

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**DR. JOSÉ ASSEF YARA.**  
**POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ**  
**BOLIVIA.**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA “SONRISA FELIZ” EN EL MUNICIPIO**  
**BOLIVIA**

**AUTORA: DRA. YUDITH PEÑA RODRIGUEZ**

**BOLIVIA**

**2016**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
DR. JOSÉ ASSEF YARA.  
POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ  
BOLIVIA.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA “SONRISA FELIZ” EN EL MUNICIPIO BOLIVIA

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL

AUTOR: DRA. YUDITH PEÑA RODRÍGUEZ

RESIDENTE EN EGI

TUTOR: DRA. YAMILE ALBA LAGO

ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO EN PRÓTESIS

BOLIVIA

2016

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa con participación de los escolares de 8 a 11 años de la Escuela Primaria Manuel Fajardo Rivero con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento acerca sobre salud bucal, en el periodo del curso escolar 2014-2015. La información se obtuvo mediante el examen bucal, se aplicó una encuesta antes y después de la investigación. El universo se integró por 124 niños de 8 a 11 años con presencia de dentición mixta. Se desarrollaron cuatro etapas: organizativa, de diagnóstico, educativa y de evaluación. La información obtenida fue analizada en tablas para su mejor interpretación. Se concluyó que predominó el grupo de edades de 10 a 11 años con un total de 66 niños, el sexo femenino con 36 y 30 del sexo masculino. Se incrementó el nivel de conocimiento sobre salud bucal llegando a 101 escolares con buenos conocimientos y la higiene bucal mejoro considerablemente llegando a ser adecuada. Los factores de riesgo locales que predominaron fueron la dieta criogénica y los hábitos perjudiciales. El nivel de conocimiento y la higiene bucal mejoraron de forma simultánea. Quedo demostrada la eficacia de las acciones educativas empleadas. Al evaluar el criterio de los niños sobre la intervención educativa empleadas fueron todos positivos.

**Palabras claves:** Intervención educativa, salud bucal

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al constituirse como organismo de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 1948, definió la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”. En ella se aprecia una percepción unitaria de la salud en sus tres aspectos inseparables: físico, mental y social; y se reafirma cuando agrega “no es solamente la ausencia de enfermedades” (1). Más que una definición es un ideal difícil de alcanzar por la Medicina, no tanto en los aspectos físicos y mentales como en los sociales ya que estos “dependen de la estructura socioeconómica reinante” (2).

La salud se percibe como fuente de riqueza de la vida cotidiana, alcanzable si el individuo o grupo es capaz de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente y darle impulso, promoviendo su logro en bienestar físico, mental y social (1, 3)

La salud bucal es parte integrante de la salud general, un individuo no puede considerarse completamente sano, si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales, por no ocasionar mortalidad directa han sido subvaloradas, entre ellas; las caries dentales, las periododontopatias y las maloclusiones, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública (3).

La prevalencia de las enfermedades bucodentales ha sido estudiada en el mundo entero con mucha frecuencia, teniendo en cuenta que esta aparece en edades tempranas de la vida. Las Caries Dental es la enfermedad más común entre los niños escolares de 5 a 18 años, hasta el punto de que más del 90% padecen esta enfermedad (4)

Los datos actuales sobre la salud bucodental en América Latina indican que la mayoría de los países tiene una elevada prevalencia de caries dental, enfermedades periodontales y maloclusiones. En general, la prevalencia de caries dental varía desde 1.08 a 8.3 con un promedio de 4.4 en América Latina, y del 35% al 75% de los niños del mundo presentan algunas maloclusiones (3, 4)

Estudios epidemiológicos realizados en diferentes centros educacionales de nivel primario de enseñanza normal y especial se han obtenido registros de los principales problemas de salud bucal, fundamentalmente la caries dental, periodontopatías y maloclusiones, derivadas en un alto por ciento de la higiene bucal deficiente, como manifestación del bajo nivel de conocimiento en relación con las medidas higiénico-sanitarias, dieta criogénica y la prevención de dichas enfermedades (5, 6, 7)

La caries dental y las enfermedades gingivales presentan un problema de salud y al parecer tiende a ser más vulnerable la población comprendida en la etapa comprendida en la etapa de la adolescencia (8, 9)

En el inicio y el progreso de todas estas patologías intervienen los factores de riesgo que son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo suceden que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total (10).

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 la vía tópica o sistemática (11-13).

La Promoción y Educación para la salud marchan de la mano, así en 1979 la Oficina General del Departamento de salud, Educación. Asistencia Social de los Estados Unidos definió a la promoción de salud "como cualquier combinación de la educación para la salud y las intervenciones de tipo organizativos, políticos, económicos y sociales diseñados para facilitar cambios conductuales y medioambientales que conduzcan a la salud" (5)

De ahí que la promoción de salud sea la estrategia y la educación para la salud el proceso que cambia o refuerza un pensamiento, actitud, valor o comportamiento para proporcionar y mantener un estado de salud individual, grupal o comunitaria

En Cuba, toda la población tiene acceso a la Atención Primaria de Salud. Se cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios para determinar el comportamiento del problema, los factores de riesgo más importantes, para poder elaborar y aplicar posteriormente un plan de actividades que permita controlar, erradicar los problemas detectados, elevar el nivel de salud bucal y calidad de vida de la comunidad (14-16)

### **Justificación de la investigación**

En el municipio de Bolivia, en la mayoría de los escolares de 8 a 11 años que asisten periódicamente a la Clínica Estomatológica de Adultos, como parte del convenio intersectorial entre Salud y Educación, se ha detectado al pasar por el departamento de consejería bucal, mediante el control de placa dentobacteriana una higiene bucal deficiente, como expresión de un bajo nivel de conocimientos higiénicos-sanitarios que traen consigo una elevada frecuencia de factores de riesgo y la aparición de enfermedades bucales. Teniendo en cuenta que no se han realizado estudios referentes a dicha problemática en esta población, nos motivamos a emprender dicha investigación, tomando como premisas que la promoción de salud y la prevención de enfermedades son los pilares fundamentales de la atención primaria de salud

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se planteó el siguiente **problema científico**:

¿Cómo incrementar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los escolares de 8 a 11 años en en el municipio Bolivia?

Esta pregunta permite formular la siguiente **hipótesis**:

Si el nivel de conocimientos de los estudiantes es deficiente, al realizar una intervención educativa con previo diagnóstico de sus dificultades, es posible elevar su nivel de conocimiento y educación sobre salud bucal, con vistas a comprometerlos con el cuidado de su salud bucal y de la comunidad, mejorar su calidad de vida y lograr su participación en la sociedad.

## **Objetivos.**

### **General:**

Implementar una intervención educativa para incrementar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los escolares de 8 a 11 años de la Escuela Primaria Manuel Fajardo Rivero del municipio Bolivia en el periodo del curso escolar 2014-2015.

### **Específicos:**

1. Distribuir los escolares en estudio según edad y sexo
2. Diagnosticar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los escolares.
3. Identificar los factores de riesgo más frecuentes de las enfermedades bucales en los escolares
4. Elaborar una intervención educativa
5. Aplicar la intervención educativa.
6. Evaluar la efectividad de la intervención educativa.

**Novedad científica:** La propuesta es novedosa porque integra un sistema de acciones de carácter práctico, dirigido a los escolares escogidos para el estudio, además que da un nuevo aporte de conocimiento a la Estomatología.

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 educación sobre salud bucodental en los escolares que presenten dificultad de la escuela primaria” Manuel Fajardo Rivero”.

El **aporte social** radica en que al aplicar el sistema de acciones e intervención y lograr elevar el nivel de educación sobre salud bucodental de los escolares en estudio se contribuye a mejorar su estilo de vida.

El **aporte económico** no es más que una vez detectadas las dificultades de estos escolares en cuanto al nivel de educación sobre salud bucodental y corregir algunas de estas basándonos en actividades preventivas podemos evitar tratamientos posteriores.

## MARCO TEÓRICO

La cavidad bucal por su situación, anatómica especial y funciones múltiples que cumplen en la vida del hombre, tienen gran significación tanto en lo biológico como en lo social. Por todas estas razones y por su exposición permanente a agentes químicos, físicos y biológicos, merecen la atención médica más cuidadosa tanto en la prevención como en la detección precoz de cualquier afección (23)

Diversos son los factores socio-culturales y de conocimientos que intervienen y modulan la percepción del proceso salud-enfermedad, determinando la demanda de una atención de urgencia de resolución inmediata, que está influenciada por las influencias por las vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos, por los cuales el enfermo busca y necesita soluciones "su problema " (24)

La salud, por consiguiente, es una progresiva del desarrollo histórico social de la humanidad que, de una parte, expresa la capacidad de autonomización relativa de los hombres respecto a la naturaleza y del uso racional de estas para la ampliación de sus posibilidades de bienestar sicosomático y prolongación de su existencia, y de otra, expresa los límites de desarrollo desigual, destacando las barreras estructurales que impiden de desarrollo a todos los grados de salud posible (25)

Sobre el concepto de salud, Becerra Troya plantea: cabe decir que solo puede ser único. No se puede concebir "saludes" parciales, sin embargo, existen términos como, salud bucal, salud mental y otros que por razones prácticas pueden aceptarse siempre que se entienda que se refiere al estado de determinados sistemas o aparatos del sistema humano que pueden influir en el estado de salud del individuo. Es tan obvia esta aclaración que, difícilmente, alguien podría suponer otra cosa, pero no es tan obvia la persistencia de la concepción biologicista mecanicista de la práctica médica, surgida a principios del siglo XX como parte de la teoría flexneriana, que ha llevado a la "superespecialización" a partir de la concepción del organismo humano comparable, a una máquina compuesta por partes que pueden ser reparados por separado.

