

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FILIAL MORÓN
ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA**



***Título: Intervención educativa
“Menos Humo más Salud”.***

Autora: Dra.: Mavis Russell Clark
Especialista de primer grado en EGI

Tutora: Dra: Olga Josefa García Duarte
Especialista de primer grado en EGI
Máster en Urgencias Estomatológicas
Profesor instructor

Asesora Dra: Yarisleida Pérez López
Especialista de primer grado en EGI
Máster en salud bucal comunitaria
Profesor asistente

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN
SALUD BUCAL COMUNITARIA**

MORÓN

Año 2010

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FILIAL MORÓN
ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA**

*Título: Intervención educativa
“Menos Humo más Salud”.*

Autora: Dra. Mavis Russell Clark.

Tutora: MSc. Dra. Olga Josefa García Duarte.

Asesora: MSc. Dra. Yarisleida Pérez López.

MORÓN

Año 2010



DEDICATORIA

A mis hijos por tener fe en mí y ser mi mayor tesoro.

*A mi madre por ser el motor impulsor que me permite
continuar hacia adelante.*

*A mi hermano por ser mi mano derecha y brindarme su
apoyo incondicional en todo momento.*

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos los que de una forma u otra han contribuido con la realización de este sueño. Fundamentalmente deseo agradecerle a mi tutora MSc. OLGA GARCIA DUARTE y a mi asesora MSc. Yarisleida Pérez López, quienes me brindaron todo su apoyo y dedicación y sin las cuales este trabajo no hubiera sido posible.

PENSAMIENTO

El tabaco plantea uno de los retos más difíciles de nuestro tiempo en el ámbito de la salud pública. De continuar las tendencias actuales, muchos de los niños de hoy morirán en forma prematura de enfermedades provocadas por el tabaco.“

Nelson Mandela

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	
Planteamiento del problema -----	1
Antecedentes -----	3
Fundamento teórico-----	6
Objetivos -----	12
Procedimientos-----	13
Resultado y discusión-----	17
Conclusiones-----	30
Recomendaciones-----	31
Referencias Bibliográficas -----	32
Anexos -----	36

RESUMEN

Se realizó un estudio pre- experimental de intervención del tipo antes- después en la Academia de Artes Raúl Martínez del municipio Morón, en el período comprendido entre enero de 2009 y octubre 2010, con el objetivo de elevar el nivel de información sobre las consecuencias del hábito de fumar en los jóvenes que practican el mismo. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista y sobre la base de los problemas encontrados se confeccionó y ejecutó la estrategia de intervención, cuyo impacto se midió al final del estudio. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizó las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por cientos, utilizándose como medida de tendencia central la media aritmética y como medida de dispersión la desviación típica. Para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después de la estrategia educativa se aplicó una prueba de hipótesis paramétrica. Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows. Los resultados se expusieron en tablas de contingencia para su análisis y mejor comprensión. Con esta intervención se elevó el nivel de conocimientos de estos jóvenes sobre el hábito de fumar y se obtuvo un cambio de actitud positiva en relación con el mismo, lo que se traduce en calidad de vida y mejor nivel de salud bucal y general de los mismos.

Palabras Clave: Hábito de fumar, Higiene bucal, Adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día todos los expertos están de acuerdo en que el tabaquismo constituye en los países desarrollados el primer problema de salud pública susceptible de prevención, constituye una pandemia desde Alaska hasta la Patagonia, desde Japón hasta Portugal, desde África a la Oceanía (1, 2).

El humo del cigarrillo entra al organismo por la boca y sale por esta y por la nariz esta circulación del humo es una micro agresión continua que afecta los dientes, cavidad oral, orofaringe, senos paranasales, esófago, bronquios y pulmones. Como consecuencia de su paso por la boca el tabaco deja huellas que laceran la salud del consumidor, entre las que se pueden citar:

- ❖ Manchas en los dientes
- ❖ Caries
- ❖ Halitosis
- ❖ Enfermedad periodontal
- ❖ Leucoplaquia
- ❖ Cáncer de labio
- ❖ Cáncer de cavidad oral
- ❖ Palatinitis nicotínica (3).

La educación para la salud encuentra grandes desafíos y posibilidades en los jóvenes, quienes pasan por un período biológico y psíquico de aprendizaje, que se caracteriza por la búsqueda de identidad propia, cambios cognoscitivos y emocionales sin precedentes. Es esta una etapa de la vida en la que se forjan actitudes, valores y conductas frente al entorno y resulta oportuna y útil para acometer la labor educativa (4).

En nuestro país toda la población y en especial los jóvenes reciben actividades educativas, preventivas, pero desafortunadamente no siempre se cumplen los

requisitos de calidad en las actividades de Educación para la Salud efectuadas para ellos, que garanticen la modificación positiva de sus actitudes y conductas en relación con los hábitos y su salud. Como consecuencia de esto un elevado número de jóvenes tiene grandes vacíos en cuanto a conocimientos y la erradicación de hábitos nocivos (4).

Los jóvenes de la Academia de Arte Raúl Martínez” del municipio Morón no están exentos de esta situación; una relación muy estrecha se evidencia entre esta especialidad de la cultura, debido a su carácter bohemio, y la presencia en ellos de hábitos perjudiciales para su salud, encontrándose la prevalencia del hábito de fumar, en una magnitud significativa lo que trae como consecuencias dificultades con la higiene bucal, además de la aparición de otras alteraciones a su salud general.

Estas razones permiten plantear como problema de investigación:

¿Cuál será el nivel de información sobre las consecuencias del hábito de fumar de los jóvenes de la Academia de Arte Raúl Martínez de Morón?

Esta pregunta permite formular la siguiente hipótesis.

Si se implementa una estrategia educativa sobre las consecuencias del tabaquismo, en los jóvenes con hábito de fumar, basada en técnicas afectivas participativas, se elevará el nivel de información de estos y se fomentará conductas saludables para aumentar la calidad de vida de los mismos.

ANTECEDENTES.

El consumo de tabaco se considera una enfermedad pediátrica ya que se inicia antes de los 15 años de edad. Adicionalmente constituye un problema global de salud pública prioritario dado que la morbi-mortalidad que produce puede ser prevenida. Además de las consecuencias del consumo de tabaco a largo plazo, los efectos a corto plazo son relevantes ya que se han asociado a trastornos de salud mental y a una mayor probabilidad de consumo de otras drogas (5).

Datos recientes, tanto mundiales como nacionales, han mostrado que en la población adolescente, particularmente las mujeres, el impacto epidemiológico del consumo de tabaco registra una tasa de mayor incremento que el encontrado en la población general. (6)

Todo esto ha hecho evidente la necesidad de implementar programas de intervención preventiva y de control del tabaquismo, dirigidos a los jóvenes, en donde el ambiente escolar parece ser el contexto más apropiado para su realización. (7) La mayoría de los reportes sobre las intervenciones escolares para reducir el consumo de tabaco en estudiantes han sido realizados en Estados Unidos y han mostrado un impacto positivo de grado moderado, así como en la modificación de conductas, conocimientos y actitudes relacionadas (8)

En México existe el antecedente de un estudio exitoso que evaluó la efectividad de un programa de prevención de consumo de tabaco realizado en escolares cuyos resultados sugieren que el desarrollo de habilidades conductuales reduce la prevalencia de experimentación de tabaco y promueve el cese en quienes ya lo consumen (9).

Variada es la literatura científica relacionada con este tema. Estudios recientes realizados por el Dr. Gómez López de la Universidad de Cataluña refieren que el

tabaquismo daña la salud, afecta la belleza dado que produce alteraciones de la piel, profundiza los pliegues faciales, acelera la osteoporosis, crea o predispone a una menopausia precoz, además trastornos durante el embarazo. Además de las conocidas alteraciones bucales (10).

También estudios realizados por el Dr. Boyd F N. epidemiology Of. Cáncer Tannock en el año 2000 demostró que el hábito de fumar disminuye el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de bacterias de la placa dentobacteriana (11).

Según trabajos realizados en Argentina en el año 2008 más de la mitad de la población adolescente del país ha fumado alguna vez algún tipo de cigarrillos

En la universidad de la Plata el Dr. Juan Riverol ofreció una conferencia magistral sobre daños que ocasiona fumar para la salud, en esa ocasión comentó que el primer órgano en recibir daño es la cavidad bucal. En una encuesta realizada en una fábrica textil de la ciudad de la Plata dio como conclusión que el hábito de fumar en los adolescentes trajo consigo un aumento de las enfermedades periodontales (12).

En Cuba los datos de prevalencia de este hábito son escasos y se han obtenido estudios aislados en diferentes poblaciones los que han demostrado un alto nivel de tabaquismo desde un 61,06% en asociación con la hipertensión arterial hasta un 37,3% en asociación del alcoholismo (13).

En el año 2006 la Dra. Josefa Riverol y la Dra. Marilyn Hernández realizaron un estudio preliminar en estudiantes de la facultad del Hospital Dr. Salvador, Allende donde se demostró que el nivel académico no guarda relación con el hábito de fumar (14).

En una reciente publicación del año 2009 realizada por el MINSAP titulada Adicciones y Salud Mental Programa de prevención del tabaquismo se pudo

confirmar que el mismo aumenta el riesgo de caries, ocasiona migración gingival y con ello exposición de los cuellos dentarios (15).

