

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

**TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA "LA SONRISA DEL FUTURO"**

**AUTOR: Dr. YONIER TORRES MORALES**

**TUTOR: Msc. ENEISY CÁRDENAS PÉREZ**

**ASESOR: Msc. MARA ISABEL MORALES PARDO**

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO ACADÉMICO DE MASTER EN SALUD BUCAL COMUNITARIA**

**2010**

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

**TÍTULO:** INTERVENCIÓN EDUCATIVA "LA SONRISA DEL FUTURO"

**AUTOR:** Dr. YONIER TORRES MORALES

*Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral*

**TUTOR:** MSc. ENEISY CARDENAS PEREZ

*Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral*

*Master en Salud Bucal Comunitaria*

*Profesora asistente.*

**ASESOR:** MSc. MARA ISABEL MORALES PARDO

*Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral*

*Master en Salud Bucal Comunitaria*

*Profesora asistente.*

**2010**

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes-después en los escolares de décimo grado del preuniversitario “Nguyen Van Troi “del municipio Morón, en el período comprendido entre enero a octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de educación en salud bucal en los mismos. Para la obtención de la información se aplicó una encuesta al inicio del estudio, con la que se obtuvo un diagnóstico previo, detectándose las necesidades de aprendizaje a partir de las cuales se confeccionó la estrategia de intervención. Finalmente se aplicó nuevamente la encuesta para medir el impacto de la estrategia implementada. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentos, utilizándose como medida de tendencia central la media aritmética y como medida de dispersión la desviación típica. Para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después de la estrategia educativa se aplicó una prueba de hipótesis paramétrica. Con la intervención los adolescentes mejoraron el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la eficiencia del cepillado, mientras que el consumo de alimentos cariogénicos disminuyó.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
Planteamiento del problema _____	1
Antecedentes _____	4
Fundamento Teórico _____	7
Objetivos _____	12
Procedimientos _____	13
Resultados y discusión _____	16
Conclusiones _____	24
Recomendacione _____	25
Bibliografía _____	26
Anexos	

# *PENSAMIENTO*

# DEDICATORIA

*A mi hija que es La Sonrisa del futuro*

.

# *AGRADECIMIENTOS*

*A todo el que de una manera u otra me brindó su ayuda y escaso tiempo para la realización de este trabajo*

## **Planteamiento del problema práctico y científico**

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, malos hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, convirtiéndose en un reto de la estomatología su extensión y logro (1).

La adolescencia se define como la etapa de transición de la niñez a la vida adulta, que se prolonga hasta el final de la segunda década de la vida, desde los 10 hasta los 19 años. Cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos y, por tanto, aunque es una etapa muy rica, resulta también la más problemática (2).

Los adolescentes no forman un grupo homogéneo, pues presentan una amplia variedad en cuanto a crecimiento biológico y emocional; cada uno de ellos experimenta y responde de forma distinta al entorno donde se desarrolla. Por otro lado, los cambios operados en las esferas biológica, intelectual, afectiva y social son asincrónicos y poco uniformes, lo cual acentúa aún más las diferencias entre ellos (3).

La adolescencia es un período caracterizado por grandes cambios biopsicosociales, que incluyen la búsqueda de un estilo de vida propio, rechazo a los modelos propuestos, determinación de su identidad, necesidad de independencia, además de las demandas intelectuales y la capacidad para utilizar

el conocimiento, que alcanzan su máxima eficiencia. Existen contradicciones en relación con las manifestaciones de su conducta, así como constantes fluctuaciones de su estado anímico; aparecen relaciones conflictivas con los padres, que oscilan entre dependencia e imperiosidad de separación de ellos, aunque también muestran una tendencia grupal, que se convierte en una de sus más fuertes motivaciones. Pueden pasar mucho tiempo unidos y consideran que la actividad más importante es la que el grupo emprende; por eso resulta de suma importancia para los adultos conocer las características grupales, las de sus líderes, así como sus normas y valores, debido a que van a ejercer una influencia decisiva en sus hijos, quienes seguramente las harán suyas. En este juego, los adolescentes se exponen a situaciones riesgosas, que son causa de elevada mortalidad o morbilidad y dejan secuelas negativas para el resto de sus vidas.

Según estudios realizados en este grupo poblacional, se ha demostrado la poca asistencia a los servicios de salud de los adolescentes, debido a la baja percepción de riesgo y su concepción de mayor independencia para la toma de decisiones, rechazo a la autoridad de los progenitores, rebeldía, así como la formación de hábitos, conductas y comportamientos inadecuados, que les convierten en personas intolerantes para aceptar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades e incluso para practicar con ellos actividades curativas, lo cual promueve estilos de vida que favorecen la aparición de problemas de salud, discapacidades y muerte temprana (4-8).

Para lograr el desarrollo integral y el bienestar de este grupo poblacional, que por demás marca el futuro de cualquier país, la sociedad debe tener la responsabilidad de brindar al adolescente la orientación necesaria para que estas agrupaciones utilicen de manera constructiva sus energías renovadoras, potencialidades y creatividad, estimulen la mayor cantidad de intereses y establezcan formas de relaciones sociales en las que predomine el respeto, la cooperación y la solidaridad.

Si se desea alcanzar un futuro saludable, se impone desarrollar los factores protectores, empeño en el cual son imprescindibles el apoyo de los adultos y las

acciones colectivas de promoción de salud y prevención de afecciones y no solamente las curativas y de rehabilitación, para otorgarle a este grupo una participación social positiva activa y protagónica, es decir, abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos (9).

En los resultados del Análisis de la Situación de Salud Bucal correspondiente al Área de Salud Sur (Clínica estomatológica Hospital) del municipio Morón, realizado desde septiembre del 2008 a junio del 2009, se obtuvo que el 85,0 % de los escolares entre 15-18 años tenían higiene bucal deficiente, 86,5 % manifestaron hábitos dietéticos inadecuados y 72,5 % poseían escasos conocimientos sobre salud bucal, los que constituyen factores que predisponen a las principales afecciones odontológicas en dichas edades; se tuvo en cuenta todo lo antes descrito, y se consideró el reto que constituye realizar acciones de salud en los adolescentes, una difícil etapa de la vida, a menudo incomprendida y lamentablemente, en algunos casos, ignorada y abandonada, se decidió realizar el presente estudio en un grupo de jóvenes de décimo grado del preuniversitario "Nguyen Van Troi" de Morón, los cuales no se encuentran exentos de esta situación; se ha observado en ellos dificultades con la higiene bucal, además de la ingestión de alimentos cariogénicos durante la jornada escolar propiciada por la venta de dulces y caramelos alrededor de la escuela.

Esto permitió plantear como problema de investigación:

¿Cuál será el nivel de conocimientos de estos escolares sobre temas de salud bucal?

Lo cual permite plantear como hipótesis para resolver la anterior pregunta:

Si el nivel de conocimientos de estos estudiantes es deficiente al realizar un estudio de intervención educativa sobre temas de salud bucal, empleando técnicas participativas, es posible lograr la motivación de los mismos para que se manifieste en ellos un cambio de actitud positiva. Además de incrementar su nivel de conocimientos sobre salud bucal, mejorar la eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario y disminuir la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta, lo que se traduce en calidad de vida para estos adolescentes.

## **Antecedentes**

Las afecciones odontológicas de la humanidad se remontan a tiempos muy lejanos, pudiéndose afirmar que han sido compañeros inseparables de nuestros antepasados desde hace millones de años. Las enfermedades bucales devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (10).

Variada es la literatura científica relacionada con la Educación para la Salud en adolescentes. Autores foráneos como Albandar y Buischi describieron en los estudiantes investigados una evolución favorable por la aplicación de un programa de refuerzo de aprendizaje (11, 12). Kerebel por su parte en su trabajo con chicos franceses, logró la reducción casi total de la placa dentobacteriana gracias a la motivación lograda en ellos (13).

Varios estudios llevados a cabo en Cuba ponen de manifiesto la aplicación de técnicas participativas y juegos didácticos evidenciando la efectividad de estos procedimientos para elevar el nivel de conocimiento y modificar actitudes relacionadas con la salud bucal en estudiantes, desde la enseñanza primaria hasta el nivel medio superior (14, 15).

Borroto y Sáez convencen con su estudio, sobre el avance en el nivel de conocimientos obtenidos por los niños a partir de la labor educativa. Se incrementó en sus pequeños la eficiencia en el cepillado a través de los mensajes educativos con evidentes diferencias entre los evaluados de Bien al inicio y final de la intervención (7).

Romero González desarrolló en Camagüey en el año 2008 una estrategia educativa para niños de tercero a quinto grado, madres y maestros donde obtuvo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue mejor en los docentes; la higiene bucal de los escolares resultó deficiente en el 63% de los casos la que mejoró notablemente al final del estudio. Este autor registró en su trabajo cifras elevadas en relación con la necesidad de aportarle a los niños conocimientos

sobre las enfermedades bucales, higiene bucal, dieta saludable, hábitos deletéreos y frecuencias de visitas al estomatólogo (16).

Arias Herrera en ese mismo año, obtuvo como no satisfactoria la información sanitaria en el 89% de los niños y en la mitad de sus educadores, además de encontrar predominio de la mala higiene bucal en los pequeños, la que mejoró cuando se buscaron nuevas alternativas para concientizar y estimular el adecuado control de la placa dentobacteriana (17).