Según San Martín, “salud y enfermedad, dos grados extremos de la variación biológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse, física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente” (27)

Otro término relacionado con “salud” es el de hombre sano. De acuerdo con el concepto de salud que se ha explicado, es prácticamente imposible concebir al individuo literalmente “sano” y aun, en el caso de existir, sería por un tiempo relativamente breve debido al carácter variable del proceso salud-enfermedad, aunque, según el mismo concepto, esto no significa que todo el mundo siempre este “enfermo”. Pero es necesario, en determinadas ocasiones, diferenciar las personas que no presentan afectaciones evidentes de ese deseado estado de “bienestar físico, mental y social” y, en estos casos debe entenderse como “hombre aparentemente sano” (28)

Según Serenko y Ermakov, la salud de la población, o salud social, está condicionada por la influencia integral de los factores sociales y biológicos del medio ambiente, que se valora por los índices demográficos y las características del desarrollo físico, la morbilidad y la invalidez, siendo el factor determinante el régimen sociopolítico y económico así como las condiciones ambientales, de vivienda, trabajo, descanso, alimentación, nivel de instrucción y de cultura, protección de la salud pública y otras (29-30)

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado por el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vidas sanas, la promoción de la salud como bienestar trasciende la idea de formas de vidas sanas, la promoción de la salud. Este es un principio básico en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (31)

El individuo sano está sometido a riesgos, que es el correspondiente epidemiólogo del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de

desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un periodo específico y en una comunidad dada, a condición de que no enferme o muera de otra causa en ese periodo. Los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total (10)

La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las enfermedades bucodentales. Cuando esta es deficiente existen acúmulos de placa bacteriana la cual, al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se clasifican provocando el cálculo, que, al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana. Según su relación con el margen gingival, se clasifica en calculo supragingival y calculo subgingival. Las enfermedades bucales son una consecuencia directa de la mala higiene bucal, lo que se demuestra en estudios realizados (32; 33)

La dieta cariogénica es otro de los principales factores de riesgo promotor de caries. La cariogénesis de un alimento no se determina solamente sobre la base del contenido de azúcar, hay que considerar varios factores: Características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos de la saliva, la frecuencia y horario de su consumo excesivo de azúcar es uno de los más estudiados (34).

Los alimentos al quedar atrapados en las fosas y fisuras profundas, alrededor de los aparatos ortodónticos y dientes apiñados, alrededor de los brazos de las prótesis y en otras localizaciones, las bacterias proliferan y liberan productos metabólicos, algunos de los cuales son ácidos que desmineralizan las superficies de los dientes creando las condiciones para la aparición de las caries. Las fosas y fisuras profundas ofrecen la configuración ideal para la acumulación y el atrapamiento de residuos alimentarios y colonias bacterianas (placa), así como también hacen que su remoción mecánica particularmente del fondo de los puntos

y fisuras, resulte prácticamente imposible, debido a que el diámetro del filamento del cepillo de dientes es mayor que el de las partes más profundas de esta (35).

Entre otros factores de riesgo locales asociados a la aparición de las enfermedades bucales se han descrito: las obturaciones defectuosas, cuando los márgenes de la misma se encuentran expandidos o comprimidos, es decir, sin solución de continuidad con el tejido dentogingival y los hábitos lesivos.

En las enfermedades bucales, los hábitos lesivos pueden influir tanto en su aparición como en los resultados del tratamiento, favoreciendo la actuación deletérea de los microorganismos del área periodontal, disminuyendo las defensas orgánicas, lesionando directamente los tejidos superficiales o dañando los tejidos superficiales o dañando los tejidos periodontales debido a la acción de las fuerzas que actúan sobre el diente. Los principales hábitos lesivos son: masticación unilateral, succión digital, onicofagia, deglución atípica, respiración bucal y bruxismo (36).

La forma más eficaz de reducir los factores de riesgo, es mediante la educación para la salud. Si bien es cierto que las acciones de promoción de salud y la prevención de enfermedades no son recientes, y que a través del Movimiento de Salud Mundial aparecen varios autores que de una manera u otra mencionan la realización de acciones para preservar y mantener la salud; en los últimos quince años ha ocurrido toda una revolución en la revitalización de los aspectos conceptuales que han generado nuevas discusiones sobre el alcance de estos términos (4, 37-39)

La necesidad de desarrollar un movimiento sanitarista que aborda los problemas de salud del siglo XX, encontró su expresión en la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de "Salud para Todos en el año 2000", que fue aceptada en 1978 en Alma Ata, donde se dictaron dieciséis objetivos para este año, nueve de ellos están directamente relacionados con los niños y adolescentes; las actividades desarrolladas de salud oral dirigidas a estos pacientes garantizando un mayor impacto. Por tanto, es importante tener en cuenta los

“Healt People 2000 Oral Healt Objectives” guía de la Odontología Pediátrica en el Siglo XXI (40, 41)

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud (Ottawa, nov. 21. 1986), se revisó las implicaciones de la promoción en consecución y apoyo a la declaración de Alma Ata. Como fruto de los análisis realizados se define la Promoción de Salud con un perfil amplio: “Medio de conseguir Salud para Todos, encaminados a capacitar a la población para controlar y mejorar su salud” (1).

Se plante, además, que “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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (1, 42)

A partir de todos los planteamientos antes expresados es obvio que la Atención Primaria de Salud, la Promoción de Salud constituyen los pilares fundamentales para la vigilancia, mantenimiento y restablecimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza, la Educación para la Salud, que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades, conocimientos y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad (43)

La OMS define la Educación para la Salud como: “la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a la salud (21).

Su objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad (44, 45).

La Educación para la Salud es un eslabón fundamental para desarrollar las actividades de promoción y prevención, que tienen los mismos fines y un objetivo común, Maximizar la Salud (45).

La Prevención es el conjunto de actuaciones que se realizan por profesionales, técnicos, y por la propia comunidad, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Los problemas estomatológicos con multifactoriales, dependen de factores biológicos socioeconómicos, ambientales, del estilo de vida y de las características de los sistemas y servicios de salud estomatológicos que interactúan para evitar o favorecer su curso (39, 33, 46).

En el desarrollo de la investigación es necesario tener en cuenta que los niños y las niñas tienen características propias de su edad, tanto en el desarrollo corporal como en el psicológico, es lógico suponer que deben ser atendidos diferenciadamente para promover, proteger y conservar su salud general, así como lograr en ellos un alto grado de salud bucal.

El estomatólogo integral debe actuar con prontitud y eficacia, crear programas educativos con la finalidad de motivarlos y entrenarlos en el cuidado de sus dientes y encías para reducir la morbilidad dentaria.

En bibliografías revisadas se encuentran trabajos realizados interdisciplinariamente con los docentes de diferentes centros de enseñanza y profesionales de la estomatología, donde se tiene a los niños y a las niñas como sujeto en su entorno, con actividades grupales que enriquecieron tanto el proceso como el producto de aprendizaje, en las que todos, profesionales de la salud, docentes y niños, aprenden a participar y aumentan sus conocimientos, lo que

permite lograr cambios conductuales en beneficio del mejoramiento de su salud (8, 9, 18, 47)

Para promover los cambios de conocimientos sobre salud bucal, y obtener cambios de conductas de niños y niñas, se hace necesario caracterizarlos, identificar sus dificultades y descubrir sus potencialidades para de esta forma poder elaborar una estrategia educativa realmente desarrolladora (48, 49).

La edad escolar, de 6 a 11 años, es un periodo de cambio físico y psicológico. Tiene obligaciones y debe subordinarse a reglas de conducta. Siente la necesidad de cumplir con las exigencias sociales establecidas y a la vez desea que se otorgue el derecho de considerar sus opiniones y se le tenga en cuenta. Comienza a buscar su yo; se siente responsable, útil y parece desarrollarse sobre un nuevo nivel general que no alcanza la madurez. En esta etapa son capaces de cuidar de su higiene, pero obvian algunos aspectos relacionados con esta, existe descuido con los cuidados dentales, los escolares no asisten al consultorio dental, suelen gustarles las golosinas, y en la mayoría de los casos sienten pereza para la práctica correcta del cepillado de los dientes. Los escolares reciben de buen agrado el trabajo con los títeres, de ahí que ellos pueden ser utilizados para trabajar las temáticas vinculadas a la promoción de la salud bucal (50, 51).

Realizar estos trabajos antes de la adolescencia; etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, definiéndose por la OMS como "Adolescente a toda persona comprendida entre 10 y 19 años y joven entre los 20 y 24 años. Garantiza que el adolescente, busque su yo dentro de sí mismo y muestre una gran insistencia a la similitud exterior con los demás, tener cuidado con su persona. Aumenta así el interés en su apariencia personal y en general se tornan cooperativos en el medio estomatológico (50-53).

