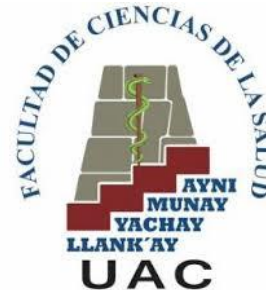




# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



## TESIS

---

Impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en veinte comunidades de la provincia de Anta. Cusco 2019.

---

**PRESENTADO POR:**

BACH. YONI ARREDONDO CONDOR

**PARA OPTAR AL TÍTULO**

**PROFESIONAL DE:**

CIRUJANO DENTISTA

**ASESORA:**

MGT. AIDA VALER CONTRERAS

**CUSCO – PERU**

**2019**



## **AGRADECIMIENTO**

*Quiero expresar mi agradecimiento especial a:*

*A Dios, por darme la sabiduría y la fuerza necesaria para formarme como una profesional con vocación de servicio y ser mi pilar en todo momento.*

*A mis queridos padres por su sacrificio, a mi pareja por su apoyo y comprensión y a mi familia por alentarme a conseguir esta meta.*

*A mi asesora Dra. Aida Valer Contreras y a mi coasesora Dra. Natalia Yáñez Herrera por brindarme su apoyo, dedicación y paciencia en la elaboración de este trabajo de investigación.*

*A la Municipalidad de Anta y a todos los comités de vaso de leche de cada una de las veinte comunidades.*

*A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud*



### **DEDICATORIA**

*A mis padres Mauricio y Fortunata por siempre estar ahí conmigo en momentos difíciles y creer en mí, gracias por sus enseñanzas de seguir adelante por un camino correcto.*

*A mi madre por ser una mujer de ejemplo, que siempre esta hay conmigo apoyándome.*

*A mi Esposo Ronald por su apoyo, comprensión y felicidad durante toda mi carrera profesional y a mis hijos que los amo por su comprensión en los momentos más importantes de mi vida.*

*A mis hermanos Carlos y Ever por sus apoyos incondicionales y en los momentos difíciles durante el desarrollo profesional de mi carrera*



## RESUMEN

Un programa se elabora para atender en forma continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población estableciendo áreas de concentración con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concreto<sup>16, 17, 18</sup>. Los programas de salud bucal desarrollados, en la práctica casi no incorporan a niños preescolares, por el elevado costo que significa tratar dentición primaria, ya que las piezas son recambiadas; aunque teóricamente, la población infantil es prioritaria en los programas sanitarios.<sup>19</sup> **Objetivo:** evaluar el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en veinte comunidades de la provincia de Anta en el presente año. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversa; conformado por 100 familias de 20 comunidades con hijos de entre 3 a 5 años y que cumplan los criterios de selección. **Resultados:** estos indican que la atención individual y/o colectiva significa para la muestra de estudio el espacio más adecuado para el cuidado de su salud buco dental con un 68% de participación. Las estrategias de promoción y prevención de la salud bucodental están ausentes desde la percepción de la muestra de estudio. El valor promedio de dientes cariados en niños entre 3 a 5 años es de  $10,54 \pm 3,57$ ;  $0,48 \pm 0,98$  para dientes extraídos o perdidos y de  $0,96 \pm 1,17$  dientes obturados. El 58% de las personas encuestadas consideran al dentista como una persona que solo se dedica a curar, mas no a prevenir, El 68% afirma que, si cepillan sus dientes, el 72% tienen el hábito de cepillarse una vez al día, el 46% usa pasta de dientes y cepillo dental, el 98% no usan hilo dental, el 62% tienen mal aliento y el 62% de los encuestados visitan al dentista solo si tienen dolor de muelas. **Conclusiones:** no se ha logrado identificar ninguna estrategia de promoción y prevención de salud bucodental que se use convenientemente en las 20 comunidades de la provincia de Anta, la evaluación de la salud bucodental en niños de 3 a 5 años es pésima con respecto a los resultados obtenidos con los índices ceo e Índice de Green y Vermillion. No existe concientización de la población con respecto al cuidado de la salud bucodental, puesto que el dentista es percibido como una persona que solo cura, más no previene. La concordancia entre el quehacer del sector odontológico a nivel promocional y preventivo y el quehacer promocional educativo del sector docente, se ve reflejada en un deficiente cuidado de la salud bucal, es decir está ausente.

**Palabras clave:** promoción y prevención de la salud oral; salud pública, índice ceo, índice Greene y Vermillion.



## ABSTRACT

A program is developed to continuously address a limited set of problems or needs of specific groups of the population by establishing areas of concentration in order to optimize the use of existing resources to achieve disaggregated objectives in specific areas<sup>16, 17, 18</sup>. The oral health programs developed, in practice, almost do not incorporate preschool children, due to the high cost of treating primary dentition, because the pieces will be replaced; although theoretically, the child population is a priority in health programs. **Objective:** evaluate the impact of promotion and prevention programs for oral health in twenty communities in the province of Anta this year. **Methodology:** quantitative, descriptive, cross-sectional observational study; made up of 100 families from 20 communities with children between 3 and 5 years old and who meet the selection criteria. **Results:** these indicate that the individual and / or collective attention means for the study sample the most appropriate space for the care of the oral dental health with a 68% of participation. Strategies for the promotion and prevention of oral health are absent from the perception of the study sample. The average value of decayed teeth in children between 3 and 5 years is  $10.54 \pm 3.57$ ;  $0.48 \pm 0.98$  for missing or missing teeth and  $0.96 \pm 1.17$  sealed teeth. 58% of the people surveyed consider the dentist as a person who is only dedicated to cure, but not to prevent, 68% affirm that they brush their teeth, 72% have the habit of brushing once a day, the 46% use toothpaste and toothbrush, 98% do not floss, 62% have bad breath and 62% visit the dentist only if they have a toothache. **Conclusions:** it has not been possible to identify any strategy for the promotion and prevention of oral health that is conveniently used in the 20 communities of the province of Anta, the evaluation of oral health in children aged 3 to 5 years is very bad regarding the results obtained with the ceo Index and Green and Vermillion Index. There is no awareness of the population regarding oral health care, the dentist is perceived as a person who only cure, but does not prevent. The concordance between the work of the dental sector at a promotional and preventive level and the educational promotional work of the teaching sector, is reflected in poor oral health care, that is, it is absent. **Keywords:** promotion and prevention of oral health; public health, ceo index, Greene and Vermillion index.



## INDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	III
<b>DEDICATORIA</b> .....	IV
<b>RESUMEN</b> .....	V
<b>ABSTRACT</b> .....	VI
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	X
<b>INDICE DE CUADROS</b> .....	XII
<b>INDICE DE IMÁGENES</b> .....	XIII
<b>CAPITULO I</b> .....	1
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>1.1.Planteamiento del problema</b> .....	2
<b>1.2 Formulación del problema</b> .....	3
<b>1.2.1 Problema general</b> .....	3
<b>1.2.2 Problemas específicos</b> .....	3
<b>1.3 Objetivos</b> .....	3
<b>1.3.1 Objetivo general</b> .....	3
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	3
<b>1.4 Justificación</b> .....	4
<b>1.4.1. Relevancia científica</b> .....	4
<b>1.4.2. Relevancia social</b> .....	4
<b>1.4.3. Implicancias prácticas</b> .....	4
<b>1.4.4. Valor teórico</b> .....	5
<b>1.4.5. Utilidad metodológica</b> .....	5
<b>1.5 Limitaciones de la investigación</b> .....	5
<b>1.5.1. Limitaciones bibliográficas.</b> .....	5
<b>1.6 Aspectos éticos</b> .....	6



<b>CAPITULO II</b> .....	7
<b>2.1 Antecedentes de investigación.</b> ....	7
<b>2.1.1 Antecedentes internacionales.</b> .....	7
<b>2.1.2 Antecedentes nacionales.</b> .....	11
<b>2.2 Bases teóricas.</b> ....	14
<b>2.2.1 Conceptos básicos en promoción y prevención en salud bucodental</b> .....	14
<b>2.2.2 Promoción y prevención de la salud bucal en el Perú</b> .....	14
<b>2.2.3 Programas de salud bucal</b> .....	15
<b>2.2.4 Situación de salud en la provincia de anta.</b> .....	19
<b>2.2.5 Indicadores epidemiológicos<sup>25</sup></b> .....	22
<b>2.1.Marco conceptual.</b> .....	22
<b>2.2.Variables</b> .....	24
<b>2.5 Operacionalización de variables</b> .....	24
<b>CAPITULO III</b> .....	28
<b>3.1Tipo y nivel de investigación</b> .....	28
<b>3.2 Población y muestra</b> .....	28
<b>3.3 Criterios de selección.</b> .....	29
<b>3.3.1 Criterios de inclusión.</b> .....	29
<b>3.3.2 Criterios de exclusión</b> .....	29
<b>3.3.3Tamaño de muestra</b> .....	29
<b>3.4 Técnicas de recolección de datos e información</b> .....	30
<b>3.4.1 Técnicas</b> .....	30
<b>3.4.2 Instrumentos</b> .....	30
<b>3.5 Análisis e interpretación de la información</b> .....	31
<b>CAPITULO IV</b> .....	32
<b>RESULTADOS</b> .....	32
<b>CAPITULO IV</b> .....	53



<b>DISCUSION</b> .....	53
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	56
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	60





## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b>	ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL USADAS EN 20 COMUNIDADES DE LA PROVINCIA DE ANTA.....	32
<b>TABLA 2:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PARA PROMEDIO DE DIENTES CARIADOS.....	33
<b>TABLA 3:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PARA PROMEDIO DIENTES EXTRAÍDOS.....	34
<b>TABLA 4:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA PARA PROMEDIO DIENTES OBTURADOS.....	35
<b>TABLA 5:</b>	IDENTIFICACIÓN DE FALENCIAS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.....	38
<b>TABLA 6:</b>	HÁBITO MÍNIMO DE CEPILLADO DENTAL.....	39
<b>TABLA 7:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA PERIODICIDAD DE SU ENJUAGUE BUCAL.....	40
<b>TABLA 8:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL MATERIAL DE CEPILLADO DENTAL.....	41
<b>TABLA 9:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI CEPILLAN CADA UNO DE SUS DIENTES CON CUIDADO.....	42
<b>TABLA 10:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA LIMPIEZA DE LA LENGUA.....	43
<b>TABLA 11:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI USAN HILO DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL.....	44
<b>TABLA 12:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI TIENEN ALGÚN HÁBITO DE HIGIENE BUCAL.....	45
<b>TABLA 13:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLAN SUS DIENTES.....	46
<b>TABLA 14:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI HA NOTADO QUE TIENE DEPÓSITOS PEGAJOSOS BLANCOS EN SUS DIENTES.....	47
<b>TABLA 15:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA PRESENCIA DE MAL ALIENTO.....	48



<b>TABLA 16:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI VISITAN AL DENTISTA SOLO SI TIENEN DOLOR DE MUELAS.....	49
<b>TABLA 17:</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI USAN PASTILLAS REVELADORAS DE PLACA BACTERIANA PARA COMPROBAR LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES.....	50
<b>TABLA 18:</b>	MONITORIZACIÓN DE CEPILLADO DENTAL EN CLASE.....	51



## INDICE DE CUADROS

<b>CUADRO 1:</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ÍNDICE DE GREEN Y VERMILLON POR SEXO.....	36
<b>CUADRO 2:</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ÍNDICE DE GREEN Y VERMILLON POR EDAD.....	37



## INDICE DE IMÁGENES

<b>IMAGEN 1:</b> Ámbito de estudio .....	28
<b>FOTOS:</b> Visitas a cada comunidad con el programa de vaso de leche.....	77
<b>FOTOS:</b> Vistas de las comunidades más alejadas de la provincia de anta.....	78
<b>FOTOS:</b> Levantamiento del estudio de cada familia.....	81



## CAPITULO I INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación plantea una evaluación del impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en veinte comunidades de la provincia de Anta, Cusco 2019, no solo en los núcleos familiares seleccionados como muestra sino en los niños de entre 3 a 5 años con dentición decidua.

Esto implica que los resultados obtenidos como resultado del presente trabajo de investigación mostrara si realmente los programas existentes están adecuadamente encaminados según la realidad inmediata de las comunidades en donde son aplicadas y como es el sentir de la población respecto al cuidado de la salud bucodental y el quehacer del personal odontológico y su participación con otros actores sociales que deberían estar inmersos en las políticas de salud.

La investigación consta de cuatro capítulos los cuales son detallados a continuación:

En el Capítulo I se analizara el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en las comunidades de la provincia de Anta mediante el planteamiento de interrogantes y objetivos que nos ayudaran a encaminar el estudio.

El Capítulo II abordara los fundamentos teóricos y antecedentes tanto locales, nacionales e internacionales que nos permitan evaluar el desempeño de estos programas tanto dentro como fuera de la región y del país, profundizando en el conocimiento con respecto al impacto que debería tener un programa de promoción y prevención frente a las necesidades de una comunidad.

El Capítulo III presentara el diseño metodológico adoptado para la obtención de los datos y el procesamiento de estos para encontrar respuestas a nuestras interrogantes.

En el Capítulo IV serán expuestos los resultados y la interpretación de cada uno de ellos, además de las conclusiones, sugerencias y recomendaciones derivadas de estos



### 1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, por lo que si existen alteraciones o focos infecciosos en la cavidad bucal no podremos hablar de salud.