La Dra. Neivis Enamorado ,en el municipio Guamá en Santiago de Cuba, realizó una investigación en el año 2007, en un grupo de adolescentes en la que obtuvo como resultados que dicha población poseía buen conocimiento de los daños que ocasiona el cigarro producto de las propagandas y charlas que se han brindado a favor de no estimular el mismo(16).

Estudios revelados por la segunda encuesta nacional de factores de riesgo realizada enero año 2001 por el Instituto de Investigación de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, el 32% de la población adulta mayor de 18 años es fumadora. La OMS la considera como la epidemia del tabaco que le roba la vida anualmente a 5 millones de personas (17).

FUNDAMENTO TEORICO

La planta del tabaco pertenece al genero nicotina, familia botánica de las solanáceas. Es única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotinas originarias de América. Antes del descubrimiento de América era conocido en Europa en el viejo continente, a partir del siglo XVI el hábito se extiende progresivamente por Europa pero hasta el siglo XIX fue una conducta minoritaria e incluso elitista. La situación cambio a partir del momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos (18 -22).

Fueron Rodrigo de Jerez y Luís Torres los primeros en contar como los nativos de Cuba lo consumían enrolando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo. La primera industria se instaló en Cuba en 1840, se consume en diferentes formas polvo, cigarro puro, pipa y para mascar la nicotina fue aislada por primera vez por Posein y Reiman en 1828 y fue Orfila quien inició las primeras experiencias farmacológicas con ella seguidamente surgió el peligro del Tabaquismo y sus consecuencias sobre la salud. Estados Unidos publicó en 1962 y 1964 el primer informe Royal Collage Of. Physicans Of. London, quedando establecido el papel del TABACO en la etiología de una amplia gama de enfermedades (23-28).

Fumar es un mal hábito, que se convierte en adicción, daña severamente la salud, acorta la vida y provoca padecimientos irreversibles incapacitantes y mortales además dañar a familiares y compañeros al forzarlos a respirar el humo del tabaco convirtiéndolos en fumadores pasivos y exponiéndolos a las enfermedades asociadas (29). La Organización mundial de la Salud (OMS) ante la epidemia mundial que constituye el tabaquismo plantea que un fumador tiene el doble de posibilidades de morir antes de los 65 años que un no fumador, aunque aclara que la tasa de defunción más elevada guarda relación con el número de cigarrillos fumados y la edad en que comenzó a fumar (30). El hábito de fumar aparece regularmente en edades tempranas de la vida

debido a que el niño comienza a imitar al padre, la niña a la madre, los padres tabaquismo es la toxicomanía más frecuente en el mundo, en varios países se encontrado que uno de cada tres fumadores ha intentado dejar el hábito y que sólo el 20% de los mismos lo ha logrado. La implantación inicial del hábito tabáquico y su arraigo o permanencia son dos procesos totalmente diferentes: si en el primero, predominan los factores psicológicos y sociales en el segundo, son múltiples los mecanismos que mantienen el hábito dependencia a la nicotina, estrés y sensaciones subjetivas en cuanto a efectos relajantes estimulantes (31 -32).

El incremento de fumar en el recién finalizado siglo estuvo virtualmente relacionado con el incremento de la industrialización del tabaco, la accesibilidad del producto y la propaganda cuidadosa dirigida hacia el aumento del consumo (33), no existe un solo lugar en el mundo donde no se encuentre consumidor de esta planta. Primeramente fue privativo de los hombres pero hoy día se dice que es igualitario en las mujeres(34). En la actualidad en la región de las América el tabaco causa mas muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas, los accidentes del tránsito y la violencia combinada (35).

Las muertes por el uso del tabaco son evitables dijo el Dr. George Aleque director de la Organización Panamericana de la Salud. La OMS elaboró un informe donde compararon indicadores de la magnitud del problema, cerca de 11 millones de personas fuman con regularidad y aunque el tabaquismo ha disminuido en países en desarrollados la tendencia se ha visto compensada por el aumento comparable en países en desarrollo. Como sabemos este hábito tiene gran incidencia y prevalencia en la población y es responsable de diversas patologías debido a la aparición de compuestos químicos contenidos en el humo del tabaco y cigarrillos con demostrada actividad carcinogénica esto explica los cambios mutacionales hacia formas inferenciadas (36).

A los fumadores los dientes tienden a mancharse gradualmente por la acción de la nicotina. Producen coloración superficial, parda amarronada y favorece la formación del sarro dental. El tabaco aumenta el riesgo de caries al alterar el tejido de soporte del diente, ocasiona migraciones gingivales y con ello la exposición de los cuellos provocando la formación de caries radicular (37).

Se ha comprobado que el tabaquismo incide en la enfermedad periodontal y gingival, provoca disminución de la inmunidad humoral y fagocitaria de los leucocitos, disminuye el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de placa dentobacteriana (37).

También la nicotina del tabaco produce vasoconstricción de la micro circulación gingival y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimiotáxicas en relación con la respuesta inflamatoria es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis de colágeno de la secreción proteica y de la reproducción de fibroblasto (38).

En la cavidad oral el tabaco actúa con agresividad puesto que suma el calor de la combustión y los elementos tóxicos que contienen nicotina, alquitranes, radicales libres produciendo la aparición de lesión blanquecina en la mucosa oral conocida como Leucoplaquia que pueden derivar a carcinoma en mandíbula y cara como secuela del tratamiento (38).

Aparece esta lesión en mucosa del carrillo, suelo de boca, lengua etc., afecta a ambos sexos predominando el masculino y aparece en la quinta década de la vida.

El riesgo a padecer de cáncer de cavidad bucal en un fumador es seis veces superior al de un no fumador.

El tabaco es responsable de:

- 50 por ciento de cáncer de cavidad oral
- 70 por ciento de cáncer de laringe
- 50 por ciento de cáncer de esófago (38).

El sistema único nacional de salud es una característica de la sociedad socialista donde la salud pública tiene un carácter integral, preventivo y curativo, aplicado en Cuba desde 1961.

En 1992 teniendo en cuenta las condiciones del país se diseñó una estrategia sobre la salud de nuestro pueblo hasta el año 2000, entre sus objetivos se planteó la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades del corazón y cerebro vasculares y entre sus directrices alcanzar los propósitos de

reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud (39).

Constituye la adolescencia el periodo de la vida en que de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad se es más saludable. Es por lo tanto una etapa en que las demandas de servicios curativos son realmente inferiores a otros periodos de la vida, lo cual debe facilitar la reorientación de los servicios con énfasis en la promoción y educación para la salud educativos que puedan integrarse a la escuela (40).

En esas condiciones, el aprendizaje sobre la importancia de la salud bucal se integra al proceso educativo, fijando conductas y actitudes favorables que permitan la elección del camino saludable y que estos tengan impactos positivos en la calidad de vida presente y futura (41). En el 2002 se hace una revisión y reformulación del programa para responder a los requerimientos de la organización del Sistema Nacional de Salud y en su segundo objetivo se plantea, incrementar la población sana mediante acciones de promoción y educación en salud, allí se enfatiza en la importancia de este tipo de acciones en niños y adolescentes y especialmente se dedica un anexo con un programa educativo para este grupo (41).

Según la primera conferencia de Ottawa en 1986 la Promoción de Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las innumerables acciones que Cuba ha llevado a cabo para fomentar el desarrollo y bienestar social han tenido un enfoque participativo, dinámico e integral en el cual los factores sociales y las instituciones formales e informales se organizan para garantizar los cambios cognoscitivos, conductuales y de estilos de vida con un fuerte fundamento en la pedagogía participativa (42).

El Programa Estomatológico al menor de 19 años, necesita ampliar la cobertura y priorizar al niño y adolescente con un enfoque preventivo

educativo, basado en programas educativos activos y eficaces que sean capaces de prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables (42).

La promoción de salud es la modificación de estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades y favorecen el desarrollo personal y social, de habilidades y capacidades para que la comunidad ejerza un mayor control de su salud. Su herramienta fundamental es la educación para la salud (42).

Dentro de los campos de la promoción de salud tenemos la creación de ambientes favorables y es la escuela el escenario ideal para la implementación de estrategias educativas, debido a que la misma propicia la divulgación de conocimientos en general y también de salud, manteniendo un contacto integral con profesores y alumnos (43).

Entendemos por impacto el cambio o conjunto de cambios duraderos que se producen en el estado de salud bucal de las personas, mejorando sus indicadores como resultado de la ejecución de acciones (44).

El impacto de acciones educativas en salud, desarrolladas en el espacio de la escuela tiene como exigencia garantizar el incremento del nivel de información, mejorar índices de higiene y elevar indicadores de salud, todo en sentido de la búsqueda de calidad de vida (44).

Alcance comunitario de la introducción de una intervención educativa preventiva sobre el hábito de fumar en adolescentes.

Con esta intervención educativa se logra la motivación de los adolescentes para que se manifieste en ellos un cambio de actitud positiva al elevar su nivel de información sobre el tabaquismo, mejorar la eficiencia en control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario y promover los conocimientos acerca de la importancia del auto examen bucal para detectar alteraciones de interés.

En esta estrategia juegan un papel importante el desempeño de los adolescentes con el empleo de técnicas educativas. Con la misma se provee a los estudiantes de conocimientos teóricos y prácticos que le permiten desarrollar adecuadamente el cuidado de su salud general, siendo capaces también de transmitirlos a la comunidad, la familia y grupos sociales a fines.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Elevar el nivel de información sobre las consecuencias del hábito de fumar en los jóvenes que practican el mismo, en la escuela de Academia de arte Raúl Martínez del municipio Morón.