Los niños de 6 a 11 años son un grupo maravilloso, con el que hay que emplear un lenguaje infantil, donde prime la fantasía y la creatividad. Se debe reflexionar

y seleccionar de manera cuidadosa el “quien”, el “como” y el “con qué”. Hacerles llegar los mensajes (45, 52, 54)

En la enseñanza general de los niños y niñas, se puede incluir programas encaminados a reforzar los elementos necesarios para mantener una buena salud general y por ende una adecuada salud bucal.

Para ello se trazan estrategias de intervención para determinar los materiales adecuados, las técnicas educativas más aceptables para las edades en estas etapas de la vida, los temas educativos necesarios de acuerdo a los problemas identificados, para poder dar solución a los mismos y alcanzar un mejoramiento en la Salud Bucal. En este aspecto no podemos olvidar algo de suma importancia, clave en el cumplimiento de nuestros objetivos; involucrar de manera activa y respetuosa al personal de la escuela (53, 55)

Es necesario enfatizar en el auto cuidado, el cual se define como “el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades”. El equipo de salud debe estimular esta práctica y proveer a los adolescentes de un arsenal de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollar el auto cuidado eficazmente (45, 56).

Se ha demostrado que los niños sometidos a un programa escolar integral de Educación para la Salud repercuten favorablemente en el mejoramiento y mantención de la salud oral, siendo capaces además de influir positivamente en las conductas de sus madres y resto de los familiares (57).

Como se puede percibir existe una estrecha relación Salud-Educación en todos los centros de enseñanza, considerándose como centros médicos pedagógicos, permitiendo preparar a los niños y adolescentes para su integración plena a la sociedad (48, 58).

El Sistema Nacional de Salud en Cuba tiene como premisa fundamental la promoción de salud y la prevención de enfermedades. En el Programa Nacional

de Atención Estomatológica Integral a la población están bien definidos los objetivos, propósitos y acciones de salud para mantener al hombre sano, presentando una atención priorizada a los menores de 19 años institucionalizados o no, incluyendo las escuelas de Enseñanza Especial (44, 59).

Para lograr la integración plena a la sociedad de los diferentes grupos poblacionales y en especial a los niños adolescentes, es imprescindible el mantenimiento de la salud general y en nuestro caso particular una correcta salud bucal; por lo que se hace necesario crear una cultura estomatológica adecuada, que se traduce en el conocimiento de cómo prevenir las afecciones bucales mediante actividades de promoción y educación para la salud bucodental.

Son numerosos los trabajos que se han realizado en el mundo, encaminados a desarrollar métodos de enseñanza para llevar a cabo una correcta higiene bucal muy especialmente en los educandos, con el propósito de demostrar su efectividad en la prevención las caries dentales y periodontopatías (17, 60).

Para llevar a cabo acciones educativas se hace necesario realizar un análisis de la situación de salud, que lleva implícito el diagnóstico educativo, para determinar la necesidad de aprendizaje que tiene la muestra de estudio, así como la prevalencia de enfermedades bucales presentes en ellos y en base a los resultados obtenidos diseñar un programa de actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación para llevar la salud bucodental y por ende la salud general.

En estudios epidemiológicos realizados en diferentes centros educacionales en los diferentes niveles de enseñanza normal y especial se han obtenido registros de que los principales problemas de salud bucal son las caries dentales, periodontopatías y maloclusiones, derivadas de un alto procedimiento a la higiene bucal deficiente, manifestándose un bajo nivel de conocimiento en relación con las medidas higiénico-sanitarias, dieta y caries y medidas que favorecen la prevención de dichas enfermedades (47, 61, 62).

En bibliografías revisadas se han encontrado trabajos interdisciplinarios que vinculan a docentes de diferentes centros de enseñanza y profesionales de la estomatología, tomando al niño como sujeto en su entorno, con actividades grupales que enriquecieron tanto el proceso como el producto del aprendizaje y donde todos, profesionales de la salud, docentes y niños aprenden a participar y aumentan sus conocimientos, para lograr cambios conductuales en beneficio del mejoramiento de su salud (8, 9, 63).

Teniendo las características de los niños y niñas, saber sus principales preocupaciones e intereses; se hace indispensable el proceso educativo y en consecuencia se haga efectivo el aprendizaje utilizando las potencialidades de ellos en el desarrollo de la creatividad y el intelecto (64).

Adaptar las técnicas educativas a su nivel, grabar cintas con mensajes educativos, cuentos, fabulas, dramatizaciones, en fin, todo medio que nos permita lograr un aumento en el nivel de conocimiento en cuanto a la salud bucal, que se traduce acorto o largo plazo en el mejoramiento de la salud y por tanto aumento de la calidad de vida (55, 65, 66).

Se ha demostrado la capacidad de los niños para ejecutar rutinas de cepillado dental después de participar en programas educativos mejorando la higiene bucal y disminuyendo los factores de riesgo de caries dentales y periodontopatías, si a todo esto le sumamos los tratamientos combinados de aplicaciones de flúor al 0.2% cada quince días, barnices fluorados cada seis meses, dentríficosflurados, entonces la reducción de las enfermedades bucodentales se hará una realidad (53, 67).

Por esas razones se considera que el mayor esfuerzo en la atención primaria de salud, puerta de entrada de los servicios médicos y pilar fundamental en la pirámide de atención médica a la población, debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los

conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.

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 la vía tópica o sistemática (29, 68)

Sin embargo, es evidente que, a pesar del constante aumento del presupuesto destinado a combatir las enfermedades bucales, bien sea aumentando el personal o los sistemas de tratamiento, un no se ha alcanzado el nivel deseado de salud bucal (44, 46, 68)

El conocimiento del estado de salud de la población proporciona una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia estomatológica, mediante la aplicación de encuestas básicas, es posible proporcionar datos de base fiables para realizar estrategias de intervención en la comunidad y modificar las tendencias de morbilidad, tanto de carácter nacional como territorial (44,69)

Para garantizar cambios positivos en el estado de salud de una comunidad, es importante elaborar una estrategia de intervención que incluya el control permanente de evaluación del estado de salud de la población, estableciendo programas de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación, que permitan brindarle una buena atención preventiva y curativa, fundamentalmente en edades tempranas de la vida para evitar resultados alarmantes como los relacionados anteriormente (70, 71).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño Metodológico.**

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa con participación de los escolares de 8 a 11 años de la Escuela Primaria Manuel Fajardo Rivero

con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento acerca sobre salud bucal, en el periodo del curso escolar 2014-2015.

### **Diseño muestral.**

Se tuvo como **universo** de trabajo a 890 escolares que conforman la matrícula total de la escuela. Se tomó una **muestra** de 124 escolares de 8 a 11 años, intencional, aleatoria, simple, basado fundamentalmente en la presencia de dentición mixta, que cumplieran con los criterios de:

### **Criterios Inclusión**

- Todos los escolares comprendidos entre las edades de 8 a 11 años
- Los que aceptaran voluntariamente tanto ellos como sus padres participar en el estudio.
- Aquellos que no tuvieran ninguna afectación psíquica y/o mental en el momento de la investigación.

### **Criterios exclusión:**

- Los escolares que no estuvieran comprendidos entre las edades de 8 a 11 años
- Los que no tuvieran de acuerdo a participar en el estudio, tanto ellos como sus padres o representantes
- Los que tuvieran alguna afectación psíquica y/o mental en el momento de la investigación.

### **Criterios salida:**

Aquellos que en el transcurso de la investigación decidieran abandonarla. (Ningún escolar abandono la investigación por lo que se mantuvo la muestra hasta el final de la misma).

Falta de disciplina en seguir las indicaciones que afecte parcial o totalmente el desarrollo del estudio.

### **Consideraciones Ética:**

Para la realización del estudio ante todo tuvimos en cuenta los cuatro principios de la ética médica: El respeto a las personas; la beneficencia; la no maleficencia; y la justicia. Además, antes de incluir a cada escolar en el estudio, se le explicó detalladamente los objetivos del mismo y su importancia para describir el comportamiento de la salud bucal en este grupo de edad. Se solicitó el consentimiento de los padres de forma escrita. (Ver Anexo I).

### **Métodos teóricos:**

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible relacionada con las enfermedades bucales más frecuentes y la prevención de las mismas. Se utilizaron informaciones científicas, auxiliadas de los métodos cibernéticos expeditos (MEDLINE, LILAC).

La exploración bibliográfica incluyó aspectos esenciales:

1. Tipos, prevalencia y actores de riesgo de las patologías bucales más frecuentes en niños.
2. Características de las edades de los niños con las que se puede integrar la realización de las acciones educativas.
3. Técnicas educativas para incrementar el nivel de conocimientos sobre estas y prevenirlas

Estos aspectos tuvieron el objetivo de determinar los problemas que presentan los niños, fundamentalmente de conocimientos sobre el tema a tratar.

De los resultados obtenidos en la exploración dependió la elaboración de las acciones educativas. Su éxito estuvo condicionado por la correcta identificación de las necesidades de aprendizaje de los niños.