El Ministerio de Salud (MINSA) refiere que las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar de la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de salud pública en el Perú<sup>1</sup>, al hacer el diagnóstico sobre el estado de la situación actual de la salud bucal en nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA) nos informa que cerca del 90% de la población padece de caries dental y de otras enfermedades como la enfermedad periodontal y mal oclusiones, el 10% de la población ha perdido una o más piezas dentales; y, el 60% de la población preescolar y el 90% de escolares y adolescentes tiene al menos una lesión cariosa.<sup>2</sup>

Podría afirmarse que una intervención temprana de promoción y prevención para la salud bucodental resultaría beneficiosa para reducir los índices de afectación de muchas de las enfermedades, lo que nos remite al análisis del impacto y eficiencia que pueden tener la presencia de los programas masivos para la salud bucodental que al ser colectivos o comunitarios dejan de lado su condición de preventivas y promocionales, para hacer de la odontología una práctica más rehabilitadora que preventiva más que todo en la población preescolar de comunidades andinas y alto andinas, en las cuales estas deberían ser rediseñadas de acuerdo a sus necesidades, nivel cultural y económico; es decir, de acuerdo a su realidad inmediata, donde por ejemplo no sirve de mucho una charla extensa y con términos prolijos cuando la comunidad es quechua hablante y no tiene agua potable.

En tal sentido, el propósito de esta investigación radica en evaluar el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en veinte comunidades de la Provincia de Anta en el presente año.



## 1.2 Formulación del problema.

### 1.2.1 Problema general

¿Cuál es el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en las comunidades de la Provincia de Anta?

### 1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las estrategias de promoción y prevención de salud bucodental usadas en las comunidades de la Provincia de Anta?
2. ¿Cómo es el estado de salud bucodental respecto a caries e higiene oral en los niños de entre 3 a 5 años de las comunidades del distrito de Anta donde están siendo ejecutados los diferentes programas de promoción y prevención para la salud bucodental?
3. ¿Cuáles serán las falencias que los programas de promoción y prevención para la salud bucodental del ministerio de salud demostraran frente a las necesidades de las comunidades?
4. ¿Existe concordancia entre el Programa de promoción y prevención del sector Odontológico y el programa preventivo promocional del sector docente?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo general

Evaluar el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en 20 comunidades de la provincia de Anta.

### 1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las estrategias de promoción y prevención de salud bucodental usadas en 20 comunidades de la provincia de Anta.
2. Examinar la salud bucodental con respecto a la presencia de caries e higiene oral mediante los índices CEO y Greene y Vermillon en niños de 3 a 5 años en 20 comunidades de la provincia de Anta.
3. Identificar las falencias de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental del ministerio de salud frente a las necesidades de las comunidades.



4. Establecer la concordancia entre el quehacer del sector odontológico a nivel promocional y preventivo y el quehacer promocional educativo del sector docente.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1. Relevancia científica**

Si bien es cierto que los programas de promoción y prevención son diseñados para evitar la instauración de la enfermedad y han sido diseñados bajo los controles de las autoridades pertinentes, evaluar el impacto que estos pueden tener en poblaciones andinas y alto andinas como las comunidades de la Provincia de Anta podrá ayudarnos a entender mejor si estos realmente están diseñados y planificados para una población que en su mayoría carece de acceso a los servicios básicos y de salud y tiene muchas veces diferencias culturales y léxicas, pudiendo otorgar información valiosa para poder rediseñar los programas preventivo-promocionales.

### **1.4.2. Relevancia social**

Al ser identificadas las falencias de los programas de promoción y prevención podrán rediseñarse las estrategias de acuerdo al grupo etario y al tipo de población donde se intervendrá con estos programas, mejorando los resultados con estrategias que no solo vengan del MINSA sino también que cuenten con el respaldo de la municipalidad, autoridades comunales, estamento educativo y el propio núcleo familiar.

### **1.4.3. Implicancias prácticas**

Los programas promocionales y preventivos surgen para mejorar las condiciones de salud bucodental que están catalogados como problemas de salud pública, el componente promocional al fomentar la educación para la salud puede ser redirigida nuevamente al sector educativo, impulsando estrategias que conjuntamente al componente preventivo puede tener impacto en el control de la experiencia de caries, mejorando la higiene no solo de la población preescolar y





escolar sino también de la comunidad, considerando ciertas medidas de socialización como el tiempo necesario y el idioma correcto para captar el interés de la población, lográndose una verdadera promoción que coadyuve a la prevención en sus objetivos de salud.

#### **1.4.4. Valor teórico**

Los resultados obtenidos en nuestra investigación podrán sugerir adaptaciones o nuevas políticas y estrategias de intervención para la promoción y prevención para la salud bucodental al exponerse las limitaciones o falencias. Podrán ser expuestas las sugerencias de las mismas comunidades y de sus representantes además de las necesidades del propio equipo de profesionales odontólogos como parte del equipo de salud como también de las autoridades distritales.

#### **1.4.5. Utilidad metodológica**

Para nuestra investigación será necesario la aplicación de índices validados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la presencia de caries dental e higiene dental, pero también será necesario crear un instrumento que permita analizar el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucal a manera preguntas y respuestas simples que nos hagan entender si realmente los programas cumple la función para la cual fueron diseñados.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

#### **1.5.1. Limitaciones bibliográficas.**

- a. . Los antecedentes de estudios sobre evaluación de impacto de las estrategias de promoción y prevención de la salud bucal, han sido escasos. Lo que si se tiene es la descripción del Índice de Higiene Oral, mas no así el impacto de diferentes estrategias. En buena cuenta el impacto se debería medir tomando en cuenta un valor basal, y compararlo con la realidad después de haber sucedido el programa.
- b. De otro lado, la recolección de datos ha sido dificultoso por la lejanía de las comunidades que comprenden el ámbito de estudio, aun así se ha logrado completar el número de encuestas previstas en el diseño



metodológico, desde luego la saturación se muestra ya en el 50 % de los datos.

#### **1.5.2. Limitaciones económicas.**

No existen limitaciones económicas referentes a costos de insumos ni materiales.

#### **1.6 Aspectos éticos**

Los datos obtenidos serán confidenciales y serán manejados de manera respetuosa y fidedigna, estos serán obtenidos previos a la firma del consentimiento informado por cada participante siendo, si es necesario; explicado en quechua para su mejor entendimiento y mayor aceptación.



## CAPITULO II

### 2.1 Antecedentes de investigación.

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales.

**Cruz, y Cols en su trabajo titulado “Aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas”,** evaluaron el Programa de Salud Bucal en alumnos de escuelas primarias mexicanas, el estudio de intervención comunitaria se hizo en dos escuelas primarias públicas de la Secretaria de Salud, en la Delegación de Tlalpan, Ciudad de México. Se incluyeron 111 alumnos de quinto grado de primaria, 53 pertenecientes a la escuela primaria pública del turno matutino "Río Pánuco" como grupo de intervención con aplicación del Programa de Salud Bucal (grupo de trabajo), y 58 correspondientes a la escuela "Ignacio Rodríguez Galván", sin intervención (grupo control). A todos los alumnos se les realizó determinación de los índices de dientes cariados, perdidos y obturados temporales, y permanentes, y el índice periodontal comunitario. Para el análisis estadístico inferencial se utilizó U de Mann-Whitney y chi cuadrado de Pearson, con nivel de significancia 0,05. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 22. El promedio de edad de los niños de la escuela con intervención fue de 10,9 y de la escuela control de 10,8. En el índice para dentición temporal, el promedio de dientes cariados fue de 0,49 (IC 95 % 0,07-0,91) para la escuela que intervino en el programa, y de 1,10 (IC 95 % 0,70-1,51) para escuela sin intervención, con diferencias estadísticas significativas ( $p= 0,003$ ). En el índice periodontal comunitario, se obtuvo 92,4 % de escolares sanos para la escuela que intervino en el programa, y de 70,68 % para la escuela sin intervención, con diferencia estadística significativa ( $p= 0,003$ ). Los resultados muestran que el programa es efectivo ya que la población intervenida presenta mejores condiciones de salud bucal que los escolares del grupo control, diferencia esta clínicamente relevante.<sup>3</sup>



**Pegon-Machat, Jourdan y Tubert-Jeannin, en su trabajo titulado “Oral Health inequalities: Determinants of Access to prevention and care in France”** (Inequidades de la salud oral: Determinantes del acceso a la prevención y cuidado en France), aplicaron un modelo de acceso a la atención de salud centrado en el paciente, que describe las interacciones ideales entre los individuos y el sistema de atención de salud en el campo de la salud oral en el contexto francés. Este modelo define el acceso a la atención de salud como el resultado de las interacciones entre los individuos y el sistema de atención de salud, en el que se perciben las necesidades de salud, se busca la atención de salud, se accede a las estructuras de atención de salud y se utilizan de manera efectiva. El análisis se basó en datos bibliográficos cuantitativos y cualitativos adquiridos a través de un enfoque sociológico explicativo. Los resultados demostraron que las poblaciones socialmente desfavorecidas enfrentan muchas barreras que impiden su acceso a la atención dental: la necesidad de atención dental no se percibe necesariamente y, cuando se percibe, la atención dental no se busca de inmediato, el acceso a las estructuras de atención dental es difícil y la asistencia dental es errática, por lo que esta revisión proporciona información a los tomadores de decisiones para apoyar las políticas de salud regionales y para ayudar a implementar estrategias de salud pública de acuerdo con el principio de universalismo proporcionado. Se identificaron dos ejes para la acción, a saber, integrar las intervenciones de promoción de la salud oral en los programas de promoción de la salud y reorganizar gradualmente el sistema de atención dental para que sea más accesible para todos.<sup>4</sup>

**Begeron, Talbot y Garboursy en su trabajo de investigación titulado “Realist evaluation of intersectorial oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural andean communities: a research protocol”** (Evaluación realista de las intervenciones intersectoriales de promoción de la salud oral para niños que viven en comunidades rurales andinas: un protocolo de



investigación), demostraron que una cooperación insuficiente con las partes interesadas locales durante el proceso de implementación de programas de promoción y prevención para la salud oral, explica el bajo desempeño de varios programas de promoción de la salud, por lo tanto, es necesaria la colaboración intersectorial para optimizar la efectividad y la eficiencia de los programas y asegurar su sostenibilidad; por lo que desarrollaron una investigación cualitativa y cuantitativa que pudiera realizar una investigación realista en comunidades altoandinas, basándose en un desarrollo de un modelo lógico, desarrollo de una teoría inicial, recopilación de datos, análisis de los datos y validación y refinamiento de la teoría inicial. Los investigadores concluyeron que para la práctica clínica esta investigación proporcionara recomendaciones para mejorar las intervenciones de promoción de la salud oral y propondrá estrategias centradas en la colaboración intersectorial.<sup>5</sup>

**Silveira, y cols en su trabajo titulado “Potential effectiveness of strategies to promote oral Health in primary Health care: comparative study among Brazilian capitals and regions”** (Potencial efectividad de las estrategias para promover la salud bucal en la atención primaria de salud: estudio comparativo entre capitales y regiones brasileñas), evaluaron la efectividad potencial de las estrategias de Promoción de Salud Oral (OHP), que se llevan a cabo por equipos de atención primaria de salud (APS) en las capitales y regiones de Brasil, por lo que entrevistaron a una muestra de 1,848 dentistas (1,819 respuestas válidas) que trabajaban en el APS de 26 capitales y el Distrito Federal. Se utilizó la efectividad de la herramienta de evaluación para la promoción de estrategias de salud bucal. Está compuesto por 23 indicadores agrupados en tres dimensiones: salud oral, políticas públicas de salud y desarrollo humano y social. Las respuestas se organizaron en una escala de Likert (1 a 5), y la puntuación final obtenida para cada unidad de muestra pudo variar de 23 a 115. Los valores de puntuación más altos indicaron un mayor potencial de la estrategia para promover la salud



bucal. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las unidades de geopoblación analizadas considerando el objeto de estudio. Las regiones Sureste y Sur tuvieron un mejor desempeño para las estrategias de OHP en comparación con las otras regiones de Brasil ( $p \leq 0.01$ ). Concluyéndose que las estrategias de OHP identificadas en el estudio fueron heterogéneas, con mejores resultados a favor de las regiones del sudeste, con desventajas para las personas que viven en capitales del centro-norte-noreste de Brasil, por lo que se deben realizar esfuerzos para calificar a los equipos de APS, especialmente para aquellos en regiones desfavorecidas. Por lo tanto, se requiere una alineación de las estrategias de PSB a los principios y valores de la promoción de la salud, dirigidos a los determinantes de la salud social (SHD) y para combatir las desigualdades en la salud oral.<sup>6</sup>

**Heilmann, Sheiham, Watt y Jordan (2016), en su trabajo titulado: “The common risk factor approach - an integrated population- and evidence-based approach for reducing social inequalities in oral Health”** (El enfoque del factor de riesgo común: un enfoque integrado basado en la población y la evidencia para reducir las desigualdades sociales en la salud oral); indican que en todo el mundo, las enfermedades no transmisibles, incluidas las caries dentales y las enfermedades periodontales, siguen siendo un importante problema de salud pública. Además, existe un gradiente social en salud en toda la sociedad que se extiende de arriba a abajo de forma lineal y por etapas. Las conductas que promueven la salud se vuelven más difíciles de sostener más abajo en la escala social. Las desigualdades en salud oral también existen en Alemania. Las explicaciones anteriores de las desigualdades sociales se han centrado principalmente en los factores del estilo de vida individual, ignorando los determinantes sociales más amplios de la salud y la enfermedad. Hasta hace poco, los enfoques dominantes de la promoción de la salud general se centraban en acciones para reducir enfermedades específicas, separando la salud oral de la salud



general. Un enfoque alternativo es el enfoque del factor de riesgo común (CRFA) donde los factores de riesgo comunes a una serie de enfermedades crónicas importantes, incluyendo las enfermedades de la boca y los dientes, se abordan. El CRFA se centra en los determinantes subyacentes comunes de la salud para mejorar la salud general de las poblaciones, reduciendo así las desigualdades sociales. La principal implicación del CRFA para las políticas de salud oral es trabajar en asociación con una variedad de otros sectores y disciplinas. Los problemas de salud bucal deben integrarse con recomendaciones para promover la salud general. Las mejoras en la salud bucal y la reducción de las desigualdades en la salud bucal son más probables al trabajar en asociación entre sectores y disciplinas utilizando estrategias que se centran en los factores determinantes subyacentes de las enfermedades orales. La principal implicación del CRFA para las políticas de salud oral es trabajar en asociación con una variedad de otros sectores y disciplinas.<sup>7</sup>