Objetivos específicos:

1. Diagnosticar en los jóvenes encuestados al inicio del estudio:
 - Cantidad de cigarrillos fumados al día.
 - Motivación para comenzar el hábito de fumar.
 - Convivencia con otras personas fumadoras.
 - El nivel de información sobre el hábito de fumar.
 - La presencia de enfermedades bucales.
 - La eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario.
 - Disposición de abandonar el hábito.

2. Elaborar y aplicar la estrategia educativa sobre la base de los problemas encontrados.

- 3 . Medir el impacto de la estrategia de intervención.

PROCEDIMIENTOS

Se realizó un estudio pre experimental de intervención del tipo antes- después en los jóvenes de la Academia de Arte Raúl Martínez, de Morón, en el período comprendido entre enero de 2009 y octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de información sobre las consecuencias del hábito de fumar en los jóvenes que practican el mismo.

El universo de trabajo estuvo constituido por los 28 jóvenes fumadores que estudian en la escuela antes mencionada, previamente pesquisados a través de la entrevista.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- ❖ Escolares de 10º, 11º, 12º grado que presentaron el hábito de fumar y desearon cooperar con la investigación.

Criterios de exclusión:

- ❖ Ingresar al centro después de iniciado el estudio.
- ❖ Jóvenes que causen baja del centro durante el período correspondiente a la investigación.

Inicialmente se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Ministerio de Educación, la Dirección de Educación para la salud y con la dirección de la escuela, quien firmó el convenio investigador escuela (Anexo 1) Todos los estudiantes fumadores que estuvieron de acuerdo a colaborar con el desarrollo de la investigación firmaron la carta de consentimiento informado (Anexo 2).

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta validada por un psicólogo y aprobada en estudio piloto, la que se confeccionó según criterios de especialistas y revisiones bibliográficas (Anexo 3). Con la primera parte de la encuesta se obtuvo el nivel de información sobre temas de higiene bucal y el

hábito de fumar, el que recibió la calificación de bien, regular o deficiente. (Anexo 4)

La segunda parte de la encuesta se realizó mediante el examen clínico utilizándose el set de clasificación y la luz natural, se confeccionó el dentigrama para diagnosticar la presencia de caries dental, se calculó el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores para conocer la eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario (Anexo 5), y se realizó el examen de PDCB para diagnosticar la presencia o no de alguna lesión en la cavidad bucal. (Anexos 6).

Seguidamente se confeccionó la estrategia de intervención (Anexo7) la que se puso en práctica una vez validada por un especialista.

Los conocimientos fueron instruidos directamente a los estudiantes por la investigadora, esta actividad estuvo basada en los temas relacionados en la estrategia de intervención educativa y en el empleo de técnicas afectivo-participativas (Anexo 8).

Finalmente para medir impacto se aplicó nuevamente la encuesta y se siguieron todos los procedimientos de la vez anterior.

Los escolares recibieron atención estomatológica necesaria por parte de la doctora responsable de la atención de esta institución escolar.

En esta investigación se tuvo en cuenta las siguientes variables:

✚ Sexo

- Femenino
- Masculino

✚ Escolaridad

- Décimo
- Onceno
- Duodécimo

✚ Cantidad de cigarrillos fumados al día

- Menos de 10

Variable dependiente: Nivel de información de los escolares fumadores sobre las consecuencias del hábito.

Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por cientos. Se utilizó como medida de tendencia central la medida aritmética y como medida de dispersión la desviación típica. Se estableció la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después de la estrategia educativa a través de una prueba de hipótesis paramétrica (Anexo9). Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows. Los resultados se expusieron en tablas de contingencia para su análisis y mejor comprensión.

El informe final se confeccionó teniendo en cuenta la metodología y los requisitos establecidos para este tipo de trabajo, empleándose una Pentium IV con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con el programa Microsoft Word y para la confección de las tablas el Microsoft Excel.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla #1. Distribución de los adolescentes con el hábito de fumar según sexo y escolaridad. Intervención educativa "Menos humo, más Salud. Escuela de Arte Raúl Martínez .Municipio Morón. Enero2009- octubre2010.

Grado Escolar	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	Nº	%
Décimo	3	11	4	14,2	7	25
Onceno	5	18	5	18	10	35.7
Duodécimo	5	18	6	21,4	11	39.2
Total	13	46.4	15	53,5	28	100

Fuente: Encuesta.

Al distribuir los adolescentes en estudio según la práctica del hábito de fumar se obtuvo que 28 jóvenes practicaban el mismo. El grado más afectado fue el duodécimo con 11 jóvenes lo que equivale al 39.2% del total y el sexo masculino el más representativo con 53,5% de adolescente fumadores. El inicio a temprana edad de este hábito está relacionado en cierta medida por imitación a los padres, llamar la atención y en otros casos ser más atractivos. Estos resultados coincidieron con los obtenidos por el licenciado Ernesto Bargaz Echevarría en su estudio de toxicidad y factores psicosociales que repercuten en la salud del adolescente fumador del municipio Las Tunas donde el sexo masculino con un 54.3% fue el de mayor presencia del hábito (45).

Tabla #2. Distribución de los adolescentes fumadores según cantidad de cigarrillos que fuman al día.

Cantidad de cigarrillos al día	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
Menos de 10 cigarrillos	5	38.4	5	33.3
Más de 10 cigarrillos	8	61.5	10	66.6
Total.	13	46.4	15	53.5

Fuente Encuesta

Al valorar la cantidad de cigarrillos fumados al día por los adolescentes objeto de estudio, se obtuvo la mayor frecuencia en el sexo masculino representado por el 66.6%. En el sexo femenino se observó este evento en el 61.5% de las estudiantes. Esta situación se considera alarmante para esta edad, debido a que estudios científicos muy serios permiten establecer que cada cigarrillo consumido por un fumador habitual, reduce en 9 minutos su vida, ya que los fumadores como promedio viven 15 años menos que los que logran alcanzar las personas no fumadoras(46).

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con el estudio realizado en el policlínico docente Piti Fajardo de la ciudad de Las Tunas donde se obtuvo que el mayor por ciento de adolescentes que consumen de 11 a 15 cigarrillos al día se ubicó en el sexo masculino (45)

Tabla #3 Motivos por los que los adolescentes comenzaron el hábito de Fumar.

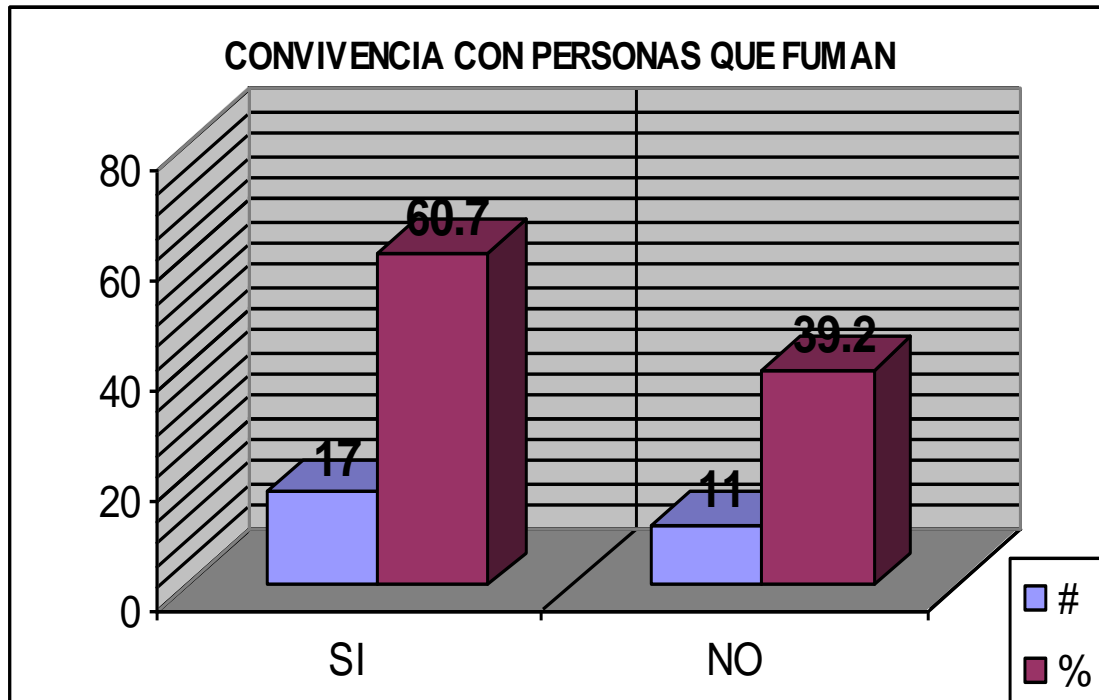
Motivos	No.	(n= 28)
		%
Placer	9	32.1
Ansiedad	2	7.1
Imitación	7	19.6
Problemas personales	1	3.5
Al beber café	3	10.7
Al ingerir bebidas alcohólicas	8	28.5
Otros	2	7.1

Fuente: Encuesta

Los adolescentes que presentan el hábito de fumar refieren que realizan el mismo por varias causas, en este estudio se reflejó que el mayor número lo realizan por placer con un total de 9 jóvenes, representados por el 32.1%, seguidos por aquellos que lo practican cuando ingieren bebidas alcohólicas y por imitación fundamentalmente a los padres.

