

**Universidad de Ciencias Médicas.
Ciego de Ávila.
Filial de Ciencias Médicas.
Arley Hernández Moreira.
Morón.**

Título: Intervención educativa
“Para sonreír con salud”.

Autor: Gueymara Ávila Mijares.
Estomatólogo General. Residente de primer año en
Estomatología General Integral.

Tutor: Mara Isabel Morales Pardo.
Profesora Asistente. Master en Atención Comunitaria en Salud
Bucal.

Asesor: Yarisleida Pérez López.
Profesora Asistente. Master en Atención Comunitaria en Salud
Bucal.

**Tesis en opción del título académico de master en
Salud Bucal Comunitaria**

Año 2010.

**Universidad de Ciencias Médicas.
Ciego de Ávila.
Filial de Ciencias Médicas.
Arley Hernández Moreira.
Morón.**

Título: Intervención educativa
“Para sonreír con salud”.

Autor: Gueymara Ávila Mijares.

Tutor: Mara Isabel Morales Pardo.

Asesor: Yarisleida Pérez López.

Año 2010.

Pensamiento:

Lo que hace crecer al mundo no es descubrir cómo está hecho, sino el esfuerzo de cada uno de nosotros para descubrirlo.

José Martí.

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a mi hermana, a mis padres y a mi esposo por su apoyo incondicional, por darme fuerzas cuando me he sentido vencida, a mis profesoras por el tiempo dedicado a la revisión y perfeccionamiento de este trabajo así como a las personas que deseen darle continuidad a este estudio y que puedan contribuir al mejoramiento de estos resultados.

Agradecimientos:

A todas aquellas personas que de una forma u otra han hecho posible la realización de este trabajo de tesis, a mis profesores y familiares.

Índice

	Páginas
I. Planteamiento del problema.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Fundamento teórico.....	5
IV. Objetivos.....	9
V. Procedimientos.....	10
VI. Resultados y Discusión.....	13
VII. Conclusiones.....	21
VIII. Recomendaciones.....	22
IX. Referencia bibliográfica.....	23
X. Anexos.....	29

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes - después en los estudiantes de la ESBU Miguel Calvo Antolín, perteneciente al municipio de Chambas, de Enero a Octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de información sobre temas de salud bucal. Para la obtención del dato primario se aplicó una encuesta al inicio de la investigación con ella se obtuvo un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades educativas sobre el tema con el fin de implementar una estrategia auxiliada por medios de enseñanza. 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 aplicó una prueba de hipótesis paramétrica y no paramétrica según sea la variable que se analizó. 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. El nivel de información en salud bucal al inicio del estudio fue deficiente en la mayoría de los adolescentes, los cuales en su mayoría fueron evaluados de bien en un segundo momento al final de la intervención. La eficiencia de la higiene bucal y la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta al inicio del estudio fueron evaluadas de deficiente evolucionando de forma favorable al poner en práctica la labor educativa. 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 evaluación final según los resultados obtenidos fue buena para la mayoría de los adolescentes en estudio.

Planteamiento del problema:

En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable. Desde hace más de cuatro décadas se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social basados en la equidad y derechos de todas las personas a la salud y el bienestar que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo en la Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades.(1)

La salud bucal es inseparable de la salud general por cuanto las enfermedades de la cavidad oral pueden ser manifestaciones o factores agravantes de ciertos trastornos generalizados, por consiguiente, toda medida para conservar la salud bucal puede resultar importante para la salud general. No podemos conceptuar como sano al individuo cuando presenta una afección bucal y este hecho tiene particular relevancia cuando se trata de escolares. (2).

A pesar de que en nuestro país, las acciones de Educación para la Salud se llevan a cabo en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, no siempre se cumplen los requisitos de calidad que garanticen la modificación de actitudes y conductas populares en relación con la salud bucal por lo que existe un gran número de adolescentes que presentan desconocimiento de temas relacionados con la salud bucal, y por tanto la Educación para la Salud constituye un elemento fundamental para promover y orientar sobre lo que deben hacer para lograr y mantener una salud adecuada. (3).

Todo lo anterior expuesto motivó a plantear el siguiente problema de investigación:

¿Cómo elevar el nivel de información sobre temas de salud bucal que poseen los adolescentes de la Secundaria Básica Miguel Calvo Antolín?

Esta pregunta permite formular la siguiente hipótesis: Si aplicamos una intervención educativa sobre temas de salud bucal entonces sería posible elevar el nivel de información sobre este tema en estos adolescentes, lo que permitirá lograr

cambios favorables en cuanto a nivel de información y hábitos favorables de higiene bucal.

Antecedentes:

La atención estomatológica a niños y adolescentes se comenzó a desarrollar en Cuba en la década de los 60, cuando se contaba con muy pocos recursos para ello, lo cual permitió una pobre cobertura asistencial. En el año 1970 se inició en el país el programa de aplicación tópica de fluoruros de sodio al 0,2% a niños de 5-11 años cada 15 días y aplicaciones tópicas de laca flúor a niños de 2-4 años cada 6 meses. En el año 1983 se estableció el Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población menor de 15 años de edad. (4)

En el año 1986 se estableció el reglamento del Ministerio de la Educación Primaria y Media y del Ministerio de de Salud Pública, para la atención estomatológica a niños y adolescentes, mediante la resolución conjunta de ambos ministerios, que responsabilizaba con su ejecución al personal docente de las instituciones de educación primaria y media y al personal estomatológico de las instituciones del Ministerio de Salud Pública.

Estratégicamente, como método organizativo para la ejecución de las situaciones de salud se adoptó el sistema incremental, que se aplica en sus tres fases: educativa-preventiva-curativa y sus dos ciclos: inicial y de mantenimiento. (5)

En esta estomatología, cada vez más preventiva y educacional, es frecuente el ejemplo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a nuestra población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupo etarios, dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo con otras edades, también con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud, individual y comunitarias. (6)

Para lograr una buena atención del adolescente en Cuba se aplica el JUVEDENTI en todas las clínicas del país, que no es más que el tiempo que se destina únicamente a prestar servicios a este grupo de edad de acuerdo con las características de las instituciones y a los requerimientos y necesidades de este grupo de población.