### **2.1.2 Antecedentes nacionales.**

**Castañeda en su trabajo de investigación titulado: “Comportamiento de los padres de familia y del docente en la prevención de la salud oral de los niños de la Institución Educativa Divino Maestro de Villa el Salvador, tercer trimestre, 2016”,** describe y analiza el comportamiento de los padres de familia y del docente en la prevención de la salud oral de los niños de la Institución Educativa Divino Maestro de Villa el Salvador, tercer trimestre, 2016. La población estuvo constituida por los padres de familia y maestros; y la muestra estuvo conformada por 86 padres y 45 docentes de la IE antes mencionada. La investigación está basada en las respuestas obtenidas de la aplicación de los cuestionarios, a 45 docentes (19 hombres y 26 mujeres), con edades comprendidas entre 25 a 40 años. Así mismo, se aplicó un cuestionario dirigido a los padres de familia, de edades comprendidas de 25 a más; representados por 72 mujeres (83,3%) y 14 varones (16,7%). Obteniendo como resultados



que el nivel de conocimiento de los padres de los niños evaluados fue bueno en 4,7, del mismo modo que en los docentes con 64,4%. Siendo los docentes los que mayor nivel de conocimiento presentan. La actitud sobre prevención oral de los padres de los niños y de los docentes evaluados fue adecuada en 83,7% y 68,9% respectivamente e inadecuada en 31,1%. Siendo los padres los que mejor actitud presentaron. La conducta sobre prevención oral de los padres y de los docentes evaluados fue adecuada en 76,7% y 77,8% respectivamente. No existe diferencia en la conducta sobre prevención oral entre los padres de familia y los docentes evaluados. Se debe destacar que los docentes prestaron mucha ayuda en la investigación y mostraban interés, los resultados obtenidos comprometen a los maestros y padres de familia a ser más perseverantes en el cuidado y fomento de la salud e higiene oral de los escolares.<sup>8</sup>

**Espinosa-Usaqui y Pachas-Barrionuevo, hicieron un artículo de revisión donde hacen referencia a los programas preventivos promocionales de salud bucal, partiendo de la identificación de la problemática de salud bucal, con revisión de conceptos de los determinantes de la salud, prevención y promoción.** Se explican los componentes de un programa en el que se incluyen objetivos, metas, técnicas y estrategias, actividades, recursos, etapas y además se analiza la propuesta de la OMS. La prevención con flúor vía sistémica y tópica y la aplicación de los sellantes de fosas y fisuras fueron las estrategias más utilizadas por los programas. Por su eficiencia y eficacia, la fluorización de sal de consumo humano y del agua potable, constituyen los programas con más impacto sobre la Salud oral, según experiencias reportadas en diversos países de Europa, Asia, América y el Caribe. En el Perú, el programa empleado es la sal fluorada a cargo del Ministerio de Salud (MINSA). Los programas con fuerte contenido promocional basado en los principios de la promoción de la salud pretenden de un lado implementar políticas saludables en el cuidado de la salud, crear espacios saludables con énfasis en escuelas, orientar los servicios de salud a lo preventivo,





organizar a la población y modificar conductas de riesgo a través de acciones de instrucción de higiene oral, disminución del consumo de carbohidratos, uso de pasta dental con flúor y visitas al dentista. Se obtuvo mejores resultados en la mejora de la salud bucal, cuando se emplearon ambos componentes, preventivo y promocional.<sup>9</sup>



## 2.2 Bases teóricas.

### 2.2.1 Conceptos básicos en promoción y prevención en salud bucodental

La identificación y cuantificación de las necesidades de salud oral de una población constituyen los primeros y necesarios pasos para llevar a cabo una adecuada planificación de la política sanitaria.<sup>10</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como la ausencia de dolor crónico orofacial.<sup>11</sup> Los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. La salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.<sup>12, 13, 20</sup>

La salud pública bucal se define como la ciencia y la práctica en la prevención de enfermedades bucales, promoción de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida a través de esfuerzos organizados de la sociedad. Downer define a la salud pública oral como “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad oral, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”.<sup>14, 15, 20</sup>

### 2.2.2 Promoción y prevención de la salud bucal en el Perú

La promoción es una práctica social ligada a la salud, que se centra en alcanzar la equidad y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un auto control sobre la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) asume la promoción de la salud como una dimensión del trabajo que ubica su



centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, en articulación con el Ministerio de Educación, impulsa políticas y genera alianzas en favor de la educación para la salud, con el propósito de contribuir al desarrollo integral de las y los estudiantes. La educación para la salud aborda la transmisión de información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, y también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas para el autocuidado de la salud.<sup>20, 21</sup>

Es bien sabido que la educación en salud dental no sólo redunda en la prevención al crear hábitos favorables, también a menor costo y mayor beneficio cuando se aplica desde edades tempranas, ya que gracias a la intervención oportuna pueden evitarse enfermedades o tratarse a un costo reducido. Asimismo, al no existir la costumbre de la promoción y prevención bucodental se ignora el valor que les corresponde. El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de promocionar la salud y prevenir una enfermedad o sus complicaciones es mayor que el que se obtiene por atenderlo.<sup>22</sup>

### **2.2.3 Programas de salud bucal**

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



utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos”<sup>16, 17, 18</sup>

Generalmente, los programas de salud bucal desarrollados, en la práctica casi no incorporan a niños preescolares, debido a que representan para el gobierno un elevado costo por tratarse de dentición primaria, que en definitiva son unidades dentarias que se recambian; aunque teóricamente, la población infantil es tomada siempre como prioritaria en los programas sanitarios. La odontología comunitaria es considerada como la alternativa específica para el cambio y logro de la solución de los problemas de salud bucal del individuo, familia y colectivo, y cuyo basamento científico está dado esencialmente por los conocimientos de salud pública y de odontología preventiva.<sup>19</sup>

### **2.2.2.1 Componentes de un programa preventivo promocional de la salud bucodental**

Todo programa se compone de los siguientes elementos: <sup>9</sup>

- **Propósitos:** aluden a los valores y a las intenciones del programa.
- **Objetivos:** son declaraciones que describen las transformaciones que se pretenden lograr sobre situaciones existentes.
- **Metas:** son objetivos altamente especificados en magnitud y tiempo, son perspectivas mensurables tanto cuantitativa como cualitativamente, coherentes con los objetivos propuestos.
- **Técnicas y estrategias:** se refiere a como se llevaran a cabo los objetivos del programa, es decir; son las diversas maneras de proceder para poner en marcha el programa en las mejores condiciones posibles.
- **Actividades:** son las diversas tareas mensurables, tangibles y recurrentes que tienen en común conseguir un objetivo específico. Durante el desarrollo de actividades, se hace el monitoreo que es un proceso técnico administrativo que se realiza sobre actividades claves, de forma continua. En cuanto a evaluación, se efectúan a



dos niveles, a) Evaluación de resultados, que se da al final del programa. b) Evaluación del proceso, que se realiza durante la ejecución del programa.

- **Recursos:** se refiere como se llevara a cabo la propuesta, el empleo de insumos tanto humanos como materiales, medios financieros e infraestructura.
- **Ámbitos:** se refiere en donde se implementara el programa.
- **Beneficiarios y/o destinatarios:** responde a quien fue pensado y orientado el programa.
- **Fases o etapas:** incluyen desde la evaluación inicial o diagnóstico, el desarrollo de las actividades y la evaluación final o resultados.
- **Cronograma:** es un esquema donde se distribuye y organiza en forma de secuencia temporal el conjunto de actividades programadas.
- **Responsables:** alude a quienes responden y sostiene el programa.

#### **2.2.2.2 Programas preventivos y promocionales usados actualmente en el Perú**

Los programas promocionales y preventivos buscan evitar la instauración de las enfermedades bucodentales, en razón de esta premisa las medidas de prevención, que se organizan a través de programas de promoción y prevención; actualmente en uso en nuestro país son<sup>9</sup>:

**Programa de fluorización del agua** de consumo, por el cual la Organización Mundial de la Salud recomienda como valor guía para fluoruro en aguas el 1.5 mg/l

**Programa de fluorización de la sal** de consumo por el cual se recomienda que la dosis diaria de sal necesaria para las personas es de 0.05 a 0.07 mg/kg del peso corporal.



**Programa de fluorización** mediante colutorios en concentración de 0.02% de solución de fluoruro de sodio en enjuagues bucales semanales o quincenales o gel de fluoruro de sodio al 0.2% y clorhexidina al 0.2% utilizándose en enjuagatorios bucales o en el cepillado dental.

Fluorización mediante el uso de pasta dentífrica a 500 ppm para niños hasta los 10 años en territorios con flúor sistémico en agua o sal o en concentraciones mayores para el resto.

Aplicación de fluoruros por profesionales ya sea gel de sodio neutro al 1.1% o al 2% y gel fluorfosfato acidulado al 1.23%

**Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.**

**Aplicación de Ionomero de vidrio mediante la técnica de restauración a traumática (TRA)**

Actividades de promoción desde un enfoque basado en los factores de riesgo comunes.

Inclusión de las gestantes y preescolares y escolares a la población de riesgo.

**Programa de autocuidado** con buenas prácticas de higiene bucal en la población escolar.

**Atención individual (consejería) y/o colectiva (charlas educativas)**

**Programa piloto campaña televisiva.**

**Programa de promoción de salud bucal para padres de infantes.**

**Programa educativo** mediante el convenio marco de cooperación técnica entre el ministerio de educación y el ministerio de salud.



## 2.2.4 Situación de salud en la provincia de Anta.

Los ámbitos rurales siguen siendo los espacios más pobres y en los que predominan las enfermedades infecto contagiosas, siendo los grupos más vulnerables las gestantes, madres lactantes y menores de 5 años, siendo la desnutrición crónica, las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas las más prevalentes, por lo que puede estimarse que la salud oral pasa a segundo plano.<sup>23</sup>

La situación socioeconómica en que se encuentra la población es otro factor determinante de la condición de la salud. En el caso de la provincia de Anta, cinco de sus distritos: Chinchaypucyo, Huarcondo, Limatambo, Zurite y Ancahuasi, fueron catalogados como muy pobres y cuatro como pobres: Mollepata, Anta, Cachimayo y Pucyura (mapa de pobreza-FONCODES). Para esta medición se utilizaron los indicadores de nutrición, salud, educación y servicios básicos.<sup>23</sup>

### 2.2.4.1 Servicios de salud

La demanda de los servicios de salud está constituida por 57905 habitantes donde la cobertura es insuficiente. Los servicios de salud en la provincia de Anta son ofertados por el Ministerio de Salud – MINSA, Servicio Municipal de Salud y el subsector privado Almería Solidaria que está ubicado en la comunidad de K`ataniray. El Centro de Salud de Anta tiene la modalidad de CLAS que debe involucrar a la participación comunitaria en la gestión<sup>24</sup>, mientras que el Servicio Municipal de Salud mediante convenio con Es Salud ofrece sus servicios en medicina y odontología a 2376 asegurados y 7209 no asegurados de la provincia incluyéndose también en la oferta de salud a los programas preventivo-promocionales.<sup>23</sup>

Los establecimientos presentan algunos problemas como los mecanismos de referencia entre puestos de salud y centros de salud, desequilibrio e inequidad en la asignación de logística y recursos humanos que se traduce en una ineficiente prestación de servicios. A lo



que se suma la individualización y poca concertación entre las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud de la misma provincia.<sup>23</sup>

#### **2.2.4.2 Cobertura y acceso a los servicios de salud**

Del 100% de la población el 28% no accede a los servicios, lo cual nos confirma que la población especialmente la rural, no está recibiendo ningún tipo de servicio y estaría siendo tipificada como un grupo vulnerable y de alto riesgo para la presencia de enfermedades y muertes. Por esta razón, urge establecer estrategias que involucren la participación ciudadana, autoridades e instituciones que trabajan el tema de salud, lideradas por el sector salud a partir de su área de vigilancia comunitaria en salud, desde la premisa de concertar acciones para un verdadero desarrollo humano de la provincia de Anta.<sup>23</sup>

El acceso a los servicios de salud se ve dificultado por factores económicos, geográficos, organizacionales, culturales, físicos y lingüísticos, ya que algunas comunidades están más alejadas de las capitales distritales en las cuales la mayoría de los establecimientos de salud están ubicados en estas. Otras barreras para el acceso a los servicios de salud es el limitado horario de atención, algunas actitudes discriminatorias de parte del personal de salud y la priorización para los que los de la zona urbana; la salud de la población también es afectada por el deficiente acceso al agua potable y a sistemas adecuados de evacuación y tratamiento de las aguas servidas.<sup>23</sup>

#### **2.2.4.3 Indicadores de salud**

Los problemas de salud de la población demuestran que las primeras causas de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas crónicas, parasitosis y enfermedades de la piel. La provincia de Anta muestra niveles de desnutrición crónica infantil alta (46%14), en comparación a las tasas regional (43%) y





nacional (26,7%). Entre los distritos con mayor riesgo están Chinchaypucyo, Limatambo, Ancahuasi y Huarcondo. También preocupa el número elevado de casos de violencia familiar (321 casos) y el alcoholismo por consumo excesivo del alcohol metílico en las zonas rurales.<sup>23</sup>

#### **2.2.4.4 Promociones de la salud y prevención de la enfermedad**

Los programas contemplados para reducir los índices de afectación de la población proponen proyectos que ayuden a reducir los factores de riesgo y enfermedad a través del fortalecimiento de capacidades para la promoción de estilo de vida saludable de la persona, familia y comunidad, así mismo como programas para prevenir la aparición de enfermedades detener su avance si ya está instaurada y disminuir las consecuencias.<sup>23</sup>

Los programas consideran los siguientes proyectos:

- Fortalecimiento de las capacidades locales.
- Promoción de estilo de vida saludable.
- Actividades recreativas para el adulto mayor.
- Promoción y fortalecimiento de la mesa de concertación de salud a nivel distrital y provincial.
- Sistema de vigilancia nutricional en niños menores de cinco años.
- Lucha contra el alcoholismo.

