

REPÚBLICA DE CUBA

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**“ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ESCOLARES DE TERCER
A SEXTO GRADO”.**

Autora: Dra. Odalys Hernández Martín.

CIEGO DE ÁVILA 2016

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**“ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ESCOLARES
DE TERCER A SEXTO GRADO”.**

(Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral).

Autora: Dra. Odalys Hernández Martín.

Residente de Segundo Año de Estomatología General Integral.

Institución de procedencia: Clínica Estomatológica Docente Norte. Morón.

Tutora: Dra. Vivian Sahily Pérez Morales.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas.

Profesor Asistente.

Institución de procedencia: Clínica Estomatológica Docente Norte. Morón.

CIEGO DE ÁVILA 2016

PENSAMIENTO

“Como la oruga, sólo hilando de nuestras entrañas podemos tejer nuestro traje de nupcias con lo alado”.

Luis Franco.

DEDICATORIA

A mis padres: por su ayuda sin límites, por incentivar en mí, el estudio y la superación.

A mis profesores: por brindarme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y el optimismo necesario para continuar ascendiendo en la profesión.

A mis compañeros: por su acogida, sus enseñanzas y las alegrías compartidas.

Y al Dador de la Vida: que me ha dado la gracia necesaria para culminar estos años de intenso trabajo y esfuerzo.

A todos gracias

ÍNDICE

	Páginas
I – INTRODUCCIÓN	1
II – MARCO TEÓRICO	5
III – MATERIALES Y MÉTODO	14
IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
V – CONCLUSIONES	28
VI – RECOMENDACIONES	29
VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII – ANEXOS	40

RESUMEN.

Se realizó un estudio Pre-experimental del tipo antes-después en escolares de 3ro a 6to grados de la escuela “Batalla la Bombona”, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de octubre del 2013 a diciembre del 2014 con el objetivo de implementar una estrategia de intervención educativa sobre caries dental aplicado a este grupo poblacional. El universo de estudio estuvo constituido por 968 niños de 3ero a 6to grados de la citada escuela, y la muestra quedó conformada por 340 niños que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio. Se identificaron necesidades reales de los niños utilizando como instrumentos un cuestionario, el examen bucal y la determinación del Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores, se exploraron necesidades sentidas, se aplicó una estrategia de intervención educativa con la utilización de técnicas afectivo-participativas y se brindó atención curativa a los estudiantes. Se compararon los resultados iniciales con los finales evidenciándose un predominio del sexo femenino, y de los pacientes de 8 años de edad. Se apreció que la acción educativa aplicada modificó positivamente los conocimientos, la higiene bucal, la prevalencia de caries, y se logró alcanzar un resultado satisfactorio con esta intervención.

I- INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal ¹.

La caries dental constituye el problema de salud número uno en la Estomatología, afirmación que se basa en su frecuencia (99% de la población) y el daño que causa, caracterizado por dolor y sufrimiento; según Blaskar es la enfermedad más común del ser humano ².

Mundialmente se han realizado diversos estudios sobre la caries dental que han demostrado la variabilidad que existe en cuanto a la magnitud y severidad de la enfermedad entre uno y otros continentes, lo que está muy estrechamente relacionado con las condiciones económico - sociales de cada uno de ellos, los hábitos y los estilos de vida de las personas ³.

A pesar de que existen tecnologías preventivas, capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la odontología en Latinoamérica continúa usando métodos curativos, costosos, complejos e ineficientes, y se sigue ofreciendo a 90 % de la población la exodoncia como única solución. Esta es una de las respuestas del por qué aún se encuentran gran cantidad de personas con afecciones bucales en Venezuela ⁴.

En este sentido en Venezuela, la Federación Odontológica de este país y la Empresa Colgate- Palmolive, han realizado programas orientados a la prevención de la caries, que buscan crear en los niños el hábito de cepillado dos o tres veces al día, sin embargo no se encontraron investigaciones que permitan determinar en qué medida estos programas han sido efectivos ³.

Antes de iniciarse la Revolución Bolivariana, el sistema de salud contaba con un precario sistema de atención estomatológica, sobre la base de instituciones privadas, propio de un sistema capitalista, donde la atención odontológica sólo era un privilegio de la clase pudiente, es natural que las afecciones bucales fueran numerosas y sin ningún control, y mucho menos sin políticas de salud para prevenir

ni orientar, lo que trajo como consecuencia la alta incidencia de afecciones por caries dental ³.

Con el triunfo de la Revolución Bolivariana y la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro la atención odontológica es totalmente gratuita, y esta población sin recursos económicos tiene a su alcance la posibilidad de recibir los servicios necesarios para mantener una buena salud bucal, así como el tratamiento de las lesiones y su rehabilitación, para ello se hace necesario conocer cuáles son las características de estas afecciones y cuáles son sus principales factores de riesgo, para crear una estrategia de trabajo que permita elevar el nivel de conocimientos de la población en este sentido mediante acciones de promoción y prevención de salud ^{3,4}.

El tiempo en que se ha prestado servicio a la población venezolana se ha observado esta realidad. La caries dental constituye el principal problema de salud bucal, principalmente en pacientes menores de 15 años, asociada a los diferentes factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la comunidad ⁴.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial y específicamente en Venezuela⁵, valorando la necesidad de elevar el nivel de conocimientos sobre la caries dental y de fomentar el autocuidado en los niños, se ha diseñado esta investigación, guiando el desarrollo de la misma, la siguiente interrogante:

Problema de investigación ¿Será posible utilizando una estrategia de intervención educativa modificar conocimientos, hábitos y actitudes sobre caries dental en escolares de 3ro a 6to grados de la escuela “Batalla la Bombona”, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de octubre del 2013 a diciembre del 2014 ?

Hipótesis: si se aplica una estrategia de intervención educativa en escolares de 3ro a 6to grados de la escuela “Batalla la Bombona”, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela, entonces se modificarían conocimientos, hábitos y actitudes sobre caries dental.

Objetivos

Objetivo general.

Implementar una estrategia de intervención educativa sobre caries dental aplicada a niños de 3ro a 6to grados de la escuela de la Escuela Batalla la Bombona del Municipio Naguanagua del Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela en el período comprendido de octubre del 2013 a diciembre del 2014.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar la población objeto de estudio según edad y sexo.
2. Determinar el nivel de conocimientos de los escolares sobre salud buco dental antes y después de aplicar la estrategia de intervención.
3. Comparar la higiene bucal y la prevalencia de caries dental de los escolares antes y después de aplicar la intervención educativa.
4. Aplicar la estrategia elaborada.
5. Evaluar los resultados de la intervención educativa en los escolares.

Novedad científica: La propuesta es novedosa porque los resultados que se obtengan con la aplicación de la misma servirán como base para integrar un sistema de acciones de carácter práctico, el cual se aplicara por primera vez en este contexto y estará dirigido a la población objeto de estudio.

El **aporte científico** de la investigación radica en la elaboración de un sistema de acciones que por su carácter educativo, dinámico, interactivo y sistémico permita desarrollar acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimientos en los escolares de la escuela Batalla la Bombona del Municipio Naguanagua del Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela.

El **aporte social** radica en que al aplicar la estrategia de intervención se puede elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los escolares en estudio y ello puede influir favorablemente en la modificación de su estilo de vida y por tanto en la calidad de vida.

El **aporte económico** consiste en que una vez detectadas las dificultades de estos escolares en cuanto al nivel de educación sobre salud bucodental y lograr modificaciones favorables se evitarían tratamientos posteriores que pudieran ser más costosos para los servicios de salud venezolanos, incluso para el paciente y/o familia.

II-MARCO TEÓRICO.

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros ⁶.

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones, no obstante en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en los menores de 15 años. Su comportamiento presenta variaciones entre países, influyendo factores tales como: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente ⁷⁻¹¹.

Los datos epidemiológicos actuales muestran una frecuencia y distribución importante de la caries dental a nivel mundial, en cierta medida esto ha sido motivado por un prevalente enfrentamiento del problema desde una óptica de reparación del efecto, pero no de intervención de las causas ⁵.

En Cuba la tendencia de la enfermedad en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países, observándose que se produce un incremento del Índice CPO-D a medida que se incrementa la exposición de las personas con la edad ⁷.

En Venezuela, desde el Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO) en 1972, hasta las investigaciones epidemiológicas realizadas por el Departamento de Odontología de FUNDACREDESA en las décadas de los años 80 y 90, se ha observado la alta prevalencia de afecciones bucales en el conjunto de la población del país ¹².

La etiología de la caries dental es multifactorial en la que existe interacción de tres factores fundamentales: el Huésped, particularmente la saliva y los dientes; la Microflora, el Sustrato, todo ello unido a el Tiempo de exposición a los desequilibrios

anteriores. Para que se forme la caries dental es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica, y un sustrato apropiado, que deberá estar presente durante un período de tiempo determinado ^{6, 12}.

El huésped (saliva y dientes) ^{7, 12, 13}.

El nivel de susceptibilidad del hospedero está dado por el nivel de resistencia de los tejidos dentales esmalte, dentina y cemento.

Este a su vez depende de las características microestructurales como: composición mineral, composición química, contenido de flúor, velocidad de desmineralización y características macroestructurales como: morfología dental, profundidad y extensión de fosas y fisuras y de la posición en la arcada dentaria.

Los tejidos duros dentales contienen diversos minerales, algunos como el calcio, el flúor, el zinc y el estroncio, incrementan la resistencia, otros como el magnesio, el sodio y el carbonato, la disminuyen.

El esmalte dental es el tejido más mineralizado del organismo, la dentina y el cemento poseen menor contenido mineral y mayor contenido de materia orgánica y agua.

Los tejidos dentales son reactivos con el medio, la mineralización dentaría aumenta con la edad, los dientes en sus primeros dos años de brotados son más susceptibles a caries que los que llevan mayor tiempo de brotados por su mayor porosidad y permeabilidad.

El compuesto químico fundamental es la hidroxiapatita, la sustitución parcial de sus iones por otros puede incrementar o reducir la resistencia a la caries.

El contenido de flúor repercute en la resistencia al disminuir la solubilidad mineral y la velocidad de desmineralización ante los ácidos ¹³.

Cuando el individuo sufre una disminución o carencia de la secreción salival, con frecuencia experimenta un alto índice de caries dental y una rápida destrucción de

los dientes. Debido a que la composición de la saliva varía con la frecuencia del flujo, naturaleza de la estimulación, duración de ésta, es difícil identificar los componentes de la saliva que puedan tener alguna relación con la protección del ataque de caries ^{6,14}.

Los dientes son más susceptibles a cariarse cuando aparecen por primera vez en la boca. Esto origina la mayor frecuencia de caries durante los años de erupción. La superficie oclusal es la que más sufre de caries, seguida por la mesial, distal, bucal y lingual (con excepción de los dientes superiores en los cuales la superficie palatina padece más caries que la bucal). Los dientes posteriores sufren caries con más frecuencia que los anteriores. Los incisivos inferiores son los menos sensibles, pero suelen afectarse en casos de caries muy grave ¹⁴. Las malposiciones dentarias disminuyen la resistencia del esmalte ^{13, 14}.

Microflora.