En este programa se realizan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, correspondientes al nivel de atención primaria y del nivel secundario, cuando fuese necesario, a través de Inter-consultas. (7)

Al efectuar las actividades de promoción para la salud en este grupo maravilloso, no debemos emplear el lenguaje infantil, aunque sin perder la fantasía y creatividad.

Tampoco la total madurez es parte de ellos. Debemos reflexionar y seleccionar de manera cuidadosa el “que”, “como”, y el “con que” hacerles llegar nuestros mensajes.

Algo fundamental en que debemos enfatizar es el auto-cuidado el cual se define como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades. (6-7)

El equipo de salud debe estimular esta práctica y prever a los adolescentes de un arsenal de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollar el auto-cuidado eficazmente.

Un aspecto muy importante, clave en el cumplimiento de nuestros objetivos es involucrar de manera activa y respetuosa a todo el personal de las escuelas donde pretendemos trabajar, buscar su motivación mostrando los beneficios, hacerles ver que es posible vivir en salud, convertirlos en actores y no solo en espectadores, aprender a comunicarnos con ellos, estos factores bien empleados siempre impulsarán al éxito.

Los escolares son un grupo de población más receptivo de la comunidad, por lo que resulta la escuela el lugar ideal para promover la salud bucal. (8)

Este tema ha sido abordado por varios autores tanto fuera como dentro de nuestro país. Tal es el caso de Naranjo González, Melgar y colaboradores, Sheiman e Irigoyen que plantean que los factores de riesgo predominantes son la dieta cariogénica y la higiene bucal deficiente (13-14), resultados que coinciden con los encontrados por Sanz Pérez en la Facultad Odontológica de

la Universidad de Antioquia y el de Telford Pons realizado en nuestro país (17-15).

En estudios realizados en Camagüey por Jordar Vega se demostró una alta prevalencia de caries y periodontopatías con elevada presencia de dieta cariogénica y mala higiene bucal (16). Resultados similares obtuvo Furci y colaboradores en niños de 12 años de una comunidad urbana de en Argentina (18)

Díaz de Mazo y colaboradores en Santiago de Cuba realizaron una intervención educativa logrando cambios favorables en los adolescentes en cuanto a nivel de información y hábitos favorables de higiene bucal al final de la misma (19), otros autores también obtuvieron resultados satisfactorios después de aplicada su estrategia de intervención (20,21).

Fundamento teórico:

La adolescencia es considerada por diversos autores como la etapa crítica, difícil, de crisis. El tránsito de la infancia a la madurez constituye el contenido básico de todas las características de este período. En este sentido, todas las estructuras y niveles de funcionamiento van a sufrir un proceso de reestructuración: cambios endocrinos, morfológicos, autoconciencia, nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividad de estudio, conducta y actitud ante la vida. (23)

El adolescente despliega una enorme actividad social, dirigida al establecimiento de relaciones de nuevo tipo con adultos y compañeros, pero todo este proceso de madurez creciente no se instala de manera brusca ni aparece de un día para otro. Es por ello que coexisten en el adolescente rasgos de puerilidad, actitudes infantiles y rasgos de proyecciones adultas. El hecho más importante de esta etapa es que en ella se echan los cimientos y se delinea la tendencia general en la formación de las pautas morales y sociales de la personalidad (25).

Constituye la adolescencia el período de la vida en que de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad se es más saludable, es por tanto una etapa en que las demandas de servicios curativos son relativamente inferiores a otros períodos de la vida, lo cual debe facilitar la reorientación de los servicios con énfasis en la promoción y educación para la salud (29,26). Así el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes plantea la necesidad de desarrollar acciones de promoción y prevención dirigidas a modificar los principales problemas bucales de este grupo etáreo conociendo que la promoción implica dotar a las personas de los medios requeridos para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano y que la educación para la

salud, de forma general, alude a la eliminación en las personas, grupos o colectividades de actitudes y hábitos considerados nocivos y/o a la adquisición y práctica de otros considerados como convenientes. Al efectuar estas actividades en este grupo maravilloso, no debemos emplear el lenguaje infantil, aunque sin perder la fantasía y la creatividad. Tampoco la total madurez del adulto es parte de ellos (29,31). Debemos reflexionar y seleccionar de manera cuidadosa el “qué”, el “cómo” y el “con qué” hacerles llegar nuestros mensajes (22,31).

La promoción de salud consiste en proporcionarles a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana.

La promoción de salud se dirige a personas sanas para proporcionar acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones.

La promoción de salud tiene tres componentes fundamentales:

- Educación para la salud.
- Comunicación.
- Información.(22)

La educación para la salud, como la estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intente redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. (24)

Fue definida por la O.M.S como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud del individuo y la comunidad. (25)

La Educación para la Salud es la principal herramienta de la promoción y la prevención, que consiste, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Debe tener un fuerte fundamento en la pedagogía participativa y lograr cambios cognoscitivos, conductuales y de estilos de vida (2, 16,23).

La prevención ha sido definida como el conjunto de actuaciones que se realizan por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Incluye en las etapas iniciales el diagnóstico y tratamiento precoz. (26).

El aparato estomatognático está integrado por varios elementos, entre los que se encuentran los dientes y los tejidos periodontales, ninguno exento de padecer alteraciones (33,36). La caries dental constituye el problema de salud número uno en la estomatología, afirmación que se basa en su frecuencia (99% de la población) y el daño que causa, caracterizado por dolor y sufrimiento; es una enfermedad multifactorial cuyas principales causas son la deficiencia en la higiene bucal que 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 y la dieta cariogénica. 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, la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca. Según Blaskar es la enfermedad más común del ser humano (8). Es esta una dolencia que no solo repercute en la

salud bucal y general de cada individuo, sino que además tiene un impacto en la calidad de vida de las personas, lo que ha llevado a desarrollar investigaciones desde la perspectiva de la odontología conductual en aras de enseñar y mejorar los comportamientos de higiene bucal, así como los hábitos dietéticos (39). 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 (41,43).

De todo esto se hace eco nuestro Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población que en uno de sus objetivos plantea la prioridad de incrementar la población sana mediante acciones de promoción de salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente (41).

Objetivos:

Generales:

Elevar el nivel de información sobre salud bucodental en estudiantes de la secundaria básica Miguel Calvo Antolín.

