

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE “BELKIS SOTOMAYOR
ÁLVAREZ”
CIEGO DE ÁVILA**

Título: Intervención comunitaria: salud periodontal, parte importante de la salud bucal.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO DE
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Año 2013

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE “BELKIS SOTOMAYOR
ÁLVAREZ”
CIEGO DE ÁVILA**

Título: Intervención comunitaria: salud periodontal, parte importante de la salud bucal.

Autora: Dra. Anisleidy Roque Martinez

*Residente Estomatología General Integral

Tutora: MSc. Dra. Lina Isabel Torres Garriz.

- * Master en Salud Bucal Comunitaria.
- * Especialista en primer grado de Estomatología General Integral.
- * Profesora Asistente.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Año 2013

DEDICATORIA:

A todo el que desee aprender cada día más.

Agradecimientos:

A mis padres y a mi hermano por ser mis motores impulsores.

A mi tutora por dedicarme tanto de su tiempo.

*A mis profesores que me alumbraron el camino cuando todo se percibía
oscuro.*

Pensamiento

... “En prever, está todo el arte de salvar”.

José Martí.

RESUMEN:

Se realizó un estudio pre experimental (Antes – Después) de intervención comunitaria, para elevar el nivel de conocimiento de Salud Bucal enfatizando en las enfermedades periodontales en los internos del centro penitenciario Unidad Campamentos de Ciego de Ávila durante el período comprendido entre octubre del 2012 y Julio del 2013. El universo y la muestra coincidieron, lo conformaron la totalidad de 42 reclusos. Se elaboró una planilla para la recogida de datos y una encuesta de 6 preguntas. Se recogieron como variables: edad, nivel de escolaridad, higiene bucal y nivel de información sobre las enfermedades periodontales antes y después de la intervención. La investigación se ejecutó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Se realizó una encuesta inicial, se impartió un Programa Educativo prediseñado sobre el tema y después de tres meses de concluir con la intervención comunitaria se aplicó una segunda encuesta para la evaluación. Predominó como nivel educacional aprobado el noveno grado. Al concluir la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal concluyó con un 76.19% así como la higiene bucal adecuada se elevó a un 71.43%, resultados que en el análisis estadístico fueron significativos. Se recomendó diseñar y aplicar campañas de Educación para la Salud sobre el tema.

ÍNDICE:

<i>Introducción</i>	1
<i>Objetivos</i>	6
<i>Marco teórico</i>	7
<i>Método</i>	14
<i>Resultados y discusión</i>	21
<i>Conclusiones</i>	26
<i>Recomendaciones</i>	27
<i>Referencias bibliográficas</i>	28
<i>Anexos</i>	

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional (1).

La salud bucal constituye el reflejo de la salud corporal y en ella se pueden observar signos de deficiencias nutricionales o de infección general. La cavidad bucal está colonizada por numerosas bacterias, algunas de las cuales están asociadas a la caries dental y a la enfermedad periodontal (2).

Dentro de los principales problemas de salud bucal, la enfermedad periodontal cada día tiene mayor importancia, no solamente para la salud oral, sino que se ha constituido como un factor de riesgo importante para la salud sistémica de nuestros pacientes (3).

Se señala que estas enfermedades existían en el hombre primitivo, pero no es hasta la primera mitad del siglo XX que se adquiere consciencia de su prevención y tratamiento (4).

Numerosas investigaciones realizadas prueban que existe una estrecha relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas (5).

La principal causa de esta enfermedad crónica son los microorganismos de la placa dentobacteriana. Cronológicamente, lo primero que ocurre es que una inadecuada técnica de higiene oral permite la acumulación de placa sobre el surco gingival, ante lo cual el huésped va a responder con una capacidad mayor o menor, lo que le generará un cuadro de gingivitis más o menos llamativo (6 - 10).

Un reciente informe de Dental Word, (11) señala que otro de los factores de riesgo para las enfermedades de la cavidad bucal es la presencia de unos 500 tipos diferentes de bacterias que viven habitualmente en este medio; muchas de ellas producen estas enfermedades, pero de forma indirecta pueden comprometer la salud del portador de ellas, bien por su paso directo al torrente circulatorio o por la producción de fenómenos inflamatorios.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente un 75% de la población padece en algún grado enfermedad de las encías o del periodonto (12).

La enfermedad periodontal es la causa principal de pérdida de dientes, afectando mundialmente a una gran parte de la población. En España, se estima que solo el 14,8% de los adultos, entre 35 y 44 años tiene las encías sanas, el 59,8% presenta gingivitis y el 25,4% periodontitis; en personas de 65 a 74 años, la situación aún es peor: el 10,3% tendría las encías sanas y el resto padecería algún tipo de enfermedad periodontal (51,6% gingivitis y el 38% periodontitis) (13) En Estados Unidos cerca del 80 % de los adultos padecen de alguna u otra forma de esta enfermedad(14).

El conocimiento de la etiología de esta enfermedad, 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 curativos 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 (15; 16).

El tratamiento para la misma consume importantes recursos humanos y materiales al sector de la salud, así como a otros grupos por las ausencias de los trabajadores. En los países capitalistas al ser el examen estomatológico eminentemente privado y de alto costo se hace más difícil para los pacientes recibirla, lo que agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, esta especialidad continua utilizando métodos curativos, costosos y complejos. Hay evidencias de que el incremento de servicios estomatológicos especializados, de carácter predominantemente sanativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta permanencia de las enfermedades gingivales y periodontales, generando necesidades ilimitadas de atención. Por otro lado, las medidas educativas y preventivas, generalmente se aplican en el contexto de la atención curativa con el empleo de métodos tradicionales ya obsoletos (17).

En Cuba antes del triunfo de la Revolución la Promoción de Salud era nula. En la década del 60, cuando aún se contaba con muy pocos recursos, fue necesario crear un Sistema Único de Salud que eliminara las desigualdades sociales y

garantizara un novedoso modelo de atención con vistas a desarrollar la Atención Estomatológica General Integral como método y vinculación del estomatólogo y el médico de la familia, con un enfoque promocional basado en el trabajo con la comunidad. Es por ello que el trabajo del estomatólogo de estos tiempos es conseguir salud para todos mediante la capacitación de la comunidad (15).

En las actuales circunstancias las acciones de promoción y educación para la salud deben considerarse como el pilar principal de sustentación futura de la salud, sin lo cual todo programa asistencial terminará agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos y las necesidades (18).

La Educación para la Salud fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos (19; 20).

La principal herramienta de la Promoción de Salud es la Educación para la Salud. Existen numerosas técnicas educativas, tales como: la Charla Sanitaria, la Entrevista personal, la Demostración, el Círculo de Interés y la Dramatización, las más comúnmente aplicadas son la Charla Sanitaria y la Demostración (21).

Actualmente se están aplicando técnicas novedosas, con muy buenos resultados, para lograr la motivación y el cambio de actitud en los individuos en los que se combinan los aspectos afectivos de los mismos y su participación directa, conocidas como técnicas afectivas-participativas. Estas permiten influir con mayor efectividad en las actitudes y costumbres de la población para alcanzar un comportamiento saludable (22; 23).

Las técnicas educativas son estrategias de comunicación, constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a la comunicación de conocimientos, actitudes y prácticas, así como la elevación de la conciencia ante los problemas de salud, tanto individual como colectiva; entre ellas se encuentran: la entrevista, la charla, el cine debate, los círculos de interés, la demostración, las dramatizaciones, la discusión en grupo, la audiencia sanitaria, los cuentos, las canciones, los juegos, la lluvia de ideas, el foro casete, las técnicas afectivas y comunicativas (24).

