

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
“Mariana Grajales Cuello”
Policlínico Docente “Rolando Monterrey”



Título: Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán", 2020-2022.

Autora: Dra. Diamela Benoit Quintero

Doctora en Estomatología

Residente de segundo año de Estomatología

Tutora: Dra. Tamara Reyes Rómulo

Doctora en Estomatología

Especialista en primer grado en Estomatología

Asesora: Dra. Tamara Reyes Rómulo

Doctora en Estomatología

Especialista en primer grado en Estomatología

Tesis para optar por la condición de Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral

Frase:

En estos tiempos de grandes cambios, los que aprenden heredan el futuro. Los que crean que ya saben, viven en un mundo que ya no existe”.

Eric Hoffer

Dedicatoria:

Al Dios creador, en quien confío mi vida y la de los que amo.

A mis padres, que con el apoyo, seguridad y decisión me demostraron que todo sacrificio tiene su recompensa, que el camino hacia la meta necesita de esfuerzo y coraje para superar cualquier obstáculo que se presente.

A mi hermana por brindarme siempre su cariño, su apoyo, por ser mi mejor amiga, mi confidente y mi ejemplo a seguir.

A mis abuelos, a toda la familia, a mi tutora y amigos por estar siempre a mi lado.

Agradecimientos

Este proyecto es el resultado del esfuerzo en conjunto de todas aquellas personas que estuvieron conmigo brindándome sus consejos, ánimo y los mejores deseos para culminar con este sueño tan anhelado. Por eso agradezco a todos los que de una forma u otra han contribuido en mi formación profesional y en la realización de este trabajo...

A todos muchas gracias.....

Índice:

Resumen	
Introducción.....	1
Objetivos.....	9
Marco Teórico.....	10
Metodología.....	32
Análisis y Discusión de los Resultados	41
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

Resumen:

Las escuelas constituyen lugares ideales para la aplicación de programas e intervenciones educativas de promoción de salud. La introducción de conocimientos sobre salud bucal y cuidados con la higiene bucal en los primeros años de vida escolar es muy importante, en este momento los niños están descubriéndose y descubriendo sus sensaciones, por lo que es necesario que adquiera conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud. Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa con el objetivo de elevar los conocimientos sobre salud bucal de niños de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán", Moa, desde octubre de 2020 a mayo de 2022. El universo estuvo constituido por 310 escolares y la muestra intencionada seleccionada por el método aleatorio simple quedó conformada por 120 escolares. La aplicación del programa educativo constó de tres fases: diagnóstico, intervención propiamente dicha y evaluativa. El resultado obtenido en el nivel de conocimientos sobre salud bucal y por temas en los escolares fue: El 93.33% de los escolares se encontró después de la intervención en la categoría con conocimientos adecuado. El tema 2 (caries dental enemiga de tus dientes) fue el más conocido. La higiene bucal de estos mejoró ligeramente después de la intervención con predominio en el sexo femenino. La intervención educativa demostró ser efectiva para incrementar conocimientos sobre salud bucal, por ello recomendamos que sea realizado en otros centros escolares del área de salud, para contribuir a la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en estomatología.

Palabras claves: intervención educativa, salud bucal, escolares, nivel de conocimientos

Introducción:

La promoción de salud y la prevención de enfermedades son armas fundamentales para el mantenimiento de la salud general y bucal; a partir de ellas es posible trazar estrategias, como los programas educativos, que son considerados potentes instrumentos de cambio en las condiciones que determinan la salud, pues propician el aprendizaje de hábitos higiénico- sanitarios en los niños en edad escolar para obtener resultados de salud satisfactorios en la futura comunidad adulta¹.

Se sabe actualmente que la salud bucal está condicionada por varios factores como higiene bucal, tipo de dieta, escolaridad y ocupación de los padres; factores que, alterados en edades tempranas, posibilitan la aparición de patologías bucales. Estas patologías son acumulativas y evolucionan llegando a influir en la selección de los tipos de alimentos a ingerir, el aspecto y la comunicación de una persona, así como su desarrollo bio-psico-social. Es por ello que la salud oral y la salud general no deben entenderse como ideas separadas².

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, es la meta propuesta en el nuevo modelo de la atención estomatológica que responde al concepto de la Estomatología General Integral³.

Si consideramos la promoción de salud como un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje mediante el cual la comunidad logra ejercer el control de su salud y transformar sus hábitos y costumbres en estilos de vida más saludables, entonces se entiende que la educación para la salud constituye un instrumento fundamental en el proceso de promoción de salud en edades tempranas¹.

Se ha demostrado que en la promoción de salud sobre la higiene bucal, es el procedimiento más eficaz, económico y de mayor alcance para la prevención de las enfermedades bucales. Con su mejoramiento, en los escolares, sentamos las pautas para una mejor calidad de vida⁴.

La Convención sobre los derechos del niño destaca que la escuela debe ayudar a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades, e impartir los conocimientos útiles para su presente y su futuro⁵. La edad escolar es una etapa del desarrollo en sí misma, considerada por la mayoría de las entidades de las más diversas escuelas y tendencias psicológicas, como lo más importante del ser humano, ya que en esta edad ocurre un proceso continuo de maduración y formación de estructuras físicas y psíquicas que están en plena evolución y transformación, las que determinan el surgimiento de nuevas facultades y cualidades psíquicas; al ejercer la educación su influencia sobre estas estructuras, permite actuar directamente sobre los procesos que dependen de ellas y, como consecuencia, reaccionar sobre el propio desarrollo humano^{4,5}. Esto confirma la trascendencia que tiene la edad escolar en la vida del ser humano, ya que la salud es el futuro estado natural del hombre, y la enfermedad, la excepción⁵.

Los centros escolares tienen como objetivo fundamental el desarrollo armónico y multilateral de la formación del niño, según las potencialidades psíquicas y físicas propias de cada edad; crear las condiciones propicias para su ingreso a la escuela constituye el complemento ideal de la educación que se brinda en el hogar, pues proporciona al niño posibilidades cognoscitivas, afectivas y sociales que generalmente a la familia no le es posible transmitir mediante una enseñanza científica dosificada¹.

La importancia de la introducción de conocimientos sobre salud bucal y cuidados con la higiene bucal en los primeros años de vida escolar se justifica porque en este momento los niños están descubriéndose y descubriendo sus sensaciones. La motivación del paciente, sobre la actitud y el comportamiento sobre salud bucal es necesaria para que adquiera conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud⁶.

En la edad escolar el trabajo educativo y de educación para la salud debe tener una estrecha interrelación de la institución, la familia y el medio social del entorno comunitario del niño; solo con el esfuerzo mancomunado de todos se lograrán los objetivos deseados⁷.

Es por ello que las escuelas constituyen lugares ideales para la aplicación de programas de promoción de salud, los cuales ejercen gran influencia sobre los niños en las etapas formativas más importantes de sus vidas¹.

En la práctica odontológica y la investigación, las medidas objetivas de la enfermedad proporcionan poca información acerca del impacto que generan los trastornos bucales sobre la vida diaria y la calidad de vida⁸.

Las conductas hacia el cuidado de la boca de los padres y en especial de las madres, están muy relacionadas con la salud oral de los niños. Los padres juegan un papel relevante para transmitir información y motivar a sus hijos en los primeros años de la vida, en la necesidad de tener en general una vida saludable, que incluye de manera significativa en una adecuada salud dental y gingival de sus hijos. La mayor severidad de la caries en los niños, se observa en madres menos comprometidas por aplicar y enseñar estilos de vida saludables.⁹

Las enfermedades más frecuentes son: la caries dental, las enfermedades periodontales y maloclusiones, de las cuales la más común es la caries dental. Debido a que los factores de riesgo asociados a la enfermedad más común, se encuentran por lo general presentes ya en los padres, tales como como la higiene bucal deficiente¹⁰.

La caries dental es una patología de etiología multifactorial, transmisible de origen infeccioso que afecta a las piezas dentarias, produciendo la destrucción de forma progresiva de los tejidos duros. Estudios reportados a nivel mundial sobre su prevalencia, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, mostró un 60 a 90% en escolares y casi el 100% en adultos, y la Federation Dental International (FDI) en el 2010, encontró un 44%, afectando casi la mitad de la población . En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2005, reportó una prevalencia de 90% en escolares, donde el promedio del índice ceo-d fue de 5,84. Estas cifras son alarmantes, evidenciando que no discrimina edad, sexo, ni condición socioeconómica¹¹.

Entre los factores de riesgo asociados figuran: hábito del biberón, placa dentobacteriana, hábitos de higiene bucal, temprana adquisición y colonización de *Streptococcus mutans*, flujo y calidad de la saliva, patrón de erupción de los dientes,

alteraciones estructurales de los tejidos duros, presencia de flúor en el medio bucal, discapacidad física o mental, niveles socioeconómico y educativo; así como desconocimiento sobre cuidados en la higiene bucal de padres o personal a cargo del niño, entre otros¹².

Son importantes los conocimientos, prácticas y actitudes de los padres/cuidadores en su prevención y control, así como también los hábitos de alimentación, cuidados en la higiene bucal, frecuencia de visitas al odontólogo, presencia y severidad de la enfermedad, etcétera¹³.

La salud bucal durante los primeros años de vida en su estrecha relación con la salud general ha sido motivo de preocupación en muchos países, donde la caries dental continúa siendo la enfermedad crónica más común y el principal problema de salud bucal de la infancia, por su contribución a la carga global de morbilidad, su relación con el crecimiento y desarrollo y las implicaciones en la calidad de vida de los niños y las niñas¹⁴.

Se afirma además que la salud bucal de los escolares evidencia las inequidades en salud en la población, y un reflejo de ello es que estos no se han beneficiado con la reducción general de la enfermedad, y constituyen el grupo con mayores necesidades en salud bucal^{11,14}.

La evidencia epidemiológica sugiere la existencia de variables asociadas a la caries dental en la dentición permanente, entre ellas se encuentran: edad, sexo, etnicidad, actitud de la madre, presencia de defectos de desarrollo del esmalte, placa dentobacteriana, atención dental, presencia de dolor, etcétera¹⁵.

En varios países la promoción de la salud bucodental se ha traducido en programas e intervenciones educativas dirigidas a niños, maestros y otros actores clave. Diversos autores reportan modificaciones positivas en conocimientos y la higiene bucal posterior a las intervenciones efectuadas¹⁶.

En la edad escolar el diente permanente más afectado por caries es el primer molar y la prevalencia de caries en estos se ha asociado con la actividad futura de caries. Este

es el primer diente de la dentición permanente en erupcionar y el más susceptible al ataque de la caries. Su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria¹⁷. Por otra parte, su rehabilitación se dificulta y requiere de tratamientos más especializados y de mayor costo cuando la destrucción del tejido por caries es mayor¹⁸.

La OMS considera a la caries y las enfermedades periodontales, las patologías de mayor prevalencia a nivel mundial. El 95 % de la población del mundo está afectada por estas patologías. Estas enfermedades bucodentales, además de consecuencias físicas pueden tener implicancias económicas y psicosociales. Todas ellas pueden dañar y afectar de forma importante la calidad de vida de una persona¹⁹.