Específicos:

1.- Distribuir a los estudiantes al inicio de la intervención según el nivel de información sobre salud bucodental y sexo.

2.- Determinar en los escolares al inicio del estudio:

- ❖ La eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario.
- ❖ La frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta.

3.-Elaborar una estrategia educativa sobre la base de los problemas encontrados.

4.-Desarrollar el programa educativo.

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

Procedimientos:

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes - después en los estudiantes de séptimo grado de la ESBU Miguel Calvo Antolín, perteneciente al municipio Chambas, de Enero a Octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de información sobre salud bucal.

El universo de estudio estuvo constituido por 233 estudiantes de séptimo grado. Se incluyeron todos los estudiantes que constituyen matrícula de séptimo grado en el momento del estudio. Se excluyeron los estudiantes que ingresaron al centro después que comenzó el estudio y estudiantes que causaron baja del centro en el transcurso de la investigación.

Inicialmente se realizaron todas las coordinaciones pertinentes con el Centro Municipal de Educación para la Salud y con la dirección de la escuela quien firmó el convenio investigador – escuela. (Anexo 1) y se obtuvo el consentimiento informado. (Anexo 2).

Para la obtención de la información se utilizó como método de acción individual, aplicar a cada estudiante la encuesta de educación para la salud, creada y validada por un grupo nacional de promoción y educación para la salud dirigida a la población menor de 18 años, la que consta de 11 preguntas todas con respuestas múltiples, excepto la 5 (Anexo 3). Se cumplió con las orientaciones e instrucciones establecidas para su aplicación (Anexo 4) y con la metodología para la calificación del cuestionario adjunto a dicha encuesta (Anexo 5).

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 bien o deficiente. (Anexo 7)

Mediante el interrogatorio se realizó el control de la dieta cariogénica utilizando el método de las 24 horas para determinar la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en el día. (Anexo 6) Se interrogó 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 criterios de bien, regular o deficiente. (Anexo 7)

Una vez diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se confeccionó y se puso en práctica la estrategia de intervención (Anexo 8) que contó con actividades teórico prácticas apoyadas en medios de enseñanza apoyadas en técnicas- afectivo-participativas. (Anexo 9).

Posteriormente se realizó una evaluación final donde se pudo comparar los resultados obtenidos inicialmente con los resultados finales mediante la aplicación de la encuesta inicial siguiendo el procedimiento de la vez anterior, lo que permitió evaluar la efectividad de la estrategia implementada.

En este trabajo se consideraron las siguientes variables:

1. Nivel de información sobre salud buco- dental.

- Bien. (85-100 puntos).
- Regular. (70-84 puntos.).
- Deficiente. (69 o menos).

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

- Bueno: de 0 -20 % de superficies teñidas
- Deficiente: más del 20% de superficies teñidas

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

- Buena: 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 cepillado

4. Grado escolar:

- Séptimo.

5. Sexo biológico:

- Femenino.
- Masculino.

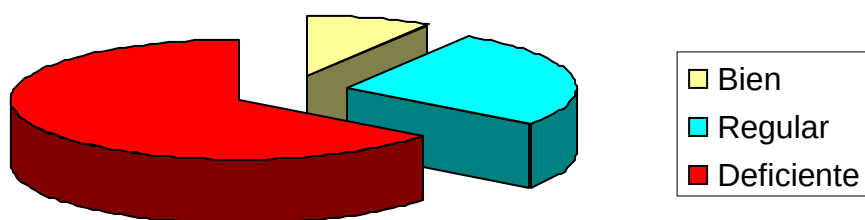
.-Variable independiente: Estrategia de intervención educativa

.-Variable dependiente: Nivel de información 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 porcentajes. 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 aplicó una prueba de hipótesis paramétrica y no paramétrica según sea la variable que se analizó (Anexo 10). 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:

Gráfico No 1 Nivel de información sobre salud bucal en los estudiantes al inicio del estudio. Intervención Educativa "Para sonreír con salud" enero a octubre de 2010.



Fuente: Encuesta.

En el gráfico No 1 se muestra el nivel de información sobre salud bucal en los estudiantes al inicio del estudio, donde existe un predominio de estudiantes evaluados de deficiente representado por un 65%. Estos resultados coinciden con los encontrados en el trabajo de la doctora Silva Martínez en Camagüey en el año 2005 (11) y con el de Furci ND, Rana A, Capuano CA. Argentina en el año 2006 (18), donde la mayor cantidad de estudiantes se encontraban evaluados de deficiente al inicio de la intervención. Esto demuestra que a pesar del esfuerzo que realiza nuestro país desarrollando las acciones de promoción y educación para la salud desde edades tempranas no ha sido suficiente, sobre todo en este grupo de edad donde los principales intereses están encaminados a su apariencia personal y no a mantener una buena higiene bucal ni cuidar de su salud. Además en esta escuela nunca antes se había realizado este tipo de trabajo con los estudiantes.

Tabla No 1: Distribución de los estudiantes encuestados según nivel de información sobre salud bucal y sexo al inicio de la intervención.

Nivel Educativa/ Sexo	Bien	%	Regular	%	Deficiente	%	Total	%
Femenino	12	5%	37	16%	58	25%	107	46%
Masculino	9	4%	24	10%	93	40%	126	54%
Total	21	9%	61	26%	151	65%	233	100%

Fuente: Encuesta.

La distribución de los estudiantes encuestados según nivel de información sobre salud bucal y sexo al inicio de la intervención se observa en la tabla No 1, donde se determinó que la mayor cantidad de evaluados de deficiente pertenecen al sexo masculino representados por un 40%, esto se debe a que los varones a esta edad no prestan mayor atención a su higiene bucal ni general evento que no se comporta de igual forma en el sexo femenino que si se preocupa más por su apariencia, lo que lleva implícito la higiene personal. Estos resultados coinciden con por Silva Martínez en Camagüey. (11) y con el de Furci ND, Rana A, Capuano (18), donde el sexo masculino obtuvo mayor evaluación de deficiente que el femenino.

Tabla No 2: Eficiencia del control de la higiene bucal a través del cepillado gingivodental al inicio del estudio.

Control de higiene bucal.	Inicio de estudio	
Bien	44	19%
Regular	82	35%
Deficiente	107	46%
Total	233	100%

Fuente: Encuesta.