Villalbí JR y Ballestin M. refieren que esta es la etapa de la vida del ser humano más susceptible para desarrollar una adicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. En múltiples ocasiones los adolescentes tratan de imitar a los padres o algún familiar o amigo con este hábito, sobre todo en el sexo masculino para llamar la atención. En su trabajo Los adolescentes frente a sustancias adictivas presentado en Barcelona por estos autores resultó que los mismos fumaban en mayor cuantía cigarrillos al ingerir bebidas alcohólicas los fines de semanas o en actividades festivas 30.5%. Otros por conflictos con los amigos, padres, maestros y ocultar sentimientos de depresión y soledad (5).

Grafico # 1: Convivencia con personas que practican el hábito.



Fuente: Encuesta.

En nuestro estudio se pudo constatar que 17 adolescentes del total que practican el hábito conviven con personas que también son fumadoras, para un 60.7%. La presencia de un fumador en la familia –padre, madre, hermano, así como la pertenencia a un grupo de fumadores del entorno extra familiar, por ejemplo: escolar, tiene una repercusión importante sobre la conducta tabáquica.

Coincide este estudio con el realizado en Francia por MC Alister AL en el año 2007, titulado Métodos educativos en escolares adolescentes del Departamento de Hérault, el que encontró que el 59.2 % de los encuestados conviven con adictos al tabaco (47).

Al hacer una comparación en relación con el estudio GYTS en Cuba en el año 2006, el 61,4 % de los adolescentes convivía con fumadores, cifra similar a la obtenida en esta investigación. En comparación con otros países podemos ver a Costa Rica (GYTS 2005) con un 30 %, el más bajo de todos los países estudiados, y China en 2004 con 51,3 %, por lo que se evidencia la necesidad de ampliar el espectro de acciones al resto de la población (48).

La exposición al humo del tabaco ambiental es alta tanto dentro como fuera de la casa, lo que hace importante la necesidad que los programas educativos involucren cada vez más a la familia y la comunidad en lo referente a la Educación para la Salud en general y la Educación Antitabáquica en particular, lo cual ejerce una gran influencia en la conducta de los adolescentes, sobre todo, a través de los padres. Los padres constituyen el ejemplo para sus hijos en la creación de patrones de conducta, imitativos en muchos casos, entonces, si los adolescentes conviven con fumadores, es razonable pensar que sus hijos podrán tener la tendencia a hacerlo (48).

Tabla #4 Distribución de los adolescentes según nivel de información sobre hábito de fumar y salud bucal.

Nivel de Información	Evaluación I		Evaluación	
	No	%	No	%
Bien	8	28,5	21	75
Regular	11	39,2	7	25
Deficiente	9	32.1	-----	-----
Total	28	100	28	100

Fuente: Encuesta.

Al distribuir los jóvenes con hábito de fumar en relación con el nivel de información según la encuesta aplicada al inicio de la intervención, dio como resultado un predominio de la categoría Regular con 39,2%. Después de aplicada la intervención educativa se obtuvieron diferencias significativas ya que la mayor frecuencia de jóvenes se ubicó en la categoría de Bien con 75% con $p=0,0011$ para un 95% de confiabilidad.

De forma general los resultados obtenidos después de la intervención evidencian la eficacia del empleo de técnicas educativas para lograr la motivación de los jóvenes hacia la obtención de conocimientos, estimulando el interés de estos por su salud bucal y la estimulación para abandonar el hábito.

Estos resultados coinciden con los expuestos en la intervención antitabaco realizada en la preparatoria número 5 de la universidad de Guadalajara, México por la Dra. Berta Lidia Núñez donde después de aplicada la intervención se

apreció un alto nivel de conocimientos acerca del hábito de fumar 72.5%. Otros autores también obtuvieron resultados satisfactorios en sus estudiantes una vez aplicadas las estrategias de intervención relacionadas con la práctica del tabaquismo (49).

Tabla # 5. Eficiencia de la higiene bucal de los adolescentes con el hábito de fumar según el IAHB de Love y colaboradores.

Control de la higiene bucal	Evaluación			
	Evaluación I		Evaluación II	
	No	%	No	%
Bien	7	25	20	71,4
Regular	8	28,5	8	28,5
Deficiente	13	46,4	---	---
Total	28	100	28	100

Fuente: Encuesta.

Al analizar la eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario según el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores, se observó que al inicio del estudio la mayoría obtuvieron una evaluación de deficiente con un 46,4%. Gracias a la labor educativa las cifras obtenidas después de aplicada la intervención no son simples números fríos sino la prueba cuantitativa de un cambio de conducta motivado, lo que se constató con un aumento significativo de los escolares que practicaron el cepillado con eficiencia obteniendo evaluación de bien, representados por 71,4% ($p= 0,0016$). Esta situación se correspondió totalmente con el ascenso del nivel de información sobre salud bucal de estos jóvenes expresado en la tabla 4, los que llevados a la práctica se reflejan a través de estos resultados.

Basados también en el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores, Romero González, Arias Herrera y Mas Sarabia obtuvieron que

la higiene bucal de los escolares objetos de su estudio fue deficiente al inicio del mismo y luego de la intervención educativa se produjo un incremento relevante en las calificaciones de bien con 69,5% (44-46).

Tabla # 6. Presencia de enfermedades bucales relacionadas con el hábito de fumar según sexo.

Enfermedades Bucales	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	Nº	%
Caries	6	46,1	9	60	15	53,5
Periodontopatías	7	59	6	40	13	46,4
Lesiones Premalignas	---	-----	----	----	----	----
Total	13	100	15	100	28	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla se expone la relación de enfermedades bucales con el hábito de fumar en los adolescentes en estudio. La caries dental resultó la entidad de mayor frecuencia (53,5%) y el sexo masculino el más afectado (60%). A continuación se relacionan las periodontopatías representadas por el 46,4%, siendo el sexo femenino el más afectado. Se debe destacar que no se diagnosticó la presencia de lesiones pre malignas en los adolescentes estudiados, situación que se debe al poco tiempo de haber comenzado la práctica del mismo.

La prevalencia de caries dental y periodontopatías en los adolescentes con hábito de fumar, se debe a que este hábito frecuentemente se acompaña de mala higiene bucal lo que provoca la aparición de factores locales como la placa dentobacteriana que se considera el factor etiológico primario de estas enfermedades

En una reciente publicación del año 2009 realizada por el MINSAP titulada Adicciones y Salud Mental, Programa de prevención del tabaquismo se pudo confirmar que el mismo aumenta el riesgo de caries, ocasiona migración gingival y con ello exposición de los cuellos dentarios. (8).

Como consecuencia de su paso por la boca el tabaco deja huellas que laceran la salud del consumidor, especialmente la aparición de lesiones premalignas como la Leucoplasia y el paladar del fumador invertido.

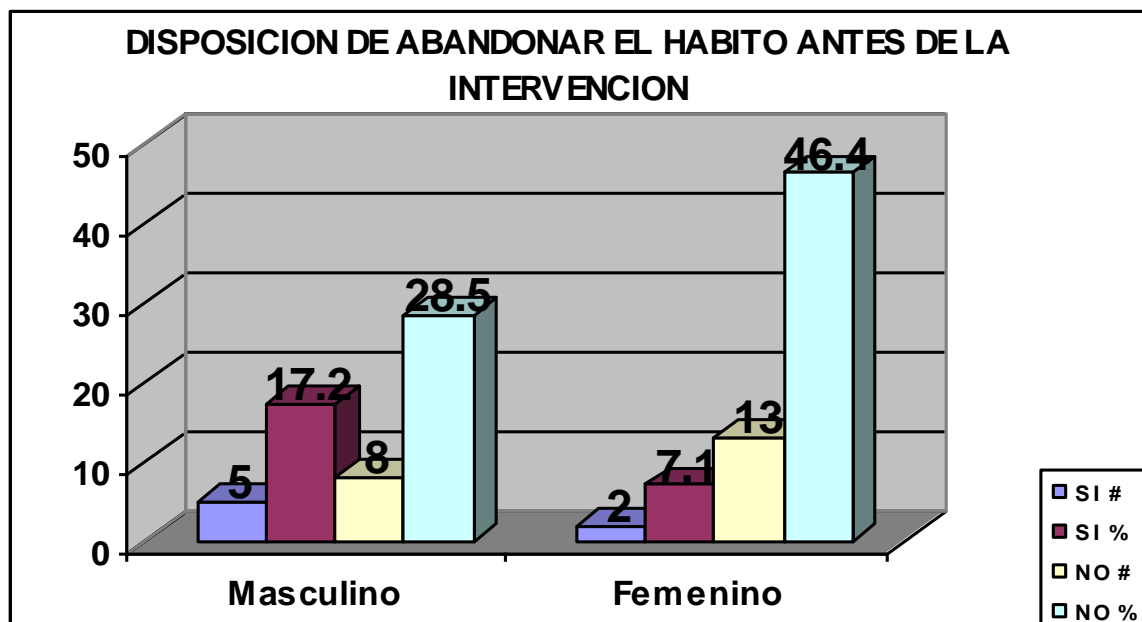
La **Leucoplasia** ha sido siempre predominante en el hombre, excepto en regiones donde la mujer tiene el hábito o usa con mayor frecuencia el tabaco que el hombre. Se reporta relaciones de 3:1 a 6:1.