En la caries existe la interacción de tres factores principales: el huésped (la higiene bucal, la saliva y las características de los dientes), la microflora y el sustrato (dieta), que condiciona la desmineralización del tejido duro del diente²⁰.

Se ha afirmado que la caries de la infancia temprana puede ser definida como la aparición de cualquier signo de lesión de caries dental en cualquier superficie del diente durante los 3 primeros años de vida^{12,21}.

En niños es la enfermedad crónica más prevalente, por ello se considera una crisis de salud pública a nivel mundial⁹. En Latinoamérica y el Caribe, más de 50% de los escolares de 5-6 años presentan caries dental¹⁴. Una buena higiene oral es fundamental para la prevención de enfermedades orales, siendo clave el cepillado dental dos veces al día para prevenir caries. Una higiene oral deficiente en niños genera múltiples problemas incluyendo ausentismo escolar, deficiente ingesta nutricional y restricción en las actividades diarias que conduce a un menor desarrollo cognitivo y crecimiento²². Esto trae repercusiones en la autoestima, estética, fonación y masticación del niño. La caries es un problema donde influyen factores socioeconómica e impacta de forma significativa la calidad de vida, siendo fundamental para el bienestar y salud general²³.

Además la pérdida de alguno de los dientes temporales da como resultado, disminución de la función masticatoria, limitación en la cantidad de alimentos ingeridos

y problemas para conciliar el sueño; dificultad para la fonación, problemas estéticos, etc., tanto antes como después de los tratamientos dentales²¹.

Las alteraciones en el niño pueden darse a nivel funcional (perdida dental/dolor), estético (sonreír), psicológico (autoestima), entre otros, lo que puede repercutir en su entorno familiar (estrés) y escuela (ausentismo escolar), lo que impacta de forma negativa en su calidad de vida (CV) en salud oral²⁵.

Los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, por la búsqueda de identidad propia y cambios cognoscitivos, emocionales y sociales; en esta etapa es donde se forjan valores, actitudes y conductas frente a la vida y se construye la base de los estilos de vida. En Cuba, el sistema escolar constituye un escenario donde La Educación para la Salud tiene un importante papel²⁶.

En nuestra provincia Holguín se han efectuado varias intervenciones de este tipo sobre salud bucal, trabajadas en diversos grupos vulnerables como en embarazadas de la Dra. Pérez Romero en el municipio Holguín, 2019-2021, así como en adultos mayores en Rafael Freyre, 2018-2019, de la Dra. Abreu Domínguez, obteniéndose en ambas excelentes resultados.

Actualmente, en nuestro municipio, no se tienen investigaciones suficientes aplicadas en este grupo etario que relacionen estos dos conceptos; por lo tanto, este trabajo busca incentivar y marcar un camino a otras investigaciones con el grupo infantil a futuro, considerado como una población vulnerable²⁴.

Para la prevención de la caries de infancia temprana es necesario elaborar programas de promoción, educación y prevención, adecuados para cada comunidad, mejorando así los niveles epidemiológicos de la enfermedad así como la enseñanza a los propios niños de una higiene bucal saludable²⁷.

El comienzo del cepillado dental en el niño debe ser en cuanto erupcionen sus primeros dientes^{1,4} y los motivos son dos: primero para limpiarlos y, además, para ir habituando al niño a que practique de forma sistemática la higiene bucal, lo que resultará fundamental para mantenerla durante el resto de su vida²⁶. Una de las técnicas de

cepillado más utilizada es la Stillman modificada. Es importante que los padres conozcan cuál es la técnica correcta para el cepillado dental antes de enseñarla a sus hijos, porque si el procedimiento no se aprende bien desde el principio, luego resulta difícil de corregir²⁷. Se debe tener en cuenta que el niño aprende por imitación, observando las acciones de sus padres y hermanos²¹. Por naturaleza, el niño realizará un cepillado horizontal. Hasta los 6 o 7 años, no tiene el desarrollo psicomotor suficiente para aprender a realizar un cepillado de barrido adecuado. Antes de esta edad no hace falta enseñarle la técnica correcta, lo importante es que se cepille los dientes²⁸.

Se ha comprobado que existe un índice determinado en cuanto al desconocimiento por parte de la población acerca de las consecuencias de la mala higiene bucal; por ello, es de suma importancia la prevención²³. De acuerdo con la educación de los padres, tutores o cuidadores sobre la higiene bucal, se combatirá la formación precoz de caries y se mejorarán los índices de salud bucal de la población infantil²⁹.

Si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos, se reduciría la presencia de enfermedades orales, se impediría su avance y la aparición de complicaciones más graves y debilitantes, y se disminuiría la necesidad de tratamientos más costosos²¹. Esto es mucho más relevante para el caso de la salud oral, no sólo porque las enfermedades orales más comunes son prevenibles, sino porque los tratamientos pertinentes son mucho más fáciles y evitan complicaciones o tratamientos más complejos³⁰.

Es una exaltación realizar este proyecto pues se fundamenta en la necesidad de realizar un diagnóstico del estado de salud oral en niños de temprana edad, debido que durante los 10-12 años cualquier medida preventiva será más efectiva para la posterior prevención sobre enfermedades bucodentales en la dentición permanente, contar con evidencias fundamentadas sobre posibles asociaciones entre el estado de salud oral y el nivel de conocimientos favoreciendo la conducta preventiva educativa de los profesionales de la salud oral. Realizar un aporte en salud pública, donde se recalce la responsabilidad social, construcción del desarrollo, incentivando actitudes positivas y conciencia crítica. De ahí que surja la siguiente problemática:

Problema científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento acerca de salud bucal en escolares de 10-12 años del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán" desde octubre de 2020 a mayo de 2022?

Justificación:

La importancia de la introducción de conocimientos sobre salud bucal y cuidados con la higiene bucal en los primeros años de vida escolar se justifica por el incremento de visitas a las consultas estomatológicas de los niños de esta edad debido a disímiles enfermedades bucodentales, en especial la caries dental, como consecuencia directa de la falta de conocimiento presente en los tutores de los mismos. Por tal motivo se realizará esta intervención educativa en las escuelas, pues en esta etapa los infantes están descubriéndose y descubriendo sus sensaciones, promoviendo a través de la misma el interés de sus familiares y de ellos mismos al cuidado de su salud bucal.

Hipótesis:

Si se aplicara una intervención educativa en niños de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán", se lograría elevar favorablemente el nivel de conocimiento sobre temas de salud bucal en estos niños.

Novedad:

Se aplicó por primera vez una intervención educativa de este tipo en los niños de 6to grado en el S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán".

Objetivos

Objetivo General:

Aplicar una intervención educativa para elevar los conocimientos sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán", Moa, desde octubre de 2020 a mayo de 2022.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar la población de estudio.
- 2- Determinar el nivel de conocimiento de los niños sobre temas de salud bucal antes y después de la intervención.

Marco teórico:

La salud pública se define como “aquellas políticas y actividades que se realizan para y con la comunidad, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad y así contribuir a un desarrollo social sostenible”, consecuentemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la Carta de Ottawa en 1986, donde se explica la promoción general en salud la cual “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” y define la prevención como “la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)”, declarando que la promoción y la prevención deben ejercerse simultáneamente ya que es una estrategia de acción en salud para todo el mundo. ¹⁵

En Cuba promover salud y prevenir enfermedades es una tarea prioritaria y de carácter permanente. La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, cambiar y adaptarse al medio en que vive. ¹⁶

La prevención por otra parte es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la estomatología debe ser cada vez más preventiva y educativa; puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad, y consiste en todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadios, posee dos grandes principios: el diagnóstico temprano y el diagnóstico etiológico. ¹⁷ La atención estomatológica debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, la cual es privilegiada con respecto a otros grupos de edades; dada esta situación surge ante los especialistas una gran variedad de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo. El primer y más importante pilar de la prevención en estomatología lo constituye la educación para la salud; la cual ha sido definida por la OMS como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos pendientes a

influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. ¹⁸

En el Diccionario Terminológico Internacional de Educación para la Salud, en su aspecto general, la define como la actividad formativa y educativa dirigida al desarrollo consciente y responsable por parte del hombre, ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de rendimiento; ejerce influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivos y actitudes del hombre en relación con su salud y enfermedad, y al mismo tiempo un componente de la formación general y del sistema específico de la protección de la salud en particular. La motivación, se define como la respuesta interna del individuo al conocimiento previamente elaborado, que le anima y le empuja a actuar en función de satisfacer una necesidad. La motivación es compleja y conlleva todo un conjunto de ideas, sentimientos, deseos, esperanzas, que inician, mantienen y regulan el comportamiento hacia determinado objetivo. Según algunos autores, motivar a los pacientes es una de las tareas más difíciles para la Odontología pues no sigue una técnica definida. La motivación humana es mucho más compleja; está basada en una combinación de expectativas, ideas, creencias, sentimientos, esperanzas, actitudes y valores que inician, mantienen y regulan el comportamiento. Factores diversos, como experiencias previas, falta de conocimiento, no aceptación de problemas, disminución de la autoestima, circunstancias sociales, económicas y situaciones emocionales, pueden determinar comportamientos negativos en cuanto a la salud.

Para facilitar el proceso enseñanza-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 dicho 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. En la educación para la salud de estomatología en esta etapa se enmarca en la condición bio- psico- social de los escolares que el mismo conduce anteponiendo su siquismo a lo biológico y lo social y a la vez reconociéndose que ello es determinado por cambios biológicos dentro del

mismo periodo socio familiar que atraviesa. Las necesidades de salud y conformidad social que se derivan tienen una proyección clínico socio epidemiológico que no reconoce por su parte los riesgos en contra de la mejor salud. La reafirmación de personalidad que se emprende con la búsqueda de independencia fuera de los marcos paternos y familiares y las posibilidades que se encuentran ya en los escolares de tomar decisiones en general incluidas las relacionadas con la atención de su salud tendientes a obviar la de corte estomatológico, causándoles indiferencia la percepción de mensajes educativos sanitarios. El éxito de la educación de la salud en esta etapa depende de crear una comunicación amistosa basada en un grado elevado de comprensión acerca de la identificación del trasmisor con los problemas del escolar que permita más adelante iniciar la motivación. ¹⁹

Se realizan acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales y aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros ya sea por vía tópica o sistémica.

La infancia es el periodo comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años, aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus características primordiales serían las físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socioafectivas. ¹⁵

Fases de su desarrollo psíquico y físico:

- La primera infancia de 1-3 años de vida.
- La edad preescolar de 3-6 años.
- La edad escolar tempranas de 6-9 años.
- La edad escolar media de 9-12 años.

Las formas sociales de conducta, los procesos mentales, el desarrollo del lenguaje, los juegos y otros aspectos cambian en cada una de estas fases.

En nuestro país existe una fuerte voluntad política para mejorar cada día la salud de la población infantil lo cual se expresa en la aplicación cada vez más actualizada de la atención primaria de salud, eslabón clave en un sistema caracterizado por la gratitud, universalidad y equidad. ¹⁵

En 1995, más de la mitad de los niños cubanos de 5 a 6 y 12 años (56,4 y 63 %, respectivamente) estaban afectados por caries; por esas razones nuestro gobierno dedica su mayor esfuerzo a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades. ¹⁶

Atención integral al niño y adolescente.