En la tabla No 2 se determinó la eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario en los estudiantes al inicio del estudio, donde un 46% de los estudiantes fueron evaluados de deficiente, siendo esta la principal causa de las caries y parodontopatías. 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. Estos resultados coinciden con los encontrados por Silva Martínez (11) y con Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molver N. en Ciudad de México en el año 2007 (14), donde la mayor cantidad de estudiantes se encontraban evaluados de deficiente al inicio el estudio esto se debe también a que la escuela no garantiza la condiciones adecuadas para que los alumnos realicen su cepillado dental.

Tabla No 3: Distribución de los estudiantes encuestados teniendo en cuenta la frecuencia de la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta al inicio del estudio.

Ingestión de alimentos cariogénicos	Inicio de estudio	
Bien	65	28%
Regular	72	31%
Deficiente	96	41%
Total	233	100%

Fuente: Encuesta.

En la tabla No 3 se observa la distribución de los estudiantes encuestados teniendo en cuenta la frecuencia de la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta al inicio del estudio, donde encontramos que existe un control deficiente por su parte en cuanto a la frecuencia en la ingestión de estos, donde el 41% de los alumnos fue evaluado de deficiente La dieta cariogénica es uno de los principales factores de riesgo 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, la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca. Estos resultados coinciden con los encontrados en el trabajo de Sheiman A. en Argentina en el año 2006. (28) y con el de Marichal López M en Camagüey en año 2005. (30).donde el mayor porcentaje se encontraba evaluado de deficiente al inicio del estudio, esto se debe a que estos estudiantes se encuentran el mayor tiempo en las escuelas y los alimentos que adquieren son los que reciben de los vendedores ambulantes que generalmente son alimentos ricos en azúcar y que se adhieren con gran facilidad.

Tabla No 4: Distribución de lo estudiantes encuestados según su nivel de información sobre salud bucal según sexo después de la intervención.

Sexo	Nivel de información											
	Inicio del estudio						Después del estudio					
	B		R		D		B		R		D	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	12	5%	37	16%	58	25%	96	41%	35	15%	5	2%
Masculino	9	4%	24	10%	93	40%	69	30%	17	7%	11	5%
Total	21	9%	61	26%	151	65%	165	71%	52	22%	16	7%

Fuente: Encuesta.

La distribución de los estudiantes encuestados según su nivel de información en temas de salud bucal y sexo se muestra en la tabla No 4, en ella se observó que el 65% de los encuestados se encontraban evaluados de deficiente al inicio del estudio. Después de la intervención encontramos un predominio de estudiantes evaluados de bien con un 71%, con $p=0.0007$, para un 95% de confiabilidad (Anexo 10), estos resultados se deben a las acciones de promoción y educación para la salud que se desarrollaron con estos estudiantes logrando que los mismos pusieran en práctica los conocimientos adquiridos. La mayor cantidad de estudiantes evaluados de bien y regular pertenecen al sexo femenino, esto se debe a que las niñas son más preocupadas por su higiene que la mayoría de los varones. Estos resultados coinciden con los encontrados en el trabajo de la doctora Silva Martínez (11). Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molver N. (14). Telford Pons AL. En el año 2006 en Camagüey (15) donde la mayor cantidad de evaluados de bien pertenecían al sexo femenino.

Tabla No 5: Eficiencia del control de la higiene bucal a través del cepillado gingivodental.

Control de higiene bucal	Al inicio del estudio.		Después de la intervención.	
	No	%	No	%
Bien	44	19%	137	59%
Regular	82	35%	80	34%
Deficiente	107	46%	16	7%
Total	233	100%	233	100%

Fuente: Encuesta.

La eficiencia del control de la higiene bucal mediante el cepillado gingivodentario de los estudiantes se observa en la tabla No 5. Al inicio del estudio la mayoría de los estudiantes se encontraban evaluados de deficiente representado por un 46%, después de la intervención se logró pasar a la mayor cantidad de estudiantes al grupo evaluado de bien representado por el 59% con un $p=0.0023$ para 95% de confiabilidad (Anexo 10), estos resultados demuestran que con las acciones realizadas en esta intervención educativa se logró motivar a estos jóvenes para que realizaran correctamente el cepillado gingivodental y con la frecuencia requerida controlando así la principal causa de las caries y parodontopatías, estos resultados coinciden con los encontrados por Silva Martínez (11). Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molver N. (14). Telford Pons AL. (15) donde después de la intervención se logró pasar a la mayoría de los estudiantes a la evaluación de bien.

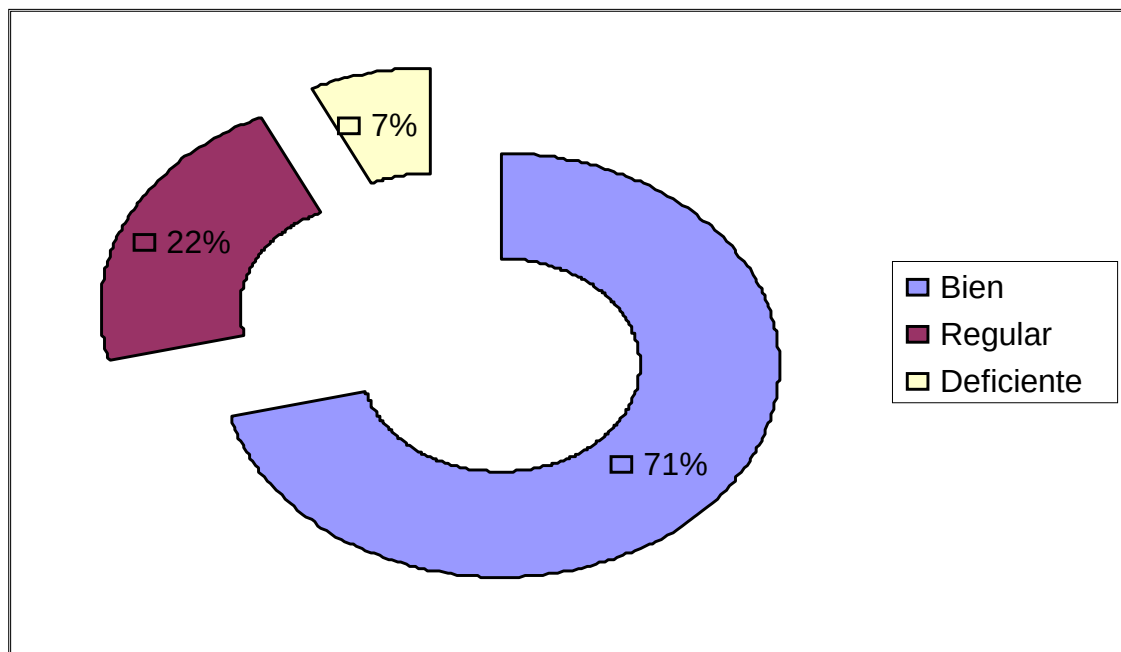
Tabla No 6: Distribución de los estudiantes encuestados según la frecuencia de la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta.