El **paladar del fumador invertido** conocida anteriormente como Estomatitis Nicotínica, se inicia con un endurecimiento del paladar que continúa con unos puntos grisáceos con una forma puntiforme central rojiza.

Santana Garay plantea que el 50% de estas lesiones tienen transformación maligna y que la mayoría de los fumadores ingieren alcohol y café lo que favorece la evolución malignizante de cualquier lesión oral. (50).

.

Grafico # 2: Distribución de los adolescentes que dieron su disposición de abandonar el hábito antes de la intervención.

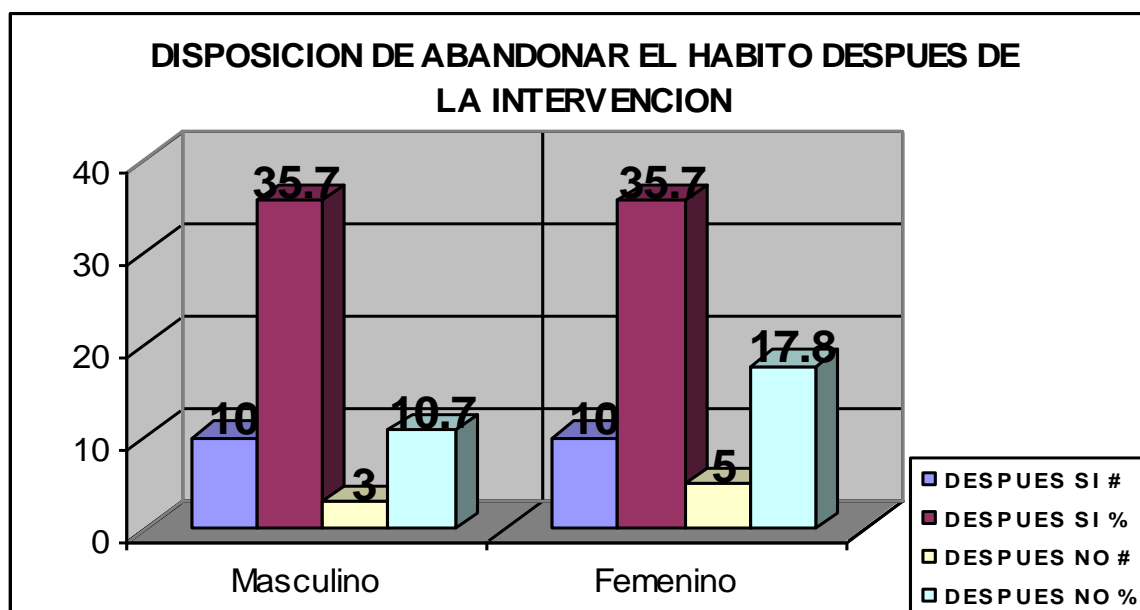


Fuente: Encuesta

Antes de aplicar la intervención educativa se pudo constatar la alta dependencia física y baja motivación por dejar el hábito. Fue alarmante constatar como trece féminas que corresponden al 46.4 % no tenían intención de abandonarlo, aun conociendo los riesgos a lo que esta sometido este sexo ya que se ha asociado el consumo de tabaco con un mayor riesgo de **aborto** espontáneo, complicaciones durante el embarazo, **muerte** fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato.

Según Mc Alister AL, cita que actualmente se observa una tendencia en la población joven que refleja que el tabaquismo parece comenzar a declinar en los hombres. Sin embargo, esta tendencia no ha sido observada en el sexo femenino (47).

Grafico # 3: Distribución de los adolescentes que dieron su disposición de abandonar el hábito después de la intervención



Después de haber aplicado la intervención educativa se pudo constatar la disposición de la gran mayoría de los adolescentes en abandonar el nocivo hábito de fumar. Ambos sexos fueron concientes y suceptibles en cuanto al conocimiento adquirido sobre las consecuencias nefastas del asesino con cara de ángel.El 35,7% tanto en el sexo masculino y femenino decidieron poner freno a su adicción.

Este trabajo coincidió con el realizado en el municipio de las tunas 2008 por el licenciado. Ernesto Bargas Echevarria donde los adolescentes razonaron y decidieron en un por ciento elevado abandonar el hábito de fumar (45).

CONCLUSIONES

- ❖ La mayor frecuencia de adolescentes que fuman más de 10 cigarrillos al día corresponden al sexo masculino.
- ❖ La motivación para el hábito que se presentó en el mayor número de estudiantes fue el placer.
- ❖ La mayoría de los adolescentes fumadores conviven con personas que practican el tabaquismo.
- ❖ La estrategia de intervención basada en el empleo de técnicas educativas elevó el nivel de información sobre el hábito de fumar y salud bucal, lo que se revierte en cambios de conductas favorables para la salud de los adolescentes.
- ❖ La eficiencia del control de la higiene bucal alcanzó un comportamiento evolutivo positivo en la mayoría de los adolescentes fumadores.
- ❖ La caries dental fue la enfermedad bucal que se presentó con mayor frecuencia y el sexo masculino el más afectado por esta entidad.
Se logró la disposición de la mayor parte de los estudiantes para abandonar este hábito nocivo para la salud.

RECOMENDACIONES

Por la gran importancia que entraña la salud del individuo, el colectivo y la comunidad y por contar con un arma efectiva como es la Educación para la Salud, recomendamos:

- ❖ Continuar el trabajo educativo con este hábito para poder validar el impacto de esta estrategia a largo plazo.
- ❖ Extender y aplicar esta investigación al resto de las escuelas de nivel medio y superior, así como a todos los centros de educación del municipio para hacer más eficiente la labor preventiva, a favor de una mejor salud general en nuestra sociedad de hoy y del mañana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Alfred Goodman Gimán. Nicotina y Tabaco las bases farmacológicas De la terapéutica Tomo 1 2007.
- 2-Dependencia de la Nicotina Manual y Diagnostico estadístico de los Trastornos mentales (DSM-II-R) 2005.
- 3-Campaña de Prevención del Cáncer Oral La Salud en tus manos. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias 2008.
- 4- Méndez OR. Reflexiones sobre educación para la salud. ACAO Colectiva 2007; 2(2): 1-3.
5. Aubá J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y otras sustancias adictivas. Gac Sanit 2007; 17:70.
6. King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of young. survey Copenague: Who Regional Office for Europe; 2009
7. Bauman A. Phongsavan P. Epidemiology of sustance use in adolescence: prevalence, Dependencytrends and policy implications. Drug Alcohol 2008;55:187-207
8. Hunt MK, Fagan P, Lederman R, Stoddard A et al. Feasibility of intervention methods in a adolescent worksite tobacco control study. Tobacco Control 2007; 12:40-46.
9. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P. Del Tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la Probabilidad de usar otras drogas? Salud Pública Méx. 2007; 44:S109- .
- 10-Dr. I Gómez López. Encuesta sobre el hábito tabaquito en el personal sanitario departamento Sanidad y Seguridad social Cataluña 2007.
- 11- Boyd FN epidemiology of cancer Tannok I F, Hill RP Ed. The Basic Science of Oncology. New York Mc Grow- Hill Inc; 2008: 17-18. 2006
- 12-Dr. Juan Riverol Conferencia Magistral sobre el Habito de Fumar y sus consecuencias. Universidad de la Plata. 2007.

13- Pérez-Trullén A, Clemente Jiménez ML, et al La intervención anti tabaquica del médico en la escuela. Prevención del Tabaquismo. 2005; 3(2):86-93

14-Dra. Josefa Riverol Seguí y Dra. Marilin Hernández Sánchez. Estudio

Preliminar en estudiantes y trabajadores de la facultad Hospital

Dr. Salvador Allende 2006.

15-Minsap Adicciones y salud mental Programa Nacional de Prevención y atención al tabaquismo, año 2006.

16- Nevis Enamorado Rosabal .Incidencia del Habito de Fumar en pacientes jóvenes de 16 a 25 años del municipio Guama, Santiago de Cuba

17- Mecías Castro J. El Hábito de Fumar y la Salud. Revista Cubana de Medicina. 2006. 24:645

18-Colmenares Molina, Paula influencia de fumar en la cavidad bucal (9) .

19- Campana de Prevención del Cáncer Oral La Salud en tus manos. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias 2008.

20- Ribero Muñoz J. Tabaco su Historia en Cuba. Tomo I. La Habana 2008

21 Reif A. The Causes Of. Cáncer Americans Scientist 2008 (6); 437-446.

22-Millares A. Hábitos y costumbres aptitudes de higiene bucal realizado

en la actualidad. Acta odontológica Venezuela 2007; 34 (1): 32-34.

23-Programa de Tabaquismo y la cavidad bucal- OMINT.

24- Dr. Benjamín Martines; lesiones blancas y Premalignas de la mucosa oral Facultad de odontología Madrid España, 2007.

25 -Carolina Guilarte Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. 2007

26- German Parde Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. 2008.

27- Tabac et maladies parodontales tabac et sanee buchale- dentagora.com 2006.