La atención integral al niño está contenida en la estomatología infantil en la comunidad y se define como: El conjunto de actividades planificadas de atención estomatológica integral, que en nuestra sociedad socialista tiene como objetivo alcanzar un nivel mayor de salud en el individuo y la comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas.

Un problema importante lo constituye el mantener una alimentación desequilibrada, donde el niño ingiere una dieta, en que el mayor aporte está determinado por el consumo de grasas y azúcares o la no ingesta de elementos fundamentales para su crecimiento como proteínas, minerales y vitaminas. Una dieta con estas características, tiene consecuencias importantes. ¹⁶

El exceso, determinaría: sobrepeso que limitaría la actividad física obesidad que a futuro lo expone a riesgos de alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, alteraciones metabólicas como diabetes, entre otras.

El déficit en la alimentación, llevará a: Un enflaquecimiento con riesgo de desnutrición carencias de elementos fundamentales como proteínas, vitaminas, minerales que

lleven a anemias, deterioro de la piel, del pelo, de la capacidad de concentración entre muchos otros.

La alimentación en esta etapa, debe de cumplir con los requerimientos del crecimiento, el que se hace más lento y casi constante. La satisfacción de esta necesidad no solo debe estar centrada en el tipo de alimentos que el niño debe de consumir sino, también en la importancia que el acto de alimentación en si tiene para él, como un evento social y afectivo. El establecimiento de adecuados hábitos de alimentación se transforma como un factor protector de la salud futura de la persona.

La alimentación debería contemplar 4 comidas al día, debiendo ser el desayuno abundante y equilibrado que permita desempeñarse en su actividad diaria sin dificultad.

17

Las meriendas que lleva o consume en la escuela deben ser nutritivas y excluir el exceso de golosinas, grasas y azúcares y bebidas. Se considera importante:

- Promover desde edades tempranas, e inclusive desde el embarazo, una nutrición adecuada para la formación de los dientes.
- Disminuir la ingestión de azúcar y carbohidratos en las comidas y entre ellas.
- Promover la ingestión de alimentos con leche, fosfatos y flúor en las comidas.
- Ingerir los alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.

El perfil epidemiológico bucodental

El perfil epidemiológico bucodental de un grupo social determinado se considera como expresión o manifestación general de las condiciones de salud y enfermedad bucodental de las personas que constituyen el grupo en estudio. La elaboración de un perfil epidemiológico confiable en una población, es una práctica positiva realizada por algunos países desde hace varias décadas, esto permite tener una visión general de la forma en la cual la salud de una comunidad se ve afectada. ^{15, 18}

En el ámbito mundial se ha realizado un considerable número de estudios para determinar la frecuencia de la enfermedad caries dental en una población determinada. La caries dental ha presentado descensos importantes en numerosos países,

particularmente, en los países desarrollados. Varios factores han contribuido a este cambio, uno de los más importantes ha sido la utilización de medidas preventivas con base al uso del fluoruro por diferentes vías.

A pesar de este descenso la caries dental continúa siendo un problema de salud pública importante entre los adolescentes de los países Latinoamericanos. ¹⁸

Placa bacteriana dental

Para definir la placa bacteriana dental, es importante conocer primero cual es la definición de "Materia alba". Es una capa bacteriana adquirida, un depósito amarillo o blanco grisáceo blanco y pegajoso, aunque es algo menos adhesivo que la placa dental. Se ve claramente sin la utilización de sustancias reveladoras y se deposita sobre las superficies dentales, restauraciones, cálculo y encías. Tiende acumularse en el tercio gingival de los dientes y sobre todo en aquellos que tienen mala posición. Esta se forma en pocas horas sobre los dientes previamente limpios y en períodos en que no se ha ingerido alimentos. Su remoción es sumamente sencilla, pero para asegurarse de su completa eliminación es conveniente instruir a los pacientes en las buenas técnicas de higiene bucal. ¹⁸

La materia alba fue considerada por mucho tiempo, como un compuesto de residuos y alimentos, ya en la actualidad es reconocido como una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales con poca o ninguna partícula de alimento". No posee estructura interna como la placa bacteriana dental.

La placa bacteriana dental se clasificará basándose según su ubicación con respecto al margen gingival: Placa bacteriana supragingival y La placa bacteriana subgingival. Con respecto a su composición tiene un contenido orgánico e inorgánico. La matriz orgánica consiste en un complejo de proteínas y polisacáridos cuyos principales componentes son carbohidratos y proteínas y lípidos, siendo estos los productos extracelulares, restos de alimentos ingeridos y derivados glicoproteicos. El carbohidrato (dextrano), un polisacárido producido por las bacterias, representando un 10% de la placa. ¹⁸

Los principales componentes inorgánicos de la placa bacteriana son el calcio y el fósforo; existen pequeñas cantidades de magnesio, potasio y sodio. Están unidos a los componentes orgánicos en mayores concentraciones en dientes antero-inferiores por sus superficies linguales. La mayor incidencia de contenido inorgánico hace que la placa se transforme en cálculo, esto explica porque en los niños no hay formación de cálculo dental, ya que, el contenido inorgánico es muy bajo. ¹

Maloclusión

Los trastornos de la oclusión (dentaria y de ATM) se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores. La oclusión durante el desarrollo de cada individuo está constantemente cambiando, no sólo desde el punto de vista morfológico, sino también funcional, pero tradicionalmente se ha enfocado la atención terapéutica hacia los problemas morfológicos por la notable influencia psicológica de los dientes en la estética, y se han descuidado los aspectos funcionales. ¹⁹

Se define como oclusión dentaria al conjunto de relaciones que se establecen como resultado de los contactos oclusales entre todos los elementos integrantes del sistema estomatognático. La oclusión dentaria es una de las temáticas más controvertida, su estudio y conocimiento detallado es indispensable para la estomatología.

Factores generales y locales:

Hoy se conocen casi todas las causas o factores que pueden llevar a una maloclusión dentaria y los clasificamos en:

- Factores generales
- Factores locales

Factores generales

Los factores generales son: herencia, defectos congénitos, alteraciones musculares, traumatismos del parto, hábitos, etc.

Factores locales

- Anomalías del número de dientes: agenesias y supernumerarios
- Anomalías del tamaño de los dientes: macrodontismo y microdontismo
- Anomalías de la forma de los dientes: conoides, hipoplasias
- Anomalías de la erupción dentaria: ectopias, transposición, pérdida prematura, erupción avanzada, retención prolongada de los temporales.
- Presencia de frenillos de implantación anormal.
- Caries proximales.
- Falta de crecimiento de uno o ambos maxilares.
- Otras causas.²⁰

Impacto psicológico de la maloclusión en el adolescente:

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el adolescente, y afectan en algunos casos el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos.²⁰

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del adolescente, ya que puede afectar la estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico de este.

Para la determinación de las necesidades de tratamiento se recomienda el uso del índice de evaluación de las anomalías dentofaciales incapacitantes, ya que sería insuficiente el personal técnico con que se cuenta si se tuviera que dar atención a todos aquellos adolescentes que presentaran maloclusiones ligeras.²⁰

Prevención de las maloclusiones

Prevenir por lo tanto, significa en este campo, vigilar para mantener el desarrollo en estado de normalidad, para evitar desvíos o trastornos en la integridad del diente y su oclusión. La educación es el principio básico para lograrlo, y significa, instruir para conservar la salud bucal, por lo tanto, prevenir implicará adoptar y poner en práctica un conjunto de conocimientos, medidas y actitudes, lo más precozmente posible. La atención para niños es hoy una necesidad, que queda evidenciada con los porcentajes de afección de estas alteraciones desde estas edades tan tempranas, y una realidad, la odontopediatría, pone al alcance de la población infantil, a través de la prevención de primer nivel, enfocada también a estas alteraciones, y en nuestro caso, el ideal terapéutico en cualquier enfermedad y en cualquier situación es la prevención noble.²¹

Caries dental.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, localizada y progresiva del diente, que se inicia con la desmineralización de los tejidos duros del diente. Se ha demostrado que es la afección de la cavidad bucal de mayor morbilidad, siendo originada por la acción de las bacterias específicas presentes en la placa dental, las cuales fermentan los carbohidratos de la dieta (específicamente sacarosa), originado como producto final de su metabolismo ácidos orgánicos en cantidad suficiente para producir descalcificación del esmalte.²²

La etiología de la caries dental es una enfermedad multifactorial, asociada a la interrelación de tres factores. Barnette Cita en su estudio que Keys, en 1969 reportó, para que se inicie el proceso carioso es necesario la presencia del huésped, la bacteria y la dieta. Luego en 1978, Newbrun introduce un nuevo factor, el tiempo que vino a esclarecer en forma más precisa el proceso de formación de la caries. La interacción de los factores antes mencionados evidenciará clínicamente la caries.²³

Los factores etiológicos de la caries se basarán:

- Factor huésped (Diente susceptible).
- Factor agente.

- Factor sustrato.
- Factor tiempo

No se puede dejar de mencionar que la saliva juega un papel preponderante, debido a que es una fuente de micronutrientes y co-factores necesarios para el crecimiento bacteriano, así como contribuye con componentes antibacterianos como inmunoglobulinas secretorias IgA, lactoferrina y lisozimas que inhiben el proceso de adherencia bacteriana a la superficie del esmalte; por lo tanto la saliva actúa como un buffer para neutralizar la acidificación provocada por la placa dental sobre la superficie dentaria. Igualmente posee constantemente Calcio y fosfato que ayudan a la remineralización del esmalte. La saliva es fuente de glucoproteínas que una vez que se precipitan sobre el esmalte, forman la llamada película adherida cuya función es proteger el esmalte del ataque de los ácidos. ²⁴

Epidemiología de la caries dental

En Cuba la tendencia de la enfermedad en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países, observándose que se produce un incremento del Índice CPO-D a medida que se incrementa la exposición de las personas con la edad.

Desde el punto de vista epidemiológico el índice que más se utiliza para expresar la prevalencia de Caries es el Índice CPO-D, el cual considera toda la historia de enfermedad de las personas al incluir los dientes que están afectados por caries, los que ya han sido Obturados y aquellos que fueron Extraídos o Perdidos por esta causa. Se interpreta como el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos de las personas de una población determinada. Es importante al comparar países, regiones o grupos de población, tener en cuenta no sólo el índice sino también sus componentes.

25

Probablemente el proceso caries dental ha sido el problema bucal más estudiado epidemiológicamente en la historia del hombre, con mayor profundidad y rigurosidad en los últimos años.

Las causas pueden atribuirse a varias razones, tales como:

- El impacto del proceso salud-enfermedad de la población por la magnitud y severidad del problema caries dental, constituyendo la causa primaria.
- Las facilidades de observación del problema.
- La disponibilidad de indicadores sencillos y constantes.