Lastimosamente las enfermedades bucodentales no están presentes en las consideraciones para su prevención y menos para la promoción<sup>23</sup>, sin embargo esta ausencia puede dar lugar para evaluar y comprender el contexto y los mecanismos necesarios derivados de los programas nacionales para la promoción y prevención para la salud bucodental y demostrar en qué circunstancias estas deberían ser reformuladas respecto a los sectores en los que vive la comunidad y su realidad inmediata, porque resultaría necio hablar de fluorizar el agua cuando muchas de las comunidades no tiene acceso a servicios básicos, dar consejería y charlas educativas en un idioma diferente al



que hablan o mejorar sus hábitos alimenticios cuando sus ingresos económicos son ínfimos.

### 2.2.5 Indicadores epidemiológicos<sup>25</sup>

Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la investigación estomatológica. En la presente investigación usaremos estos indicadores para evaluar los efectos de las intervenciones de los diferentes programas de prevención y promoción para la salud bucal.

- **Índice ceo-d**

Se obtiene de la sumatoria de los dientes cariados, extraídos y obturados, se consideran 20 dientes

- **Índice de higiene bucal simplificado de Greene y Vermillion**

Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en el caso contrario de que los dientes no estén completamente erupcionados, no se revisarán esos dientes. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS, el cual tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

### 2.1. Marco conceptual.

- **Acción preventiva.**

Relativa a como se ha de prevenir, como elegir el tipo de medidas que se van a adoptar y el orden en el que se van a ejecutar.

- **Autocuidado.**

Se presenta conformado de dos palabras: auto del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un



constructo conceptual muy utilizado en salud. El autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo.

- **Calidad de vida.**  
Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.
- **Efectividad.**  
Es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es la capacidad de conseguir el resultado que se busca.
- **Estado de salud.**  
Se refiere a sus condiciones médicas (salud física y mental), sus experiencias en cuanto a reclamaciones, obtención de cuidados de salud, historia clínica, información genética, elegibilidad e incapacidad.
- **Impacto.**  
Efecto que determinado programa, negativo o positivo, pueda tener en el resultado final.
- **Prevención:**  
Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.
- **Programa:**  
Diseño de un conjunto de actuaciones, entre sí relacionados, para la obtención de una meta. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “un programa se elabora para atender en forma continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población estableciendo áreas de concentración con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos.
- **Promoción de la salud:**  
La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.



- Salud oral.

Es integral a la salud general y es esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos, es la ausencia del dolor o alteración orofacial.

## **2.2. Variables**

- a. Impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental.
- b. características sociodemográficos.

## **2.5 Operacionalización de variables**



Variable dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Medición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Naturaleza de la Variable
Impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental.	Efecto determinado del programa de promoción y prevención en la salud de las comunidades de la Provincia de Anta.	Resultado positivo o negativo frente al uso de programas de promoción y prevención para la salud bucal.	Nominal Cuantificable	Directa	Según estrategias de promoción y prevención	Estrategias de promoción y prevención individual Estrategias de promoción y prevención comunitarias	Cuestionario y ficha clínica	Estrategia individual  Estrategia Comunitaria	cualitativo
					Según estado de salud	Índice de higiene oral de Greene y Vermillion  Índice ceo-d		Buena Regular Mala  Cariados Extraídos Obturados	
					Según falencias observadas	Accesibilidad geográfica Económica Lingüística Quechua-0 Español-1 Ambos-2		AG =1 E = 2 L = 3	



					Según interacción salud-educación	Motivada No motivada		M = 0 NM = 1	
--	--	--	--	--	---	-------------------------	--	-----------------	--



**Covariables**

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Medición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Naturaleza De la Variable
Comunidades del Provincia de Anta	Poblaciones vulnerables en pobreza y extrema pobreza del Provincia de Anta	Valoración del poder adquisitivo y accesibilidad a los servicios de salud	Nominal	Directa	En pobreza	Clasificación SISFOH	Ficha de recolección de datos	En pobreza = 1 En extrema pobreza = 2	cuantitativo
					En extrema pobreza				

## CAPITULO III

### 3.1 Tipo y nivel de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal.

**Descriptivo:** se describirá los datos en el Odontograma.

**Observacional:** Porque se observa clínicamente la cavidad bucal

**Transversal:** Porque se recopilaran en un momento determinado

### 3.2 Población y muestra

**Población:**

Constituida por 546 personas de las 20 comunidades de la provincia de Anta inscritas bajo el padrón de vaso de leche.



Fuente1: [www.munianta.gob.pe](http://www.munianta.gob.pe)





### **Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 5 familias de cada comunidad que tengan hijos de entre 3 a 5 años y que cumplan los criterios de selección un total de 100 familias seleccionadas de acuerdo a la planilla de padrón de vaso de leche.

## **3.3 Criterios de selección.**

### **3.3.1 Criterios de inclusión.**

- a. Familias constituidas por padres e hijos en edad preescolar de entre 3 a 5 años.
- b. Familias que pertenezcan a una de las 20 comunidades de la Provincia de Anta y que tenga residencia fija.
- c. Familias catalogadas en pobreza y extrema pobreza. (Vaso de leche)
- d. Familias que deseen participar en el estudio.
- e. Familias que hablen quechua, español o ambos.
- f. Familias que hayan recibido charlas o consejería sobre salud bucal en los últimos 6 meses.
- g. Familias cuyos hijos hayan sido fluorizados de manera sistémica o en campañas.

### **3.3.2 Criterios de exclusión**

- a. Familias que no estén empadronadas.
- b. Familias cuyos hijos estén asistiendo al servicio de odontología por restauraciones.

### **3.3.3 Tamaño de muestra**

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia lo cual permitió escoger a los participantes de cada comunidad de la Provincia de Anta.



### 3.4 Técnicas de recolección de datos e información

#### 3.4.1 Técnicas

Las técnicas usadas fueron la observación directa, examen clínico y entrevista grupal

#### 3.4.2 Instrumentos

El instrumento fue tomado del trabajo previo de **Begeron, Talbot y Garboursy en su trabajo de investigación titulado “Realist evaluation of intersectorial oral helath promotion interventions for schholchildren living in rural andean comminities: a research protocol”** (Evaluación realista de las intervenciones intersectoriales de promoción de la salud oral para niños que viven en comunidades rurales andinas: un protocolo de investigación), el cual fue realizado 2017 donde fueron incluidos los diferentes participantes para explorar y entender la realidad, y donde el contexto incluyo elementos existentes del entorno donde se hizo la interpretación. Este cuestionarios es baso en la revisión política de salud oral por el gobierno peruano entre 2007y 2013.

El cuestionario seria sobre conocimiento, actitudes y comportamiento desarrollado y validado por **Poutanen R, Lahti S, Hausen H.**

Conocimientos actitudes y creencias relacionadas con la salud oral entre escolares de 11 a 12 años con diferentes comportamientos de salud oral. Acta Odontol Scand 2005

La recolección de datos se hizo en dos fases:

##### **PRIMERA FASE:**

Se solicitó el permiso respectivo de las autoridades comunales de cada comunidad para concertar una reunión y explicar el motivo de la investigación. Así mismo, fue solicitado el consentimiento respectivo en caso de pertenecer al presente estudio.

Se indago mediante reunión con las comunidades acerca de los programas en los que han sido incluidos en cuanto a salud bucal ahondándose en las falencias y sugerencias que pudieran tener.

También se indago sobre el rol de la municipalidad, centros de salud y escuelas en la prevención y promoción de la salud oral.

Todos los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de recolección de datos.



### **SEGUNDA FASE:**

Se solicitó a los centros de salud el reporte de atenciones de los últimos 6 meses y los programas ejecutados durante los últimos 6 meses.

Se evaluó el impacto de los programas de promoción y prevención usados mediante la observación directa de las familias seleccionadas por medio de un examen bucodental donde fueron evaluados el estado dental y el estado de higiene oral de los niños de entre 3 a 5 años utilizándose espejo y explorador bajo luz natural de día mediante los índices ceo y Greene y Vermillion respectivamente.

### **3.3 Análisis e interpretación de la información**

Se realizó un análisis cuantitativo de los resultados, el cual fue basado en función de los principios de la estadística descriptiva mediante la utilización del programa SPSS.

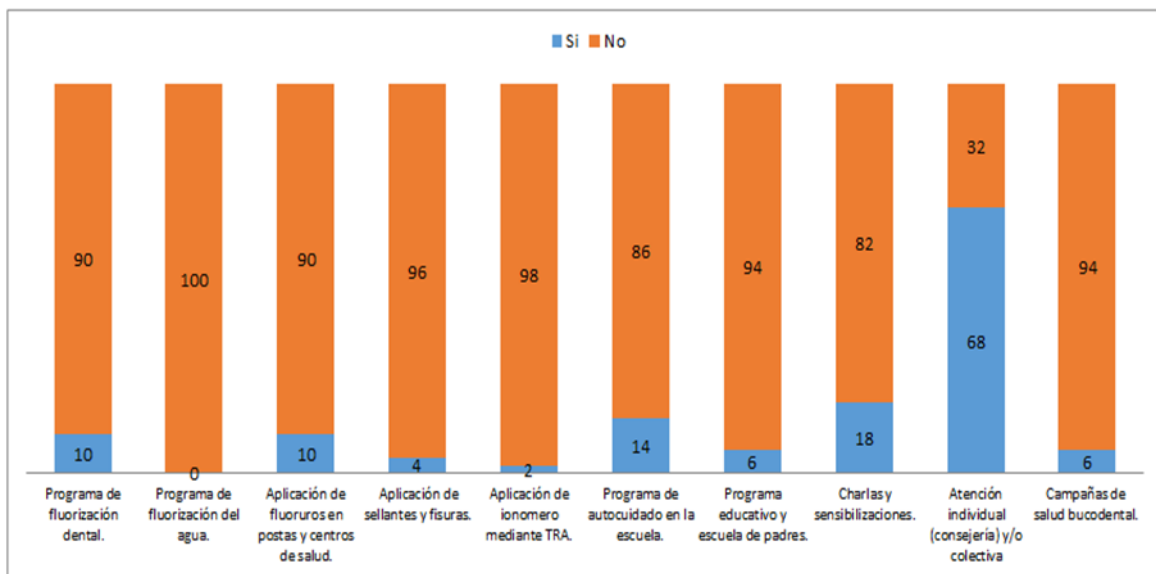
## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### Programas de promoción y prevención para la salud bucodental para la salud.

TABLA 1:

Estrategias de promoción y prevención de salud bucodental usadas en 20 comunidades de la provincia de Anta.



**Interpretación:** Como muestra en la tabla I de los programas desarrollados en las 20 comunidades de la Provincia de Anta se puede observar que los programas que impactaron, mejor en la población fue la Atención individual consejería y-o colectiva con 68%, seguido charla de sensibilización con 18%, programa de autocuidado con 14%, aplicación de flúor en postas y centro de salud con 10%, programa de fluorización dental 10%. Siendo los de menor porcentaje en cuanto al programa de fluorización de sal 0%, aplicación de Ionomero mediante TRA,2%, Aplicación de sellante y fisuras 4% y el programa educativo de escuela de padres 6%. Los cuales podrían dar mejores resultados si fueron considerados en las



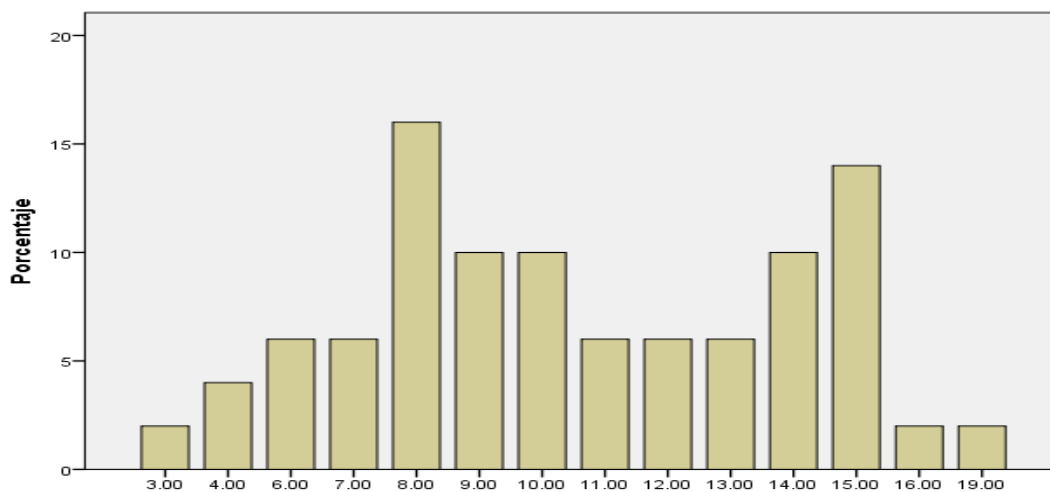
actividades, tanto en los cuadros como en acciones conjuntas del estamento educativo y de salud.