28-Dr. G. Piedrols Gil, Tabaco y salud medicina preventiva 10ma Edición

2007

- 29- Labrador GH, Fabre Hernández JD. Características del hábito de fumar en una población rural. MED Gen Integral 2006.5(4):521-540.
- 30- Blanco Santiesteban GM. Características de los fumadores de 15 Tesis de grado. Manzanillo; 2007.
- 31- Ordañez Pins B. Prevalencia del hábito de fumar según edad en el área de salud plaza de la Rev Cub Adm Salud 2006 (11):66
- 32- Borabeu et al. Smoking among medical students sent Med.2006
- 33 -Dr. L Ballenas San Martín Lucha Anti Tabáquica. Revista Española de Medicina Vol. 10# 4 2005.
- 34 -Alfred Goodman Gilman. Nicotina y Tabaco las bases farmacológicas De la terapéutica Tomo 1 2007.
- 35-Dependencia de la Nicotina Manual y Diagnostico estadístico de los Trastornos mentales (DSM-II-R) 2006.
- 36-Dra. . Luisa A Guerrero y otros. Tabaquismo y Diagnostico de cáncer.
- 37-Calvo Fdez, López Cabañas A ¿Es el tabaquismo una epidemia mundial? Esp Mund 2008; 52 (2): 103-5
- 38- Gonzalo Provenzano A. El cigarro. Historia y cultura. 2004. Disponible en: www.monografías.com/trabajos29/el-cigarro/el-cigarro.shtml. Consultado Abril 2, 2006
- 39- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. 2006.
- 40- Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995. Rev. Cubana de Estomatología 2007; 37(3); 217-29.
- 41-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria en salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2006.

42 -Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa de atención estomatológica a la población menor de 15 años. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 8-9,12-4, 24-30.

43 -Aguirre de Busto R, Prieto Ramírez D. La cultura de la salud. En su: Lecturas de filosofía, salud y sociedad. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

44- Arias Herrera JR. Comunicación en salud bucal para niños con discapacidad mental leve y sus educadores. [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2002.

45- Hechavarria, Bargaz, Ernesto Toxicidad y factores psicosociales en adolescentes fumadores, municipio Las Tunas, 2007.

46- Más Sarabia M. Técnicas educativas en la prevención de Periodontopatías en escolares [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Periodontología]. 2006. Clínica Estomatológica Docente "Mártires de Pino III": Camagüey

47- Mc Alister AL, Perry C, Killen J, Slinkard LA, Maccoby N. Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. Am J Public Health 2006;70:719-721. 48- Lances C, Luisa C, et al. Resultados de la Encuesta GYTS. Cuba 2005 y 2006. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS>. Consultado Enero 12, 2006.

49- Núñez, Berta, Lidia Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior

Vol. 31, No. 3, mayo-junio 2008 181

Salud Mental 2008; 31:181-188•

50-Guías Prácticas Estomatológicas Minsap 2004

ANEXO 1

Convenio investigador – escuela.

De una parte: Dra.Mavis Russell Clark.

Especialista de I grado en Estomatología General Integral

Filial de Ciencias Médicas “Arley Hernández Moreira”.

De otra parte:

Directora: Olga Pérez Samper.

Academia de Arte Raúl Martínez. “

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dra. Mavis Russell Clark.

- Elaborará una estrategia educativa sobre hábito de fumar salud bucodental para los adolescentes que deseen participar
- Trabajaré en la escuela desde enero2009 hasta junio del 2010.
- La estrategia contará con técnicas educativas y participativas.
- Se solicita el apoyo y todo el personal vinculado con los adolescentes que se seleccionen para el estudio.

Directora.

- Garantizaré la participación de todos los incluidos en el estudio.
- Colaboraré con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Morón, Ciego de Ávila, el 3 de febrero del 2010, “Año 52 del la Revolución”.

Dra. Mavis Russell Clark

Firma

Lic. Olga Pérez Samper.

Firma

ANEXO 2

Consentimiento informado.

Yo, _____

Estoy conforme a participar en la investigación: Intervención educativa “Menos Humo más Salud

Se me ha explicado en detalle los objetivos de este trabajo, en qué consistirá el estudio y los beneficios que reportará para mi salud bucal y general, teniendo en cuenta que mi participación es absolutamente voluntaria, y para que así conste, firmo la presente a los ____ días del mes de _____ del 2010.

Nombre del escolar o profesor

Firma

Nombre del investigador

Firma

ANEXO 3

Encuesta

Datos generales.

Nombre y apellidos: _____

Grado: _____

Grupo: _____

PRIMERA PARTE

-¿Que cantidad de cigarrillos fumas al día?

a) menos de 10 cigarrillos-----

b) mas de 10 cigarrillos-----

- ¿Por qué comenzó a fumar?

a) Por placer-----

b) Ansiedad-----

c) Imitación-----

d) Por problemas personales-----

e) Cuando ingieres bebidas alcohólicas-----

f) Cuando bebe café-----

g) Otros motivos-----

- ¿Vive con usted otra persona que fume?

a) SI-----

b) No-----

-¿Está usted dispuesto a abandonar este hábito?

a) SI -----

b) NO -----

A continuación se exponen una serie de eventos relacionados con la higiene bucal y el hábito de fumar. Marque con una X las respuestas que usted considere correctas.

1. ¿Para qué realizas el cepillado?
 - a) Para tener olor agradable.
 - b) Para evitar la caries dental.
 - c) Para evitar la caries dental y enfermedades de las encías.
 - d) No sabe.
2. ¿En qué momento del día debes cepillarte?
 - a) Nunca.
 - b) Al levantarse y antes de acostarse.
 - c) Al levantarse, después del desayuno, después de cada comida antes de ir a dormir.
 - d) No sabe.
3. ¿Cuáles de las siguientes partes de la boca se deben cepillar?
 - a) Los dientes.
 - b) La lengua.
 - c) Las encías.
 - d) Los labios.
 - e) Los dientes, las encías y la lengua.
 - f) Ninguna.
 - g) No sabe.
4. ¿De qué forma debes realizar el cepillado?
 - a) Horizontalmente.
 - b) Verticalmente.
 - c) Circularmente.
 - d) Verticalmente de encía a diente.
 - e) Combinación de las anteriores.
 - g) No sabe.
5. Además del cepillado ¿Conoces otros métodos que ayuden para la limpieza de tus dientes y encías?
 - a) Si. Mencione: _____
 - b) No
6. ¿Conoces las enfermedades de los dientes y las encías?
 - a) Si

Mencione:-----

 - b) No.
 - c) No sabe.

7) ¿Conoce el daño que ocasiona el cigarro?

a) SI-----

¿Cuales?

b) NO-----

8. Marque SI o No en los espacios en blanco:

a) ----- El cigarro contiene numerosas sustancias toxicas y la mas importante es la nicotina.

b) ----- El cigarro no mancha los dientes.

c) ----- La nicotina del cigarro produce enfermedades en las personas.

d) ----- El hábito puede producir cáncer bucal.

e)-----¿ Es correcto fumar cerca de otras personas?.

Evaluacion final_____

___ Bien

___ Regular

___ Deficiente

SEGUNDA PARTE

1. Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores.

IAHB = _____%

Calificación:

___ Bien

___ Regular

___ Deficiente

2. Dentigrama

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

2. Presencia de periodontopatías:

Sí

No

3. Examen de PDCB:

Con lesión

Sin lesión

Tipo de lesión: _____

ANEXO 4

Instructivo de calificación de la encuesta

Clave de Calificación

Preguntas	Respuestas	Clave
1	inciso c	2 puntos
2	inciso c	2 puntos
3	inciso c	2 puntos
4	inciso d	2puntos
5	incisos a	2 puntos
6	inciso a	2 puntos
7	inciso a	2puntos
8	inciso a c d e	8 puntos
Total		22 puntos

ANEXO 5

Índice de Análisis e Higiene de Love y colaboradores:

1. Mide la presencia de placa dentobacteriana en todos los dientes presentes.
 2. Para la realización de este índice se precisa el uso de compuestos revelantes (tabletas o solución).
 3. Se utilizará la ficha recomendada que permite 4 ó 5 evaluaciones sucesivas. En esta ficha cada diente está dividido en 4 sectores que corresponden a las superficies mesial, distal, vestibular y lingual o palatina.
 4. Una vez que se aplica el compuesto revelante, se examina la boca y se anotan en la ficha las superficies que tienen placa que corresponden con las teñidas.
- 5-El puntaje final se determina contando las superficies que tienen placa y divide este número entre la cantidad total de superficies presentes en la boca (se considera que cada diente tiene 4 superficies) y se multiplica por 100.
- 6- La evaluación se hace según la escala de valores establecidos para este trabajo:
- Bien: Hasta 20% de superficies teñidas
- Regular: De 20 a 60% de superficies teñidas
- Deficiente: De 61 a 100% de superficies teñidas

ANEXO 6

Examen de PDCB

ACTIVIDADES DEL PDCB:

Estomatólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes.

La observación de cualquier irregularidad en la superficie de los tejidos bucales señalan la falta de integridad como: protuberancias, inflamación, lunares blancos o rojos, úlceras, sangrado, presencia de pus.

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial).

El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos.

Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

Para el examen de la boca existe una técnica descrita para el examen de PDCB y que divide la boca en 8 pasos facilitando la inspección sistemática:

En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, se procede a examinar el labio.

1- Labio:

Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y en altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía. y el labio.

2-Mucosa del Carrillo:

Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial.

Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

3- Paladar:

En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

4- Lengua Móvil:

Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones.

Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

5- Suelo de Boca:

Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

6- Raíz o base de la lengua y Bucofaringe:

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.

7- Examen de Cuello:

La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos preauricular, retroauricular y occipital. Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación temporomandibular.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación de todo el cuello detectando las posibles diferencias entre las estructuras contra laterales.

Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad.

8- Dientes:

Deben ser examinados todos los dientes, aún en ausencia de síntomas, los bordes fracturados de los dientes pueden lesionar los tejidos blandos, obturaciones defectuosas, prótesis desajustadas, etc.

Cuando se note xerostomía o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área PRE-auricular y mueva el dedo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón. La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.

Recuerde que los signos de advertencia de cáncer bucal son una úlcera que no cicatriza, una lesión roja o blanca persistente, una lesión que sangra fácilmente, dificultad para masticar o tragar y dificultad para mover la lengua o la mandíbula. El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes.

ANEXO 7

Intervención educativa " Menos humo, más salud"

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias del hábito de fumar en los adolescentes de la Academia de Arte Raúl Martínez del Municipio de Morón en el periodo comprendido entre enero de 2009 a octubre de 2010.

Con esta intervención educativa se logra la motivación de los adolescentes para que se manifieste en ellos un cambio de actitud positiva al elevar su nivel de información sobre el tabaquismo, mejorar la eficiencia en control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario y promover los conocimientos acerca de la importancia del auto examen bucal para detectar alteraciones de interés.

Programa de Intervención Educativa sobre Hábito de Fumar.

Actividad 1

Tema I: Hábito de Fumar.

Contenido: 1.1- Antecedentes Históricos.

-Epidemiología.

-Enfermedades relacionadas con el hábito.

1.2 Su relación con la salud bucal.

1.3 –Relación con los adolescentes.

Tiempo: 100 minutos.

Objetivo: Demostrar la relación que existe el hábito de fumar y la salud general.

Forma: Clase taller

Técnicas afectivas participativas: La cola de la serpiente

La batalla del calentamiento .

Medios: Retrotransparencias, láminas, tarjetas.

Contenido:

Antecedentes.

La planta del tabaco pertenece al género nicotina, familia botánica de las solanáceas. Es única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotinas originarias de América. Antes del descubrimiento de América era conocido en Europa en el viejo continente, a partir del siglo XVI el hábito se extiende progresivamente por Europa pero hasta el siglo XIX fue una conducta minoritaria e incluso elitista. La situación cambio a partir del momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos.

Fueron Rodrigo de Jerez y Luís Torres los primeros en contar como los nativos de Cuba lo consumían enrolando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo. La primera industria se instaló en Cuba en 1840.

Epidemiología.

El consumo del tabaco es una de las principales causas prevenibles de defunción en el mundo. La OMS le atribuye al tabaco unos 4 millones de defunciones anuales, cifra que según las previsiones, habrá aumentado a 10 millones anuales para el 2030. El cáncer de pulmón ha crecido un 250 % desde 1950 hasta 1992. Se le atribuyen igualmente al cigarrillo unas 40 000 muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares. En las personas que fuman desde la adolescencia la mortalidad es 3 veces mayor que la de los no fumadores.

Enfermedades relacionadas con el hábito.

Destacamos ahora los efectos del cigarro sobre los diferentes aparatos y sistemas del organismo: en primer lugar su significado como productor de cáncer del pulmón, que resulta el más frecuente, seguido del cáncer de la laringe. Además, cuando se combina el consumo de tabaco con el exceso de bebidas alcohólicas, las posibilidades de presentar cáncer en la lengua, la faringe, el esófago y el estómago son muchas veces mayores. El cáncer del labio en el fumador de pipa expresa dramáticamente el significado del calor derivado de la combustión del tabaco y se ve también con gran frecuencia en quienes fuman los cigarrillos hasta consumirlos casi totalmente.

Relación del hábito con los adolescentes.

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano más susceptible para desarrollar una adicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. pues es un período de crecimiento y desarrollo donde la relación con la búsqueda del contacto íntimo con el otro es la actividad rectora, y esta característica, a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás, o por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros y

Preguntas de comprobación:

1. Mencione los antecedentes históricos del hábito de fumar.
2. ¿Cuales son las enfermedades relacionadas con el mismo?
3. Demuestre su incidencia en la cavidad bucal.
4. Menciona como influye el tabaco en los adolescentes.
5. Explica con tus palabras la importancia que le confieres a este nocivo hábito.

Actividad 2

Tema II: Factores de Riesgos

Contenido: 2.1- Factores de riesgos en la aparición del hábito de fumar.

2.2- Su relación con otros hábitos tóxicos.

Tiempo: 100 minutos.

Objetivos: Explicar aspectos generales de los factores de riesgos y consecuencias del hábito de fumar.

Forma: Conferencia.

Técnicas afectivas participativas: Las olas

Cero o cruz

Medios: Láminas, pizarra, fotos, retrotransparencias y tarjetas con interrogantes.

Contenido:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES FUMADORES?

Muchos factores influyen la predilección por fumar incluyendo los

Psicológicos, biológicos y factores medio-ambiental

Fumar puede convertirse en un camino para los adolescentes para parece instantáneamente independientes y maduros cuando están con sus congéneres que fuman. La relajación y el placer, las presiones de los compañeros, la imagen de uno mismo, la curiosidad, el estrés, el aburrimiento, la propia seguridad y la rebelión han sido citados como contribuyentes a la iniciación al fumar. Además, de los adolescentes que fuman, el 75% tiene uno o ambos padres que fuman.

Factores importantes a tener en cuenta en la transición de sólo probar el tabaco al uso ocasional, incluyen la aprobación de los amigos que fumaban, cigarrillos ofrecidos por amigos, las intenciones de fumar, grado escolar y uso de alcohol y de marihuana. Los predictores significativos de la transición de uso ocasional a uso regular incluyen padres fumadores y conflicto familiar.

Relación con otros hábitos.

El hábito de fumar posee una relación estrecha con otros hábitos tóxicos como el alcoholismo y el café. La combinación de ellos es factor causal de la aparición de enfermedades sobre todo en la cavidad oral

Preguntas de comprobación:

1. Identifique los factores de riesgos del hábito de fumar.
2. ¿Cómo puedes evitar este hábito?
3. ¿Cómo se relaciona este hábito con otros hábitos tóxicos? Argumente

Actividad 3

Tema III: Prevención del hábito en adolescentes.

Contenido: 3.1- Educación para la salud.

3.2- Vinculación con el médico de familia y el estomatólogo.

Tiempo: 100 minutos.

Objetivo: Explicar la prevención del hábito en los adolescentes y las tareas de educaron para la salud que a ellas se refieren.

Forma: Conferencia.

Técnicas Afectivas participativas. La liga del saber.

Lotería

Medios: Pizarra, láminas, y tarjetas con preguntas

Contenido:

¿Como se previene este habito en los adolescentes?

Parece que aún informados de sus acciones perjudiciales, muchas adolescentes se despreocupan, pues piensan que éstas podrían ocurrir a largo plazo y hacen razonamientos como "bueno, mi abuelo fumó y vivió hasta los 90 años" (pero ya sabemos que el promedio de los fumador es vive 15 años menos que los que no fuman) o utilizan chistes como "voy a dejar de fumar para morir con los pulmones sanos", esta no es más que una forma de subestimar la cuestión tirándola a broma.

La prevención debía empezar con el ejemplo de los padres, con el control mundial de la propaganda del tabaco (una de las más desarrolladas del mundo) y por el desarrollo de una actitud de rechazo al hábito que debía sustentarse sobre todo, en la existencia del fumador pasivo, quien podría plantear; si decide usted dañar su salud hágalo, pero por favor no fume donde pueda dañar a otros. La invitación a fumar por parte de adultos a personas jóvenes es otro mecanismo que debía evitarse, aunque incuestionablemente el recurso más efectivo al nivel mundial ha sido la elevación del precio del tabaco y la continua campaña de información y persuasión con la población.

La Educación para la Salud presenta cada día mayor cantidad de defensores y ejecutores en el mundo, se alude a la ganancia de bienestar como un todo. En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e

innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable. Desde hace más de cuatro décadas se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basadas en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

La educación para la salud encuentra grandes desafíos y posibilidades en los adolescentes, quienes pasan por un período biológico y psíquico de aprendizaje, que se caracteriza por la búsqueda de identidad propia, cambios cognoscitivos y emocionales sin precedentes. Es esta una etapa de la vida en la que se forjan actitudes, valores y conductas frente al entorno y resulta oportuna y útil para acometer la labor educativa en la prevención de hábitos como el tabaquismo..

Es de gran importancia, investigar desde las edades tempranas de su aparición este fenómeno, qué condiciones lo favorecen, y cómo puede el Médico de Familia, el estomatólogo y el equipo básico de salud actuar en el entorno del adolescente en relación con este hábito, con la adecuada dispensarización, e identificar los trastornos de salud y factores de riesgo que le permitan participar activamente en el proceso de intervención para el desarrollo integral del adolescente.

Preguntas de comprobación:

1. ¿Cómo se previene el hábito de fumar?
2. .Explique como la educación para la salud interviene en su eliminación?

Actividad 4

Tema I: Higiene bucal.

Contenido: 1.1- Cepillado gingivodentario.

- Objetivo.