Las bacterias son esenciales para el desarrollo de una lesión cariosa. En cuanto a el grado de infección por microorganismos cariogénicos los microorganismos más consistentemente asociados a la caries dental son los Estreptococos del grupo mutans y los Lactobacilos; este último se establece tempranamente en la cavidad bucal, mientras que el primero no lo hace hasta el brote de los dientes temporales, ya que requieren de una superficie dura para adherirse ya sean dientes naturales o artificiales (prótesis).

De los dos microorganismos el Estreptococos mutans es el que posee mayor potencial cariogénico y la elevación en sus proporciones se vincula estrechamente a la aparición de lesiones iniciales de caries.

La gran virulencia del Estreptococos mutans es debido a su capacidad acidúrica y ácidogénica, y pueden transmitirse, por vía directa entre personas a través de las gotas de flujo de la saliva o por vía indirecta por la permanencia de las gotas de saliva en superficies inanimadas, entre las que se encuentran platos, cubiertos, cepillos dentales, juguetes, teléfonos, etc ¹³.

Otros microorganismos asociados a la caries dental son: Streptococos sanguis, Streptococcus salivarius, Streptococcus mitis. Actinomyces viscosus (caries radicular), Lactobacillus acidophilus ^{7, 12, 13, 14}.

El sustrato (alimentos y dieta).

La influencia de la dieta en la caries dental depende de varios factores, unos referentes a las características del alimento en sí como: tipo, contenido y concentración de azúcares, asociación de la sacarosa a otros carbohidratos fermentables como la lactosa o a cereales y almidones o a frutas ácidas, la cantidad de minerales, la cantidad de sustancias neutralizadoras del pH ácido, la consistencia, el grado de adhesividad, el tamaño de las partículas, la velocidad con que es despejada y su nivel de acidez y otros concernientes a los individuos como: preferencias alimentarias, frecuencia y momentos de consumo de alimentos dulces y ácidos, el tiempo en que estos permanecen en su boca y la eficiencia y sistematicidad de los procedimientos de higiene bucal.

Si un individuo acostumbra a ingerir alimentos que contienen o a los que añade azúcar ya sean dulces, caramelos, chocolates con leche, batidos con leche, jugos de frutas ácidas, refrescos, cereales con leche varias veces al día o más, fuera de las principales comidas y no se higieniza la boca de manera eficiente, está llevando un patrón dietario cariogénico que favorece la colonización y el crecimiento del *Streptococos mutans* y *Lactobacilos* en la placa dentobacteriana y por consiguiente el desarrollo de las caries.

Las personas que consumen habitualmente vegetales, muestran menor tendencia a caries.

Los alimentos con azúcares extrínsecos o intrínsecos y las bebidas carbonatadas son potencialmente cariogénicos de ser consumidos con patrones inadecuados.

El efecto de la dieta en el proceso caries dental es dependiente de varios factores, entre ellos, las características de la saliva y de la biopelícula dental ^{7,13}.

Tiempo de exposición a desequilibrios.

La interacción desfavorable entre los factores anteriores, ocasiona descenso del pH, normalmente a los 30-40 minutos el valor inicial de pH se recupera, pero la elevación de la frecuencia de los episodios acidogénicos, o la presencia de biopelícula dental envejecida incrementan el tiempo de exposición a desequilibrios pues el pH puede

permanecer bajo un tiempo entre 2 y más horas, ello vulnera la resistencia y la capacidad de reparación de las estructuras dentales desmineralizadas ^{3, 5,13}.

Los factores etiológicos mencionados están influidos por diversas condicionante debidas a interacciones biosocio-ambientales entre las que podemos señalar ^{3,5, 7,13}:

- ✓ La malnutrición o desnutrición, que alteran la estructura, forma y erupción de los dientes.
- ✓ El nivel educativo, asociado al conocimiento acerca de las caries dentales, la necesidad de cuidados continuos y la demanda de los servicios estomatológicos.
- ✓ El estilo de vida, los patrones culturales que promueven determinados hábitos dietarios y conductas de higiene pueden o no favorecer el desarrollo de caries. Últimamente se ha planteado que ciertas concentraciones de nicotina favorecen el aumento en el número de colonias de *Estreptococos Mutans*.
- ✓ La política y accesibilidad de los servicios de salud, relacionada con la implementación de medidas educativas- preventivas - curativas.
- ✓ La situación sistémica:
 - a) En niños bajo peso, se produce mayor número de anomalías del esmalte y hay tendencia a elevado grado de infección por estreptococos mutans.
 - b) La diabetes Mellitus, se relaciona con mayor número de dientes cariado.
 - c) En pacientes especiales (discapacitados físico y/o mentales, epilépticos) se dificultan los procedimientos de higiene bucal lo que predispone a caries dental.
 - d) La avitaminosis D: produce alteraciones en la estructura mineral de los dientes lo que eleva el nivel de caries.
 - f) El hipoparatiroidismo, provoca desbalance en el calcio necesario para la mineralización dentaria.
 - g) Las personas sometidas a radiaciones terapéuticas, presentan disminución del flujo salival: incrementándose el número de caries y la velocidad de su progresión.
 - h) Los trastornos gastrointestinales por disminución de la secreción salival y del pH intrabucal.

- i) Las personas medicadas frecuentemente con diuréticos, antihipertensivos, anticolinérgicos, inmunosupresores, antihistamínicos, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, jarabes medicinales, antiparkinsonianos (L-dopa), anoréxicos, anfetaminas, analgésicos (piroxican), antitusígenos, (bromuro de ipatropio) también poseen alteraciones en su saliva que lo predisponen a caries.
- j) El embarazo, lleva en ocasiones a cambios conductuales favorecedores de la aparición de lesiones cariosas a lo que se adicionan vómitos y regurgitaciones que disminuyen el pH de la cavidad bucal.
- k) La situación socioeconómica vinculada a la nutrición, al nivel de instrucción y de educación en salud bucal, a la situación sistémica al acceso a los servicios de salud bucal y el acceso a la atención preventiva entre otros.
- l) Las características del clima y el escape de radiaciones ionizantes puede influenciar la secreción salival, la composición de las aguas puede repercutir en la estructura dental; estos aspectos ambientales también son resultado de la intervención humana que los puede modificar de forma favorable o desfavorable a la salud.

A causa de las caries dentales o a consecuencia de sus secuelas se generan situaciones de elevada implicación socioeconómica, debido al costo elevado de los materiales y equipos necesarios para la realización de los procedimientos restaurativos , por el alto costo de las restauraciones en sí mismas y por la necesidad en algunos casos de brindar esta atención a nivel hospitalario; además desde el punto de vista social las caries dentales y sus secuelas pueden provocar afectación en la estética, la fonación, la alimentación y la comunicación social, lo cual puede repercutir en la psiquis, y en la vida cotidiana.

Ello denota la necesidad de profundizar en su esencia a fin de evitar la aparición de la enfermedad o interrumpir el proceso antes de que se produzcan daños irreversibles¹³.

La Educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la disciplina encargada de promover ,organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos y de la comunidad¹⁵.

Mediante el trabajo educativo se debe lograr un alto nivel en la cultura sanitaria de la población y puede determinar, en muchos aspectos, el estado de salud de esta (16). La educación para la salud es uno de los pilares de la medicina preventiva que ayuda a los individuos a alcanzar salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo, objetivo este que no será efectivo mientras no se cree el hábito de practicar las técnicas de higiene personal. A través de los años se ha enfatizado mucho en la importancia que tiene la prevención en la práctica dental ^{17,18}.

Anteriormente el objetivo de la educación para la salud parecía simple, que estaba destinado a combatir la ignorancia con la presunción de que cuando una persona llegase a conocer los riesgos que corre, cambiaría su vida. Se pensaba que el cambio cognoscitivo tenía aparejado el cambio de conducta, pero esa suposición es incorrecta, ya que muchas personas aprenden sobre los riesgos de fumar, beber o conducir peligrosamente, pero continúan con esas actividades ^{15,19}.

El objetivo de la educación para la salud no es solo presentar los hechos para llenar un vacío de información sino exponerlos de tal forma que las personas modifiquen sus actitudes e influenciar de esa manera sobre su calidad de vida ¹⁰.

Actualmente existen algunas enfermedades bucales como la caries dental que en muchos países están en franca regresión, y ello está vinculado a la aplicación de los principios de promoción y prevención en Estomatología. Estos principios sin embargo, no son aplicados universalmente y no existe una clara correspondencia entre los conocimientos adquiridos en el campo de la prevención y su utilización, tanto por la población como por los profesionales del equipo de salud bucal ^{7, 17, 19}.

Se realizan acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales y aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros ya sea por vía tópica o sistémica ¹³.

La red de atención a la infancia de la Comisión Europea, en 1996 propuso que todos los centros infantiles incluyan una filosofía educativa en cuya elaboración

participen padres, personal de los centros y otros actores involucrados. Esta filosofía debe promover interés por el aprendizaje, conceptos biológicos, higiene, salud, alimentación y otros.

La manera de llevar a la práctica esta filosofía debe establecerse sobre la base de estrategias educativas sistematizadas en programas que partan de las necesidades de los niños y estén apoyadas en la tesis de que la construcción del conocimiento en el niño se da mediante las actividades que realiza con los objetos, ya sean concretos, afectivos o sociales, que constituyan su medio natural; el juego y el dibujo, serán las herramientas para expresar la adquisición de nociones y conceptos⁵.

Estudios realizados por Yépez y colaboradores señalan la promoción de la salud como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar, donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño, y se convierten en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor, que contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud²⁰.

Navas y colaboradores reafirman la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de higiene bucal que contribuyan a mejorar las condiciones de salud en estos grupos etarios²¹.

El método más efectivo de controlar la predisposición a las caries es la limpieza mecánica con el cepillo dental, dentríficos y otros auxiliares higiénicos es por ello la gran necesidad de lograr una mejor aplicación de la educación para la salud¹⁰.

La práctica de higiene es un asunto estrictamente individual pero es necesario educar al individuo desde edades tempranas para desarrollar los hábitos que le permitan mantener una adecuada higiene bucal, es por ello que la mayoría de nuestros esfuerzos se deben dirigir a educar, fundamentalmente a los niños desde

edades tempranas y en esta tarea deben participar no solo los trabajadores de la salud sino también padres y maestros ²²⁻²⁷.

Teniendo en cuenta los elementos aportados por varios autores en relación al tema ^{5,7,13,21}, y la situación de salud existente en el contexto donde se desarrolla la investigación, se consideró necesario realizar la misma, pues puede propiciar elementos para diseñar programas educativos en las diferentes instituciones escolares y centros de atención estomatológica vinculados a la Misión Médica Cubana Barrio Adentro, lo cual traería como resultado final una mejor calidad de vida de aquellos que como expresara Martí “son la esperanza del mundo”.

III-MATERIALES Y MÉTODO.

Se realizó un estudio Pre-experimental del tipo antes-después en escolares de 3ro a 6to grados de la escuela “Batalla la Bombona”, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de octubre del 2013 a diciembre del 2014 con el objetivo de implementar una estrategia de intervención educativa sobre caries dental aplicado a este grupo poblacional.

