIMO
86	Después	13	C	0.8	OPTIMO
87	Después	14	C	0.8	OPTIMO
88	Después	14	C	0.8	OPTIMO
89	Después	12	C	1	OPTIMO
90	Después	14	C	0.8	OPTIMO
91	Después	13	C	1.3	REGULAR
92	Después	15	C	1.2	REGULAR

Leyenda: Nivel de conocimiento

Escala	Nominal	Código
0 a 5	Bajo	A
6 a 10	Regular	B
11 a 15	Alto	C

ANEXO 2**CUESTIONARIO****INTRODUCCIÓN.**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en los adolescentes de la Casa De Acogida Don Bosco – Lima. Por lo que se solicita su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL.**Instrucciones:**

Esta parte del cuestionario contiene 15 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) sobre la alternativa.

- 1.- ¿Qué entiendes por salud bucal?
 - a) No consumir sustancias azucaradas
 - b) Cuidado de las todas las partes de la boca
 - c) Cuidar que nuestros dientes no estén destruidos

- 2.- ¿Cuántas veces al día deberías cepillarte los dientes normalmente?
 - a) 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) 3 veces

3. ¿Cuáles son los instrumentos de higiene oral?
 - a) Flúor.
 - b) Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagatorios bucales.
 - c) Hilo dental.

4.- ¿Cuál es el momento más importante para el cepillado de los dientes?

- a) Antes del desayuno
- b) Después del almuerzo
- c) Después de cada comida

5. ¿Cuáles son los alimentos que producen caries dental (alimentos cariogénicos)?

- a) Verduras.
- b) Caramelos, chicles.
- c) Frutas.

6. ¿Cada cuánto tiempo debe renovar el cepillo dental?

- a) Cada mes.
- b) Cada 3 meses.
- c) Cuando las cerdas del cepillo se deterioran.

7.- ¿Qué medida es la más importante para cuidar la salud bucal?

- a) Cepillarnos todos los días
- b) Usar enjuague bucal
- c) Consumir alimentos saludables

8.- ¿Para qué es importante el flúor en los dientes?

- a) Estimula el fortalecimiento de los dientes
- b) Cura la caries en los dientes
- c) Ayuda a prevenir el mal aliento

9.- ¿El enjuague bucal es importante para?

- a) Curar la caries en los dientes
- b) Disminuir el número de bacterias de la boca
- c) Desaparecer manchas negras en los dientes

10.- ¿El uso de hilo dental es importante para?

- a) Curar la caries en los dientes
- b) Sacar la comida de entre los dientes
- c) Estimula el fortalecimiento de los dientes

- 11.- ¿Por qué a una persona le sangran las encías?
- a) Por no cepillarse los dientes
 - b) Por no comer alimentos que contengan calcio
 - c) Por no usar flúor
- 12.- ¿Cuál es el motivo principal de la aparición de caries dental?
- a) Por no cepillarse los dientes
 - b) Por no usar enjuagues bucales
 - c) Por no consumir alimentos saludables
- 13.- ¿Cuál es la enfermedad que más se da en la boca?
- a) Caries dental
 - b) Cáncer a la lengua
 - c) Cáncer de labio
- 14.- ¿Considera que la placa bacteriana dura (sarro dental) es?
- a) Dientes chuecos
 - b) Manchas blanquecinas en los dientes
 - c) Restos de alimentos y microorganismos endurecidos pegados al diente
- 15.- ¿Por qué se presenta sarro en los dientes?
- a) Por no cepillarse los dientes
 - b) Por tener gran cantidad de dientes careados
 - c) Por no consumir alimentos que contengan calcio

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
(ÍNDICE DE HIGIENE ORAL)

ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017

NOMBRE:

EDAD:

FECHA DE MUESTRA:

HORA:

ANTES DE LAS ESTRATEGIAS LUDICAS:

→

--





DESPUES DE LAS ESTRATEGIAS LUDICAS:

FECHA:

HORA:

→

--

CODIGO	CRITERIO	SIGNO CLINICO
0	<i>Ausencia de placa o mancha extrínseca</i>	
1	<i>Presencia de placa cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente</i>	
2	<i>Presencia de placa cubriendo no más de 2/3 de la superficie del diente</i>	
3	<i>Presencia de placa cubriendo más de 2/3 de la superficie del diente</i>	

CRITERIOS DE EVALUACION		
0.0 – 1.0	Optimo	
1.1 – 2.0	Regular	
2.1 - 3.1	Malo	
> 3	Muy malo	

ANEXO 4

ASENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACION: “EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017.”