El análisis epidemiológico del problema caries dental se ha abordado atendiendo a múltiples variables y enfoques del proceso salud enfermedad tales como: edad y sexo, áreas geográficas, dieta, patrones familiares, según condiciones de vida con concepciones basadas en la multicausalidad, entre otras. ²⁵

Caries dental y edad

Estudios epidemiológicos sobre caries dental y edad revelan que a medida que aumenta la edad, se incrementan los valores del indicador, iniciándose el ataque carioso prácticamente desde el comienzo del proceso de erupción dentaria, cuya explicación parece ser el proceso de erupción dentaria, el cual se concentra en el periodo comprendido entre los 5 y medio y 13 años para la dentición permanente en condiciones de normalidad, completándose a los 14 años en la casi totalidad de los niños. ²⁵

Esta relación implica que cada vez que se produce la erupción de un diente, se exponen 5 superficies dentarias más a un ambiente cariogénico lo que asociado a la presencia de placa dentobacteriana por deficiente higiene bucal y el consumo frecuente de carbohidratos aumenta su potencial de agresión si no se controlan estos factores.

A este hecho se agrega que los dientes que no han sido afectados en los primeros años de vida, a medida que transcurre el tiempo, aumenta el riesgo de sufrir el ataque carioso, sino se actúa con la promoción y prevención de salud bucal.

Otro hecho importante a destacar es que la caries dental en grupos de población de mayor edad, ataca también las superficies radiculares, sobre todo en aquellos dientes con cuellos expuestos por el proceso de recesión gingival. Este problema resulta particularmente importante si queremos encaminar las acciones de prevención y control

de caries dental en edades tempranas, con vista a una longevidad saludable en salud bucal.²⁶

Resulta importante tener en cuenta que el análisis del comportamiento epidemiológico de la caries dental con relación a la edad de la personas debe realizarse no solo atendiendo al proceso fisiológico normal de brote dentario sino también a la interpretación integral de factores de índole ambiental, estilos de vida, recursos preventivos entre otros.

La meta mundial de lograr un COP no mayor de 3 a la edad de 12 años, resulta un indicador específico relativamente fácil de obtener asociado a estrategias y programas de promoción y prevención en salud bucal con amplia cobertura y utilización importante de combinaciones en el uso de fluoruros.²⁴

Caries dental y dieta.

En el análisis de estos dos factores hay que considerar los componentes consumos de azúcar e ingestión de fluoruros ambos moderados por el consumo de la dieta y el acceso a los servicios, en correspondencia con el desarrollo socio – económico del país en cuestión y los estilos de vidas individuales.

Múltiples estudios descriptivos, analíticos y experimentales han profundizado en la relación de la caries dental y el consumo de carbohidratos. Los hallazgos más relevantes de estos estudios a nivel individual han sido los siguientes:

- El frecuente consumo de azúcar sobre todo en horario fuera de las comidas incrementa la actividad cariosa.
- Los azúcares refinados y naturales son más cariogénicos si su consistencia es pegajosa.
- Los edulcorantes sintéticos o derivados industrialmente de los azúcares, no son fácilmente degradables y por tanto no favorecen la producción de ácidos.
- El cambio de dietas que favorezcan la ingestión de azúcares así como la actitud hacia los hábitos higiénicos.²⁶

Es importante, con relación a estos aspectos destacar, que si hay presencia de placa dentobacteriana y ausencia de medidas preventivas se producirá el ataque ácido al esmalte en cada ingestión de carbohidratos degradables así mismo si se incrementa el tiempo de permanencia en boca y por tanto el tiempo de exposición de la sacarosa al ser degradada por las bacterias cariogénicas también producirá la caries dental. Con relación a la ingestión de fluoruros y caries dental diversos estudios han mostrados la acción beneficiosa de los fluoruros en la prevención de la caries dental, cuando son usados sistemáticamente que existan en forma natural en las aguas de consumo o sean añadidos artificialmente, al agua, sal de cocina, o incorporados como aditivos a la dieta regular del niño o por la vía local en forma de enjuagatorios, aplicaciones tópicas, cepillado con gel o soluciones de fluoruros entre otras. ²⁶

La utilización de los fluoruros como medida preventiva de caries dental ha producido importantes reducciones del COP en los grupos de población donde se ha aplicado.

En América Latina es posible reconocer que el problema caries es más severo en aquellas poblaciones que consumen más azúcares con menos acceso a las mediadas de educación para la salud y prevención individual así como con muy limitado e inexistente acceso a programas masivos de fluoruración. Posiblemente en América Latina, las personas que residen en zonas con condiciones de vidas desfavorables, tendrán una calidad de vida deteriorada por lo tanto no tendrán como prioridad la higiene bucal ni el auto cuidado buco dental por lo que posiblemente los carbohidratos constituirán la fuente calórica menos costosa y más accesible y por consiguiente las acciones estomatológicas estarán limitada a la mutilación dentaria y a la exodoncia. ²⁷

Higiene Bucal

El adolescente debe adquirir hábitos higiénicos desde pequeño, como ser el baño o aseo diario e higiene bucal. Uno de los riegos más importantes de la mala higiene en esta etapa, lo constituyen los problemas de salud bucal, siendo las alteraciones más frecuentes, las caries y la pérdida de piezas dentales definitivas, que pueden llevar a anomalías dentó maxilares. La permanencia de las piezas dentales permite al niño una

buena fonación, un desarrollo armónico facial que tiene gran influencia en su autoimagen.

La susceptibilidad de caries varía entre persona y persona y entre dientes y dientes. En ese sentido es necesario educar a los niños para que adquiriera el hábito de cepillar sus dientes cotidianamente y de forma correcta, el elemento indispensable para la higiene de los dientes es el cepillo dental, este debe estar en buenas condiciones, para lo cual es indispensable cambiarlo cada tanto. ²⁸

Es necesario enseñar a los adolescentes no solo a lavarse los dientes, sino también como hacerlo, por cuanto tiempo y cuándo.

Cuando se trata de los niños, debe enseñarle a los padres el concepto de placa, la necesidad de remoción y los medios de cómo hacerlo. Respecto al cepillado, muchos autores consideran que deben estar a cargo de los padres hasta que los niños desarrollen madures mental, motivación y habilidad manual, para hacerlo correctamente, esto puede ocurrir entre los 8 y 9 años. ^{24, 27}

El programa de prevención para el hogar consta de una cantidad de medidas que tienen por objeto ser utilizados por el paciente dentro de su casa. Estos procedimientos representan la contribución a la prevención de enfermedad dental. El objetivo fundamental de las técnicas de higiene oral es motivar al paciente a llevarlas a cabo rutinariamente, con el fin de prevenir posibles patologías bucales.

El control de la placa puede emplearse como auxiliar, capaz de estimular visualmente en la educación de la higiene oral en niños.

Se recomienda el uso de tabletas reveladoras de placa dental, tanto en el consultorio como en la casa del paciente.

El cepillo dental es considerado un método efectivo para eliminar la placa dentobacteriana, pero requiere de cierta habilidad manual, por lo que casi todos los niños requieren de una supervisión constante de sus padres. ²⁸

Cepillado dental

Forma de acuerdo a las características del paciente. En Cuba la más utilizada es la Stillman modificada. Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso al cepillo: técnicas horizontal y vertical, rotatoria, vibratoria, circular, fisiológica y de barrido. A continuación expondremos algunas técnicas. ¹²

Técnicas de cepillado

Técnica de Bass. El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal. Se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar. . Para las caras vestibulares de todos los dientes y para las linguales de premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de los incisivos y los caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior. Se recomienda en pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos por su capacidad de remover tanto la placa supragingival como la subgingival más superficial. ²⁸

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.

Técnica de Stillman modificada: Las cerdas se colocan 45 grados con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival. ²⁸

Técnicas de Charter: El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y sólo trabajan las cerdas de las puntas. 28

Frecuencia, duración e inicio.

Frecuencia: después de las comidas y antes de acostarse, el más importante

Duración: para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos.

Inicio: Los dientes temporales deben comenzar a higienizarse desde que brotan, primero los padres o familiares y después los niños y niñas asesorados por ellos. Durante toda la vida.

La atención odontológica completa para los niños pequeños concentrada en la prevención y preservación de la dentición primaria, producirá adolescentes y adultos jóvenes odontológicamente educados con las siguientes reducciones en las necesidades dentales.

La odontología para niños requiere más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación, por lo tanto se requiere de un especial cuidado, ya que se encuentra en constante cambio. El aseo bucal se deberá realizar a diario por lo menos luego de cada comida y la visita al odontólogo deberá realizarse por lo menos una vez al año. ²⁹

Enfermedad Periodontal

El concepto "enfermedad periodontal" es muy amplio y en principio, incorporaría a todas aquellas condiciones clínico-patológicas relacionadas con la gingiva, ligamento periodontal, cemento dentario y hueso alveolar. Se ha caracterizado a la enfermedad periodontal como un proceso de causalidad compleja, con variables locales y sistémicas, bajo diversos niveles de determinación, de variables moderadoras, dimensiones particulares e individuales, de naturaleza inflamatoria y múltiples manifestaciones, y cuyo estado inicial, en la gran mayoría de los casos, es de carácter reversible, sin afectar el tejido conectivo de soporte (ligamento periodontal y hueso alveolar).

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez. ³⁰

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años.

El término marcador de riesgo usualmente se refiere a un factor de riesgo el cual es predecible, asociado con una probabilidad incrementada de padecer la enfermedad en el futuro. El inicio y progreso de las infecciones periodontales son claramente modificadas por condiciones locales y sistémicas llamadas factores de riesgo. Los factores locales incluyen enfermedades previas evidenciadas por obturaciones profundas y áreas de retención de placas asociadas con restauraciones defectuosas.

Atención primaria en periodontología.

Se desarrolla por el EGB y el especialista en EGI y está dirigida a todos los individuos que presenten o no enfermedad gingival o periodontal, a los cuales se les realizarán acciones de promoción, prevención y tratamientos que no sean de la competencia del Periodontólogo.³⁰

Acciones de Promoción de Salud.

Están incluidas dentro de las que corresponden a toda la estomatología y tienen como propósito mantener al hombre sano a través de la modificación de estilos de vida que posibiliten disminuir o eliminar factores de riesgo.

Acciones de Prevención.

Las acciones preventivas están dirigidas a detener el avance de las enfermedades gingivales y periodontales o evitar su aparición en la población supuestamente sana o con riegos, e incluyen:

- El control de la placa dentobacteriana como acción preventivo curativa que interesa a toda la estomatología.
- Diagnóstico y tratamiento precoz e interferencia en el avance de las enfermedades periodontales, la detección y eliminación de los posibles factores de riesgo (hábitos nocivos, caries, manifestaciones iatrogénicas de tratamientos estomatológicos etc.) y el detartraje en los pacientes que lo requieran.³²

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que hoy conocemos como importantes incluyen la diabetes mellitus, especialmente en individuos cuyo control metabólico es pobre y los fumadores. Estos 2 factores actúan marcadamente en el inicio y desarrollo de periodontitis y el intento de controlarlos es actualmente un componente importante de la prevención y tratamiento de la periodontitis en los adultos. Estudios recientes también apuntan a varios indicadores de riesgo periodontal potencialmente

importantes. Estos incluyen el estrés y conductas asociadas, así como la osteopenia asociada con la deficiencia de estrógeno.³²

Existen condiciones determinantes asociadas con enfermedades periodontales como sexo (los hombres padecen más), la edad (más padecimiento en adultos de la tercera edad) y factores hereditarios. El estudio de los factores de riesgo en enfermedades periodontales es un campo rápidamente emergente en el que todavía hay mucho que aprender. De todas formas, hay al menos 2 factores de riesgo significativos, el hábito de fumar y la diabetes, que demandan atención en el manejo cotidiano de enfermedades periodontales.³²

Papel de la familia en la relación Estomatólogo- adolescente.