La intervención educativa es un método eficaz para proporcionar conocimientos sobre higiene bucal. Existen antecedentes de investigaciones que demuestran como con intervenciones educativas, se logra mejorar el nivel de conocimiento sobre los factores etiológicos que pueden afectar la salud bucal, como los realizados en 2012 por Bosch Robaina R. y colaboradores, España (1).

En la revisión de la literatura encontramos además algunas intervenciones educativas dirigidas en diferentes países y grupos poblacionales. Entre ellas citamos a Dávila ME y Mujica M, (25) en el estado de Lara, Venezuela, al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa.

En nuestro país se han realizado numerosos trabajos científicos sobre salud bucodental, un ejemplo lo constituye la intervención educativa realizada en adolescentes del Preuniversitario "Rafael María de Mendive" de Santiago de Cuba por Manuela Chung Fernández y MsC. Franklin Lafarge Gainza donde también al evaluar se apreció un aumento importante del nivel de conocimiento del tema tratado en los participantes (26).

También Crespo MI y col,(27) en la "Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez", realizada en la misma ciudad, han mostrado resultados muy positivos señalando que estos escolares aumentaron favorablemente el 98 % de los conocimientos sobre la salud bucal.

En Cienfuegos, García OL y col, (28)realizaron también otra intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria con resultados muy positivos sobre salud bucal y el índice de higiene bucal.

En Matanzas se realizó una intervención educativa con el objetivo de capacitar a maestros de primero y segundo grado de la enseñanza primaria en diversos temas de salud bucal. Al finalizar la intervención educativa, el 75,6 % de los encuestados alcanzaron calificaciones de excelente, elevándose la capacitación de estos docentes en relación con temas de salud bucal (29).

Ciego de Ávila también ha sido objeto de estudios similares; tal es el caso de Bolaños M y González EC, (30)en la Intervención Educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal aplicada en ochenta niños de cuarto grado del centro escolar "José Antonio Echeverría". La evaluación efectuada tres meses

después de la intervención reveló la eficacia de la misma en la adquisición y modificación de hábitos y conocimientos sobre salud bucal.

Además se puede citar el caso del estudio intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 45 embarazadas, distribuidas en seis consultorios del Médico de la Familia del Consejo Popular Baraguá. La evaluación efectuada 6 meses después reveló la eficacia del mismo en la adquisición de hábitos y conocimientos de salud bucal (31).

En el Análisis de Situación de Salud realizado en el centro penitenciario Unidad Campamentos de Ciego de Ávila se detectó como principal problema que el 74.42% de la población tenía un deficiente nivel de Educación para la salud bucodental y en particular acerca de las enfermedades periodontales, producto del bajo nivel de información existente sobre este tema en la institución.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado y debido a que la salud bucal juega un importante papel en el bienestar físico, psíquico y mental de cada individuo consideramos pertinente la realización de esta intervención en el centro penitenciario ya mencionado, pues no cuenta con la experiencia de un estudio similar. A través de esta investigación se pretende elevar el nivel de conocimientos en dicha población dentro del marco de las enfermedades periodontales, así como sistematizar y hacer consciente a la misma acerca de estos problemas periodontales, previniendo de esta forma enfermedades y elevando no solo la calidad en la atención médica de las mismas sino también su calidad de vida lo cual posee relevancia social.

OBJETIVOS:

General:

Elevar el nivel de conocimientos sobre las enfermedades periodontales en la población penal del centro penitenciario Unidad Campamentos de Ciego de Ávila.

Específicos:

Caracterizar la muestra según las variables: edad y nivel de escolaridad.

Determinar el nivel de información sobre enfermedades periodontales así como el grado de higiene bucal en la población penitenciaria en estudio.

Implementar la estrategia de intervención comunitaria sobre la base de los problemas encontrados.

Evaluar la modificación del nivel de conocimientos en la muestra examinada.

MARCO TEÓRICO:

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también de enfrentarse a ellos.

El objetivo principal de la medicina no es como generalmente se cree, el de curar dolencias, sino el de preservar el estado de salud general. De igual forma la Estomatología se proyecta no sólo hacia el tratamiento de las afecciones sino sobre todo a la preservación de la salud bucal de la población (32).

Las enfermedades bucales son diversas así como sus factores etiológicos y predisponentes por lo que se pueden considerar enfermedades multifactoriales que afectan de diferente manera la cavidad bucal. El objetivo fundamental de la salud en Cuba es el desarrollo de la medicina comunitaria, que tiene como fin promover salud y prevenir enfermedades, de ahí la importancia de educar a la población sobre temas relacionados con la salud bucal (24).

Enfermedades periodontales

Las enfermedades periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, constituyen el segundo problema de salud bucal a escala mundial y datan desde épocas muy remotas (33; 34).

El término enfermedad periodontal (EP), se refiere a un conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de protección y de inserción del diente(9; 35 - 38).

Se refiere a todas aquellas enfermedades que involucran las estructuras de sostén del diente (periodonto); incluidos: encía, desmodonto, cemento y hueso alveolar. En las fases tempranas de esta enfermedad la inflamación se circunscribe a la encía (gingivitis) y luego se extiende a los tejidos de soporte subyacentes (periodontitis). Puede culminar con la completa destrucción del periodonto y la pérdida de los dientes (39).

La salud periodontal es un aspecto importante de la salud oral, ya que las enfermedades periodontales graves pueden resultar, en último término, en la pérdida de los dientes que de otro modo estarían sanos (40).

Estudios paleontológicos señalan que las personas han estado expuestas al padecimiento parodontal desde épocas pasadas, documentos arcaicos revelan su conocimiento, así como la necesidad de tratamiento. Esta aparece como la más común de las dolencias encontradas en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años y ha estado presente en todos los continentes (41).

La gingivitis crónica es la enfermedad periodontal confinada a los tejidos que protegen al diente (periodonto de protección), que incluye: encía, epitelio de unión y membrana de Nasmyth, y constituye una respuesta inflamatoria, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival; aparece en la infancia y su prevalencia es considerable (33, 8, 10).

Esta enfermedad periodontal es la más frecuente en niños y adolescentes, es un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean el diente caracterizado por enrojecimiento, edema, sensibilidad y sangramiento gingival, puede presentarse de forma aguda, subaguda y crónica. La gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de las irritaciones locales y de la resistencia de los tejidos bucales; su incidencia aumenta con la edad, asociada a deficiencias en la higiene bucal (42).

El signo principal es la presencia de sangrado gingival, ya sea espontáneo o provocado (43).

Estudios realizados han demostrado que 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 (44).

La periodontitis es una enfermedad que aparece como un factor inflamatorio de la acumulación del sarro bacterial en la que se destruyen de los tejidos suaves y duros que sostienen a los dientes (45-50).

Es evidente una relación entre la mala higiene bucal, la formación de la placa dental y la respuesta inflamatoria gingival. La eliminación incorrecta de estas bacterias por la ausencia o mala higiene bucal es la causa principal del desarrollo de infecciones, dentro de las que se destacan las provocadas por los microorganismos anaerobios Gram. negativo (51).

Además de estar formada por diversas bacterias, la placa dentobacteriana contiene también células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una

matriz proteico-polisacárido que constituye un nido sellado dentro de las cuales las bacterias intercambian nutrientes e información genética bajo los efectos de los mecanismos de defensa del huésped. Tanto la placa como las bacterias comienzan a acumularse a los 20 minutos de la ingestión de alimentos, que es el tiempo en el que se presenta la mayor actividad bacteriana (7, 8, 52).

El contacto íntimo de los microorganismos que conforman la placa dentobacteriana y la microbiotasubgingival dispara los sistemas de alarma en el huésped lo que pone en funcionamiento una serie de procedimientos defensivos que van de la respuesta más primitiva, la inflamatoria, a la respuesta más elaborada o específica; comprometiendo el epitelio de la encía, el tejido conectivo subyacente y la adherencia epitelial (6 -10).

