

INTRODUCCIÓN

Las acciones de promoción de salud y la prevención de enfermedades no son recientes, a través del movimiento de la salud mundial aparecen numerosos autores que de una manera u otra mencionan la realización de acciones para preservar y mantener la salud; en los últimos veinte años ha ocurrido toda una revolución en la revitalización de los aspectos conceptuales que ha generado nuevas discusiones sobre el alcance de estos términos, consiste en facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y mejorar la información general y los conocimientos para lograr cambios en nuestras actitudes y estilos de vida (1-4).

No solo es considerada el pilar principal donde se sustenta la salud, sin lo cual todo programa asistencial terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos materiales y las necesidades. La explicación de todo problema de salud, su prevalencia e incidencia, sus daños biológicos, sus agravantes socioeconómicas y sobre todo la explicación de los medios para controlarlos y aún prevenirlos, debe ser la motivación primordial de todo ensayo de Educación Sanitaria (5-8).

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el auto cuidado, definiéndose 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 la enfermedad, la práctica del auto cuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente, mediante esto, se logrará una participación más activa y una optimización de los recursos destinados a ellos (9-12).

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer 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, la salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (13).

La Salud bucal es considerada por muchos autores como una joya preciosa, un indicador inseparable de la salud en general, por cuanto las enfermedades bucales pueden ser manifestaciones o factores agravantes de múltiples trastornos generalizados; por consiguiente toda medida para mejorar y conservar la salud bucal debe resultar importante para la salud en general. En muchos países se han desarrollado Programas de Atención Estomatológica Integral los cuales tienen como finalidad agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos dirigidos a mantener al hombre sano, este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la planificación, organización y control de las acciones de salud bucal y tiene por objetivo incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los factores con el fin de alcanzar mayor eficiencia y grado de satisfacción en correspondencia con las necesidades de salud de la población (14-18).

Definiéndolo como “El conjunto de acciones que realiza el estomatólogo general en la práctica de la atención primaria, como parte del equipo de salud y de conjunto con la comunidad para lograr mantener al hombre sano, actuando sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, su objetivo es desarrollar un estomatólogo con un perfil profesional amplio en la Atención Primaria, sustentado fundamentalmente en la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, satisfaciendo no solo la demanda de los mismos, sino todas sus necesidades y con el propósito de mantener al hombre libre de enfermedades (19-22).

Para ello se hace necesario que los Estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la Salud Bucal Dental, existen evidencias de que el incremento de servicios estomatológicos especializados, de carácter predominantemente curativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta prevalencia de las enfermedades estomatológicas generando necesidades ilimitadas de atención,

por otro lado, las medidas educativas y preventivas, generalmente se aplican en el contexto de la atención curativa empleando métodos tradicionales ya obsoletos (20,23-26).

Actualmente existen algunas enfermedades bucales como las caries dentales y periodontopatías, que en muchos países están en franca regresión, y ello está vinculado a la aplicación de los principios de promoción y prevención en estomatología. Estos principios sin embargo, aún no son universalmente aplicados y no existe una clara correspondencia entre los conocimientos adquiridos en el campo de la prevención y su utilización, tanto por la población como por los profesionales del equipo de salud bucal. En la época actual se han identificado numerosos factores de riesgo que inciden directamente en la aparición de las enfermedades buco dentales, dentro de ellas la deficiente higiene constituye un aspecto frecuente, la cual se traduce en una mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo de las enfermedades bucales, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos (22, 25-29).

Pero debe reconocerse que la etiología de estas enfermedades es multifactorial, ya que existen otros factores que contribuyen a su aparición, dentro de ellos cada día cobra mayor importancia los hábitos nutricionales, por lo que se debe conocer la dieta del paciente y de la población en la cual se trabaja, para poder dar los consejos necesarios para su modificación positiva, pudiendo reducir este riesgo y así prevenir tempranamente las enfermedades y tratarlas eficazmente, debiendo hacer énfasis en los siguientes aspectos (29):

- Promover desde edades tempranas, e inclusive desde el embarazo, una nutrición adecuada para la formación de los dientes.
- Disminuir la ingestión de azúcar y carbohidratos en las comidas y entre ellas.
- Promover la ingestión de alimentos con leche, fosfatos y flúor en las comidas.
- Ingerir los alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.
- Es importante tener en cuenta la composición de los alimentos, frecuencia como son ingeridos y la forma en que están elaborados.

- No comer dulces y golosinas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera ellas, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua (25, 27,30).

La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel de individuo, familia y colectivo en la comunidad debe orientarse a la práctica de hábitos higiénicos alimentarios, a la eliminación de hábitos funcionales y profesionales, a la conservación de la dentición temporal y permanente sanas, orientación sobre el uso del fluoruro sistémico y tópico, orientación sobre el uso de medidas de protección específico, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, control de los riesgos de rehabilitación y vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal, esto solo se logra con un trabajo sistemático y mantenido en cada comunidad, lo cual amplía la calidad de la atención estomatológica y por ende la salud de los pacientes que se benefician con ella, ya que no solo previene la aparición de las enfermedades sino que eleva los conocimientos de los pacientes, ayudando a que logren estilos de vida cada vez más sanos (31).

Se determinó realizar el presente trabajo en la República Bolivariana de Venezuela, identificándose previamente, dentro de los pacientes con dificultades con la higiene buco-dental, sobre todo dentro de los niños y adolescentes, es por esto que nos sentimos motivados a realizar acciones de salud, en este caso desde el punto de vista educativo con el objetivo de prevenir las mismas, al elevar el nivel de conocimientos sobre la higiene bucodental en esta edad y sus consecuencias y disminuir de esta forma este problema de salud.

Problema: Se desconoce la efectividad de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal en adolescentes en el CMP Sierra Maestra del municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela.

Objetivo general:

Implementar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal en adolescentes en el CMP Sierra Maestra del municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población de estudio. Según variables edad y sexo.
2. Identificar las Fuente de obtención de los conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales.
3. Evaluar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre los factores higiénico-nutricionales antes y después de la intervención educativa.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de un programa de intervención, pudiera elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes, sobre los factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal, en el CMP Sierra Maestra del municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización

La atención estomatológica integral a la población presenta un amplio espectro en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Es su propósito inculcar en la población la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general, así como la formación de estilos de vida adecuados desde las edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, el papel del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse este trabajo (31).

La higiene bucodental es uno de los objetivos prioritarios de la OMS, ya que la boca constituye una vía de entrada al organismo. En este caso, la misión del farmacéutico, desde la oficina de farmacia, es triple: formar e informar sobre la importancia de la higiene bucal, fomentar la prevención y asesorar sobre el empleo de los productos más adecuados para cada caso. Además, una boca sana, limpia y cuidada es reflejo de alguien que no sólo disfruta de buena salud, sino que también indica a los demás que se trata de una persona sana, limpia y preocupada por su salud y su estética (31).

