

**Universidad de Ciencias Médicas de Holguín**  
**Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”**

**Título: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes.  
Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2021.**

**Autor: Dra. Yanilis Espinosa Torres.**

**Residente de 2do año de la especialidad de Estomatología General  
Integral.**

**Tutora: Dra. Mairalis Azalia Rojas Pujol.**

**Especialista de 1er grado en Estomatología General Integral.**

**Trabajo para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en  
Estomatología General Integral.**

**Holguín**

**2021**

**Universidad de Ciencias Médicas de Holguín**

**Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”**

**Título: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes.  
Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2021.**

**Autor: Dra. Yanilis Espinosa Torres.**

**Residente 2do año de la especialidad de Estomatología General Integral.**

**Tutora: Dra. Mairalis Azalia Rojas Pujol.**

**Especialista de 1er grado en Estomatología General Integral.**

**Trabajo para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en  
Estomatología General Integral.**

**Holguín**

**2021**

***...”A todos los que luchan, a los que no desisten jamás ante las dificultades, a los que creen en las capacidades humanas para crear, sembrar y cultivar valores e ideas, a los que apuestan por la humanidad, a todos los que comparten la hermosa convicción de que un mundo mejor es posible”...***

***Fidel Castro***

***A mi madre, por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre su cariño, y apoyo incondicional, así como los valores inculcados en mí.***

***A mi hija por ser el motor que impulsa mi vida y le da sentido a mis días.***

***A mi esposo, en el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su amor y respaldo me ayuda alcanzar mis objetivos.***

***Al resto de mi familia materna que siempre han estado ahí para mí cuando los necesito y en especial a ti, mi ángel que me guías desde el cielo (Dailis Torres Vega) siempre tendré presente tu legado, mientras haya vida y respiremos estaremos luchando por un futuro mejor. Te amo mi guerrera favorita.***

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento infinito a todos los que han contribuido a que este proyecto se materialice, mi familia, amigos, mis compañeros de trabajo que de una forma u otra me brindaron su apoyo y colaboración.

A mi tutora Dra. Mairalis Azalia Rojas y en especial a mi profesora principal Dra. Tania Sartorio Concepción pues sin su apoyo no hubiera logrado llegar hasta aquí.

Al Departamento de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico: Pedro Del Toro Saad". Holguín.

A todos,

¡Muchas gracias!

## RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa a los estudiantes de séptimo grado de la Secundaria Básica “Alberto Sosa González”, perteneciente al Área de Salud “Pedro el Toro Saad” en el periodo de de octubre de 2019 a julio de 2021 con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal. El universo de estudio estuvo constituido por por la matrícula total de séptimo grado y la muestra quedó conformada por 58 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En los resultados obtenidos el 53,4% de los adolescentes resultaron ser del sexo femenino. Antes de la intervención, el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre salud bucal fue en su mayoría inadecuado y adecuado después de esta. Se destacó el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas para evitar la caries dental pues al finalizar el programa el 100% de los adolescentes alcanzaron la condición de adecuado. La mayor parte de los adolescentes poseían inicialmente una higiene bucal deficiente, pero después de la intervención la mayoría fue eficiente. La estrategia de intervención demostró ser efectiva al elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud bucal y lograr modificaciones positivas en cuanto a la higiene bucal de los mismos. Recomendamos generalizar este programa en las instituciones educativas que tengan en su plantel este grupo de edad como método para ganar en autoresponsabilidad hacia la salud bucal.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO .....	9
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....	40
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ....	50
ANEXOS .....	

## INTRODUCCION

La atención estomatológica en Cuba es una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. Constituye el conjunto de actividades de organización, funcionamiento y control a seguir por los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en su red de instituciones estomatológicas encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población y su satisfacción. Se corresponden estas acciones con el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.

El desarrollo de la Estomatología en Cuba ha sufrido transformaciones y acorde a nuestra realidad actual surgió La Estomatología General Integral como un producto del desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la aplicación de un modelo de atención primaria con una concepción totalmente diferente en la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, con un enfoque biopsicosocial en el que prevalecen los criterios de la promoción de salud y la prevención de enfermedades <sup>1</sup>.

En la actualidad se le otorga a la atención primaria de la salud una significativa importancia y prioridad, la cual constituye una doctrina de acción que exige una necesaria revolución en el campo de los servicios de la salud pública y donde tiene una enorme importancia la educación para la salud, aspecto al cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) presta una atención especial.<sup>2</sup>

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud, ha constituido 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 e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.<sup>3</sup>

Desde hace más de cuatro décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho



de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.<sup>4</sup>

La literatura expresa que desde los tiempos más remotos, el hombre ha tenido una incesante preocupación por las enfermedades del aparato estomatognático y su reparación, para permitirle prestar el servicio constante y fundamental a que está destinado. Así mismo muestra que es alta la morbilidad de estas enfermedades y tienen gran repercusión e implicaciones sistémicas que pueden afectar el crecimiento y desarrollo adecuado del niño y su psiquis.<sup>5</sup>

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional. La atención debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación surge una gran variedad de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo.<sup>3</sup>

Para facilitar el proceso de aprendizaje y la intervención-acción en el tema de salud bucal, se emplean técnicas que se basan en la participación activa de los involucrados en este proceso. Estas contribuyen a desarrollar la interacción entre la discusión y la reflexión, permiten colectivizar el pensamiento individual, pero a su vez lo enriquecen y le dan fuerza. Se desarrolla una experiencia educativa común que lleva a la elaboración colectiva del conocimiento.

Apreciar la Estomatología como una fuente de bienestar y felicidad nos ha impulsado al estudio de la comunicación, técnicas afectivas - participativas, creatividad y otros temas que aparentemente pudieran verse como ajenos al trabajo estomatológico, pero que en realidad son herramientas fundamentales en esta tarea que muchos ya comparten: mantener al hombre sano<sup>2</sup>.

Los programas de salud constituyen una vía para educar a los miembros de la comunidad; los de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones deben dirigirse hacia los grupos que potencialmente son de alto riesgo, nuestros jóvenes pueden realizarse en centro de estudios o áreas donde reside este personal<sup>3</sup>.

Tenemos en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la interrelación de factores biológicos y sociales nuestro sistema nacional de salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los cuales se incluye la atención al menor de 19 años y el programa de atención integral al adolescente para lo cual se realizan acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud con el objetivo de lograr el bienestar de este grupo etáreo.<sup>4</sup>

La adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años.<sup>5</sup> Es una etapa de la vida un poco difícil y hermosa en el ser humano, donde se producen una serie de cambios anatomofisiológico, psicológicos y sociales que producen definiciones de conductas para llegar a la vida adulta, además para llegar al entendimiento de cosas, formas de proyectarse, intereses, esfuerzos para ganar espacios nuevos de autonomía, promueven la ruptura de viejas normas y la búsqueda de otros modelos con toma de decisiones que no siempre son responsables y los conduce a incursionar con descuido en su afán de “ser grandes”<sup>6-8</sup>.

Por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como también en el marco familiar en que este se desenvuelve, se considera como una etapa de riesgos en la cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades así como también de alteraciones de la personalidad<sup>9</sup>.

Aunque los motivos de tipo estético, cosmético, o de relaciones sociales, y la responsabilidad personal y otras motivaciones intrínsecas son factores determinantes en la motivación, no cabe duda que el conocimiento más profundo de la influencia de la higiene buco dental en la salud va actuar como factor motivacional de primer orden.

Los adolescentes se caracterizan por una percepción de riesgo muy baja, lo que contribuye a que estén alejados de los servicios de salud, pero investigaciones recientes demuestran que la capacidad de los adolescentes para resolver

problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.<sup>10-11</sup>

Los cambios de comportamiento que tienen lugar en esta etapa pueden servir de motor impulsor para programas educativos sobre salud y nutrición; los adolescentes, se cuestionan su apariencia física, su estilo de vida, sus creencias y preferencias. Por ese mismo motivo, son receptivos a nueva información.<sup>12</sup>

Las intervenciones eficaces dirigidas a esa población pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva.

La dejación en los cuidados sobre higiene y limpieza personal en general, unidos a los conflictos personales y familiares que rodean a la edad puberal, normalmente deriva en nuestro campo en un aumento de los índices y también de riesgo de caries.

Uno de los principales trastornos de salud en los adolescentes según estadísticas registradas es la afección estomatológica: provocada por la alta prevalencia de caries dentales<sup>13</sup>. Su carácter multifactorial está totalmente aceptado por la comunidad científica. Algunos de estos factores de riesgo son los hábitos dietéticos incorrectos, la mala higiene bucal, lo cual implica la presencia de placa dentobacteriana, entre otros.<sup>14</sup>

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta como principales causas de morbilidad bucal la caries dental, con una prevalencia entre el 60 y 80% y la enfermedad periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar, la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la caries dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales. En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por una alta prevalencia de caries (90%) y de enfermedad periodontal.<sup>15, 16</sup>

Educar a nuestros jóvenes para que sean ciudadanos más sanos, plenos, para que tengan una noción de la vida cualitativamente superior; contribuir a la formación de valores, al desarrollo de conocimientos, habilidades, hábitos y conductas saludables para que sean capaces de asumir una actitud responsable ante la salud personal y colectiva, debe ser nuestro principal propósito<sup>17-18</sup>.

La educación en salud de niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para mantener su salud, constituye un buen camino para la educación familiar.<sup>12</sup>

Se ha demostrado que en las actividades preventivas en los grupos de adolescentes se adoptan conductas negativas que demuestran falta de conocimientos, desvalorización de los propósitos que se trazan con estas actividades preventivas, ejemplo de esto: adolescentes que botan las buchadas de flúor antes del tiempo establecido; otros se lavan la boca con agua inmediatamente después de haberle aplicado el producto eliminando la acción del flúor así como que luego de las buchadas comen cualquier alimento que contrarresta la acción y desperdiciamos el producto<sup>19-22</sup>.

Se investiga sobre este tema, porque, a pesar de las labores que se realizan no solo en la localidad sino en el país la caries dental sigue afectando un número considerable de los adolescentes lo que demuestra la falta de conocimientos sobre las causas que originan la enfermedad y sus efectos. Continúa siendo un problema también la mala higiene bucal que se observa en la mayoría de estos.

Se hace necesario que al concluir los estudios de la enseñanza media, los adolescentes tengan un buen estado de salud bucal y esto se podrá lograr si tienen conocimientos y comportamientos adecuados sobre la misma mediante programas de acciones educativas.

Al realizar el examen anual a los estudiantes de séptimo grado de la Secundaria Básica “Alberto Sosa González”, como parte del programa de atención a la población menor de 19 años, en el curso escolar 2019-2020, se observó que un elevado grupo de estos presentaron caries dental y deficiente higiene bucal.

La problemática planteada conduce a definir el siguiente Problema científico:

Insuficiente nivel de conocimientos sobre salud bucal en los estudiantes de séptimo grado de la Secundaria Básica “Alberto Sosa González”, perteneciente al Área de Salud “Pedro el Toro Saad”.

Para la salud bucal, el mejor tratamiento médico-estomatológico que existe, es el que no ha de realizarse; esto se puede lograr manteniendo buen hábito de salud y modificando conductas que probablemente influirán en el desarrollo de la salud de los pacientes.

El protagonismo del adolescente favorece el proceso educativo y el intercambio; el grupo propicia espacios y experiencias que facilitan las variaciones de roles y la adopción de nuevas conductas, actúa como mediador entre el individuo y la sociedad en un ambiente de cooperación y complementariedad.

Por lo que pensamos que si los adolescentes son orientados a través de programas educativos continuos podrán crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud buco-dental y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria, teniendo en cuenta estos argumentos y por la importancia que reviste poder actuar en la prevención y curación de la caries dental nos hemos motivado a realizar una intervención educativa con el objetivo de elevar conocimientos respecto a la salud bucal en un grupo de adolescentes de la Escuela Secundaria Básica “Alberto Sosa González”

Hipótesis: La aplicación de la intervención educativa “Sonriendo en la adolescencia” a nuestro grupo de estudio en la Secundaria Básica “Alberto Sosa González” incrementará conocimientos sobre salud bucal y mejorará las actitudes hacia la higiene bucal.

Durante la niñez debe guiarse adecuadamente el trabajo de educación para la salud, porque si se fomentan comportamientos positivos en esta etapa, no habrá que modificarlos en etapas posteriores de la vida.

Este proyecto constituye una experiencia llevada a cabo por primera vez en estudiantes de séptimo grado de la Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Se relaciona con la fundamentación teórico psicológica de la educación a los adolescentes, lo que proporciona un sistema de acciones educativas implementadas por el estomatólogo dirigido a incrementar el conocimiento sobre salud bucal en la adolescencia a partir de un diagnóstico inicial.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Aplicar un programa educativo sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica “Alberto Sosa González” Holguín 2019-2021.

### **Específicos:**

1. Distribuir a los adolescentes según sexo.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención.
3. Determinar la higiene bucal antes y después de la intervención.

## MARCO TEÓRICO

El hombre como ser biopsicosocial se desarrolla en un medio en el que tiene lugar la vida, el trabajo y el descanso. La adaptación a este medio ambiente, que es la relación coherente, armónica y dialéctica entre el medio físico y el social, es tan importante para el hombre que cuando no se logra, es imposible resolver las necesidades biológicas y las motivaciones sociales, entonces el hombre puede enfermarse. Y es que la ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive. Los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario, produciendo un desequilibrio o una adaptación patológica que no es más que la enfermedad.<sup>23</sup>

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La salud bucal es el resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión.<sup>24</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, es “ausencia de dolor oro-facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.<sup>25</sup>

El concepto de salud bucal, ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos



continuar con el rol social deseado”, enfatizamos que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir.<sup>26</sup>

Otros autores refieren al respecto que la salud bucal es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes, sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.<sup>27</sup> También describen que es el buen estado e higiene de la boca que requiere un cuidado diario ya que en la cavidad bucal se instalan enfermedades que conviven con la persona y no causan dolor y que la única posibilidad de mantener la salud oral es prevenir la enfermedad en forma precoz, antes que esta se instale.<sup>28</sup>

Numerosas son las variables que intervienen en el estado de salud bucal, dentro de las que se destacan el entorno familiar, la escuela, las actitudes y las prácticas de salud. En el caso específico de los niños, se hace importante identificar factores que a su vez inciden en el ambiente familiar tales como: la situación económica, el nivel sociocultural, hábitos y estilos de vida, sobre todo relacionados con la dieta y la higiene. Dependiendo de cada una de estas variables, el estado de salud del escolar podrá progresar de manera satisfactoria o de una forma incorrecta.<sup>29</sup>

En las instituciones educativas, el maestro tiene un papel principal debido a que los escolares pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela. Él puede comparar el aspecto y las acciones del niño en los distintos días o con otros niños de la clase. Esto proporciona al maestro un protagonismo que ni los padres pueden tener. Por ello, el maestro debe ser uno de los máximos responsables a la hora de promocionar y fomentar la salud, siendo él el responsable de comunicarle a la familia la adquisición o no de estos hábitos saludables. La odontología para niños se basa generalmente en la prevención, de este modo cuanto más efectiva sea la prevención menor posibilidad de padecer enfermedades bucales. La prevención es siempre el objetivo primordial.<sup>30,31</sup>

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.