Dentro de la patogenia de esta enfermedad intervienen además otros factores de riesgo como: las condiciones del sistema inmune del paciente, estrés, estilo de vida (nutrición, drogas, hábitos), nivel cultural, características higiénico-sanitarias, socioeconómicas e influencias ambientales y enfermedades sistémicas (endocrino metabólicas, hemolinfopoyéticas, psicósomáticas, SIDA, entre otras), así como los factores genéticos. Por todo esto, su curación y prevención ha sido y es difícil (8, 53).

Se ha evidenciado que las enfermedades que afectan a las encías son más frecuentes en hombres que en mujeres, en trabajadores con estudios primarios, en personas con menos ingresos y su incidencia se eleva a medida que aumenta la edad (13). Cabrera D, (54) en su estudio sobre factores de riesgo asociados a las periodontopatías en pacientes atendidos en el Puesto Médico Nadales perteneciente a la provincia de Ciego de Ávila, Cuba, como resultado señala que los factores higiene bucal deficiente y nivel educacional bajo resultaron asociados con significación estadística en los pacientes enfermos, ambos con una probabilidad de riesgo considerable.

El tabaquismo se agrega a la acción iniciadora de la placa dentobacteriana y a la microbiota del surco gingival, apareciendo efectos locales y sistémicos que influyen negativamente en la salud del parodonto (55).

Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo a enfermedades bucales se van incrementando proporcionalmente con la edad, estando identificado por los autores que plantean que los resultados o efectividad de los programas de salud se verán a largo plazo ya que hay que lograr a través de las

actividades educativas cambios de actitudes, hábitos, estilos y costumbres en la población (56).

En numerosas investigaciones se ha demostrado la existencia de una conexión entre enfermedades periodontales y sistémicas tales como: la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, los infartos, y la neumonía causada por bacterias. (45-50).

Se ha comprobado que las bacterias, toxinas y los productos de la infección periodontal pueden interactuar con otros sistemas de órganos distantes de la cavidad bucal. Los investigadores han descubierto que las bacterias o los subproductos químicos de éstas, causantes de la enfermedad de las encías, son llevados por el torrente circulatorio a través del cuerpo, estos subproductos pueden exacerbar o contribuir a problemas de salud en las partes más alejadas del cuerpo. Los individuos con enfermedades bucales tienen un riesgo mayor de presentar enfermedades crónico-degenerativas, como por ejemplo: diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, artritis reumatoide y la neumonía causada por bacterias, entre otras más (45).

Cardiólogos y odontólogos coinciden en asegurar ya que las enfermedades que afectan a las encías (especialmente las infecciones periodontales) son un factor de riesgo para sufrir episodios coronarios, algunos tan graves que pueden llegar a poner en peligro la supervivencia del paciente (como el infarto de miocardio) (13).

Higiene bucal

Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. La higiene bucal es parte integrante de la higiene personal: un pilar que promueve la salud del individuo; sin embargo, para lograr esto debe promoverse la calidad de un cepillado dirigido a una correcta remoción de la placa dentobacteriana y restos de alimentos, adecuada alimentación y controles estomatológicos periódicos donde se refuerce el valor preventivo de las consultas para la detección precoz de la enfermedad (57).

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. La salud bucodental es quizás el problema sanitario donde más se manifiesta cómo la

prevención y mejora de los niveles de higiene dental, reducen de forma muy evidente las necesidades de tratamiento y, por consiguiente, el nivel de gastos (58).

Numerosos estudios, confirman que la mala higiene bucal es un riesgo significativo en la caries dental, se afirma que está muy relacionada con la prevalencia de caries y también con las enfermedades periodontales. Para conseguir una adecuada higiene bucodental es necesario cepillarse los dientes 4 veces al día, después de las comidas y antes de acostarse, debe realizarse durante 3 minutos para asegurarnos una correcta limpieza de los dientes (57)

.Es imprescindible insistir en la limpieza no solo de los dientes sino también en los tejidos blandos como encías y la lengua, de no ser así no se lograría una óptima higiene bucodental, elemental para salud bucodental y sistémica.

Educación para la salud

La percepción individual del riesgo para adquirir cualquier enfermedad es elemento básico para el acto de enseñar a cuidarse y está fuertemente influenciada por la estructura de personalidad, las creencias de salud, la situación psicosocial, el nivel escolar y el entorno cultural así como por la comprensión, destrezas y confianza que tengan ante el cuidado diario. La persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos o efectos indeseables que implicaría no asumir este cambio de vida o esta restricción (59).

Durante siglos el hombre convivió con los malos hábitos de higiene, falta de asistencia médica y nutrición insuficiente, entre otros, contribuyen al deterioro dental de millones de personas en el mundo. Desde hace muchos años se buscan alternativas preventivas y curativas, para aliviar un daño, que casi ningún humano ha logrado evadir. Existe una alta prevalencia de las enfermedades bucales; muchas de ellas pueden ser evitadas mediante correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, que no nacen con la persona, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida. Los malos hábitos de higiene bucal son establecidos a edades muy tempranas y con el tiempo se hacen muy resistentes al cambio. Estos factores de riesgo pueden modificarse a través de estrategias educativas (58; 60).

En 1984 entraron en vigor para todo el Sistema Nacional de Salud, las Normas de Educación para la Salud en Estomatología, en las cuales se indican las

diferentes técnicas y métodos que rigen esta actividad. Aquí se enfatiza en que las acciones deberán cumplir los requisitos de que garanticen las modificaciones de actitudes y conductas de la población con respecto a la salud bucal (61).

Es necesario 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; la formación de estos estilos de vida en las edades tempranas (62).

Lo primero a tener en cuenta al decidir el contenido de la educación para la salud son las características particulares de cada persona. El sexo, la edad, el nivel de escolaridad influyen en el nivel de comprensión o en la respuesta conductual ante el problema. El mensaje educativo debe dejar bien claras y definidas las orientaciones sobre qué, por qué y cómo hacer, con un lenguaje muy sencillo, preciso y concreto.

Métodos de Educación para la Salud (24):

Métodos de acción individual.

Métodos de acción grupal.

Métodos de comunicación masiva.

En cada uno de estos métodos se pueden utilizar diferentes técnicas y medios de enseñanzas.

Más eficaces que la charla o la clase, resultan las técnicas de participación que enfrentan al enfermo con situaciones previamente establecidas o con inquietudes que ellos plantean, les ayudan a identificar el problema y a buscar las posibles vías de solución, compartiendo opiniones de unos y otros a partir del conocimiento previo y la experiencia cotidiana.

En la actualidad se están aplicando técnicas novedosas, conocidas como técnicas afectivas-participativas, con muy buenos resultados, para lograr la motivación y el cambio de actitud en los individuos en los que se combinan los aspectos afectivos de los mismos y su participación directa. Estas permiten influir con mayor efectividad en las actitudes y costumbres de la población para alcanzar un comportamiento saludable (63).

Las técnicas Afectivas-participativas permiten:

- Desarrollar un proceso de discusión y reflexión.*
- Colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar realmente el conocimiento colectivo.*

Las técnicas afectivas participativas (TAP) juegan un importante papel en el desarrollo de hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar; dentro de ellas, son fundamentales la acción dramática, el contexto grupal y el lenguaje escénico, como una forma de acceder a emociones (64).

La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta. 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 (65).

Los límites entre la promoción y la prevención son tenues, pero se diferencian entre sí. La promoción incluye a la población como un todo, es una actividad en el campo social que depende de la participación del público y cuyo objetivo es maximizar la salud; la prevención está enfocada a la población con riesgo a enfermar relacionada con servicios específicos de la salud y su objetivo es la ausencia de enfermedad (66).