La boca es la puerta del aparato digestivo, la lengua, los dientes y las glándulas salivales reciben a los alimentos y comienzan a fragmentar y preparar para la digestión. Los dientes y la lengua también son responsables de dar forma a la cara y ayudan a las personas a hablar con claridad. Aunque el material más duro del cuerpo humano es el que recubre externamente los dientes, este material es susceptible de ser erosionado por las sustancias ácidas que se crean cuando las bacterias de nuestra boca consumen los azúcares de los alimentos, dando lugar a las caries. Esto puede evitarse si llevamos a cabo una buena higiene buco-dental (31).

Una buena salud bucal no significa simplemente tener dientes lindos. Es necesario cuidar toda la boca para tener una buena salud. La palabra “bucal” se refiere a la boca, que incluye los dientes, las encías, la mandíbula y los tejidos de sostén. Cuidar bien la salud bucal puede prevenir enfermedades en la boca. La salud bucal también puede afectar la salud del cuerpo. Es fácil

olvidarse de la salud bucal. Pero una buena salud bucal es esencial para la salud general (31).

La salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente (31,32).

La salud de la boca puede ser un indicador de la salud del cuerpo. Los problemas bucales no son solamente caries, dolores de muela y dientes torcidos o manchados. Numerosas enfermedades, como la diabetes, el VIH, el cáncer y algunos trastornos alimenticios, pueden provocar problemas de salud bucal. Por ejemplo, los diabéticos pueden desarrollar problemas en dientes y encías si el nivel de azúcar en sangre se mantiene alto. Los exámenes dentales regulares la ayudarán a mantener una buena salud bucal y a evitar problemas de salud relacionados (31).

2. El diente y la cavidad oral

El diente es un órgano duro, blanco y liso que sirve básicamente para masticar los alimentos. Está constituido macroscópicamente por tres partes: la corona, o porción situada por encima de la encía, la raíz, o porción situada por debajo de la encía y el cuello, zona de separación entre la corona y la raíz. El esmalte, la dentina y la pulpa son los tejidos dentarios y la encía es el tejido peridentario blando que se adhiere al cuello de los dientes, toma su forma y texturas definitivas con la erupción de los dientes (32).

Esmalte: El esmalte es el tejido más duro y calcificado del organismo, lo que justifica su acción protectora. Constituye la superficie exterior de la corona y su grosor aumenta a partir del cuello. El esmalte completamente formado está libre de sensaciones dolorosas, ya que carece de vasos y nervios (32).

Dentina: La dentina constituye el tejido más voluminoso del diente, se encuentra debajo del esmalte y está dispuesta en el diente, desde la corona hasta la raíz. A diferencia del esmalte, la dentina da una respuesta dolorosa ante estímulos físicos y químicos, especialmente si la capa protectora del esmalte se altera (32,33).

Pulpa: Por último la pulpa, zona más interna del diente, está formada por un tejido blando conjuntivo, irrigado por vasos sanguíneos e innervado por fibras

nerviosas, que al ser extremadamente sensibles pueden originar dolor dental (32,33).

Saliva: La saliva, secretada por diferentes glándulas salivales, es un líquido alcalino, claro y viscoso. Entre sus funciones principales destacan: humedecer y lubricar los alimentos; arrastrar restos celulares y desechos alimentarios, lo que contribuye a una limpieza de los dientes; posee una amplia acción bacteriana; amortigua la acción de los ácidos producidos por los microorganismos de la placa dental y, finalmente, contribuye a la remineralización de la superficie del esmalte por su alto contenido en iones de calcio, flúor y fosfato (32,33).

Diferentes depósitos bucodentales: Los diferentes depósitos dentales que pueden incidir de un modo u otro en la salud bucodental son la película adherida, la placa dental o bacteriana y finalmente, el sarro, tártaro o cálculo dental (32,33).

La película adherida se forma sobre las superficies dentales, es acelular y está libre de bacterias. Su presencia sirve de substrato para generar la aparición de la placa bacteriana. Es una película incolora, adherente y no mineralizada. En principio, no se encuentra irreversiblemente adherida a los dientes, sino que puede eliminarse mecánicamente con la acción del cepillado o la seda dental, pero no se puede eliminar solamente con el enjuague con agua. Está considerada como el principal factor etiológico en el desarrollo de la caries (enfermedad infecciosa crónica que provoca una destrucción progresiva e irreversible del diente) y las enfermedades periodontales (periodontitis o piorrea y gingivitis). La materia alba es una capa blanca que se percibe a simple vista y se adhiere sobre la superficie de placas y dientes. La distinción entre materia blanca y placa dental está determinada por la intensidad de adhesión del depósito. Si sobre esta capa aplicamos un chorro fuerte de agua y se elimina, se trata de materia alba, si por el contrario lo aguanta, es placa bacteriana. Por último, el sarro se forma dentro de la placa bacteriana por acumulación de sales inorgánicas, mayoritariamente de calcio y fósforo. Únicamente se puede eliminar por la limpieza de un profesional dentista (32,33).

3. Enfermedades relacionadas a una mala higiene buco-dental

3.1. Caries dental

La caries dental es uno de los padecimientos más frecuentes en los seres humanos. Es una enfermedad infecciosa, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros de los dientes por los metabolitos producidos por los microorganismos existentes en la Placa Bacteriana adherida a la superficie del diente. Son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial, azúcares (14).

Se reconoce que la frecuencia actual de la caries es más alta en las personas que viven en países industrializados que en las que habitan países subdesarrollados. La caries dental se relaciona, de manera evidente con la “civilización” y no con la evolución. El índice de caries en una población se relaciona con la conversión de la dieta de alimentos crudos y sin refinar a los que se procesan, endulzan, que son blandos y adherentes (14-16).

No todas las dentaduras ni todos los dientes en una misma dentadura, ni aun todas las superficies de un diente tienen la misma predisposición a desarrollar caries. En general los dientes superiores experimentan más caries que los inferiores. Los primeros premolares permanentes, maxilares y mandibulares con los más susceptibles. Los incisivos inferiores son los más resistentes. La superficie oclusal de los dientes es más susceptible: el número de caries en estas superficies es casi igual a la suma de todas las demás superficies (14).

3.2. Causas de la carie dental

Actualmente se aceptan como esenciales, para la ocurrencia de la caries dental, la actuación conjunta a través del tiempo, de tres factores (16-19):

- 1) Flora bacteriana.
- 2) Huésped (diente susceptible).
- 3) Adecuado substrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo.

Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar acelerando o frecuentando el ataque cariogénico:

- a) Composición de la saliva.
- b) Flujo salival.
- c) Higiene buco – dentaria.
- d) Dieta.

3.3. Enfermedades de las encías

Las enfermedades de las encías son infecciones provocadas por bacterias que, junto con moco y otras partículas, forman una placa pegajosa sobre los dientes. La placa que queda sobre los dientes se endurece y forma el sarro. La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías. Deja las encías enrojecidas e inflamadas. También puede hacer que las encías sangren fácilmente. La gingivitis se puede producir por la acumulación de placa. Y cuanto más permanecen la placa y el sarro sobre los dientes, más daño hace. La mayoría de los casos de gingivitis pueden tratarse con cepillado e hilo dental diarios y con limpiezas regulares en el consultorio del dentista (19).