En nuestro país, las acciones de salud bucal se encuentran integradas en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, a través de la vinculación con el médico de la familia, los cuales son responsables de la atención de una población determinada, delimitada geográficamente. La atención integral se basa en 4 acciones fundamentales: promoción, prevención, curación y rehabilitación.<sup>32</sup>

33

El cuidado de la salud ha de ir dirigido a fomentar el desarrollo normal desde la infancia hasta la adultez, para lo cual los médicos, estomatólogos y equipo sanitario en general deben utilizar eficazmente las consultas periódicas, en las que además de la exploración física y la anamnesis, tienen la oportunidad de evaluar el progreso cognitivo, la vida social y el comportamiento en el seno familiar. Por ello, en cada control educativo y conductual dedicarán más tiempo a la promoción de salud y prevención de enfermedades, considerando que en nuestro caso se limitará a lo concerniente a las afecciones de la cavidad bucal y la atención odontológica.

De las actividades de promoción sanitaria y prevención de enfermedades que desarrollemos con ellos, dependerán en gran medida los niveles de salud y la calidad de vida de la futura población adulta.<sup>34, 35</sup>

### **Promoción de Salud**

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana<sup>36</sup>.

Es aquella que se dirige a personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por el equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. <sup>37</sup>

Las acciones a ejecutar en estomatología para la Promoción de Salud se concentran en:

- Divulgar la importancia de erradicar hábitos bucales incorrectos o deformantes, como succión digital, respiración bucal, deglución infantil, otros hábitos de succión a objetos, biberones, etc., queilofagia, glosofagia, bruxismo y posturales.
- Orientar sobre la importancia del cuidado de la dentición temporal, por dar lugar a maloclusiones, tanto por la presencia de caries, en la preservación del perímetro del arco como por las modificaciones en la forma de las arcadas y posiciones anómalas de los dientes, que producen interferencias de la oclusión en edades tempranas.
- Destacar la importancia y características del diente 6 (Primer Molar Permanente) tanto en niños como en familiares y personal que rodea al infante. Que no sustituye a ningún diente temporal y es “la llave de la oclusión”, por lo que su pérdida afectará todo su aparato masticatorio.
- Brindar información y educar a la población sobre las enfermedades gingivales y periodontales, insistiendo en que visiten al estomatólogo ante la presencia de sangramiento gingival, cambio de morfología de la encía o cualquier otra alteración de estos tejidos.
- Enseñar cómo realizar correctamente la Higiene Bucal: cepillado, hilo dental, control químico de la placa dentobacteriana.
- Orientar a toda la población visitar al Estomatólogo al menos una vez al año.

### **Componentes fundamentales**

- ❖ Educación para la Salud
- ❖ Comunicación

## ❖ Información

Todos sustentados en un elemento fundamental que es la Participación Social, tanto de la Población como del resto de los Sectores de la Sociedad<sup>36</sup>.

### ❖ **Educación para la Salud:**

Como 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 intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Según la OMS, es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a la salud.

La educación para la salud, es una disciplina científica y en nuestra sociedad constituye una tarea fundamental de los niveles organizativos y administrativos de la salud pública y un deber de todos y cada uno de los trabajadores de la salud. La tarea fundamental de esta rama de las Ciencias Médicas es organizar y orientar todos aquellos métodos, procedimientos y técnicas encaminadas a propiciar experiencias educativas en el terreno de la salud, al individuo, la familia y la sociedad.

Educar para la salud siempre tiene el propósito de llevar un mensaje, pero no puede limitarse a brindar información de forma fría y mecánica, por el contrario la comunicación debe ser persuasiva, comprensiva y motivadora, capaz de crear conductas conscientes ante la promoción, conservación y restablecimiento de la salud. <sup>38</sup>

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente sometidas a un gran flujo de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento - acción establece que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo

interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.<sup>39</sup>

De lo anterior se desprende que en algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente. Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo; además, la transferencia de éste a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias. Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.<sup>40</sup>

Un elemento importante para lograr los objetivos de la Educación para la Salud es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo.

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud, donde el valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad, la creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real y la actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.<sup>41</sup>

Actitud: ha sido definida como “la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación”. También como la predisposición, aprendida, que ejerce una influencia y que consiste en la responsabilidad hacia determinados objetos, personas o grupos. Las actitudes son

normalmente consideradas como producto de la socialización y, por tanto, como algo modificable.

Posee tres componentes:

**Cognitivo:** incluye todo lo que sabemos del objeto, generalmente el conjunto de opiniones y creencias que se tienen con relación a él, lo cual se ha o formando a lo largo del tiempo, ha adquirido complejidad y estabilidad, por lo que no es fácil e modificar.

**Conativo:** indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.

**Afectivo:** incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto el objeto de la actitud. Es precisamente en este componente en el que se apoya la utilización de las técnicas afectivas participativas. Están formadas de acuerdo a la cultura en que se ha desarrollado el individuo, sus creencias, experiencias personales, así como del grupo y la que ha recibido del entorno en que se desarrolló.<sup>36</sup>

Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y sus características. Los temas se seleccionarán de acuerdo al análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades. La calidad en las actividades de Promoción de Salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida.<sup>42</sup>

Algunas técnicas y medios de enseñanza son:

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

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

Sociodramas: técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación de los participantes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de cinco), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo

Pares y Cuartetos: esta dinámica permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial.

Árbol de la Salud - Enfermedad: este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que pueden intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

Lluvias de ideas: mediante esta técnica los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva y disgregaciones del tema principal.

Integración y reconocimiento de actitudes o conocimientos: en la Educación para la Salud, no solo se necesita instruir o dar conocimientos, sino es necesario comunicarse para lograr la motivación del individuo como vía de alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos, la comunicación requiere de la retroalimentación como un medio para reconocer, si se están presentando dichos cambios.

Teatro Popular: es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro.

Discusión en Grupos: esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes.

Técnicas afectivas - participativas (TAP): Se usan para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo; además sirven como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población. Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, permitiendo la reflexión educativa. Es el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos y son útiles para hacer viables nuestros métodos.

Herramientas de pensar: preparar el terreno para la generación de ideas eliminando barreras del pensamiento que bloquean la mente. El individuo puede así pensar en situaciones no convencionales o fuera de lo esperado. Permiten ver el problema con mayor amplitud y profundidad; propician esquemas de pensamiento con apertura, flexibilidad, equilibrio y autorregulación.

Apoyos Didácticos: En la ejecución de este apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, el que por lo general no es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado. Está basada en una investigación, análisis y ordenamiento de los que lo produjo. Esta Técnica aporta elementos de importancia adicional, lo que permite una mayor reflexión y análisis sobre algún tema, posibilitando profundizar en el mismo.

Los medios de enseñanza deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.<sup>32</sup>

### ❖ **Comunicación**

Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo, el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción de Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.



La educación del paciente depende de la comunicación entre el estomatólogo o su personal y el paciente. Sin comunicación no puede haber aprendizaje. Este es el motivo por el cual la influencia de los factores del consultorio odontológico sobre la comunicación es tan importante. Los factores que proveen el ambiente continuamente cambiante en el que se produce el aprendizaje (o no se produce) se denominan factores ambientales.<sup>43</sup>

### ❖ **Información**

Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.

Al dar explicaciones a los pacientes es importante seleccionar el vocabulario adecuado. Con el objeto de que el paciente comprenda, debe utilizarse un vocabulario que esté al mismo nivel que el del paciente o, como alternativa, explicaciones adecuadas y comprensibles de los términos científicos.<sup>29</sup>

### **Prevención**

Conjunto de acciones 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.

Niveles de prevención

- ❖ **Prevención primaria:** Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Actúan en el periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad; es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.
- ❖ **Prevención secundaria:** Actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo

productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

- ❖ **Prevención terciaria:** Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores o estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio. <sup>22</sup>

## **Medidas preventivas en salud bucal**

### **Técnicas de cepillado**

Son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.

**Técnica de Charters:** Esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. Se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Charters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.

**Técnica de Stillman modificada:** Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

Técnica de Bass: Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. Se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar durante 10 a 15 segundos por el área. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.

Técnica horizontal: fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90 grados con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja.

Cepillado de la lengua: El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana, el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área.<sup>44</sup>

**Hilo dental:** Es de uso especial, de seda, formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.<sup>14</sup>El uso del hilo dental es importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritus que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillo y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.<sup>17</sup>

**Colutorios:** Preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. Son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries. El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios.<sup>38</sup>

**Clorhexidina:** Esta es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas.

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0,12% se utiliza cada 12 horas en colutorio o enjuagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal. El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos y alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia. Los colutorios también se han utilizado como tratamiento sintomático de las úlceras aftosas, con resultados equívocos o con varias interpretaciones, como tratamiento de las infecciones por *Cándida* y como alivio del dolor y malestar causado por inflamación a nivel bucal. La combinación de fluoruros y clorhexidina tienen un amplio espectro en su capacidad de inhibir bacterias y posee la propiedad de la persistencia, a través de diferentes mecanismos en la interfase placa-diente. Los agentes anti cálculos que se emplean con más frecuencia son los pirofosfatos.<sup>45</sup>

**Utilización de fluoruros:** Se conoce que el flúor es el agente preventivo de la caries dental más estudiado desde la década de 1940. Combinado en forma de fluoruros representa del 0.06% al 0.09% de la corteza terrestre; también se halla en las aguas a diversas concentraciones y en el aire a niveles muy bajos. En los seres vivos se encuentra en forma iónica como fluoruro normalmente presente en el cuerpo humano, la cantidad total oscila alrededor de 2,5 g mientras que el nivel en sangre está entre 0,10 y 0,15 ppm.

El contenido de flúor en las frutas y hortalizas de consumo humano como el tomate, la papa y la miel está entre 0,1 a 0,8 mg/kg, en la carne entre 0,2 a 1 mg/kg, en el pescado entre 2 a 5 mg/kg, en el arroz y la cebada entre 2 a 2,1 mg/kg llegando a cifras entre 230 a 400 mg/kg en el caso del té y a 40 mg/kg en el caso de los pescados que se comen con piel y espinas. Después de su ingestión el flúor soluble en el tracto digestivo se deriva al torrente sanguíneo, originando una elevación temporal del fluoruro en sangre en 30 minutos, luego decrece por la excreción renal hasta el nivel de ayuno, 0,02 a 0,03 ppm. La concentración de fluoruros en el esqueleto y los tejidos dentales se incrementa con la edad.

La concentración mayor de flúor en el esmalte de un diente recién erupcionado se incrementa hacia el borde incisal, siendo menor en la región cervical; luego de los 30 años se invierte esta relación, quizás porque la desmineralización de la zona por la acumulación de placa facilita la deposición de flúor.<sup>46</sup>

Existen tres vías de acceso del flúor al esmalte.

- ❖ Endógena: A través de la placenta el flúor accede a los tejidos dentales al ser suministrado por vía sistémica; en la temprana infancia puede llegar a los folículos de los dientes permanentes todavía no completamente mineralizados. En el período pre-eruptivo el flúor se incorpora a la capa de hidratación de los cristales, se establece un intercambio iónico y el flúor alcanza el interior del cristal.
- ❖ Exógena: El fluoruro llega al esmalte por aplicaciones tópicas a los dientes ya erupcionados.
- ❖ Mixta: Parte del flúor ingerido es excretado por la saliva, de este modo el fluoruro entra en contacto con el esmalte dental al ser ingerido y excretado.

Los fluoruros tienen poder antiséptico y se describe en cuanto al mecanismo de acción del flúor sistémico óptimo, que incrementa la resistencia del esmalte y otros tejidos dentarios, pues los cristales de hidroxiapatita tienen menor coeficiente de disolución y transforma la macroestructura dentaria, haciendo a las fosas y fisuras menos estrechas y profundas, por consiguiente menos retentivas.<sup>45</sup>

El uso de los fluoruros está indicado en la prevención de la caries dental, en el incremento de la resistencia del esmalte y de la capacidad de remineralización, en

la disminución de la formación de ácido y de la cantidad de placa. Por otra parte está contraindicado en personas, familias o comunidades con Fluorosis o problemas sistémicos que invaliden el empleo adicional de flúor .<sup>3</sup>

Estudios en el hombre han demostrado que cuando la cantidad de fluoruro ingerido no excede de los 4 a 5 ml diarios se retiene poco fluoruro en el cuerpo. El hallazgo indica la seguridad de los programas de odontología preventiva, que se basan en la adición de fluoruro al agua que se bebe, en concentraciones aproximadas del 1 ppm o realizando métodos como la fluoración de la sal de consumo humano y de la leche, obteniéndose resultados favorables sin observarse manifestaciones de toxicidad.

La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. En comunidades con deficiencias de flúor estos suplementos adquieren una gran importancia.

Se puede contribuir además al aporte de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico; se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues.<sup>47</sup>

En cuanto a los dentífricos fluorados podemos señalar que el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F en 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Por su parte los colutorios son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (escuelas) como a nivel individual. La

frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% o 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado. Los colutorios de fluoruro sódico son recomendables en niños, cuyo esmalte es más poroso, y en adultos de alto riesgo de caries. Los más utilizados para el tratamiento de la hipersensibilidad destinaria son el nitrato potásico y el fluoruro sódico a diferentes concentraciones.<sup>22</sup>

### **Sellantes de fosas y fisuras:**

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente los primeros molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.<sup>48</sup>

### **Exámenes periódicos:**

La salud bucal depende básicamente del cuidado, pero visitar periódicamente al dentista es también importante para el mantenimiento de la salud bucal ya que como en la mayoría de las enfermedades el diagnóstico precoz puede determinar qué tipo de tratamiento se requiere, por ello es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de seis meses de acuerdo a las necesidades específica de cada uno.<sup>45</sup>

### **Intervención Educativa:**

Las actividades didácticas de las ciencias sociales forman parte de un proceso de aprendizaje impulsado por la intervención pedagógica del profesorado, mediante el cual el alumnado construye y asimila nuevos conocimientos y significados,

modificando y reordenando sus conocimientos previos sobre el funcionamiento de las sociedades humanas y el uso de conceptos sociales.

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes recalcan la importancia potencial de los factores protectores, y tratan de proveerlos y reforzarlos. Existen una serie de aspectos que caracterizan el enfoque estratégico en la planificación de intervenciones.

Estos aspectos son:

1.- Reconocer la existencia de más de una racionalidad para interpretar la realidad, por lo que considera la existencia de oponentes y conflictos dentro de esa realidad que se quiere modificar.

2.- Conceder mayor importancia al hecho de alcanzar la visión que se desea, que a la velocidad con que se alcance.