Ingestión de alimentos cariogénicos.	Al inicio del estudio.		Después de la intervención.	
	No	%	No	%
Bien	65	28%	142	61%
Regular	72	31%	83	36%
Deficiente	96	41%	8	3%
Total	233	100%	233	100%

Fuente: Encuesta.

Esta tabla muestra la distribución de los estudiantes encuestados teniendo en cuenta la frecuencia de la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta, al inicio del estudio el mayor porcentaje de estudiantes se encontraba evaluado de deficiente representado por un 41%, después de la intervención se logró revertir la situación pues se logró pasar a la mayor cantidad de los adolescentes al grupo evaluado de bien representado por el 61%, con un $p=0.0013$ para un 95% de confiabilidad (Anexo 10). Es importante destacar la influencia de las diferentes técnicas educativas empleadas, que les brindaron la información a estos adolescentes en estudio que les permitió modificar su actitud disminuyendo la ingestión de los alimentos azucarados y que se adhieren con facilidad de su dieta. Estos resultados coinciden con los encontrados por Sheiman A. (28) y por Marichal López M. (30), donde la mayor cantidad de estudiantes se encuentran evaluados de bien después de la intervención pues disminuyeron o eliminaron este nocivo hábito.

Gráfico No 2: Nivel de información sobre salud bucodental en los estudiantes después de la intervención.



En el gráfico No 2 se determinó el nivel de información sobre salud bucodental en los estudiantes después de la intervención, donde existe un predominio de los estudiantes evaluados de bien representado por un 71%, esto se debe a las acciones realizadas de promoción y prevención, estos resultados coinciden con los encontrados por Sheiman A. (28).y por Silva Martínez (11), donde la mayoría de los estudiantes fueron evaluados de bien después de la intervención. A pesar de los resultados obtenidos aún persiste un 22% y un 7% evaluado de regular y deficiente respectivamente, esto demuestra que es necesario seguir trabajando con este grupo con el objetivo de continuar mejorando los resultados y de esta forma garantizar su salud bucal.

Conclusiones:

- El nivel de información en salud bucal al inicio del estudio fue deficiente en la mayoría de los adolescentes, los cuales en su mayoría fueron evaluados de bien en un segundo momento al final de la intervención
- La eficiencia de la higiene bucal y la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados en la dieta al inicio del estudio fueron evaluados de deficiente evolucionando de forma favorable al poner en práctica la labor educativa.
- 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 información para la salud en estomatología de los mismos.

Recomendaciones:

1. Intensificar las actividades de promoción y prevención de la salud bucal para obtener una mejor preparación de los estudiantes sobre temas de salud bucal.
2. Hacer extensivo este programa educativo a todas las secundarias básicas de la provincia y del país con el objetivo de propiciar cambios de conducta favorables para su salud bucal y general.

Referencias Bibliográficas:

- 1-Padilla Ramos A. Algunas reflexiones sobre la promoción de salud bucodental en el medio educacional y la atención estomatológica. Ciudad de La Habana. 2006.
- 2-Tan Suárez N, Alonso Montes de Oca C, Martínez padilla S. Promoción de salud. Un camino para la estomatología del futuro.2005.
- 3-Carbajal Rodríguez, Lic. Cerilda. Educación para la salud en la escuela. Editora pueblo y educación. Ministerio de Educación Cuba. 2006.
- 4- Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar, C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol 2005.
- 5- MINSAP. Promoción de Salud Bucodental y Prevención de Enfermedades. Cuba. S/A.2006.
- 6-Sistema Nacional de Educación. Reglamento de Salud para la educación primaria y media .La Habana. MiNED, 2004.
- 7- Pérez López Y, cols .Nivel de conocimientos sobre salud buco-dental en estudiantes de secundaria básica. Año 2005.
- 8-Rocha MG. Disertación. Paradigmas en Odontopediatría. Una visión de futuro. Odontología desde el Nacimiento a la Adolescencia. Universidad Científica del Sur, Lima (Perú). 2004.
- 9- San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación Práctica. Madrid: Edit. Díaz Santos; 2007.
- 10- Menéndez Soto R, Cordon Portillo JA. Sgenda 21: Qué debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro. Rev. Brasileira de Ontol em Saúde colectiva .2006.
- 11- Silva Martínez Y. Intervención educativa en salud bucodental para adolescentes con trastornos de conducta. [Trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2005. Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark Mascaró”: Camagüey.

12-Díaz Atienza I. Trastornos de conducta/ en línea/ fecha de acceso 7 de diciembre de 2005/. URL disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/TC.htm>.

13- Naranjo González Y. Estrategia educativa con adolescentes que padecen caries dental [trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Estomatología General Integral]. 2007. Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark y Mascaró”: Camagüey.

14.- Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molver N. Prevalencia de hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. Rev ADM 2007; 58(3): 99-104.

15- Telford Pons AL. Periodontos III y IV. Posibles factores de riesgo periodontal en escolares de 9 a 14 años. [Trabajo para optar por título de especialista de I grado en Periodontología]. 2006. Clínica Estomatologica Docente “Mártires de Pino III”: Camagüey

16.- Jodar Vega D. Estrategia educativa con adolescentes que padecen caries dental. [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.- Sanz Pérez J. Influencia de la ingestión de alimentos dulces y de la higiene bucal en la caries dental. Gac Dent 2008; (80): 54-6.

18- Furci ND, Rana A, Capuano CA. Estado de salud-enfermedad dentaria en niños de 12 años de una comunidad urbana de riesgo social. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2006; 32(4):3-8.