Esta forma de enfermedad de las encías no produce pérdida ósea ni de los tejidos que rodean los dientes. Pero si no se la trata, puede avanzar hasta una periodontitis. Entonces las encías se retraen y forman “bolsillos” que se infectan. Es posible que también se pierda el hueso de sostén. Si tiene periodontitis, consulte a su dentista para recibir tratamiento. De lo contrario, es posible que con el paso del tiempo se le aflojen los dientes y haya que sacarlos (19).

El riesgo de enfermedad de las encías es mayor si usted:

- Fuma.
- Tiene una enfermedad como diabetes o VIH/SIDA.

Detección y remoción de la placa dentobacteriana: La placa dentobacteriana es un sedimento blando, bacteriano, adherente, que se acumula en los dientes. El otro sedimento es el duro, o sea el sarro. Cabe destacar que el sarro se forma con la placa dentobacteriana (14,19,20).

Esta placa es invisible, y se forma con la aparición de una capa de bacterias en el diente y encías cuando no tenemos una buena higiene bucal, se desarrolla

gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios; progresa más rápido con los alimentos blandos y los ricos en azúcares (19,20).

Por eso es aconsejable evitar los azúcares entre comidas. La placa dentobacteriana es la causa principal de la caries y las enfermedades de las encías (20).

El cepillado de los dientes y encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. Los cepillos dentales deben ser de tamaño, forma y textura adecuada, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable. El sedimento blando se mineraliza y forma sarro y una vez formado no puede ser eliminado con el cepillo dental, pues es muy duro y está fuertemente unido al diente. Como se deposita cada vez más, será necesario que su dentista lo retire al cabo de unos meses (20).

El sarro es el que provoca y mantiene la inflamación gingival (encías), responsable en una gran parte del desarrollo de la gingivitis y la periodontitis (20).

3.4. Otras enfermedades asociadas a la salud bucal

Síndrome de boca ardiente: Las personas que tienen esta enfermedad describen una sensación de ardor en la boca o la lengua. Es más habitual en mujeres posmenopáusicas. Se desconoce su causa, pero podría estar ligada a (21-23):

- Hormonas.
- Sequedad bucal.
- Problemas gustativos.
- Deficiencias nutricionales.
- Uso de inhibidores de la ACE (medicamentos para la presión arterial).

El tratamiento depende de la causa (si se la puede determinar) y puede incluir terapia hormonal para la menopausia, suplementos vitamínicos, analgésicos u otros medicamentos (22).

Herpes labial: Estas llagas pequeñas y dolorosas son causadas por el virus del herpes simple tipo 1. Una vez que se expone al virus, este puede ocultarse en el cuerpo durante años. Las cosas que estimulan al virus y desencadenan las llagas incluyen (21-23):

- Tomar demasiado sol.
- Tener un resfrío o una infección.
- Tener el período menstrual.
- Sentirse estresado.

El herpes labial puede contagiarse de persona a persona. Suele formarse en los labios y a veces debajo de la nariz o en el mentón. El herpes labial se cura en unos 7 a 10 días sin dejar cicatrices. Se pueden comprar fármacos de venta libre para colocar sobre las llagas y ayudar a aliviar el dolor. Si tiene herpes labial con frecuencia, consulte a su médico o dentista para que le receten un fármaco antiviral. Estos fármacos ayudan a reducir el tiempo de curación y la cantidad de llagas nuevas (21-23).

Aftas: Estas llagas son úlceras pequeñas que se encuentran dentro de la boca. Tienen una base blanca o gris y un borde rojo. Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir de aftas recurrentes. Se desconoce la causa de las aftas.

Los factores de riesgo incluyen (23):

- Fatiga.
- Estrés.
- Período menstrual.
- Un corte en el lado interno de la mejilla o en la lengua.
- Alergias.
- Enfermedad celíaca.
- Enfermedad de Crohn.

Las aftas suelen curarse por sí solas en un plazo de 1 a 3 semanas. Consulte a su dentista si tiene un afta de tamaño grande (más de media pulgada). Es posible que necesite medicamentos para tratarla (23).

Para aliviar el dolor (21-23):

- Evite las comidas calientes o picantes.
- Use enjuagues bucales suaves o agua con sal.
- Pruebe con recubrimientos o analgésicos de venta libre.

No existe una manera comprobada de prevenir las aftas. Si tiene aftas con frecuencia, consulte a su dentista.

Muguet o candidiasis oral: Estas infecciones fúngicas aparecen como lesiones rojas o blancas, planas o levemente elevadas, en la boca o la garganta. Su causa puede ser un sobrecrecimiento del hongo *Cándida*. Este hongo habita naturalmente en la boca (23).

El riesgo de sufrir candidiasis aumenta si:

- El sistema inmunológico está débil.
- No se produce suficiente saliva.
- Se toman antibióticos.

El tratamiento incluye enjuagues bucales o pastillas con antifúngicos. Si la infección se disemina o su sistema inmunológico está débil, es posible que necesite medicación antifúngica (23).

La candidiasis es habitual en personas que:

- Usan dentadura postiza.
- Son muy jóvenes o ancianas.
- Tienen sequedad bucal.

Si utiliza dentadura postiza, límpiela y sáquesela al ir a dormir. Pregunte a su dentista qué medicamentos pueden ser útiles si tiene candidiasis.

Sequedad bucal o xerostomía: Este problema sucede cuando no hay suficiente saliva en la boca. Algunas razones por las que la gente tiene sequedad bucal incluyen (23):

- Efecto secundario de medicamentos o tratamiento médico
- Problemas de salud, como trastornos de la saliva o las glándulas salivales y artritis reumatoide
- Obstrucción de una glándula salival

La sequedad bucal hace que sea difícil comer, tragar, saborear y hablar. Si no se la trata, puede provocar caries. Esto es porque la saliva ayuda a eliminar pedacitos de comida de la boca y ayuda a que el ácido deje de formar placa sobre los dientes. El tratamiento de la sequedad bucal depende de la causa y va desde medicamentos hasta cambios en la dieta. Para disminuir la sequedad, use saliva artificial, chupe caramelos sin azúcar y use un humidificador (23).

Mal aliento o halitosis: El mal aliento puede ser causado por varias cosas, entre ellas:

- Mala higiene bucal.
- Algunos alimentos.
- Dentaduras postizas.
- Enfermedad de las encías.
- Sequedad bucal.
- Tabaquismo.
- Problemas respiratorios, digestivos u otros problemas de salud.
- Algunos medicamentos.

Tener una buena higiene bucal y evitar el tabaco y algunos alimentos suele servirles a las personas con mal aliento. Pero si hacer eso no parece eficaz o si siempre necesita enjuague bucal para ocultar el mal aliento, consulte a su dentista (23).

Cáncer de boca: Este tipo de cáncer puede afectar cualquier parte de la boca. Si fuma o mastica tabaco, su riesgo es más alto. Consumir alcohol y fumar aumentan el riesgo todavía más. No obstante, más del 25% de los casos de cáncer de boca afectan a no fumadores (21-23).

En la mayoría de los casos, el cáncer de boca aparece después de los 40 años. No siempre es doloroso. Por lo tanto, puede pasar inadvertido hasta las etapas tardías. Pídale a su médico que controle los signos de cáncer de boca durante su chequeo regular. El cáncer de boca suele aparecer como un puntito blanco o rojo en cualquier lugar de la boca (21-23).