**Salud bucodental respecto a la presencia de caries dental e higiene oral mediante los índices CEO y GREENE Y VERMILLON en 20 Comunidades de la provincia de Anta.**

**Índice ceo**

**TABLA 2:**

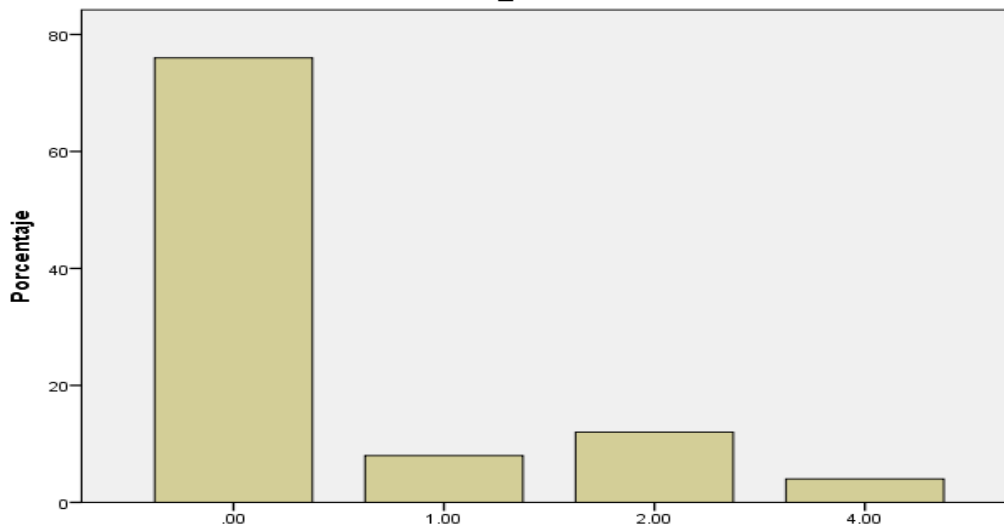
**Distribución de la muestra para promedio de dientes cariados**



**Interpretación:** evidencia que el valor promedio es  $10,54 \pm 3,57$  dientes cariados, en tal razón los responsables de la ejecución de estrategias de promoción y prevención de la salud bucodental deben tomar las acciones más convenientes puesto que el promedio debería ser igual a cero.



**TABLA 3:**  
**Distribución de la muestra para promedio dientes extraídos.**

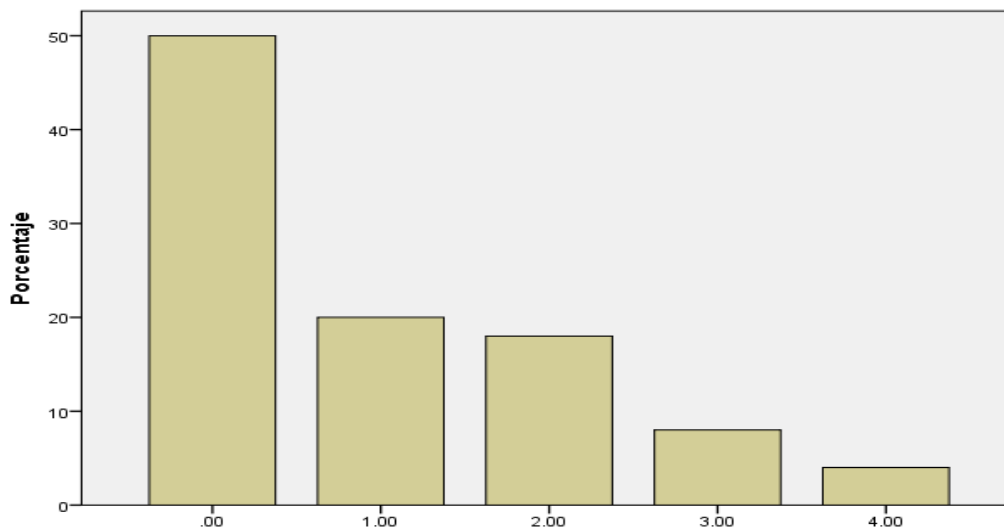


*Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo*

**Interpretación:** Los resultados expresan que el valor promedio es de  $0,48 \pm 0,98$  dientes extraídos o perdidos, esto quiere decir que solo 24 niños han presentado la pérdida de uno, dos o cuatro dientes.



**TABLA 4:**  
**Distribución de la muestra para promedio dientes obturados**



*Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo*

**Interpretación:** Los resultados presentados expresan que el valor promedio es de  $0,96 \pm 1,17$  dientes obturados, esto quiere decir que el 50% de niños presentan uno, dos, tres y hasta cuatro dientes obturados.



## Índice de Greene y Vermillion

**CUADRO 1:**

**Distribución de la muestra según Índice de Green y Vermillion por sexo**

Sexo	Índice de Green y Vermillion		Total
	Regular (0,7 - 1,8)	Malo (1,9 - 3,0)	
Masculino	18	26	44
Femenino	18	38	56
Total	36	64	100

Chi cuadrado = 0,822

p = 0,365

**Interpretación:** Según los resultados presentados en la Tabla 20 se evidencia que 38 niñas presentan en cuanto al índice de Green y Vermillion una valoración de (1,9 – 3,0) lo que significa que es malo, seguido de 26 niños que también poseen una valoración de malo; así también 18 niños y 18 niñas poseen una valoración regular de (0,7 – 1,8).





**CUADRO 2:**

**Distribución de la muestra según Índice de Green y Vermillon por edad.**

Edad	Índice de Green y Vermillon		Total
	Regular (0,7 - 1,8)	Malo (1,9 - 3,0)	
3,00	10	6	16
4,00	14	22	36
5,00	12	36	48
Total	36	64	100

Chi cuadrado = 8,923

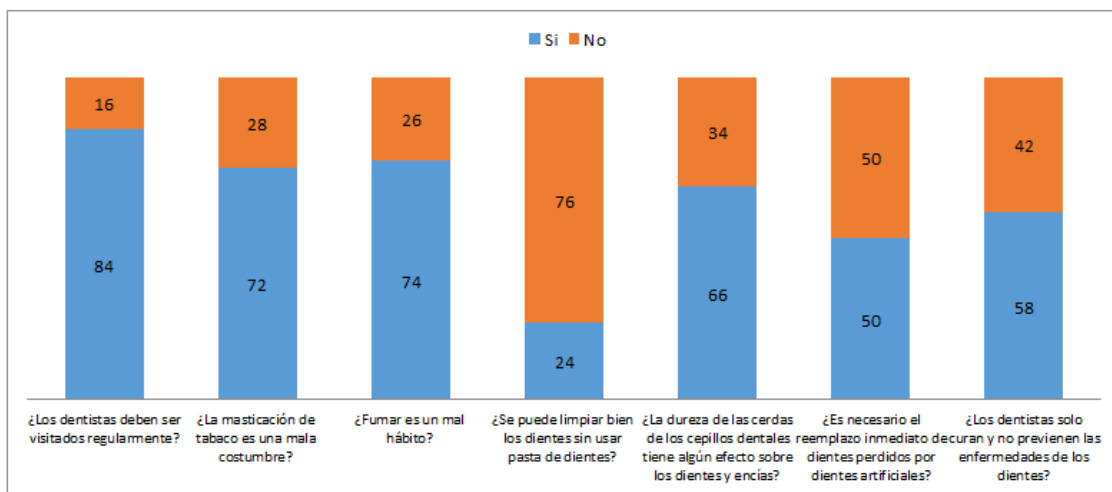
p = 0,030

**Interpretación:** Según los resultados presentados en la Tabla 21 se observa que 36 niños con un índice malo de higiene bucal (1,9 – 3,0) son de la edad de 5 años, seguidamente de 6 niños que poseen un índice malo en la edad de 3 años. Por otra parte se observa que 14 niños con índice regular (0,7 – 1,8) están en la edad de 4 años, pero también se afirma que 10 del total de niños con un índice regular están en edad de tres años.



Falencias de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental del Ministerio de Salud frente a las necesidades de las comunidades.

**TABLA 5:**  
**Identificación de falencias de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental**

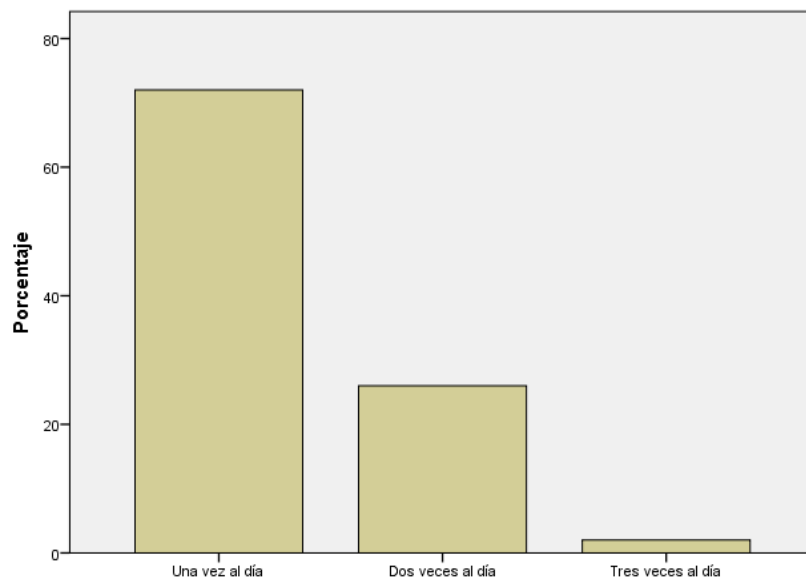


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos se puede evidenciar las falencias de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental del Ministerio de Salud frente a las necesidades de las comunidades, es así que se sostiene que el 84,0% de los encuestados consideran que los dentistas deben ser visitados regularmente, seguido de un 16,0% que no se debe realizar dicho caso; así también el 72,0% consideran que la masticación del tabaco es una mala costumbre, el 74,0% afirman que el tabaco es un mal hábito, por otra parte el 76,0% indican que se puede limpiar bien los dientes sin usar pasta de dientes; en cuanto a la dureza de las cerdas de los cepillos dentales, si tienen algún efecto sobre los dientes y las encías, el 66,0% respondió que sí, mientras que el 34,0% respondió que no; así mismo el 50,0% afirman que es necesario el reemplazo inmediato de dientes perdidos por dientes artificiales, mientras que el otro 50,0% sostienen que no es necesario; finalmente el 58,0% consideran que los dentistas solo curan y no previenen las enfermedades de los dientes, sin embargo el 42,0% considera lo contrario.



## Conocimientos, actitudes y comportamientos con respecto a salud bucodental

**TABLA 6:**  
**Hábito mínimo de cepillado dental**

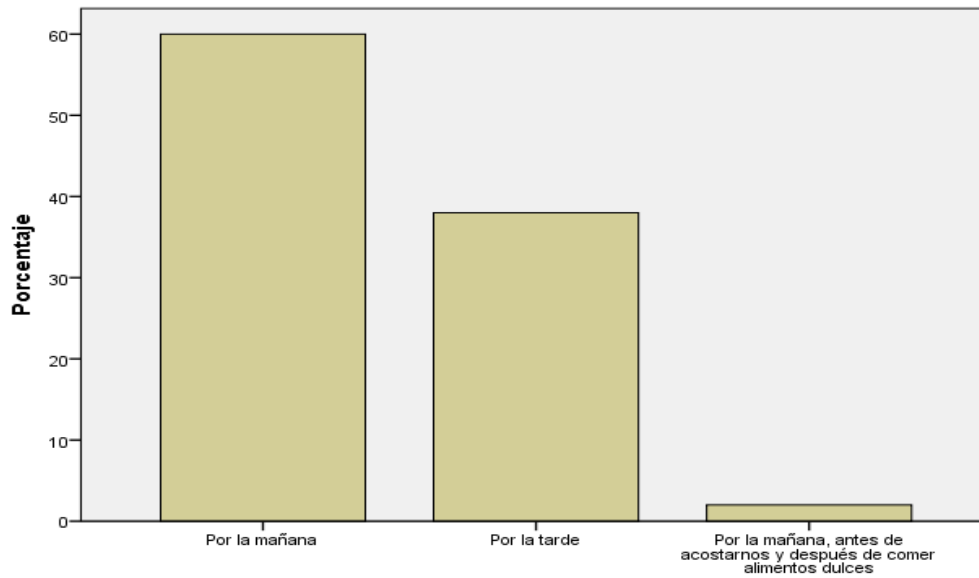


**Interpretación:** Por los datos presenciados en la tabla 8, se puede afirmar que el 72% de los encuestados tienen el hábito de cepillarse una vez al día, no obstante, el 2% afirma que su hábito es de tres veces por día siendo este el más recomendado.



TABLA 7:

Distribución de la muestra según la periodicidad de su enjuague bucal

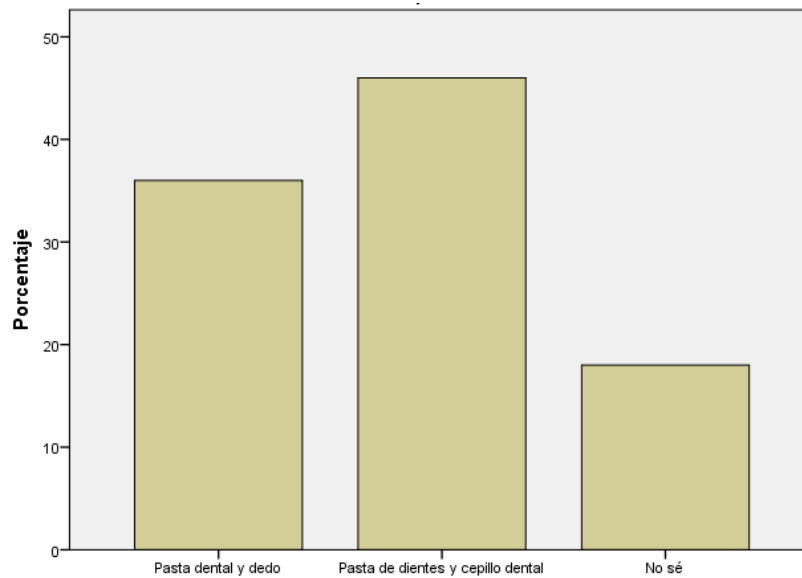


**Interpretación:** Tomando en cuenta los datos de la tabla 9, se afirma que, del total de encuestados, el 60% dice que se enjuaga la boca por la mañana, por otro lado, un escaso 2% de dichas personas alega que se enjuagan la boca por la mañana, antes de acostarse y después de comer alimentos dulces.