En lo anterior planteado se utilizaron métodos tales como:

➤ **Métodos Histórico y Lógico:**

Consistió en el estudio de la prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en niños como antecedentes de la investigación

➤ **Análisis y síntesis:**

Permitió interiorizar en las causas del desconocimiento del tema a tratar, así como las temáticas que tienen menos preparación y arribar a conclusiones en este sentido

➤ **La inducción y la deducción:**

Permitió estar al tanto, llegar a conclusiones y particularizar los casos.

**Métodos empíricos:**

La recolección de información se realizó a través de tres tipos de instrumentos, el Examen Bucal realizado a todos los niños en la pesquisa de enfermedades bucodentales, la encuesta (Anexo 3) con su clave de clasificación, esta encuesta fue previamente diseñada en otra investigación que fue validada y aplicada en una población con características similares a esta (72). Las mismas fueron realizadas a todos los escolares objeto de estudio de forma individual por el propio investigador y bajo su control.

**Examen Bucal:**

- ✓ Permitió determinar la presencia de enfermedades bucales y factores de riesgo locales en los niños.

**Encuesta:**

- ✓ Permitió determinar el nivel de conocimiento de los escolares, en cuanto a hábitos de higiene bucal, factores de riesgo locales, causas, consecuencias

y prevención de las patologías bucales, así como hábitos perjudiciales, antes y después de aplicada la intervención.

Entrevista estructurada:

- ✓ Permitió evaluar la eficacia de la intervención educativa.

### **Métodos estadísticos:**

Los datos obtenidos se presentaron en tablas estadísticas descriptivas y los resultados en cifras absolutas y porcentajes de distribución de frecuencia en dependencia de las variables.

### **Procesamiento y análisis de la información:**

El procesamiento de la información se realizó mediante la aplicación del método simple aritmético. Con el empleo de una computadora VIT core i7 y sistema operativo Windows 8.1. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel 2010. Los textos se procesaron en Microsoft Word Professional Plus 2010 utilizando como medidas de resúmenes para variables cualitativas y cuantitativas.

### **Operacionalización de las variables**

Variables	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa nominal continua	8-9 años 10-11 años	Según años cumplidos al inicio de la investigación	Valores absolutos y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según el sexo biológico	Valores absolutos y porcentaje
Conocimientos sobre salud bucal	Cualitativa nominal politómica	Bien: (15-18) Regular: (12-14) Mal: (11 - menos)	Nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales y su prevención en niños según puntaje obtenido en las encuestas	Valores absolutos y porcentajes

Factores de riesgo locales	Cualitativa nominal politómica	Dieta criogénica	Según respuesta del paciente acerca de la ingestión abundante de alimentos azucarados	Valores absolutos y porcentajes
		Sarro supragingival	A través de la observación al examen clínico se detecta la presencia y localización.	
		Obturaciones defectuosas	Cuando se detectó su presencia a través de la observación al examen clínico.	
		Hábitos perjudiciales	Según respuesta del paciente en la confección de la HC individual acerca de la práctica de alguno de los hábitos considerados nocivos para la salud (Respiración bucal, empuje lingual, succión digital, inofagia, leche en biberón, bruxismo, masticación unilateral)	

Higiene Bucal	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuada: (0.0 - 0.6) Inadecuada (0.7 - 3.0)	Según el puntaje obtenido en el (HIB-S) de Green y Vermillon	Valores absolutos y porcentaje
Efectividad de la intervención	Cualitativa nominal dicotómica	Positiva (2 o más opciones marcadas en el SI)  Negativa (2 o más opciones marcadas en NO)	Según criterios de los niños con respecto a la investigación	Valores absolutos y porcentajes

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para realizar esta investigación se trabajó con un total de 124 escolares que contribuyeron la muestra, pertenecientes a la Escuela Primaria Manuel Fajardo Rivero, donde se desarrolló el proyecto en el periodo del curso escolar 2014-2015.

**Tabla 1.** Distribución de los escolares en estudio de los escolares según edad y sexo.

Grupo etarios	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
8-9	30	24.2	28	22.5	58	46.8
10-11	36	29	30	24.1	66	53.2
<b>Total</b>	66	53.2	58	46.8	124	100

Fuente: Secretaria docente

En la Tabla 1 se observa que el grupo de edades de 10-11 es el de mayor número con 66 (53.2%) y el sexo que predominó fue el femenino con 36 para un (29%). Es válido aclarar que la muestra se dividió en dos grupos de edades más pequeños para garantizar el mejor desenvolvimiento de las actividades educativas. Estos resultados coinciden con los encontrados por Rosario Melgar Hermoza en su estudio sobre salud bucal teniendo en cuenta el sexo y edad en estos grupos etarios. (73)

**Tabla 2.** Diagnóstico del nivel de conocimiento antes de aplicada la intervención educativa.

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Antes</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bien	15	12.1
Regular	45	36.4
Mal	64	51.5
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

En la tabla 2, se describe el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de realizada la intervención educativa. Obsérvese que la mayoría poseían un mal conocimiento 64 (51.5%) y con conocimiento regular 45 (36.4%).

El Dr. Felipe Torres en una encuesta realizada a adolescentes como parte de un programa educacional de salud-dental tiene como resultado un 75% de los estudiantes con bajos conocimientos (19).

En Cuba, existe un programa de atención integral a la población, donde la promoción y prevención son los elementos fundamentales en la atención primaria de salud, existen estudios donde poblaciones rurales aún mantienen un nivel de conocimiento bajo.

El trabajo realizado por la Dra. Acosta E., en el municipio se San Antonio de los Baños, en la Provincia de Pinar del Rio, Cuba, encontró que la población está mal preparada en cuanto a salud bucal en un 68% (37).

Díaz del Mazo y colaboradores en un trabajo realizado aseveran que muchos niños adoptan conductas negativas por la falta de conocimiento y le restan valor a las actividades preventivas y profilácticas por estos motivos (22).

**Tabla 3.** Comportamiento de la higiene bucal mediante el índice de Higiene Bucal simplificado (IHB-S) antes de aplicada la intervención.

<b>Higiene Bucal</b>	<b>Antes</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Adecuada	15	12.1
Inadecuada	109	87.9
<b>Total</b>	124	100

Fuente: Registro individual del análisis

En la tabla 3 se describe la higiene bucal, observándose que el mayor por ciento (87.9%) presentaban una higiene bucal inadecuada.

Los resultados alcanzados en esta investigación coinciden con los obtenidos en muchos trabajos similares realizados en diversos países del continente americano bajo las mismas condiciones socioeconómicas (16, 69, 74).

Mijares concluyo de su experiencia en Fundacredesa (Venezuela), que tanto en el hogar como a través de sí mismo o por medio de alguna persona en la escuela es que el niño adquiere el hábito de cepillarse los dientes, lo que le llevo a sugerir una reevaluación de los programas de educación para la salud vigente (24).

Se relacionan los resultados obtenidos en este estudio con los alcanzados por Castaño Casaretto y Varela de Educación para la Salud en niños y adolescentes, donde la mayoría mantenían una higiene oral deficiente en el 62.5% del grupo (12).

La Dra. Felipa Torres S., en su investigación en el municipio Plaza de la Revolución sobre higiene bucal y salud gingival en la adolescencia en el año 2011, observo que en un grupo de niños el 84.5% tiene deficiente la higiene bucal tras dos años sin recibir charlas sanitarias. Este resultado ratifica la necesidad de mantener una educación permanente en la población (19).

Otras investigaciones se han realizado como: la eficacia de un mural como técnica de promoción y prevención de salud. Se observó que en el grupo control, donde se aplicó la técnica de prevención, existió un número mayor de niños que volvieron a desarrollar caries dental durante un periodo de un año lo que demostró la

eficacia de la técnica del mural en la prevención de las caries, existiendo relevancia clínica (75).

Estudios epidemiológicos realizados en centros educacionales de nivel primario y media enseñanza normal y especial han obtenido registros de los principales problemas de salud bucal, fundamentalmente la caries dental, periodontopatías y maloclusiones, derivadas en un alto por ciento de la higiene bucal deficiente, sobre todo en la población de niños, niñas y adolescentes (7, 52, 61, 62).

**Tabla 4.** Presencia de los principales factores de riesgo locales.

Factores de riesgo	Si		No	
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%
Dieta cariogénica	50	40.3	2	1.6
Hábitos perjudiciales	40	32.3	5	4.0

Fuente: Historias Clínicas

La tabla 4 muestra el comportamiento, de los principales factores de riesgo locales de las enfermedades bucales mas frecuente, observándose que la dieta criogénica y los hábitos lesivos ocuparon los más altos porcentajes dentro de los factores de riesgo locales para un 40.3% y 32.3%.

Investigaciones al respecto muestran comparables resultados. La Dra. García Pablos, encontró elevada presencia de hábitos de respiración bucal y empuje lingual (76).

Diversos autores, plantean que cuando se habla de enfermedades no se puede olvidar que son muchos los factores que actúan a nivel del ambiente humano y determinan que se inicien y desarrollen las mismas, con mayor o menor peso en determinados grupos poblacionales (67-69).