Otros signos incluyen:

- Una llaga que sangra fácilmente o que no se cura.
- Un cambio de coloración en la boca.
- Un bulto, una zona rugosa u otro cambio.
- Dolor, sensibilidad o entumecimiento en cualquier lugar de la boca o los labios.
- Dificultades para masticar, tragar, hablar o mover la mandíbula o la lengua.
- Un cambio en la disposición de los dientes.

Problemas bucales por tratamientos contra el cáncer. Los tratamientos como la quimioterapia o la radiación en la cabeza o el cuello pueden provocar sequedad bucal, caries dentales, llagas dolorosas en la boca y labios agrietados o descamados. Sométase a un examen dental completo antes de comenzar un tratamiento contra el cáncer (23,34-36).

4. Métodos de prevención

- Suprimir las costumbres alimenticias nocivas, una alimentación dulce favorece la caries dental y primero a la placa dentaria.
- Hay que evitar las sustancias azucaradas y pegajosas, sobre todo entre comidas y más aún por la noche antes de acostarse.
- Otro método es usar un colorante rojo o tableta reveladora, se mantiene en la boca un minuto moviéndola de un lado para otro se escupe y se ve con un espejo las zonas en que exista la placa: están coloreadas de rojo y se sitúan principalmente en el borde lingual gingival y los espacios interdentes. Si la higiene dental es demasiado mala, el diente quizá esté recubierto totalmente por la placa, por tanto, las coloraciones rojas serán más importantes (37,38).

El uso de la tableta reveladora contribuye a (39):

- Localizar zonas en que se sitúa la placa dentaria y en donde debemos esforzarnos durante el cepillado.
- Adquirir una perfecta técnica.
- Controlar la eficiencia del cepillado.
- En los niños, adquirir buenas costumbres, pues es más fácil pedirles que eliminen la coloración roja de la placa con un cepillo.
- Recordar que el revelador de la placa sirve para visualizar las zonas en que ésta se halla presente, permitiendo controlar la eficacia del cepillado.
- El cepillado de los dientes y las encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. Los componentes presentes en las pastas dentales permiten mantener los dientes libres de residuos alimenticios.
- Los cepillos dentales deber ser de tamaño, forma y textura adecuados, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable.
- De preferencia con un cabezal que no sea demasiado voluminoso. Debe limpiar de manera eficaz; por tanto, utilice un cepillo de mucho pelo y de duración media. Evite las cerdas duras que pueden provocar abrasiones o traumatismos en el borde gingival y también las cerdas muy blandas que pueden ser insuficientes ante un sedimento importante de placa. Utilice cerdas de nylon mejor que las naturales (39,40).

Es de vital importancia cepillar a profundidad hasta los rincones más escondidos dentro de la boca, para mantener la placa bajo control. Procure cambiar su cepillo dental por lo menos cada 3 meses, recuerde que un cepillo desgastado no limpiará bien sus dientes. Debe cepillar las 5 caras de cada corona dentaria, así como la totalidad del borde gingival. Una vez formado el sarro o cálculo dentario no se puede eliminar con el cepillado y necesita de una profilaxis para su remoción. Finalmente, no debe olvidarse que el mejor recurso existente para una profilaxis o limpieza oral adecuada, proviene de la visita periódica a su profesionalista dental (41).

Se pueden emplear varias técnicas para cepillar los dientes. Y su eficacia depende sobre todo de la habilidad del paciente. Aunque hay diferentes técnicas, tienen en común lo siguiente (41):

1) Cepillado de las superficies oclusales: Cualquier técnica requiere que se limpien las superficies de masticación, lo mismo que las superficies labial y lingual. Esto se puede lograr colocando las puntas de las cerdas sobre las superficies oclusales y frotándolas con movimientos horizontales forzados. La acción impulsa a las puntas de las cerdas por las áreas de surcos y fisuras (41,42).

2) Sobreposición de movimientos de las cerdas: Es conveniente cepillar una región que tenga cada vez la longitud aproximada de la cabeza del cepillo hacia el área siguiente a dos tercios de la longitud de la cabeza del cepillo. Esto produce sobre posición del efecto de limpieza. La sobre posición ayuda a impedir que se salten áreas (43).

3) Número de movimientos del cepillo: La mayoría de las técnicas requieren seis a ocho movimientos en cada área antes de pasar a la siguiente

4) Enjuague: siempre se deben efectuar enjuagues con agua tibia después de cepillarse los dientes.

5) Hora del día para efectuar la higiene bucal: Se sugiere una limpieza matutina a fondo antes de iniciar las actividades diarias, después de la comida en la tarde y antes de dormir.

Cepillado Lingual: Los cepillados de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos, la placa y la cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente proclives a la acumulación de bacterias y detritos. La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia delante en un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona. El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. Para mejorar la acción de limpieza se debe utilizar dentífrico durante el cepillado (42,43).

La mayoría de los odontólogos coinciden en que debe usarse un cepillo de cerdas blandas de nylon para lograr la eliminación de la placa dental sin lesionar los tejidos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi experimental antes-después con el objetivo de implementar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal en adolescentes entre 14-19 años en el CMP Sierra Maestra del municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela; en el periodo comprendido entre octubre 2014 a diciembre 2015.

Universo y muestra

Del Universo de adolescentes, la muestra estuvo constituido por 40, en edades comprendidas entre 14 y 19 años en el periodo de estudio antes referido y que pertenezcan al CMP Sierra Maestra del municipio Sotillo, estado Anzoátegui seleccionado por muestreo intencional. Método de muestreo no probabilístico propio para este tipo de estudio donde los individuos de la población son seleccionados por el investigador intencionadamente de acuerdo a la factibilidad y accesibilidad procurando, en la medida de lo posible, que la muestra sea representativa de la población además que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Adolescentes que presentaban enfermedades psíquicas y motoras.
2. Residentes temporales en el área de salud.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de profesionales del servicio de Estomatología General Integral del CDI Fabricio Ojeda del municipio Sotillo,

Anzoátegui.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, después se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para explorar el nivel de conocimientos relacionados con los factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapas diagnóstica: los conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención propiamente dicha: la muestra se dividió en 2 grupos de ± 20 adolescentes. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo de adolescentes. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapas evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y se evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del CMP Sierra Maestra, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

- **Análítico-Sintético:** Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con los factores higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal y su prevención en edades tempranas. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones y darle solución al problema.
- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones higiénico-nutricionales que influyen en la salud bucal en la adolescencia en el área de salud referida anteriormente.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia de las enfermedades buco- dentales en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos que poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Las encuestas ad – hoc se corresponden con uno de los métodos más utilizados en la investigación de mercados debido, fundamentalmente, a que a través de las encuestas se puede recoger gran cantidad de datos tales como actitudes, intereses, opiniones, conocimiento, comportamiento (pasado, presente y pretendido), así como los datos de clasificación relativos a medidas de carácter demográfico y socio - económico. La captación de información a través de las encuestas se realiza con la colaboración expresa de los

individuos encuestados y utilizando un cuestionario estructurado como instrumento para la recogida de la información.