Debido a la influencia favorable ejercida por las técnicas educativas aplicadas en su trabajo, Tomita y colaboradores apoyan la utilización de las mismas, ya que estimularon el interés de la población infantil en estudio hacia la salud bucal. Al inicio de su investigación detectaron a la mayoría de los pequeños con mala higiene bucal y a ninguno con buena, luego de la intervención educativa se produjo un aumento significativo de las calificaciones de Bien y Regular (18). Barella Balboa y colaboradores son partidarios de implantar un sistema educativo en niños con el fin de ampliar la prevención (19).

Marichal López convence con su estudio, sobre el avance en el nivel de conocimientos obtenidos por los niños a partir de la labor educativa de los escolares promotores de salud. Se incrementó en sus pequeños la eficiencia en el cepillado a través de los mensajes educativos con evidentes diferencias entre los evaluados de Bien al inicio y final de la intervención, lo mismo ocurrió con la evaluación final de estos escolares, por lo que fue satisfactoria la labor desarrollada por los escolares preparados para promocionar la salud (20).

En un estudio realizado en una secundaria básica urbana, Legrá Matos consideró como mala la higiene bucal en más del 88% de los adolescentes examinados, lo que justificó porque esta queda subordinada a otros intereses en el escolar (21).

En la evaluación de un sistema de influencias educativas mediante promotores de salud en escuelas primarias de Camagüey se obtuvo un cambio de conducta favorable y duradera en los estudiantes, a través de la motivación de profesores y escolares Promotores de Salud. El nivel de información sanitaria mejoró gradualmente el cual fue calificado de Bien en el 100% de los escolares al final de

la intervención, de igual forma se comportaron la eficiencia del cepillado y la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta. La evaluación final de los niños no Promotores fue buena en el mayor número de casos y la de los Promotores de Salud fue satisfactoria en todos los casos (22).

Otros autores como Sans Pérez J. han demostrado en sus estudios la notable influencia del empleo de diferentes técnicas educativas para el mejoramiento de los hábitos de alimentación de los escolares, y lograron resultados favorables al terminar sus respectivas estrategias de intervención, con la disminución de la ingestión de alimentos azucarados al día (23).

### **Fundamento Teórico**

El conocimiento de la etiología de las enfermedades, en particular de las causas relacionadas con el estilo de vida, puso en perspectiva las limitaciones del tratamiento puramente curativo y atrajo la atención hacia la prevención y promoción de salud. Los tratamientos restauradores por sí mismos nunca podrán controlar las afecciones bucales. Los conceptos fundamentales para esto deberán basarse en la promoción de salud y la adopción de medidas preventivas (24).

En Cuba la promoción de salud y la prevención de enfermedades ha sido una tarea permanente desde el triunfo de la revolución. En el plano estomatológico desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en niños de 2-5 años de edad de círculos infantiles y en sus hogares. De la misma forma se comenzaron a realizar actividades educativas en la población con el objetivo de crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a esto se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la promoción de salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a técnicos y profesionales en labores educativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración de otros sectores, fundamentalmente educación, capacitándose a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo con la problemática de cada territorio.

Esto nos demuestra que uno de los principios de nuestro Sistema Nacional de Salud es el carácter preventivo de las acciones sanitarias, integradas en

programas que han demostrado, a través de los años, la efectividad de este sistema, el que se ha convertido en un paradigma. Conviene destacar, entre estas acciones, las destinadas a la atención estomatológica del menor de 19 años, 11 meses y 29 días, teniendo en cuenta que este grupo poblacional presenta condiciones biológicas, psicológicas y sociales que lo diferencian de los niños y adultos, las cuales se asocian a un incremento de la susceptibilidad para padecer o contraer determinadas enfermedades o alteraciones de salud; es por tales razones que según política de nuestro Estado, las acciones que se realicen, deben ser incluidas en un Programa Nacional de Atención Integral a la Salud y Desarrollo del Adolescente (25, 26).

La Educación para la Salud analiza las causas y condiciones que permiten el desarrollo de la motivación, una vez lograda esta se puede contar con una actitud activa y objetiva del individuo, en las cuestiones relativas a la protección de salud. La actitud es la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, un conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación y es precisamente objetivo de la Educación para la Salud un cambio en este sentido.

Existen diversos métodos educativos como son la charla, demostración, audiencias sanitarias, discusión en grupo, el uso de títeres, juegos didácticos, dramatizaciones, empleo de medios como murales, afiches, concursos de dibujos y técnicas afectivo-participativas, que permiten la ejecución de las acciones educativas en la comunidad. Está demostrado que el empleo combinado de técnicas y medios audiovisuales favorecen la motivación y la adquisición de conocimientos por los escolares de primaria, teniendo en cuenta que la selección depende del grupo etéreo a las que estarán dirigidas y sus características (27, 28).

Las acciones de Promoción de Salud no son recientes, pues a nivel mundial varios autores de una manera u otra mencionan la realización de las mismas desde siglos atrás, en los últimos 20 años se han revitalizados estos conceptos (29).

Las acciones en materia de Promoción y Educación para la Salud deben comenzar desde edades tempranas, pues es más fácil formar actitudes positivas

hacia la salud en un niño que modificarlas en un adulto. Si en el período de seis a doce años se desarrolla el aprendizaje imitativo de la conducta y se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno y malo se consideraría el momento idóneo para el desarrollo de comportamientos saludables, y el impacto sería mayor (30,31).

La Educación para la Salud encuentra grandes desafíos y posibilidades en los niños y adolescentes, quienes pasan por un período biológico y psíquico de aprendizaje, que se caracteriza por la búsqueda de identidad propia, cambios cognoscitivos y emocionales. Es esta una etapa de la vida en la que se forjan actitudes, valores y conductas frente al entorno y resulta oportuna y útil para acometer la labor educativa. Cuando un dentista asume la tarea de trabajar con niños debe prever que la tarea le resultará algo difícil, sin embargo se dará cuenta que es una de las experiencias mas satisfactorias de todas las prácticas estomatológicas (32- 34).

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud son: la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos máxilo -faciales y la fluorosis dental (35- 37).

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

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones, no obstante en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en los menores de 15 años. Su comportamiento presenta variaciones entre países,

influyendo factores tales como: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente (38- 41).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. Todas las acciones de promoción y prevención deben dirigirse hacia los riesgos (42).

El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o ausencia se relaciona con la enfermedad investigada, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.

La finalidad del enfoque de riesgo, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria (43).

La Dieta cariogénica es uno de los principales factores promotores de caries. La cariogenicidad de un alimento, no se determina solamente en base al contenido de azúcar, sino que hay que considerar varios factores: características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura (tamaño y forma de las partículas), la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca (44, 45).

La mala higiene bucal: Las deficiencias en la higiene bucal se traducen en 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 a caries, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos (41, 46, 47).

Basado en esto se realizan acciones de Promoción de Salud y Prevención con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la

educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales y aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros ya sea por vía tópica o sistémica (48).

La enfermedad periodontal es considerada el segundo problema de salud bucal, afecta al 90% de la población cubana y puede aparecer desde edades muy tempranas, siendo la gingivitis la más común de estas afecciones, en las que la placa dentobacteriana juega un papel primordial dentro de los factores de riesgo de estas enfermedades (49- 51). Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez (52).

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rango de 35% a 75% con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, que contribuye a la maloclusión aproximadamente de un 40% a 85% de los casos. Una de las causas de esta enfermedad son los hábitos bucales deformantes frecuentes en edades tempranas (53- 55)

El tratamiento de estas enfermedades consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud, así como a otros sectores por las ausencias de los trabajadores. En los países subdesarrollados la atención estomatológica eminentemente privada y de alto costo se hace más difícil y costosa para los pacientes recibirla, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología continúa utilizando tecnología curativa, costosa y compleja.

**Objetivo general:**

Elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de décimo grado del preuniversitario “Nguyen Van Troi “ del municipio Morón.

**Objetivos específicos:**

1. Diagnosticar en los escolares en estudio al inicio de la investigación según sexo:
  - Nivel de conocimientos sobre salud bucal.
  - Eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario.
  - Frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta.
  
2. Elaborar y aplicar una estrategia de intervención educativa sobre la base del diagnóstico.
  
3. Medir el impacto de la estrategia aplicada.

## **Procedimiento**

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes-después en los escolares de décimo grado del preuniversitario “Nguyen Van Troi “del municipio Morón, en el período comprendido entre enero de 2010 a octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de educación en salud bucal en los mismos. El universo de estudio estuvo constituido por los 52 alumnos de décimo grado de la escuela antes mencionada por corresponderse con la edad seleccionada para esta investigación. Para su desarrollo utilizamos los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes de acuerdo a cooperar, para lo cual se confeccionará el consentimiento informado (anexo 1).
- Ser alumno de décimo grado.

Aplicamos como criterio de exclusión los estudiantes que:

- Ingresen después de iniciado el estudio.
- Causen baja de la escuela durante el estudio.
- Que no estuvieran de acuerdo a participar.

Inicialmente se realizaron todas las coordinaciones pertinentes con el Ministerio de Educación, el Centro Municipal de Educación para la Salud y con la dirección de la escuela quien firmó el convenio investigador escuela (anexo 2).

Para la obtención de la información se aplicó una entrevista estructurada como método de acción individual, (anexo 3), esta consta de dos partes.