En la medida que el comportamiento personal y los estilos de vida están involucrados con una mayor probabilidad de tener problemas de salud, que incluyen los buco-dentales, entonces aumentan las probabilidades de la cantidad de personas enfermas; por tanto, la prevención debe contemplar dentro de sus principales componentes la educación en salud, ella debe estar siempre ligada a la prevención, como medio susceptible para modificar los comportamientos de riesgo (13, 71).

**Tabla 5.** Relación entre el nivel de conocimiento de Higiene Bucal después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Higiene Bucal					
	Después				Total	
	Adecuada		Inadecuada			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bien	101	81.5	0	0	101	81.5
Regular	12	9.7	6	4.8	18	14.5
Mal	0	0	5	4.0	5	4.0
Total	113	91.2	11	8.8	124	100

Fuente: Encuesta y Registro individual

En la tabla 5 se relacionan el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la higiene bucal después de realizada la intervención educativa presentando un nivel de significación aceptado debido a que había correspondencia entre estas dos variables ya que los que presentaban mal conocimiento 64 (51.1%) antes de la intervención mantenían mala higiene bucal destacándose que después estas cifras variaron significativamente donde el Bien aumento y la higiene bucal mejoro llegando en ambos casos a 101 (81.5%) en del total de la muestra.

El 68.5% de los maestros de la Secretaria de Educación Pública (SEP) en la Ciudad de México consideran muy importante para la formación del educando esta área del conocimiento, argumentando que es un elemento importante encaminado a preservar la salud (22).

También Fiorrillo, en su investigación sobre educación para la salud bucal, también se estableció un programa educativo en el plan de estudios de los alumnos de una escuela primaria, mediante el cual pudo constatar la alegría de los estudiantes cuando eran protagonistas de sus propias propuestas de trabajo, así como también que a los tres años de la aplicación de su programa había mejorado sensiblemente la higiene bucal de ellos (23).

**Tabla 6.** Evaluación de la efectividad de la intervención educativa en niños de 8 a 11 años de edad luego de aplicada la misma.

<b>Efectividad</b>	<b>Después</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Positiva</b>	124	100
<b>Negativa</b>	0	0

Fuente: entrevista estructurada.

En la tabla 6 se puede ver que al evaluar el criterio de los niños sobre las actividades que se les aplicó los 124 manifestaron que fueron positivos que representa el 100%

## **CONCLUSIONES**

Dentro de la muestra de estudio predominó el grupo de edades de 10 a 11 años y el sexo femenino

Se incrementó el nivel de conocimientos sobre salud bucal después de realizada la intervención

La higiene bucal de los niños mejoró considerablemente después de aplicado el programa educativo

Los factores de riesgo que predominaron fueron la dieta cariogénica y los hábitos perjudiciales

Con la intervención educativa realizada se demostró la eficacia del uso de las técnicas educativas, ya que se incrementaron los conocimientos sobre salud bucal

En los grupos de edades analizadas el mejoramiento de la higiene bucal y el incremento del nivel de conocimiento se manifestaron de forma similar al final de la investigación

Al evaluar el criterio de los niños sobre las actividades educativas realizadas todos manifestaron que fueron positivas

## **RECOMENDACIONES**

Hacer extensivo esta de investigación a todos los centros educacionales del municipio para mejorar los indicadores de salud de la población escolar y lograr que disminuya la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Ottawa: OPS. 17.21 Nov. 2010
2. Becerra Troya M. fundamentos de Estomatología Integral. C., de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 2011: 24-30.
3. Zacca G, Sosa M, Mojaiber A. Situación de salud bucal de la población Cubana. Estudio comparativo según provincias. RevCubEstomat 2011 39(2): 90-110.
4. Ochoa Soto R; Castanedo Rojas I; Cobras Selva M. promoción de Salud. Complicaciones. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. La Habana. Editorial Pueblo y Educación; 2010. Pp 11.
5. Hiram V. Arroyo; Zerqueira M. T. La Promoción de Salud en América Latina. Puerto Rico; 2012
6. Brenes W. Sosa D. Epidemiología Bucal y accesibilidad a los servicios Odontológicos de un grupo de adolescentes. (En Línea). Disponible: <http://www.binasss.sa.cr.2009.Recuperado:11/04/2009>.
7. Irigoyen M.; Zepeda A.; Sánchez Leonor. (2009). Prevalencia e Incidencia de Caries Dental y Hábitos de Higiene Bucal en un Grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México. Investigación Revista ADM. 53 (3): 98-104.
8. Misrachi L; Fredes A. J.: Flores B. Influencia de la educación del escolar en conductas de salud de sus Madres. Cuad. Med. Soc. Santiago de Chile: 2010; 2 (35): 6-12.
9. Correa G; Gibera O. Programa de Higiene dentaria con grupos de educadores en enseñanza primaria y secundaria. Rev. BrasEnfermag. 2013; (37): 228-36.
10. Duque de Estrada RJ. Rodriguez Calzadilla A. factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2010 [citado 5 May 2011]; 39 (2):

[aprox. 17p]. disponible en:  
<http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38201/est04201.htm>.

11. Raúl N. L; González A; Díaz M. Nuevos métodos de Educación para la salud en ciegos y débiles visuales. Programa resúmenes Congreso Internacional por el Centenario de la Fundación de la Escuela de Odontología de la Universidad de la Habana: 2010; pp. 131
12. Prieto Rodríguez, Ángela M; Tapias Torrado, Delgado Luis E. Programa de Higiene oral para niños ciegos. Univ. Odontológica; Colom: 2011; 17(35): 83-89.
13. Red Latinoamericana por la Salud Bucal. Acciones a realizar en los niños y adolescentes sanos por el Equipo de Salud y el Estomatólogo para mantener su salud bucal. Disponible en Servicios de Portal <http://www.sld.cu/InfomedRedTelematicadeSalud,viernes6,octubre/2010>
14. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Misión Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela. Ed MSDS. Caracas. 2011
15. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Epidemiológico. Año 54. Semana Epidemiológica N° 52. Periodo del 26 de Diciembre 2011
16. Pereira A. odontología emsaude colectiva: planejandoações e promovendo saude. Porto Alegre; Artmed; 2010. 440 p.
17. Cova B de Urdaneta A. métodos de enseñanza de higiene bucal en niños. Acta Odontol. Venez: 2010; ½ (26): 16-21.
18. Correa G; Gibera O. Higiene dentaria con grupos de madres. Rev. Bras. Enferma gen; 2010; ¾ (37): 228-36.
19. Felipe Torres, S. Relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal y salud gingival en la adolescencia. (tesis Especialista). Ciudad de La Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Año 2011.
20. Castaño de Casaretto, Haydee; Ros de Gambeta, Martha. Educación en Salud a niños discapacitados: Trabajo del agente multiplicador. CIORA: 2010; 8-10.

21. Urdaneta A. Métodos de enseñanza de higiene bucal en adolescentes. Acta Odont Venez 2011; 1(26): 16-21.
22. Díaz del marzo L. Perez Nuñez HM. García Díaz R de la C, O`connor Martínez L. instructivo "Sonrisas Saludables para capacitar estudiantes sobre salud bucal: MEDISAN 2011.
23. Santana Garay JC. Atlas de patología del complemento bucal. Ciudad de la Habana: Edit. Científico Técnica; 2012
24. Colectivo de autores. Norma Técnica de Urgencia Odontológica. Departamento de Salud Bucal. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud Chile. 2010
25. Geiringer. A. La práctica odontológica en Venezuela. DF. Imp. Alfa. 2010: 17-19
26. Verdecía, F., Borroto, R. y Reinoso. T. Proceso salud-enfermedad en: Colectivo de Autores. Sociedad y salud C. de la Habana: ed. Pueblo y Educación. 1986. 14
27. San Martin. H. Salud y enfermedad. T. I. de la Habana; Confederación Medica Pan-americana, 2011: 10
28. Aldereguia Henríquez, J. Problemas de higiene Social y Organización de Serenko, A.F. Ermakov, V.V. Higiene social y organización de la salud pública, 2010: 18-21.
29. Moscú: Ed. Mir, 2010: 14. Salud Pública. C de la Habana: Ed. Científico-Técnica, 2011: 1-12
30. Serenko A. F. Ermakov. V.V. higiene social. Proceso salud-enfermedad Moscú: Ed. Mir. 2010: Op. Cit. Pp 13-14
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud oral. 16 julio 2009. CD40/20 (Esp) {Citado: 04 abr 2010} disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/doc259.pdf>.
32. Paz Latorre El. Los factores de riesgo periodontales {serie en Internet}. 2010 {citado 5 de mayo 2012}: {aprox. 18p}. disponible en: <http://www.monografias.com/cgi->

[bin/search.cgi/?query=los%20factores%20%20%20de%20%20riesgo%20periodontales](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200002&lng=es&nrm=iso&ting=es)