3.- No considera que la planificación es tributaria solamente del sector salud, sino, que los otros actores sociales que pertenecen a la situación también tienen cómo propios criterios de como modificarla.

4.- Al reconocer la existencia de conflictos, otorga gran importancia al proceso de construir viabilidad a las intervenciones que se diseñen, para lo cual se debe establecer un proceso de concertación y negociación que permita equilibrar las fuerzas actuantes.

5.- Considera que la realidad que se pretende modificar se encuentra sometida a cambios, lo que hace que exista un alto grado de incertidumbre. Por este hecho, plantea la necesidad de tener en cuenta dentro del proceso de planificación de intervenciones, los posibles cambios en la situación, la repercusión de esos cambios en el logro de la visión que se desea alcanzar y las acciones para enfrentarlos.<sup>37</sup>

## **Adolescencia**

Según la OMS, la adolescencia se define como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual, donde se realiza además una transición del estado de



dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia. En esta etapa el individuo manifiesta además momentos de audacia, timidez, incoordinación, desinterés o apatía, conflictos afectivos, crisis religiosas, postulaciones filosóficas, desequilibrio e inestabilidad, Esto es lo que Knobel denominó “Síndrome Normal de la Adolescencia.”<sup>13</sup>

Como período crítico del desarrollo, es rico en potencialidades de cambios y transformaciones, lo que motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa el adulto del mañana.

Para hacer más fácil el análisis de todas las nuevas formas que va adquiriendo el proceso de desarrollo de la adolescencia, tanto del punto de vista biológico, como psicológico y social, esta se puede separar en tres períodos:

- ❖ Adolescencia inicial o temprana (preadolescencia).
- ❖ Adolescencia media (propia y dicha).
- ❖ Adolescencia tardía.

Adolescencia inicial o temprana (10 a 14 años):

Es propio de esta etapa un aumento manifiesto de la estatura, del peso corporal y la fuerza muscular. Es una fase de gran curiosidad sexual y aparecen las fantasías sexuales. Hay una búsqueda de autonomía e independencia, con dificultades para controlar los nuevos impulsos. El adolescente se muestra muy lábil emocionalmente, con frecuentes cambios de humor.

Se da cierta ambivalencia en relación con los padres: los adolescentes buscan independencia y juzgan a sus padres como incapaces para comprenderlos; sin embargo, sienten la necesidad de su apoyo emocional y físico. Suelen padecer sentimientos de soledad y necesitan establecer un vínculo afectivo fuerte con otros adolescentes.

Adolescencia media (12-13 a los 15 años):

En la mujer aparece la menarquía. En este momento generalmente se produce el “estirón” masculino, que aunque un poco más tardío es mayor que el de la mujer.

Los adolescentes sienten mayor preocupación por la apariencia, y desean aumentar el poder de atracción. Las relaciones con otros adolescentes se hacen más fuertes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo. Esto trae conflictos con los padres, que en esta etapa se agudizan. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. Ya en esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

Adolescencia tardía (16 a 19 años):

Durante esta etapa se produce un acercamiento a la familia y cesan los conflictos cuando el joven logra alcanzar su añorada independencia. Hay cierta tendencia a sustituir el grupo por la relación de pareja, sin que este deje de tener importancia.

Se logra un mejor control sobre los impulsos, y los cambios emocionales son menos intensos, al tiempo que disminuye la ambivalencia y el egocentrismo. La adquisición del pensamiento abstracto del adulto le permite desarrollar un sistema de valores propios, con metas vocacionales reales. Podemos decir que el adolescente establece una identidad personal y social, que pone fin a la etapa.

La adolescencia de un miembro de la familia es considerada una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. Los cambios y transformaciones que se dan en el adolescente tienen implicaciones en el sistema familiar, y a la vez están impregnados de las pautas y normas de convivencia que se han desarrollado desde la más temprana infancia en el seno de la familia.

El ambiente familiar dotado de una atmósfera de aceptación y afecto propicia la seguridad y confianza básica, tan necesaria en la adolescencia. El proceso de desarrollo de la personalidad, que se da durante la infancia y particularmente en la adolescencia, transcurre en el proceso de educación y en el sistema de vínculos afectivos familiares significativos.

La esfera social del adolescente es una de las más ricas; sus vínculos con otros adolescentes y la necesidad de ser aceptado en el grupo se convierten en una de sus más fuertes motivaciones.

La comunidad de intereses y sentimientos semejantes constituyen la base de estas agrupaciones; el intercambio de las nuevas vivencias emocionales los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente. Pueden pasar mucho tiempo unidos y consideran la actividad más importante aquella que el grupo emprende. Cuando el grupo es portador de normas de comportamiento positivas, se va a constituir en una fuente constante de nuevas iniciativas, nobles empeños y hasta de acciones valerosas<sup>49</sup>.

La adolescencia es la etapa en que el individuo debe ser frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos. Se puede comenzar a ayudar al adolescente una vez que se comprenda que, incluso los comportamientos juveniles más indeseables, representan, por lo general, una o más de las siguientes actitudes: El intento del adolescente por realizar sus tareas de desarrollo; la ambivalencia del joven en cuanto a su deseo de pasar a la edad adulta o permanecer en la niñez y las consecuencias de creer que, tal vez, nunca pueda completar esas tareas con éxito.<sup>12</sup>

Desde el punto de vista de la salud oral, en esta etapa de la vida se comienza a evidenciar un incremento de las enfermedades buco dentarias, principalmente las caries y las periodontopatías; causas estas que provocan la pérdida prematura de dientes, con la consiguiente afectación de las funciones y la estética de los adolescentes. De manera que es importante sensibilizar a los adolescentes, padres y maestros en el cuidado de los dientes a estas edades y extremar las medidas de higiene bucal, así como las visitas al estomatólogo cada 6 meses, aunque estén sanos.<sup>37</sup>

## **Caries dental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.<sup>24</sup>

Es una enfermedad crónica, infecciosa, localizada, progresiva y multifactorial transmisible es muy prevalente durante la infancia y persiste durante la adultez de no ser tratada por lo que es la causa principal de pérdida dentaria y constituye por su magnitud y trascendencia un problema de salud en las diferentes comunidades. Se produce durante el periodo post eruptivo del diente y culmina en una desmineralización ácida localizada y puede llegar a la destrucción total del diente si no es restringido con la consiguiente dificultad masticatoria, lo que también puede generar dificultad fonética y estética.<sup>50</sup>

En la dentición temporal, las caries suelen aparecer a partir de los 3 – 4 años; en la permanente, el período de máxima susceptibilidad oscila entre los 8 – 10 y 16 – 20 años.<sup>15</sup>

En los niños de 5 – 6 años se inicia el recambio dentario; ahora bien, si por diversos motivos descuidan su higiene bucal en la dentición temporal, pueden experimentar cambios en un intervalo más breve que en la permanente a otras edades.<sup>51</sup>

En los adolescentes de 12 años esto reviste especial importancia; ya que el primer molar permanente lleva 6 años en la boca y se produce el brote de los segundos, los cuales se encuentran inmaduros.<sup>3</sup>

Es originada por la acción de bacterias específicas presentes en la placa dental, las cuales fermentan los carbohidratos de la dieta (específicamente sacarosa) originando como producto final de su metabolismo ácidos orgánicos en cantidad suficiente para producir descalcificación del esmalte.<sup>48</sup>

Actualmente, se aceptan como esenciales, para la ocurrencia de la caries dental, la actuación conjunta a través del tiempo, de tres factores: la flora bacteriana, el huésped (diente susceptible) y el adecuado substrato (azúcares que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo).

Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar acelerando o frecuentando el ataque cariogénico, entre los que se encuentran: la composición de la saliva, flujo salival, higiene buco – dentaria y la dieta.<sup>50</sup>

En la actualidad están bien definidos los factores de riesgo para la caries dental, a lo cual se añade el conocimiento de que la malnutrición por defecto afecta al tejido dentario y lo hace menos resistente y más vulnerable a los embates del medio bucal; <sup>52</sup> sin embargo, algunos científicos consideran que la caries no depende tanto de la dieta como de las conductas individuales, puesto que una higiene bucal adecuada y el flúor, especialmente aplicado de forma tópica mediante pastas de diente que lo contienen, han reducido las consecuencias de lo que se consume sobre los dientes, aunque conviene aclarar que en los países donde el uso de los dentífricos con flúor no se halla tan extendido, la ingestión frecuente de alimentos ricos en hidratos de carbono sigue constituyendo una de las principales causas de la formación cariosa.<sup>40</sup>

### **Placa bacteriana**

Cuando se habla de prevención de las enfermedades, lo primero que hay que hacer es identificar una de las causas principales de destrucción dental y enfermedad periodontal. Esta causa es la placa bacteriana, una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, dentro de un matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos, formada por una serie de microorganismos aglutinados por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente. . La única esperanza que tiene el individuo para eliminar este material productor de enfermedades es quitarlo de manera continua mediante el cepillado de los dientes y el uso de hilo dental. <sup>53</sup>

El crecimiento de la placa se inicia aproximadamente seis horas después de la limpieza a fondo. La primera fase del desarrollo de la placa es el depósito de productos adherentes de la saliva. Estos productos están compuestos principalmente por aminoácidos de las glicoproteínas salivales, que forman una capa delgada y adherente en los dientes denominada película.

Una vez depositada la película en la superficie dental limpia, las bacterias que habitan en la cavidad bucal se adhieren a la película. Después de esta adherencia, las bacterias se multiplican para formar grandes masas de colonias bacterianas. Esto ocurre aproximadamente 18 horas después de la limpieza dental, y continúa hasta que la placa ha madurado por completo unas tres semanas después. Consiste principalmente en bacterias de diversos tipos. Cada tipo de microorganismos funciona de manera diferente. Algunas bacterias producen sustancias químicas dañinas y otras producen sustancias adherentes que se entremezclan con las bacterias y conservan intacta la placa de la superficie dental.

54

Componentes adicionales menores son la mucina salival, las células epiteliales muertas y los desechos alimentarios. La placa madura es en realidad una comunidad microscópica de diferentes bacterias y otras sustancias, que funcionan para producir enfermedad dental.

En la formación de placa influye el contenido y la textura de la dieta, la sacarosa favorece la acumulación debido principalmente a la producción de polisacáridos. La placa a diferencia de la materia alba tiene una estructura microscópica definida, la estructura de la placa depende de su espesor el cual varía sobre la superficie del diente, la placa gradualmente aumenta su espesor conforme se aproxima el área de contacto y al borde subgingival por lo tanto es más delgada en su extremo bucal, lingual y oclusal.<sup>53</sup>

### **Erupción dentaria.**

Existen varias teorías sobre cómo se produce la erupción dentaria, pero el mecanismo exacto aún es desconocido. Estos posibles mecanismos de erupción son: el crecimiento radicular, desarrollo de los tabiques alveolares, proliferación de la vaina epitelial radicular de Hertwig, reabsorción de la cresta alveolar, fuerza de los tejidos vasculares alrededor y debajo de la raíz, acrecentamiento, desarrollo de la dentina y su aposición en el fondo, constricción pulpar y el aumento de la membrana periodontal por la maduración del colágeno en el ligamento; y las presiones por la acción muscular sobre la dentadura y la inervación del folículo dentario.<sup>55</sup>

La erupción dentaria es un proceso dinámico, que comienza con la formación del germen dentario desde su cripta de desarrollo hasta su colocación en la cavidad bucal, en oclusión con sus antagonistas.

La especie humana posee dos tipos de denticiones: la decidua compuesta por 20 dientes y la permanente por 32. Los dientes se desarrollan a partir de los brotes epiteliales en la porción anterior de los maxilares y en dirección posterior. Luego de la formación y la mineralización de las coronas, empiezan a formarse las raíces de los dientes y los tejidos de soporte: cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Al nacer el niño tiene calcificado los dientes temporales y las cúspides del primer molar permanente. Los dientes permanentes y temporales desempeñan importantes funciones, directamente relacionadas con la masticación la fonación y la deglución.

Los dientes permanentes establecen una oclusión funcional que permite todas las funciones mencionadas y un equilibrio armonioso a todo el sistema estomatognático, durante toda la vida.<sup>56</sup>

### **Etapas de la dentición**

Dentición primaria: se mantiene en boca desde los seis meses de vida hasta los seis años.

Recambio de los dientes primarios por los permanentes: se produce por reabsorción de las raíces de los dientes temporales y el diente permanente se ubica en el lugar del caduco.

Etapas de dentición mixta: incluye dientes primarios y permanentes, abarca el periodo desde aproximadamente los seis hasta los doce años.

Dentición permanente: si a partir de los 12 años se mantiene un buen estado de salud y no hay pérdida de dientes por trauma, caries o enfermedad periodontal, la dentición permanente se mantiene por toda la vida.<sup>57</sup>

Los factores que influyen sobre la cronología de la erupción causan el adelanto o retraso de la erupción en uno, varios o en la totalidad de la dentición; ya sean dientes deciduos o permanentes. El adelanto de la erupción ocurre en la dentición

primaria, mientras que el retraso puede ocurrir en ambas denticiones, primaria o permanente.<sup>58</sup>

## **Metodología**

Se realizó un estudio de del tipo cuasiexperimental de antes y después sin grupo control en la secundaria básica “Alberto Sosa González”, perteneciente al área de salud del Policlínico “Pedro del Toro Saad”, del municipio Holguín, en con el propósito de aplicar un programa de intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes en el periodo comprendido de octubre de 2019- julio de 2021.

El universo estuvo constituido por la matrícula total de séptimo grado del curso escolar 2019 – 2020. A través de un procedimiento simple aleatorio la muestra quedó constituida por 58 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- ❖ Estudiantes de séptimo grado matriculados en la secundaria básica “Alberto Sosa González”.
- ❖ Estudiantes que no necesiten tratamiento estomatológico curativo.

### **Criterios de exclusión:**

- ❖ Estudiantes que no deseen participar en el proyecto.

### **Criterios de salida:**

- ❖ Adolescentes que se trasladen de escuela durante el período del estudio.

La investigación se dividió en tres etapas:

- ❖ Etapa diagnóstica
- ❖ Etapa de intervención propiamente dicha
- ❖ Etapa de evaluación



Etapa diagnóstica:

A todos los participantes se les realizó un examen bucal para corroborar la presencia o no de caries dental. Se realizó un control de placa dentobacteriana, con el fin de precisar la condición de la higiene bucal de los adolescentes antes de la instrucción.

Se les aplicó un cuestionario (Anexo V) previamente elaborado con 15 preguntas relacionadas con los temas a tratar en la intervención para valorar el nivel de sus conocimientos al respecto antes de aplicar el programa. Al mismo se le otorgó un total de 100 puntos, calificando según la clave (Anexo VI). Se utilizó una escala valorativa para evaluar los resultados.

Etapa de intervención propiamente dicha:

Se aplicó el Programa Educativo: ““Sonriendo en la adolescencia” el cual y fue confeccionado por la autora a partir de las necesidades de aprendizaje diagnosticadas. El mismo contó con cinco sesiones que se realizaron con una frecuencia semanal y con una duración variable según el contenido a tratar.