En la primera parte de la entrevista se la aplicó a cada estudiante una encuesta siguiendo el instructivo correspondiente (anexo 4), la que consta de 8 preguntas, 3 con una sola opción de respuesta y 5 con respuesta múltiple para determinar el nivel de información en salud bucal, se utilizó para su calificación la metodología establecida en el anexo 5. Se determinó que el aprobado fue el que alcanzó más de 42 puntos, que representan el 70% de los 60 totales.

Para categorizar mejor a los encuestados se tuvo en cuenta tres grupos:

- Bien
- Regular
- Deficiente

La segunda parte de la entrevista se efectuó en dos secciones:

**Sección 1:** Se realizó el control de la placa dentobacterina según el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores para determinar el grado de higiene bucal mediante la eficiencia del cepillado (Anexo 6). Se reveló la placa dentobacteriana aplicando una sustancia reveladora, mostrándoles las zonas coloreadas que se corresponden con las áreas de mala higiene bucal, luego se calculó el índice según lo establecido, evaluando la higiene bucal de:

- Buena
- Deficiente.

**Sección 2:** Mediante el interrogatorio se realizó el control de la dieta cariogénica mediante el método de las 24 horas par determinar la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en el día, interrogándose a cada adolescente sobre su alimentación en las últimas 24 horas, considerando que si el día seleccionado pudo no ser representativo si es un acercamiento. La ingestión de hidratos de carbono en la dieta se evaluó siguiendo los siguientes criterios:

- Buena
- Regular
- Deficiente

Una vez identificada las necesidades de aprendizaje de estos adolescentes se confeccionó y ejecutó la estrategia de intervención educativa, que consta con actividades teórico-prácticas, diferentes técnicas afectivo-participativas (33-35) y diversos medios de enseñanza (36,37), todo acorde con la edad y las características del grupo en estudio para instruir los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias.

En este trabajo se tuvo en consideración las siguientes variables:

1.- Nivel de educación en salud bucal:

- 1.1- Bien: de 51 a 60 puntos
- 1.2- Regular: de 42 a 50 puntos
- 1.3- Deficiente menos de 41 puntos

Para lo cual se exploraron los siguientes aspectos:

- Importancia de los dientes.
- Higiene bucal.
- Frecuencia del cepillado.
- Hábitos perjudiciales para la salud bucal.
- Enfermedades de los dientes.
- Dieta cariogénica.
- Visitas al estomatólogo.

2.- Control de la higiene bucal mediante el cepillado a través del Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores:

2.1- Bueno: de 0 -20 % de superficies tenidas

2.2- Deficiente: más del 20% de superficies teñidas

3.- Frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta mediante el registro de hidratos de carbono en la dieta (Método de las 24 horas).

3.1- Buena: hasta 4 momentos de azúcar al día.

3.2- Regular: de 5 a 6 momentos de azúcar al día

3.3- Deficiente 7 y más momentos de azúcar al día o consumo nocturno sin cepillado.

4.- Sexo biológico:

5.1- Femenino.

5.2- Masculino.

Variable independiente: La estrategia de intervención educativa.

Variable dependiente: El nivel de educación sobre salud bucodental.

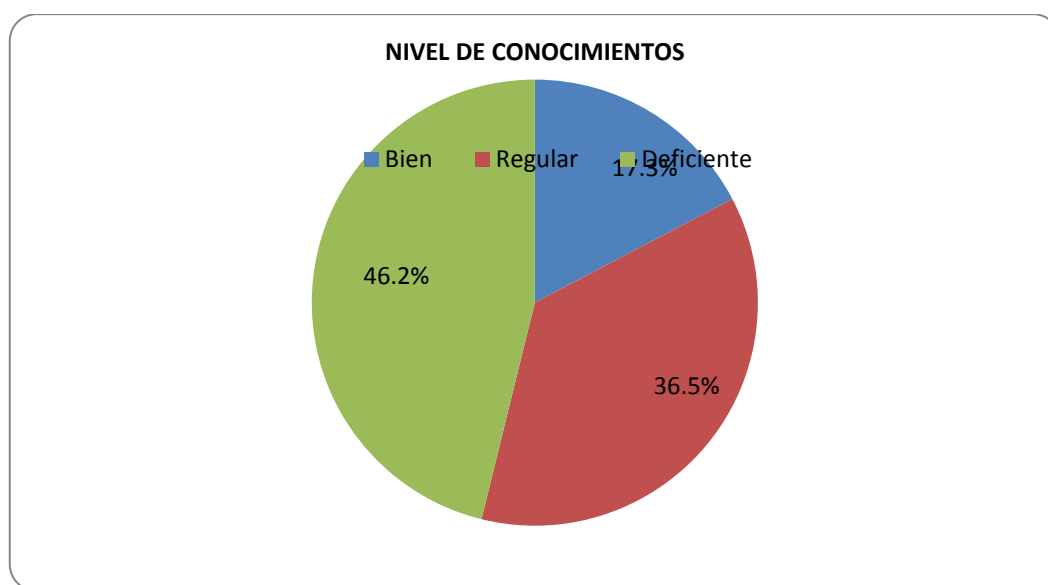
Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por cientos. Además se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación típica). Para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después se aplicara una prueba de hipótesis paramétrica o no paramétrica según sea la variable que se analice. Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos para su análisis y mejor

comprensión. El informe final se redactó utilizando el programa de Microsoft Word y para la confección de tablas y gráficos el programa de Microsoft Excel.

## Resultados y discusión

Gráfico 1

Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los estudiantes al inicio del estudio. Intervención educativa La Sonrisa del Futuro IPU Nguyen Vantroi. Morón. Ciego de Ávila. Enero – Octubre 2010



Fuente: encuesta

En el gráfico No 1 se representa el nivel de conocimientos sobre temas de salud bucodental al inicio del estudio observándose que la mayoría de los adolescentes en estudio fueron evaluados de mal en un 46% seguido de un 37% de regular, lo que demuestra el bajo nivel de conocimientos que tiene este grupo etáreo sobre este tema a pesar de las actividades de promoción y educación para la salud que el sistema de salud cubano realiza en ellos lo que demuestra la insuficiencia de acciones concretas del primer nivel de prevención, las que han sido sustituidas por las acciones curativas debido a la presión asistencial existente en estos momentos en nuestro país. En la investigación realizada por Arza encontramos que el 53% de los estudiantes no presentaban un elevado conocimiento sobre salud bucal lo

cual coincide con nuestro estudio al igual que en el programa realizado por Borroto y Saez (7, 56).

**Tabla 1**  
**Distribución de los adolescentes según el nivel de conocimientos en salud bucal y sexo.**

Sexo	Nivel de información							
	Bien		Regular		Deficiente		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	7	22.6	13	41.9	11	35.5	31	59,6
Masculino	2	9.5	6	28.6	13	61.9	21	40,4
Total	9	17.3	19	36.5	24	46.2	52	100

Fuente: encuesta.

Al analizar el nivel de información sobre salud bucal en relación con el sexo se encontró que el 46.2 % de los adolescentes se ubicaron en la categoría de deficiente, seguido del 36.5 % en la categoría de regular, por tanto la mayoría tenían escasos conocimientos sobre temas de salud bucal, siendo el sexo masculino el más afectado, esta demuestra que los adolescentes de forma general se preocupan más por temas de música, revistas, novelas, ropas, entre otros que por adquirir conocimientos sobre los beneficios y perjuicios que pudieran ocasionar las enfermedades más frecuentes que pudieran contraer. Lo anterior influye de forma negativa en sus estilos de vida y descuidan en muchas ocasiones la higiene bucal y general al no poseer los elementos necesarios para lograr comportamientos saludables ya que falta el aspecto cognoscitivo y es precisamente sobre este que trabajamos durante la intervención educativa.

Tabla 2

Eficiencia de la Higiene Bucal mediante el cepillado gingivo dentario según sexo

Higiene Bucal						
Sexo	Buena		Deficiente		Total	
	No	%	No	%	No	%
Femenino	11	35.5	20	64.5	31	59.6
Masculino	6	28.5	15	71.4	21	40.4
Total	17	32.7	35	67.3	52	100

Al medir la eficiencia de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario detectamos que el 67.3 % presentaban forma y frecuencia inadecuada de cepillado dental, siendo un pequeño porcentaje más elevado en el sexo masculino, situación que se corresponde con el poco interés que muestran los varones por su higiene tanto bucal como general, aunque el 64.5 % del sexo femenino también se incluyó en esta categoría. Esto se corresponde con las características de este grupo de edad donde se muestra más interés por otros temas que por la higiene. Estos resultados tienen similitud con los encontrados por Romero González en Camagüey en el año 2008 donde la higiene bucal de los escolares resultó deficiente en el 63% de los casos (16). En un estudio realizado en una secundaria básica urbana, Legrá Matos consideró como mala la higiene bucal en más del 88% de los adolescentes examinados, lo que justificó ya que esta queda subordinada a otros intereses en el escolar (21).