Por tanto, la encuesta es un procedimiento utilizado en la investigación de mercados para obtener información mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población o universo de forma que las conclusiones que se obtengan puedan generalizarse al conjunto de la población siguiendo los principios básicos de la inferencia estadística, ya que la encuesta se basa en el método inductivo, es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de los participantes.

Técnicas afectivo participativa (TAP): En nuestros días resulta indispensables que los estomatólogos se actualicen en los métodos y técnicas a emplear y sobre todo tener presente que la charla, la entrevista, las dramatizaciones, etc. que se han empleado de forma sistemática es necesario enriquecerlas con las TAP, en las que la población se involucra directamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Demostración: Es un procedimiento consistente en ejecutar, ante un individuo o grupo, aquello que estamos explicando, esta actividad tiene carácter dinámico, que implica la reproducción, por los que lo reciben, del mensaje de acción demostrado, es frecuentemente utilizada en la estomatología en la explicación de la técnica del cepillado con el modelo y el cepillo.

Animación: Objetivo principal es animar, crear un ambiente fraterno y participativo. Estas técnicas deben ser activas, tener elementos que permitan relajarse a los participantes, deben tener presente el humor.

El nivel de conocimiento se evaluó de:

Satisfactorio: cuando todas las variables estudiadas denotan una evaluación superior después de aplicada la intervención.

Insatisfactorio: Cuando en solo una de las variables estudiadas no se obtenga una evaluación superior posterior a la aplicación de la intervención.

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre factores higiénico-nutricionales.

Variable dependiente: Nivel de conocimiento.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Fuente de obtención de los conocimientos	Cualitativa nominal politómica	Médico u odontólogo. Radio o Televisión. Libros o revistas. Maestros. Padres. Otros medios.	Según la fuente de obtención de información por parte de los adolescentes.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio Insatisfactorio	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Procesamiento estadístico: Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 para Windows para su procesamiento, fue resumida en frecuencias absolutas y relativas, además de emplearse medidas de resúmenes para variables cuantitativas como la media de edad y la desviación estándar. Para verificar las diferencias entre el nivel de conocimiento sobre factores higiénico-nutricionales en dos momentos diferentes antes y después de la intervención se utilizó la prueba estadística de McNemar con una significación del 5% apropiado en diseños antes y después, cuando se tiene dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las dos categorías de una variable cualitativa dicotómica.

Aspectos éticos

La intervención se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los padres de los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La Salud bucal es considerada por muchos autores como una joya preciada, un indicador inseparable de la salud en general, por cuanto las enfermedades bucales pueden ser manifestaciones o factores agravantes de múltiples trastornos generalizados; por consiguiente toda medida para mejorar y conservar la salud bucal debe resultar importante para la salud en general.

Tabla 1. Pacientes según sexo y edad. Anzoátegui, Venezuela. 2015.

Sexo	N	Edad			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Masculino	24	16,7	1,8	14	19
Femenino	16	16	1,2	14	19
Total	40	16,4	1,6	14	19

La tabla 1, muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad de los pacientes así como sus valores extremos totales y por categorías.

Se pudo observar que predominó el sexo masculino sobre las féminas en el estudio, la media de edades general de la serie fue de 16,4 años con una desviación típica de los datos respecto a su media de 1,6 años como promedio y valores extremos que fueron desde los 14 a los 19 años (en ambos sexos se encontraron participantes desde los 14 a los 19 años como edades mínimas y máximas).

En los varones la media de edades resultó un poco mayor que la media general de la serie con 16,7 años, de igual manera se comportó su media con una desviación estándar de 1,8 años.

Las féminas presentaron una media de edades algo más distante a la media general que la media de los masculinos, pero en este caso inferior, con 16,0 años, y las diferentes observaciones de la variable resultaron menos dispersas que en la distribución general con una desviación típica de 1,6 años.

En un estudio similar realizado en Cienfuegos por Álvarez Mora y colaboradores (37), esta refiere que predominó el sexo femenino con 59,8 %. La mayor cantidad de niños se agrupó en la edad de 16 años, con 16,3 %.

Tabla 2. Pacientes según edad y fuente de obtención de los conocimientos.

Edad	Fuente de información						Total	
	Médico u odontólogo		Radio o televisión		Libro o revistas			
	n	%	n	%	n	%	n	%
14 años	6	16,2	0	0,0	0	0,0	6	15,0
15 años	5	13,5	1	50,0	0	0,0	6	15,0
16 años	10	27,0	0	0,0	0	0,0	10	25,0
17 años	4	10,8	1	50,0	1	100,0	6	15,0
18 años	7	18,9	0	0,0	0	0,0	7	17,5
19 años	5	13,5	0	0,0	0	0,0	5	12,5
Total	37	100,0	2	100,0	1	100,0	40	100,0

La tabla 2, muestra la distribución de participantes según edad y fuente de obtención de los conocimientos y valores porcentuales.

Se puede observar que la fuente de información en la población de estudio a través del médico u odontólogo fue la que más prevaleció, donde 37 de los participantes alegaron haber recibido información sensible mediante el especialista, donde las edades de 16 y 18 años se observó un mayor predominio con 10 y 7 participantes para un 25,0% y 17,5% respectivamente.

En las categorías de obtención de información de radio y televisión y libro o revistas solo alegaron instrucción mediante este medio solo 3 participantes. Sobre las fuentes de maestro, padre u otros medios no se obtuvo respuesta positiva por parte de los participantes del estudio sobre conocimientos de la higiene buco-dental.

Tabla 3. Pacientes según nivel de conocimiento general sobre higiene buco-dental, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	11	27,5	39	97,5
Insatisfactorio	29	72,5	1	2,5

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 3 muestra el nivel de conocimientos satisfactorio e insatisfactorio sobre conocimientos generales de la higiene buco-dental de los participantes en el estudio, evaluado antes y después de realizar las actividades de intervención.

Se puede observar que antes de la intervención, 11 personas para un 27,5% del total, presentaban un nivel de conocimientos calificado como correcto y 29 (72,5%) fueron evaluados con conocimientos insuficientes sobre la materia en cuestión.

Al terminar las actividades educativas con el grupo, la cifra final de personas con nivel de conocimientos satisfactorio, se elevó a 39 (97,5%), mientras que solo 1 (2,5%) de ellos permanecían con deficiencias en el dominio de la materia.

El análisis realizado con la prueba de McNemar, indicó que la elevada modificación porcentual observada, resultó significativa en la evaluación final del estudio.

Tabla 4. Pacientes según nivel de conocimiento sobre técnica del cepillado, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	11	27,5	38	95,0
Insatisfactorio	29	72,5	2	5,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 3, muestra la distribución de pacientes según la evaluación de conocimientos sobre la técnica del cepillado, en respuestas antes y después de la intervención realizada.

Se pudo observar que antes de la actividad educativa, 11 adolescentes (27,5%) respondieron la pregunta de referencia de forma correcta, mientras que 29 (72,5%), indicaban las respuestas incorrectas en la encuesta.

Al concluir el programa capacitante, la cifra de personas con dominio de la temática evaluada se elevó a 38 participantes (95,0%), quedando solo 2 (5,0%) con nivel inadecuado de conocimientos según validación de la encuesta aplicada.