La calidad de vida depende directamente del medio natural y su calidad. La valoración sobre la salud no sólo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo. Los cambios del modo y estilo de vida determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad (67).

Los programas educativos en salud bucal dirigidos a la comunidad en sus contenidos teórico-prácticos deben buscar que el individuo como miembro de una comunidad se apropie de conceptos, actitudes y prácticas en salud oral que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida; que busquen cambiar parámetros conductuales en forma generalizada, desarrollar y crear hábitos orales saludables.

MÉTODO:

Se realizó un estudio pre-experimental (Antes – Después), para elevar el nivel de conocimiento de Salud Bucal enfatizando en las enfermedades periodontales

en los reclusos que se encontraban cumpliendo sentencia de privación de libertad en el centro penitenciario Unidad Campamentos de Ciego de Ávila durante el período comprendido entre octubre del 2012 y Julio del 2013.

El universo lo conformaron la totalidad de internos que se encontraban cumpliendo sentencia de privación de libertad en el centro penitenciario mencionado.

Para el estudio se seleccionó una muestra de 42 reclusos que cumplieron con los criterios de inclusión exigidos para esta investigación. Los seleccionados se dividieron en dos grupos de 21 para lograr una mayor interacción con los mismos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Reclusos que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y lo expresaron mediante la firma del consentimiento informado.

CRITERIOS DE SALIDA:

Los que deseen abandonar la investigación.

Fallecimiento.

PROCEDIMIENTO:

En la etapa inicial se realizó una revisión de la literatura científica sobre el tema y obtener los fundamentos teóricos para abordar la problemática en estudio. La búsqueda se ejecutó en las bases de datos digitales Hinari, BVS, Medline, Pubmed, CUMED y EBSCO, accesible por Internet a través del portal de Infomed, además de la bibliografía impresa disponible en los Centros de Información de Ciencias Médicas en todas las provincias del país.

Antes de iniciar el estudio se establecieron las coordinaciones necesarias con la Dirección Centro Penitenciario para obtener la autorización y realizar la investigación en esta institución. (Ver Anexo 1)

A todos los seleccionados se les explicaron las características y los objetivos de la investigación y se les solicitó su autorización para participar como objeto de estudio en la investigación, a través de un documento firmado, para cumplir con los principios establecidos para estos tipos de investigaciones médicas en seres humanos (Ver Anexo 2).

Se elaboró una planilla para la recogida de datos (Ver Anexo 3), confeccionada por la autora de la investigación, y validada por criterio de expertos en función de los objetivos trazados. Se recogieron como variables: la edad, nivel de escolaridad, higiene bucal y nivel de información sobre salud bucal con énfasis en las enfermedades periodontales antes y después de la intervención. Para determinar el estado de higiene bucal antes y después de la intervención se utilizó el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Se aplicó una encuesta inicial para el diagnóstico de las necesidades cognitivas sobre la salud bucal, en especial sobre salud periodontal (Ver Anexo 4) la cual se confeccionó tomando como referencia la encuesta de Conocimiento de Salud Bucal del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población y bibliografía consultada, asesorada por un psicólogo. Se aplicó un cuestionario que contenía 6 preguntas relacionadas con higiene bucal, enfermedad de las encías, dieta cariogénica y hábitos bucales perjudiciales, que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción.

La investigación se ejecutó en tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación. En la primera etapa o de diagnóstico se explicaron los objetivos del estudio, se realizó un control de placa dentobacteriana y se aplicó un instrumento para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los pacientes seleccionados.

En la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa de Intervención Comunitaria (Ver Anexo 5) prediseñado sobre el tema, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento.

Después de tres meses de concluir con el programa de intervención comunitaria se aplicó la misma encuesta inicial, la cual se utilizó como encuesta de salida para la evaluación educativa. Además se realizó otro control de placa dentobacteriana para evaluar los resultados obtenidos.

DEFINICIONES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO:

Nivel de conocimiento: Grado de conocimiento sobre un tema determinado que tiene una persona.

Intervención Educativa: Sistema de actividades educativas que se realizan para incrementar el nivel de conocimientos acerca un tema específico.

Criterio de evaluación para la higiene bucal.

Para evaluar la higiene bucal se utilizó el Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Mide la presencia de placa dentobacteriana en todos los dientes presentes.

Método para su realización:

Se empleó una sustancia reveladora de placa dentobacteriana ya que con ello se reduce grandemente la subjetividad del observador. Con la ayuda de un espejo bucal valoramos todas las superficies según los criterios establecidos sobre las cuales aparecen las áreas coloreadas.

Se califica: 0: Si a superficie está limpia.

1: Si la superficie está sucia. Como unidad se toma la superficie total de cada cara del diente, se cuenta el número de superficies que muestren la coloración y anotamos el resultado total de los puntos obtenidos. (No se tuvo en cuenta las superficies oclusales y los terceros molares no se incluyeron en este análisis).

Para obtener el IAHB se dividió el total de puntos obtenidos entre el total de superficies examinadas.

$$\text{IAHB} = \frac{\text{No de superficies manchadas}}{\text{No de superficies examinadas}} \times 100$$

Al multiplicarse el resultado del IAHB por 100 se obtiene el % de placa de cada paciente.

Se considera que el paciente tiene:

Higiene bucal aceptable: Cuando el valor de las superficies coloreadas esté entre el 14 y el 20 %.

Higiene bucal no aceptable: Cuando el valor sea superior al 20 %.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable dependiente: Nivel de conocimiento de salud periodontal.

Variable independiente: Programa de intervención.

Variable	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none">• Menos de 20 años• De 21 a 29 años• De 30 a 39 años• De 40 a 49 años• De 50 a 59 años• 60 y más años.	Edad cronológica según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de edades
Higiene bucal	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Aceptable• No aceptable	Según Índice de Love	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Primaria incompleta• Primaria• Secundaria• Pre-universitario• Universitario	Según último nivel de escolaridad vencido.	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Adecuado• Inadecuado	Según la validación de la encuesta (*)	Obtener un resultado significativo de la técnica McNemar para $p \leq 0,05$.

(*) Validación de la encuesta:

1- ¿Cuándo te cepillas los dientes?

Adecuado: si marca después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarte.

Inadecuado: si marca otra alternativa.

2- ¿De qué forma realizas el cepillado?

Adecuado: si marca de la encía al diente en las caras libres, y circularmente en las caras que mastican.

Inadecuado: si marca otra alternativa.

3 - ¿Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías?

Adecuado: si marca porque tiene enferma la encía

Inadecuado: si marca otra alternativa.

4- ¿Como usted cree que una persona que le sangran las encías puede evitarlo?

Adecuado: si marca conocer cómo cuidarse, revisarse periódicamente para detectar enfermedades, cepillarse bien los dientes después de cada comida, usar hilo dental y usando medicamentos.

Inadecuado: si marca otra alternativa.

5- De los hábitos que mencionamos a continuación ¿cuáles cree usted que sean perjudiciales para la salud bucal?

Adecuado: si marca hábito de fumar, hábito de ingerir bebidas alcohólicas, hábito de comer frecuentemente dulces y hábito de comerse las uñas.

Inadecuado: si marca otra alternativa.

6 -¿Cada qué tiempo debes visitar al Estomatólogo?

Adecuado: si marca cada 6 meses aunque no tengas molestias.

Inadecuado: si marca otra alternativa.