Tabla 3

Frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta según sexo

Dieta Cariogénica								
Sexo	Buena		Regular		Deficiente		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	4	12.9	8	25.8	19	61.3	31	59.6
Masculino	2	9.5	6	28.6	13	61.9	21	40.4
Total	6	11.5	14	26.9	32	61.5	52	100

En la tabla se evidencia que la mayoría de los adolescentes en estudio ingerían alimentos azucarados en 7 ó más momentos en el día para un 61.5 %, no encontramos diferencias entre ambos sexos, lo que se debe en gran parte a la venta de dulces y golosinas en las cercanías de la escuela, además de pasar muchas horas en sus actividades docentes y luego van hacia sus casa pues es un centro seminterno. En este momento de sus vidas se incrementa las actividades físicas y el organismo está en el período de cambios importantes para lo cual los requerimientos energéticos son mayores, lo que sumado al poco conocimiento que presentan sobre las consecuencias del consumo excesivo de azúcar para su salud propicia dicha situación. Sans Pérez J. en su estudio obtuvo que el mayor porcentaje de los encuestados se encontraban en la categoría de deficiente (23).

Tabla 4. Nivel de conocimientos de los adolescentes al inicio del estudio y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Inicio del estudio		Después de la intervención	
	No	%	No	%
<b>Bien</b>	9	17.3	46	88.5
<b>Regular</b>	19	36.5	4	7.7
<b>Deficiente</b>	24	46.2	2	3.8
<b>Total</b>	52	100	52	100

Fuente: encuesta.

El nivel de información de los adolescentes al inicio del estudio se evaluó de deficiente en el 46.2% de estos, seguido en orden de frecuencia por la categoría regular con un 36.5 %. Una vez aplicada la intervención educativa basada en el empleo de técnicas de animación y participación se logró la motivación de la mayoría de estos adolescentes lo que se constató con un aumento significativo de los resultados de los estudiantes ubicados en la categoría de bien al final del estudio, representados por el 88.5 % con  $p=0.0013$ , para un 95% de confiabilidad (Anexo 9). Como se puede apreciar un 7.7% de ellos quedaron evaluados de regular y en menor cuantía de deficiente. Pensamos que la estrategia constituyó un paso importante para llegar al cambio de comportamiento, aunque este es muy difícil de modificar, pues no depende solo del aspecto cognoscitivo, sino que además se debe influir en el conativo y afectivo para lograr formar estilos de vida saludables. Los resultados obtenidos coinciden con Cárdenas Pérez donde hubo un aumento significativo de adolescentes evaluados de bien después de la intervención (57). Autores foráneos como Albandar y Buischi describieron en los estudiantes investigados una evolución favorable por la aplicación de un programa de refuerzo de aprendizaje (11, 12).

Tabla 5.

Eficiencia de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodental.

Higiene bucal	Inicio del estudio		Después de la intervención	
	No	%	No	%
<b>Buena</b>	17	32.7	43	82.7
<b>Deficiente</b>	35	67.3	9	17.3
<b>Total</b>	52	100	52	100

Fuente: encuesta.

Al evaluar la eficiencia de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodental según el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores se obtuvo que al inicio del estudio el 67.3 % de los adolescentes presentaron una higiene bucal deficiente, es este un factor de riesgo de gran importancia en la etiología de las enfermedades bucales más frecuentes como son la caries dental y las periodontopatías. Después de realizada la intervención educativa se observó un cambio significativo en los hábitos higiénicos de estos alumnos ya que el 82.7 % de ellos se cepillan sus dientes con forma y frecuencia adecuada, con  $p= 0,0007$  para un 95% de confiabilidad (Anexo 9). Esto demuestra que se logró la motivación de los adolescentes para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en cuanto a higiene bucal respecta, se realiza el cepillado gingivodentario con mayor eficiencia y se controla así el principal factor etiológico de las enfermedades bucales más frecuentes. Marichal López convence con su estudio que se incrementó en sus pequeños la eficiencia en el cepillado a través de los mensajes educativos con evidentes diferencias entre los evaluados de Bien al inicio y final de la intervención (20).

Tabla # 6. Frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta de los adolescentes en estudio.

Ingestión de alimentos azucarados	Inicio del estudio		Después de la intervención.	
	No	%	No	%
Buena	6	11.5	29	55.8
Regular	14	26.9	11	21.2
Deficiente	32	61.5	12	23.0
Total	52	100	52	100

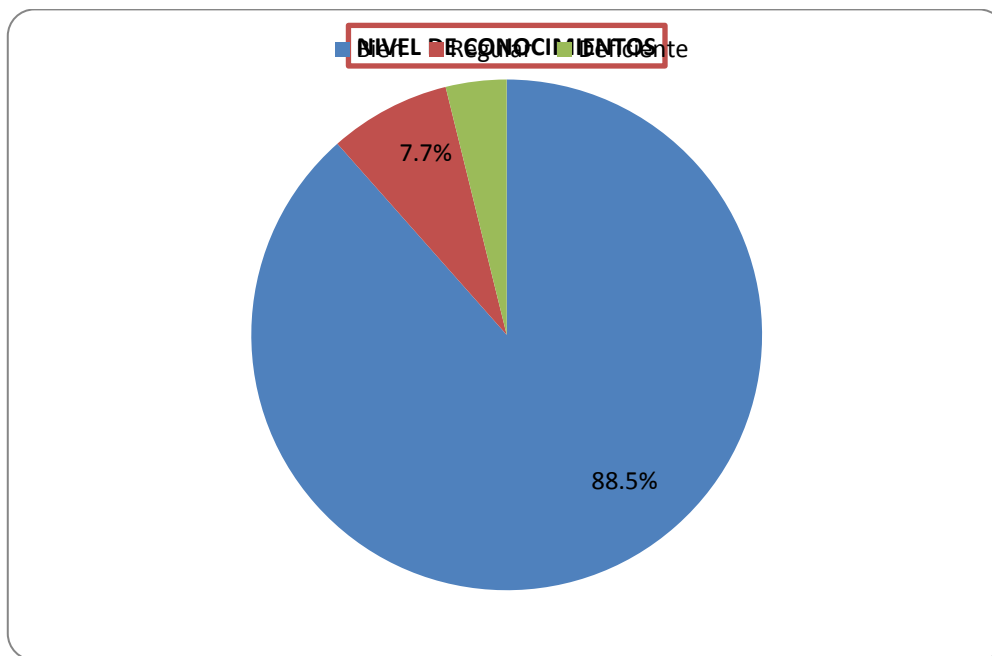
Fuente: encuesta

En esta tabla se analiza la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta donde se observó un comportamiento evolutivo favorable. Al inicio de la investigación el 61.5 % de los adolescentes se ubicaron en la categoría de deficiente seguidos por los evaluados de regular con un 26.9 %. Después de la intervención educativa se pudo apreciar que el 55.8 % de los estudiantes obtuvieron calificaciones de bien con  $p=0,0023$  para un 95% de confiabilidad (Anexo 9). Es importante destacar la influencia de las diferentes técnicas educativas empleadas para mejorar y/o eliminar este hábito perjudicial para la salud bucal mediante las cuales se logró disminuir la ingestión de alimentos azucarados en la dieta en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo el 23.0 % presentó entre 7 y más momentos de azúcar al día lo cual se debe a la afluencia de vendedores de dulces y caramelos en los alrededores de la escuela, alimentos que los alumnos adquieren con facilidad a cualquier hora del día y lo difícil que es modificar algunos hábitos. Otros autores como Sans Pérez J. han demostrado en sus estudios la notable influencia del empleo de diferentes técnicas educativas

para el mejoramiento de los hábitos de alimentación de los escolares y lograron resultados favorables al terminar sus respectivas estrategias de intervención, con la disminución de la ingestión de alimentos azucarados al día (23).

Grafico #2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los estudiantes al terminar el estudio



Este gráfico representa la distribución de los estudiantes según el nivel de conocimientos alcanzado al finalizar la intervención educativa, demuestra la eficacia de la misma pues la mayoría de los estudiantes en estudio alcanzaron una evaluación de bien representados por un 88.5 %. Estos resultados pueden ser atribuidos al interés y atención que manifestaron los adolescentes durante la labor educativa, así como a la aplicación de un proceder que garantizó la comunicación y actividades que motivaron a los estudiantes al aprendizaje, alcanzándose un cambio positivo en el nivel de conocimiento. Los resultados coinciden con los del estudio realizado por Ocariz Roca en adolescentes de 15-18 años del Preuniversitario "Doris M Martínez Mejías " la que constató transformaciones positivas del nivel de conocimiento en el 93,3% de los educandos evaluados, después de realizar la intervención educativa (14).

## Conclusiones

- El nivel de información en salud bucal al inicio del estudio fue evaluado de deficiente y regular en la mayoría de los adolescentes, fue el sexo masculino el que menos conocimientos poseía sobre estos temas.
- Gran parte de los alumnos presentaban inadecuados hábitos de higiene bucal donde constatamos que ambos sexos se cepillaban incorrectamente aunque el sexo masculino fue el más afectado.
- Más de la mitad de los adolescentes ingerían alimentos azucarados en 7 momentos ó más del día no encontrándose diferencias entre ambos sexos.
- La estrategia de intervención basada en el empleo de técnicas educativas y medios de enseñanza logró cambios de conductas favorables en los adolescentes lo que elevó el nivel de educación para la salud en estomatología de los mismos, la mayor parte de ellos fue evaluada de bien en cuanto la eficiencia del cepillado y la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta evolucionó favorablemente a partir del desarrollo de la labor educativa.

## Recomendaciones

- ❖ Generalizar el instructivo educativo “Sonríe al Futuro” al resto de los jóvenes de este grupo etáreo así como extender sus beneficios a otras áreas de salud.
- ❖ Fomentar a través de las técnicas participativas empleadas en la intervención, los conocimientos y hábitos conductuales sobre salud bucal en estos adolescentes, así como continuar el trabajo educativo con los estudiantes que se mantuvieron en la categoría de inadecuados.
- ❖ Evaluar a largo plazo el impacto de la labor educativa.