El universo de estudio estuvo constituido por 968 niños de 3ro a 6to grado de la citada escuela, y la muestra quedó conformada por 340 niños que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio.

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad del paciente para participar en el estudio (Anexo1).
- Cursar entre el 3er y sexto grado en la escuela “Batalla la Bombona”, municipio Naguanagua, Estado Carabobo, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido entre octubre del 2013 a diciembre del 2014.

Criterios de exclusión:

- No poseer el consentimiento de los padres para participar en la investigación.

Criterios de salida:

- Ausentarse a 7 actividades por representar el 50% de las mismas.
- Desear retirarse de la investigación.
- Causar baja de la escuela durante el transcurso de la investigación.

Criterio diagnóstico:

Se considerará que existe caries dental si se evidencia clínicamente cavitación o reblandecimiento del tejido duro, restauraciones defectuosas, y/o obturaciones temporales ⁷.

Técnicas y procedimientos.

Se solicitó autorización la dirección de la escuela quién firmó el convenio investigador-escuela a fin de lograr autorización para interactuar con los estudiantes seleccionados para el estudio (Anexo 2).

Para su mejor comprensión el estudio se desarrolló en tres etapas:

- 1 era: Etapa de diagnóstico.
- 2da: Etapa de diseño de la estrategia educativa.
- 3era: Etapa de ejecución de la estrategia educativa.

Etapa de diagnóstico.

Su objetivo fue demostrar la existencia del problema, profundizar en sus particularidades y definir sus causas.

Se dividió en 2 fases:

- Fase de diagnóstico de necesidades reales.
- Fase de diagnóstico de necesidades sentidas.

Fase de diagnóstico de necesidades reales:

Se utilizó como instrumento un cuestionario ²⁸⁻³⁰ (Anexo 3), confeccionado por la autora de la investigación, según los objetivos propuestos por la misma y sometido al criterio de informantes claves y fue validado en un pilotaje que involucró un grupo similar al investigado, lo cual contribuyó a su ajuste. Para la evaluación del mismo se utilizó una clave de respuestas y evaluación (Anexo 4). Para el desarrollo de la investigación se contó con el apoyo de los Cooperantes cubanos de las Misiones Médicas y Educativas en Venezuela, así como de padres, y trabajadores de la institución escolar.

Los pacientes seleccionados se citaron a consulta odontológica y tras un minucioso examen clínico con el espejo bucal, pinza para algodón y explorador, utilizando la luz artificial del sillón dental se determinaron los afectados y se identificaron los factores de riesgo. La autora de la investigación brindó atención curativa requerida a estos

pacientes en la consulta con el empleo de instrumental y materiales necesarios. Al mismo tiempo se llevó a cabo la realización del control de placa dentobacteriana, para lo cual fue necesario un espejo bucal, espejo facial, cepillo dental y la sustancia reveladora que existía. Se evaluó la higiene bucal de cada uno mediante el Índice de Love y colaboradores, que fue aceptable cuando fue menor del 20%, y no aceptable cuando fue superior al 20% de superficie dentarias teñidas, siendo este último un importante factor de riesgo de la caries dental. El Índice de Love responde a la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Love} = \frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies presentes}} \times 100$$

Donde las superficies presentes representan las caras de los dientes, excepto la oclusal, sin tener en cuenta el tercer molar y las superficies teñidas aquellas que al usar el colorante se tiñen de rojo en los sitios de acumulación de placa dentobacteriana ³¹⁻³⁴.

Fase de diagnóstico de necesidades sentidas.

Se realizaron grupos focales (Anexos 5, 6, 7) como método cualitativo para explorar la percepción que poseían los estudiantes sobre la caries dental y su repercusión lo que permitió profundizar en el problema.

Etapas de diseño de la estrategia de intervención educativa.

Teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas de los niños detectadas se diseñó una estrategia de intervención educativa titulada: “Mis dientes sanos para siempre” (Anexo 8), teniendo en cuenta la edad y características de los escolares, así como los conocimientos que debían adquirir, planificando actividades educativas con la utilización de técnicas afectivo – participativas (Anexo 9) y diferentes medios de enseñanza que propiciaran la adquisición de conocimientos ³⁵⁻³⁸.

Se determinaron los contenidos que debían ser incluidos en la estrategia utilizando el modelo de Detección de las Necesidades de Aprendizaje de David Leyva ³⁹, el cual tuvo un carácter deductivo y la diferencia obtenida de ¿Qué debía saber? y ¿Qué sabe realmente? denominada discrepancias fue la que nos aportó las necesidades educativas para las cuales se plantearon las alternativas de solución (Anexo 10).

Este modelo contempla los siguientes aspectos:

- ❖ ¿Qué debía saber?
- ❖ ¿Qué sabe realmente?
- ❖ Discrepancias
- ❖ Necesidades
- ❖ Alternativas de solución.

Etapas de ejecución de la estrategia de intervención educativa.

La estrategia de intervención educativa se desarrolló entre los meses de diciembre del 2013 a febrero del 2014, los encuentros tuvieron lugar una vez por semana durante los citados 4 meses, el horario se estableció de acuerdo a las posibilidades de los integrantes de la investigación en correspondencia con el horario escolar.

Operacionalización de variables y definición de escalas.

Variable	Escala	Definición
Edad	8 9 10 11	Años cumplidos en el momento de la investigación
Sexo	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.
Nivel de conocimientos	Aceptable: 70-100 puntos No aceptable: 0-60 puntos	Nivel de conocimientos sobre educación para la salud acerca de la prevención de la caries dental según resultados del cuestionario.
Higiene bucal	Aceptable: Menor de 19% No aceptable: Mayor de 20%	Higiene bucal de los niños en el momento de ser examinados según los resultados del Índice de Higiene Bucal de Love

		y colaboradores.
Prevalencia de caries dental	Sanos: No presentaban caries dental Afectados: Presentaban caries dental.	Presencia o no de caries dental en los niños en el momento de ser examinados.
Resultados de la estrategia de intervención educativa.	Satisfactorios: Cuando el nivel de conocimientos y el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores eran aceptables. No satisfactorios: Cuando uno o los dos criterios anteriormente era no aceptables	Evaluación de los resultados de la estrategia de intervención educativa en los niños según el Índice de higiene Bucal de Love y colaboradores y el nivel de conocimientos.

Técnicas de análisis estadístico.

En la investigación se emplearon métodos de investigación cuantitativos y cualitativos. El sistema de métodos investigativos incluyó los teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos. Los métodos teóricos fueron empleados durante todo el proceso investigativo y permitieron identificar los antecedentes en el contexto internacional y nacional, además de fundamentar la investigación en sus diferentes etapas.

Métodos del Nivel Teórico

Análisis histórico-lógico: Se revisaron en las fuentes bibliográficas, la historia y evolución de la situación actual registrada sobre caries dental, a nivel mundial y en el país, lo que nos permitió conceptualizar el problema en el escenario objeto de estudio.

Análisis-síntesis: Se analizó toda la información recolectada en la revisión bibliográfica y documental, hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado para diagnosticar caracterizar, y sintetizar el

objetivo de estudio y las posiciones teóricas que sustentaron la solución del problema científico.

Inducción-deducción: Para llegar a una orientación general del problema a partir de sus manifestaciones particulares y además adquirir argumentos teóricos que facilitaron una mejor comprensión del problema para arribar a conclusiones y de ésta forma buscar solución para disminuir sus consecuencias.

Hipotético-deductivo: Posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas, que ayudaron a elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Métodos Empíricos:

Análisis documental: Para el estudio de las tendencias mundiales en cuanto a los antecedentes históricos, teóricos, contextuales y epidemiológicos de la caries dental a nivel global y los resultados de las investigaciones precedentes.

Observación: A través de la entrevista y el examen clínico bucal realizado a la población objeto de estudio.

Técnica de recogida de datos: Para esta investigación se elaboró un cuestionario (Anexo 3), confeccionado por la autora de la investigación validada en un pilotaje por criterio de expertos en esta disciplina.

Método Estadístico–Matemático.

Estadístico-descriptivo: Los datos se procesaron en una computadora IBM compatible a través del procesador estadístico SPSS para Windows. Se realizó distribución de frecuencia de todas las variables en estudio y se presentan los resultados en cantidades absolutas y/o relativas. Los resultados se reflejaron de forma tabular y gráfica para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores, así como arribar a conclusiones y recomendaciones.

Procedimientos éticos.

Para la realización de la investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos establecidos al respecto: respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Esto se materializó a través de la firma del convenio investigador-escuela (Anexo 2), y se efectuó una reunión con la participación de la dirección de la escuela, maestros y padres, donde se explicaron los objetivos de la investigación, se

les aseguró la confidencialidad de los resultados, ya que solo serán utilizados con fines investigativos.

IV-RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Cuadro 1. Distribución de los escolares según edad y sexo. Escuela “Batalla La Bombona” municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. Estrategia de Intervención Educativa en escolares de tercer a sexto grado. Octubre del 2013 a diciembre del 2014.

EDADES	M		F		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
8	38	11.1	62	18.2	100	29.4
9	35	10.2	45	13.2	80	23.5
10	36	10.5	34	17.0	70	20.6
11	31	9.1	59	17.3	90	26.5
TOTAL	140	41.1	200	58.8	340	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

En el cuadro 1 se muestra la distribución de la población estudiada según edad y sexo, se observa un ligero predominio del sexo femenino con un 58.8% en relación al masculino, el 18.2% de ellas correspondieron a la edad de 8 años, en cuanto a las edades fueron los pacientes de 8 años los más numerosos, seguidos por los de 11 años.

Un estudio realizado en España en las edades de 6-8 y de 9-12 años, concluyó que la edad actúa como un importante factor de riesgo a caries, y que el grupo enmarcado de 9-12 años fue el más numeroso ⁴⁰. Nuestros resultados difieren de estos.

El predominio, aunque ligero, del sexo femenino constituyó un factor positivo en el estudio, pues generalmente se recibe mayor cooperación de las niñas en esta edad al ser la mujer más preocupada con los problemas de salud y receptiva con la actividad de promoción y prevención ^{41- 45}, lo que facilitó el desarrollo de la estrategia y por tanto el cumplimiento de los objetivos trazados en la misma, este

factor propició una entusiasta participación en las actividades, sin descuidar brindar la motivación adecuada a los estudiantes varones.

Cuadro 2. Nivel de conocimientos antes y después de la aplicación de la estrategia de intervención.

Nivel de conocimientos	Momento			
	Antes		Después	
	#	%	#	%
Aceptable	48	14.0	303	89.0
No aceptable	292	86.0	37	11.0

n=340.