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

En un estudio realizado sobre modificación de hábitos higiénicos bucales en niños de Madrid por Caldés Ruisánchez (38), este comparando los resultados con la segunda encuesta, refiere que globalmente los niños confesaban haber aumentado la frecuencia de cepillado a raíz de la charla, pero aquellos niños que comentaron la charla con su familia demuestran un incremento más notable que el resto. En cuanto a la técnica de cepillado, un 81,7% afirmaba haberla modificado a raíz de la charla. Los dos resultados tienen significación estadística.

Tabla 5. Pacientes según nivel de conocimiento sobre métodos auxiliares para la higiene buco-dental, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	8	20,0	38	95,0
Insatisfactorio	32	80,0	3	7,5

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 5, muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos mostrado sobre métodos auxiliares para la higiene buco-dental.

Antes de iniciar las sesiones de capacitación sobre las diferentes temáticas de la investigación se comprobó que solo 8 (20,0%) de los participantes en el presente trabajo, poseían un correcto nivel de conocimientos sobre métodos auxiliares para la higiene buco-dental y 32 de ellos (80,0%), no dominaban a profundidad este tema.

En la evaluación final de los participantes, el grupo con nivel adecuado de conocimientos se elevó hasta 38 que representaron el 95,0% del total y solo 3 (7,5%), no demostró un nivel de competencia aceptable en este acápite.

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

En un estudio sobre higiene buco-dental realizado por Sáez Cuesta (39), esta refiere que el 55% de los niños no se cepillan los dientes correctamente, demostrando falta de conocimiento tanto en la técnica correcta de esta y en la frecuencia de la misma.

Tabla 6. Pacientes según nivel de conocimiento sobre frecuencia de asistencia a los servicios de estomatología, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	23	57,5	37	92,5
Insatisfactorio	17	42,5	3	7,5

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 6, muestra la distribución de pacientes antes y después de la intervención comunitaria realizada, con respecto al nivel de conocimientos mostrado sobre frecuencia de asistencia a los servicios de estomatología.

Se pudo observar que 23 (57,5%) pacientes pudieron identificar de forma correcta la correcta asistencia al especialista en odontología en la encuesta inicial realizada mientras otros 17 (42,5%), no eran capaces de demostrar conocimientos adecuados sobre el tema.

Al terminar las actividades con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos sobre el tema, 37 pacientes (92,5%), presentaron dominio sobre la temática cuestionada y solo 3 (7,5%), mantenían deficiencias en el dominio de dichos factores de riesgo.

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

Sáez Cuesta (39), pudo comprobar en su estudio que el 47% de los niños aparentemente no habían ido al dentista y aunque no presentaban ni empastes ni exodoncias, solo el 53% de estos referían haber visitado al odontólogo de forma regular.

Tabla 7. Pacientes según nivel de conocimiento sobre consumo de alimentos azucarados, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	29	72,5	39	97,5
Insatisfactorio	11	27,5	1	2,5

Prueba de McNemar $p= 0,002$

La tabla 7, muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos que fueron capaces de demostrar en una pregunta sobre consumo perjudicial de alimentos azucarados, evaluada antes y después de la intervención.

Se observó que, en la encuesta inicial, 29 de los adolescentes participantes en la investigación (72,5%), respondieron de forma correcta la pregunta sobre el tema mientras que 11 (27,5%) de ellos presentaban carencias de conocimientos.

Al terminar el programa capacitante y repetir la encuesta pasado un tiempo prudente, la cifra de participantes con respuestas correctas se elevó hasta 39 para un 97,5%, dejando a solo 1 (2,5%), sin elementos para identificar las consecuencias que influyen en el consumo de alimentos azucarados para la salud bucal.

Caldés Ruisánchez (38), refiere en su estudio que al concluir la intervención pido constatar una diferencia significativa antes y después de la charla donde los niños refieren abandonar los hábitos nocivos sobre la dieta cariogénica o tener el propósito de hacerlo (un 56% comentaban haberlos abandonado, y un 58,3% de los que no lo habían hecho se proponían intentarlo).

Tabla 8. Pacientes según nivel de conocimiento general, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	12	30,0	39	97,5
Insatisfactorio	28	70,0	1	2,5

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos general, evaluado antes y después de aplicar el programa capacitante según validación final de la encuesta.

Se puede observar que antes de la aplicación de la intervención comunitaria, 12 personas, para un 30,0% del grupo, presentaban un correcto nivel de conocimientos, mientras que 28 de ellas calificaban con conocimientos generales incorrectos en un resumen de los diferentes aspectos evaluados.

Al concluir el programa aplicado, se elevó a 39 (97,5%), el número de adolescentes que dominaban de forma correcta una serie de conocimientos fundamentales sobre la higiene buco-dental. Solo 1 (2,5%) de los participantes no terminó dicho programa con conocimientos generales suficientes sobre el tema.

El análisis estadístico con la prueba de McNemar, presentó un resultado de la p calculada inferior a 0,05, indicando que el cambio porcentual logrado en la modificación del conocimiento, resultó significativo.

La intervención educativa realizada mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que posean los adolescentes participantes en la investigación.

Álvarez Mora (37), refiere en su estudio que el nivel de conocimiento general adquirido sobre esta problemática en los adolescentes se elevó a la categoría de bien hasta el 92,5 %.

Limonta Vidal (40), en su estudio realizado sobre intervención educativa en salud bucal refiere que la mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (94,3%) tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes

de la labor educativa a los efectos; pero después de ella mejoró notablemente la situación, pues 87,9 % obtuvieron la categoría de adecuado.

Algunos autores indican que la salud bucal en niños y adolescentes es significativamente peor que la de la población general, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una higiene bucal más pobre, algo que se demuestra en el presente estudio donde antes de la intervención educativa el 70% de la población de estudio tenían un conocimiento insatisfactorio con respecto a la correcta higiene buco-dental.

Se puede concluir que los cambios observados antes y después en la presente investigación, sobre los encuentros fueron altamente significativos, pues se aplicó un proceder que garantizó la cohesión, la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimientos.

CONCLUSIONES

No se encontró diferencia entre las edades de ambos sexos. La fuente de obtención de la información sobre el tema que predominó fue la categoría de médico y odontólogo. Se alcanzó una modificación significativa del nivel de conocimientos sobre factores higiénico-nutricionales, técnicas de cepillado, conocimiento sobre métodos auxiliares para la higiene buco-dental, frecuencia de asistencia a los servicios de estomatología, consumo de alimentos azucarados, así como en el nivel de conocimientos general de los participantes.