## Referencias Bibliográficas

1. Cansesco Jiménez J. Cómo obtener una agradable sonrisa. México, DF, 2002 [biblioteca virtual de la salud] <<http://www.mipediatra.com.mx>> [consulta: 15 jul 2005].
2. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003: 493,498.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. La Habana: MINSAP, 2000:460,461.
4. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldivar C. Atención estomatológica en niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(3): 3-5.
5. Mijares A. Hábitos y costumbres, actitudes de higiene bucal, tratamiento odontológico realizado en la actualidad. Act Odontol Venez 2001; 54 (1): 21.
6. Alvaré Alvaré LE. Conversando íntimamente con el adolescente varón. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2004: 15.
7. García Nápoles JE. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés R. Temas Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001; tl: 159 – 160.
8. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev Postg Cat Med 2001; (107): 3.

9. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001:76-144.
10. Wendell James. Adolescentes difíciles. Plaza y Janés. Barcelona: Editoriales SA, 2002: 7-8.
11. Peláez WJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2003: 4.
12. Nojera P. Educación para la salud, evolución y perspectiva. Rev Alimentación Nutrición Salud. Madrid 2002; 7 (1): 12.
13. Chung Fernández A. Modificaciones del conocimiento y comportamiento sobre salud bucal en adolescentes de 15-18 años [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2001. ISCM, Santiago de Cuba.
14. Díaz del Mazo L. Modificaciones del conocimiento y actitudes hacia salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño [trabajo para optar por el título de Máster en Atención Primaria en Salud ].1999. ISCM, Santiago de Cuba.
15. Cobas Pérez N. Escuela de salud bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “José Miguel Bañull” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
16. Díaz del Mazo L. Impacto de una intervención educativa en la salud bucal de adolescentes del Reparto Sueño [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2002. ISCM, Santiago de Cuba.

17. Limonta Vidal E. Impacto de la intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2002. ISCM, Santiago de Cuba.
18. López Vantour AC. Escuela de salud bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “Rubén Bravo Álvarez” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
19. Legrá Matos SM. Estado de Salud Bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “Orlando Fernández Badell” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
20. Arza Lahens M, Escuela de Salud Bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “Roberto Rodríguez” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2004. ISCM, Santiago de Cuba.
21. Duque de Estrada Bertot ML, Intervención educativa en niños con hábitos de succión digital [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2003. ISCM, Santiago de Cuba.
22. Rafael Rioboo García. Educación para la Salud Bucodental. En: Avances. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid, 2002: 1321-41.
23. Cueria Basulto M. Modificación del nivel de conocimiento en cuanto a salud bucal en escolares de 4to Grado. Provincia Guantánamo, [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2002. ISCM, Guantánamo.

24. Tascón JE, Alonso Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle Cauca. Colombia. 2005. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/cm36n2a2.htm>
25. Ortega JL. Estudio de la disminución de la longitud del arco en dentición mixta. El Odontólogo. 2003: 11.
26. Cuidando sus dientes. Atención al cliente. Foro Medicina y Salud. 2004 [Biblioteca Virtual de la Salud]. <<http://www.atrionfar.net>> [consulta: 5 feb 2005].
27. Miguel C. Aplicación del flúor disminuye el riesgo de caries. <<http://www.omnia.com.mx/noticias/26996/chihuahua/>> [consulta 28 de mayo 2006].
28. García Sábada J, López Pérez P. Proyecto de educación para la salud en la escuela: "Enséñale a sonreír". Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria 2001; 17(7):510.
29. Nieves P, Martín S, Echaniz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoque terapéuticos. Profesión dental (en línea). URL disponible en: <<http://www.coem.org/revista/anterior/05-97/index.html>> [consulta: abril 2006].
30. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, et al. Intervención educativa en niños de 12 años para modificar sus conocimientos y hábitos de higiene bucodental. Madrid, 2004.

31. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldivar C. Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. Rev. Cubana Estomatol. v.38 n.3. Ciudad de la habana. 2001.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300004&script=sci_arttext)
32. Fajardo JA. Algunos factores de riesgo de la enfermedad periodontal. . [Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Periodontología]. 2000. ISCM, Santiago de Cuba.
33. Villalobos OJ, Salazar CR, Ramírez de Sánchez G. Efecto de un enjuague bucal compuesto de... Act Odontol Venez 2001; 39(2):18
34. Crespillo Hernández J, García Bambuses M, Torriente Méndez M, Ayllón Taylor R. Intervención educativa para mejorar el estado de salud. Aten Primaria Esp 2002; 25 (1):56-61.
35. Restrepo HE. Promoción de salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción es Salud Pública. México. Educ Med y Salud 2003; 29 (1): 76-91.
36. Poyato Ferreira M, Segura Egea J. Efecto del aprendizaje de las técnicas de higiene oral sobre el índice de placa de los jóvenes estudiantes de Higiene Bucodental. Arch Odontoestomatol 2000; 16 (3): 177-82.
37. García Sábada JJ, López Pérez P, Varón García T. Evaluación de una estrategia de educación para la salud en el ámbito escolar: concurso "Limpia tus dientes y gana ". Arch Odontoestomatol 2000; 16 (3): 602-611.
38. Newt González MC, Cortés Martinicorena FG, Cuenca E. Hábitos y actitudes de salud oral en estudiantes de Odontología y medicina de la Universidad de Barcelona. Arch Odontopediatría 2001; 17 (7): 467-477.

39. Chacón Asuste L, Álvarez González A, Pesant Hernández O, Sánchez Fuentes J. Consejería en ITS y VIH/ SIDA. La Habana: MINSAP, 2004: 5-7.
40. González J, Calvo JR, Prats P. Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. Rev Aten Primaria 2002; 30 (4): 214.

## **CRONOGRAMA**

### **PLANIFICACION DE LAS TAREAS DE LA INVESTIGACION**

Secuencia	Fecha
1.- Revisión Bibliografía	Permanente
2.- Planificación y elaboración del protocolo	Enero 2010
3.- Presentación del protocolo	Febrero 2010
4.- Organización de la ejecución	Enero 2010
Coordinaciones necesarias	
Adquisición de recursos materiales	
5.- Diagnostico	Enero Febrero 2010
6.- Diseño e intervención	Enero Abril 2010
7.- Evaluación del impacto a mediano	Marzo Mayo 2010

Plazo

8.- Aplicación

Mayo 2010

9.- Manejo de datos y procesamiento estadístico.

Junio 2010

10.- Confección del informe final.

Agosto 2010

11.- Entrega y presentación del trabajo. de terminación de la tesis.

Noviembre 2010

## RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

### TOTAL DE INVESTIGADORES QUE LABORAN EN EL PROYECTO

Dr Yonier Torres Morales 4 horas

### RECURSOS MATERIALES NO GASTABLES

Recurso	Cantidad
Set de Clasificación	25

### RECURSOS MATERIALES GASTABLES

Recursos	Cantidad	Precio por Unidad
Hoja de papel de Impresión	1 paquete x 500	\$ 7.50 MLC
Bolígrafo	2	\$ 0.50 MLC
Lápiz	2	\$ 0.10 MLC
Goma para borrar	2	\$ 0, 10MLC

## Bibliografía

1. Cansesco Jiménez J. Cómo obtener una agradable sonrisa. México, DF, 2002 [biblioteca virtual de la salud] <<http://www.mipediatra.com.mx>> [consulta: 15 jul 2005].
2. Peláez WJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2003: 4.
3. Caballo VE, Simón MA. Manual de psicología clínica del adolescente. Trastornos generales Madrid: Pirámide; 2006
4. Wendell James. Adolescentes difíciles. Plaza y Janés. Barcelona: Editoriales SA, 2002: 7-8.
5. López Vantour AC. Escuela de salud bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana "Rubén Bravo Álvarez" [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
6. Cordón Portillo JA, Cardoso Páez AM. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2005; 1(1): 75-88.
7. Borroto Chao R, Sáez Luna M. Programa preventivo de caries dental en niños y adolescentes cubanos. Rev Cubana Estomatol 2006; 40(2): 32-9.
8. Pardo de Velez G, Cedeño Collazos F. Investigaciones en salud. Factoressociales. Colombia: Editorial MC Gallee Hill interamericana 2007:254.
9. Sabelli M, Doño R, Arrigó D, Macucho M. Una experiencia de trabajo comunitario desde el punto de vista de los actores participantes. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2005; 33(2):27-32.
10. Manual Internacional de la División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, DC. OPS 2005: 5-6.
11. Albandar JM. Longterm effect of two preventive programs in the incidente of plaque and gingivitis in adolescents. J Periodontol 2005; 65: 605-10.