Fuente: Cuestionario

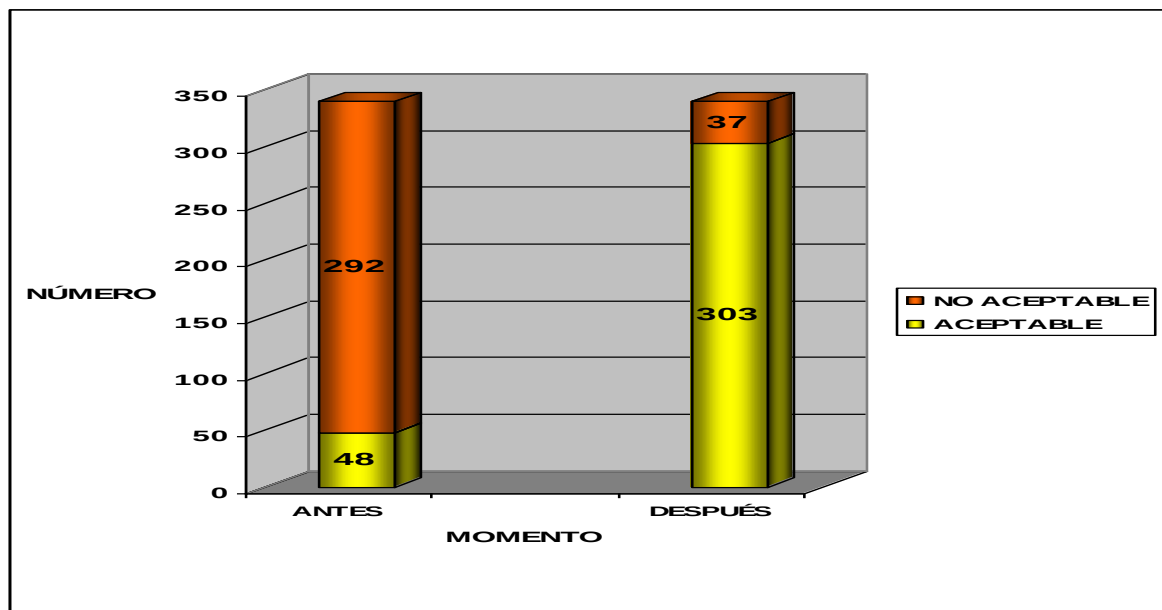


Gráfico 2.

Fuente: Cuadro 2.

En el cuadro y gráfico 2 se observa la distribución de los escolares de acuerdo al nivel de conocimientos sobre educación para la salud antes y después de aplicado el programa. Al inicio el 86.0% de los niños poseía un nivel de conocimientos

valorado de no aceptable y sólo el 14.0% poseía un nivel aceptable, al finalizar la intervención el 89.0% había logrado un nivel de conocimiento aceptable.

Estos resultados ponen de manifiesto los aspectos citados por varios autores en las Guías Prácticas de Promoción de Salud Bucodental los que expresan que con una concepción metodológica acertada, es decir acorde a la edad, nivel cultural y otras variables que interesan al grupo al que van dirigidas, es posible lograr cambios en el componente conativo de las motivaciones ⁷.

Además teniendo en cuenta el enfoque preventivo y el carácter integral del sistema de salud, considerándose la educación para la salud como el antecedente más importante de la promoción de salud, en Cuba al igual que en otros países de América Latina y valorando que el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población en uno de sus objetivos plantea la prioridad de incrementar las acciones de educación para la salud entonces se hace evidente la necesidad de recursos humanos con un nivel de calificación científico-técnica más elevada, que incorporen los planteamientos de la atención primaria y sean capaces de introducirlos en la práctica diaria. Se hace necesario romper los esquemas y reforzar la imagen del Odontólogo, de manera que se reconozca como especialista de la promoción y la educación para la salud y que los trabajadores del sector y la población general, lo perciban de esta forma ^{7,46, 47}.

Los resultados obtenidos en este sentido son similares a los alcanzados por Díaz del Mazo, Romero González, y Martínez Céspedes, ya que también obtuvieron cambios favorables al aplicar intervenciones educativas ⁴⁸⁻⁴⁹.

Cuadro 3. Índice de Higiene Bucal de Love antes y después de aplicar la estrategia de intervención.

Higiene bucal	Momento			
	Antes		Después	
	#	%	#	%
Aceptable	63	18.5	321	94.4
No aceptable	277	81.5	19	5.6

n=340.

Fuente: Historia clínica Individual.

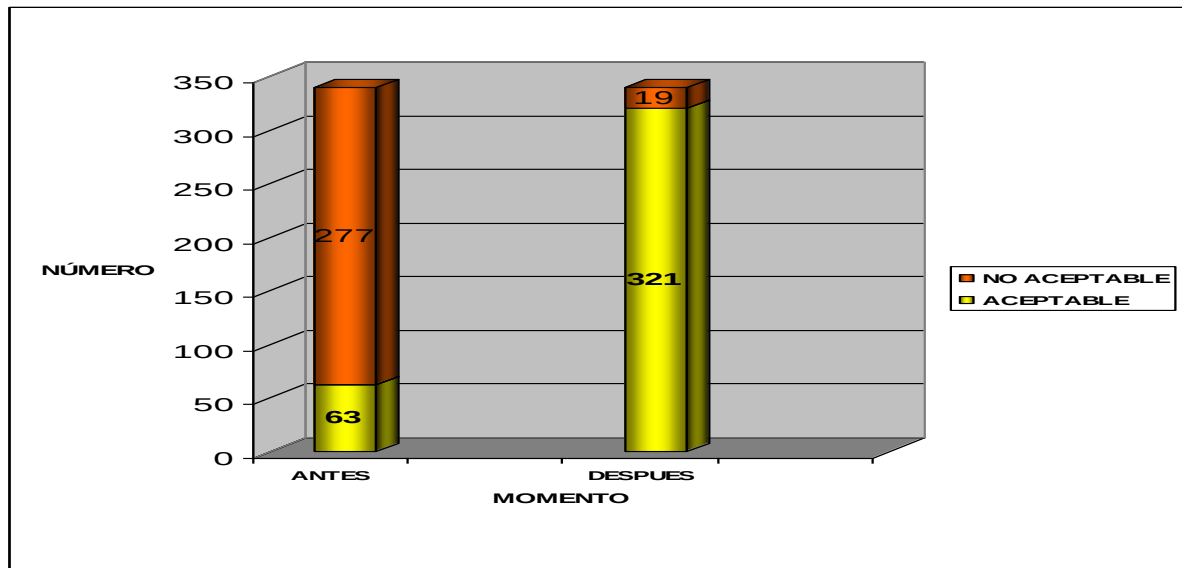


Gráfico 3.

Fuente: Cuadro 3.

En el cuadro y gráfico 3 se muestra la higiene bucal de los estudiantes antes y después del estudio. Antes de la intervención el 81.5% de los niños tenían una higiene bucal deficiente, pues presentaban más del 20% de la cara de los dientes teñidas a la hora de realizarse el control de placa y al finalizar un 94.4% de los niños presentó buena higiene bucal.

Los resultados encontrados por esta autora coinciden con los reportados en otros estudios^{50,51}. Autores como Díaz del Mazo y colaboradores encontraron en estudio realizado que antes de la intervención prevalecía la higiene bucal inadecuada en el 57.4% de los niños y después de la intervención, primó la higiene bucal adecuada en 68.8% de los casos⁴⁸.

Estos resultados coinciden con lo expresado en la literatura estudiada, donde se plantea que con un programa educativo correctamente aplicado y diseñado es posible no sólo incrementar conocimientos, sino también cambiar actitudes con respecto a la salud bucal^{13, 52, 53}.

En estudio realizado por Crespillo et al, donde se evaluó la modificación de la higiene bucal después de una intervención de este tipo, se obtuvo que de 14,0 % con índice de higiene adecuado al inicio, al final este se elevó a 72,0 %⁵⁴.

Duharte, en investigación realizada en Santiago de Cuba, al valorar esta modificación luego de haber aplicado sus técnicas, halló como resultado que en el 60 % de su grupo de estudio existía inicialmente una condición inadecuada de higiene y que después de la labor educativa se incrementó a 77,5 % los que mostraron una higiene bucal adecuada ⁵⁵.

Cuadro 4. Prevalencia de caries antes y después de aplicar la estrategia de intervención.

Prevalencia	Antes		Después	
	#	%	#	%
Sanos	197	57.9	334	98.2
Afectados	143	42.1	6	1.7

n=340.

Fuente: Historia Clínica Individual

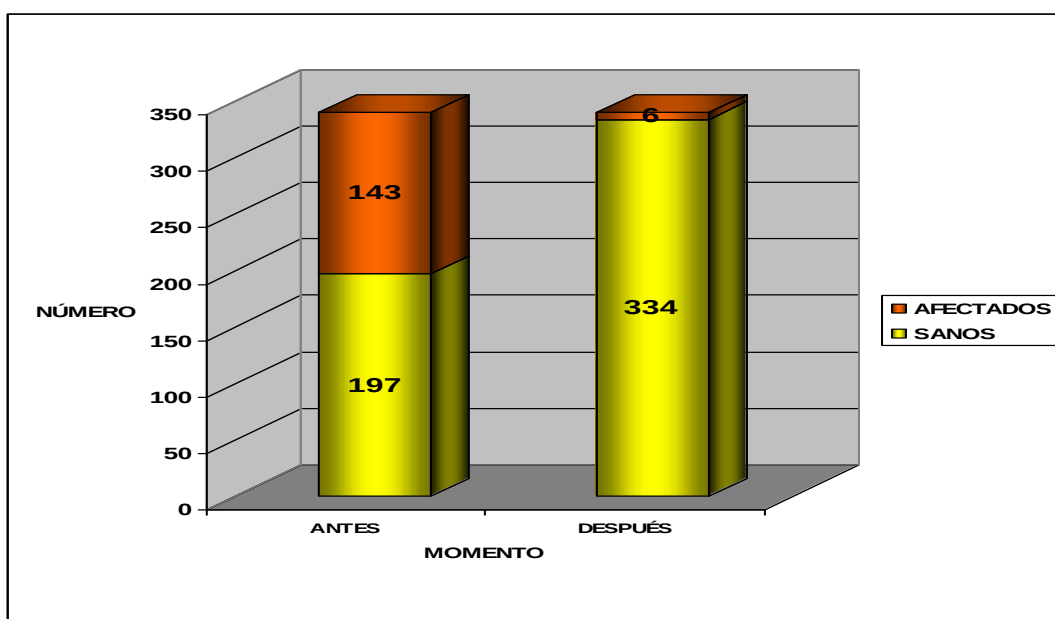


Gráfico 4.

Fuente: Cuadro No 4.

En el cuadro y gráfico 4 se muestra la prevalencia de caries dental en los niños. Al inicio en el grupo de estudio existían un 57.9% de niños libres de esta enfermedad y al finalizar se obtuvo un 98.2%.

Es necesario destacar que desde el 2003, con la creación de la Misión Barrio Adentro en los servicios odontológicos, los resultados podían ser mejores; sin embargo, no existe un adecuado nivel de educación para la salud que permita que los padres, representantes y tutores acudan a dichos servicios para que no los utilicen solamente cuando los niños presentan algunas urgencias estomatológicas, aunque se ofrecen orientaciones preventivas (enseñanza de técnicas de cepillado y aplicaciones tópicas de flúor, entre otras) y se ejecutan actividades asistenciales (erradicación de la infección bucal). Las acciones odontológicas de mayor complejidad solo se llevan a cabo en instituciones privadas, las cuales no sirven de referencia al sistema, pues los servicios son muy costosos y hacia ellos se derivan apenas los que demandan atención más especializada ⁵⁶.