**TABLA 8:**

**Distribución de la muestra según el material de cepillado dental**

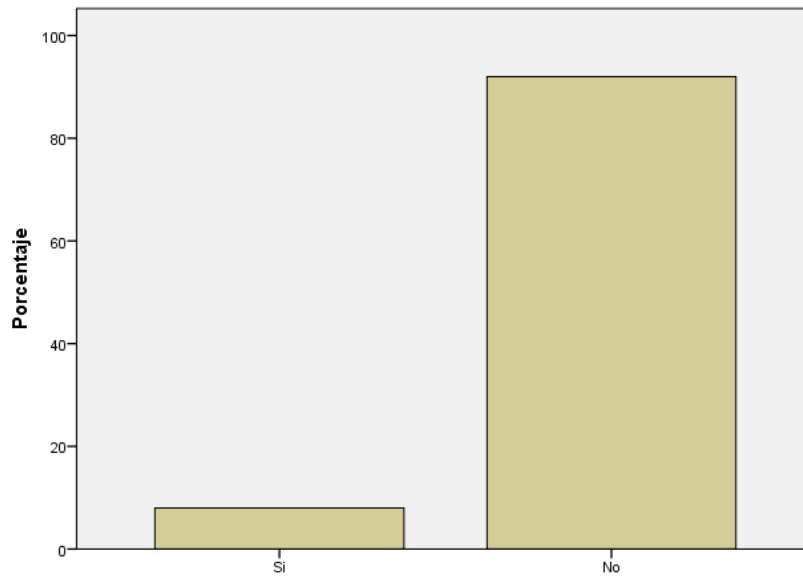


Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

**Interpretación:** Del total de encuestados, el 46% usa pasta de dientes y cepillo dental como material de cepillado dental, y en una minoría el 18% de estas personas no sabe que material usa.



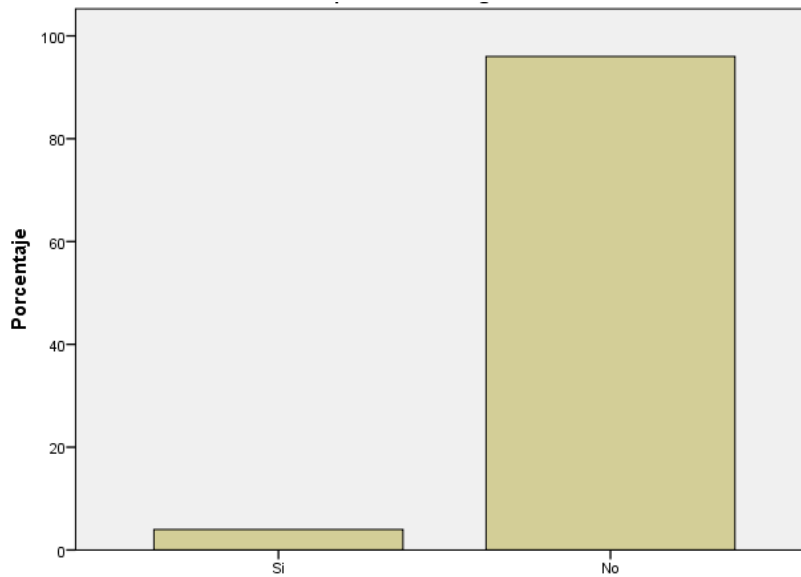
**TABLA 9:**  
**Distribución de la muestra según si cepillan cada uno de sus dientes con cuidado**



**Interpretación:** Podemos apreciar que 92% de los encuestados asegura que no cepillan cada uno de sus dientes con cuidado, mientras que el otro 8% si realiza dicha acción.



**TABLA 10:**  
**Distribución de la muestra según la limpieza de la lengua**

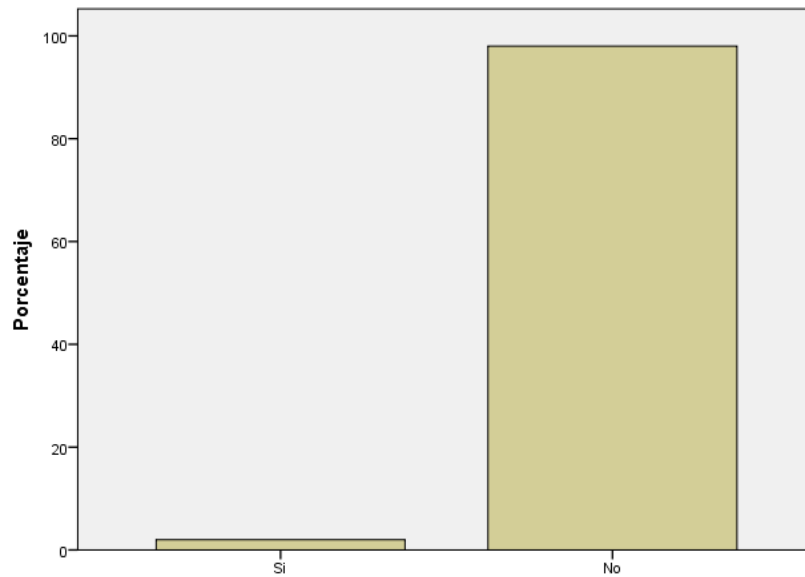


Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

**Interpretación:** Por los datos presenciados, se puede afirmar que el 96% de los encuestados no realizan la limpieza de la lengua, no obstante, el 4% afirma que si limpian su lengua en el aseo bucal.



**TABLA 11:**  
**Distribución de la muestra según si usan hilo dental y enjuague bucal**



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

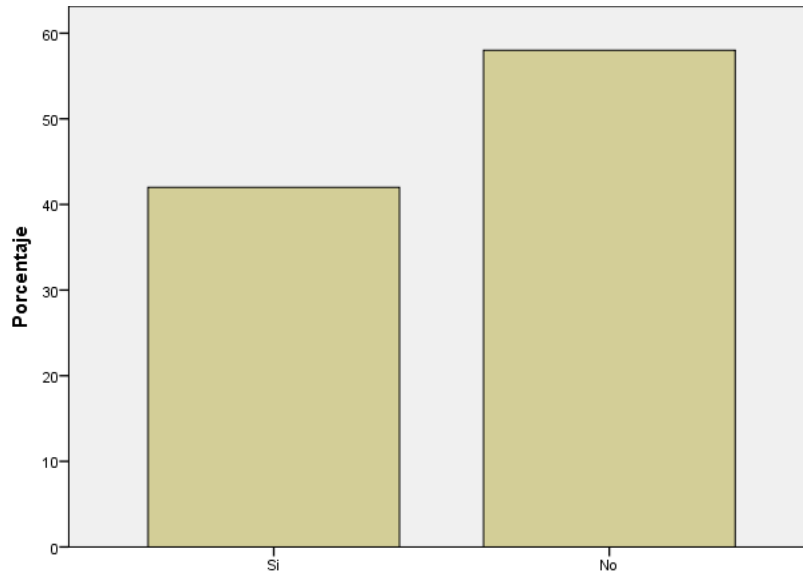
**Interpretación:** Tomando en cuenta los datos, se afirma que, del total de encuestados, el 98% dice que no usan hilo dental y enjuague bucal, por otro lado, un escaso 2% de dichas personas alega que si usan dichos materiales de limpieza bucal.





TABLA 12:

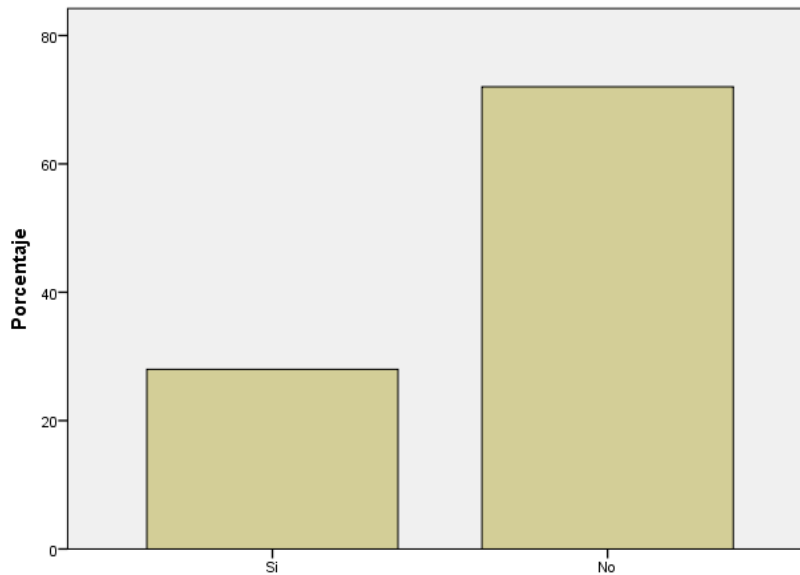
Distribución de la muestra según si tienen algún hábito de higiene bucal



**Interpretación:** Teniendo en cuenta los datos presentados sobre el total de encuestados, afirmamos que el 58% del total no tienen algún hábito de higiene bucal, por otro lado el 42% si afirma tener algún hábito.

**TABLA 13:**

**Distribución de la muestra según si sangran sus encías mientras se cepillan sus dientes**

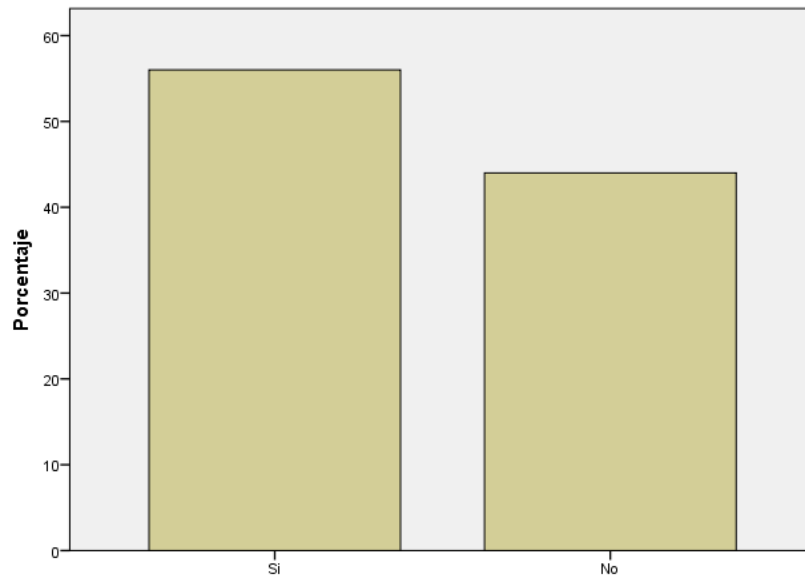


**Interpretación:** Según los datos, del total de encuestados, el 72% asegura que no sangran sus encías mientras se cepillan sus dientes, y en una minoría el 28% de estas personas si sangran sus encías mientras se cepillan sus dientes.



**TABLA 14:**

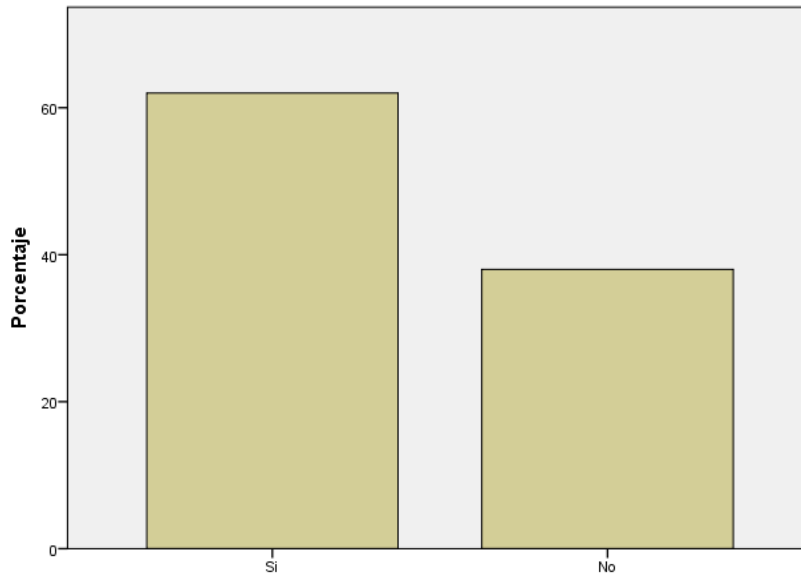
**Distribución de la muestra según si ha notado que tiene depósitos pegajosos blancos en sus dientes**



**Interpretación:** Por los datos presenciados , se puede afirmar que el 56% de los encuestados si han notado que tiene depósitos pegajosos blancos en sus dientes, no obstante, el 44% afirma que no han notado dicha característica en su dentadura.