19- Díaz del Mazo, L. Nivel de conocimiento e higiene bucal en niños y adolescentes del Reparto Sueño. Santiago de Cuba. MEDISAN 2005; 5(4): 27_30.

20-- Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simons, B. Corte Alfon A, González Hernández A, Rodríguez Mena GM, Sarabia Ramos G, et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación.2009.

- 21-Saliba Moimez SA, Adas Saliba N, Corrente JE. Avaliacao de quatro índice de higiene oral: aspectos da reproductibilidade. Rev. Da Pós-graduacao.2007.
- 22- Colectivo de autores. La Habana: Ciencias Médicas. Guías Prácticas de Estomatología. Año 2006.
- 23- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Empresa 2002.
- 24-Morales Pardo MI. Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Bucal Comunitaria. Intervención Educativa: Uso del piercing. ¿Sufrir para Lucir?“. Año 2007.
- 25- Caballo VE, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil del adolescente. Trastornos generales Madrid: Pirámide; 2006.
- 26-Borroto Chao R, Sáez Luna M. Programa preventivo de caries dental en niños y adolescentes cubanos. Rev Cubana Estomatol 2008; 40(2): 32-9.
- 27-Martínez Y. Intervención educativa en salud bucodental para adolescentes con trastornos de conducta. [Trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2006. Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark Mascaró”: Camagüey.
- 28.- Sheiman A. Efectos de la dieta sobre enfermedades dentales. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2006; 30(4): 26.
- 29- 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.
- 30.- 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]. 2005. Clínica Estomatológica Docente “Mártires de Pino III”: Camagüey.
- 31-Moura L y cols. Apresentacaos do Programa preventivo para gestantes e Bebes Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia de Bebe. 2005.
- 32-Corina C, Aristumño, R. Educación para la Salud. Reflexiones. Acta Odontol Venezolana. 2007.

33- Genco RJ. Current View of risk factor of periodontal disease. J Periodontol 2005; 49 Supl: 1041-9.

34-Aristimuño CC. Educación para la salud. Reflexiones. Acta Odontol. Venez. 2005.

35-Limonta Vidal E, Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal. MEDISAN 2006.

36-. The New York City Hospital. Centro Médico Cornell. Hoja informativa: higiene bucodental/ en línea 2004/fecha de acceso 7 de Diciembre de 2006.URL disponible en:

[Http://www.noah-health/org/spanish/illnes/sporalhyg.htm/#Introduction](http://www.noah-health/org/spanish/illnes/sporalhyg.htm/#Introduction)

37-MINED. Informes mensuales del comportamiento de la tensión estomatológica a los trabajadores de la educación. Ministerio de educación. Dpto. De Salud escolar. Mayo 2006.

38-MINED_MINSAP. Informe preliminar del recorrido conjunto a un grupo de provincias del país. Ministerio de Educación. Cuba. Marzo 2005.

39- Tamiette MB, Castillo LS, Paice HH. Educacao em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. Arq Odontol 2003; 34(1): 33-5.

40-Companioni Ladín F. Contribución a la historia de la Estomatología Cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006.

41- Rabadán González MA. Salud bucodental. Madrid: Fundación Dental Española;2002.p.66-83.

42-Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. Int Dent J 2005; 51(6): 392-398

43- Shafer Wg, Hine MK, Levy BM, Tomich Ch E. Tratado de Patología Bucal. 4ta ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.p.973.

44-Olmez S, Uzamis M, Erdem G, Association between early childhood caries and clinical microbiological oral hygiene and dietary variables in rural Turkish children: Turk J Pediatr 2007; 45(3): 231-6.

45-INFOMED.Vigilancia en salud.Página Web del MINSAP.Ciudad de la Habana. 2005.

- 46- Gispert A. Estela de los A.: Modulo II, Tema1 Prevención en Estomatología General Integral.2008.
- 47- Barrancos Money J. Operatoria Dental. 3ra. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.p.241-82.
- 48- Freitas BC. Aspectos psicológicos de condicionamiento en odontología pediátrica. Ação Coletiva 2006; 2(1): 22-4.
- 49-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.
- 50- Andlaw RJ, Rockwp.Desarrollo oclusal normal.En: Manual de Odonto pediatria.4ta ed. México:Megraw, Hill Pan – American, 2008:137-43.
- 51-- López Y, Arias M, Zelevenco O. Lactancia Materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. (Página en Internet) 2005 (citado 24 Enero 2007);(aprox.13pantallas)Disponibleen:[http:// www.bus.sld.cu/revista/ord/voll4-1-99/ord07199.htm/](http://www.bus.sld.cu/revista/ord/voll4-1-99/ord07199.htm/).
- 52- Cánovas Favelo L, Gómez Castanedo S, Núñez Aragón E. Los niños y sus derechos 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2006.p. 22-7.0.
- 53- 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]. 2007. Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark y Mascaró”: Camagüey.
- 54.- Peñaranda PM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la Odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela (ediciones de la biblioteca); 2008.p. 57-62.
- 55- Borrachina Mataix C. Etiopatogenia. Factores generales. En: Canut Bruzola Ja. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona. Masson. 2006:203-219.
- 56- Camacho Carbonel O, Piquero Gonzáles G, Isasi Céspedes RP. Estudio comparativo entre tabla de Moyers, Nivel del 50% y los valores pediátricos de Tanaka y Jonhnton. Rev Cub Ortod. 2007,14(1): 18-21.

57- Vásquez M. Salud para todos ¿privilegio de solo unos? Orbe 2009.

58- MINED. Objetivos Estratégicos. Curso 2006-2007..

59- Garrigó Andreu M, Sardinias Alayón S, Gispert Abreu E y cols. Guías Prácticas de Caries Dental. 2007; aps.sld.cu

60- Duggal MS, Loveren van C. Dental considerations for dietary counselling. Int Dent J 2007; 51(6): 408-412.

.

Anexos:

Anexo 1: Convenio investigador – escuela.

De una parte: Dra. Gueymara Ávila Mijares. Residente de Primer año en Estomatología General Integral. Filial de Ciencias Médicas “Arley Hernández Moreira”.

De otra parte: Director: Manuel Burgo Pérez.