Los resultados obtenidos coinciden con estudios epidemiológicos realizados por Irigoyen en el 2001 ⁵³ y Castaño en el 2004 ⁵⁷ que plantean una elevada prevalencia de la caries dental, específicamente la caries de la infancia, aunque la literatura plantea una tendencia a la disminución, este se mantiene como el primer problema de salud bucal ^{7, 13, 58}. En Venezuela un estudio realizado por Méndez D. y Caricote N. durante los años 2002-2003 sobre la prevalencia de esta enfermedad en escolares de 6 a 12 años del municipio Antolín del Campo, estado Nueva Esparta, se encontró que de las tres escuelas estudiadas entre el 73,29% y el 77,09% de dientes permanentes de los niños estaban afectados por caries ⁵⁸. Otro estudio realizado en el estado de Miranda durante el 2003 calificó al 90% de los escolares como no sanos, interpretándose este criterio como aquellos escolares que tuvieron contacto con la caries ⁵⁰, mientras otros estudios afirman que más del 50% de los niños entre 7 y 17 años se encuentra afectado por la enfermedad ⁵⁹.

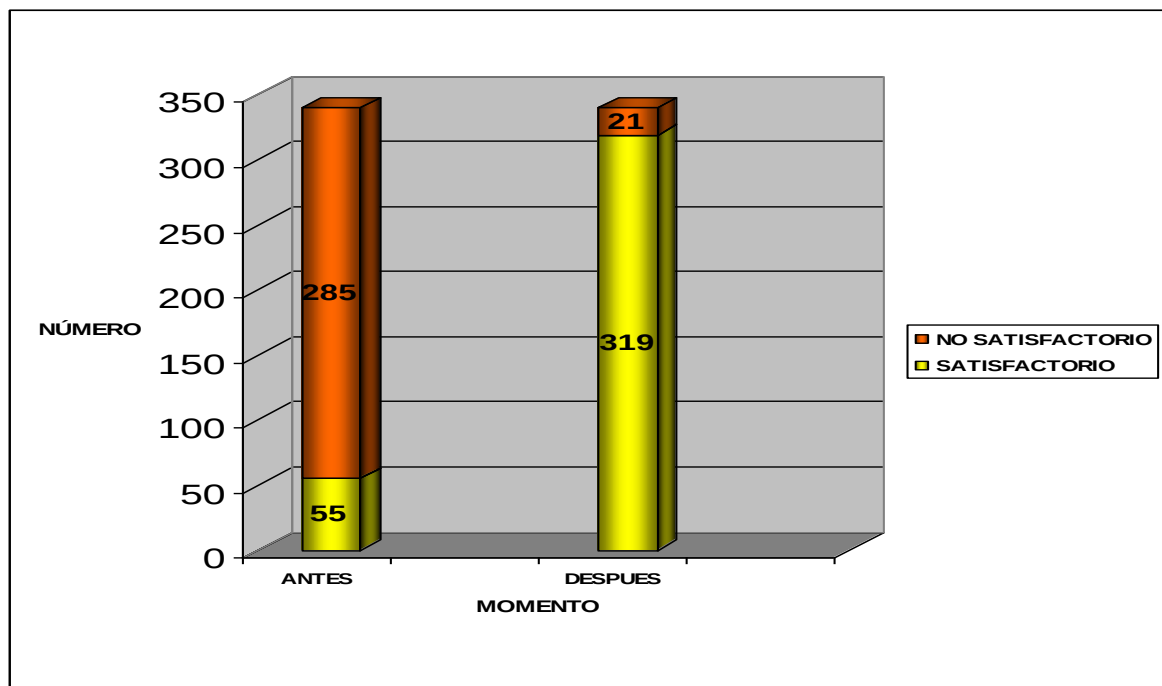
Al ser la caries dental una enfermedad de tan alta prevalencia se hace necesario implementar cuantas estrategias sean necesarias para lograr el control de esta afección ^{7,13, 59- 61}.

Cuadro 5. Resultados antes y después de aplicar la intervención.

Resultados	Momento			
	Antes		Después	
	#	%	#	%
Satisfactorio	55	16.2	319	93.8
No satisfactorio	285	83.8	21	6.2

n=340.

Fuente: Cuestionario, Historia Clínica Individual.

**Gráfico 5.**

Fuente: Cuadro No 5.

En el cuadro y gráfico 5 se observa la evaluación de los resultados de la intervención en cuanto a los parámetros siguientes: se evaluó de satisfactorio cuando el nivel de conocimientos y el índice de Love fueran aceptables y no satisfactorio si uno o los dos parámetros no eran aceptables. Antes de aplicar el programa sólo el 16,2 % obtuvo una evaluación de satisfactorio, después el 93,8% de los niños obtuvo esta evaluación.

A pesar del elevado número de pacientes de todos los grupos etarios que requieren atención odontológica, es preciso considerar la posibilidad de estructurar y aplicar programas integrales (preventivos y curativos) en edades más tempranas de la vida,

a fin de resguardar el futuro de la salud bucal mediante la realización de actividades de coordinación con las escuelas bolivarianas, encaminadas a efectuar una labor de saneamiento en los niños de dichas edades, de manera que se incluyan aspectos como la colaboración de los padres en las medidas de auto-gestión, la inclusión de la salud bucal entre las prioridades de la salud general del individuo, el desarrollo de hábitos sanitarios positivos en los niños, la aplicación de criterios más afines para el tratamiento de lesiones cariosas y la identificación de pacientes con alto riesgo de presentar caries. Estas medidas perseguirían lograr un mayor impacto en la salud bucal y alcanzar las metas nacionales e internacionales de salud bucodental ⁵⁶.

Consideramos logramos un impacto social ya que a través de esta intervención se obtuvo la motivación de estos escolares, y sus padres para adquirir los conocimientos teóricos y prácticos que le permitieron el mejoramiento o mantenimiento de su salud bucal, traduciéndose en bienestar y calidad de vida, en el aspecto económico fue importante, pues al lograr la prevención de los principales problemas de salud bucal se reduce la incidencia y prevalencia, lo que trae consigo un ahorro de recursos humanos y materiales.

Los resultados encontrados por esta autora coinciden con estudios realizados en diferentes provincias de Cuba ⁶¹⁻⁶⁴, entre ellos los obtenidos por Crespillo y colaboradores en una intervención educativa realizada en la Provincia de Matanzas, con la cual obtuvieron cambios favorables en cuanto a nivel de conocimientos, ya que de un 73,0% al inicio del estudio se alcanzó un 91,0% ⁵⁴, y con estudios realizados en México y Argentina los cuales demostraron la efectividad de programas educativos para la salud bucal ^{65, 66}.

V-CONCLUSIONES.

En el estudio existió un ligero predominio del sexo femenino y aunque fueron más numerosos los pacientes de 8 años, no se presentaron diferencias acentuadas en cuanto a la edad en los niños estudiados. La acción educativa aplicada modificó positivamente los conocimientos y la higiene bucal calificados como no aceptables hasta alcanzar la categoría de aceptables. Se redujo la prevalencia de caries dental posterior a la intervención en más de la mitad de los infantes estudiados. El resultado de la estrategia de intervención educativa aplicada fue satisfactoria, al lograr elevar el nivel de conocimientos sobre caries dental, un Índice de Higiene Bucal aceptable en la mayoría de los escolares y disminuir la prevalencia de caries dental.

VI-RECOMENDACIONES.

- ✓ Extender este tipo de investigación en Venezuela, a fin de que proporcione los elementos necesarios para una mejor planificación de las actividades preventivas y curativas, con vistas a disminuir la morbilidad por caries dental.

- ✓ Estrechar los vínculos de trabajo de las diferentes instituciones escolares y centros de atención estomatológica vinculados con la Misión Médica Cubana Barrio Adentro en este país.

VII-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
- 2- Garanto, J. Trastornos de conducta en la infancia. *Barcelona: PPU*; 1993.
- 3- Hechevarría Montejo EA. Morbilidad por Caries Dental como urgencia estomatológica en la población menor de 19 años. [Internet] 2011 [citado 25 Sep 2013] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_eliagnis.pdf
- 4- Mendes D, Caricote N. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003) Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet] 2009. [citado 12 Oct 2014] ,16(3) Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp.
- 5- Seguén Hernández J, Arpízar Quintana R, Chávez González Z, López Morata B, Coureaux Rojas L. Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2010.[citado: 10 Jun 2012]; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san08110.htm
- 6- Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida [Internet] 2011 [citado 17 de Sep de 2014];15 (10). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013.
- 7- Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
- 8- Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons B, Cortés Alfaro A, González Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabria Ramos G. Educación para la salud en la escuela. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.

9- Capacitación en promoción en salud oral a través de una metodología participativa, con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyaca) . [Internet] 2000 [citado: 16 de May de 2011]. Disponible en: <http://www.infomed.es/scoepyc/cadph2000red>.

10- Hernández Suárez A, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Rodríguez Borges L, Fernández Ramírez L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Rev AMC [Internet] 2010 [citado 22 Dic 2014]; 14 (6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000600005&>

11- Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2001 [citado 25 Mar 2010]; 38 (3). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vo38-3-01/est04301.htm>

12- Morón A. y col. Prevalencia de caries dental en escolares del Municipio Maracaibo. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Caracas, Venezuela. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 1998. [citado 12 Dic 2011]; 36 (3). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=258385&indexSearch=ID>

13- MINSAP. Tema 1. Maestría en Salud Bucal Comunitaria [CD-ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

14- Díaz del Mazo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R de la C, O'Connor Martínez L. Instructivo "Sonrisas Saludables" para capacitar a adolescentes sobre salud bucal. MEDISAN [Internet] 2003 [citado 18 Oct 2013]; 7(4). Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san14403.htm>

- 15-Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Volumen 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
- 16- Díaz del Mazo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R de la C, O'Connor Martínez L. Instructivo "Sonrisas Saludables" para capacitar a adolescentes sobre salud bucal [Internet] 2003[citado 13 Nov 2013];. Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san14403.htm
- 17- Sociedad Española de Odonto-Estomatología Preventiva y Comunitaria. EADPH 2000: programa de promoción de salud oral. [Internet] 2004 [citado 7 de Oct 2013]. Disponible en: <http://www.infomed.es/scoepyc/cadph2000red>.
- 18- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Retos para el nuevo milenio. [Internet] 2004 [citado: 23 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms/juventudes/>
- 19- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de estomatología. Programa Nacional de atención estomatología integral a la población. Ciudad de La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2013.
- 20- Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Servicios Odontológicos. Programa de promoción y prevención escolar. Dirección Nacional de Estomatología[Internet] 2013 [citado 23 de Oct 2014].Disponible en : www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=full&id=1234567890..
- .
- 21- Navas R, et al. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia 2002; 27(11):631-4.
- 22- Municipios por la Salud. [Internet] 2005 [citada: 15 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.cnpes.sld.cumunicipios.html>

- 23- Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol. [Internet] 2003 [citado 15 de dic de 2010]; 40(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_1_03/est08/03.htm
- 24-. Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons B, Cortés Alfaro A, González Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabria Ramos G. Educación para la salud en la escuela. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.
- 25- LE AA Conversando íntimamente con la adolescente mujer. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2009.
- 26- Márquez Galves R, Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, MINSAP, Ciudad Habana 2002.
- 27-** Suárez Conejero J, Godue J, García Gutiérrez Ch, Magaña Valladares JF Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas Rev Panam Salud Publica [Internet] 2013 [citado 14 de dic de 2015]; 34(1). Disponible en: [ris.paho.org/xmlui/browse?value=Magaña Valladares, Laura&type=author](http://ris.paho.org/xmlui/browse?value=Magaña%20Valladares,%20Laura&type=author)
- 28- Alonso MM, Saladrigas H. Para investigar en comunicación social. Guía didáctica. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
- 29- Debus M. Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington, DC: Academy for Educational Development, 1997. (Communication for child survival. HEALTH COM).
- 30-Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Municipios por la salud. Estrategia en Estomatología. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.
- 31-. Torres Lima LM. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo, asociados en niños escolares que acuden a la clínica de odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología 2013-2014. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2014.