Distribución de temáticas por sesiones:

Primera Sesión: Introducción al programa.

Segunda sesión: Generalidades de los dientes y su importancia.

Tercera sesión: Placa dentobacteriana y Caries Dental

Cuarta sesión: Métodos preventivos. Fisioterapia bucal correcta.

Quinta sesión: Integración de los conocimientos adquiridos.

En cada sesión de estudio, además del tema tratado, se realizó un control de placa dentobacteriana (C.P.D.B.) y se calculó el Índice de Love<sup>59</sup> para ir observando la evolución de la higiene bucal en estos escolares a medida que se fue efectuando la intervención, todo esto con una rigurosa vigilancia por parte de la autora.

Las sesiones y consolidación de los conocimientos tuvieron una duración de seis meses, al cabo de los cuales se procedió a realizar la evaluación.

### **Recursos que se utilizaron en el aprendizaje:**

1.- Exposición oral: Es el empleo del lenguaje al explicar un tema o actividad a desarrollar, la cual estuvo a cargo de la autora y fue usado en la introducción, parte del desarrollo y al final para integrar conocimientos.

2.- Interrogatorio: Es el uso de preguntas para obtener información, puntos de vistas o verificar lo aprendido, se utilizó para despertar el interés, centrar la atención y reflexión de aspectos importantes.

Cuidados: Formular preguntas al grupo y no directamente al participante.

Uso: Después de la presentación, durante los temas o para resumir acápites del mismo.

3.- Dinámica de grupo: Discusión de temas por un grupo no mayor de 15 personas, bajo la conducción de un moderador (autora), contribuyó a la modificación de conductas negativas.

Se usó delimitando el tema, se fomentó planteando problemas o preguntas, se elaboraron conclusiones con ayuda del grupo.

4.- Dramatización: Escenificación de un problema ante un grupo, en la que los participantes tuvieron la oportunidad de analizar tareas en circunstancias similares a las que se presentan en la realidad cotidiana.

5.- Técnicas Afectivo Participativas: Realización, por parte de los asistentes, de tareas concretas, orientadas por la coordinadora del grupo para propiciar animación, la cohesión, reflexión y consolidación sobre un tema determinado.

6.- Juegos didácticos: Ejercitación durante las jornadas de capacitación, para fijar y aumentar los conocimientos sobre los temas impartidos.

Se utilizó el siguiente:

- Cero y Cruz.....Tema I

7.- Medios de observación:

- Láminas con el contenido de los temas tratados a través de mensajes educativos sobre la prevención de las enfermedades estomatológicas.
- Typodont, cepillos dentales y sustancias reveladoras de placa dentobacteriana para demostrar el correcto cepillado dental.

Etapa de evaluación:

Luego de la aplicación del programa se procedió a determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los participantes en la investigación aplicando nuevamente el cuestionario y se calculó el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love (Anexo VII) para evaluar y comparar los resultados con los obtenidos al inicio del estudio, bajo los mismos criterios que en la etapa diagnóstica.

### **Recolección de la información:**

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una amplia revisión documental y bibliográfica en diferentes unidades: Biblioteca provincial, biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, biblioteca del Policlínico "Pedro del Toro Saad", además de otros documentos buscados en Internet, a través de las bases de datos recomendadas sobre los aspectos relacionados con el problema de estudio.

La recogida de datos se realizó exclusivamente por la autora del trabajo durante el tiempo que duró la investigación para evitar sesgo de información.

La información se obtuvo a partir de un cuestionario diseñado para la investigación, el control periódico de placa dentobacteriana y el examen bucal que se le realizó a cada adolescente, sin afectar la docencia, antes e inmediatamente posterior a la misma.

Para dar salida a los objetivos se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

### Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
Nivel de conocimientos generales	Cualitativa ordinal	Adecuado	Si obtiene 70 puntos o más de los puntos posibles	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
		Inadecuado	Si obtiene menos de 70 puntos en el cuestionario	
Nivel de conocimientos sobre dentición	Cualitativa ordinal	Adecuado	Si obtiene 25 puntos o más en las preguntas del tema	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
		Inadecuado	Si obtiene 20 puntos o menos en las preguntas del tema	
Nivel de conocimientos sobre placa y caries	Cualitativa ordinal	Adecuado	Si obtiene 20 puntos o más en las preguntas del tema	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
		Inadecuado	Si obtiene 15 puntos o menos en las preguntas del tema	
Nivel de conocimientos sobre cepillado y métodos preventivos	Cualitativa ordinal	Adecuado	Si obtiene 25 puntos o más en las preguntas del tema	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
		Inadecuado	Si obtiene 20 puntos o menos en las preguntas del tema	
Higiene Bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Eficiente	Cuando el índice de Higiene bucal fue de 0 a 20% superficies teñidas.	Frecuencia Absoluta (números y porcentaje)
		Deficiente	Cuando el índice de Higiene bucal fue mayor del 20 % de superficies teñidas <sup>(59)</sup>	

### **Procesamiento de la información:**

Una vez obtenida la información primaria se procesó por medios computarizados, mediante la confección de una base de datos en Microsoft Excel y el texto en Microsoft Word 2007, ambos del Sistema Operativo Windows 10. Se confeccionaron tablas de doble entrada, en cuyas filas o columnas aparecieron las etapas del estudio (antes y después de la intervención).

Técnicas Estadísticas: Se utilizaron estadígrafos como el análisis porcentual y media aritmética. Los resultados se llevaron a tablas y gráficos para un mejor análisis.

### **Elaboración y Síntesis de los resultados:**

Se realizó la triangulación de la información con los datos obtenidos de la información documental más los datos primarios y métodos de procesamiento estadístico que permitieron dar salida a los objetivos propuestos, arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

### **Aspectos éticos:**

La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta condiciones éticas relacionadas con los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia con las personas objeto de estudio, para la cual se siguieron las normas planteadas en la Declaración de Helsinki ;con esta finalidad se solicitó a los adolescentes y tutores legales su aprobación a partir de la planilla de consentimiento informado (Anexo I) para participar en la investigación, previa información al respecto de los objetivos e importancia de las mismas.

El proceso de investigación se desarrolló con previo conocimiento y aprobación por parte del Comité Científico (Anexo VIII) y la Comisión de Ética (Anexo IX) del Policlínico “Pedro del Toro Saad” en el municipio Holguín.

## ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

**Tabla 1: Adolescentes según sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	<b>31</b>	<b>53,4</b>
<b>Masculino</b>	<b>27</b>	<b>46,6</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Los 58 adolescentes del estudio constituyeron el total de los que no presentaban caries dental. Cuando analizamos la distribución de los adolescentes según sexo en la Tabla 1 observamos que el femenino fue el más representativo de ellos con 31 para un 53,4% y en menor número el masculino con 27 adolescentes para un 46,6%.

Díaz Del Mazo coincide en su grupo prevalecieron las féminas con 54,7% y con los datos de la pirámide poblacional del área de salud para 51,9 % pertenece al sexo femenino.

El Dr. Osorio Núñez plantea que el sexo femenino por lo general brinda más atención con fines estéticos al cuidado de la apariencia física incluyendo aquí la limpieza de la cavidad bucal con el consecuente cuidado de los dientes y encías, por lo que el porcentaje de adolescentes sanos de este sexo es mayor con respecto al masculino.<sup>60</sup>

Debemos señalar que estadísticamente a nivel mundial y nacional, existe un predominio de nacimiento de varones que de hembras, pero a medida que avanzan las edades la población masculina tiende a disminuir producto a la sobre morbilidad del sexo masculino.

Está demostrado que las adolescentes presentan una conducta de mayor acicalamiento y preocupación por su salud en correspondencia con un mayor

desinterés por parte de los varones; lo que concuerda con lo revisado en numerosos estudios epidemiológicos dentro y fuera de nuestro país.

**Tabla 2. Distribución según nivel de conocimientos generales.**

Conocimientos generales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	9	15,5	52	89,65
Inadecuado	49	84,5	6	10,35
Total	58	100	58	100

En la Tabla 2 podemos observar los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario, que mostró el nivel de información en relación con los conocimientos generales sobre salud bucal, el cual al inicio del programa fue inadecuado en 49 estudiantes para un 84,5%, demostrando necesidades de aprendizaje. Al finalizar el trabajo de intervención 52 adolescentes mostraron conocimientos adecuados sobre este tema para un 89,65%.

Torres Mahy.<sup>61</sup>, obtuvo resultados coincidentes en nivel de conocimientos inadecuado antes de la aplicación de la intervención para 74% de los niños entrevistados. Una vez realizada la intervención educativa se obtuvieron buenos resultados, pues 82% de los adolescentes fueron evaluados con niveles de conocimientos adecuados.

Gutiérrez y col <sup>62</sup> en su investigación, al evaluar la efectividad de una intervención, donde se confeccionaron diversos medios de enseñanza para la promoción y educación para la salud, obtuvieron un elevado nivel de conocimientos de los estudiantes (88,4%).

Legrá Matos<sup>37</sup> y Rufasto Goche<sup>63</sup> realizaron un programa educativo para mejorar los conocimientos de salud oral en adolescentes y el índice de higiene bucal, el cual fue evaluado de efectivo, pues el nivel de conocimientos fue elevado en un 89,7 % y 88,6% respectivamente.



En la bibliografía consultada no encontramos resultados que difieran de los nuestros, observamos que la enseñanza impartida en el programa preventivo de salud bucal fue mejorando los niveles de conocimientos en los adolescentes, por el nivel alto de preguntas respondidas correctamente, que nos indica que las sesiones educativas con información sobre salud bucal pueden ser asimiladas fácilmente por el alumno, siendo adecuado los medios utilizados para este fin.

**Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre dentición.**

<b>Conocimientos sobre dentición</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Adecuado</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>	<b>52</b>	<b>89,7</b>
<b>Inadecuado</b>	<b>55</b>	<b>94,8</b>	<b>6</b>	<b>10,3</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

En la Tabla 3 podemos observar que como resultado de la aplicación del primer cuestionario, del total de adolescentes sólo 3 tenían un adecuado nivel de conocimientos sobre dentición, para un 5,2 % y 55 inadecuado para un 94,8%. Al analizar los cambios ocurridos en el conocimiento sobre dentición después de la intervención, es significativo resaltar que de los 55 adolescentes que antes de dicha labor tenían un conocimiento inadecuado mejoraron su nivel de conocimiento 49 (84,4%) y los 3 que antes de dicha labor tenían un conocimiento adecuado, mantuvieron su condición, esto posibilitó que el grupo alcanzara un 89.7%, lo cual resultó estadísticamente relevante.

Al respecto se coincide con Díaz del Mazo<sup>13</sup> que logró el 88,5% de su grupo mejorara en grado de conocimientos sobre dentición. En tal sentido, Noborikawa A. K<sup>64</sup>, concluyó en un programa educacional de salud oral para adolescentes para un 76,0 % de los estudiados poseían bajos conocimientos antes de recibir la acción educativa y que luego de ello el nivel de conocimientos evaluado de altos se incrementó al 80,5 %.

Así mismo, Sánchez y col.<sup>65</sup> durante el desarrollo del proyecto escuela de salud elaboraron una encuesta para valorar la situación del centro antes de la experiencia respecto a los temas salud bucodental, contexto higiénico y alimentación. Los resultados obtenidos luego de la culminación del proyecto fueron evaluados de muy positivos.

Crespillo Hernández<sup>66</sup> en otra intervención educativa para mejorar el estado de salud, logró cambios favorables pues de 73,0% con conocimientos inadecuados se elevó a 91,0% los que alcanzaron buenas calificaciones.

Franco y col.<sup>67</sup> lograron también la incorporación de nuevos saberes de promoción de la salud en los alumnos al finalizar un programa incorporando aprendizajes para una vida sana.

El logro de los resultados relacionados con la temática de la segunda sesión de la intervención, hizo posible el enriquecimiento de los conocimientos de los adolescentes acerca de la dentición, su función, el valor de su conservación y sobre todo la importancia de su cuidado desde edades muy tempranas, pues en este período se produce el brote de varios dientes permanentes los cuales poseen un esmalte inmaduro muy susceptible al ataque carioso.

**Tabla 4. Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre placa dentobacteriana y caries dental.**

<b>Conocimientos sobre PDB y Caries</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Adecuado</b>	<b>17</b>	<b>29,3</b>	<b>55</b>	<b>94,8</b>
<b>Inadecuado</b>	<b>41</b>	<b>70,7</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

En la Tabla 4 podemos observar que al aplicar el cuestionario al inicio del estudio solo 17 adolescentes presentaban un buen nivel de conocimientos sobre caries y placa dentobacteriana como principal factor de riesgo de esta enfermedad, para

39,3% y 41 con conocimientos inadecuados para un 70,7%. Una vez terminada la aplicación del programa educativo se observó un cambio significativo con 55 adolescentes con un nivel de conocimientos adecuado sobre este tema para 94,8%.

Rufasto Goche<sup>63</sup>, en Perú encontró conocimientos inadecuados sobre enfermedades bucales para 78,7% de los adolescentes de su estudio y solo el 21,3% con conocimientos adecuados; después de realizada la intervención educativa el porcentaje con conocimientos adecuados aumentó a 88,6%.

Dávila y col.<sup>68</sup> obtuvieron resultados positivos mejorando el nivel de conocimiento de los escolares después de la aplicación de un programa educativo. Antes de la intervención educativa los escolares tuvieron el 14% de nivel de conocimiento bueno sobre las enfermedades de la cavidad oral y la placa dentobacteriana como factor de riesgo asociada a las mismas, al finalizar el programa educativo varió a 66%, observándose una diferencia estadísticamente significativa, concluyendo que existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y a modificar hábitos.

La placa bacteriana es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el factor etiológico fundamental de la caries<sup>69</sup>; patología esta que se encuentra dentro de las enfermedades humanas más diseminadas a nivel mundial. Teniendo en cuenta que los niños pasan la mayor parte del tiempo en la escuela, esta se convierte en un marco ideal para desarrollar actividades de aprendizaje a todos los niveles, lo que incluye la incorporación de conocimientos relacionados con la salud oral enfatizando en la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la misma.

**Tabla 5. Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre medidas preventivas.**

Conocimientos sobre medidas preventivas	Antes		Después	
	No	%	No	%
<b>Adecuado</b>	<b>20</b>	<b>34,5</b>	<b>58</b>	<b>100</b>
<b>Inadecuado</b>	<b>38</b>	<b>65,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

En la Tabla 5 podemos observar que antes de la intervención 20 adolescentes tenían un nivel adecuado en el tema referente a medidas preventivas sobre la caries dental, 34,5% del total, y 38 un nivel inadecuado para un 65,5%. Una vez aplicado el programa, específicamente la sesión cuatro que incluía aspectos relacionados con la higiene bucal correcta, una dieta saludable y el uso del flúor, se observa un resultado significativo donde el 100 % de los adolescentes tienen un nivel adecuado de conocimientos sobre prevención de enfermedades bucodentales.