- Frecuencia.
 - Partes de la boca que se deben cepillar.
- 1.2- Uso de los medios auxiliares del cepillado.
- 1.3- Importancia de una correcta higiene bucal.

Tiempo: 100 minutos.

Objetivo: Demostrar la técnica correcta del cepillado gingivodentario y el uso adecuado de los medios auxiliares del mismo.

Forma: Clase taller

Técnicas afectivas participativas: ¿Quién es

Dental baseball.

Medios: Retrotransparencias, láminas, taipodont, cepillo y medios auxiliares del cepillado, tarjetas, medallas, tablero como campo de pelota.

Contenido:

La correcta higiene bucal

El cepillo es para el paciente como el fusil para el soldado. Un cepillado hecho adecuadamente es extremadamente importante. El cepillo no se debe mojar antes de comenzar este proceder y la pasta debe colocarse entre sus cerdas. La pasta dental no es necesaria para mantener una buena higiene bucal sino que ayuda a la satisfacción con su sabor y olor agradables y su acción detergente.

Se debe realizar 4 veces al día, o sea, después de cada comida y antes de acostarse que es la más importante. Se desarrollan movimientos verticales de la encía al diente por dentro y por fuera, con un barrido mecánico de los restos depositados. La limpieza comienza por los dientes superiores con movimientos de la encía al diente por fuera y por dentro. De igual forma se procede para los dientes inferiores. Las superficies de contacto entre los dientes superiores e inferiores se cepillan de atrás hacia delante o con movimientos circulares.

La lengua también debemos cepillarla al menos 1 vez al día.

También podemos ayudarnos con el uso del hilo dental, cepillos interdentarios, palillos dentales y enjuagues con determinadas sustancias, que nunca deben sustituir al cepillado, solo lo auxilian.

Importancia de la higiene bucal correcta:

Es el principal factor que atenta contra la salud bucal, también la actitud inapropiada del paciente hacia su salud bucal es otro factor importante en la aparición de la caries dental, la periodontopatías y el cáncer bucal, pues si no se domina el auto examen bucal, se mantiene un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica periódicamente, se crean las barreras subjetivas que descuidan la detención precoz de cualquier lesión bucal, algunos de estos pacientes presentan sepsis bucal, infecciones candidiásicas crónicas, etc.

Preguntas de comprobación:

6. Mencione el objetivo del cepillado gingivodentario.
7. ¿Cuántas veces al día debes realizar el mismo?
8. Demuestre la forma en que debes realizar dicho cepillado.
9. Menciona los medios auxiliares del cepillado estudiados en clase.
10. Explica con tus palabras la importancia que le confieres a una correcta higiene bucal.

Actividad 5

Confección de mural “Menos Humo, más Salud”.

Tiempo: 150 minutos.

Técnica: Trabajo en grupo.

Medios: Cartulina, recortes de revistas, propagandas, plumones, lápices de colores, acuarela, tijera y pegamento.

ANEXO 8

Técnicas participativas:

Juego 1: ¿Quién es?

Objetivo: Animación y reconocer cualidades.

Materiales: Tarjetas y medallas.

Desarrollo:

- ❖ A cada miembro del grupo el coordinador le entrega una pequeña tarjeta con una cualidad positiva y él debe identificar cuál es el compañero del grupo que reúne dicha cualidad.
- ❖ Tan pronto todos los alumnos hayan terminado la identificación harán entrega de la tarjeta a la persona que ellos creen posea esa cualidad.
- ❖ Aquel compañero que haya recibido más tarjetas será condecorado con la medalla del “más integral”.

Juego 2: La cola de la serpiente.

Objetivo: Animación

Desarrollo:

- ❖ El coordinador dice una palabra y cada participante debe decir otra que comience con la última letra de la palabra anterior.
- ❖ Puede registrarse las palabras en la pizarra para demostrar las asociaciones logradas o para tratar de darle sentido de frase.
- ❖ Se hacen preguntas que comiencen con ¿Qué pasaría si...? Dando una situación determinada y el alumno debe responder como salir de esa situación.
- ❖ Permite desarrollar la creatividad y dinamizar el trabajo.

Juego 3: Batalla del calentamiento.

Objetivo: Animación.

Desarrollo:

- ❖ El grupo guiado por el coordinador cantará la siguiente canción acompañándola de los movimientos indicados:

Esta es la batalla del calentamiento

Que se gana con mucho talento

¡Pelotón! ¡Atención!

¡Con una mano! ¡Con la otra!

¡Con un pie! ¡Con el otro!

¡Con la cabeza!

¡Atención!

- ❖ Movimientos: brincando con los dos pies simultáneamente y las manos al lado del cuerpo. Palmada con una mano en muslo respectivo. Se añade la palmada con la otra mano, es decir, con ambas simultáneamente. Se mantienen los movimientos anteriores pero con un solo pie. Se alterna con el otro. Se dice definitivamente que sí. Se paran en firme.

Juego 4: Las olas.

Objetivo: Animación.

Desarrollo:

- ❖ El grupo debe estar sentado en círculo y se coloca una silla de más.
- ❖ Una persona queda en el centro e intentará sentarse en la silla vacía.
- ❖ Los que están a la izquierda de la silla vacía deben estar atentos como “buzos” porque si el que está de pie llega a sentarse, entonces el que se durmió pasa al centro y así sucesivamente.

Juego 5: Dental baseball.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tablero como campo de pelota y tarjetas.

Desarrollo:

- ❖ Se divide al grupo en dos equipos y se decide el orden al bate.
- ❖ Cada jugador seleccionará una tarjeta, si responde correctamente pasará a la base siguiente y puede impulsar al jugador embasado que lo antecede, si no, se decretará out. A los 3 out pasará a responder el otro equipo.
- ❖ Ganará el equipo que más carreras logre anotar.

Juego 6: Cero o cruz.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tarjetas con interrogantes.

Desarrollo:

- ❖ Se divide el grupo en dos equipos, a cada equipo se le realiza una pregunta alternativamente que debe responder, si lo hace correctamente tiene derecho a colocar en una de las 9 cuadrículas en que se divide un cuadro dibujado en la pizarra, el símbolo que haya seleccionado al iniciar el juego (O) ó (X).
- ❖ El ganador será quién pueda colocar primero su símbolo consecutivamente 3 veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

Juego 7: La liga del saber.

Objetivo: Evaluar un tema.

Desarrollo:

- ❖ Se simula un concurso transmitido por televisión.
- ❖ Se establecen nombres para cada equipo que se forme.
- ❖ Se realizan preguntas y gana el equipo que responda correctamente más preguntas.

Juego 8: Lotería.

Objetivo: Aclarar dudas, reafirmar y evaluar conocimientos.

Materiales: Tarjetas y cartones.

Desarrollo:

- ❖ Es igual a la lotería tradicional, solo que en las tarjetas y cartones han de combinarse los conceptos con sus contenidos.
- ❖ El coordinador extraerá de una bolsa una tarjeta con un concepto y el que posea en su cartón el enunciado lo reclamará.
- ❖ Si el plenario considera que la relación enunciado-concepto es correcta se le entrega la tarjeta.
- ❖ Se juega despacio, dando tiempo entre una y otra pregunta, para que todos opinen y se aclaren dudas.
- ❖ Gana el equipo que primero logre llenar su cartón.

Recomendaciones:

Es útil combinar con comentarios o debates sobre algunos de los conceptos pues tiene una carga reproductiva y memorística.

ANEXO 9

Prueba de hipótesis paramétrica para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después:

Tabla # 4.- Distribución de los adolescentes según nivel de conocimientos sobre hábito de fumar y salud bucal.

Para concluir la tabla se calculó la media aritmética como medida de tendencia central en el momento inicial y final de la investigación con los siguientes resultados:

Al inicio $X_1=4.12$ y al final $X_2=8.55$ obteniéndose la diferencia de promedio (X_2-X_1) lo que significa que hubo un avance en promedio de 4.43 puntos.

Se debe señalar que esta medida es bien significativa por ser la desviación típica de 1.02 y 0.98 respectivamente.

Para medir el nivel de significación de estas diferencias de media se utilizó el utilitario estadístico SSPS con un nivel de confiabilidad del 95% para lo cual se plantean las siguientes hipótesis estadísticas:

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Como $p=0.0011$ siendo menor que 0.025 por ser de dos colas, se rechaza H_0 con un 95% de confiabilidad, o sea, que los resultados difieren significativamente por la prueba de diferencia de medias.

Tabla # 5. Eficiencia del control de la higiene bucal en adolescentes con habito de fumar.

Para concluir se calculó la media aritmética como medida de tendencia central en el momento inicial y final de la investigación con los siguientes resultados:

Al inicio $X_1=66.46$ y al final $X_2=14.20$ obteniéndose la diferencia de promedio (X_2-X_1) lo que significa que hubo un avance en promedio de 52.26 puntos, para calcular esta diferencia se tuvo en cuenta el valor absoluto.

Se debe señalar que esta medida es bien significativa por ser la desviación típica de 1.2 y 0.92 respectivamente.

Para medir el nivel de significación de estas diferencias de media se utilizó el utilitario estadístico SSPS con un nivel de confiabilidad del 95% para lo cual se plantean las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho: $\mu_1 = \mu_2$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$

Como $p=0.0016$ siendo menor que 0.025 por ser de dos colas, se rechaza Ho con un 95% de confiabilidad, o sea, que los resultados difieren significativamente por la prueba de diferencia de medias.