- 32- Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. Rev Cubana Estomatol. [Internet] 2001 [citado 25 Mar 2012]; 38 (3): Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vo38-3-01/est04301.htm>
- 33-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de Parodoncia. Vol. 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
- 34-Romero González CM. Estrategia educativa en salud bucal para niños, madres y maestros de la escuela “Clodomira Acosta” [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología; 2002.
- 35- Centro Memorial Dr. Martin Luther King Jr. Equipo de Educación Popular. técnicas de participación. Ciudad de La Habana; Editorial Caminos; 1999.
- 36- Alejandro Londoño SJ. 112 dinámicas. Santiago de Chile; 1995.
- 37- Arés P, Hernández CN, Alejandro M, Socarrás E. El trabajo grupal. Ciudad de La Habana: Editorial Caminos; 1997.
- 38- Cordón Portillo JA, Cardoso Páez AM. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2000;1(1):75-88.
- 39- Asociación de de Pedagogos de Cuba. Colectivo Investigación Educativa “Graciela Bustillos”. Técnicas participativas de educadores cubanos. Vol.1. La Habana: CIE “Graciela Bustillos”; 1997.
- 40- Matos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Heredina 2004;14(1-2):101-6.
- 41- Rabadán González MA. Salud bucodental. Madrid: Fundación Dental Española;2002.

- 42- Moder T. Wondimu B, Periodontal Disease in Children y Adolescent, Dent Clinic. North am 2000, 44:633-658.
- 43-Tan Suárez N.T, "Educación Comunitaria en Salud Bucal para Niños" Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en EGI. 2002. Clínica Estomatológica Docente "Ismael Clark y Mascaró", Camagüey
- 44- Márquez Gálvez R, Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, MINSAP, Ciudad Habana 2002.
- 45- González Ramos, RM, Ventura Hernández M I, Valdivié Provance J R, Serrano Álvarez CR Sonríe con salud. *Rev Cubana de Estomatología*.2014; 51(3), 250-258.
- 46- Romero González CM. Estrategia educativa en salud bucal para niños, madres y maestros de la escuela "Clodomira Acosta" [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Facultad de Estomatología; 2002.
- 47-Silva Martínez Y. Intervención educativa salud bucodental para adolescentes con trastornos de conducta [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Facultad de Estomatología; 2004.
- 48- Díaz del Mazo L, Ferrer González S, García Díaz RC, Duarte Escalante A. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto Sueño. MEDISAN [Internet] 2001 [citado 17 Abr 2012]; 5(2):4-7. Disponible en:
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/santvol5-2-01/san01201.htm>.
- 49- Martínez Céspedes LI. Análisis de la Situación de Salud, Consultorio 133-01. Las Tunas; 2004.
- 50- Sosa L, Levantamiento epidemiológico bucal en escolares de 1era y 2da. Abril 2003. Síntesis: Tesis de Grado presentado en Junio de 2003. Hospital Victorino Santaella Ruiz. Disponible en:

<http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST08/Ist08.html>

51-Gispert E. Sistema Pronóstico del Riesgo de Caries en Escolares de 7-14 años de edad[tesis]. Ciudad de la Habana, 2001.

52- Limonta Vidal E, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. [Internet] 2000 [citado 20 Nov 2013]. Disponible en:

http://www.infomed.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300html

53- Irigoyen ME, Zepeda Marco A, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. Rev ADM 2001; 58 (3): 99-104.

54- Crespillo Hernández J, García Bambuses M, Torriente Méndez M, Ayllón Taylor R. Intervención educativa para mejorar el estado de salud. XII Congreso Nacional de Estomatología. La Habana: MINSAP; 1998.

55-Duharte Lisimón J. Influencia de dos técnicas educativas en el conocimiento sobre salud bucal [tesis] Clínica Estomatológica Provincial, Santiago de Cuba .1997.

56- Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica "La Democracia" MEDISAN [Internet] 2009 [citado 20 Nov 2013]. 13(5) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm>

57-Castaño de Casaretto H. Primera visita del bebé al consultorio odontológico. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2004; 33 (2): 20-3.

58- Mendes, D. Caricote, N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003)Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica Diciembre 2003. www.ortodoncia.ws

59 Rivas Gutierrez J, Soler Luevano M, Treriño Rebollo M. Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la Ciudad de Zacateca, México. Rev ADM 2013; 57.

60-Gavia Barbero G. Patología y Terapéutica Dental, Madrid: Editorial Síntesis, 2002. p138-147.

61- Lorenzo Rodríguez Elena, Comportamiento de la Caries Dental en Escolares, Clínica Estomatológica "Hermanos Gómez, 2000". [Internet] 2006 [citado 8 Nov 2013].13(5)Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300002

62- Jodar Vega D. Estrategia educativa con adolescentes que padecen caries dental [tesis]2003. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Facultad de Estomatología: Camagüey.

63- Pérez Navarro N, Andrea León C. Educación para la salud. Clínica Estomatológica "Orlando Corvo", Melena del Sur, La Habana. El mural de mami y papi. Rev Cubana Estomatol [internet] 2003 [citado 24 de Jun 2013]; 40(1). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_1_03/est10103.htm.

64- Jiménez Mesa L, Hernández Gutiérrez M, Alemán Garibaldi N. Situación de salud bucal de 20 familias pertenecientes al consultorio 30-2. ISCM Santa Clara. Medicentro [internet] 1999 [citado 25 Ago 2013]; 3(2) Disponible en:
<http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/v3n299/sit.htm.medicentro>

65- Rivas Gutiérrez J, Soler Luevano M, Treriño Rebollo M. Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la Ciudad de Zacateca, México. Rev ADM 2013; 57 (6) :218-221.

66- Sheiman A. Efectos de la dieta sobre enfermedades dentales. Bol Asoc Argent Odontol P Niño MEDISAN [Internet] 2003[citado 18 Ene 2012]; 7(4). Disponible en :<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san14403.htm.

ANEXO 3**Cuestionario**

Grupo: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Lee bien las preguntas y marca sólo una respuesta a cada pregunta.

1. ¿Es muy importante cepillarse los dientes?
a) Sí _____ b) No _____
2. ¿Cuántas veces al día te cepillas?
a) Ninguna _____ b) 1 vez _____ c) 2 veces _____ d) 3 veces _____ e) 4 veces _____
3. ¿Para limpiar tus dientes, usas algo además del cepillado?
a) Sí _____ b) No _____
4. ¿Te cepillas después de comer algún alimento?
a) Sí _____ b) No _____
5. ¿Comes dulces o chucherías entre las comidas?
a) Sí _____ b) No _____
6. ¿Sabes que es la placa dentobacteriana?
a) Sí _____ b) No _____
7. ¿Sabes cómo se producen las caries?
a) Sí _____ b) No _____
8. ¿Para que todo el cuerpo humano funcione bien es necesario tener dientes sanos?
a) Sí _____ b) No _____
9. ¿Sabes qué es un odontólogo?
a) Sí _____ b) No _____
10. ¿Cada que tiempo se debe asistir a la consulta del odontólogo?
a) Cuando tenemos dolor de dientes _____

b) Cada 6 meses aunque no tengamos dolor _____

ANEXO 4

Clave de respuestas y evaluación

1. ¿Es muy importante cepillarse los dientes?

a) Sí ☒ b) No _____

2. ¿Cuántas veces al día te cepillas?

a) Ninguna _____ b) 1 vez _____ c) 2 veces _____ d) 3 veces _____ e) 4 veces ☒

3. ¿Para limpiar tus dientes, usas algo además del cepillado?

a) Sí ☒ b) No _____

4. ¿Te cepillas después de comer algún alimento?

a) Sí ☒ b) No _____

5. ¿Comes dulces o chucherías entre las comidas?

a) Sí _____ b) No ☒

6. ¿Sabes que es la placa dentobacteriana?

a) Sí ☒ b) No _____

7. ¿Sabes cómo se producen las caries?

a) Sí ☒ b) No _____

8. ¿Para que todo el cuerpo humano funcione bien es necesario tener dientes sanos?

a) Sí ☒ b) No _____

9. ¿Sabes qué es un odontólogo?

a) Sí ☒ b) No _____

10. ¿Cada que tiempo se debe asistir a la consulta del odontólogo?

a) Cuando tenemos dolor de dientes _____

b) b) Cada 6 meses aunque no tengamos dolor ☒

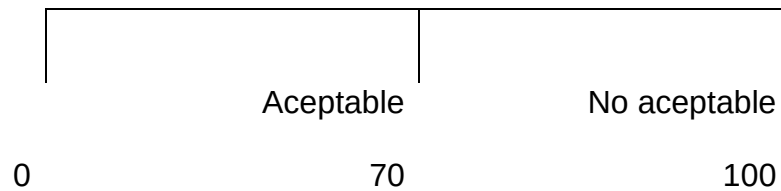
Evaluación:

Se le asignaran 10 puntos a cada respuesta correcta. Luego se sumarán todos los puntos para ver el total de posibilidades (100 puntos) y a ese valor se le hallará el 70 % que corresponderá con la categoría de aceptable o no aceptable.

La evaluación quedará de la siguiente forma:

Aceptable: 70 – 100 puntos.

No aceptable: 60 – 0 puntos.



ANEXO 5

Guía para la realización de grupos focales con los niños

Objetivo: Identificar la percepción que tienen los niños de su salud bucal y de la importancia del manteniendo de la misma

Presentación:

Mi nombre es Marlene estoy muy contenta de estar hoy aquí con ustedes para hablar sobre el cuidado de los dientes.

1. ¿Mamá o papá les hablan con frecuencia de lo importante que es cuidarse los dientes?
2. ¿Alguna otra persona les ha explicado cómo cuidarse los dientes?
3. ¿En la escuela han realizado alguna actividad donde se les hable del cuidado de los dientes?
4. ¿Visitan muchas veces al año al Odontólogo?
5. ¿Les gusta visitar la consulta del Odontólogo? ¿Por qué?
6. ¿Les gustaría que el Odontólogo les explique como cuidarse los dientes?
7. ¿Dónde prefieren que se les explique como cuidarse los dientes en la consulta del Odontólogo o en la escuela?
8. ¿Les gustaría aprender canciones y cuentos sobre el cuidado de los dientes?