Se considera un nivel de conocimientos general:

- *Adecuado, cuando el paciente clasifica 4 preguntas o más adecuadas.*
- *Inadecuado, otra variante.*

PROCEDER ESTADISTICO:

Los datos se procesaron en forma computarizada, como medida de resumen estadística se utilizaron las frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos, se confeccionó un informe final a partir del análisis e interpretación de los resultados los que se compararon con los de otros autores para arribar a las conclusiones y recomendaciones.

Para el análisis de las dos muestras relacionadas, y teniendo en cuenta que se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica se utilizó la técnica de McNemar, la cual se basa en la distribución chi cuadrado y asume la hipótesis H_0 de que las variables son independientes a nivel estadístico, por lo cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa H_1 que plantea que existen cambios significativos en las mediciones en las diferentes muestras de las variables. Se trabajó con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la población según grupos de edades. Intervención comunitaria: salud periodontal parte importante de la salud bucal. Ciego de Ávila. Enero a julio del 2013.

Grupo de edades	No.	%
Menos de 20 años	0	0
De 21 a 29 años	12	28.58
De 30 a 39 años	16	38.1
De 40 a 49 años	8	19.04
De 50 a 59 años	6	14.28
De 60 y más años	0	0
Total	42	100.0

En la tabla 1 se analizó la distribución de la población según grupos de edades. Como resultado se encontró la mayor frecuencia en el grupo de 30 a 39 años de edad con el 38.1%, seguido por el grupo de 21 a 29 años con el 28.58%, Las menores frecuencias las ocuparon los grupos de 40 a 49 años y el de 50 a 59 años para un 19.04% y un 14.28% respectivamente. No se presentaron pacientes menores de 20 años ni con 60 años y más de edad. Las dos terceras partes de la población penal se concentró entre los grupos de 21 a 29 años y el de 30 a 39 años de edad.

Datos similares a los de esta investigación fueron citados en la intervención educativa realizada por Mendoza Pulgares (68) en la población penal del centro penitenciario provincial de Ciego de Ávila donde cerca de las dos terceras partes de la población penal se concentró en los grupos de 20 a 29 años así como en el de 30 a 39 años de edad.

Tabla 2. Distribución de la población según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria incompleta	2	4.76
Sexto grado	11	26.19
Noveno grado	12	28.57
Pre-universitario	10	23.81
Universitario	7	16.67
Total	42	100.0

En esta tabla se agruparon según el nivel de escolaridad alcanzado. En ella se encontró que un 26.19% tenían nivel aprobado de sexto grado, con las frecuencias de 28.57% aprobados el noveno y 23.81 de duodécimo grado. En el grupo de reclusos un 16.67% tenían nivel universitario, solamente el 4.76 % de la población penal tenía primaria incompleta.

En la literatura consultada encontramos investigaciones que han evidenciado que las enfermedades que afectan a las encías son más frecuentes en personas que solamente han alcanzado estudios primarios (13). También evidenciaron que la enfermedad periodontal está inversamente relacionada con los aumentos de los niveles de educación, a medida que estos disminuyen aumenta la prevalencia y gravedad de la enfermedad.

En las conclusiones del estudio realizado por Cabrera D, (54) sobre “Factores de riesgo asociado a las periodontopatías en pacientes atendidos en el puesto médico Nadales”, encontró una asociación estadísticamente significativa y con mayor riesgo entre los pacientes con nivel educacional bajo y la presencia de las enfermedades periodontales.

Tabla 3. Distribución de la población según higiene bucal antes y después de la intervención comunitaria.

Higiene bucal	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
No aceptable	37	88.1	12	28.57
Aceptable	5	11.9	30	71.43
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Prueba de Mc Nemar. $p = 0.000$ ($p \leq 0.05$)

En esta tabla se analizaron los resultados alcanzados con relación a la higiene bucal antes y después de la intervención educativa. En el inicio del estudio el 88.1% tenía una higiene bucal deficiente, después de terminada la intervención educativa se redujo a un 28.57%. Mientras que antes de la intervención solamente el 11.9% de los reclusos tenía una higiene bucal aceptable, al concluir la intervención educativa se elevó a un 71.43%. Cuando se aplicó el análisis estadístico de Mc Nemar se encontró resultados satisfactorios en la higiene bucal con significación estadística después de la intervención educativa.

En la intervención educativa realizada en Cienfuegos por García OL y col, (58) se obtuvieron diferencias significativas favorables entre el estado inicial y final de los conocimientos sobre salud bucal y el índice de higiene bucal.

Hernández y col, (32) en su estudio experimental de intervención comunitaria en el consultorio No. 10, área Norte, perteneciente a la Clínica Estomatológica Docente "La Vigía, municipio Camagüey señaló que:

La higiene bucal que al comienzo de la investigación fue deficiente en el 87% de los niños se logró modificar hasta el punto en que solamente 1 niño mantuvo la calificación de mal, lo que representó un 3%.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de la población estudiada antes y después de la intervención comunitaria.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No	%
Adecuado	6	14.29	32	76.19
Inadecuado	36	85.71	10	23.81
Total	42	100.0	42	100.0

Fuente: Prueba de McNemar. $p = 0.000$ ($p \leq 0.05$)

En la tabla 4 se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal de la población estudiada antes y después de la intervención educativa. Como resultado se encontró: adecuado una elevación desde 14.29 % al 76.19%; mientras que inicialmente los inadecuados de 85.71% descendieron al 23.81% del nivel de conocimiento después de la intervención comunitaria. Cuando se aplicó el análisis estadístico de Mc Nemar se encontró resultados satisfactorios en el nivel de conocimientos sobre salud bucal con significación estadística después de la intervención educativa.

En la consulta de las referencias bibliográficas sobre los resultados de otras intervenciones educativas encontramos que Dávila ME y Mujica M, (25) en Venezuela, después de la aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas, al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, observaron en sus resultados una diferencia en los conocimientos estadísticamente significativa.

Otros estudios realizados en Cuba por Albert JF y col, (69) en Pinar del Río, señalan la eficacia del programa educativo participativo aplicado por los cambios favorables alcanzados después de realizada la intervención. Crespo MI y col, (27) en Santiago de Cuba, en su estudio sobre una instrucción educativa sobre salud bucal en escolares de primaria, señalaron que habían aumentado favorablemente en 98 % su nivel de conocimientos después de la intervención educativa.

En la literatura consultada (27, 28, 69, 70) abundan las intervenciones educativas en las instituciones escolares del país, estos autores señalan que se logran conocimientos superiores en los niños de los grados iniciales de la enseñanza primaria.

Con este estudio también coincidimos en plantear que a través de las intervenciones educativas se logra elevar el nivel de conocimientos sobre las enfermedades bucales para prevenir y reducir estas en la población.

CONCLUSIONES:

La mayor frecuencia de participantes se halló entre 30 y 39 años de edad. El nivel de escolaridad terminado que predominó fue noveno grado.

Predominó el nivel de conocimientos sobre salud bucal inadecuado, así como la higiene bucal deficiente en la población estudiada previo a la intervención comunitaria.

La intervención realizada fue satisfactoria ya que se logró mejorar la higiene bucal e identificar la importancia que tiene en la prevención de muchas enfermedades bucales, resultados que estadísticamente fueron significativos.

El nivel de conocimientos sobre salud bucal después de la intervención comunitaria resultó satisfactorio con valores estadísticos significativos.