El presente trabajo coincide con resultados obtenidos por Parra Enríquez S<sup>70</sup> en su intervención educativa estomatológica en adolescentes, ya que antes de la aplicación de la misma predominó el nivel sin conocimientos del 62,5% y al finalizar el 100% de los adolescentes encuestados, obtuvieron el nivel con conocimientos.

Nuestros resultados concuerdan también con los logrados por Arza Lahens<sup>18</sup> y Chung Fernández<sup>20</sup>. Al evaluar estos contenidos después de la intervención, obtuvieron el 95% y 91,7% de conocimientos adecuados respectivamente.

Un estudio realizado por Hernández Suárez, Espeso Nápoles, Reyes Obediente y Rodríguez Borges<sup>71</sup>, corrobora los resultados obtenidos, donde el nivel de información sobre medidas preventivas y caries dental era inadecuado al inicio de la intervención, mientras que al final de la misma se ubicó en el rango de bien el 88% de los niños.

Soto Ugalde y col<sup>72</sup> en una intervención educativa sobre cuidados en la salud bucal con duración de 9 meses, en 80 niños en el estado Miranda en Venezuela, concluyeron que el programa logró cambios satisfactorios en los modos de actuar y de pensar de los niños en términos de salud bucal.

El cepillado de los dientes es el método de higiene oral más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. La eficiencia del cepillado depende de varios factores, que incluye el diseño de los cepillos, el tipo de dentífrico utilizado, el método y frecuencia del cepillado. Los hallazgos encontrados en la bibliografía médica consultada coinciden en señalar que una dieta equilibrada es importante tanto para la salud general como bucal, el flúor por su parte incrementa

la resistencia del esmalte y otros tejidos dentarios. Conocer e interiorizar estos aspectos por parte de los adolescentes favorecieron los resultados obtenidos y adicionalmente, la percepción de la condición de salud bucal influyó en la percepción de calidad de vida.

Al analizar los conocimientos de los adolescentes acerca de algunos aspectos puntuales relacionados con la prevención de la caries dental, se observaron cambios significativos al contestar las respuestas antes y después de la intervención, los cuales denotaron el aprendizaje adquirido mediante los métodos empleados. La prevención de las enfermedades dentarias y su tratamiento oportuno son de gran importancia, aspectos que deben ser difundidos mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas desde el mismo nacimiento. Las que indicadas por el equipo de salud y el estomatólogo y supervisadas por los padres o tutores, son las que mantendrán la salud bucal a través de toda la vida de la población.

**Tabla 6:** Modificación de la higiene bucal de los adolescentes.

<b>Higiene bucal en adolescentes</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Eficiente</b>	<b>13</b>	<b>22,5</b>	<b>54</b>	<b>93,1</b>
<b>Deficiente</b>	<b>45</b>	<b>77,5</b>	<b>4</b>	<b>6,9</b>
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Estos resultados nos muestran en un primer momento el predominio de la higiene bucal deficiente; observado en 45 adolescentes para un 77,5%, lo que puede deberse a la falta de conocimientos y hábitos sobre la fisioterapia bucal así como la destreza para realizar el cepillado dental, todo esto unido a la falta de interés que presentan los adolescentes en esta etapa de la vida. Al valorar la modificación de la higiene bucal del grupo podemos señalar que después del período de instrucción y motivación afectiva en el grupo se alcanzó un 93,1% existiendo diferencias altamente relevantes.

Ayala Pérez<sup>73</sup> obtuvo resultados similares, al aplicar el Programa Educativo de Salud Bucodental en el que prevaleció la higiene bucal deficiente al inicio del mismo y al final la condición varió sustantivamente hacia eficiente. Por su parte Díaz del Mazo<sup>13</sup> al evaluar el impacto de su intervención educativa, obtuvo el 90,1% de su grupo alcanzó una higiene bucal adecuada.

Así mismo Crespo Cuenca<sup>74</sup> observó antes de su intervención educativa un 64% de higiene bucal deficiente, y después de la intervención predominó la higiene bucal eficiente del 72% de los adolescentes.

La Dra. Legrá Matos<sup>37</sup> realizó una revisión de la literatura que incluía investigaciones utilizando este prototipo de enseñanza basada en la combinación de la teoría y la práctica y con el empleo de juegos didácticos. Todos los autores obtuvieron resultados similares y concluyeron que el rendimiento de los tratamientos de prevención es alto, con un impacto relevante para evitar el desarrollo de la caries. Los resultados mostraron que la aplicación de sus programas resultó ser efectiva, pues la población intervenida presentó mejores condiciones de higiene bucal.

El programa educativo aplicado abarcó diferentes temas relacionados con las causas de la caries dental así como las formas y métodos de prevenirlas, lo que constituye una herramienta importante en el logro de un conocimiento más amplio que favorezca el desarrollo de actitudes personales, conductas positivas, comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables, facilitando la participación consciente y responsable de los adolescentes hacia el fomento de factores que favorezcan una buena salud bucal.

## **CONCLUSIONES**

En el estudio de intervención el sexo femenino fue el más representativo.

El nivel de conocimientos sobre salud bucal que predominó antes de aplicar el programa educativo fue inadecuado y alcanzó la evaluación de adecuado en el mayor número de adolescentes al término del mismo.

La higiene bucal antes del estudio de intervención resultó ser deficiente en el mayor por ciento de los adolescentes y al finalizar el mismo se logró una categoría de eficiente en casi la totalidad de los sujetos.

Se modificó el nivel de conocimiento de los adolescentes en salud logrando un satisfactorio cambio de actitud hacia la higiene bucal.

## **RECOMENDACIONES**

Generalizar el Programa Educativo: ““Sonriendo en la adolescencia” en las instituciones educativas que tengan en su plantel este grupo de edad como método para ganar en autorresponsabilidad hacia la salud bucal.

Crear nuevas estrategias de intervención para este grupo priorizado.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Sosa Rosales M, González Ramos M, Gil Ojeda M. Carpeta Metodológica de la Estrategia Estomatología. En Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología 2002: 11-12. [consulta: 18 ene 2020] Disponible en: <[http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa\\_adolescentes.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa_adolescentes.pdf)>
2. Sala Adam MR, Sosa Rosales M. Programa de Promoción y Educación para la Salud en Adolescentes. En Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología, 2002: 91-99. [consulta: 18 ene 2020] Disponible en: <[http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa\\_adolescentes.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa_adolescentes.pdf)>
3. Sosa Rosales M., Mojaiber de la Pena A. Análisis de la Situación de Salud en las comunidades. "Componente Bucal". Una guía para su ejecución. En Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología, 2002: 26-65. [consulta: 18 ene 2020] Disponible en: <[http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa\\_adolescentes.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programa_adolescentes.pdf)>.
4. López I, Herrera B. "Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba." Universidad Odontológica, 2018: 37-79.[consulta: 18 ene 2020 ] Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/24548>
5. Cruz Sánchez F. Generalidades. En: Pediatría Tomo VII. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2012: 3089-97.
6. Castro Espín M., Cano López A., Rebolla M. Programa Crecer en la adolescencia, cenesex. Ciudad de la Habana. 1993.

7. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Cient Med* [Internet]. 2014 Mar 18;(1): 5-7. [consulta: 18 ene 2020]; Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812014000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000100002&lng=es)
8. Figueroa Verdecia DV, Navarro Sánchez Y, Romero Guzmán FA. Situación actual de la adolescencia y sus principales desafíos. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2018 Ene-Abr 20(1):98-105. [consulta: 18 ene 2020] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212018000100012&lng](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212018000100012&lng)
9. Seoane Dávila AP. Adolescencia y conductas de riesgo [tesis]. Montevideo: Universidad de la República; 2015 [consulta: 19 ene 2020]. Disponible en:  
[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo final de grado. andrea seoane. mayo.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo%20final%20de%20grado.%20andrea%20seoane.%20mayo.pdf)
10. Borrás Santiesteban T, Reynaldo Borrás A, López Domínguez M. Adolescentes: razones para su atención. *Correo Cient Med* [Internet]. 2017; 21(3): 1-18 [Consulta: 20 ene 2020]. Disponible en:  
<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2180>
11. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la salud de los adolescentes. Ginebra: OMS; 2008. [Internet]. [Consulta: 20 ene 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/)
12. Marco conceptual para la comprensión de las iniciativas orientadas hacia el adolescente. 2001. [artículo en línea]. [consulta: 20 ene 2020]. Disponible en: <<http://www.adlec.org/E/textocompleto/invertir.htm> >
13. Díaz del Mazo L., Pérez Núñez H., García Díaz RC., Oconor Martínez L. Instructivo para capacitar Adolescentes del Reparto Sueño [artículo en línea]. *MEDISAN* 2003; 7(4): 73-85. [consulta: 20 ene 2020]. Disponible en: <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol7-403an1403.htm>>.

14. Garrigó M. I., Sardiñas S., Gispert E., Valdés P, Legón. Guías prácticas clínicas de Caries Dental. En. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2003: 23-44.[consulta: 20 de enero 2020]. Disponible en:<[www.sld.cu/bus/aps/temáticas](http://www.sld.cu/bus/aps/temáticas)>
15. Organización Mundial de la Salud. Encuesta de salud bucodental. Métodos básicos. 4ed. Ginebra: OMS 1997: 4 – 9. [Consulta: 20 ene 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/)
16. Calatrava LA. Crecimiento Científico Contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. Acta Odontológica Venezolana 2002; 40 (2): 100-107. [en línea] < <http://www.actaodontologica.com/> 39> [consulta: 22 de enero 2020].
17. Torres Cueto GMA., Machado de Armas G., Sánchez Rodríguez M., González Figueredo A. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación. La Habana. 1999:1-13
18. Arza Lahens M. Escuela de Salud Bucal en Adolescentes. ESBU “Roberto Rodríguez”. 2003-2004. [Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Estomatología General Integral]. Santiago de Cuba: I.S.C.M; 2004.
19. Ruiz García L.O., Giardirú Martínez R., Arta Lóriga M., Jiménez Valdez V., Echevarría González S., Calderón Sosa A. Factores de riesgo y prevención de caries en edad temprana (0-5 años) en escolares y adolescentes. Habana, 2005. [www.eufic.org/web/article](http://www.eufic.org/web/article). [consulta: 22 de enero 2020].
20. Chung Fernández AM. Modificaciones del conocimiento y comportamiento sobre salud bucal en Adolescente del área Carlos J. Finlay. [Trabajo para optar por el título de Especialista de I grado en Estomatología General Integral] Santiago de Cuba: I.S.C.M; 2002.
21. Tascón JE., Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescente del Valle del Cauca. [artículo en línea]. Colomb. Med. 2005; 36(2):73-78[consulta: 22 ene 2020]. Disponible en: <<http://www.Colombiamedica.univalle.edu.co/vol36No2/cm36n2a2.htm>>

22. Lafuente P.J., Gómez F.J., Aguirre B., Zabala J., Irurzun E., Gorritos B. Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Victoria-Gasteyz. 2001.[consulta: 22 ene 2020]. Disponible en: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe>>.[consulta: 22 ene 2020].
23. Hidalgo Rodríguez M T. El hombre y su Entorno. Caracterización Socio psicológicas y cultural de una comunidad. Mayo 1996. . [Trabajo para optar por el título de especialidad de primer grado en Medicina General Integral]. Policlínica Comunitaria “Manuel Díaz Legrá”, Holguín.
24. Higashida, Berta. “odontología Preventiva”. 3era edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana s.a 2015. [consulta: 22 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SALLYISELAYNCIOLOZADA.pdf>
25. Porto Puerta, I; Díaz Cárdenas, S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. Acta Odontológica Colombiana, [S.l.], v.7, n.2, p.49-64, jul. 2017. ISSN 2027-7822. [consulta: 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369>
26. León Soraya, Giacaman Rodrigo A. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Abr. [consulta: 22 Ene 2020]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)
27. Friedenthal M. Diccionario de odontología. Madrid: Panamericana; 1997.
28. Panduro del Castillo, M B. "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia, Bagazan–distrito Belén, Iquitos 2014. [consulta: 23 ene 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3755>.
29. Milanés-Chalet A, Martínez-Sánchez N, Trujillo-Pacheco S, Díaz-Reyes M, Silvera-Rosales O. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [consulta: 23 ene 2020]; 20(6)

Disponible

en:

<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/417>

30. Reales Cassiani, M A, et al. Impacto de una intervención educativa en salud bucal mediante página web en cuidadores de preescolares. Diss. Universidad de Cartagena, 2018. [consulta: 23 Ene 2020] <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/7028/1>
31. Pérez, Ramírez, and Erick Gulmar. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores Lima 2016." [consultado 21 Ene 2020]. Disponible en [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4594/5/T059\\_46165592\\_T.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4594/5/T059_46165592_T.pdf)
32. Ochoa Zaldívar F O. Intervención educativa sobre salud bucal en padres del Círculo Infantil "Los Abelitos". Tacajó. 2018. [Trabajo para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral] 2019. FCM. Holguín.
33. Zacca González G, Sosa Rosales M, Mojaiber A. Situación de Salud Bucal de la Población Cubana. Rev Cubana Estomatol 2001;39(2):90-1 [artículo en línea]. <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300006&script=sci_arttext) [consulta: 21 Ene 2020].
34. La motivación del paciente como alternativa para la prevención de las alteraciones gingivo-periodontales. [artículo en línea] <<http://www.monografias.com/trabajos6/mopa/mopa.shm>> [Consulta 20 Ene 2020]
35. Fornaris Frías M, Castillo Peralta M, Rodríguez Morales A, Arias Arañó Z, Acosta Pérez Y. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención estomatológica al menor de 19 años [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(2). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_2\\_06/san05206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san05206.htm)> [consulta: 20 ene 2020].
36. Garrigó, M. I., Sardiñas, S., Gespert Valdés, P., Legón, N. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2003: 493-516. [consulta: 20 de enero 2020]. Disponible en: <[www.sld.cu/bus/aps/temáticas](http://www.sld.cu/bus/aps/temáticas)>