RESUMEN DE GRUPO FOCAL

Participantes: 12 niños de 3er grado de la escuela Batalla La Bombona

Lugar: Aula de la escuela Batalla La Bombona.

Fecha: 20 de abril del 2013.

El grupo unánimemente refirió que pocas veces sus padres les hablan de la importancia del cuidado dental y de cómo realizarlo. Muy pocos dicen que en algunas visitas al Odontólogo les han explicado como mantener su salud bucal. Pero cuando se les pide que expresen lo que saben no pueden hacerlo.

Todos afirman que nunca en la escuela se ha desarrollado ninguna actividad que hable del cuidado dental.

Casi todos expresan que visitan al Odontólogo cuando tienen algún dolor y la mayoría casi nunca lo ha hecho.

Todos coinciden en que no les gusta visitar al Odontólogo porque han escuchado decir a las personas mayores que es doloroso.

Todos afirman que les gustaría que el Odontólogo les explicara como cuidarse los dientes y que prefieren que esto ocurra en la escuela en vez de en el consultorio dental.

Todos afirman que les gustaría escuchar y aprender cuentos, canciones y poesías sobre el cuidado dental y que también les gustaría dibujar algo relacionado con el tema.

ANEXO 6

Guía para la realización de grupos focales con los niños

Objetivo: Identificar la percepción que tienen los niños de su salud bucal y de la importancia del manteniendo de la misma

Presentación:

Mi nombre es Marlene estoy muy contenta de estar hoy aquí con ustedes para hablar sobre el cuidado de los dientes.

9. ¿Mamá o papá les hablan con frecuencia de lo importante que es cuidarse los dientes?
10. ¿Alguna otra persona les ha explicado cómo cuidarse los dientes?
11. ¿En la escuela han realizado alguna actividad donde se les hable del cuidado de los dientes?
12. ¿Visitan muchas veces al año al Odontólogo?
13. ¿Les gusta visitar la consulta del Odontólogo? ¿Por qué?
14. ¿Les gustaría que el Odontólogo les explique como cuidarse los dientes?
15. ¿Dónde prefieren que se les explique como cuidarse los dientes en la consulta del Odontólogo o en la escuela?
16. ¿Les gustaría aprender canciones y cuentos sobre el cuidado de los dientes?

RESUMEN DE GRUPO FOCAL

Participantes: 10 niños de 4to grado de la escuela Batalla La Bombona

Lugar: Aula de la escuela Batalla La Bombona.

Fecha: 5 de mayo del 2013.

El grupo unánimemente refirió que pocas veces sus padres les hablan de la importancia del cuidado dental y de cómo realizarlo, tampoco recuerdan que algún familiar o maestro les haya hablado sobre el tema. .

Todos afirman que nunca en la escuela se ha desarrollado ninguna actividad que hable del cuidado dental.

Casi todos refieren que no visitan al Odontólogo frecuentemente, algunos lo han hecho, pero sólo cuando han tenido dolor.

La mayoría refiere que no les gusta visitar al Odontólogo porque creen que lo que hacen allí es doloroso, además es aburrido porque hay que esperar sentado mucho tiempo.

Todos afirman que les gustaría que el Odontólogo les explicara como cuidarse los dientes y que prefieren que esto ocurra en la escuela en vez de en el consultorio dental.

Todos afirman que les gustaría escuchar y aprender cuentos, canciones y poesías sobre el cuidado dental y que también les gustaría dibujar algo relacionado con el tema.

ANEXO 7

Guía para la realización de grupos focales con los niños

Objetivo: Identificar la percepción que tienen los niños de su salud bucal y de la importancia del manteniendo de la misma

Presentación:

Mi nombre es Marlene estoy muy contenta de estar hoy aquí con ustedes para hablar sobre el cuidado de los dientes.

17. ¿Mamá o papá les hablan con frecuencia de lo importante que es cuidarse los dientes?
18. ¿Alguna otra persona les ha explicado cómo cuidarse los dientes?
19. ¿En la escuela han realizado alguna actividad donde se les hable del cuidado de los dientes?
20. ¿Visitan muchas veces al año al Odontólogo?
21. ¿Les gusta visitar la consulta del Odontólogo? ¿Por qué?
22. ¿Les gustaría que el Odontólogo les explique como cuidarse los dientes?
23. ¿Dónde prefieren que se les explique como cuidarse los dientes en la consulta del Odontólogo o en la escuela?
24. ¿Les gustaría aprender canciones y cuentos sobre el cuidado de los dientes?

RESUMEN DE GRUPO FOCAL

Participantes: 6 niños de 5to grado y 6 niños de 6to grado de la escuela Batalla La Bombona

Lugar: Aula de la escuela Batalla La Bombona

Fecha: 10 de mayo del 2013.

Ninguno recuerda que sus padres les hablan de la importancia del cuidado dental y de cómo realizarlo, a muy pocos sus padre les recuerdan cepillarse los dientes antes de acostarse, pero no les han demostrado como hacerlo, tampoco recuerdan que algún familiar o maestro les haya hablado sobre el tema.

Todos afirman que nunca en la escuela se ha desarrollado ninguna actividad que hable del cuidado dental.

Casi todos refieren que no visitan al Odontólogo frecuentemente, algunos lo han hecho, pero sólo cuando han tenido dolor.

La mayoría refiere que no les gusta visitar al Odontólogo porque no es interesante, es aburrido y doloroso.

Todos afirman que les gustaría que el Odontólogo les explicara como cuidarse los dientes y que prefieren que esto ocurra en la escuela en vez de en el consultorio dental.

Todos afirman que les gustaría escuchar y aprender cuentos, canciones y poesías sobre el cuidado dental y que también les gustaría dibujar algo relacionado con el tema.

ANEXO 10

CUADRO DE DETECCIÓN DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE DE DAVID LEYVA

¿Qué debería saber?	¿Qué sabe realmente?	Discrepancias	Necesidades	Alternativa de solución
Saber importancia del cepillado	60%	40%	Elevar conocimientos sobre importancia de cepillado	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber frecuencia de cepillado	21.4%	78.6%	Lograr cambios de comportamiento sobre frecuencia de cepillado	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber métodos de limpieza bucal	0%	100%	Lograr mantenimiento y cuidado de su salud bucal	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber que deben cepillarse después de ingerir alimentos	10%	90%	Lograr cambios de actitudes en cuanto a frecuencia del cepillado	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber consecuencia de ingestión de dulces entre comidas	12%	88%	Lograr cambios de conducta en cuanto a la ingestión de alimentos azucarados	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber que es la placa dentobacteriana	0%	100%	Elevar conocimientos sobre higiene bucal	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber como se producen las caries	0%	100%	Aumentar conocimientos sobre factores de riesgo de las caries dentales	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber relación entre salud bucal y general	0%	100%	Ampliar conocimientos sobre salud bucal y su relación con la general	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber que es un odontólogo	60%	40%	Aumentar niveles de conocimientos sobre la Odontología	Diseñar y aplicar un programa educativo
Saber la frecuencia con la que se debe visitar al Odontólogo	0%	100%	Brindar EPS sobre importancia de visitar al Odontólogo	Diseñar y aplicar un programa educativo

ANEXO 2

Convenio Investigador- Escuela

De una parte Dra. _____ Estomatóloga General.

De otra parte Lic. _____ Director (a) de la escuela "Batalla La Bombona"

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen, acuerdan lo siguiente:

Dra.:

- Realizar una investigación de intervención educativa que consistirá en determinar los factores de riesgo que provocan la aparición de la caries dental a través de un programa educativo- participativo para mejorar la salud bucal de los escolares.
- Se evitará interferencias en las actividades curriculares.

Director (a):

- Garantizará la participación de todos los incluidos en el estudio.
- Colaborará con el diseño, confección y validación de los medios de enseñanzas.
- Invitará al responsable de la investigación a los consejos de dirección y reuniones de padres para informar sobre el desarrollo de la misma.

Y para que así conste, se firma la presente por ambas partes, en Carabobo de Nagueanagua, a los ____ días de _____ del _____.

Dra. Investigadora

Director Escuela

ANEXO 1

Carta de consentimiento informado:

El que suscribe _____ como padre del niño (a)
_____ estoy de acuerdo a que mi hijo (a)
participe en la investigación:

Se me ha informado que el niño(a) está incluido(a) en un grupo de pacientes que serán tratados con técnicas educativas participativas, también me han explicado los procedimientos y objetivos del estudio.

Su participación en la investigación es absolutamente voluntaria, en cualquier momento se puede retirar del mismo, sin que sea necesario explicar las causas y esto no afectará las relaciones con el estomatólogo (investigador) y/o la escuela.

Firma del padre o tutor

Firma del investigador

ANEXO 9

Técnicas afectivo participativas utilizadas.

Cuento

Título: “El sueño de Pedritín y sus muelas”

Amiguitos les voy a contar una historia muy importante e interesante que le ocurrió a mi amiguito Pedritín. Cierta día Pedritín se levantó muy temprano para ir a la escuela pues ese día le pondrían su pañoleta azul, pero tenía mucho apuro, se cepilló sus dientes muy rápido, se enjuagó y ya, su mamá que estaba preparando su merienda le preguntó si se había cepillado correctamente y él le contestó que sí, y se fue para la escuela. Allí tuvo un día muy feliz pues ya era pionero moncadista, en la actividad comió muchas golosinas, caramelos, galletas dulces, refrescos luego en su casa ya por la noche se comió la comida y su postre, más tarde ya tenía mucho sueño, su mamá lo mandó a cepillarse sus dientes y no lo hizo mintió otra vez.

Pues saben mis amiguitos lo que le pasó a Pedritín se durmió profundamente y se puso a soñar que unos bichos se reían de él, ellos lo veían como a Pinocho con la nariz muy larga y orejas de burrito, esto lo asustó y les preguntó que era lo que estaba pasando y los bichos le contestaron que había mentido a su mamá al no cepillarse correctamente los dientes y ellos iban hacerle unos huecos en sus muelitas que no lo dejarían dormir del dolor y los dientes se le pondrían amarillos y feos, Pedritín de un salto se despertó y corrió hacia el baño, se cepilló correctamente y prometió que nunca más le mentiría a su mamá ni a nadie más, y comprendió que con una buena higiene en sus dientes lograría una sonrisa sana y feliz.

Cuento

Título: "El gran susto"

El lunes por la mañana me levanté bien tempranito muy contento como siempre para ser uno de los primeros en llegar a la escuela, y de momento me di un gran susto.

¡Mami, mami ven para que veas mis dientes! ¡Mami mira mis dientes! Yo estaba como vuelto loco, mis dientes y muelas estaban todos picados y negros, ya me imaginaba todos mis compañeros riéndose de mí, y pensaba, eso me pasa por no hacerle caso a mi mamá que siempre me dice:

- Niño cepillate bien los dientes
- Niño ya comiste, cepillate los dientes
- Niño te vas acostar, cepillate los dientes
- Niño no mastiques los caramelos.....

Y así siempre, y yo sin hacerle caso.

- Niño despierta que ya es tarde, te quedaste dormido, apúrate, pero cepillate bien los dientes.
- Si mami le dije sonriente acordándome del gran susto.

Y muy contento le di un beso a mi mamá y salí corriendo, con una sonrisa sana, para no llegar tarde a mi escuela.