**TABLA 15:**  
**Distribución de la muestra según la presencia de mal aliento**

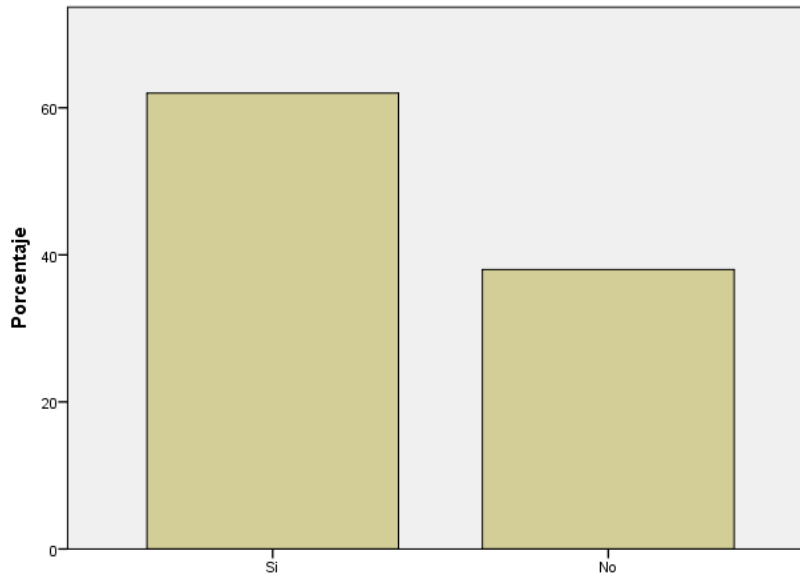


**Interpretación:** Según los datos, del total de encuestados, el 62% si tiene presencia de mal aliento, y en una minoría el 38% de estas personas no presenta dicha característica.



**TABLA 16:**

**Distribución de la muestra según si visitan al dentista solo si tienen dolor de muelas.**

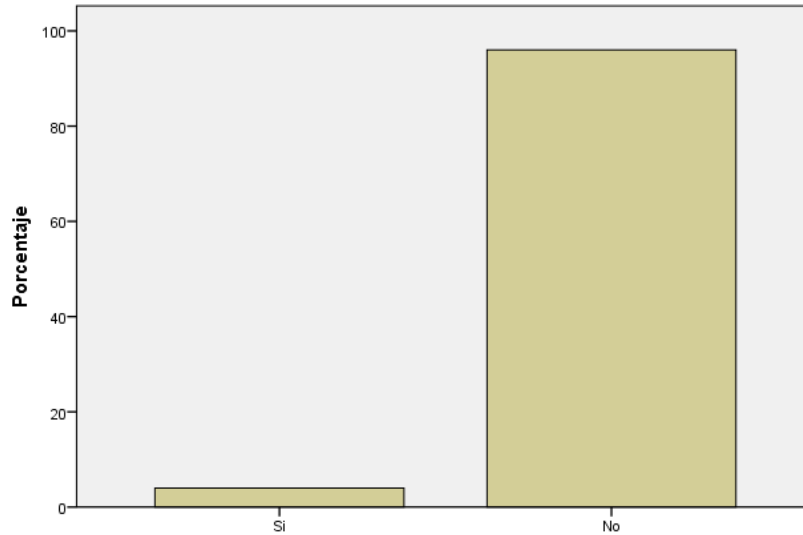


**Interpretación:** Por los datos presenciados, se puede afirmar que el 62% de los encuestados si visitan al dentista si tienen dolor de muelas, no obstante, el 38% menciona que no visitan al dentista solo si tienen dolor de muelas.



**TABLA 17:**

**Distribución de la muestra según si usan pastillas reveladoras de placa bacteriana para comprobar la limpieza de los dientes.**

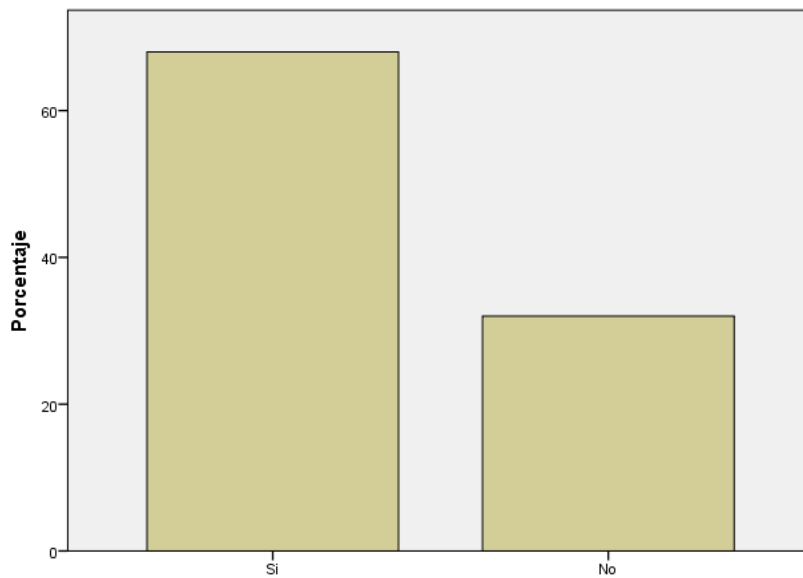


**Interpretación:** podemos apreciar que de las personas encuestadas, el 96% asevera que no usan pastillas reveladoras de placa bacteriana para comprobar la limpieza de los dientes, más el 4% de ellos afirma que si hacen uso de dicho material.



Concordancia entre el quehacer del sector odontológico a nivel promocional y preventivo y el quehacer promocional educativo del sector docente.

**TABLA 18:**  
**Monitorización de cepillado dental en clase.**



**Interpretación:** Se puede apreciar que de las personas encuestadas, el 68% afirma que si monitorizan que los estudiantes cepillan sus dientes, el 32% de ellos niega realizar dicha acción.



## RESUMEN DE LOS RESULTADOS

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS RELEVANTES.

Los resultados más relevantes y originales son los siguientes:

- a. La atención individual (consejería) y/o colectiva significa para la muestra de estudio el espacio más adecuado para el cuidado de su salud buco dental con un 68% de participación
- b. Las estrategias de promoción y prevención de la salud bucodental están ausentes desde la percepción de la muestra de estudio
- c. El valor promedio es  $10,54 \pm 3,57$  dientes cariados
- d. El valor promedio es de  $0,48 \pm 0,98$  dientes extraídos o perdidos
- e. El valor promedio es de  $0,96 \pm 1,17$  dientes obturados
- f. El 58% de las personas encuestadas considera tan solo al dentista como una persona que solo se dedica a curar, mas no a prevenir
- g. El 68% afirma que si cepillan sus dientes
- h. El 72% de los encuestados tienen el hábito de cepillarse una vez al día,
- i. El 46% usa pasta de dientes y cepillo dental
- j. El 98% dice que no usan hilo dental
- k. El 62% si tiene presencia de mal aliento
- l. El 62% de los encuestados si visitan al dentista si tienen dolor de muelas

Finalmente se ha descubierto que los niños a medida que aumentan de edad presentan mayores niveles de deficiencia en la Higiene Bucal. No tanto así con el sexo que no existe ninguna relación.





## CAPITULO IV

### DISCUSION

#### 2.1. COMPARACIÓN CRÍTICA CON LA LITERATURA EXISTENTE.

- Cruz, Saucedo, Ponce y González (2018) en su estudio consideran que los resultados muestran que el programa es efectivo ya que la población intervenida presenta mejores condiciones de salud bucal que los escolares del grupo control, diferencia esta clínicamente relevante.<sup>3</sup>

En el presente estudio de alcance descriptivo se tiene que el Índice de Green y Vermillon expresa que un 64 % de los niños presentan un mal cuidado de la higiene oral.

- Pegon-Machat, Jourdan y Tubert-Jeannin (2018) sostienen que las poblaciones socialmente desfavorecidas enfrentan muchas barreras que impiden su acceso a la atención dental: la necesidad de atención dental no se percibe necesariamente y, cuando se percibe, la atención dental no se busca de inmediato, el acceso a las estructuras de atención dental es difícil y la asistencia dental es errática.

Los resultados evidencian que las comunidades evaluadas no tienen acceso a los programas de salud bucodental.

- Bergeron, Talbot y Gaboury (2017) demostraron que una cooperación insuficiente con las partes interesadas locales durante el proceso de implementación de programas de promoción y prevención para la salud oral, explica el bajo desempeño de varios programas de promoción de la salud, por lo tanto, es necesaria la colaboración intersectorial para optimizar la efectividad y la eficiencia de los programas y asegurar su sostenibilidad.



En el presente estudio se tiene que investigar porque la percepción de las personas se muestra deficiente ante la presencia de las estrategias de promoción y prevención de salud bucodental

- Heilmann, Sheiham, Watt y Jordan (2016) indican que en todo el mundo, las enfermedades no transmisibles, incluidas las caries dentales y las enfermedades periodontales, siguen siendo un importante problema de salud pública.

También en la zona de estudio es un problema importante de salud pública, puesto que una dentadura bien cuidada es sinónimo de calidad de vida.

- Castañeda (2017) considera que a la luz de los resultados obtenidos comprometen a los maestros y padres de familia a ser más perseverantes en el cuidado y fomento de la salud e higiene oral de los escolares.<sup>8</sup>

En el presente caso, alguien tiene que hacer dar cuenta a los padres de familia, de la responsabilidad del cuidado de la higiene bucal de los niños.

- Espinosa-Usaqui y Pachas-Barrionuevo (2013), consideran que se obtuvo mejores resultados en la mejora de la salud bucal, cuando se emplearon ambos componentes, preventivo y promocional.<sup>9</sup>

Los resultados reflejan que las estrategias de promoción y prevención no solo están ausentes, sino que a nadie le interesa.



## CONCLUSIONES

1. Desde la percepción de los integrantes de la muestra de estudio, no se ha logrado identificar ninguna estrategia de promoción y prevención de salud bucodental que se use convenientemente en las 20 comunidades de la provincia de Anta.
2. El estudio de salud bucodental respecto a caries e higiene oral mediante el Índice de Green y Vermillon en las 20 Comunidades de la Provincia de Anta refleja lo siguiente:
  - a. El valor promedio es  $10,54 \pm 3,57$  dientes cariados
  - b. El valor promedio es de  $0,48 \pm 0,98$  dientes extraídos o perdidos
  - c. El valor promedio es de  $0,96 \pm 1,17$  dientes obturados
3. La principal falencia de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental del ministerio de salud frente a las necesidades de las comunidades es que no existe concientización de la población en el cuidado de la salud bucodental, puesto que el dentistas en percibido como una persona que solo cura, mas no previene.
4. La concordancia entre el quehacer del sector odontológico a nivel promocional y preventivo y el quehacer promocional educativo del sector docente, se ve reflejada en un deficiente cuidado de la salud bucal, es decir está ausente, por las siguientes razones.
  - a. El 58% de las personas encuestadas considera tan solo al dentista como una persona que solo se dedica a curar, mas no a prevenir
  - b. El 68% afirma que si cepillan sus dientes
  - c. El 72% de los encuestados tienen el hábito de cepillarse una vez al día,
  - d. El 46% usa pasta de dientes y cepillo dental
  - e. El 98% dice que no usan hilo dental
  - f. El 62% si tiene presencia de mal aliento
5. El impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en 20 comunidades de la Provincia de Anta es nulo puesto que el 64 % de los niños presentan una mala higiene oral



## RECOMENDACIONES

- I. Se recomienda al Director del establecimiento de salud en coordinación responsable de salud bucal. En relación a las necesidades de la población identificadas de antemano, según sus creencias, ideología y costumbres y en su lengua materna.
- II. Se recomienda a los comités de cada comunidad de manera coordinada con las instituciones civiles y representantes comunales, alcaldía, sector educación y demás dependencias que puedan hacer que los programas puedan ser llevados a cabo de una manera consciente y estén acordes a la realidad inmediata.
- III. Se recomienda a las instituciones educativas realizar la enseñanza del cepillado como método de prevención tanto en preescolares como escolares para crear el hábito de cepillado dental y coordinar con las áreas encargadas de salud bucodental para la realización de charlas tanto individuales como colectivas y así crear conciencia.
- IV. Se recomienda a las universidades formar profesionales con conocimientos en prevención y promoción para la salud bucodental y no solo agentes de acción para actividades recuperativas y de rehabilitación.



## BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Lima; 2018
2. Módulo de promoción de la salud bucal. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
3. Cruz Martínez Rosa María, Saucedo Campos Gerardo Alfonso, Ponce Rosas Efrén Raúl, González Pedraza Avilés Alberto. Aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Mayo 10]; 55(2):1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072018000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072018000200005&lng=es).
4. Pegon-Machat E., Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Oral health inequalities: Determinants of access to prevention and care in France. Sante Publique. 2018 March April;30(2):243-251. doi: 10.3917/spub.182.0243.
5. Bergeron DA, Talbot LR, Gaboury I. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. BMJ Open 2017;7:e014531. doi:10.1136/bmjopen-2016-014531
6. Silveira AD Filho, Moyses SJ, Kusma SZ. Moyses ST. Potential effectiveness of strategies to promote oral health in primary health care: comparative study among Brazilian capitals and regions. Rev Bras Epidemiol. 2016 Oct-Dec;19(4):851-865. doi: 10.1590/1980-5497201600040014.
7. Heilmann A, Sheiham A, Watt RG, Jordan RA. The Common Risk Factor Approach - An Integrated Population- and Evidence-Based Approach for Reducing Social Inequalities in Oral Health. Gesundheitswesen. 2016 Oct;78(10):672-677. PMID: 26335657 DOI: 10.1055/s-0035-1548933
8. Castañeda Carrera, M. S. Comportamiento de los padres de familia y del docente en la prevención de la salud oral de los niños de la Institución Educativa Divino Maestro de Villa el Salvador, tercer trimestre, 2016. 2017



Disponible en:

[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI\\_b95ebd2aa34b3dfd292dcfcf5ad14424/Description#tabnav](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_b95ebd2aa34b3dfd292dcfcf5ad14424/Description#tabnav)

9. Espinoza-Usaqui E., Pachas-Barrionuevo F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun;23(2):101-108.
10. De Vicente JC. La salud oral en España 2010: donde estamos? RCOE 2012;17(1):11
11. OMS. Salud Bucodental. Centro de prensa. Nota informativa N<sup>o</sup> 318. Febrero 2007 [acceso 12 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
12. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ [revista online] 2005 [acceso 12 de mayo del 2019];83(9):711-8. Disponible en : <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/711.pdf>
13. Sheiham A. Improving oral health for all: focusing on determinants and conditions. Health Educ J. 2000;59(4):351-63
14. Universidad de Sydney. Glosario OMS. Promoción de la Salud Glosario. Australia. 1998. 1-35 pag. Disponible en: <http://www.who.ch/hep>
15. Daly B, Watt RG, Batchelor P, Treasure ET. Essential Dental Public Health: Oxford University Press; 2003
16. Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revi Iberoam Educ [revista online] 2009 [acceso 12 de mayo del 2019];49(7):1-12. Disponible en: [www.rieoei.org/deloslectores/2819Vicenzi.pdf](http://www.rieoei.org/deloslectores/2819Vicenzi.pdf)
17. Community Liaison Division Department of health. Basic principles of healthy cities health for all .2009 [acceso 12 de mayo del 2019] Disponible en: [http://www.chp.gov.hk/files/pdf/basic\\_principles\\_of\\_healthy\\_cities-health\\_for\\_all.pdf](http://www.chp.gov.hk/files/pdf/basic_principles_of_healthy_cities-health_for_all.pdf)
18. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J. 2003;53:285-88 [acceso 12 de mayo del 2019] Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_goals\\_2020.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf)



19. López, M. Salud Pública. Editorial Mac Graw Hill, México. 2003
20. Módulo de promoción de la salud bucal. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
21. Guía de práctica clínica en salud oral. Secretaría Distrital de Salud Carrera 32 No. 12-81 Bogotá, D.C., 2010 disponible en <http://www.saludcapital.gov.co>
22. Gonzalez M, Rocha M, Gonzalez A. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. Revista ADM 2017; 74 (2): 64-68
23. Plan de desarrollo concertado de la provincia de Anta. Municipalidad Provincial de Anta CCV; CCL; Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas. — Cusco : CBC, 2006. 171 p. : graf., maps., tbls. — (Estudios y debates regionales andinos ; 3100).
24. Bejar H. Políticas sociales y desarrollo. Pontificia Universidad Católica del Peru. Lima: 2014. Disponible en: <http://videos.pucp.edu.pe/videos/ver/f1e848d4cf283ed13b51b2444fc4079b>
25. Novoa J. Series de epidemiología básica. Odontología Ejercicio Profesional. 2003 Disponible en <http://www.odontomarketing.com>



## ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Institución:** Escuela Profesional de Estomatología – Universidad Andina del Cusco.

**Investigadora:** Bach. Yoni Arredondo Cóndor.

**Título de la investigación:** Impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental en veinte comunidades de la Provincia de Anta. 2019.

---

- **Propósito de la investigación:**

La presente investigación se realizara para poder obtener los datos necesarios que puedan dar a conocer el impacto de los programas de promoción y prevención para la salud bucodental usados en el distrito de Anta; por lo que lo invitamos a ser parte de esta investigación.

- **Procedimientos:**

Si Ud. desea participar en la investigación esta tendrá 2 fases; en la primera fase Ud. deberá completar un cuestionario en un lapso de 15 minutos con el cual indagaremos respecto a los programas de promoción y prevención a los que Ud. ha asistido o le han impartido en los últimos 12 meses a nivel de comunidad y dependientes de la alcaldía, el ministerio de salud y ministerio de educación. La segunda fase consistirá en la evaluación odontológica básica respecto a los resultados obtenidos mediante estos programas mediante la utilización de índices como CPOD, CEO e IHOS mediante la evaluación bucodental. Tanto las fechas y horas de la aplicación de los cuestionarios y las evaluaciones serán comunicadas con anticipación y en coordinación con los dirigentes comunales.

- **Riesgos y beneficios:**

No existen riesgos físicos, psicológicos o emocionales. Los procedimientos no serán invasivos ni pondrán el riesgo la integridad de los participantes. Los resultados obtenidos serán manejados de manera confidencial y serán informados de manera personal a cada uno de los participantes.





- **Costos e incentivos:**

Los costos de los exámenes odontológicos serán cubiertos enteramente por el investigador. Ud. no recibirá ningún incentivo económico ni de ninguna otra índole.

- **Confidencialidad:**

La investigadora Yoni Arredondo Cóndor será la responsable de la información obtenida la cual estará adecuadamente manejada. Los nombres y apellidos de los participantes no serán divulgados en ninguna presentación ni publicación.

Por lo expuesto líneas arriba:

- **Consentimiento:**

Yo, ..... con DNI N°....., perteneciente a la comunidad ....., de la Provincia de Anta, he leído y comprendido el propósito y procedimientos de esta investigación y acepto voluntariamente participar en ella; también entiendo que puedo decidir retirarme de la investigación en cualquier momento sin perjuicio alguno, por lo que firmo al pie de este documento y pongo mi huella.

.....

Firma  
DNI n°



Huella



## ANEXO N° 2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### DATOS GENERALES:

COMUNIDAD-----

CODIGO DE FAMILIA: Pobreza  Extrema pobreza

NOMBRE DE LA MADRE ----- EDAD-----

EDAD DEL NIÑO (A): -----

NUMERO DE HIJOS -----

IDIOMA:

Español  Quechua  Ambos

NOTA: Se guardara absoluto confidencia en los datos.

#### OBSERVACIONES:

**SI NO**

- Tipo de programa al que fueron incluidos:
 

Programa de fluorización dental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de fluorización del agua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicación de fluoruros en postas y centros de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicación de sellantes y fisuras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicación de ionomero mediante TRA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de autocuidado en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa educativo y escuela de padres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charlas y sensibilizaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención individual (consejería) y/o colectiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campañas de salud bucodental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ¿Cuáles podrían ser las dificultades que se presentan para poder acceder a los servicios de salud bucodental.



**Anexo Nº 3**

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD ORAL**

**Apéndice I: Preguntas de conocimiento.**

**1. Tipos de dentición temporal y permanente**

- a. Dentición temporal
- b. Dentición Permanente
- c. Mixto

**2. Número total de dientes deciduos y permanentes.**

- a. 5 y 24
- b. 20 y 32
- c. 32 y 32
- d. No se

**3. Propósito principal del cepillado dental.**

- a. Prevención de la caries dental y enfermedad de encías.
- b. Logro de dientes más limpios y brillantes.
- c. Para eliminar manchas en los dientes.
- d. No lo sé.

**4. Significado de la placa dental.**

- a. Decoloración de los dientes.
- b. Depósitos blandos en los dientes.
- c. Manchas blancas en los dientes.
- d. No sé.

**5. Significado del sangrado de las encías.**

- a. Enfermedad de las encías (inflamación de las encías)
- b. Infección del diente.



c. Deficiencia de calcio.

d. No se

**6. Efecto de la retención de alimentos dulces en los dientes.**

a. Puede llevar a la caries de los dientes.

b. Deficiencia de calcio.

c. Conduce al sangrado de encías.

d. No sé.

**7. Efecto de los fluoruros en los dientes.**

a. Prevención de la enfermedad de encías.

b. Prevención de la caries.

c. Limpieza de los dientes.

d. No sé.

**8. La salud de los dientes y la boca puede afectar la salud del cuerpo.**

a. Si

b. No

c. No sé.

**9. Razones del cáncer oral.**

a. Deficiencia de calcio.

b. Tabaco masticado, fumar.

c. Deficiencia de vitamina C.

d. No sé.

**10. Es posible corregir los dientes colocados irregularmente.**

a. Si.

b. No

c. No lo sé.

**Nota: A cada respuesta correcta se le dio una puntuación de "uno" mientras que a la respuesta incorrecta y no se una puntuación "cero"**



### **Apéndice II: Preguntas de actitud (Si/No)**

1. ¿Los dentistas deben ser visitados regularmente?
2. ¿La masticación de tabaco es una mala costumbre? (N)
3. ¿Fumar es un mal hábito? (N)
4. ¿Se puede limpiar bien los dientes sin usar pasta de dientes? (N)
5. ¿La dureza de las cerdas de los cepillos dentales tiene algún efecto sobre los dientes y encías?
6. ¿Es necesario el reemplazo inmediato de dientes perdidos por dientes artificiales?
7. ¿Los dentistas solo curan y no previenen las enfermedades de los dientes? (N)

**Nota: A cada "Si" se le dio una puntuación de "uno" a excepción de las preguntas marcadas con (N) que el "No" correspondió a uno, mientras que a la respuesta incorrecta "cero"**

### **Apéndice III: Preguntas de comportamiento**

#### **1. Cepillan sus dientes.**

- a. Si
- b. No

#### **2. Habito mínimo de cepillado.**

- a. Una vez al día.
- b. Dos veces al día.
- c. Tres veces al día.

#### **3. ¿Cuándo se enjuagan la boca?**

- a. Por la mañana
- b. Por la tarde y antes de acostarnos.
- c. Por la mañana, antes de acostarnos y después de comer alimentos dulces.

#### **4. Material de cepillado dental.**

- a. Pasta dental y dedo.
- b. Pasta de dientes y cepillo dental.



c. No se

**5. Cepillan cada uno de sus dientes con cuidado.**

a. Si

b. No

**6. Limpieza de la lengua.**

a. Si

b. No

**7. Usan hilo dental y enjuague bucal**

a. Sí.

b. No

**8. ¿Tienen algún habito? ¿Cuál? (N)**

a. Si, .....

b. No

**9. ¿Sangran sus encías mientras se cepillan sus dientes?**

a. Sí.

b. No

**10. ¿Han notado que tiene depósitos pegajosos blancos en sus dientes? (N)**

a. Si

b. No

**11. Presencia de mal aliento (N)**

a. Sí.

b. No

**12. ¿Visitan al dentista solo si tienen dolor de muelas? (N)**

a. Si

b. No



**13. ¿Usan pastillas reveladoras de placa bacteriana para comprobar la limpieza de los dientes?**

- a. Si.
- b. No

**Nota: a cada respuesta afirmativa se le asignó el puntaje “uno”, a excepción de las preguntas marcadas con (N) que el “No” correspondió a uno también.**



### Modelo lógico para OHPP peruano dirigido a escolares

Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviors. *Acta Odontol Scand* 2005;63:10–16.

Programa	Dirigido a escolares (incluidos preescolares)
<b>Contexto del programa</b>	Programa desarrollado por el Ministerio de Salud en 2007. Desarrollo de una colaboración acuerdo con el Ministerio de Educación en 2008 y con el Colegio Peruano de Dentistas en 2009. Mejora del programa en 2012 por el Ministerio de Salud y en 2013 por el Presidente de la República, que requiere la implementación de la salud intervenciones de promoción (incluida la salud bucal) en todas las escuelas primarias (incluidas preescolar) en Perú
<b>Niveles de intervención</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escolares (nivel individual),</li> <li>2. Padres (nivel interpersonal),</li> <li>3. Escuelas (nivel organizacional),</li> <li>4. Comunidades rurales (nivel comunitario)</li> </ol>
<b>Objetivo</b>	Disminución de los problemas de salud oral de los escolares para mejorar la capacidad de masticación. autoestima y calidad de vida
<b>Componentes realizado en colegios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción del cepillado diario con pasta dental con flúor en las escuelas.</li> <li>2. Sesión educativa y demostración sobre salud bucal en las escuelas.</li> <li>3. Aplicación de sellador o flúor (barniz o gel)</li> <li>4. Participación de los padres y las autoridades de la comunidad.</li> </ol>
<b>Recursos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dentistas de centros de salud</li> <li>2. Profesores de preescolar y primaria</li> <li>3. Materiales de promoción de la salud oral distribuidos por el Ministerio de Salud. (póster, presentación, cepillo de dientes, pasta dental fluorada, productos dentales)</li> </ol>
<b>Producto</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación de flúor (gel o barniz) o sellador</li> <li>2. Sesión educativa con niños dos o tres veces al año.</li> <li>3. Cepillado diario de dientes con pasta dental fluorada en las escuelas.</li> </ol>
<b>Resultados a corto plazo (conocimiento y actitudes)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayor conocimiento sobre salud bucal entre los escolares.</li> <li>2. Aumento de las actitudes positivas hacia la salud bucal entre los escolares.</li> </ol>
<b>Resultados a mediano plazo (comportamientos)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento del cepillado diario de los dientes con pasta dental fluorada entre los escolares.</li> <li>2. Aumento de la higiene bucal entre los escolares.</li> </ol>
<b>Resultados a largo plazo (condiciones)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución de la placa dental entre los escolares</li> <li>2. Disminución de la caries dental entre los escolares.</li> <li>3. Aumento de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre los escolares.</li> </ol>





ANEXO N° 4:

ODONTOGRAMA

Comunidad: .....Sexo: .....Edad: .....

The dental chart template consists of a central vertical line with horizontal bars on either side. At the top, there are three rows of empty boxes for patient information. Below these are two rows of tooth icons representing the upper and lower dental arches. The teeth are numbered as follows: 10-11 and 21-28 for the upper arch; 55-51 and 61-65 for the lower arch; 68-61 and 71-75 for the lower arch; and 48-41 and 31-38 for the lower arch. Below the tooth icons are three more rows of empty boxes for additional data entry.

ESPECIFICACIONES: \_\_\_\_\_



1. INDICE CEO:

<b>C</b>	<b>P</b>	<b>O</b>

Resultado:

2. INDICE DE GREENE Y VERMILLON:

SUPERIOR			INFERIOR			TOTAL 1	TOTAL M	PROMEDIO
M	I	M	M	1	M			

BUENO 0.0 a 0.6

REGULAR 0.7 a 1.8

MALO 1.9 a 3