33. Méndez González Ja, Perez Rodriguez OJ. Fros López MM. Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del policlínico “Angel A. Aballi”. Rev. Cubana Estomatóloga {Serie en Internet} 2012 {citado 9 Abr 2013}; 44(2): {aprox. 14p}. disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000200002&lng=es&nrm=iso&ting=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200002&lng=es&nrm=iso&ting=es).
34. Feres M. Figueredo LC. Desde la infección focal hasta la medicina periodontal. Rev Fundac Juan José Carrero. 2011: 13(28): 14-9.
35. Carmona Perez, SM. La caries dental en los adolescentes de 12,13 y 14 años y sus factores de riesgo. Óptica epidemiológica. Área norte. Santi Spíritus. Trabajo de tesis para optar por el título de especialista en primer grado en EGI 2011-2012.
36. Chiappe V. Enfermedades Gingivales en niños y adolescentes. Bol Asoc Arget Odontol P Niños. 2012; 35(2): 26-9
37. Acosta, E. Nivel de conocimientos sobre Estomatología en una población. (tesis Especialista) San Antonio De Los Baños , Cuba , Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Año 2012.
38. Tan Suarez N. Alonzo Montes de Oca C. Martínez Padilla S. Promoción de Salud: Un camino para la estomatología del futuro. Humanidades Medicas, Vol5, No 13 Enero-Abril del 2014
39. Sosa Rosales MC. Evolución de la floración como medida para prevenir la carie dental. Rev. Cubana Salud Pública 2013; 29(3); 268-74.
40. Bascones A. Tratado de Odontología. 3ª. Ed. Tomo II Madrid: Editorial avances médico- dentales SI; 2010
41. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Guías Practicas de Estomatología. La Habana: MINSAP; 2012
42. Ilona Kick Bush. La nueva agenda de salud. Perspectivas de salud. La revista de la OPS, 2010, Vol. 9, #2 Disponible en: URL:[http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero20\\_articulo0.2htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero20_articulo0.2htm).

43. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Capítulo 7. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades, 2014
44. Cuba. Ministro de Salud Pública. Programa Nacional de atención Estomatológica Integral a la población. La Habana. MINSAP; 2012
45. Cardenas O, Sala MR. Sosa M. Programa de Promoción y Educación para la salud bucal en adolescentes. La Habana, Editorial Academia 2010
46. Sosa, L y cols. Levantamiento epidemiológico bucal en escolares de 1ª y 2ª etapa. Abril 2012. Síntesis: Tesis de grado Presentado en Junio de 2011. Hospital Victorino Santaella Ruiz. Disponible en: En línea. Recuperado. 15 de abril 2013 <http://odontología-online.com/casos/part/LST08/lst08.html>.
47. Misrachi L La educación del escolar en conductas de salud a través del profesor. Cuad. Med. Soc. Santiago de Chile: 2010; 2(35): 6-12.
48. Colectivo de autores: "Nada hay más importante que un niño". La Habana Edit. Gente Nueva; 2011
49. Bell Rodriguez R; Chkout T; Cobas Ochoa C; Santanilla Figueredo A; Pérez Guerra A; et al Educación especial sublime profesión de amor. La Habana. Edit. Pueblo y Educación; 2010. Pp 1, 6, 21, 28-29
50. Petrovski A: Psicología Educativa y pedagógica. 4ta Edición. Moscú. Editorial Progreso; 2011
51. Are P. Orosa T, Verguer L, Alvares L. Selección de lecturas de las edades y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana 2013
52. MS. Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 609, Ginebra 2003; 16-17
53. Cardenas Sotelo O, Sala Adam M.R. Aprender haciendo educación para la salud. Proposiciones metodológicas. La Habana. Editorial Academia. 2012
54. Fernandez Pacheco R, Rodríguez Álvarez M. La comunicación, una herramienta imprescindible en el trabajo diario. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2011

55. Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en Salud. Serie PAITEX para técnicos medios y auxiliares No 11. Washington : OPS, OMS; 2010
56. Dotres C. Córdoba L. Aliño M. Programa Nacional de Atención Integral a la salud de adolescentes. La Habana: MINSAP: 2011
57. Linares Martínez H. Estudio epidemiológico bucal de la población escolarizada de áreas del ambulatorio urbano "Cantarrana". Cumana. Estado de Sucre. Acta Odontol venez: 2010; 33 (3): 33-68.
58. Gilb. Promoción y Prevención. ([www.geocites.com/saludbucal](http://www.geocites.com/saludbucal)) disponible en el sitio <http://www.hispavista.com>. Acceso 29 enero 2011
59. Benes W. Sosa D. Epidemiología Bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. Costa Rica. Rev. Cost. Cienc. Med. 2010; 7(4): 311-314.
60. Zanetti E. N; Macagno A.M. Creppa L Visión epidemiológica de la salud bucodental en niños de 6-12 años de edad en centro de salud No 43 de Barriolnaudi. Ciudad de Córdoba: claves odontol: 2013; 23 (4): 3-6
61. Misrachi L, Horta M. Capacidad de los niños para ejecutar diferentes forma de cepillado dental. Odont Chile 2010; 1(40): 61-8.
62. Ordaz González, A.M. Intervención Educativa en los adolescentes de la ESBU "Julio Antonio Mella". Trabajo para optar por el título de especialista en 1er grado en EGI. Pinar del Rio. Cuba. 2013
63. Navas R, Mejías M, Rojas T Zambrano O. Evaluación del programa atención odontológica integral en la población de 3 a 14 años Rev. Venezolana de Gerencia. 2011; 6 (15); 473-494.
64. Are P, Orosa T, Verguer L. Alvares L. Selección de lecturas de las edades y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana, 2010
65. Fiafillo N.C. Marressi C.B. Educación Para la salud bucal: trabajo interdisciplinario con maestros especiales y de grado en escuelas primarias Rev. Ateneo. Agent. Odontol: 2010; 27 (1): 46-54

66. Borroto Chao R, Sáez Luna, M. Programa preventivo de caries dental en niños y adolescentes cubanos. Rev Cubana Estomatol, Mayo-ago. 2013; 40(2) 32-38.
67. Varela A; Brenes W. afectividad de algunas medidas preventivas y educativas y educativas en la reducción de las caries dental. Rev. Costarric. Cienc. Med: 2011;13 (3/4): 21-80.
68. Restrepo, HE. Promoción de la salud y equidad. Un Nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ. Med. Salud. 2010; 29(1): 76-91
69. Misrachi C. Calidad de vida y salud, instrumentos de medición. Mag. Int. Coll. Dent; 10(1): 94-107, 2010
70. Méndez D. Cariote N. Prevalencia de caries dental en escolares del municipio Antolín del Campo. Nueva Esparta. Venezuela. Rev. Latinoamericana de Ortod. Y Odontopediatría. Ortod WS (en línea) 2011.
71. Vinet M. Perrando Z. Bermejo C. Sanos para sonrisas felices. Buenos Aires: Municipal del Quilmas, 2010: 2-15.
72. Hernández Domínguez L Intervención Educativa en escolares de primaria en el municipio Maturin, estado Monagas 2013. Trabajo para optar por el grado de master. Venezuela 2013.
73. Melgar Hermoza R. Caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión de microorganismos. Bol, Asoc. Argent. Odontol. Niños; 32(3):8-15, sept-dic. 2012
74. Terragroza D. El escolar bucodentalmente sano en el municipio de San Marcos (Sucre). Rev. Fed. Odontol. Colomb; (202): 49-50, mar-jul. 2010.
75. Resik Habib, P. Evolución histórica de la interpretación casual de las enfermedades. Revista Cubana Administración y Salud 2010; 2009; Ene-Mar: 53.
76. García Pablos M. Estado periodontal en los niños de 6-11 años de 3 consultorios del policlínico Este (trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en EGI). 2012. ISCM. Facultad de estomatología: Camagüey.

77. Juárez López MIA, Munieta Pruneda JF, Teodosio Proscopio E. Prevalencia y factores de riesgos asociados a la enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gaceta Médica de México. 2010; 141(3): 185-9.

## **ANEXO I**

### **Consentimiento Informado:**

Se me ha informado que los datos de la historia clínica y los resultados de los estudios, solo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin la autorización, ni serán usados en otras investigaciones no relacionadas con esta. Conozco también que mi participación contribuirá al mejor estudio y conocimiento de la salud bucal y que los resultados de esta investigación serán utilizados para el bien de la sociedad y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee.

Conociendo lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas las dudas, expreso la disposición a que mi hijo participe en esta investigación ofreciendo todos los datos que se me soliciten y para que así conste, firmo el presente documento.

Nombre y Apellidos

Firma

## ANEXO II

### Criterios para evaluar índices de higiene bucal:

Se utilizó para el estudio el Índice de higiene bucal de Green y Vermillón en su forma revisada. Este índice es una modificación del índice de higiene bucal simplificado de Green y Vermillón. A semejanza del Índice Periodontal Revisado solo se califica como registro para toda la boca una superficie dental la que peor higiene presenta. (1, 3)

Puntaje	Criterio de evaluación
0	No hay señales de placa ni manchas
1	Placa cubriendo más de 1/3 de la superficie dental o presencias de manchas extrínsecas.
2	Placa cubriendo más de 1/3 y menos de 2/3 de la superficie dental.
3	Placa cubriendo 2/3 de la superficie dental.
4	Cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie dentaria.
5	Cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 y menos de 2/3 de la superficie dentaria expuesta o presencia de puntos aislados con cálculo subgingival alrededor de la zona gingival de los dientes.
6	Cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie dentaria o banda continua del cálculo subgingival.