RECOMENDACIONES:

Teniendo en cuenta los resultados alcanzados después de aplicada esta Intervención Educativa se considera oportuno recomendar:

- *Diseñar y aplicar campañas de Educación para la Salud con el fin de hacer consciente a la población a fin de lograr la continuidad de este tipo de actividad comunitaria que ayudará a reducir la incidencia de las enfermedades bucales y beneficiará la calidad de vida de la población.*
- *Insistir en la práctica de actividades de Educación para la Salud en las consultas de Atención Primaria, sobre la higiene bucal con el objetivo de prevenir muchas de las enfermedades de la cavidad bucal.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *AvOdontoestomatol* [Internet] 2012[citado 15 jun 2012]; 28(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852012000100003>

2. Boca saludable, Cuerpo Saludable. [Internet] 2008 [citado 23 Abr 2012]; [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

http://www.colgatecentralamerica.com/app/Colgate/GT/OC/Information/ADA/Article_2006_05_Healthy%20mouth_healthy%20body.cvsp

3. Olarta CA, Jovana Ortega C. Enfermedad periodontal: una nueva clasificación. *Rev Federación Odontol Colombiana* [Internet]. 2008[citado 12 feb 2012];(202): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.EnColombia-COM/Odontología/foc2008-Enfermedad2htm>

4. Hernández Castellanos Y, Olivera García MI. Enfermedad periodontal y propuesta de un método educativo sanitario en un grupo de escolares. [Internet]. 2007 [citado 21 jun 2012];13(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [:www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol13_1_07/hab06107.pdf](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol13_1_07/hab06107.pdf)

5. Duque de Estrada Riverón J. Modelo Predictivo para determinar el Riesgo de Caries Dental en niños de 6 a 12 años. Ciudad de Matanzas 2004-2006. [Tesis Doctoral]. [Internet]. 2008 [citado 23 Nov 2011]; [aprox. 155 p.]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/291/1/Johany_Duque_de_Estrada_Riverón.pdf

6. Pontelli Navarro V, BelucioRuviére D, Gutiérrez Motta B, Díaz-Serrano K. Gingivitis severa asociada a factor local en odontopediatría. Reporte de caso clínico. *ActOdont de Venez*[Internet]. 2010 [citado 10 Dic 2010];48 (2): [aprox. 12 p.] Disponible en:<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art24.asp>

7. Díaz Caballero A, Vivas ReyesR, Puerta LlerenaL, Ahumado MonterrosaM, Cabrales SalgadoR, Herrera HerreraA, et al. Periodontitis, *Porphyromonasgingivalis* y su relación con la expresión de quorumsensing. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2010 [citado 16 May 2011]; 47(4): [aprox. 9 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400003&script=sci_arttext&tlng=en

8. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. *MEDISAN [Internet]*. 2009 [citado 4 Jun 2011]; 13(1): [aprox. 7 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400006&script=sci_arttext&tlng=es

9. Doncel Pérez C, Vidal LimaM, del Valle PortillaMC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *RevCubMed Mil [Internet]*. 2011 [citado 11 Ene 2011]; 40 (1): [aprox. 9 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100006&script=sci_arttext&tlng=es

10. Murrieta Pruneda JF, Juárez-López LA, Linares-Vieyra C, Zurita-Murillo V, Meléndez Ocampo AF, Ávila-Martínez CR, et al. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. *Medigraphic[Internet]*. 2008 [citado 7Feb 2011]; 65(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi085f.pdf>

11. Dental Word. Noticias. [Internet] 2008 [citado 23 Abr. 2012] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://gbsystems.com/news/113.htm>

12. Kaplan Delmar C. Encías enfermas y riesgo de parto prematuro e infarto al corazón. [Internet]. 2007 [actualizado 30 Sep 2007; citado 23 Mar 2012]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.tell.cl/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=283>

13. *La periodontitis adquiere rango de factor de riesgo cardiovascular [Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999 - 2013 [actualizada junio 27/2012; citado 13feb 2013] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/06/28/la-periodontitis-adquiere-rango-de-factor-de-riesgo-cardiovascular/>*

14. *Enfermedad Periodontal. Causas, Síntomas y Tratamientos. [Internet]. 2010 [actualizada 24 Ene 2010, citado 24 Mar 2011]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/CA134B83-D004-4893-828A-8DB8C180B435/0/PeriodontalGum_Span.pdf*

15. *Rodriguez Díaz S. Intervención educativa "POR UNA SONRISA CON ENCÍAS SANAS" [Tesis]. Ciego de Avila. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila; 2010.*

16. *Sosa Rosales M, Dela Peña M. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.*

17. *Menéndez Soto R, Cerdón Portillo JA. Sgenda 21: Qué debe esperarse y buscarse para la Estomatología del futuro. Rev Brasileira Ontolem Saúdecolectiva. 2008;1(2):30-44.*

18. *VarNormar RA. Digitsuking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int. J Orofacial Myology. 1997;23(2):14-34.*

19. *Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2002.*

20. *Jacobino Cuba A. Salud bucal en niños y maestros [tesis]. Venezuela: Universidad Médica; 2007*

21. Machado S, López E, Torres LI. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal.

Mediciego[Internet].2012[citado 15 jun. 2012];18(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/pdf/T7.pdf

22.Tomita NE, Pernambuco R de A, Lauris JRP, López ES. Educao em Saúde bucal para niños y adolescentes: Uso de métodos participativos. RevFacOdontol Bauru [Internet]. 2001[citado 9 Jul 2011];9(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=312719&indexSearch=ID>

23. Dobarganes Coca Ana María, Lima Álvarez Magda, López Larquin Naisé, Pérez Cedrón Ricardo Alberto, González Vale Lourdes. Oral health education in expectant mothers. AMC [Internet]. 2011 Jun [citado 10 jul 2012]; 15(3): 528-541. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300010&lng=es.

24. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

25. Dávila ME; Mujica de G M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontologica.com. [Internet]. 2008 [citado 24 Mar 2011]; 46(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/programa_educativo_escolares.asp

26. Chung Fernández A , Lafarge Gainza F. Programa Educativo "Sonríe al futuro" para adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 13 feb 2013]; 16(10): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000020&lng=es&nrm=iso&tlng=es

27. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, LaffitaLobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN. [Internet]. 2010 feb-mar [citado 24 Mar 2011]; 14(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014

28. García Álvarez OL, Sexto Delgado N, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur. [Internet]. 2008 [citado 24 Mar 2011]; 6(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/449>

29. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. RevMéd Electrón. [Internet] 2011; [13 feb 2013]; 33(1). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm>

30. Bolaños V M, González Santos E C. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. RevMediciego [Internet]. 2005 [citado 9 Jun 2011]; 11(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a2_v11_supl205.htm

31. Machado Ramos S, López Otero E, Torres Gárriz L. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en embarazadas. MEDICIEGO. [Internet] 2012; [13 feb 2013]; 18(1). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/articulos/t-7.html

32. Hernández Suárez A y col. Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años. RevArchMéd de Cam. [Internet] 2009; [13 feb 2013]; 13 (6). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600006&nrm=iso

33- Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños Colegio "Presidente Kennedy". Venezuela. 2006. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2009 [citado 15 Ene 2011]; 31(4): [aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242009000400007&script=sci_arttext&tlng=es

34. da Silva Pereira SL, Sá Silveira de Lima M, Nogueira da Costa F, Ximenes Carlos M, Esgaib Kayatt F. Evaluación del efecto de un gel conteniendo extracto de aruera en el tratamiento de gingivitis. Estudio clínico en humanos. Act Odont de Venez [Internet]. 2009 [citado 21 May 2011]; 47 (4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/4/art8.asp>

35. Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, Llanes Llanes E, Ilzarbe LM. Papel de los metabolitos reactivos del oxígeno en las periodontopatías. Rev Méd Electrón [Internet]. 2007 [citado 2 Feb 2011]; 29 (5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema15.htm>

36. Araújo MG, Sukekava F. Epidemiología de la enfermedad periodontal en América Latina. Med Parod [Internet]. 2008 [citado 9 May 2011]; 13(28): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/articulos_enc_y_enfer_perid.php