La familia también actúa indirectamente en la relación dentista-adolescente, pues ofrece experiencias fundamentales, entre las cuales se destaca las aptitudes para con el dentista, la profilaxis y el tratamiento bucal. Por lo tanto, es de gran importancia el involucramiento de la familia y de la comunidad en los programas preventivos.

Los psicólogos utilizan el término de modificación de la conducta para definir el proceso de alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado. Una parte esencial de este concepto estriba en definir una serie de pasos para alcanzar el comportamiento buscado, y a continuación proceder paso a paso hacia el objetivo.

En relación con la odontología, se puede afirmar que la conducta ideal se observa en la persona que conserva excelente higiene bucal, sigue una dieta prudente, se encuentra relajada y coopera durante el tratamiento.¹³

Pérez plantea que el odontólogo a través de la familia puede obtener cambios de conducta en el niño. La conducta en el sentido general, se puede definir como cualquier cambio en la actuación del organismo. Los padres moldean la conducta de sus hijos, desde el momento en que nacen, por medio de un esfuerzo y un rechazo selectivo ante un comportamiento específico, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que le conciernen.²¹

Al menos, en los primeros años de vida, los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer. Por lo tanto, son los mejores aliados para el odontólogo para poder educar al niño en los cuidados preventivos de salud bucal.

El contacto previo con los padres puede proporcionar orientación con el fin de: interesar y educar al niño en los cuidados de higiene bucal; educar al niño para que acepte el tratamiento necesario y periódico de sus dientes; ayudar al niño para que acepte la responsabilidad por su propia salud bucal; buscar un entendimiento y aproximación entre odontólogos y niños, pues se está participando de un intercambio activo con un ser humano en desarrollo. ³³

Para lograr esto se debe tener en cuenta ciertos principios básicos de modificación del comportamiento, como son:

- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
- Ganar la confianza del niño y/o adolescente y los padres y su aceptación del tratamiento dental.
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante su trabajo con el paciente.

Además debemos realizar un trabajo sobre el campo perceptivo del niño y/o adolescente de los padres, que comienza por el ambiente de la sala de espera, del lugar de la consulta, donde debemos tener elementos que nos ayuden a realizar la labor preventiva, como son murales, afiches, figuras, etc. Con todo esto estaremos realizando la educación de un valor: el cuidado dental preventivo. ³²

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. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas vidas sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”³³

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

Actividades para ejecutar la promoción de salud bucodental: Su objetivo es incrementar la población sana, a través de su ejecución sobre el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención, para lo cual deben desarrollarse las siguientes actividades:

1. Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas al estomatólogo general y especialista.
2. Brindar educación para la salud a las personas y a las familias durante las visitas a los hogares, de acuerdo a las características de los individuos, la familia y su entorno.
3. Brindar educación para la salud a las personas y a los colectivos durante las visitas a los centros escolares, laborales y sociales, de acuerdo a las características de los individuos, el colectivo y su entorno.
4. Realizar Proyección Comunitaria en el proceso de promoción de salud por parte de los estomatólogos generales y especialistas y técnicos de atención estomatológica, con una amplia participación comunitaria y multidisciplinaria.
5. Desarrollar las Consejerías de Salud Bucal como concepto para la ejecución de Promoción de Salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores de las mismas y la propia comunidad.

6. Aplicar lo establecido en los Programas de Promoción de Salud Bucal de niños de 5 a 11 años, Adolescentes y Adulto Mayor respectivamente.
7. Participar y desarrollar los movimientos de Municipios Saludables y sus modalidades.
8. Utilizar las técnicas afectivas participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el Análisis de la Situación de Salud.
9. Aplicación de la Carpeta de Salud Escolar para la atención de los estudiantes.
10. Orientar las acciones educativas en los territorios: consultorios, áreas de salud, municipios y provincias, a los problemas de salud identificados en cada uno de ellos durante la realización del análisis de la situación de salud.³³

Lo antes expuesto condiciona la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos con el objetivo de disminuir su incidencia.

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa con el objetivo de elevar los conocimientos sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán", Moa, desde octubre de 2020 a mayo de 2022.

El universo estuvo constituido por 310 escolares que se correspondían con la matrícula total de la escuela y la muestra intencionada seleccionada por el método aleatorio simple quedó definitivamente conformada por 120 escolares que cursaban el 6to grado, los cuales cumplían con los siguientes criterios:

De inclusión:

1. Pertenecer al S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán".
2. Estar dentro del sexto grado escolar.
3. Escolares que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y asistieron el día de realizada, previo consentimiento informado de padres o tutores y maestros. (Anexo III)

De exclusión:

1. Escolares que no desean continuar participando en la investigación.
2. Escolares que no cooperen con la realización de los diferentes procedimientos.

De salida:

1. Escolares que no asistan a los encuentros programadas.
2. Traslados de escuela.

Métodos científicos empleados

Para la realización de la investigación se utilizaron los siguientes métodos: el método Filosófico-Dialéctico-Materialista Marxista-Leninista. Constituye la vía científica más certera para la búsqueda de conocimientos y la dirección de la acción, pues nos permitió profundizar en la esencia de los fenómenos y determinar las vías de su desarrollo. La respuesta para investigación científica esencial, como cualquier otro proceso consciente solo es posible a través del enfoque dialéctico y es precisamente allí donde el resto de los métodos teóricos tiene sus limitaciones.

Del nivel Teórico:

Se utilizaron como procedimientos esenciales los métodos del pensamiento lógico: el análisis- síntesis, la inducción - deducción y lo histórico-lógico, los que propiciaron la conformación del marco teórico de la investigación y la búsqueda e interpretación de la diversidad de criterios que se emiten en torno al tema objeto de estudio, para llegar a conclusiones al respecto. Se empleó también la modelación, la cual permitió la elaboración de la estrategia.

Del nivel empírico:

Para constatar la realidad del proceso objeto de investigación se empleó el cuestionario para el diagnóstico del estado real de los conocimientos de los estudiantes sobre salud bucal. Se aplicó el Criterio de Experto, para determinar la factibilidad de la estrategia elaborada y en consecuencia aplicarla en la práctica posteriormente.

Del nivel estadístico:

Se utilizaron medidas resumen para variables cualitativas, para determinar la asociación de los resultados antes-después se realizó la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones con su valor p y sus correspondientes intervalos de confianza para un 95 %, para el análisis estadístico de la información fue utilizado el software estadístico MedCalc, versión 19.

La información se presentó en cuadros de doble entrada, en cuyas filas o columnas aparecen las etapas del estudio (antes y después de la intervención).

Se describió el contenido de cada cuadro y se compararon con los de otros estudios, sobre la base de un análisis inductivo-deductivo que permitió dar salida a los objetivos propuestos, emitir conclusiones y formular las recomendaciones. La redacción del informe final, los cuadros y gráficos se realizó mediante el uso del editor de texto Word del Office para Windows 2003.

Los resultados nos permitieron comparar el nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después de la intervención educativa en los escolares del S/I “Camilo Cienfuegos Gorriarán”.

Operacionalización de la variable:

		Operacionalización		
Variable	Clasificación	Definición	Escala	Indicadores
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Género biológico al que pertenece	Femenino	Número
			Masculino	Porciento
Nivel de conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica	≥ 20 puntos < 20 puntos	Adecuado	Número
			inadecuado	Porciento
Higiene Bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Índice de Love menor o = 20% Índice de Love mayor que 20%	Eficiente	Número
			Deficiente	Porciento
Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de enfermedades bucales	Cualitativa nominal dicotómica	Maloclusión dentaria, Hábitos bucales deformantes, Dieta cariogénica, Mala higiene bucal	Adecuado	Número
			Inadecuado	Porciento

Procedimientos para alcanzar el objetivo:

La aplicación del programa educativo constó de tres fases:

1. Diagnóstico o análisis
2. Intervención
3. Evaluación

1. Fase de análisis o diagnóstica

Se explicó el propósito científico de la investigación, así como los beneficios que aportara para los participantes, sus familias y toda la comunidad.

Se aseguró el carácter anónimo y confidencial del cuestionario.

Para la realización de este estudio, después de una amplia revisión bibliográfica, se confeccionó un cuestionario

El cuestionario consta de 10 preguntas con un valor total de 30 puntos, donde cada pregunta posee un valor de 3 puntos. (Anexo IV)

- Conocimientos generales sobre temas de promoción y prevención de enfermedades bucales. Se clasificó con conocimiento general adecuado a los escolares que acumularon al menos el 66.6% de los puntos posibles.

Se clasificaron con conocimiento general inadecuado a los escolares que alcanzaron menos de 20 puntos en el cuestionario.

Se consideró adecuado cuando los escolares obtuvieron al menos el 66.6 % de los puntos posibles del valor total. Se consideró inadecuado cuando los escolares obtuvieron menos del 66.6 % de los puntos posibles del valor total.

También se le realizó un control de placa dentobacteriana (CPDB) al inicio para determinar cómo se encontraba la higiene bucal en los escolares antes de aplicar el programa educativo.

Para evaluar la higiene bucal, se estimó:

Superficies teñidas

Índice de Love = ----- x 100

Superficies examinadas

En este índice no se toma en cuenta los terceros molares.

Para determinar las superficies examinadas se cuenta el número de dientes presentes y se multiplica por las cuatro caras examinadas del diente (mesial, distal, vestibular, lingual) las caras oclusales no se toman en cuenta.

Se considera: Eficiente cuando el valor del índice de Love al realizar el control de placa dentobacteriana (CPDB) es menor o igual a 20%.

Deficiente cuando el valor del índice de Love al realizar el control de placa dentobacteriana (CPDB) excedía de 20%.

2. Fase de Intervención

Se aplicó el programa educativo sobre salud bucal que aborda temas generales de promoción y prevención de enfermedades bucales confeccionados a partir del Programa Nacional de Estomatología y otros programas ya validados y aplicados en investigaciones anteriores, que garantizó que los escolares participaran en las técnicas y juegos didácticos diseñados. Este constituyó la planificación, organización, ejecución y control de un sistema de técnicas educativas, donde predominaron las técnicas afectivo- participativas, haciendo uso de herramientas claves, como la comunicación bidireccional, persuasión participativa interactiva y la creatividad, donde se involucraron los escolares.

El programa Educativo sobre Salud Bucal cuenta con 6 sesiones:

1ra sesión "¿Quiénes somos y a qué venimos?"

Tema: Presentación del programa.

Objetivos: Crear un clima de animación entre los participantes. Aplicar el cuestionario. Realizar primer control de placa dentobacteriana. Lograr encuadre de las actividades.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero

Métodos y procedimientos

Se realiza la apertura del programa presentado por nuestros invitados especiales, pertenecientes a la esfera de la escuela donde realizamos el trabajo. Luego se copia el título del programa en la pizarra “Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado”, se les pregunta si creen esto posible y se incita al debate. Luego se dan algunas explicaciones sobre lo que se persigue con la intervención capacitante y al final se convertirán en promotores de salud bucal. Se aplica la encuesta y se realiza el primer control de placa dentobacteriana.