### Según este índice la higiene bucal puede ser:

Higiene bucal buena: Se utilizará el término de higiene bucal buena, para designar a los individuos sin evidencia clínica de placa bacteriana o cálculo.

Higiene bucal deficiente: Se utilizará el término de higiene bucal deficiente para designar a los individuos con evidencias clínicas de placa bacteriana o cálculo.

### **ANEXO III**

#### **Encuesta relacionada sobre el conocimiento de la salud bucal.**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

1- ¿Conoce qué es la caries dental?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2- ¿Es importante el cepillado dental?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3- ¿Cuántas veces se debe realizar el cepillado dental?

Una (1) vez \_\_\_\_\_

Dos (2) veces \_\_\_\_\_

Cuatro (4) veces \_\_\_\_\_

No sabe \_\_\_\_\_

4- Cuando se come mucho dulce, ¿Qué le ocurren a los dientes?

Se ponen más fuertes los dientes \_\_\_\_\_

Se destruyen los dientes \_\_\_\_\_

No les ocurre nada a los dientes \_\_\_\_\_

5- ¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

Una (1) vez al año \_\_\_\_\_

Dos (2) veces al año \_\_\_\_\_

Cada tres (3) meses \_\_\_\_\_

6- ¿Considera importante asistir a la consulta del estomatólogo?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### **Criterio y puntuación de la encuesta realizada**

1- 5 puntos

2- 5 puntos

3- 5 puntos

4- 5 puntos

5- 5 puntos

6- 5 puntos

Total- 30 puntos

Bien -----25-30 puntos

Regular -----15-20 puntos

Mal -----0-10 puntos

## **ANEXO IV: Etapas de la investigación:**

### **❖ Etapa organizativa:**

Para garantizar el óptimo desenvolvimiento de la investigación se realizó primeramente el convenio con la escuela, firmado por el personal directivo y luego un encuentro con los padres de los niños donde se le explicaron los objetivos de la investigación. Se recogió la firma del consentimiento informado.

### **❖ Etapa de diagnóstico:**

Para la recogida de información se utilizaron las aulas docentes.

Los niños de la muestra seleccionada se caracterizaron según edad y sexo, se les realizó el examen bucal, usando el set de clasificación y a la luz natural. Se midió la higiene bucal mediante el índice de Higiene Bucal simplificado de Greem y Bermillon . Se confeccionó la historia clínica individual, se identificaron los factores de riesgo presentes y se garantizó la continuidad de su tratamiento.

Se utilizó la técnica de la Encuesta y su Clave de Clasificación para diagnosticar el nivel de conocimientos de los escolares sobre hábitos de higiene bucal, enfermedades bucales y su prevención, así como hábitos perjudiciales. Su confección se realizó acorde al tema de investigación.

### **❖ Etapa educativa:**

Para la aplicación del proyecto se utilizaron las aulas docentes.

En esta etapa se aplicaron un conjunto de acciones educativas por el propio autor de la investigación, bien programadas y orientadas hacia el cambio de actitudes,

hábitos, prácticas y conductas dando satisfacción a las necesidades de aprendizaje de los escolares. Fue imprescindible que el profesional que desarrollo las acciones educativas tuviese presente, como aspectos, las características del niño, que está bajo su responsabilidad en el estudio, para garantizar la aprehensión de los conocimientos.

❖ **Etapas de evaluación:**

Se realizó una evaluación de las acciones educativas luego de seis meses de aplicadas que permitió medir el nivel de impacto de la estrategia. Se utilizó como instrumento de medición de conocimientos nuevamente la Encuesta y su Clave de Clasificación, de la misma manera se aplicó el índice de Higiene Bucal simplificado de Greem y Bermillon para medir la higiene bucal. También se evaluó el criterio de los niños en cuanto a la eficacia de la investigación mediante una Entrevista Estructurada y su Clave de calificación.

**ANEXO V:** Diseño Metodológico de la Intervención Educativa.

La promoción y educación para la salud es uno de los pilares fundamentales en la atención primaria de salud y la misma tiene el fin de proveer al individuo los medios necesarios para el autocuidado de su salud. Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y sus características. Los temas se seleccionarán de acuerdo al análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades. La calidad en las actividades de Promoción de Salud garantizara mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida.

**ANEXO VI:** Técnicas que se utilizaron para la Intervención educativa.

Demostración: muestra en forma práctica como hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de “aprender haciendo”. También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.

Permitió verificar algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones. Con esto se propició la participación de los integrantes del grupo.

Dinámica de grupo: discusión de un tema por un grupo no mayor de 15 alumnos, bajo la conducción del autor como moderador. Contribuyo a la modificación de conductas negativas.

Se utilizó para delimitar el tema, fomentar el planteamiento de problemas o preguntas. Se elaboraron conclusiones con ayuda del grupo

Lluvia de ideas: mediante esta técnica los participantes deben propiciar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva y disgregación del tema principal. Así mismo estimula la participación de los tímidos y retraídos. Otra ventaja es que se ejecuta en poco tiempo.

Se utilizó para lograr empatía entre los participantes y emitir ideas rápidas.

Charla: es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.

Esto estuvo a cargo del autor y fue utilizado en la introducción, parte del desarrollo y al final, para integrar el conocimiento.

**Medios de materiales:**

- ❖ Mural con todo lo actualizado de los temas tratados sobre salud bucal
- ❖ Modelos de yeso para ofrecer las explicaciones necesarias en forma demostrativa.
- ❖ Cepillos dentales y sustancias reveladoras de placa Dentobacteriana para ejemplificar el correcto cepillado dental.

Los encuentros se realizaron cada 15 días y en cada uno se aplicó una técnica con uno de los temas a tratar.

**Temas:**

- ❖ Tema 1: La higiene de mi boca

Contenido: Higiene bucal. Su importancia. Forma y frecuencia del cepillado.

- ❖ Tema 2: Los alimentos que enferman mi boca y como controlarlos

Contenido: Dieta cariogénica y su control.

- ❖ Tema 3: Las enfermedades más frecuentes de mi boca.

Contenido: Caries dental y enfermedades de las encías.

## **ANEXO VII:**

### **Actividad Nº 1.**

**Tema:** La higiene de mi boca.

**Contenido:** Higiene bucal. Su importancia. Forma y frecuencia del cepillado.

#### **Objetivos:**

1. Educar sobre los factores que ofrecen la instalación y desarrollo de las enfermedades bucodentales tales como: Hábitos bucales incorrectos, deficiente higiene bucal en la población adolescente fundamentalmente.
2. Enseñar cómo realizar correctamente la Higiene Bucal: cepillado, hilo dental
3. Educar en la importancia del cepillado dental para la eliminación de la placa dentobacteriana

#### **Técnica:**

Demostración: consiste en ejecutar ante un alumno o grupo aquello que estamos explicando y repetirlo hasta su comprensión.

#### **Objetivo de la técnica:**

- ❖ Verificar algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones. Con esto se propicia la participación de los integrantes del grupo.

#### **Ventajas:**

1. Permite apreciar conductas y acciones complejas en condiciones realistas difíciles de lograr en otra forma
2. Facilita que las personas cobren conciencia de sus propios problemas
3. Estimula la participación de las personas

#### **Tiempo:**

- ❖ 45 minutos

**Materiales:**

- ❖ Bibliografía orientada
- ❖ Cepillos dentales, sustancias reveladoras de placa dentobacteriana para ejemplificar el correcto cepillado dental y una maqueta dental.

**Desarrollo:****Sugerencias:**

Para esta actividad se partirá con una dinámica llamada “Mi cepillado”, la misma consiste en pedirles a los participantes que tomen una maqueta y un cepillo como lo hacen a diario en sus casas y con sus respuestas se ira conformando la actividad. Ilustrar la actividad con los medios materiales de apoyo. En ocasiones se combinará con discusiones de grupo.

Se simulará un juego donde los alumnos en compañía de los padres y docentes escenifiquen el tema a tratar, con el propósito de observar sus reacciones y capacidad de manejar situaciones.

El cepillado de los dientes es un aspecto importante a introducir en edades tempranas, ya que su adquisición como hábito es muy importante para el futuro de su salud dental. El más importante es el de antes de irse a dormir, ya que es por la noche cuando las bacterias proliferan más.

Se enseñará a depositar la crema en el cepillo y a cepillarse de forma correcta, es decir, desde las encías hacia los dientes, o lo que es lo mismo, en los dientes superiores de arriba abajo, y en los inferiores de abajo a arriba. Después se enseñará a enjuagar la boca y, finalmente, a limpiar y guardar cepillo. El cepillo dental, ha de ser pequeño, de cerdas muy suaves y puntas redondeadas; además, es conveniente cambiarlo cuando pierde su forma.

Asimismo, los niños tienen dificultades para realizar un correcto enjuague y tienden a tragar parte del dentífrico.

### **Recomendaciones:**

- ❖ Se debe recomendar el cepillado dental utilizando pasta dental con fluor, al menos 2 veces al día, a lo que se debe sumar el uso habitual de seda dental.