ESBU: Miguel Calvo Antolín.

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dra. Gueymara Ávila Mijares.

- Determinará el nivel de educación para la salud de los estudiantes.
- Trabajará en la escuela desde Enero hasta Octubre de 2010.

.Director: Msc. Manuel Burgo Pérez.

- 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 Chambas, Ciego de Ávila:

Dra. Gueymara Ávila Mijares.

Firma.

Msc. Manuel Burgo Pérez.

Firma

Anexo 2: Consentimiento informado:

Nombre y Apellidos: _____

Estoy de acuerdo de que mi hijo participe en la investigación que tiene por objetivo determinar el nivel de información sobre salud buco- dental.

Y para dejar constancia de nuestra aprobación voluntaria firmo la presente a los ____ días del mes de _____ de 2010.

Firma del tutor

Firma del investigador

Anexo 3: Encuesta de educación para la salud.

Datos generales.

Edad: _____ Sexo: _____ Nivel escolar: _____ Ocupación: _____.

Cuestionario.

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

(Respuestas múltiples).

Para la función masticatoria _____ 1 _____.

Para la fonación _____ 2 _____.

Para la estética _____ 3 _____.

Para las relaciones sociales _____ 4 _____.

Otras respuestas _____ 5 _____.

No sabe _____ 6 _____.

No responde _____ 0 _____.

EVALUACIÓN _____.

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

(Respuestas múltiples).

Caries _____ 1 _____.

Parodontopatías o enfermedades de la encía _____ 2 _____.

Otra respuesta _____ 3 _____.

No sabe _____ 4 _____.

No responde _____ 0 _____.

EVALUACIÓN _____.

3. ¿Cómo usted llega a conocer que tiene un diente con caries?

(Respuestas múltiples).

Por visitas al estomatólogo _____ 1 _____.

Dolor _____ 2 _____.

Mal sabor _____ 3 _____.

Observación _____ 4 _____.

Otra respuesta_____5_____.

No sabe_____6_____.

No responde_____0_____.

EVALUACIÓN_____.

4. ¿Cómo usted llega a conocer que tiene enferma las encías?

(Respuestas múltiples).

Por visita al estomatólogo_____1_____.

Inflamación_____2_____.

Sangramiento_____3_____.

Dolor_____4_____.

Supuración_____5_____.

Otra respuesta_____6_____.

No sabe_____7_____.

No responde_____0_____.

EVALUACIÓN_____.

5. ¿Existe alguna relación entre la salud bucal y la salud del organismo en general?

Sí (pasar a la pregunta 6) _____1_____.

No (pasar a la pregunta 7) _____2_____.

EVALUACIÓN_____.

6. ¿Por qué?

(Respuestas múltiples).

Porque afecta la salud del organismo en general_1_____.

Porque afecta al estómago_2_____.

Porque afecta a los riñón--3_____.

Porque afecta al corazón_4_____.

Porque afecta a la garganta_5_____.

Porque afecta las articulaciones_6_____.

Otra respuesta_7_____.

No sabe_8_____.

No responde_0_____.

EVALUACIÓN_____.

7-¿Cómo logras mantener tu boca limpia?

Con el cepillo dental ____.

Solo con enjuagues ____.

Otra respuesta ____.

No sabe ____.

8-¿Cuándo usted se cepilla los dientes?

(Respuesta múltiple).

Al levantarse _____ 1 ____.

Después de desayuno _____ 2 ____.

Después de almuerzo _____ 3 ____.

Después de comida _____ 4 ____.

Al acostarse _____ 5 ____.

Otra respuesta _____ 6 ____.

No responde _____ 0 ____.

EVALUACIÓN _____.

9-¿Qué es el flúor?

Un mineral _____ 1 ____.

Un buchito _____ 2 ____.

Otra respuesta _____ 3 ____.

No sabe _____ 4 ____.

No responde _____ 0 ____.

EVALUACIÓN _____.

10-¿Para qué sirve el flúor?

Para evitar las caries _____ 1 ____.

Otra respuesta _____ 2 ____.

No sabe _____ 3 ____.

No responde _____ 0 ____.

EVALUACIÓN _____.

11-¿Qué usted conoce sobre la influencia de los dulces y golosinas en los dientes?

Favorece la formación de caries _____ 1 ____.

Son buenos _____ 2 ____.

No son buenos _____ 3 ____.

Otra respuesta_____ 4_____.

No sabe_____ 5_____.

No responde_____ 6_____.

Engordan_____ 7_____.

Son sabrosos y ricos_____ 0_____.

EVALUACIÓN_____.

Anexo 4: Instructivo para la aplicación de la encuesta de educación para la salud.

1. Se formularan las preguntas como se encuentran 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 surgirle lo que no debe responder.
3. En ningún caso el encuestador dejará entrever su opinión, ni mediante el lenguaje hablado, ni por su conducta extra verbal.
4. Cuando su respuesta no se ajusta a las posibilidades planteadas, se marcará con una cruz en otra respuesta.
5. Si después de contestada la pregunta se hace necesario hacer un cambio de respuesta y no se puede borrar la cruz, táchela y ponga al lado que fue marcada incorrectamente.
6. Todas las preguntas deben de 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 cruz en 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, DEFICIENTE.

Anexo 5: Clave para calificar las preguntas.

Pregunta de 5 puntos.

Bien: de 4 a 5 puntos.

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

Deficiente: menos de 2,4 puntos.

Pregunta de 10 puntos.

Bien: de 8,5 a 10 puntos.

Regular: de 7 a 8,4 puntos.

Deficiente: menos de 6,9 puntos.

Pregunta de 15 puntos.

Bien: de 12 a 15 puntos.

Regular: de 8 a 11,9 puntos.

Deficiente: menos de 7,9 puntos.

Criterios y puntuación por preguntas:

PREGUNTA No1. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1_____7 puntos.

Inciso 2_____1 punto.

Inciso 3_____1 punto.

Inciso 4_____1 punto.

Inciso 5, 6,0_____0 punto.

PREGUNTA No 2. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 9 puntos.

Inciso 2 _____ 0 puntos.

Inciso 3, 4,0. _____ 0 puntos.

PREGUNTA No 3. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 5 puntos.

Inciso 2 _____ 2 puntos.

Inciso 3 _____ 1 punto.