Evaluación

1) Se realizan preguntas dirigidas a todo el grupo:

- ¿Cómo se han sentido?

- ¿Tienen alguna duda?

- ¿Desean conocer acerca de algún otro tema que no forme parte del programa?

2) Se repartirá una hoja de papel donde anónimamente se reflejarán los criterios de los participantes acerca del programa.

Conclusiones

Se menciona el título del próximo encuentro y el tema que se tratará. Se propone que traigan a las distintas sesiones medios con qué anotar algún dato que les sea de interés. Se sugiere que comenten acerca del programa con familiares y amigos. Se da la despedida.

2da sesión: Conociéndonos mejor.

Tema: Generalidades sobre la salud bucal.

Objetivos: Enseñar los elementos que componen la cavidad bucal, su función e importancia. Demostrar el correcto cepillado como medida higiénica más importante para mantener su boca sana parar toda la vida.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero

Métodos y procedimientos

Luego se procede a explicar cada elemento con su función e importancia. Se utilizan láminas. Se hace mayor énfasis en los dientes, explicando la dentición temporal y permanente, sus características, importancia, edad de brote, y remplazo, grupos dentarios, tejidos que conforman el órgano dentario.

Evaluación

La evaluación se realizará preguntas sobre el contenido impartido. Se leerá en voz alta y los estudiantes responderán en la pizarra. Se utiliza el juego didáctico “Ubícame si sabes” Anexo

Conclusiones

Se recuerda el título de la próxima sesión y el tema que se tratará. Se sugiere que compartan con familiares y amigos lo aprendido. Se da la despedida

3ra sesión: Caries dental enemiga de mis dientes

Tema: Caries dental. Factores de riesgo. Métodos auxiliares para su prevención.

Objetivos: Lograr que conozcan que es la caries dental. Lograr que identifiquen los factores de riesgo. Enseñar las medidas preventivas de la caries dental.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero

Métodos y procedimientos

Se inicia la actividad, el coordinador orienta formar dúos o tríos para comentar la actividad anterior y que un voluntario exprese lo recordado. Se corrige o rectifica la información.

Se comienza a desarrollar el tema explicando que la caries dental es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia en el mundo, que es un proceso crónico, 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 a desmineralizar el esmalte dental, socavarlo y 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.

Luego se les pide busquen debajo de algunos asientos tarjetas que contienen los factores de riesgo de la caries y los lean en voz alta. (El coordinador debe ir explicando cada uno).

Después se realiza una lluvia de ideas, para que los escolares expresen las medidas preventivas para evitar dicha enfermedad. Al final se llegaron a conclusiones y el coordinador corrige, rectifica y aporta nueva información.

Evaluación

La evaluación se realizará preguntas sobre el contenido impartido. Se leerá en voz alta y los estudiantes responderán en la pizarra. Se conforman dos equipos hembras y varones, se da un rompecabezas a cada uno y el que primero lo arme gana .deben comentar la imagen formada.

Conclusiones

Se recuerda el título de la próxima sesión y el tema que se tratará. Se sugiere que compartan con familiares y amigos lo aprendido. Se da la despedida

4ta sesión: Mis encías sanas.

Tema: Enfermedades de la boca.

Objetivo: Lograr que conozcan cuales son las periodontopatias. Lograr que conozcan los factores de riesgo de la misma.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero

Métodos y procedimientos

Se inicia la actividad, el coordinador orienta formar dúos o tríos para comentar la actividad anterior y que un voluntario exprese lo recordado. Se corrige o rectifica la información.

Luego para introducir el tema se escoge tres voluntarias para representar una dramatización donde a una de ellas le está sangrando las encías y le pide a las amigas consejo de que debe hacer, una le aconseja dejar de cepillarse para que no se lastime, la otra le orienta que acuda al estomatólogo.

Una vez concluido el mini drama se incita el debate, y el coordinador explica que las periodontopatías son las enfermedades que afectan las encías y si no se trata a tiempo puede provocar destrucción ósea y aflojar el diente hasta perderlo. Esta enfermedad se produce cuando se acumula la placa dentobacteriana en la superficie de los dientes por no cepillarnos produciendo irritación de la encía, enrojecimiento, y sangramiento. Se muestran láminas de pacientes con periodontopatías.

Evaluación

La evaluación se realizará preguntas sobre el contenido impartido. Se leerá en voz alta y los estudiantes responderán en la pizarra. Se utiliza el juego cero o cruz (ver anexos).

Conclusiones

Se recuerda el título de la próxima sesión y el tema que se tratará. Se sugiere que compartan con familiares y amigos lo aprendido. Se da la despedida

5ta sesión: Hábitos bucales perjudiciales y beneficiosos.

Tema: Principales hábitos bucales deformantes.

Objetivos: Determinar qué son los hábitos bucales, poner ejemplos de hábitos buenos y perjudiciales. Explicar cada uno de los hábitos bucales deformantes y cómo influyen en la instalación de maloclusiones dentarias.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero.

Métodos y procedimientos

Se inicia la actividad, el coordinador orienta formar dúos o tríos para comentar la actividad anterior y que un voluntario exprese lo recordado. Se corrige o rectifica la información.

Se da inicio al tema exponiendo ¿que son los hábitos bucales?: Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo. El hábito crea y se fija por el entrenamiento y la práctica de un acto, por tanto, se aprende: inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.

Luego se plantea que existen dos grupos de hábitos:

1. Hábitos beneficiosos o funcionales, que son aquellos, cuya práctica de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal, la masticación, la deglución y la respiración normales.

2. Hábitos perjudiciales o deletéreos, resulta de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. La práctica de los hábitos deletéreos puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato masticatorio.

Luego se les pide pongan ejemplos de hábitos buenos y malos utilizando la técnica: lluvia de ideas donde se pondrán en la pizarra en dos columnas los mencionados por ellos.

Los hábitos deletéreos o deformantes más frecuentes causantes de maloclusiones son:

1. Succión del pulgar u otros dedos.
2. Empuje o protrusión lingual.
3. Respiración bucal.

Con menos frecuencia se observan:

1. Succión y mordisqueo del labio o lápiz.
2. Onicofagia (mordisqueo de las uñas).
3. Hábitos posturales.

Luego se explica cada hábito y sus consecuencias, mostrándole como forma de motivación fotos y láminas de pacientes portadores de maloclusiones provocadas por dichos hábitos.

Evaluación

La evaluación se realizará preguntas sobre el contenido impartido. Se leerá en voz alta y los estudiantes responderán en la pizarra. Se utiliza el crucigrama (ver anexos).

Conclusiones

Se recuerda el título de la próxima sesión y el tema que se tratará. Se sugiere que compartan con familiares y amigos lo aprendido. Se da la despedida

6ta sesión: Ya soy responsable de mi salud bucal

Tema: Comprobando lo aprendido

Objetivos: Identificar la opinión del grupo sobre la intervención realizada. Aplicar nuevamente el cuestionario para medir el impacto de la intervención en la esfera del conocimiento. Realizar último control de placa dentobacteriana para medir el impacto en la higiene bucal. Lograr que confeccionen murales exponiendo en síntesis y gráficamente lo aprendió durante toda la intervención. Motivarlos a que sean promotores de salud en su escuela, en sus hogares, en sus barrios.

Tiempo: 45 min

Hora: 2:00pm

Lugar: aula asignada

FOE: Conferencia

Imparte: Dra. Diamela Benoit Quintero

Las reuniones se efectuaron con intervalos de 15 días, y una duración de 45 minutos y en cada una de ellas. Se utilizaron uno o varios recursos del aprendizaje en cada sesión con el fin de introducir y consolidar los conocimientos y servir de retroalimentación del tema impartido.

Recursos utilizados en el aprendizaje

- Exposición oral: Se empleó el lenguaje (la palabra)
- Interrogatorio
- Dinámica de grupo
- Dramatización
- Técnicas afectivo-participativas
- Juegos didácticos
- Medios de observación

Las reuniones y consolidaciones de conocimiento tuvieron una duración de 6 meses.

3. Fase de evaluación

En la 6ta sesión se les aplicó el cuestionario nuevamente obteniéndose los resultados del impacto de la aplicación del programa educativo sobre Salud Bucal en el nivel de conocimiento de los escolares. Y se realizó un último control de placa dentobacteriana, midiendo así lo ocurrido en la higiene bucal de la muestra.

Se compararon los resultados obtenidos en la 1ra sesión y la última, y se consideró como el efecto o consecuencia de las labores educativas.

Procesamiento de la información

Una vez asignada la muestra de estudio, se procedió a obtener la información necesaria sobre la investigación, realizando una exhaustiva revisión bibliográfica acorde con el tema objeto de estudio en la biblioteca de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín y del Policlínico de Rolo perteneciente al municipio Moa. Los instrumentos de recolección de la información fueron la encuesta (Anexo IV) y la ficha de datos, ambas elaboradas por el investigador.

Aspectos bioéticos de la investigación:

Para realizar la presente investigación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio:

1. Se firmó un convenio de trabajo con el S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán" representada en el acto por la Lic. Tania Hernández Fonseca, en su condición de directora del centro, mediante el cual se solicitó autorización y se establecieron compromisos para poder realizar el estudio con los escolares de 6to. Grado en el horario que la institución asignó, sin afectación de sus actividades docentes. (Anexo II).
2. El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y a la Declaración de Helsinki, se solicitó a los profesores de cada grupo su aprobación para realizar la

investigación y su ayuda en la entrevista a los padres para su aprobación y apoyo a la intervención educativa que fueron sujeto de estudio sus hijos, informándoles que la misma no constituiría daño ni riesgo para su salud. (Anexo III).

3. Se solicitó la aprobación de cada escolar y padre para su participación en el estudio de forma voluntaria.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla I. Nivel de conocimiento general de los escolares según sexo de sexto grado.

Nivel de conocimiento según sexo	de	Masculino				Femenino			
		Antes		Después		Antes		Después	
		No.	%	No.	%	No	%	No	%
Adecuado		11	16,42	63	94,03	8	15,0	50	94,3
						9		4	
Inadecuado		56	83,58	4	5,97	45	84,9	3	5,66
						1			
Total		67	100	67	100	53	100	53	100

Fuente: Cuestionario

La tabla I muestra el nivel de conocimiento general de los escolares de 6to grado según el sexo antes y después de la intervención. En la misma se observa que de un total de 67 escolares del sexo masculino participantes antes de la intervención, 56 (83.58%) tenían un conocimiento inadecuado. Una vez realizada la intervención, 63 (94.03%) alcanzaron conocimientos adecuados, sólo 4 (5.97%) se mantuvieron con conocimientos inadecuados. De un total de 53 escolares de sexo femenino, 45 (84.91%) poseían conocimientos sobre temas de salud bucal inadecuados antes de realizada la intervención. Luego de aplicada la misma, 50 (94.34%) alcanzaron la condición de adecuado y 3 (5.66%) se mantuvieron con conocimientos inadecuados.²⁶

Se pudo apreciar un predominio de conocimientos inadecuados en ambos sexos antes de la intervención y la consiguiente modificación de conocimiento después de realizada la misma.