En base a demostraciones y devoluciones de las técnicas:

- ❖ Indicar técnicas de cepillado, Técnica de Bass: La cabeza del cepillo es posicionada oblicuamente en dirección a los ápices de las piezas dentarias (45°), con el objetivo de que las celdas se introduzcan dentro del surco gingival. Luego se deben realizar movimientos cortos hacia anterior y posterior, terminando con un movimiento rotatorio amplio de la cabeza del cepillo hacia oclusal. Aproximadamente, se realiza el movimiento, durante 10 segundos en cada grupo de 2 o 3 dientes.
- ❖ Limpieza interproximal.
- ❖ Uso de la seda dental: El uso de la seda dental es un método efectivo para eliminar la placa dental de estas superficies. El uso correcto de la seda dental requiere tiempo y práctica, se recomienda su uso al menos una vez al día:
  - Empiece con un trozo de seda dental de unos 45 cm, de longitud. Enrolle la mayor parte del hilo en el dedo medio de una mano, y el resto en el mismo dedo de la otra mano.
  - Para limpiar los dientes superiores, sujete el hilo entre el pulgar de una mano y el índice de la otra, dejando poco más de 1cm, de seda entre ambos. Inserte la seda entre los dientes utilizando un movimiento de sierra. No fuerce el hilo, y llévelo hasta la unión encía-diente. Cúrvelo en forma de "C" contra un diente deslizándolo dentro del espacio entre encía y diente hasta notar resistencia.
- ❖ Cepillos Interdentarios: Se utilizan en la higienización de los espacios interproximales

- El cepillo debe introducirse cuidadosamente, con el extremo dirigido levemente hacia oclusal; se debe activar con movimientos vestibulo-palatino, ode entrada y salida.

### **Conclusión:**

Se elaborarán conclusiones con ayuda del grupo.

### **Evaluación.**

1. Se han propuesto actividades, recursos y estrategias de intervención adecuadas.
2. Se ha valorado la necesidad de generar un clima familiar, de seguridad afectiva y confianza.

## **ANEXO VIII:**

### **Actividad Nº 2.**

**Tema:** Alimentos que enferman mi boca y como controlarlos.

**Contenido:** Dieta cariogénica y su control.

### **Objetivo:**

- ❖ Explicar la importancia de los componentes nutricionales y los oligoelementos en la dieta.

### **Técnica:**

Dinámica de grupo: discusión de un tema por un grupo no mayor de 15 alumnos, bajo la conducción del autor como moderador.

### **Objetivo de la técnica:**

- ❖ Delimitar el tema, fomentar el planteamiento de problemas o preguntas.
- ❖ Contribuir a la modificación de conductas negativas.

### **Técnica:**

Lluvia de ideas

**Objetivo de la técnica:**

- ❖ lograr la empatía entre los participantes en la actividad.
- ❖ Ampliar las recomendaciones prácticas señaladas.

**Tiempo:**

- ❖ 45 minutos

**Materiales:**

- ❖ Bibliografía orientada
- ❖ Alimentos, frutas y vegetales.

**Desarrollo:**

Se agrupará un conjunto de alumnos organizados por el investigador, a quienes se les solicitará que emitan libre y espontáneamente sus puntos de vista y opiniones sobre el asunto a tratar y que serán posteriormente analizados con detenimiento.

Se les pedirá que respondan a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los alimentos que acostumbran a ingerir en sus casas?

Luego de sus respuestas se prepara la actividad y se pasa al desarrollo dando a conocer los conceptos del tema.

**Explicación necesaria:**

Una buena nutrición ayuda:

- ❖ A prevenir las enfermedades agudas y crónicas.
- ❖ A prevenir las enfermedades bucodentales.
- ❖ A desarrollar las posibilidades físicas y mentales.

Los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años de vida repercuten considerablemente sobre los años posteriores. Las dificultades alimentarias que se presentan a estas edades suelen ser el resultado de una insistencia excesiva de los padres para que el niño coma y la consiguiente ansiedad cuando el niño no se adapta a algún problema solitario.

Sugerir el menú de un día para un adolescente incorporado los principios de una dieta equilibrada y variada.

Teniendo en cuenta estas premisas, se recomienda organizar la actividad educativa con la presencia de alimentos representativos de cada nutriente, explicando los valores nutrimentales y las formas de procesar los mismos. Para ello el medico puede apoyarse de los padres y los docentes de la escuela, que se encargaran de acudir a la discusión con los alimentos, estimulando la participación activa y la comprensión por parte de este personal en confeccionar dietas más saludables y completas.

Se puede emplear una lluvia de ideas y así observamos el nivel de conocimientos que tienen los niños y adolescentes con relación a los requerimientos hídricos, calóricos y vitamínicos que necesitan en estas etapas de la vida, poniendo ejemplos de algunos alimentos. Se realizarán demostraciones con alimentos y reflexiones sobre los nutrientes.

### **Secuencia de la actividad:**

Durante la actividad se les explicara a los alumnos la composición de una dieta saludable, especificando sus características y beneficios para la salud, los conceptos básicos relacionados con la alimentación y la nutrición.

Se les enseñara a clasificar los alimentos desde el punto de vista dietético y nutricional, las funciones vasculas de los nutrientes y sus fuentes alimentarias, las características de una dieta saludable, especificando las recomendaciones en energía y nutrientes, la importancia de la fibra dietética, otros componentes, etc.,

así como los tipos de alimentos que debe incluir y los riesgos que para la salud presenta una incorrecta manipulación de los alimentos.

### **Recomendaciones:**

- ❖ Se debe educar los alumnos para que limiten con contenido azucarado a los horarios habituales de comida.
- ❖ Se debe recomendar beber agua o leche descremada y evitar las bebidas carbonatadas durante las comidas.
- ❖ Moderar patrones de consumo de alimentos azucarados, promover el consumo de agua potable pura. Si el niño o adolescente está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de este.

### **Evaluación:**

1. Se ha logrado un ambiente de trabajo relajado y cooperativo.
2. Se han identificado los aspectos que hay que modificar en la intervención.

Sea demostrado una actitud positiva hacia el cambio y a aprender de todo lo que sucede.

### **ANEXO XIX:**

#### **Actividad N° 3.**

**Tema:** ¿Por qué se enferma mi boca?

**Contenido:** Los dientes, su importancia. Placa dentobacteriana y su significado

**Objetivo:** Enseñar cómo realizar correctamente la Higiene Bucal.

**Técnica:** Charla

**Objetivo de la técnica:** Explicar el tema a desarrollar y el contenido del mismo.

**Técnica:** Lluvia de ideas:

- ❖ Lograr la empatía entre los participantes.

**Tiempo:**

- ❖ 45 minutos.

**Materiales:**

- ❖ Bibliografía orientada

**Desarrollo:**

Se comenzará preguntando:

¿Por qué es que se enferman sus dientes y encías?

Una vez analizados los criterios se dará paso a la actividad donde se les explicará a los participantes que:

La higiene tiene una gran importancia, ya que está muy relacionada con la salud y el bienestar.

El aprendizaje y la adquisición del hábito de la higiene bucal tienen lugar en muchos casos en la escuela, debido a dos razones. A menudo en el hogar no se considera necesaria esta intervención pues se considera que el niño no tiene destreza suficiente, etc. La razón, es que muchos se quedan a comer en la escuela y se debe aprovechar este momento para introducir este comportamiento.

Existen factores de riesgo que pueden provocar las enfermedades de los dientes y las encías como lo es la permanencia de alimentos naturales o artificiales

durante el ciclo de sueño nocturno; además de la disminución sustancial del flujo salival durante el sueño.

La acumulación de placa dentobacteriana trae como consecuencia en un porcentaje elevado de los casos, según lo demuestran las estadísticas mundiales la aparición de las principales enfermedades bucales: la caries dental y las enfermedades de las encías. La caries dental actúa irritante microbiana, considerándose actualmente como la mayor responsable de la inflamación pulpar, produciendo daños irreversibles; sin embargo, pueden prevenirse mediante procedimientos fáciles de realizar, como con el uso del cepillo y el hilo dental, así como otros coadyuvantes de la higiene bucal.

Sin embargo, los procedimientos habituales de higiene bucal practicados por la mayoría de ellos no logran el propósito de controlar la placa dentobacteriana. La gente se cepilla por varias razones, pero en pocas ocasiones con el propósito específico de prevenir la enfermedad.

Los hábitos bucales tales como la succión de dedo y chupete, onicofagia (comerse las uñas) y otros, son acciones repetitivas que se ejercen en la cavidad bucal que pueden o no producir efectos negativos en ella.

Se empleará una lluvia de ideas y así se observa el nivel de conocimiento que tienen los alumnos, poniendo ejemplos de conocimientos sobre vivencias relacionadas con el tema de estudio.

### **Sugerencias:**

Para culminar se solicita a los participantes que desarrollen un tema expositivo verbal sobre lo tratado en la actividad.

### **Criterios de evaluación:**

1. Se han descrito los principios y objetivos de la actividad.
2. Se tenido en cuenta el momento evolutivo de los alumnos en el diseño de la actividad.

Se ha establecido una eficaz comunicación para asignar tareas, recibir instrucciones e intercambiar ideas o información.