12. Buischi YA. Effect of two preventives programs on oral health habits among Brazilian schoolchildren community. *Dent oral Epidemiol* 2005; 22: 41-6.
13. Kerebel LM. Effect of motivation on the oral health of French schoolchildrens. *H Dent child* 2005; 52: 287-93.
14. Ocariz Mejías Y. Intervención educativa “Sonríe al futuro”. [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2006. ISCM, Santiago de Cuba.
15. Cobas Pérez N. Escuela de salud bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “José Miguel Bañull” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
16. Romero González CM. Estrategia educativa en salud bucal para niños, madres y maestros de la escuela “Clodomira Acosta” [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2008. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología: Camaguey.
17. Arias Herrera JR. Comunicación en salud bucal para niños con discapacidad mental leve y sus educadores. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2008. ISCM: Camagüey.
18. Tomita NE, Pernambuco R de A, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev Fac Odontol Bauru* 2005;9(1-2): 63-9.
19. . Barella Balboa JL, Mesa Gallado I, Cobeña Manzorro M, Pérez Milena A, Leal Helmling J, Jiménez Pulido I. Estudio sobre la influencia a largo plazo de un programa de salud bucodental en escolares. *Med Familia – Andalucía /en línea/* 2002/fecha de acceso 17 de enero 2010/; 1:47-54. URL disponible en: <http://www.terra.es/personal/barella/sbdepub.htm>.

20. Marichal López M. Evaluación de un sistema de influencias educativas mediante Promotores de Salud en escolares de primaria [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Periodontología]. 2003. Clínica Estomatológica Docente “Mártires de Pino III”: Camagüey.
21. Legrá Matos SM. Estado de Salud Bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana “Orlando Fernández Badell” [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba
22. Márquez Zaragoza L. Evaluación de un sistema de influencias educativas mediante Promotores de Salud en escuelas primarias [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Periodontología]. 2004. Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark y Mascaró”: Camagüey.
23. Sans Pérez J. Influencia de la ingestión de alimentos dulces y de la higiene bucal en la caries dental. Gac Dent 2005; (80): 54-6.
24. Soro F, Suarez L, Benito M. La estomatología en la comunidad. Rev. Cub. Estomatol 2005; 12(1): 25.
25. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003: 493,498.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la Población. La Habana: MINSAP, 2008.
27. Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simona B, Cortés Alfaro A, González Hernández A, Rodríguez-Mena García M, Sanabria Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005: 10-9.
28. González Romero C M. Diagnostico educativo sobre salud bucal en escolares. Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(3) ISSN 1025.
29. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom S. Epidemiología Básica. Washington: Publicación Científica No. 551. OPS; 2008.

30. Tumer Norma L. La experiencia del Programa de Educación para la salud en la Universidad Nacional Stgo de Eferes, Argentina 2005
31. Carrobles J.A. Análisis y modificación de conducta II: Aplicaciones clínicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2007. Impresa, s.a. Herreros 42. Políg. Ind. Los Ángeles. Getafe. Madrid
32. Barroto Chao R, Trujillo Grass Programa de comunicación en Salud. Manual. Junta de Comunidades de Castilla-La marcha. UNICEF. MINSAP, 2006:78.
33. Senada Dumay J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integ 2005; 15(4): 453-60.
34. Mautsch W. Promoting Oral Health in deprived communities the oral. Berlin: Health alliance 2007: 21-40.
35. Mena GA. Epidemiología bucal. Caracas: Otero/Vdual; 2005
36. Heraza AB. Clínica del Sano en Odontología. Bogotá: Ed. ECOE; 2006.
37. Duque de Estrada Riveron J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev cub est 2005; 39(2): 111-9.
38. Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. Dent Educ. 2008
39. Hausen H. Application of the high- risk strategy to control dental caries. Community Dent Oral Epidemiology 2008; 28(1):26-34.
40. Chakraborty M. Epidemiological correlates of dental caries in an urban West. Bengal Indian J Public Health 2007; 41(2):56-60.
41. Alalweswass M. Early Plaque accumulation a sign for caries risk in young children. Community Dental Oral Epidemiology 2006; 22(2): 273-6.
42. Alenen P. Risk in risk definitions. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 27(6):394.
43. Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. Pediatr Dent 2005; 20(7):395-403.

44. Sheiman A. Efectos de la dieta sobre enfermedades dentales. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2006; 30(4): 26.
45. Melgar RA, Delgado E, Castro C, Díaz L, López V, Morón M, et al. Comparación del refrigerio escolar en niños de 3 a 13 años de edad en centros educativos estatales del distrito de San Borja. Odontol Pediatr 2005; 2(2): 12-6.
46. Saliba Moimez SA, Adas Saliba N, Corrente JE. Avaliacao de quatro índices de higiene oral: aspectos da reproductibilidade. Rev. Da Pós-graduacao 2005; 8(1): 46-53.
47. Solleras SM. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Ediciones Diaz de Santos. Barcelona 2005.
48. Palombo S, Napoli O, Fuks J, Tosi P. Programa de salud bucal en escolares. Bol Asoc Argent Odontol 2006; 28(4): 11-4.
49. Tamiette MB, Castillo LS, Paice HH. Educacao em saúde bucal para adolescentes: inadequação de una metodología tradicional. Arq Odontol 2005; 34(1): 33-5.
50. Bech JD. Epidemiology of peridontal diseases. Curr Opin Peridontol 2006; 31:3-9.
51. Rodríguez Vásquez C, Bratos E, Garcillan R, Rioboo R, Quijada E. Estudio Piloto sobre actitudes, conocimientos y hábitos en escolares integrados en programa de salud buco dental. Rev. Avances Odontol 2007; 16(6):361-9.
52. Fajardo JA. Algunos factores de riesgo de la enfermedad periodontal. . [Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Periodontología]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
53. Acevedo Sierra O. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2008; 6(2)
54. Cepero Sánchez Z. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Matanzas; 2007. Fecha de acceso 25 de noviembre del 2009; disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>

55. Fernández Martínez Y. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2009; 7(1) Especial.
56. Arza Lahens M, Escuela de Salud Bucal para adolescentes en la secundaria básica urbana "Roberto Rodríguez" [trabajo para optar por el título de especialista en I Grado de Estomatología General e Integral]. 2005. ISCM, Santiago de Cuba.
57. Cardenas Perez E. Intervention educativa "Sonrisa ideal para un joven" [tesis en opción del título académico de máster en salud bucal comunitaria] 2006. Filial de ciencias medicas "Arley Hernández Moreira". Morón .Ciego de Ávila.

1. Maron A. Caries dental, extractos socioeconómicos y necesidades de tratamiento en escolares de dos zonas de la Región Nor.Occidental de Venezuela. Rev. Facultad de Med, Universidad de los Andes 2005; 6(1): 34.
2. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategia y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomat 2005; 40(1): 19-27.
1. Gómez Pinto V. Corrocoes de rumo para o levantamento epidemiológico em saúde bucal. Rev Bras Odontol Saude Coletiva 2005; 1(2): 26-9.

22. Limonta Vidal E, Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal. MEDISAN 2003; 4(3): 9-15.
  23. Abramson J. Método de estudio en medicina comunitaria. Madrid: Edit. Díaz Santos 2005.
  24. Puente M, Castillo Coto A, Sistema evaluativo para la educación sanitaria en estomatología. Rev Cub Ortod. 2005;7(1-2):36-8.
- 
1. Gedler HO, Álvarez ML, Álvarez de Lugo M. Reflexiones pedagógicas, psicológicas y filosóficas del quehacer odontológico en el área clínica. Acta Odontol Venez 2005; 39(2): 47-9.
  2. Luetich A, Moroni E, Cura A. Proyecto innovativo de educación para la salud. RAAD. Rev Ateneo Argentina Odontol 2006; 39(1):5.
  3. Carmenates Fernández N. Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero. Archivo Médico de Camagüey 2007; 11(4) ISSN 1025-0255.

# *Anexo 1*

Consentimiento informado.

Yo, \_\_\_\_\_  
estoy conforme a participar en la investigación Intervención educativa “La Sonrisa del futuro”.

Se me ha explicado en detalle los objetivos de este trabajo, donde se emplearán técnicas educativas y afectivas participativas; de forma voluntaria me incluyo en el estudio, y para que así conste, firmo la presente:

\_\_\_\_\_

Nombre del adolescente

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre del investigador

\_\_\_\_\_

Firma

## *Anexo 2*

Convenio investigador – escuela.

De una parte: Dr. Yonier Torres Morales

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Filial de Ciencias Médicas “Arley Hernández Moreira”.

De otra parte: Instituto Preuniversitario “Nguyen Van Troi”

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dr. Yonier Torres Morales

- Elaborará una estrategia educativa de salud bucal para adolescentes y trabajará en la escuela a partir de Enero del 2010 hasta julio del 2010.
- La estrategia contará con técnicas educativas y participativas.
- Se solicitará apoyo de todo el personal vinculado con la atención de los estudiantes.
- Director
- Garantizará la participación de todos los incluidos en el estudio.
- Colaborará con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Morón, Ciego de Ávila, a los 7 días del mes de Enero del 2010.

---

Dr. Yonier Torres Morales

---

Firma.

---

Director

---

Firma.

## *Anexo 3*

### **Encuesta:**

Primera parte.

Datos generales:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Grado escolar: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Cuestionario:

1.- ¿Para qué considera usted que los dientes son importantes?

a) Para la función masticatoria \_\_\_\_\_.

b) Para la fonación \_\_\_\_\_.

c) Para la estética \_\_\_\_\_.

d) Para las relaciones sociales \_\_\_\_\_.

e) Otra respuesta \_\_\_\_\_.

f) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

2.- ¿Cómo logras mantener tu boca limpia?

a) Con el cepillo dental \_\_\_\_\_.

b) Solo con enjuagues \_\_\_\_\_.

c) Otra respuesta \_\_\_\_\_.

d) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

3.- ¿En qué momento te cepillas los dientes?