Inciso 4 _____ 1 punto.

Inciso 5 _____ 1 punto.

Inciso 6, 7,0 _____ 0 punto.

PREGUNTA No 4. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 5 puntos.

Inciso 2 _____ 2 puntos.

Inciso 3 _____ 1 punto.

Inciso 4 _____ 1 punto.

Inciso 5 _____ 1 punto.

Inciso 6, 7,0 _____ 0 puntos.

PREGUNTA No 5. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 10 puntos.

Inciso 2 _____ 0 puntos.

PREGUNTA No 6. VALOR 10 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 5 puntos.

Inciso 2 _____ 1 punto.

Inciso 3 _____ 1 punto.

Inciso 4 _____ 1 punto.

Inciso 5 _____ 1 punto.

Inciso 6 _____ 1 punto.

Inciso 7, 8,9 _____ 0 punto.

PREGUNTA No 7. VALOR 5 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 1 punto.

Inciso 2 _____ 4 punto.

Inciso 3,4,0 _____ 0 punto

PREGUNTA No 8. VALOR 15 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 1 punto.

Inciso 2 _____ 3 puntos.

Inciso 3 _____ 3 puntos.

Inciso 4 _____ 3puntos.

Inciso 5 _____ 5 puntos.

Inciso 6,0 _____ 0 puntos.

PREGUNTA No 9. VALOR 5 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 1 punto.

Inciso 2 _____ 4 punto.

Inciso 3,4,0 _____ 0 punto.

PREGUNTA No 10. VALOR 5 PUNTOS.

Inciso1 _____ 5 puntos.

Inciso2, 3,0 _____ 0 puntos.

PREGUNTA No 11. VALOR 15 PUNTOS.

Inciso 1 _____ 9 puntos.

Inciso 2 _____ 1 punto.

Inciso 3 _____ 3 punto.

Inciso 4, 5,6 _____ 0 punto.

Inciso 7 _____ 1 punto.

Inciso 0 _____ 1 punto.

Criterio y puntuación de la encuesta en total.

Bien: si obtiene de 85-100 puntos.

Regular: si obtiene de 70-84 puntos.

Deficiente: si obtiene 69 o menos.

Anexo: 6 Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores.

I. A. H. B. = _____ %.

Calificación:

Bien _____

Regular _____

Deficiente _____

Registro de hidratos de carbono en la dieta. Método de las 24 horas.

Calificación:

Bien _____

Regular _____

Deficiente _____

Anexo 7: Clave para la calificación

Índice de Análisis de Higiene Bucal 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 evaluada de bien.
 - Más de 20 % higiene bucal evaluada de deficiente.

Registro de hidratos de carbono en la dieta.

¿Qué desayunas?

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

¿Qué almuerzas?

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

¿Qué meriendas?

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

¿En qué consiste la comida?

¿Qué comes o tomas antes de acostarte?

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

Momentos de azúcar al día _____

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 8: Estrategia de intervención educativa.

Título: Intervención educativa "Para sonreír con salud".

Objetivo general: Elevar el nivel de información sobre salud bucodental en estudiantes de la secundaria básica Miguel Calvo Antolín.

Esta estrategia consta de medios de enseñanzas, diversas técnicas afectivo-participativas, actividades teórico- prácticas todas acordes con el grupo de edad seleccionado para el estudio. Con ella se pretende que los adolescentes adquieran mayor información sobre los temas de salud bucal con el objetivo de que tomen conciencia y modifiquen su actitud eliminando los hábitos nocivos para que con ello mantengan buena salud bucal.

Actividad 1

Tema I: Importancia de la higiene bucal.

Contenido: - Importancia de la higiene bucal.

- Uso de los medios auxiliares del cepillado.
- Forma y frecuencia del cepillado gingivodental.

Tiempo: 3 horas.

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

Forma: Clase taller.

Técnica afectiva participativa: Descúbralo usted...

Medios: Láminas, taipodont, cepillo y medios auxiliares del cepillado.

Preguntas de comprobación:

1. ¿Qué importancia posee una correcta higiene bucal? Explique.
2. ¿Con qué objetivo se realiza el cepillado gingivodentario?

3. ¿Cuántas veces al día debes realizar el mismo?
4. Demuestre la forma en que debes realizar dicho cepillado.
5. Menciona los medios auxiliares del cepillado estudiados en clase.

Actividad 2

Tema II: Enfermedades de los dientes y las encías.

Contenido: - Caries dental.

- Parodontopatías.

- Importancia de las visitas al estomatólogo.

Tiempo: 3 horas.

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

Forma: Conferencia.

Técnica afectiva participativa: Encuentra la respuesta.

Medios: Láminas, pizarra, fotos, retrotransparencias, 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 3

Tema III: Factores de riesgo de enfermedades bucales.

Contenido: - Placa dentobacteriana.

-Dieta cariogénica.

Tiempo: 3 horas

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

Forma: Conferencia.

Técnica afectiva 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. ¿Cuáles son las enfermedades que produce en tu boca?
3. ¿Cuál es la forma más eficaz para eliminarla? Explique.
4. ¿Qué alimentos cariogénicos conoces?

Actividad 4

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 5

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

Anexo 9: 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.

1. 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.

2.- 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.

3.- 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 10: Prueba de hipótesis paramétrica para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después:

Tabla No 4: Distribución de los estudiantes encuestados según su nivel de información sobre temas de salud bucal según sexo después de la intervención.

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 $X_1=73.6$ y al final $X_2=13.7$ obteniéndose la diferencia de promedio (X_2-X_1) lo que significa que hubo un avance en promedio de 59.9 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 No 5: Eficiencia del control de la higiene bucal a través del cepillado gingivodental después de la intervención.

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 $X_1=6.1$ y al final $X_2=3.7$ obteniéndose la diferencia de promedio (X_2-X_1) lo que significa que hubo un avance en promedio de 2.4 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 1.32 y 1.56 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 $p=0.0023$ 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 No 6: Distribución de los estudiantes encuestados teniendo en cuenta la frecuencia de la ingestión de alimentos cariogénicos en la dieta después de la intervención.

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 $X_1=27.2$ y al final $X_2=53.8$ obteniéndose la diferencia de promedio (X_2-X_1) lo que significa que hubo un avance en promedio de 26.6 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.