Los resultados obtenidos antes y después de la intervención resultaron favorables demostrando que los estudios de intervención grupal educativa son favorables para cualquier grupo etario o de género, logrando modificar el conocimiento de salud bucal general en ambos sexos, con una mayor modificación en el sexo masculino que en el

femenino; siempre considerando que mientras más temprano se realicen, mejores serán los resultados posteriores, puesto que si se ve al adolescente como el hombre del futuro, se debe actuar sobre él cuando aún es una mente moldeable, en la que resulta más fácil modificar estilos de vida y patrones de conducta, lo cual se hace difícil en la etapa adulta.

Estos resultados coinciden con la intervención realizada por la Dra. Elena Limonta para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de 3er grado en Santiago de Cuba, donde existió una mayor modificación de conocimientos en el sexo femenino en contraste con el masculino.

Otro estudio realizado por la Dra. Mildres Pausa Carmenate y la Dra. Margarita Suárez Hernández, en 120 escolares de nivel primario de la escuela “Pedro Ulbizo Campos” del municipio Plaza de la Revolución de Ciudad la Habana para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal encontraron que predominó el nivel de conocimiento medio sin distinción significativa en cuanto al sexo.²⁷

En la intervención realizada por Ruiz Feria N. y otros, para modificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 3ro y 4to grado de la escuela “Josué País”, de Santiago de Cuba, durante el período comprendido de enero de 2003 a enero 2004, no existió primacía por uno u otro sexo, comportándose ambos de manera similar, al igual que en otro estudio realizado por la misma autora Ruiz Feria N. y col para modificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 3ro y 4to grado de la escuela “José Antonio Saco” y “Frank País” del municipio de Holguín en el período de febrero de 2006 a febrero 2007.²⁸

Tabla II. Nivel de conocimiento general de los escolares de 6to grado.

Conocimiento general	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	19	15,83	113	94,17
Inadecuado	101	84,17	7	5,83

Fuente: Cuestionario

La tabla II muestra el nivel de conocimiento general de los escolares de 6to grado, donde se muestra que de 120 escolares que formaron parte de esta intervención, antes de realizada la misma, 101 (84.17%) tenían conocimiento inadecuado y 19 (15.83%) fueron calificados con conocimiento adecuado.

Se considera que la aplicación del programa educativo diseñado para adolescentes Sonrisas para el futuro logró modificar el nivel de conocimiento quedando en la categoría de adecuada la mayoría de los escolares. Esto fue posible a partir de la utilización en todas sus sesiones de numerosos medios de enseñanza y recursos didácticos del aprendizaje.

Estos resultados son coincidentes con el trabajo de intervención realizado por Georgina Ramírez Madrigal y Eduardo Rivero Ríos a un grupo de 50 niños de quinto y sexto grados pertenecientes a la escuela “Luisa Rosa de Velázquez”, del municipio Maneiro del Estado Nueva Esparta de Venezuela, con el objetivo de mejorar el nivel de educación sanitaria de los escolares, donde se aplicó un primer cuestionario que midió el nivel cognoscitivo de los mismos sobre salud bucal. De 50 niños encuestados, 45 respondieron incorrectamente, representando un 78%, lo que les permitió hacer un diagnóstico de sus necesidades educativas y dirigir sus actividades de educación para la salud en función de aumentar el nivel de conocimiento sobre este tema. Para ello realizaron charlas educativas, programaron visitas al consultorio de estomatología,

actividades demostrativas, juegos didácticos, conferencias a niños, familiares y maestros, utilizaron técnicas afectivo-participativas y crearon un círculo de interés que se convirtió en el principal promotor de salud en la escuela; posteriormente, se aplicó una segunda encuesta para comprobar si se cumplió con el objetivo trazado al comienzo de la intervención, obteniéndose resultados satisfactorios, solo 13 niños respondieron incorrectamente para un 22%, lo cual motivó a extender las actividades educativas al resto de la escuela. ²⁹

Helens Lucinda Pinto Pazos, de Lima, Perú realizó en el 2018 una intervención educativa en niños con dificultades auditivas donde aplicó un pre-test antes de aplicar un programa educativo donde predominó un nivel de conocimiento de regular a malo; una vez aplicado el mismo, luego de realizado el Odonto test, se obtuvo un nivel de conocimiento de salud bucal de regular a bueno. ³⁰

La Dra. Yulianela Ocaris realizó la intervención educativa “Sonríe al futuro” en 30 adolescentes del preuniversitario “Doris Martínez” del municipio San Luís, Santiago de Cuba, de noviembre de 2016 a abril de 2017 para incrementar conocimientos y mejorar comportamientos sobre salud bucal. Se aplicó un cuestionario antes y después de la labor educativa y CPDB antes y después, lográndose cambios significativos en cuanto al nivel de conocimiento y la higiene bucal y reafirmandose con estos resultados la efectividad de la intervención. ³¹

La Dra. Ayala Pérez Y y Reyes González I. en su investigación Programa educacional de salud bucodental aplicado a adolescentes del área de salud de la policlínico Alcides Pino Bermúdez Holguín 2005 concluyen que el nivel de educación para la salud de los adolescentes aumenta luego de la aplicación del Programa Educacional de Salud Bucodental: “Una buena compañía: Mi Salud”. ³²

La Dra. N. Ruiz Feria en su estudio de intervención en escolares de primaria del área de salud del policlínico “Alcides Pino” del municipio Holguín, en el período de 2006 a 2007 logró, una vez aplicado el programa educativo “Salud a pedir de boca” y el software educativo, que 28 escolares (82.35%) adquirieran conocimiento adecuado, incluidos 3 (8.82%), que al inicio lo tenían adecuado, sólo 6 (17.65 %) se mantuvieron

con conocimientos inadecuados alcanzando resultados satisfactorios en cuanto a la modificación de conocimiento sobre salud bucal.

Tabla III. Nivel de comportamiento de la higiene bucal según sexo de los escolares de sexto grado.

Higiene bucal según Sexo	Masculino				Femenino			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No	%	No	%
Adecuado	7	10,45	36	53,73	8	15,0	30	56,6
Inadecuado	60	89,55	31	46,27	45	84,9	23	43,4
Total	67	100	67	100	53	100	53	100

Fuente: Cuestionario

La tabla III muestra el nivel del comportamiento de la higiene bucal de los escolares de 6to grado antes y después de la intervención. En la misma se observa que de un total de 67 escolares del sexo masculino participantes antes de la intervención, 60 (89.55%) tenían una higiene bucal deficiente. Una vez realizada la intervención, 36 (53.73%) alcanzaron una higiene bucal eficiente, sólo 31(46.27%) se mantuvieron en la categoría de deficiente, en cuanto al sexo femenino, de un total de 53 féminas, 45 (84.91%) poseían higiene bucal deficiente antes de realizada la intervención. Luego de aplicada la misma, 30 (57.50%) alcanzaron la categoría de eficiente higiene bucal.

Esto es congruente con el imaginario social, así como las representaciones y expectativas de género, en las cuales desde lo sociocultural las mujeres siempre han de estar “lindas”, “presentables”, “pulcras”, para poder conquistar y no defraudar las expectativas masculinas al respecto. Todo lo anterior corrobora el marcado enfoque sexista que tiene la educación y muy particularmente la educación para la salud.

En un estudio realizado en Colombia, utilizando el modelo de creencias en salud, con los adolescentes del Valle de Cauca, Tascón y Cabrera constataron que las del sexo femenino son más conscientes de la frecuencia ideal de cepillado al día, pues las

féminas fueron las que refirieron, en número, cepillarse más veces que los masculinos.

33

También Alvarado y Autores en su trabajo sobre la influencia del sexo en la higiene dental de los alumnos de la Facultad de Odontología en el año 2002 concluyeron que la higiene bucal se encuentra afectada por el sexo, ya que las mujeres presentaron un mejor nivel de higiene oral que los hombres.³⁴

En otro trabajo, realizado por Daniela Hernández Cortés sobre prevalencia de gingivitis y su relación con la higiene bucal en escolares entre los 8 y los 12 años de la escuela primaria Miguel Hidalgo de la localidad de Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca durante el ciclo escolar 2011 - 2012. En cuanto a la relación entre la higiene bucal y el sexo, se observó que el sexo masculino presentó buena higiene en un 22.29% y el sexo femenino una higiene regular en 32.49%.³⁵

Tabla IV. Nivel de conocimiento acerca de factores de riesgo que determinan la aparición de enfermedades bucales antes y después de la intervención.

Conocimiento de factores de riesgo de enfermedades bucales	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Maloclusión dentaria	20	16.66	100	83.33	80	66.66	40	33.33
Hábitos bucales deformantes	35	29.16	85	70.83	84	70	36	30
Dieta cariogénica	28	23.33	92	76.66	90	75	30	56.60
Mala higiene bucal	15	12.50	105	87.50	66	55	54	45

Fuente: Cuestionario

La tabla IV muestra el nivel de conocimiento acerca de factores de riesgo que determinan la aparición de enfermedades bucales antes y después de la intervención. En la misma se observa que los factores de riesgo antes de la intervención más

conocidos eran los hábitos bucales deformantes y la dieta cariogénica con 35 (29.16%) y 28 (23.33) respectivamente. Luego de aplicada la intervención los factores menos conocidos continuaron siendo la mala higiene bucal y la maloclusión dentaria con 54 (45%) y 40 (33.33%) respectivamente.

Mediante el cuestionario aplicado y una vez finalizada este programa educativo pudimos evidenciar la mejora notablemente que adquirieron estos escolares referentes a los distintos factores de riesgo aquí tratados, demostrando así la eficacia de dicha intervención en este grupo etario.

Resultados similares encuentran Serrano Figueras KM⁵ Y Tenazoa Chujutalli, T, ³⁴ en Cuba en estudiantes de la enseñanza primaria especial con riesgos de padecer afecciones en el aparato bucal, esto coincide con otros investigadores de la problemática como: Páez González Y, Tamayo Ortiz B y colaboradores en su proyecto sobre factores de riesgo de las periodontopatías en pacientes adultos en el 2015 .³⁹

Obtuvieron resultados semejantes además, Ortiz Nieves Y, en su trabajo sobre caries dental, su comportamiento y factores de riesgo perteneciente al consultorio 11 del policlínico 27 de noviembre en Antilla.⁴⁰

Arriba a la misma conclusión Martínez Hurtado CF en su investigación: Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 5, 7 y 12 años, municipio de Istmina, Colombia.⁴¹

Conclusiones

Se encontró incremento del conocimiento de los escolares luego de la intervención educativa en cuanto a salud bucal y a los factores de riesgo determinantes en la aparición de las enfermedades de la cavidad oral, además de la higiene bucal eficiente (índice de love), demostrando así la eficacia de dicha intervención.

Recomendaciones:

Generalizar el programa educativo sobre temas de salud bucal creado para escolares a otros centros docentes del área de salud trabajada en esta investigación, así como en el municipio y provincia para contribuir a la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en odontología.