- a) Al levantarte \_\_\_\_\_.
- b) Después del desayuno \_\_\_\_\_.
- c) Después del almuerzo \_\_\_\_\_.
- d) Después de la comida \_\_\_\_\_.
- e) Al acostarse \_\_\_\_\_.
- f) Otra respuesta \_\_\_\_\_.
- g) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

4.- ¿Consideras algún hábito dañino para tu salud bucal?

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) Cuál? \_\_\_\_\_

Evaluación \_\_\_\_\_.

5.- ¿Cuáles son las enfermedades de los dientes que usted conoce?

- a) Caries \_\_\_\_\_.
- b) Periodontopatías o enfermedad de las encías \_\_\_\_\_.
- c) Maloclusiones o malposiciones dentarias \_\_\_\_\_.
- d) Otra respuesta \_\_\_\_\_.
- e) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

6.- ¿Conoce usted sobre la influencia de los dulces y golosinas en los dientes?

a) Favorecen la formación de caries \_\_\_\_\_.

b) Son buenos \_\_\_\_\_.

c) No son buenos \_\_\_\_\_.

d) Son sabrosos y ricos \_\_\_\_\_.

e) Engordan \_\_\_\_\_.

f) Otra respuesta \_\_\_\_\_.

g) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

7.- ¿Consideras importante acudir al estomatólogo?

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

c) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

8.- ¿Cuándo lo haces?

a) Una vez al año o cada seis meses \_\_\_\_\_.

b) Cuando tienes problemas \_\_\_\_\_.

c) Cada dos o tres años \_\_\_\_\_.

d) Nunca \_\_\_\_\_.

e) No sabe \_\_\_\_\_.

Evaluación \_\_\_\_\_.

**Calificación de acuerdo al nivel de información sobre salud bucodental:**

Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_

Segunda parte.

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

I. A. H. B. = \_\_\_\_\_ %.

Calificación:

Bien \_\_\_\_\_

Deficiente \_\_\_\_\_

2. Registro de hidratos decarbono en la dieta. Método de las 24 horas.

1. ¿Qué desayunas?

2. ¿Qué comes o tomas entre el desayuno y el almuerzo?

3. ¿Qué almuerzas?

4. ¿Qué come o tomas entre el almuerzo y la merienda?

5. ¿Qué meriendas?

6. ¿Qué comes o tomas entre la merienda y la comida?

7. ¿En que consiste la comida?

8. ¿Qué comes o tomas antes de acostarte?

9. Si te despiertas en la noche, ¿Qué comes o tomas?

Momentos de azúcar al día \_\_\_\_\_

Calificación:

Bien \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_

Deficiente \_\_\_\_\_

## *Anexo 4*

### **Instructivo para la aplicación de la encuesta.**

1. Se formularán las preguntas que se encuentren redactadas en el cuestionario, si la persona no entiende se le leerá la pregunta tantas veces como sea necesario, pero no se le harán modificaciones ni aclaraciones adicionales.
2. No se leerán al entrevistado las alternativas de respuesta para no sugerirle lo que no debe responder.
3. en ningún caso el encuestador dejará entrever su opinión, ni mediante el lenguaje hablado, ni por su conducta extraverbal.
4. Cuando la respuesta no se ajusta a las posibilidades planteadas, se marcará con una X en otra respuesta.
5. Si después de contestada la pregunta se hace necesario hacer un cambio de respuesta y no se puede borrar la X, táchela y ponga al lado que fue marcada incorrectamente.
6. Todas las preguntas deben tener respuesta, estimulando a contestar a los que no cooperen, teniendo en cuenta lo señalado en el punto 4.
7. Cuando el encuestado de la respuesta a la pregunta que se le formule se marcará con una X la casilla correspondiente.
8. La clasificación se considerará a partir del número de puntos que obtenga el encuestado y que lo permite ubicar en uno de los grupos siguientes: bien, regular y deficiente.

## *Anexo 5*

### **Clave para calificar la encuesta:**

Primera parte.

#### Preguntas de 5 puntos.

Bien: de 4 a 5 puntos.

Regular: de 2,5 a 3,9 puntos.

Deficiente: menos de 2,4 puntos.

#### Preguntas de 10 puntos.

Bien: de 8,5 a 10 puntos.

Regular: de 7 a 8,4 puntos.

Deficiente: menos de 6,9 puntos.

#### Criterios y puntuación por preguntas:

Pregunta 1: valor 10 puntos

Incisos: a) \_\_\_\_\_ 7 puntos.

b) \_\_\_\_\_ 1 punto.

c) \_\_\_\_\_ 1 punto.

d) \_\_\_\_\_ 1 punto.

e) y f) \_\_\_\_\_ 0 punto.

Pregunta 2: valor 5 puntos

Incisos: a) \_\_\_\_\_ 5 puntos

b) \_\_\_\_\_0 puntos.

Pregunta 3: valor 10 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_1 punto.

b) \_\_\_\_\_2 puntos.

c) \_\_\_\_\_2 puntos.

d) \_\_\_\_\_2 puntos.

e) \_\_\_\_\_3 puntos.

f) y g) \_\_\_\_\_0 puntos.

Pregunta 4: valor 5 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_2 puntos.

b) \_\_\_\_\_0 puntos.

c) \_\_\_\_\_3 puntos.

Pregunta 5: valor 5 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_3 puntos.

b) \_\_\_\_\_1 punto.

c) \_\_\_\_\_1 punto.

d) y e) \_\_\_\_\_0 puntos.

Pregunta 6: valor 10 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_5 puntos.

b) \_\_\_\_\_1 punto. .

c) \_\_\_\_\_2 puntos.

d) y e) \_\_\_\_\_ 1 puntos.

f) y g) \_\_\_\_\_ 0 punto.

Pregunta 7: valor 5 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_ 5 puntos.

b) \_\_\_\_\_ 0 puntos.

Pregunta 8: valor 10 puntos.

Incisos: a) \_\_\_\_\_ 10 puntos.

b),c),d) y e) \_\_\_\_\_ 0 puntos.

Criterio y puntuación de la encuesta en total:

- Bien: si obtiene de 51 a 60 puntos.
- Regular: si obtiene de 42 a 50 puntos.
- Deficiente: si obtiene menos de 41 puntos.

Segunda parte

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

Se calificará de la siguiente forma:

- Bien: de 0 a 20 % de superficies teñidas.
- Deficiente: más del 20 % de superficies teñidas.

2. Registro de hidratos de carbono en la dieta.

Recibirá la siguiente calificación:

- Bien: hasta 4 momentos de azúcar al día.
- Regular: de 5 a 6 momentos de azúcar al día.

- Deficiente: 7 y más momentos de azúcar al día o consumo nocturno sin higiene bucal.

## *Anexo 6*

### **Índice de Análisis de Higiene de Love y colaboradores:**

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

## *Anexo 7*

### **Estrategia de intervención educativa.**

#### **Título: “LA SONRISA DEL FUTURO”**

**Objetivo general:** Elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de décimo grado del preuniversitario “Nguyen Van Troi “ del municipio Morón.

Esta estrategia consta con actividades teórico-prácticas, diferentes técnicas afectivo-participativas y diversos medios de enseñanza, todo acorde con la edad y las características del grupo para instruir los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias.

Con ella se pretende lograr la motivación de estos adolescentes para adquirir los conocimientos teóricos y prácticos que le permitan el mejoramiento o mantenimiento de su salud bucal.

#### **Actividad 1**

Tema I: La higiene bucal su importancia.

Contenido: 1.1- Forma y frecuencia del cepillado gingivodental.

1.2- Uso de los medios auxiliares del cepillado.

1.3- Importancia de mantener una buena higiene bucal.

Tiempo: 3 horas.

Objetivo: Demostrar la técnica correcta del cepillado gingivodental y el uso adecuado de sus medios auxiliares.

Forma: Clase taller.

Técnica afectivo participativa: Descúbralo usted...

Medios: Retrotransparencias, láminas, taipodont, cepillo y medios auxiliares del cepillado.

Preguntas de comprobación:

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

## **Actividad 2**

Tema II: Hábitos perjudiciales para la salud bucal.

Contenido: 2.1- Hábitos deformantes del complejo dentomáxilofacial. Definición.

2.2- Hábitos más frecuentes.

2.3- Consecuencias de la práctica de estos hábitos.

Tiempo: 3 horas.

Objetivo: Explicar las consecuencias de la práctica de los hábitos deformantes del complejo dentomáxilofacial más frecuentes.

Forma: Clase teórico-práctica.

Técnica afectivo participativa: Correo mambí.

Medios: Láminas, fotos, pizarra, modelos de yeso.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione los hábitos bucales deformantes estudiados en clase.
2. Identifique el hábito bucal deformante que mostramos en la lámina.
3. Exponga las consecuencias de uno de estos hábitos.

### **Actividad 3**

Tema II: Hábitos perjudiciales para la salud bucal.

Contenido: Hábitos tóxicos nocivos para la salud bucal. Tabaquismo y alcoholismo.

Tiempo: 3 horas.

Objetivo: Explicar las consecuencias de la práctica de los hábitos tóxicos para la salud bucal.

Forma: Video debate

Técnica afectivo participativa: En contacto.

Medios: Televisor, video y cassette.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione los hábitos tóxicos nocivos para la salud bucal.
2. Enumere 3 consecuencias para la salud bucal de la práctica del tabaquismo.
3. Enumere 3 consecuencias para la salud bucal de la práctica del alcoholismo.