37. Medina Seruto M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz E, Méndez Martínez MJ. Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. Rev Arch Med Camg [Internet]. 2009 [citado 13 Dic 2010]; 13(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000500002&script=sci_arttext&tlng=es

38. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. *La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas*. RevCubEst[Internet]. 2008 [citado 11 Ene 2011]; 45(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100006&script=sci_arttext

39. Caballero López D, Cruz Morales R, Limonta Vidal ER. *Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en adolescentes*. Colegio “Presidente Kennedy” Venezuela. 2006. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2009[citado 21 jun 2012]; 31(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol4%202009/tema10.htm>

40. Renz A, Ide M, Newton T, Robinson PG, Smith D. *Intervenciones psicológicas para mejorar el cumplimiento de las instrucciones sobre higiene oral en adultos con enfermedades periodontales (Revisión Cochrane Plus)*, 2008 Número2. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/pdf/CD005097.pdf

41. Carranza FA. *Periodontología Clínica de Glickman*. 7th ed. Buenos Aires: Interamericana; 1993.

42. Cutiño García M, García Macías E. *Intervención educativa sobre gingivitis, en adolescentes*. RevCocMéd[Internet]. 2012[citado 21 jun 2012]; 16(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/110>

43. Ferreira Gaona M. *Evaluación del estado de salud buco dental en menores en situación de calle, asistidos por la Fundación de Ayuda Republicana (FUNDAR)*. Paraguay: 2009-2010. MemInstInvestigCienc Salud[Internet]. 2011[citado 21 jun 2012]; 9(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1812-95282011000100004&script=sci_arttext&tlng=es

44. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 4 Jun 2011]; 13(1): [aprox. 7 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192009000400006&script=sci_arttext&tlng=es

45. Salud bucal, enfermedades crónicas y su relación con la nutrición. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2011]. Disponible en: http://respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-10-2006/conferencia_simultanea/CS_6.htm

46. Periodoncia. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2012]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.coi.com.uy/informacion/index.php?LastTypeCode=PTA&TypeCode=PTA&ClassId=4&Id=54>

47. Salud dental. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2012]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.omhrc.gov/espanol/templates/content.aspx?ID=5463&lvl=3&lvlid=437>

48. Del Castillo MC. Promoción de la salud dental. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2012]; [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.cambio16.info/1891/mccastillo.htm>

49. Salud Bucal y Enfermedades Sistémicas. Asociación Dental de California. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2012]; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.cda.org/popup/oral_health_spanish

50. Encías sangrientas riesgo de enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2008 [citado 23 Mar 2008]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.elsalvador.com/hablemos/Ediciones/160700/contra.htm>

51. Duque de Estrada Riverón J. *Modelo Predictivo para determinar el Riesgo de Caries Dental en niños de 6 a 12 años. Ciudad de Matanzas 2004-2006. [Tesis Doctoral]. [Internet]. 2008 [citado 23 Nov 2011]; [aprox. 155 p.]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/291/1/Johany_Duque_de_Estrada_Riverón.pdf*

52. Galaz Ramos J, Ramos Peña E, Tijerina González L. *Riesgo de presencia de placa dentobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes. RESPYN [Internet]. 2009 [citado 2 Feb 2011]; 10(4): [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2009/spn094f.pdf>*

53. Binaghi V, Aymerich S, Burlli M, Canga E. *¿Qué medidas preventivas aplicamos en nuestra práctica diaria ante un paciente con riesgo de padecer enfermedad gíngivo - periodontal? MedParod [Internet]. 2011 [citado 9 May 2011]; 16(33): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista33_art5.pdf*

54. Cabrera Moraga D. *Factores de riesgos asociados a las periodontopatías en pacientes atendidos en el Puesto Médico Nadales. [Tesis]. Ciego de Ávila. Facultad Ciencias Médicas Ciego de Ávila. 2011*

55. Rodríguez Rodríguez A, Luis González IC. *Tabaquismo, higiene bucal, enfermedad periodontal y adolescencia. Propuesta de intervención [Internet]. 2012 [citado 21 jun 2012]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/673/310>*

56. Barrio Pedraza T y col. *Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores. Medisur [Internet] 2009; [13 feb 2013]; 13 (1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/538/827>*

57. *Campaña educativa sobre higiene bucodental. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2012]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000029.nsf/voDocumentos/B4100FA42A7CA131C1256FC40030C662/\\$File/faqs.htm](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000029.nsf/voDocumentos/B4100FA42A7CA131C1256FC40030C662/$File/faqs.htm)*

58. García Álvarez OL, Sexto Delgado N, Moya Padilla N, López Fernández R. *Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur. [Internet]. 2008 [citado 24 Mar 2011]; 6(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en:*

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/449>

59. Núñez de Villavicencio, Porro F, González Méndez R, Ruiz Rodríguez G., Álvarez González M A, Leal Ortega Z, et al. *Psicología y salud. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. 19-21.*

60. SalibaMoimez SA, Adas Saliba N, Corrente JE. *Avaliacao de quatro índice de higiene oral: aspectos da reproductibilidade. Rev Da Pós-graduacao. 2007; 8 (1):46-53.*

61. Sosa Rosales CM, Mojáiber de la P A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. *Programa de Atención Estomatología Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2002.*

62. Bravo Lorenzo D, León de la FEI, Llorach Duch J. *Intervención educativa en los hábitos bucales deformantes en el círculo infantil "Amores de la Patria". RevMéd Cubana [Internet]. 2005[citado 13 May 2011]; 26(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%202004/tema03.htm>*

63. Díaz del Mazo L, Ferrer González S, García Díaz RC, Duarte Escalante A. *Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en niños del reparto Sueño. MEDISAN. [Internet]. 2001 [citado 1 Jun 2012]; 5(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/santvol5-2-01/san01201.htm>*

64. Torres Godoy PH. *Teatro salud para el auto cuidado. Francia: UNESCO. [Internet]. 2006 [citado 5 Jun 2011], [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.dramaterapia.cl/dt/index.php?action=show&type=news&id=31>*

65. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995. Dirección Nacional Estomatología. MINSAP. Rev Cubana Estomatol. 1999; 37(3):217-29.

66. Tan Suárez N, Montes de Oca Alonso C, Martínez Padilla S. HealthPromotion: thefuturewayforDentistry. RevHumMed [Internet]. 2005 Abr [citado 10 Jul 2012]; 5(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100009&lng=es.

67. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2004 sep.-dic. [citado 24 Oct 2012]; 41(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009

68. Mendoza Pulgares Y. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de salud bucal en la población penal.[Tesis]. Ciego de Ávila. Facultad Ciencias Médicas Ciego de Ávila. 2013

69. Albert Díaz JF, Blanco Díaz B, Otero Rodríguez I, Afre Socorro A, Martínez Núñez M. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina".Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. [Internet]. 2009 abr.-jun. [citado 24 Mar 2011]; 13(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000200010&script=sci_arttext&lng=en

70. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 ene.-feb [citado 24 Nov 2011]; 33(1): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san01201.htm

ANEXO 1:

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN
ESTOMATOLÓGICA:**

“Intervención comunitaria: salud periodontal parte importante de la salud bucal”

A: *Director centro penitenciario Unidad Campamento de Ciego de Ávila,
Órgano de prisiones del MININT.*

Asunto: *Autorización para realizar la Intervención educativa sobre salud bucal.*

Por medio de la presente se autoriza a la Dra. Anisleidy Roque Martínez para realizar un estudio pre experimental de intervención educativa antes y después a los reclusos que se encuentran cumpliendo sentencia de privación de libertad en el Centro Penitenciario Unidad Campamentos, con el objetivo de determinar el conocimiento que poseen sobre salud bucal y diseñar una estrategia de intervención educativa con vista a elevar su nivel de conocimientos, evaluando la misma posteriormente. Los datos personales obtenidos de las encuestas no serán publicados y el estudio se realizará con el consentimiento informado de cada uno que recibirá la estrategia de intervención.