Cuento

Título: “Los dientes de Juanita”

Aquel día los dientes de la boca de Juanita formaron una gran pelea. Dientecín no quería saber de muelín y colmillín quería sacar fuera a cordalín que apenas asomaba de la encía, pues era muy pequeñito.

- Uf, que mal olor decían todos, algunos de nosotros está enfermo, dijo dientín.
- Eso tenemos que averiguarlo pronto pues todos nos enfermaremos, dijo muelín.
- Está cerca de mí, dijo colmillín que de pronto había sentido un dolor desagradable.
- Eso se resolverá pronto, vamos a llamar a Anita, ella es nuestra amiguita y nos ayudará.

Todos se quedaron callados y en ese momento pasó por allí Anita que se acercó a Juanita, su hermana, y le dijo:

- Juanita ¿Ya te lavaste la boca?
- No, dijo Juanita, no tengo cepillo de dientes.
- Uf, que peste tienes en esa boca, toma este cepillo y lávate esos dientes pues todos se van a enfermar. Juanita empezó a lavarse sus dientes y la boca cambió muy pronto de olor.

Dientín comenzó a llorar pues le dolía mucho su raíz.

Juanita se miró en su espejo y vio con sorpresa que tenía un diente cariado. Llamó rápido a su hermana y las dos fueron corriendo al dentista, el cual enseguida arregló aquel diente que ya casi se moría.

- ¡Que bien nos sentimos! – Dijeron todos los dientes muy alegres.

Juanita dijo: Jamás dejaré de atender mis dientes pues se me caerán y me veré muy fea.

Desde ese día todos vivieron muy felices en la boca de aquella niña que nunca más dejó de lavarse sus dientes.

Canción

Título: “El rap del cepillo”

Oye niño venezolano

Escucha bien el estribillo

Debes lavarte los dientes

Con pasta y el cepillo

Y si no tienes pasta

Hazlo con el cepillo

De abajo hacia arriba

De arriba hacia abajo

Así baila el cepillo

Canción

Título: "Mi amigo cepillo"

Este es mi amigo cepillo

Quien cuida mis dientes

Y el que le da brillo

Yo lo quiero, lo voy a cuidar

Lo prefiero para cepillarme

Este es mi único amigo

Porque me da alegría

Y siempre está conmigo.

Canción

Título: “Para dientes relucientes”

Cepillo necesitamos

Usar cuatro veces al día

Y de esta forma logramos

Salud, belleza, alegría

Como me lavo los dientes

Cuando acabo de comer

Los tengo resplandecientes

Como se deben tener.

Recuerden este estribillo

Téngalo siempre presente

Usar a diario el cepillo

Para dientes relucientes.

Poesía

Título "Una sonrisa"

Una sonrisa cuesta poco y produce mucho

No empobrece a quien le da

Y enriquece a quien la recibe.

Dura solo un instante

y perdura en el recuerdo eternamente.

Es la señal externa

de la amistad profunda.

Nadie hay tan rico

Que pueda vivir sin ella

Y nadie tan pobre

Que no la merezca.

Una sonrisa alivia el cansancio

Renueva las fuerzas

Y es consuelo en las tristezas.

Una sonrisa tiene valor

Desde el momento en que se da.

Si crees que a ti la sonrisa

No te importa nada

Se generoso y da la tuya

Porque nadie tiene

Tanta necesidad de la sonrisa

Como quien no sabe sonreír.

Poesía

Título: “ La muela”

Al comer la muela se ensuciará

La placa se formará

Los ácidos la atacarán

Enojada y débil se pondrá.

Si la cepillas correctamente

Limpia quedará.

El ataque acabará

Y fuerte nuevamente se pondrá.

Poesía.

Título: "Con mi amigo cepillo"

Con mi amigo cepillo
tengo dientes sanos y con brillo
movimientos de alegría
Después de cada comida
y antes de dormir
¡Salud para sonreír!

Juego

Título: "Pesca y Aprende"

Este juego consiste en la confección de una vara de pescar con un imán en la punta y varios pececitos cada uno con preguntas diferentes sobre temas de educación para la salud para ser respondidas por los niños y por cada respuesta correcta se estimularán los pioneros, serán supervisados por el residente de EGI y con la correcta colaboración de los profesores.

Preguntas

1. ¿Por qué debo acudir al Odontólogo cada 6 meses?
2. ¿Cuántas veces debo cepillarme los dientes al día?
3. ¿Demuestra la forma correcta de cepillarse?
4. ¿Qué importancia tiene mantener mi boca sana?
5. ¿Menciona otro medio además del cepillo que ayuda a mantener los dientes limpios?
6. ¿Por qué no puedo comer caramelos a cualquier hora?
7. ¿Qué alimentos conoces que pueden provocarte caries?
8. ¿Qué alimentos no producen caries?

ANEXO 8.**ESTRATEGIA EDUCATIVA**

Título: “Mis dientes sanos para siempre”.

Autora: Odalys Hernández Martín.

Residente de Segundo Año de EGI.

Dirigida a niños de 3er a 6to grado de la escuela Batalla La Bombona municipio Naguanagua, estado Carabobo. República Bolivariana de Venezuela.

Objetivos:**❖ General:**

Incrementar el nivel de educación para la salud sobre la prevención de caries dental en estudiantes de la escuela “Batalla La Bombona”

❖ Específicos:

1. Fomentar hábitos de higiene bucal adecuados.
2. Incrementar conocimientos sobre los factores de riesgo de la caries dental.
3. Incrementar el nivel de conocimientos sobre métodos para prevenir la caries dental.
4. Despertar el interés de los niños por mantener su salud bucal mediante el autocuidado y el cuidado profesional.
5. Evaluar los resultados finales.

Límites:

Tiempo: De octubre del 2013 a diciembre del 2014.

Espacio: Escuela “Batalla La Bombona”.

Población: 340 estudiantes de 3er a 6to grados de la escuela “Batalla La Bombona”.

Estrategia:

- ❖ Técnicas afectivo – participativas.
- ❖ Técnicas audiovisuales.

Audiencia primaria: Estudiantes seleccionados de la citada escuela.

Audiencia secundaria: Maestros, Odontólogos, padres de los niños.

Indicadores:

- ❖ Porcentaje de niños con nivel de conocimiento aceptable con relación a la prevención de la caries dental.

- ❖ Por ciento de niños con Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores aceptable.

Evaluación:

1. De proceso o monitoreo: Se utilizarán los siguientes métodos:
 - ❖ Entrevistas con los estudiantes.
 - ❖ Reuniones conjuntas entre la dirección de la escuela, profesores y la autora de la investigación.
 - ❖ Observación de actividades.
 - ❖ Grupos focales con los padres de los niños participantes en la investigación.
2. De impacto.
 - ❖ Aplicación del cuestionario a los estudiantes.
 - ❖ Determinación del Índice de análisis e higiene de Love y colaboradores.

No	Actividades	Fecha	Local	Recursos	Participantes	Responsable
1	Información de las características de la investigación a los directivos de la escuela y padres de los niños	Octubre 2013	Escuela	Carteles	Odontóloga y directivos de la escuela	Odontóloga
2	Determinar necesidades reales de conocimientos de los niños sobre caries dental.	Noviembre 2013	Escuela	Hojas, lápices	Odontóloga.	Odontóloga
3	Determinar necesidades reales de tratamiento por caries dental en los niños.	Diciembre 2013	Clínica	Instrumental y sustancia reveladora	Odontóloga.	Odontóloga
4	Determinar las necesidades sentidas de los niños sobre caries dental.	Enero-Febrero 2014	Escuela	Hoja y lapicero	Odontóloga.	Odontóloga
6	Confeccionar mural para informar sobre los factores de riesgo de la caries dental.	Marzo-Abril 2013	Escuela	Papel, lápices, marcadores	Odontóloga y maestros	Director de la escuela.
7	Informar a los niños sobre la estrategia educativa convocar a los concursos de dibujo, canciones y poesías	1_10_13	Escuela	Carteles	Odontóloga, maestros, directivos de la escuela y niños	Odontóloga
8	Brindar tratamiento y rehabilitación a todo niño afectado por caries dental	8_10_13	Clínica	Instrumental, medicamentos odontológicos	Odontóloga y niños.	Odontóloga
9	Impartir charla educativa "¿Qué es un odontólogo?", hacer el cuento "El sueño de Pedritín y sus muelas"	15_10_13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga
10	Impartir charla educativa "Mi	22_10_13	Escuela	Láminas, sustancia	Odontóloga y niños.	Odontóloga

	enemiga la placa dentobacteriana”, enseñar la canción “El rap del cepillo”.			reveladora		
11	Impartir charla educativa “¿Cómo se forma una caries?” enseñar la poesía “Una sonrisa”	29_11_13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga
12	Realizar la demostración “Forma y frecuencia del cepillado”, hacer el cuento “El gran susto”.	6_11_13	Escuela	Láminas, taipodont, cepillo	Odontóloga y niños.	Odontóloga
13	Realizar demostración “Otros métodos de limpieza bucal”, enseñar la canción “Mi amigo cepillo”.	13_11_13	Escuela	Láminas, taipodont, hilo y palillo dental	Odontóloga y niños.	Odontóloga
14	Impartir charla educativa “Alimentos amigos de las caries dental”, enseñar la poesía “La muela”	20_11_13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga
15	Impartir charla educativa “¿Cuándo visitar al odontólogo”, hacer el cuento “Los dientes de Juanita”	27_11_13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga
16	Impartir charla educativa “Las consecuencias de mi enemiga la caries dental”, enseñar la canción “Para dientes relucientes”.	3_12_13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga
17	Impartir charla educativa “Mis dientes pueden enfermar todo mi organismo”, enseñar poesía	10-12-13	Escuela	Láminas	Odontóloga y niños.	Odontóloga

	"Con mi amigo Cepillo".					
18	Desarrollar el juego "Pesca y aprende"	17_12_13	Escuela	Peces de papel con preguntas, vara de pescar	Odontóloga y niños.	Odontóloga
19	Divulgar los resultados del concurso de dibujo "Mis dientes sanos para siempre".	24_12_13	Escuela	Diplomas y regalos	Odontóloga, niños, padres directivos, maestros y personal que labora en la escuela.	Director de la escuela
20	Divulgar los resultados del concurso de poesías y canciones "Mis dientes sanos para siempre".	4_1_14	Escuela	Diplomas y regalos	Odontóloga, niños, padres directivos, maestros y personal que labora en la escuela	Director de la escuela
21	Realizar una actividad festiva	8_1_14	Escuela		Odontóloga, niños, padres directivos, maestros y personal que labora en la escuela	Director de la escuela
22	Explorar el nivel de conocimientos alcanzados por los niños	15_1_14	Escuela	Hojas, lápices	Odontóloga y niños	Odontóloga
23	Repetir examen bucal e Índice de Love	22_1_14	Consulta	Historia Clínica, instrumental odontológico, sustancia reveladora	Odontóloga y niños	Odontóloga
24	Divulgar los resultados obtenidos para motivar a mantener la salud bucal	29_1_14	Escuela	Carteles, lápices, papel	Odontóloga.	Odontóloga