#### **Actividad 4**

Tema III: Enfermedades de los dientes y las encías.

Contenido: 3.1- Caries dental.

3.2- Periodontopatías.

3.3- Importancia de las visitas al estomatólogo.

Tiempo: 3 horas.

Objetivos: Explicar aspectos generales de la caries dental y las periodontopatías.

Forma: Conferencia.

Técnica afectivo participativa: Encuentra la respuesta.

Medios: Láminas, pizarra, fotos, retrotransparencias, bolas, tirillas de papel.

Preguntas de comprobación:

1. Identifique las enfermedades bucales estudiadas en clase.
2. Explica con tus palabras: ¿Qué es la caries dental?
3. ¿Cómo puedes evitar que te sangren las encías?
4. ¿Crees correcto visitar al estomatólogo solo cuando te duele un diente?  
Argumente.

#### **Actividad 5**

Tema IV: Factores de riesgo de enfermedades bucales.

Contenido: 4.1- Placa dentobacteriana.

4.2- Dieta cariogénica.

Tiempo: 3 horas

Objetivo: Explicar aspectos generales de la placa dentobacteriana y la dieta cariogénica.

Forma: Conferencia.

Técnica afectivo participativa: ¿Quién gana un juego de béisbol?

Medios: Pizarra, láminas, sustancias reveladoras de placa dentobacteriana, modelos de registro de hidratos de carbono en la dieta (método de las 24 horas).

Preguntas de comprobación:

1. ¿Qué es la placa dentobacteriana?
2. Menciona las enfermedades que produce en tu boca.
3. Explique la forma más eficaz para eliminarla.
4. Cite ejemplos de alimentos cariogénicos.

### **Actividad 6**

Confección de mural “Boca sana vida sana”

Tiempo: 3 horas.

Técnica: Trabajo en grupo.

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

### **Actividad 7**

Confección de marcadores y adornos para las mesas de las aulas.

Tiempo: 3 horas.

Técnica: Trabajo en grupo.

Medios: Cartulina, plumones, lápices de colores, acuarela, tijera y pegamento

## **Técnicas afectivas participativas:**

1.- Descúbralo usted...

Objetivo: Inducir el análisis de un fenómeno partiendo de la motivación que crea su identificación.

Desarrollo:

- Entre los participantes se selecciona 3 ó 4 compañeros que conformarán un panel, que tendrá el objetivo de identificar el fenómeno que el grupo seleccione para profundizar en su análisis.
- Los panelistas deben abandonar el local para permitir que el grupo decida cuál será el fenómeno a identificar y qué información mínima brindarán para que se inicien las preguntas del panel.
- Los panelistas tendrán derecho a preguntar al grupo y a intercambiar entre ellos, aunque los turnos de preguntas serán individuales y en forma de ronda. Las respuestas del grupo deben ser breves.
- Concluye la ronda de preguntas cuando se identifica el fenómeno, o cuando se llegue al número de respuestas negativas que previamente aprobó el colectivo como tope.
- Si el panel llega a identificar el fenómeno uno de sus integrantes brindará información sobre este, de lo contrario corresponderá a un miembro del plenario ofrecer dicha información.
- Esta actividad dará inicio al trabajo de búsqueda de información, análisis o debate del tema y permite diagnosticar que nivel de conocimientos tienen los participantes.

Recomendaciones:

Debe cuidarse que la realización del panel no se convierte en el objetivo de la actividad, pues puede perderse la intención de que sirva solo como presentación del tema que será motivo de posterior análisis.

2.- Correo mambí.

Objetivos: Desarrollar independencia cognoscitiva.

Fortalecer el amor patrio.

Materiales: Mariposas de cartulina (flor nacional), fotos o láminas con la presencia de hábitos bucales deformantes.

Desarrollo:

- La agrupación de los niños responderá a la selección que hagan de la foto o lámina que aparece en la exposición. Se pondrá el nombre a cada equipo en dependencia del hábito deformante identificado.
- Un estudiante con el rol de mensajero mambí llevará en los pétalos de nuestra flor nacional a cada tropa (grupos) los mensajes secretos u orientaciones del profesor.
- El trabajo de cada grupo será informado en la reunión general de todas las “tropas” donde se evaluará la eficacia del cumplimiento de la orden.

3.- En contacto.

Objetivo: Brindar tratamiento a nuevos contenidos de forma sugerente.

Desarrollar habilidades para la entrevista.

Materiales: Tarjeta con los nombres de los telecentros, acondicionamiento del local como estudio de televisión.

Desarrollo:

- Se le informa a los alumnos el tema del programa. Se conforman los equipos que jugarán el rol de telecentros provinciales y se le da a un alumno el rol de conductor de un programa, a fin de que preparen el guión, sus entrevistas, comentarios e informaciones.
- Se ambienta el aula de forma que los alumnos se sientan en un ambiente diferente.

Desarrollo del programa:

- El profesor presentará la actividad, explica la dinámica e informa a los participantes de la existencia de grupos que jugarán el rol de telecentros y el conductor del programa, pidiendo al resto de los participantes una actitud crítica y valorativa.
  - Según el guión se desarrollarán las entrevistas, informaciones, exposición de videos, en fin todo el programa previsto.
  - El conductor dará la posibilidad a los presentes en el “estudio” para hacer preguntas que serán respondidas por algún telecentro.
  - El profesor jugará el rol de “coordinador del programa” y mediante señas ayudará ante los imprevistos, dado que es un “programa en vivo”.
  - Una vez concluido el “programa” el profesor conducirá el análisis de los aspectos positivos y negativos acontecidos durante la actividad, provocará un debate de profundización y la selección de los aspectos del tema sobre los que deben realizar futuras profundizaciones.

Recomendaciones:

Se pueden seleccionar los mejores telecentros y los corresponsales destacados para entregar estímulos.

4.- Encuentra la respuesta.

Objetivo: Elaborar colectivamente un conocimiento.

Materiales: Bolsa, tirillas de papel.

Desarrollo:

- Formación de pequeños grupos, a cada uno de ellos el profesor entregará una tarjeta con una situación problémica, o interrogante teórica, a la cual el grupo debe dar respuesta.
- Se les orienta que en una bolsa se encuentran tirillas de papel con la información que debe ser seleccionada y clasificada por el grupo.
- En plenario cada grupo socializará los resultados de sus esfuerzos, el debate crítico enriquecerá el trabajo.

5.- ¿Quién gana un juego de béisbol?

Objetivo: Desarrollar habilidades para elaborar preguntas.

Materiales: Textos o materiales preparados sobre el tema.

Desarrollo:

- Se divide el grupo en dos equipos.
- Se entregan materiales para que profundicen en el tema objeto de estudio.
- Un equipo debe elaborar una serie de preguntas que lanzarán al otro equipo y deciden el orden de sus bateadores.
- Si el bateador responde correctamente se anota una carrera, si necesita de la ayuda de otro compañero del equipo solo avanza hasta primera base.
- Si no responde la pregunta pasa a batear el otro equipo.
- En caso de empate, el profesor lanzará preguntas a cada uno de los equipos alternativamente, hasta tanto se equivoquen, sin que pueda un mismo participante responder más de una pregunta.

Recomendaciones:

Pudiera obviarse el paso de elaboración de preguntas e improvisarlas dentro del mismo juego, a partir de rápidas consultas entre los miembros del equipo.

## *Anexo 9*

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

Tabla # 4. Nivel de información de los adolescentes al inicio del estudio y después de la intervención educativa.

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

Al inicio  $X_1=17.3$  y al final  $X_2=88.5$  obteniéndose la diferencia de promedio ( $X_2-X_1$ ) lo que significa que hubo un avance en promedio de 71.2 puntos.

Se debe señalar que esta medida es bien significativa por ser la desviación típica de 1.35 y 1.54 respectivamente.

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

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Como  $p=0.0013$  siendo menor que 0.025 por ser de dos colas, se rechaza  $H_0$  con un 95% de confiabilidad, o sea, que los resultados difieren significativamente por la prueba de diferencia de medias.

Tabla # 5. Eficiencia de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodental.

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

Al inicio  $X_1=32.7$  y al final  $X_2=82.7$  obteniéndose la diferencia de promedio ( $X_2 - X_1$ ) lo que significa que hubo un avance en promedio de 50.0 puntos, para calcular esta diferencia se tuvo en cuenta el valor absoluto.

Se debe señalar que esta medida es bien significativa por ser la desviación típica de 1.07 y 1.31 respectivamente.

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

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Como  $p=0.0007$  siendo menor que 0.025 por ser de dos colas, se rechaza  $H_0$  con un 95% de confiabilidad, o sea, que los resultados difieren significativamente por la prueba de diferencia de medias.

Tabla # 6. Frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta de los adolescentes en estudio.

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

Al inicio  $X_1=11.5$  y al final  $X_2=55.8$  obteniéndose la diferencia de promedio ( $X_2-X_1$ ) lo que significa que hubo un avance en promedio de 44.3 puntos, para calcular esta diferencia se tuvo en cuenta el valor absoluto.

Se debe señalar que esta medida es bien significativa por ser la desviación típica de 1.07 y 1.31 respectivamente.

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

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Como  $p=0.0007$  siendo menor que 0.025 por ser de dos colas, se rechaza  $H_0$  con un 95% de confiabilidad, o sea, que los resultados difieren significativamente por la prueba de diferencia de medias.