*Para constancia de mi aprobación firmo la presente, a los _____ días del mes
de _____ del año _____.*

Director

Dra. Anisleidy Roque Martínez

ANEXO 2:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN:**

“Estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento de salud bucal de la población penal”.

Yo _____ paciente de la consulta Estomatológica de la Unidad Campamento con número de Identidad _____ doy mi disposición a participar en la investigación de forma consiente y voluntaria. Para la misma he sido informado por parte de la autora de esta sobre las características y objetivos del estudio, siendo sincero y respondiendo correctamente la entrevista. Los datos personales no serán publicados

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____

Paciente

Firma: _____

Investigador

ANEXO 3:
PLANILLA DE DATOS:

Nº _____

Datos Generales:

Nombre apellidos: _____

Edad: _____

1. Grupo de edades: 1.1. Menos de 20 años____ 1.2. De 20 a 29 años____

1.3. De 30 a 39 años____ 1.4. De 40 a 49 años____

1.5. De 50 a 59 años____ 1.6. De 60 y más años____

2. Sexo: 2.1. Masculino____ 2.2 Femenino____

3. Nivel de escolaridad:

3.1. Primaria incompleta____ 3.4. Doce grado____

3.2. Sexto grado____ 3.5. Universitario____

3.3. Noveno grado____

4. Higiene bucal:

4.1. Antes 4.1.1. Buena____ 4.1.2. Deficiente____

4.2. Después 4.2.1. Buena____ 4.2.2. Deficiente____

5. Nivel de información sobre salud bucal:

5.1. Antes 5.1.1. Satisfactorio____ 5.1.2. Insatisfactorio____

5.2. Después 5.2.1. Satisfactorio____ 5.2.2. Insatisfactorio____

6. Observaciones:

7. Nombre del investigador:

8. Firma: _____

9. Fecha: _____

ANEXO 4:

Encuesta de Conocimiento de Salud Bucal.Nº _____

Inicial _____ Final _____

Nombre del encuestado:

Actitudes, conocimientos, expectativas y creencias.

1- ¿Cuándo te cepillas los dientes?

- a) _____ Al levantarte
- b) _____ Después de desayunar
- c) _____ Después de almuerzo
- d) _____ Después de comida
- e) _____ Antes de ir a dormir
- f) _____ Después de desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarte.
- g) _____ Otra respuesta
- h) _____ No sabe

2- ¿De qué forma realizas el cepillado?

- a) _____ De la encía al diente en las caras libres
- b) _____ Circularmente en las caras que mastican
- c) _____ Otra respuesta
- d) _____ No sabe

3 - ¿Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías?

- _____ Porque no se cepilla.
- _____ Porque tiene enferma la encía.
- _____ Porque come cosas muy duras.
- _____ Porque no visita al Estomatólogo.
- _____ Por la edad.
- _____ No sabe.

4- ¿Como usted cree que una persona que le sangran las encías puede evitarlo?

- a) _____ Conocer cómo cuidarse.
- b) _____ Revisarse periódicamente para detectar enfermedades.
- c) _____ Cepillarse bien los dientes después de cada comida.

- d) ___ Usar hilo dental.
- e) ___ Usando medicamentos.
- f) ___ Comiendo alimentos blandos.
- g) ___ No sabe.

5- De los hábitos que mencionamos a continuación ¿cuáles cree usted que sean perjudiciales para la salud bucal?

- a) Hábito de fumar ___
- b) Hábito de ingerir bebidas alcohólicas___
- c) Hábito de comer frecuentemente dulces ___
- d) Hábito de cepillarse los dientes ___
- e) Hábito de comerse las uñas ___

6 -¿Cada qué tiempo debes visitar al Estomatólogo?

- ___ Solo cuando tienes dolor o te sangran las encías.
- ___ Cada 6 meses aunque no tengas molestias.
- ___ Otra respuesta.
- ___ No sabe.

Encuestador _____

Firma: _____

Fecha: _____

Evaluación:

Los datos generales no se tendrán en cuenta para medir el nivel de conocimiento de salud bucal.

Adecuado, cuando el paciente clasifica 4 preguntas o más adecuadas.

Inadecuado, otra variante.

ANEXO 5:

Programa educativo

Se creó un programa educativo para este estudio, apoyado en las Técnicas Afectivas Participativas (TAP), con 7 intervenciones que se impartieron sistemáticamente con una frecuencia semanal.

Tema 1: Introducción del programa.

Sumario:

1. Presentación del programa a los participantes.
2. Aplicación de la encuesta inicial.
3. Aplicación del Índice de Higiene bucal de Love y col.

Frecuencia: 1 sesión semanal de 1 hora para cada grupo

Responsable: Dra. Anisleidy Roque Martinez

Objetivos:

1. Caracterizar al grupo, crear un ambiente de confianza, mostrar el programa educativo y establecer reglas de trabajo dentro del personal a capacitar.
2. Evaluar el grado de higiene bucal de los participantes.
3. Realizar un diagnóstico del nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Tema 2: “La limpieza de mi boca”

Sumario:

- Cepillado dental
- Uso de otros elementos de limpieza.

Objetivos:

1. Elevar los niveles de conocimiento sobre la higiene bucal, las técnicas del cepillado y el uso de otros medios auxiliares de limpieza.

Tema 3: “¿Puede algún alimento enfermar mi boca?”

Sumario:

- Alimentos cariogénicos y no cariogénicos
- Consecuencia de la frecuencia de ingestión y la consistencia de los mismos.

Objetivos:

1. Elevar el nivel de conocimiento sobre la consecuencia de la ingestión de los alimentos cariogénicos.

Tema 4: Mis encías sanas.

Sumario:

- Características normales de las encías.
- Gingivitis y periodontitis.

Objetivos:

1. Elevar los niveles de conocimiento sobre las enfermedades periodontales y sus consecuencias.

Tema 5: Hábitos perjudiciales para la salud bucal.

Sumario:

- Hábitos bucales.
- Consecuencias de la práctica de hábitos perjudiciales.

Objetivos:

1. Elevar los niveles de conocimiento sobre las alteraciones producidas por la práctica de los hábitos nocivos para la salud bucal.

Tema 6: Frecuencia de asistencia a la consulta estomatológica.

Sumario:

- Frecuencia de asistencia a la consulta estomatológica.

Objetivos:

1. Consecuencias de actitudes de rechazo y temor hacia la atención estomatológica.
2. Lograr la aceptación y seguridad hacia estos profesionales.

Tema 7: Resumen y conclusiones del programa educativo

Tipo de actividades: Charlas educativas, Dinámica de grupo.

Recursos: Pizarra, cepillos dentales, Tipodont, Diapositivas.

Frecuencia: 1 sesión semanal de 1 hora para cada grupo.

Responsable: Dra. Anisleidy Roque Martínez.

Participantes: Pacientes seleccionados para el estudio.

Evaluación del programa de intervención educativa.

Aplicación de la encuesta final.

Objetivos:

- 1. Realizar un diagnóstico final del nivel de conocimiento sobre salud bucal.*
- 2. Realizar el Índice de Higiene Bucal de Love y col.*

ANEXO 6:

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente apruebo que el Trabajo de Terminación de Residencia: “Intervención comunitaria: salud periodontal parte importante de la salud bucal” de la autora Dra. Anisleidy Roque Martinezen opción al título de de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Ciego de Ávila, a los _____ días de mes de _____ del _____.

Dra. Lina Isabel Torres Garriz
Tutora