37. Legrá Matos S M. Impacto de la intervención educativa para adolescentes en la Secundaria Básica Urbana “Orlando Fernández Badell”. [Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal] 2006. FCM. Stgo de Cuba.
38. Diccionario Terminológico de Educación para la Salud. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de la Habana: MINSAP 1983. [consulta: 20 de enero 2020]. Disponible en:<[www.sld.cu/bus/eps/temáticas](http://www.sld.cu/bus/eps/temáticas)>
39. Factores psicosociales y salud. Revista Cubana de M.G.I 2002-13(6)-572(6). [consulta: 20 ene 2020]. Disponible en:<http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2180>
40. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación. Un cambio de enfoque en la salud bucal. 2006 [artículo en línea]. <<http://www.eufic.org/article/es/nutricion/azucar/artid/salud-bucal/?lowres=1> [consulta: 21 ene 2020].
41. Alcarraz Sintés J. La adolescencia y el cuidado oral. En: Enfermedades periodontales en los niños 2002 [artículo en línea]. <<http://www.geosalud.com/saluddentalperiodontalni%flosho.htm>> [consulta: 21 ene 2020].
42. Orientación anticipada y consejos a los padres sobre el cuidado de la salud en la niñez y la adolescencia, 2004 [biblioteca virtual en línea]. <[http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/puericultura/guias\\_anticipatorias\\_.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/puericultura/guias_anticipatorias_.doc)> [consulta: 21 ene 2020].
43. Katz S., McDonald J., Stookey G.K. Implementación de los programas de educación y motivación del paciente. Cap. 5 en Odontología Preventiva en Acción. Ministerio de Cultura. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de la Habana. 2004: 66-80
44. Asociación Internacional de portales Odontológicos. Odontocat: Prevención. 2001. <<http://www.odontocat.com/prevencio2ca.htm>> [consulta: 23 Ene 2020].
45. Cuenca, E.; Manau, C. & Serra, L. Odontología preventiva y comunitaria. 2002 Barcelona: Masson.[consultado 22 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAMILAGROSCAMPOSRAMOS.pdf>

- 46.OMS. Los fluoruros y la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en el estado de la salud bucodental y el uso de los fluoruros. OMS, Series de Informes Técnicos, No. 846, 2004. [consulta: 22 Ene 2020]. Disponible en: [www.col.ops.oms.org/dia\\_mundial/2003/comunicado.asp](http://www.col.ops.oms.org/dia_mundial/2003/comunicado.asp)
- 47.Hernández Suárez A, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Rodríguez Borges L. Intervención educativo-curativa para la prevención de la caries dental en niños de cinco a 12 años. AMC 2010 [revista en Internet]. 2010. [consulta: 20 Ene 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552010000600005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000600005&lng=es)
- 48.Medina C, Herrera M, Rosado G. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad sub urbana en Campeche. Acta Odontológica Venezolana. Año 2004.Dic, 42. No 3 Disponible en URI.[www.actaodontologica.com/42\\_3\\_2004/239.asp](http://www.actaodontologica.com/42_3_2004/239.asp)
- 49.Núñez de Villavicencio P. F. [y otros] Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2001: 141-144.
- 50.Especialidades. Patología dentaria: Caries. 2001. <<http://www.odontocat.com/cardesca.htm>> [consulta: 20 Ene 2020].
- 51.Navas R, Mejía Morella, Rojas- Morales T, Álvarez CJ, Zambrano O. Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición [artículo en línea] [http://www.actaodontologica.com/44\\_3\\_2006/evaluacion\\_servicio\\_odontologico\\_publico.asp](http://www.actaodontologica.com/44_3_2006/evaluacion_servicio_odontologico_publico.asp) [consulta: 20 Ene 2020].
- 52.Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(2): 12-7. [p://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_2\\_06/san05206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san05206.htm)> [consulta: 24 Ene 2020].
- 53.González Díaz M.E. Et Al. Compendio de periodoncia. 2ed. La Habana Editorial de Ciencias Médicas Médica. 2017
- 54.Pineda Sinchi DA y Rodríguez Auquilla LM. Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud

- oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015.[consultado: 20 Ene 2020] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24043>
55. Alzate García F, Serrano Vargas L, Cotes López L, Torres EA, Rodríguez MJ. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. Rev CES Odont. 2016[Consulta: 20 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n1/v29n1a07.pdf>
56. Concepción Obregón T, Sosa Hernández HP, Matos Rodríguez A, Díaz Pacheco C. Orden y cronología de brote en dentición permanente. Rev Cien Méd. 2013 [Consulta. 20 Ene 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n3/rpr12313.pdf>
57. García Cabrera M, Álvarez García I, San Miguel Pentón A. Cronología y orden de brote de la dentición permanente. Acta Méd Centro 2016; 10(2).[consulta: 20 Ene 2020] Disponible en: <http://www.revactamediacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/474/640>
58. Morgado Serafín D, García Herrera A. Factores de riesgo de alteraciones cronológicas de la erupción dentaria en la población del municipio Baraguá. MEDICIEGO. 2013[Consulta: 20 Ene 2020]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_supl1\\_2013/pdf/T15.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/pdf/T15.pdf)
59. Colectivo de autores. Índice de Análisis de higiene bucal de Love en Atención Primaria de Periodoncia. Material bibliográfico. CD de Enfermedades periodontales. La Habana 2012.
60. Osorio Núñez M. Epidemiología de la enfermedad periodontal en dos policlínicas de la Ciudad de la Habana. [documento en línea] <[http://geosalud.com/salud\\_dental/Higiene\\_oral.htm](http://geosalud.com/salud_dental/Higiene_oral.htm)> [consulta 23 Ene 2020].
61. Torres Mahy L, Pérez Campos YE, Pascual Casamayor D, Noa Deyá Y. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". MEDISAN. 2015; 19(3) [consulta: 24 Ene 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192015000300010%20&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000300010%20&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



62. Gutiérrez M, Ortiz L, Albino J, et al. Eficacia de dos métodos didácticos en la actitud del niño para la preservación de su salud bucal. *Odontol Sanmarquina*. 2007; 10(2): 8-11.
63. Rufasto Goche, K; Saavedra Alvarado, B. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. *Rev Estomatol Herediana*, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 82-90 Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú [consulta: 24 Ene 2020] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370003>
64. Noborikawa AK. Influencia del programa educativo de salud oral sonrisas en una población de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1):31-38.[consulta: 24 Ene 2020] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370005>
65. Servicios Municipales de Salud. Boletín de Salud Comunitaria. Escuela de Salud. Experiencia en el CEIP Los Álamos. Murcia, España: Servicios Municipales de Salud; 2007. [consulta: 24 Ene 2020] Disponible en: [http://www.ayuntamientomurciasalud.es/WebOriginal/user/documentos/boletin/boletin\\_comunidad\\_10.pdf](http://www.ayuntamientomurciasalud.es/WebOriginal/user/documentos/boletin/boletin_comunidad_10.pdf)
66. Crespillo Hernández J., García Bambuses M., Torriente Méndez M., Ayllón Taylor R. Intervención educativa para mejorar el estado de salud. *Atención Primaria*, España; 2002; 25 (1): 56-61.
67. Franco A, Martínez C, Álvarez M, et al. Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. *CES odontología*. 2008; 21(1): 9-15.
68. Dávila M, Mujica M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontol Venez*. 2008; 46(3): 1-7.
69. Pérez A. La biopelícula: Una nueva visión de la placa dental. *Rev Estomatol Herediana*. 2005; 15(1):82-5. [consulta: 24 Ene 2020] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42153937000>
70. Parra Enríquez S. Impacto de intervención educativa estomatológica en adolescentes. Escuela Politécnica "Pedro Díaz Coello". Holguín 2006-

- 2007 [Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Bucal Comunitaria] 2008. FCM. Holguín.
71. Hernández Suárez A, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Rodríguez Borges L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a doce años. AMC. 2010 [consulta 24 Ene 2020]; 14(6). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000600005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600005)
72. Soto-Ugalde A, Sexto-Delgado N, Gontán-Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur [Internet]. 2013 [consulta 24 Ene 2020]; 12(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:  
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>
73. Ayala Pérez Y, Reyes González I. Programa Educacional de Salud Bucodental aplicado a adolescentes del área de salud de la Policlínica “Alcides Pino Bermúdez”. CCM. 2008[consulta 24 ene 2020] ; 12(2):1-7. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no122/pdf/n122ori1.pdf>
74. Crespo Cuenca L, Parra Enríquez S, Moreno Almaguer M, Matos Roche L, Aguilera Ochoa M F. Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de “Rafael Freyre” CCM 2019; 23(2)[Consulta: 24 ene 2020]. Disponible en:  
<http://www.cocmed.sld.cu/no443/pdf/n443ori1.pdf>

## ANEXOS

### Anexo I

#### Consentimiento informado

Yo:.....accedo a participar en el estudio titulado: : Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes. Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2019-2021 llevada a cabo por la Dra. Yanilis Espinosa Torres.

Estoy dispuesto a participar, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial. Se me ha explicado con palabras claras y objetivas las bases de la misma. Consiento en que se usen los datos que aporte el examen bucal y los procedimientos estomatológicos que se me realicen para la conformación de la investigación, así como para su publicación, siempre y cuando se mantengan en el anonimato mis datos personales.

Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma.

Cuento con la aprobación de mis padres o de mi tutor legal. Para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Firmo la presente a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del adolescente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

## Anexo II

ORGANO DEL PODER POPULAR  
POLICLINICO PEDRO DEL TORO SAAD  
HOLGUIN

La dirección del Policlínico “Pedro del Toro Saad”, del municipio Holguín, provincia Holguín, da su autorización y consentimiento a la realización de la investigación titulada: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes. Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2019-2021 llevada a cabo por la Dra. Yanilis Espinosa Torres, dando todo el apoyo legal establecido para la realización de la misma. La información que se obtendrá será de sumo valor científico y será de utilidad para el sector.

---

Aprobado por Director:

### **Anexo III**

Consentimiento informado del Centro de estudios.

Yo, \_\_\_\_\_, director(a) del centro escolar Secundaria Básica “Alberto Sosa González”, tengo conocimiento de la aplicación de la investigación titulada: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes. Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2019-2021, llevada a cabo por la Dra. Yanilis Espinosa Torres. Es de mi conocimiento que toda la información recogida a los estudiantes se mantendrá reservada y es confidencial.

Se me ha explicado el procedimiento de la misma; esta cumple con los principios éticos para la investigación. La información que se obtendrá será de sumo valor científico y será de utilidad para el sector.

Estoy conforme con todo lo expuesto. Para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Firmo la presente a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

## **Anexo IV**

**Programa de intervención educativa sobre salud bucal dirigido a los adolescentes de 7mo grado.**

**Programa Educativo “Sonriendo en la adolescencia”**

**Sesiones de trabajo:**

1ra Sesión: Vamos a conocernos.

2da Sesión: ¿Qué sabes de los dientes?

3ra Sesión: ¿Por qué enferman tus dientes?

4ta sesión: Cuido bien mis dientes.

5ta sesión: Demuestra lo aprendido.

**1ra Sesión: Vamos a conocernos**

**Introducción:**

Se realizará la Presentación del Programa y de su coordinadora.

**Objetivo General:**

- ❖ Introducir el Programa de Intervención Educativa sobre Salud Bucal: “Sonriendo en la adolescencia”.

**Objetivos específicos:**

- ❖ Lograr que los adolescentes del grupo se conozcan e integren.
- ❖ Aplicación del cuestionario.
- ❖ Recoger las expectativas de los adolescentes.

**Procedimientos:**

Se realizara la apertura del programa dándoles a las participantes una breve explicación de lo que sucederá en las semanas siguientes a medida que se vayan desarrollando las actividades educativas.

A continuación se desarrollará la técnica participativa "La pelota caliente", para crear un clima favorable a través de la presentación y animación de los participantes. Para ello, se le indicará a los adolescentes que formen un círculo, el coordinador dará la espalda y empezará a aplaudir mientras los adolescentes van pasando la pelota, cuando la coordinadora pare de aplaudir el que tenga la pelota dará un paso al frente para decir su nombre y de esta forma desarrollar la actividad.

Se pasa posteriormente a la aplicación del cuestionario de forma que traten de hacerlo sin mirar a otro, se dan algunas explicaciones sobre la salud bucal y lo que se persigue con la intervención que se realizará en el grupo, se insta para que participen en las sesiones.

Luego se procede a la recogida de las expectativas del grupo donde los integrantes reflejan lo que esperan o no del programa. Para ello se les entrega un papel para que escriban, de manera breve, las expectativas que tienen del Programa.

**Retroalimentación:** La coordinadora pregunta aspectos generales sobre el programa, de tal manera que compruebe si se entendió el mismo, los temas a tratar y los principales objetivos. Se aclaran aquellos aspectos que todavía no se comprendan.

**Espacio Físico:** Para gran parte de la sesión se requiere colocar las sillas en forma de círculo, logrando el contacto visual de todos los integrantes entre sí.

**Tiempo de aplicación:**

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

Durante la sesión

Técnica de Apertura: 5 minutos

Técnica de Presentación "La pelota caliente": 20 minutos

Aplicación Del cuestionario: 10 minutos

Recogida de las expectativas: 5 minutos

Explicación del programa: 5 minutos

Retroalimentación: 5 minutos.

Total de la sesión: 60 minutos.

### **Material didáctico:**

Hojas de Papel

Lápices

Pelota

### **2da Sesión: ¿Qué sabes de los dientes?**

#### **Introducción:**

Se trataran brevemente generalidades sobre la dentición y su importancia

#### **Objetivo General:**

- ❖ Identificar tipos de denticiones y su importancia.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Explicar los tipos de denticiones y su función.
- ❖ Esclarecer aspectos sobre el brote de los dientes y algunas de sus alteraciones.
- ❖ Valorar la importancia que tiene la conservación de los dientes.

#### **Procedimientos:**



Se inicia la sesión con la charla educativa “Aprendiendo sobre mis dientes”, explicando los tipos de denticiones, brote de los dientes así como la importancia de la conservación de los mismos.

Luego se efectuará el juego “Cero y Cruz”. Se les explica la metodología de juego que consiste en dividir el grupo en dos equipos que responderán alternativamente las preguntas que se encuentran en tarjetas. Si responden adecuadamente, tienen derecho a colocar en las cuadrículas pintadas al efecto el símbolo que hayan seleccionado para su equipo al iniciar el juego (O o X). El ganador será quien pueda colocar primero su símbolo consecutivamente tres veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

Algunas preguntas podrán ser:

1. ¿Para qué sirven los dientes?
2. ¿Cuántos dientes tenemos?
3. ¿A qué edad salen los dientes?
4. ¿Por qué se puede retrasar la salida de los dientes permanentes?
5. ¿Pueden "salir" dientes de más o de menos?
6. ¿Por qué es importante conservar todos los dientes?

#### **Retroalimentación:**

Realización de la técnica afectivo-participativa “Activando la memoria” para evaluar y reforzar el conocimiento sobre el tema tratado en la sesión.

**Espacio Físico:** Para la realización de la sesión los participantes se colocan en forma de círculo de tal manera que todos puedan observarse entre sí para la realización de las técnicas. Para la retroalimentación se formarán dos equipos detrás de dos mesas y la coordinadora se ubicará de frente y en el centro en otra mesa.

#### **Tiempo de aplicación:**

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos

Durante la sesión

Charla “Aprendiendo sobre mis dientes” 10 minutos

Juego didáctico “Cero y Cruz”: 15 minutos

Técnica “Activando la memoria”: 10 minutos.

Total de la sesión: 45 minutos.

**Material didáctico:**

Tarjetas con preguntas

**3ra Sesión: ¿Por qué enferman tus dientes?**

**Introducción:**

Se informa brevemente que la caries dental es una de las enfermedades bucales más extendidas en el mundo y que causan la pérdida de los dientes si no son tratadas a tiempo, pero que puede ser prevenida con procedimientos fáciles de llevar a cabo.