RECOMENDACIONES

Finalmente, proponemos que se le dé una mayor importancia a este tipo de intervenciones educativas y se incluyan en los contenidos de la programación escolar.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Araujo G. R, Borroto C. R. El problema de la determinación del proceso Salud - Enfermedad. Análisis Crítico para su evolución. Ateneo JCG vol, 2 No. 2.3. 2000
2. Restrepo E.H. La Promoción de la Salud y la Nueva Práctica de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 14: 1 de Julio-Diciembre de 2000.
3. OMS. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria. 2001.
4. Ochoa Soto R, Castañedo Rojas I y colab. Promoción de salud compilaciones. Centro Nacional de E.P.S MINSAP. Cuba Edit. Pueblo y Educación La Habana. 2001.
5. Liz Alvarez M; Fernández Pacheco R. Planeamiento de un programa de Educación para la Salud MINSAP. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud Ciudad Habana. 2002
6. Salleras Lanmart L .Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Edit. Díaz de Santos. SA Madrid 2012.
7. OPS. Lineamientos metodológicos para la ejecución de un análisis Sectorial en promoción de Salud. División de Promoción y Protección de la Salud OPS/OMS, Washington DC 2011.
8. OMS. Alma Ata. Atención Primaria de Salud Ginebra. Serie Salud para todos. 1978.
9. Núñez De Villavicencio." Psicología y Salud" Ciudad Habana. 2001.
10. Carta de Ottawa para la promoción de salud OMS Salud y Bienestar Social Canadá 17-21 - X! 1986.
11. De Cárdenas Sotelo O, Fernández Pacheco R y colab. Educación para la Salud en Estomatología. Ciudad Habana 2001.
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Consideraciones sobre el modelo de Atención de Estomatología General Integral a la Población. Marzo 2001.
13. INFOMED. Vigilancia en Salud. Página Web del MINSAP. Ciudad de la Habana, 2002.
14. Cuencs E, MMNAY C. Serra LL: Manual de Odontología Preventiva y comunitaria Masoson. S.A Barcelona. 2001.

15. Actualidad Odontológica Española. Boletín de información dental. Vol LV. Núm. 443. 2012.
16. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades Bucodentales. Publicación No. 103. Ginebra 1998.
17. Carranza, F A: Periodontología Clínica de Glickman. 9ª. Ed Editorial Interamericana Buenos Aires, México, 1999.
18. Bascones A.: Tratado de Odontología Tomo III 3ª ed. Editorial Trigo S. A. Madrid, 2012.
19. Bennett y Plum. Texto complementario del tratamiento de medicina interna del Cecil Tomo I 6ta. Edición. Editorial Ciencias Médicas Cuba. 1999.
20. González MC, Valbuena LF, Zarta OL, Martignon S, Arenas M, Leaño M.- Caries Dental. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. ISS-ACFO, Colombia, 1998, 103 pp.
21. Nuevos métodos en la Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 690, OMS. Ginebra, 1998.
22. Organización Mundial de la salud. Avances Recientes en Salud Bucodental. Comité de expertos OMS. Serie Informes Técnicos 826. Ginebra 1999.
23. Núñez, C. Índice "Técnicas Participativas". Chile 2011.
24. Asociación de Pedagogos de Cuba Selección de Lecturas sobre Investigación-Acción-Participativa Ciudad Hab. Cuba 1999.
25. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
26. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea [Internet]. Barcelona: Editorial Elsevier;. [cited 23 Ene 2012] Available from: <http://www.buscalibre.com/ortodoncia-contemporanea-cuarta-edicion-william-r-proffit-elsevier-science-health-science-div/p/n4cmhyd>.
27. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. 2011 [cited 26 Abr 2012]; 8:[aprox. 9p]. Available from: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
28. Fernández Martínez J, Mora Pérez C, López Fernández R. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos

- bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. [cited 10 May 2013]; 7 (1): [aprox. 12p]. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/506/821>.
29. Quirós Álvarez O, Quirós L, Quirós J. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. [cited 14 Abr 2013]; 6: [aprox. 6p]. Available from: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art1.asp>.
 30. Valladares González A. La familia. Una mirada desde la Psicología. Medisur [revista en Internet]. 2012 [cited 13 May 2013]; 6 (1): [aprox. 9p]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>.
 31. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod. 2000; 15 (2): 66-70.
 32. Vellini Ferreira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Madrid: Ediciones Ergon, S.A; 2012.
 33. Morera Pérez A, Mora Pérez C, López Fernández R. Resultados de la terapia miofuncional en pacientes con incompetencia bilabial. Ortodoncia Española. 2013; 45 (3): 176-91.
 34. Haces Yanes M, Mora Pérez C, Cruz Pérez N, Álvarez Mora I. Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 26 Nov 2012]; 7 (1): [aprox. 9p]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/531/826>.
 35. Más García MJ, Mora Pérez C, López Fernández R. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de cinco a once años. Medisur [revista en Internet]. 2012 [cited 26 Nov 2012]; 7 (1): [aprox. 6p]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/815>.
 36. Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías J, Rosell Silva C, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 9 Ago 2011]; 9 (2): [aprox. 9p].

Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/articulo/view/1574/619>.

37. Álvarez Mora, I. et. al. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales MediSur, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. vol. 11, núm. 4, agosto, 2013, pp. 410-421.
38. Caldés Ruisánchez S. et. al. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? Avances en Odontoestomatología Vol. 21 - Núm. 3 - 2005
39. Sáez Cuesta U. et. al. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. Rev Clín Med Fam 2011; 3 (1): 23-26.
40. Limonta Vidal ER. et. al. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. Clínica Estomatológica Provincial Docente. MEDISAN 2000;4(3):9-15
41. Salleras Lanmart L .Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Edit. Díaz de Santos. SA Madrid 2012.

ANEXOS

Anexo I

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Área de salud Sierra Maestra
Municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela

El que suscribe: _____

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informado del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Anzoátegui a los ____ del mes de _____ del año 20__

Firma del sujeto: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Cuestionario de recogida de información
Área de salud Sierra Maestra
Municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela

1 – Conoce usted lo que es higiene bucal? .Marque con una x las que considere correcta.

- a) sangramiento de las encías
- b) enjuagarse con agua
- c) cepillarse los dientes
- d) usar hilo dental
- e) --- úlceras bucales
- f) --- ninguna de las anteriores

2- Considera usted que el uso del cepillo dental es un medio seguro para evitar infecciones buco-dental. Marque con una x la que considere correcta.

- a) Se debe de realizar el cepillado antes de los alimentos.
- b) Es correcto cepillarse menos de 3 veces al día.
- c) Se debe cepillar los dientes después de cada comida y antes de dormir.
- d) Cuando me levanto me cepillo antes y después del desayuno.
- e) Cuando me cepillo lo debo hacer sobre los dientes y la lengua.
- f) Al realizar el cepillado debo realizar movimientos rotatorios y siempre de la encías hacia los dientes.

3- Marque de los siguientes medios que usted conoce que ayudan a la higiene de su cavidad bucal.

- a) Hilo Dental
- b) Soluciones Antisépticas
- c) Palillo Dental
- d) sustancias blanqueadoras
- e) pastas dentales fluoradas

f) Ninguno de los anteriores

4- Señala con una x, según tus conocimientos. ¿Cuándo usted acude al odontólogo?

a) Nunca

b) Cuando me siento enfermo

c) Una vez en el año.

d) Dos veces al año.

e) Mensualmente.

f) Cada 6 meses.

5- Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los riesgos consumir alimentos con mucha azúcar?

a) Se reproducen las caries.

b) Salen llagas en la boca.

c) Producen insomnio.

d) Te salen más rápido los dientes.

e) Crecen más los dientes.

f) Las caries desaparecen.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos c, d

Incorrectas: Contestar incisos a, b, e, f

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso: c, e, f

Incorrectas: Contestar inciso: a, b, d,

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos: a, b, c, e

Incorrectas: Contestar incisos: d, f

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos: f

Incorrectas: Contestar incisos: a, b, c, d, e

Pregunta 5:

Correctas: Contestar incisos: a

Incorrectas: Contestar incisos: b, c, d, e, f

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Programa de intervención educativa
Área de salud Sierra Maestra
Municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela

Las actividades de intervención comunitaria constaron de 6 actividades que fueron impartidas todos los jueves en horario de la tarde en un aula perteneciente al CMP Sierra Maestra municipio Sotillo. Impartidas por odontólogos y licenciados en atención estomatológica. En cuanto a las fechas y horas que se muestran sufrieron cambios de acuerdo la disponibilidad del local que se nos fue asignado.

La intervención educativa constó con *tres temas fundamentales*:

- 1.- La Higiene Bucal.
- 2.- Métodos auxiliares en la higiene buco-dental.
- 3.- Orientaciones Nutricionales para mantener una correcta salud dentaria.

Estos se desarrollaron mediante el uso de diferentes técnicas dentro de las cuales se destacan las de animación con el uso de diferentes medios o soportes didácticos, la demostración y las técnicas afectivo-participativas, estas se planificaron de la siguiente forma:

Primer encuentro: Raport

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación de los participantes involucrados.

2-Comenzar la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico odontólogo.

2- Pancarta educativa (elaborada por el autor de la Intervención).

Técnica participativa: Encuentro

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participante de acuerdo a su nombre, edad y procedieron a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contaron el motivo por el cual quisieron participar en cada una de las actividades.

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procedió a informar el horario, fechas y lugares previsto, se habló acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dió a conocer todo lo referido al proyecto y se les informó que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el trascurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregó a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leyó para que posteriormente sea firmado por cada uno de los padres de los participantes. Exhortándolos a participar en la próxima encuentro.

Tema 1. Higiene Bucal:

Se impartió durante las dos primeras semanas contando con 3 clases teórico-práctica.

Clase No 1:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Conocimiento general sobre higiene buco-dental.

Objetivo: 1 - Analizar los principales factores que inciden en la mala higiene buco-dental.

Tipo de actividad: Charla Educativa complementada con Animación.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Láminas, Ilustraciones, Pizarra.

2- Una computadora.

Técnica participativa: “*La sorpresa*”.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizó la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizara con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartió una Charla Educativa utilizando un Power Point, donde se trató los factores de riesgos de la mala higiene buco dental y sus consecuencias.

Clase No 2:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: El cepillado dental

Objetivos: 1- Demostración de la técnica correcta del cepillado.

2- uso de diferentes tipos de cepillos y momento de sustituirlo.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1-Tape Dent.

2- Cepillos Dental.

3-Técnicas para realizar el cepillado.

4- Demostración práctica usando maquetas.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzó recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizó preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comienzo explicando a los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá como se debe realizar la

técnica del cepillado. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

¿Sabe usted cada qué tiempo debe cambiarse el cepillo dental?

Clase No 3:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Consecuencias de la mala higiene bucal para la salud dentaria

Objetivos: 1- Infecciones bucales.

2- Las Caries.

Tipo de actividad: Demostración complementada con Técnicas Afectivo-Participativas.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Lámina.

2- Una computadora.

Técnica participativa: “¿Qué crees de la higiene bucal?”

Introducción: Se comenzó la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizamos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

Se desarrolló prácticas donde los participantes desarrollaron las habilidades aprendidas durante las charlas y las actividades demostrativas.

Al finalizar dimos una breve introducción sobre la importancia de realizar un diagnóstico precoz de las infecciones bucales y así lograremos un tratamiento eficaz de las mismas.

Tema No 2. Métodos auxiliares para la higiene bucal y el control de la placa bacteriana:

Se impartió a partir de la tercera semana, contó con una clase teórica y una clase práctica.

Clase No 1.

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Métodos auxiliares de higiene buco dental

Objetivos: Se explicará la importancia de cada uno de los medios auxiliares para la higiene bucal y como contribuyen cada uno de ellos a complementar los beneficios del cepillado

Tipo de actividad: Charla Educativa complementada con Animación.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Hilo Dental.

2- Palillo Dental.

3- Químicos: Se utilizara el Flúor.

Introducción: Se realizará un breve resumen del tema tratado en la clase anterior y se realizarán preguntas de control.

Desarrollo: En un segundo momento realizamos una charla educativa con un Power Point abarcando las posibilidades del tratamiento de las infecciones bucales y medidas de prevención a través de medios auxiliares para la higiene bucal, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo de estas infecciones, lo cual no solo beneficia al paciente sino también a los familiares del mismo.

Clase No 2.

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Demostración de lo aprendido.

Objetivo: Se demostró en la práctica como se utiliza cada uno de estos medios, realizando demostraciones donde los participantes demuestren las habilidades y conocimientos adquiridos durante la clase impartida.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hilo Dental.

2- Palillo Dental.

3- Soluciones Fluoradas.

Tema No 3. Orientaciones Nutricionales para mantener una correcta salud dentaria:

Clase No 1.

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del CMP Sierra Maestra

Título: Dieta baja en azúcares.

Objetivo: Se explicó la importancia de una dieta baja en azúcares, con gran contenido de fibras, ricas en proteínas y vitaminas, con la consistencia adecuada.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Pancarta informativa

2- tape dent

3- Video educativo

Técnica Participativa: Charla Educativa complementada con Animación

Se realizaron charlas educativas sobre la importancia de una dieta baja en azúcares, con gran contenido de fibras, ricas en proteínas y vitaminas, con la consistencia adecuada, para desarrollar los músculos masticatorios y fortalecer el hueso. La importancia de consumir frutas y vegetales.

La última frecuencia se dedicará a un intercambio dinámico con los participantes, con el objetivo de aclarar las dudas que estos puedan tener, ampliar algunos temas y sentar las bases para la continuidad del trabajo.

Despedida:

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma constituyó en que los participantes expresaron como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Una semana después de culminada la intervención educativa se procedió a citar a los adolescentes, con el objetivo de evaluar los conocimientos adquiridos por los mismos, para lo cual se llenó por parte de los participantes el mismo formulario que se aplicó al inicio de la investigación, comparando las respuestas antes y después de la intervención, así como el criterio de los participantes en la investigación sobre la misma, mediante la aplicación de la encuesta (ver anexo IV), que recoge la opinión que los mismos tienen acerca de las actividades educativas desarrolladas.

Anexo IV

Criterio de los participantes
Área de salud Sierra Maestra
Municipio Sotillo, estado Anzoátegui, Venezuela

1.- Considera usted que las actividades educativas le han sido útiles.

1.1 Si _____

1.2 No _____

2.- Considera usted que las orientaciones que se le brindaron son:

2.1 De fácil aplicación _____

2.2 Difíciles de aplicar _____

2.3 No aplicables _____

3.- Considera usted que las mismas son:

3.1 Muy Importantes _____

3.2 Poco importantes _____

3.3 Sin importancia _____