Yo, he sido informado que la Bachiller en Odontología, de la Facultad de ciencias de la Salud, de la Escuela Profesional de Odontología, está realizando un estudio que consiste en evaluar la eficacia de las estrategias lúdicas para mejorar la salud bucal de los adolescentes en la casa de acogida Don Bosco del distrito de Breña de la ciudad de Lima.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Entiendo que mi participación es enteramente voluntaria y que si me rehusó a participar, se respetara mi elección, así como que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasioné algún tipo de sanción.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno. Entiendo que la información obtenida de mi será tratada de manera confidencial.

Entiendo que si firmo este papel quiere decir que lo leí o que alguien me lo leyó y que decido participar de este estudio. Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento. Sé que si en un futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar con la señorita Carmen Rocio Bautista Layme, para que pueda aclarar cualquier duda que tuviera.

Impresión digital del participante:



Fecha: _____

ANEXO 5

"Año den buen servicio al ciudadano"

SOLICITO: carta de presentación para la ejecución de mi proyecto de tesis.

Sr. Director de la escuela profesional de Odontología

Dr. Marco Manzaneda Peralta

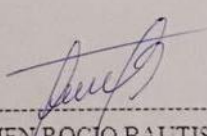
Yo Carmen Rocio Bautista Layme, identificado con DNI 70321627, con código de matrícula 111826, bachiller de la Escuela Profesional de Odontología me presento ante Ud.

Con el debido respeto y expongo:

Que habiendo culminado satisfactoriamente mis estudios universitarios, cumpliendo con el plan de estudios de nuestra escuela profesional, recorro a su despacho con el fin de solicitar una carta de presentación para ejecutar mi proyecto de investigación que lleva como título "ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017", que será ejecutado mencionada institución en la ciudad de Lima.

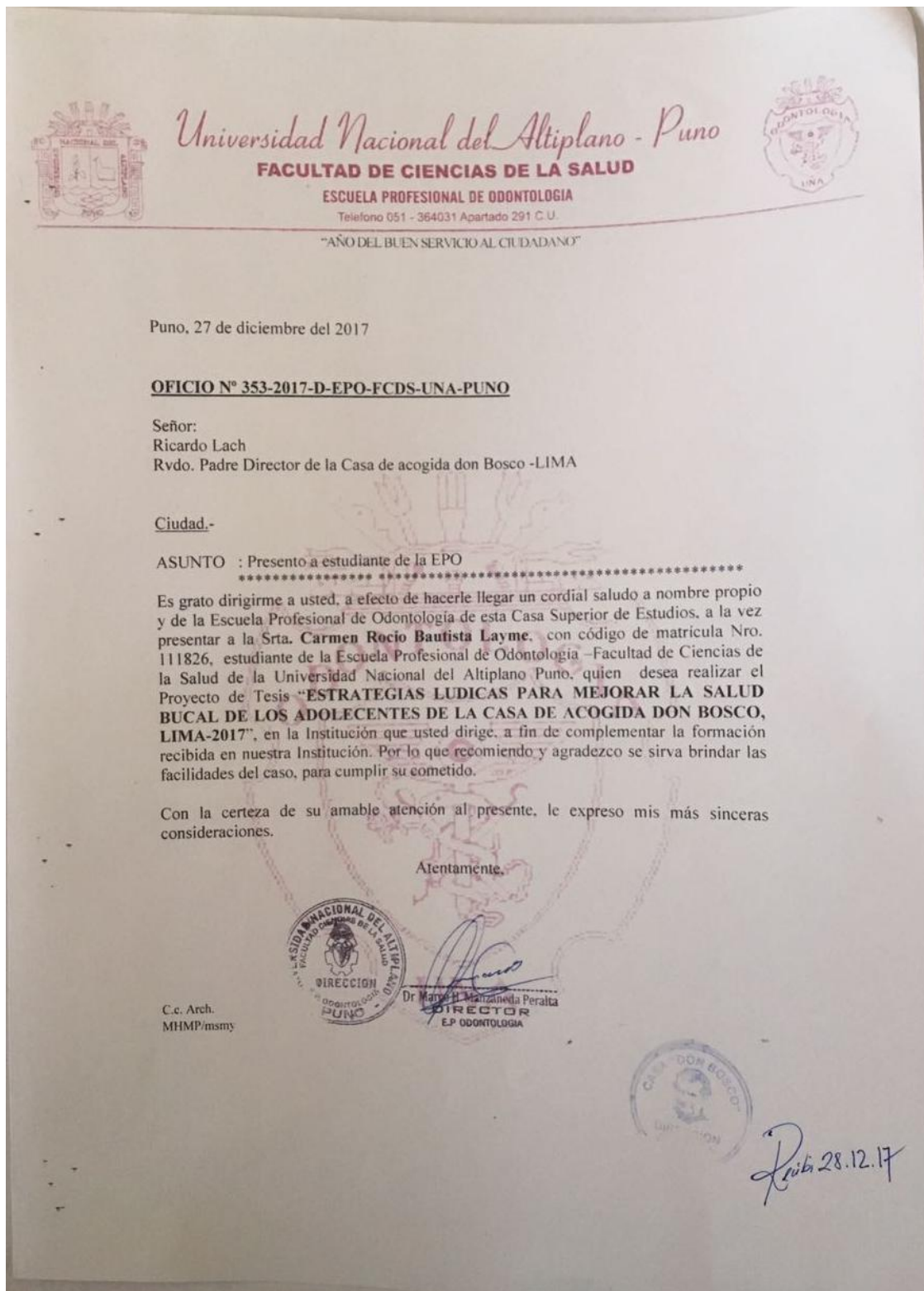
Pido a Ud. asistir a mi petición por ser justa y legal