**Objetivo general:**

- ❖ Identificar a la placa dentobacteriana como factor presente en la caries dental.

**Objetivos específicos:**

- ❖ Señalar la importancia de eliminar la placa dentobacteriana.
- ❖ Identificar a la caries como una de las principales causas de la pérdida dentaria.

**Retroalimentación inicial:**

Se inicia la actividad, la coordinadora orienta formar equipos para comentar la actividad anterior y que un voluntario de cada equipo exprese lo recordado. Se corrige o rectifica la información.

**Procedimiento:**

Se realizará un pequeño conversatorio sobre factores causales y predisponentes de la caries dental, se introducirá el término de placa dentobacteriana y su papel en la aparición de la caries. Luego se presentaran láminas con imágenes de dientes con caries y placa dentobacteriana y se invitará al grupo a la discusión del tema tratado en el conversatorio.

Se piden tres voluntarios para representar una dramatización en la que un adolescente asiste acompañado de su madre y con mucho dolor al estomatólogo. Se les orienta que expongan una situación con actitudes positivas y negativas de los personajes.

Una vez concluida, se pasa a comentar en el grupo dichas actitudes y con ello la coordinadora aprovecha para desarrollar el tema explicando que la caries dental es un proceso destructivo de la corona del diente producido por bacterias que se encuentran normalmente en la boca y actúan cuando se propician las condiciones adecuadas, comienza por desmineralizar el esmalte dental (que es el tejido duro que cubre la corona de los dientes), socavarlo y profundizar hasta llegar a los tejidos más profundos con lo que (si no se trata a tiempo) se provocan síntomas muy dolorosos y hasta la pérdida de los dientes por destrucción coronaria.

**Retroalimentación final:**

Se realiza el control de placa dentobacteriana y se le da el valor obtenido, a cada estudiante para que ellos valoren su estado.

Se pide opinión acerca de la actividad realizada, como se han sentido y se despide el grupo hasta la próxima reunión.

**Espacio físico:** Para la realización de la sesión los participantes se ubicarán sentados en fila frente a la coordinadora que realizará la presentación del laminario y posteriormente se colocan en forma de círculo de tal manera que todos puedan observarse entre sí para la realización de las técnicas.

**Tiempo de aplicación:**

Antes de la sesión:

Adecuación del espacio físico 10 minutos

Durante la sesión:

Retroalimentación: 5 minutos

Conversatorio: 5 minutos

Presentación de láminas: 5 minutos

Dramatización: 5 minutos

Discusión: 10 minutos

Retroalimentación final: 10 minutos

Total de la sesión: 50 minutos

**Material didáctico:**

Láminas con imágenes de dientes con caries y placa dentobacteriana

**4ta sesión: Cuido bien mis dientes**

**Introducción:**

Se comenta rápidamente que se debe mantener una correcta higiene bucal, seguir una dieta saludable y se recuerda que el flúor hace los dientes más resistentes. Se recomienda visitar periódicamente al estomatólogo.

### **Objetivo General:**

- ❖ Explicar los métodos de prevención de la caries.

### **Objetivos Específicos:**

- ❖ Explicar el correcto cepillado bucodental.
- ❖ Explicar la importancia de una higiene adecuada para la prevención de enfermedades bucales.
- ❖ Mencionar métodos preventivos de las caries dentales.

**Retroalimentación Inicial:** Se anima al grupo realizando una rifa que contiene dos papелitos señalados con la palabra dientes y placa, a los estudiantes que les toque dicho papel se les realiza un control de placa demostrativo sirviendo de modelo para señalar la placa teñida por el colorante.

### **Procedimiento:**

Se comenzará la sesión con la técnica afectiva participativa “desafío”. Esta consiste en que el grupo formará dos equipos, se sentaran en un círculo en cuyo centro habrá una cesta con varios papeles doblados, los adolescentes (uno de cada equipo), escogerán un papel y el que tenga escrita la palabra desafío tendrá que explicar y demostrar como realiza el cepillado dental.

Luego la coordinadora les enseñará cómo realizar el cepillado mostrando al grupo la forma correcta de realizarlo auxiliándose de un typodón y un cepillo dental.

Se explicará la importancia de una higiene bucal adecuada para la prevención de enfermedades bucales.

Se aplicará la técnica “Lluvia de ideas”. Se harán preguntas sobre cuales métodos se conocen para prevenir la caries dental. Estas permitirán que los participantes respondan a partir de su realidad y experiencia de manera rápida y concreta. Estas ideas se recogerán en un pizarrón. En esta etapa no se permitirá discutir las ideas que surgen. Solo se permitirá aclarar cuando no se comprendió. Todos los participantes dirán al menos una idea, si no lo desea, no lo hace.

Una vez terminada esta parte, se estimulará la valoración de las mejores propuestas que ilustren el tema y que resuman la opinión de la mayoría del grupo. Esto se ayudará con el proceso de eliminación de ideas repetidas o no esenciales.

Se explica mediante la charla “higiene bucal adecuada, una salud bucal asegurada” que los dientes como órganos vivos del cuerpo humano necesitan una nutrición adecuada y balanceada que les permita una buena formación y mantenerse sanos. Se exhiben laminas donde se muestren estos alimentos para ayudar a su reconocimiento.

Se continúa explicando que el flúor es el método preventivo más eficaz para evitar la caries dental, que ha sido probado y usado en el mundo en general, que este le otorga al esmalte dentario mayor resistencia contra el ataque de los ácidos producidos por los microorganismos en contacto con la placa.

Se orienta traer en la próxima reunión el cepillo dental de cada estudiante.

#### **Retroalimentación final:**

Se les indicará a los adolescentes que realicen en su casa el correcto cepillado frente a un espejo y que en la próxima sesión nos muestren cómo realizarlo. Se les pedirá que enseñen a otros miembros de su familia y amigos cómo realizar el mismo.

**Espacio Físico:** Para la realización de la charla y la demostración se colocan las sillas en círculo para lograr una mayor interrelación y que se vea al expositor como parte del grupo también.

#### **Tiempo de aplicación:**

Antes de la sesión

Adecuación del espacio físico: 10 minutos.

Durante la sesión

Retroalimentación Inicial: 5 minutos

Aplicación de la técnica “desafío” 5 minutos.

Demostración: 5 minutos

Aplicación de la técnica “Lluvia de ideas”: 15 minutos.

Charla Educativa: 10 minutos.

Total de la sesión: 50 minutos.

**Material didáctico:**

Pizarra

Plumones o tizas

Cesta

Hojas de papel

Lápices

Láminas

Typodón

Cepillo Dental

**5ta Sesión: “Demuestra lo aprendido”**

**Introducción:** Se realiza a cada adolescente un C.P.D.B. y se le aplica nuevamente el cuestionario de la investigación.

**Objetivo General:** Integrar todos los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del programa.

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar la opinión del grupo sobre la Intervención realizada.
2. Estimular la participación del grupo en la intervención.
3. Evaluar a través de un cuestionario la efectividad del programa.

**Retroalimentación:** Se les pide a los participantes que mencionen los principales temas tratados a lo largo de las sesiones. Los mismos son recogidos en la pizarra por parte de la coordinadora. Se pedirán dos voluntarios para que demuestren la técnica correcta de cepillado.

### **Procedimiento:**

Para la realización de la sesión primero se aplicará la técnica “Dime tu opinión”, en la cual se les entregará un papel en blanco a los integrantes del grupo donde deben escribir, con una sola palabra, cómo se han sentido con la realización del Programa Educativo. Luego se recogen y se leen en voz alta, realizando un breve comentario al respecto.

Se estimulan a todos los estudiantes por haber participado activamente en la Intervención, se seleccionan los estudiantes más destacados y de mejor aprovechamiento, a los cuales se les entrega un diploma acreditativo diseñado para la ocasión.

Finalmente se dará el agradecimiento a todos los participantes y se les exhorta extrapolar a su colectivo estudiantil y familiar los conocimientos recibidos.

### **Espacio físico:**

Para la realización de la sesión los participantes se ubicarán en forma de círculo para lograr un contacto visual mayor.

### **Tiempo de aplicación:**

Antes de la sesión:



Adecuación del espacio físico: 10 minutos

Durante la sesión:

Retroalimentación: 5 minutos

Técnica “Dime tu opinión”: 5 minutos

Aplicación del cuestionario: 10 minutos

Control de placa: 10 minutos

Conclusiones: 10 minutos

Total de la sesión: 50 minutos

**Material didáctico:**

Pizarra

Plumones o Tiza

Hojas de papel

Lápices

## Anexo V

Cuestionario sobre Salud Bucal para Adolescentes.

Compañerito(a):

Para ayudarte a conocer sobre salud bucal necesitamos que nos contestes el siguiente cuestionario, para lo cual te pedimos que leas detenidamente las preguntas sobre los temas a tratar:

Nombre y Apellidos

Grupo \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

1- Marque con una cruz (X) la respuesta correcta.

Durante la vida aparecen las siguientes denticiones:

- a) \_\_\_\_\_ Temporal
- b) \_\_\_\_\_ De leche y permanente
- c) \_\_\_\_\_ De leche, temporal y permanente

2.- Marque con una cruz (X) la respuesta correcta.

Los dientes temporales inician su brote aproximadamente a:

- a) \_\_\_\_\_ los tres meses de edad
- b) \_\_\_\_\_ los seis meses de edad
- c) \_\_\_\_\_ el año de edad.

3.-Marca con una cruz (X) la respuesta correcta.

El Primer molar permanente es importante:

- a) \_\_\_\_\_ Porque se cambia
- b) \_\_\_\_\_ Porque ayuda a mantener el equilibrio y la guía de los demás dientes
- c) \_\_\_\_\_ Porque tiene muchas estrías

4.- Marca la respuesta correcta.

La muela que brota alrededor de los 6 años:

- a)  se muda
- b)  no se muda
- c)  no sé.

5.- Marque con una cruz todas las posibles respuestas correctas:

Los dientes son importantes para:

- a)  Pronunciar correctamente
- b)  Mantener la estética
- c)  Para masticar
- d)  Para comunicarnos

6- Marca la respuesta correcta.

La placa dentobacteriana es:

- a)  Las bacterias que viven en la boca aunque nos cepillemos los dientes
- b)  Una sustancia dura que se pega sobre los dientes cuando no se limpian adecuadamente y que posee diversas bacterias
- c)  Una sustancia blanda que se deposita en los dientes cuando no se limpian adecuadamente y que posee diversas bacterias.

7.- ¿Por qué se forma la placa dentobacteriana?

- a)  por los restos de alimentos que quedan en la boca
- b)  Por la acción de las bacterias que existen en la cavidad bucal y los restos de alimentos que quedan en ella al no cepillarse.
- c)  No sé

8.- Marca la respuesta correcta

Para eliminar la placa dentobacteriana se utiliza:

- a) \_\_\_\_\_ El algodón
- b) \_\_\_\_\_ Agua y jabón
- c) \_\_\_\_\_ El cepillo dental

9.- De las siguientes opciones marque con una **x** las que consideras que pueden favorecer la aparición de la caries dental:

- a) \_\_\_ Tener abundante saliva.
- b) \_\_\_ Tener los dientes muy apiñados.
- c) \_\_\_ Comer dulces
- d) \_\_\_ Consumir verduras.

10.- Marca la respuesta correcta.

Para mantener la salud dental se recomienda:

- a) \_\_\_\_\_ Comer dulces a cualquier hora
- b) \_\_\_\_\_ Comer dulces entre las comidas
- c) \_\_\_\_\_ Comer dulces en las comidas y luego cepillarse los dientes

11.- Marca la respuesta correcta.

Se puede prevenir la caries dental:

- a) \_\_\_\_\_ Comiendo dulces y galletas
- b) \_\_\_\_\_ Cepillando correctamente dientes y encías
- c) \_\_\_\_\_ Enjuagándose la boca varias veces al día

12.- Marca la respuesta correcta.

Para mantener una buena higiene bucal es necesario:

- a) \_\_\_ Cepillar los dientes tres veces al día: después de desayuno, almuerzo y comida.
- b) \_\_\_ Cepillar los dientes cuatro veces al día: después de desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.

c) \_\_\_Cepillar los dientes dos veces al día: antes de desayuno y comida.

13.- Marca la respuesta correcta.

Los alimentos que producen más caries son:

- a) \_\_\_Los vegetales
- b) \_\_\_Los refrescos
- c) \_\_\_Los caramelos y galletitas

14.- Marca la respuesta correcta.

El flúor sirve para:

- a) \_\_\_Evitar las manchas
- b) \_\_\_Evitar las caries
- c) \_\_\_Para que no se caigan los dientes

15.- Marca todas las respuestas que sean correctas

El flúor puede emplearse en forma de:

- a) \_\_\_Buchadas
- b) \_\_\_Adicionado en el agua
- c) \_\_\_Adicionado a las pastas dentales

**Anexo VI** Clave de las respuestas del cuestionario

Preguntas	Valor	Incisos a marcar
1. _____	5 puntos _____	b)
2. _____	5 puntos _____	b)
3. _____	5 puntos _____	b)
4. _____	5 puntos _____	b)
5. _____	15 puntos, 5 cada inciso _____	a),b),c)
6. _____	5 puntos _____	c)
7. _____	5 puntos _____	b)
8. _____	5 puntos _____	c)
9. _____	10 puntos, 5 cada inciso _____	b),c)
10. _____	5 puntos _____	c)
11. _____	5 puntos _____	b)
12. _____	5 puntos _____	b)
13. _____	5 puntos _____	c)
14. _____	5 puntos _____	b)
15. _____	15 puntos, 5 cada inciso _____	a),b),c)

Se formularan 15 preguntas, 5 para cada tema, 12 corresponden a solución única y 3 de selección múltiple. En cada pregunta se le otorgaran puntajes a cada inciso en dependencia del número de incisos y la complejidad de las preguntas. Para cualquier otra selección no se obtendrán puntos.

## Anexo VII

### Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Registro que se utiliza para determinar en qué por ciento de las superficies dentales existe placa dentobacteriana.

**Procedimiento:** Se tiñen las superficies dentarias con sustancia reveladora, se observan todas las caras de los dientes excepto los 3ros molares y en el modelo se marca la presencia de placa dentobacteriana de cada superficie teñida (mesial, distal, vestibular y lingual, no se tienen en cuenta las superficies oclusales) multiplicada por 100 y dividida entre el número de superficies dentales examinadas ofrecerá el IAHB en por ciento.

#### **Criterios generales:**

Higiene bucal eficiente: 0-20%

Higiene bucal ineficiente + 20%

Simbología:

- Punto Rojo: Presencia de PDB.
- Círculo Azul: Diente limpio.
- Raya horizontal Azul: Diente ausente.