Puno, 20 de Diciembre del 2017


CARMEN ROCIO BAUTISTA LAYME
DNI 7032162

Stamp: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA, RECEPCION SECRETARIA, 20 DIC 2017, with fields for Fecha, Hora, Lugar, and Firma.

ANEXO 6



ANEXO 7



**Comunidad de Acogida Don Bosco
Breña - Lima**



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DE LA "CASA DE ACOGIDA DON BOSCO" DE BREÑA – LIMA.

HACE CONSTAR:

QUE LA SEÑORITA: **CARMEN ROCIO BAUTISTA LAYME**, BACHILLER EN CIENCIAS DE LA ODONTOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO, CON DNI: 70321627. HA REALIZADO LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS "ESTRATEGIAS LUDICAS PARA MEJORAR LA SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO, LIMA-2017", EN LA PRESENTE INSTITUCION, DESDE MEDIADOS DE DICIEMBRE DEL 2017 HASTA MARZO DEL PRESENTE AÑO.

SE EXPIDE EL PRESENTE DOCUMENTO A SOLICITUD DE LA INTERESADA, PARA LOS FINES QUE ESTIME POR CONVENIENTE.

Breña, 24 de Marzo del 2018.



.....
R.P Ryszard Lach SDB
Director de la "CADB" de Breña - Lima

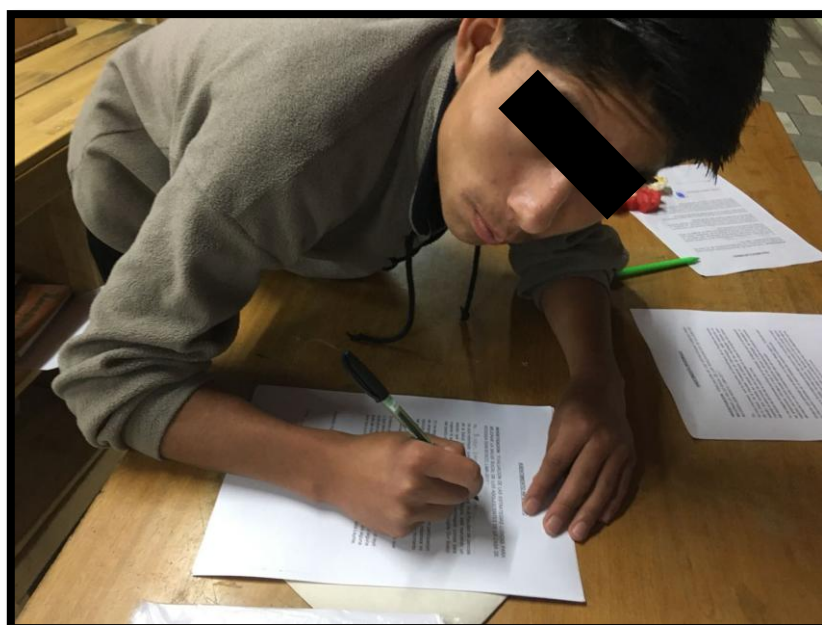
ANEXO 8

FOTOGRAFIAS

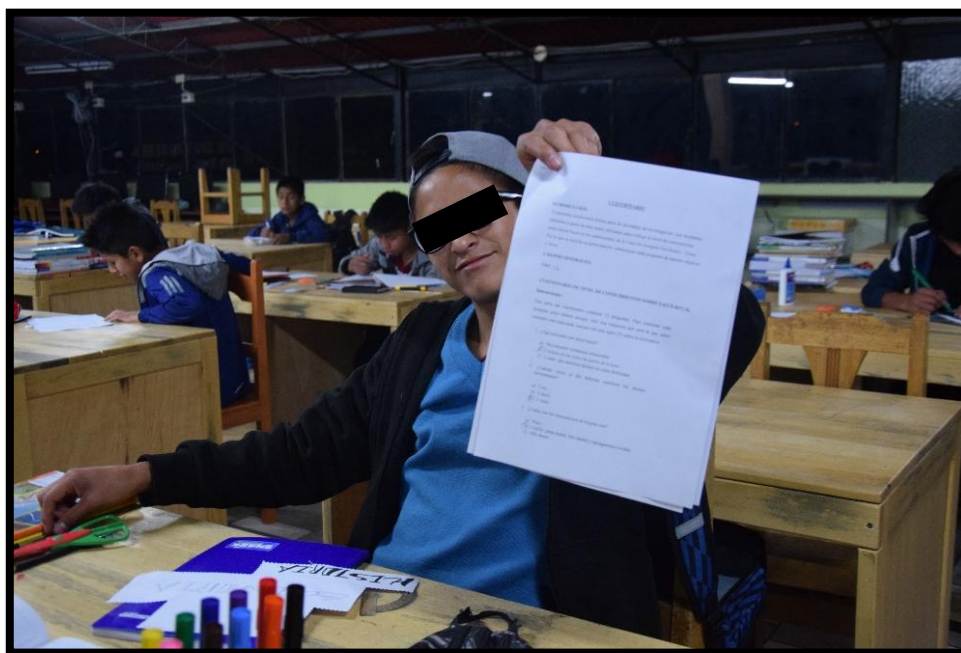
ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO COMPLETANDO
LA FICHA DE ASENTIMINETO INFORMADO



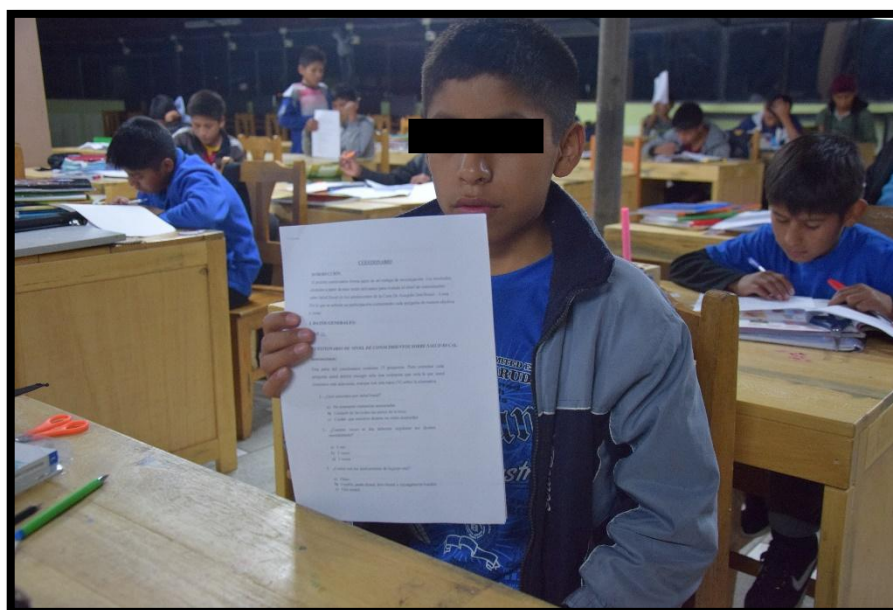
ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO COMPLETANDO
LA FICHA DE ASENTIMINETO INFORMADO



ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO COMPLETANDO EL
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL



ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO COMPLETANDO EL
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL



REALIZANDO EL REGISTRO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS
ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO



REALIZANDO EL REGISTRO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS
ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO



ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO ANTES DEL
REGISTRO DE IHOS



ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO ANTES DEL
REGISTRO DE IHOS



ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO RECONOCIENDO
LOS ELEMENTOS DE LA BOCA



ADOLESCENTES DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO RECONOCIENDO
LOS ELEMENTOS DE LA BOCA



GRUPO DE ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON BOSCO
GANADORES DEL CONCURSO DE TECNICA DE CEPILLADO



INCENTIVOS PARA LOS ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON
BOSCO



FOTO FINAL CON MAYORIA DE LOS ADOLESCENTE DE LA CASA DE
ACOGIDA DON BOSCO



COMPARTIR CON LOS ADOLESCENTE DE LA CASA DE ACOGIDA DON
BOSCO