#### **1er Control: Antes de la aplicación del Programa Educativo**

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

No. de superficies manchadas

$$\text{IHB-L} = \frac{\text{No. de superficies manchadas}}{\text{No. de superficies examinadas}} \times 100$$

No. de superficies examinadas

**5to control: Después de la aplicación del Programa Educativo**

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

No. de superficies manchadas

$$\text{IHB-L} = \frac{\text{No. de superficies manchadas}}{\text{No. de superficies examinadas}} \times 100$$

No. de superficies examinadas



## Anexo VIII

### Aval del Consejo Científico a Proyectos de Investigación

En sesión ordinaria del Consejo Científico se presentó la solicitud de aval del proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes. Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2019-2021, que tiene como investigador principal a la Dra. Yanilis Espinosa Torres, Residente de 1er año de EGI. A ejecutar por la institución Policlínico “Pedro Del Toro Saad”.

Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes, lo cual fue recogido en el acuerdo No. .... del presente curso escolar, tomando en consideración los criterios siguientes:

- Vinculación del objetivo del proyecto con el banco de problemas: El proyecto responde a los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública y su objetivo se vincula al banco de problemas referente la creación de estrategias para la atención al menor de 19 años.
- Adecuación del diseño a los objetivos propuestos: El diseño es el adecuado según los objetivos propuestos y se dirige a mejorar la calidad de vida de un grupo priorizado.
- Valor de los principales resultados a obtener en la ejecución del proyecto: Con la realización de este proyecto se podrá aplicar un programa educativo sobre salud bucal en adolescentes .
- Capacidad de los integrantes del equipo de investigación: El investigador principal y su equipo reúnen las características y experiencias necesarias para la ejecución del proyecto.
- Factibilidad de ejecución del proyecto: El proyecto se elabora sobre la base de los servicios e instalaciones presentes en la institución ejecutora, lo que evidencia su factibilidad.

Dado en Holguín, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2021.

.....

Presidente Consejo Científico

## **Anexo IX**

### Aval del Comité de Ética de las Investigaciones en Salud

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones en Salud, han revisado el proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes. Secundaria Básica “Alberto Sosa González”. Holguín 2019-2021, que tiene como investigador principal a la Dra. Yanilis Espinosa Torres, Residente de 1er año de EGI.

A consideración del Comité se ha acordado la aprobación de la ejecución de este proyecto; considerando que existe:

- Cientificidad y conocimiento actualizado de la autora sobre el tema.
- Diseño muestral que garantiza los principios éticos.
- Formularios adecuados que garantizan la confidencialidad.
- Que establece ser realizado por los principios de la Declaración de Helsinki.
- Correcta elaboración del formulario de Consentimiento Informado.
- Correcta integración y experiencia del equipo de investigación.

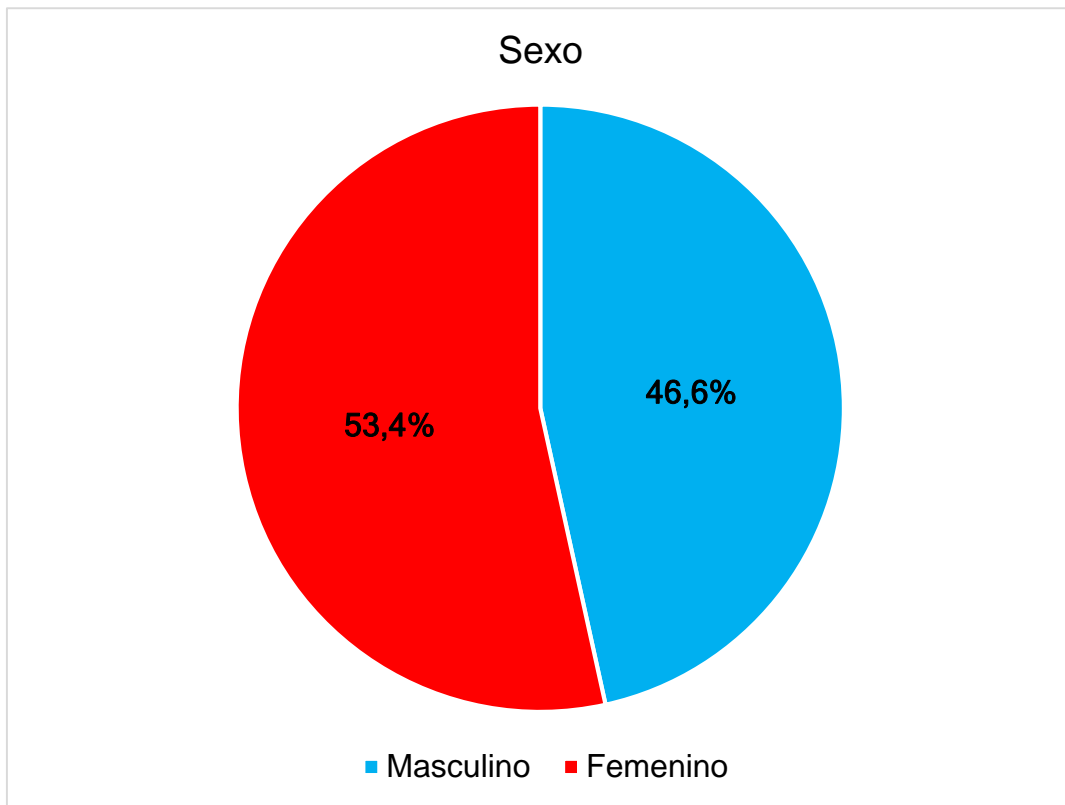
Fecha de expedición del aval:

---

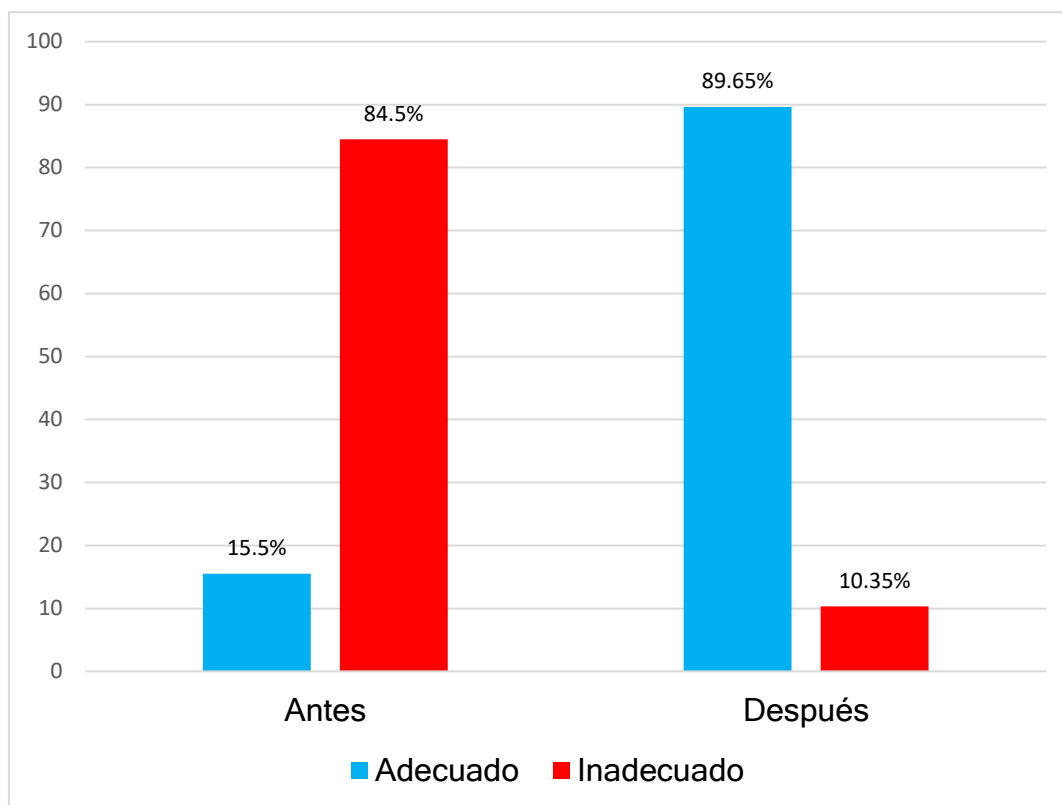
Presidente del Comité de Ética.

## ANEXO X

Gráfico 1. Distribución de los adolescentes según sexo.

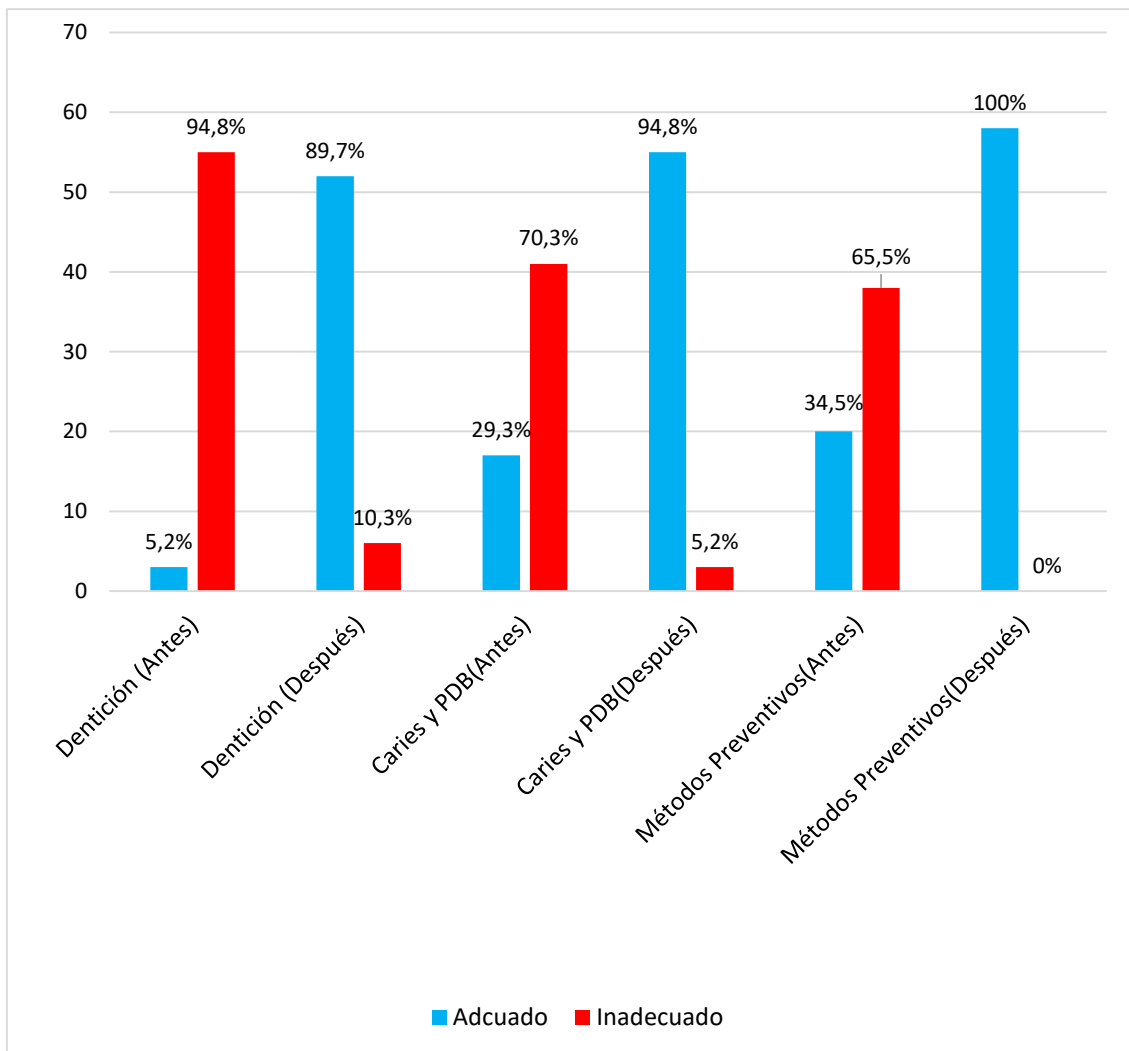


**Gráfico 2. Nivel de conocimientos generales sobre salud bucal.**



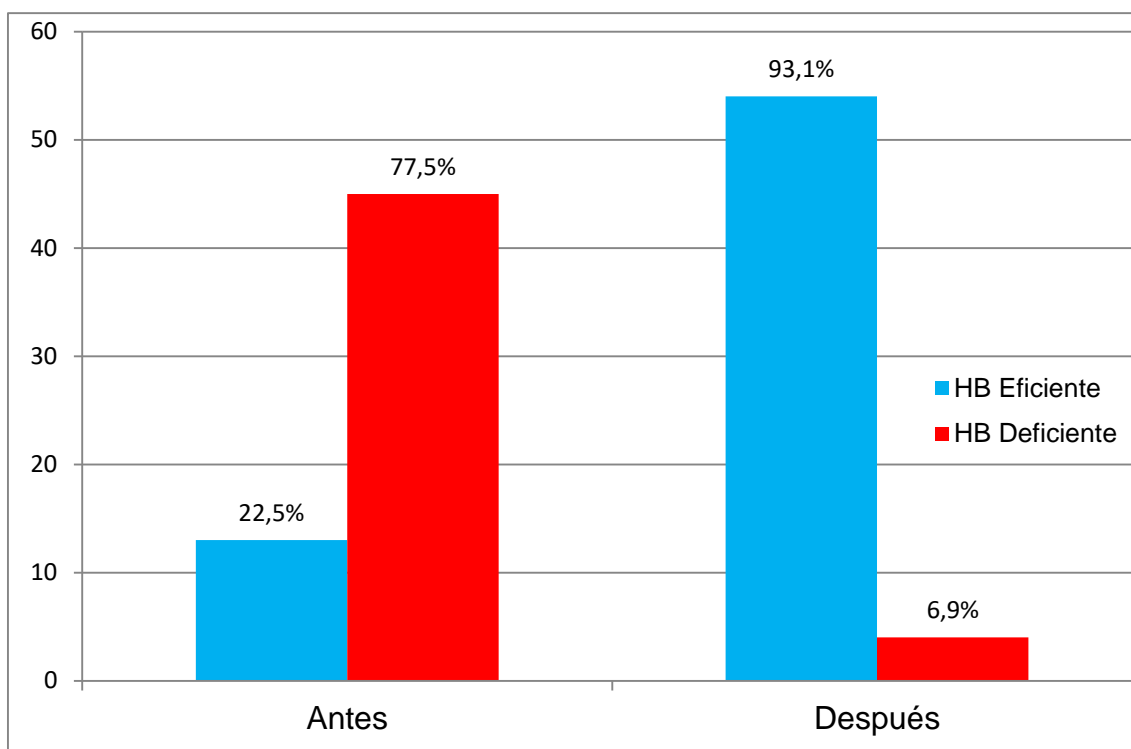
Fuente: Tabla 2

**Gráfico 3. Nivel de conocimientos sobre dentición, caries, PDB y métodos preventivos.**



Fuente: Tabla 3,4 Y 5

**Gráfico 4. Modificación de la Higiene Bucal en los adolescentes.**



Fuente: Tabla 6