Referencias bibliográficas:

1. Reyes Obediente Fidela M, Espeso Nápoles Nelía. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental de Camagüey. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal vol. 13, núm. 5, 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116128004>. [Consulta 10 de abril 2019]
2. Bolaños Escofe M.V. Santos González C. Intervención educativa para modificar conocimiento sobre salud bucales escolares de cuarto grado. [artículo en línea] 2017. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/intervhabdeformantes.pdf>. [Consulta 10 de abril 2019]
3. Limonta Vidal E del R, Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. □ artículo en línea □ MEDISAN 2016; 4 (3): 9-15. Disponible en: <http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/0articuloscientificos.htm>. [Consulta 3 mayo 2019].
4. Pausa Carmenate M, Suárez Hernández M. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. Rev habancienméd [revista en la Internet]. 2018Feb [citado 2019 Julio 29]; 14(1): 70-78. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2015000100011&lng=es.
5. Piña Suárez L, Cruz Tomás LR, Martínez Lozada PR, Escobar Rosabal AS. Caries dental y su relación con la dieta en pacientes atendidos por urgencias. CCM [revista en la Internet] 2018 Jun. [Citado 2019 Ene 27]; 15(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no153/no153ori02.htm>

6. Cueto Urbina A y col. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. Rev Chil Salud Pública [revista en la Internet] 2017 [Citado 2019 Ene 27] Vol 14 (2-3): 363-71. Disponible en:
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/1150>
7. Pinto Pazos H.L. Estrategia de intervención educativa en odontología dirigida escolares con deficiencia auditiva. [artículo en línea] 2018. Disponible en:http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/pinto_ph/pdf/pinto_ph.pdf. [Consulta 20 de abril 2019]
8. Sosa MC. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población [Internet]. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2012. [cited 21 Mayo 2019 Available from: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-atenc-es>
9. Albert Díaz JF, Blanco Díaz B, Otero Rodríguez I, Afre Socorro A, Martínez Núñez M. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria Gerardo Medina. Rev. Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2016 [cited 21 Mayo 2019]; 13 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200010&lng=es. Albert Díaz JF, Blanco Díaz B, Otero Rodríguez
10. Acevedo Sierra O., Rossell Silva CR., Capote Femenías JL., Mora Pérez C., Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de Ciencias Médicas en Cienfuegos .MediSur 2018; 9 (2) p.36 a 42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?icve=180020299006> .[Consulta 10 de enero 2019]
11. Hernández Marín CA, González Fortes B. Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Área Norte Sancti Spiritus. 2010. Gaceta Médica espirituana. 2019; 15. Disponible en http://content.esbcohost.com/pdf29_30/pdf/2013/AY77/01Jan13/90327397.pdf?T=P&P=AN&K=90327397&S=R&D=lth&EsbcoContent=dGJyMMTo50Sepq84zOX0OLCmr0uepr dSs6y4SbOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfeqyx64fg3%2Bp9
12. Ocaris Roca Y. Instrucción “Sonría al futuro” en el instituto preuniversitario “Doris M Martínez Mejías”. [artículo en línea] 2015. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a2_v11_supl205.htm. [consultado 20 de abril 2019]
13. Díaz Y, Hidalgo I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2015 [cited 21 Ene

- 2019]; 33 (1)[aprox. 10p].Available from:
[http://www.revmatanzas.sld.cu/Revista Médica Duque /año 2011/vol1 2011/tema08.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/Revista_Médica_Duque_año_2011/vol1_2011/tema08.htm)
14. Ávila Herrera SR. Influencia del programa educativo Sonríe feliz sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio José Olaya Balandra, distrito de Mala, 2018 [Tesis]. Lima: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018. [cited 21 Mayo 2019] Available from:
[http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILA_HERRERA. Pdf.](http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILA_HERRERA_Pdf)
 15. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. MEDISAN [revista en Internet]. 2017 [cited 21 Mayo2019];14(2): [aprox.12p]. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920100000014&lng=es
 16. Salud Bucal del preescolar y escolar [Internet]. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2017. [cited 21Mayo 2019] Available from:
[http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf.](http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)
 17. Fernández Martínez J. Evaluación de la intervención de salud bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 2008. [cited 30 Abr 2019] Available from:
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/habitosdeformantes.pdf.](http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/habitosdeformantes.pdf)
 18. Ruiz Feria N, González Heredia E, Dubois Venzan E., Mouriño Feria T. “Sabe más quien pesca más “, juego didáctico para modificar conocimiento sobre salud bucal. [artículo en línea] 2014. Disponible en:
[http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/0articuloscientificos.htm.](http://www.scu.sld.cu/publicacioneselectronicas/0articuloscientificos.htm)
[Consulta 24 Abril 2019
 19. Martínez González F, Barrios Sierra CC, Salinas Morales LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2018 [cited 21 mayo 2019]; 53 (3): [aprox. 20p].Available from:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es)
 20. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D´Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria .Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, edición electrónica julio 2015. Disponible en:
[http://www.ortodoncia.ws.](http://www.ortodoncia.ws) [Consulta 14 enero 2019]

21. González Ariza S, Gonzalo Álvarez L, Amaya Bustamante A, Atuesta Durán C, Betancur Salgado G, Maya Uran D, et al. Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. Revista Colombiana de Investigación en Odontología [revista en Internet]. 2017 [cited 21 Jun 2019]; 1: [aprox. 20p]. Available from: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/49>.
22. Carranza FA, Perry DA. Periodontología Clínica de Glickman. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982.
23. Soh J, Sandham A., Chan YH. Occlusal Status in asian male adults: prevalence and ethnic variation. artículo en línea. Angleorthod 2015; 75 (5): 814-20. URL disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/Querofegi?cmd=display&db=pubmed.html>. [Consulta 25 de enero 2020].
24. Díaz da Silva CI. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. [artículo en línea]. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2015: URL disponible en <http://www.ortodoncia.ws/>. [Consulta 10 de Marzo 2020].
25. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos asociados con maloclusiones. [artículo en línea]. Rev. CubEstomatol 2017; 4, (1): URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sciarttex&pid=s003475072004000100002&ing=es&nrm=iso&tIng=es> . [Consulta 14 de abril 2020].
26. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Countin Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol. 2015 [citado 20 Abr 2022]; 40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072003000100009&script=sci_arttext
27. Soto-Ugalde A, Sexto-Delgado N, Gontán-Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2020 May 16]; [aprox. 10p.] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>). Descargado el: 16-05-2020 ISSN 1727-897X Medisur 27 febrero 2015. Volumen 12. Numero 1
28. Mirna Mendoza Fernández 1 , Ana Margarita Ordaz González 1 , Alina del Carmen Abreu Noroña, Odelkis Romero Pérez, Marycel García

MenalIntervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores Rev Ciencias Médicas vol.17 no.4 Pinar del Río jul.-ago. 2013
ARTÍCULO ORIGINAL versión ISSN 1561-3194

29. Ruiz Feria N, Díaz Morell JE, Rodríguez Carracedo EM, Álvarez Infante E, Vargas Morales Y, Soberats Zaldívar M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fonet Piña. Correo Científico Médico versión On-line ISSN 1560-4381.CCM vol.18 no. 4 Holguín oct.-dic. 2016-2017. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4277>
30. Pausa Carmenate M., Suárez Hernández M. Evaluación del nivel de actitud y comportamiento de salud bucal de los escolares de nivel primario. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de la Habana. Palacio de las Convenciones; 2018.
31. Ramírez Madrigal G, Rivero Ríos E. Proyecto de intervención odontológica en la escuela primaria Luisa Rosa de Velásquez. Municipio Maneiro. Congreso Internacional de Estomatología. 19-22 noviembre. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.
32. Ocaris Roca Y. Instrucción “Sonría al futuro” en el instituto preuniversitario “Doris M Martínez Mejías”. [artículo en línea] 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a2_v11_supl205.htm. [consultado 20 de abril 2021]
33. Ayala Pérez Y, Reyes González I. Programa Educacional de Salud Bucodental aplicado a adolescentes del área de salud de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez Holguín; 2005.
34. Tascón JE., Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescente del Valle del Cauca. [artículo en línea]. Colomb. Med. 2019; 36(2):73-78. Disponible en: <http://www.Colombiamedica.univalle.edu.co/vol36No2/cm36n2a2.htm>.
[Consulta: 4 agosto 2020].
35. Alvarado Villanueva V., Chileno Arana M., Cook García-Blázquez J., Gamarra Córdova P., HuamactoChate J., Influencia del Sexo en la Higiene

Dental de los alumnos de la Facultad de Odontología en el año 2012. □ biblioteca virtual en Línea □ Disponible en: <http://www.Metodología-unmsm.com/articulos/sexiho/sexiho.htm>. □ Consulta: 25 Octubre 2020 □.

36. Hernández Cortés Daniela, Compeán Dardón María Sandra, Staines Orozco María Guadalupe, Enzaldo de la Cruz Patricia Prevalencia de gingivitis y su relación con la higiene bucal en escolares. <http://odontologos.mx/mailings/patrocinaados/2017/mayo/gum/articulo.pdf>
37. Díaz del Mazo L. Escuelas de salud bucal para adolescentes, Santiago de Cuba. 2014-2017 Congreso Internacional de Estomatología. 19-22 noviembre. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2005.
38. Legrá Matos S. M^a. Impacto de la intervención educativa para adolescentes em Secundaria Básica Urbana “Orlando Fernández Badell”. (Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Comunitaria en Salud bucal). 2006 Hospital General Cínico Quirúrgico. Santiago de Cuba.
39. Parra Enríquez S. Impacto de una intervención educativa estomatológica em adolescentes. Escuela Politécnica” Pedro Díaz Coello”. Holguín 2006-2007. (Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Comunitaria en Salud bucal). 2007 Universidad Médica “Mariana Grajales”. Holguín.

Anexos:

Anexo I:

Consentimiento informado:

Yo: _____

Después de haber conocido la importancia de esta investigación sobre las particularidades y generalidades referentes de la enfermedad periodontal que será realizado por la doctora:

----- residente de 1er año de Estomatología General Integral en el adulto mayor, y haber recibido los detalles referentes a la misma por parte del autor, estando de acuerdo que los resultados de esta investigación sean publicados y en uso de mis plenas facultades, manifiesto mi disposición de participar en esta investigación, cumpliendo íntegramente con las orientaciones que me sean dadas. Sabiendo que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento de la misma sino fuera mi interés continuar.

Se me ha informado además que los datos aportados por mí solo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización, ni serán usados en otra investigación que no se relacione con esta.

Para que así conste firmo la presente a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo II

Convenio de Trabajo con la dirección de la escuela

Moa, 2020-2022

De una parte: El Departamento de Estomatología del policlínico “Rolando Monterrey Caballero”, de Moa, representada en este acto por la Dra. Diamela Benoit Quintero, en su condición de residente de la especialidad de EGI.

De otra parte: S/I “Camilo Cienfuegos Gorriarán”, de Moa, representado en este acto por la dirección del centro.

Teniendo en cuenta:

*Que entre los problemas detectados al realizarle una encuesta piloto a los escolares de 6to grado, además de los resultados estadísticos del departamento de estomatología de Moa, se encuentra el bajo nivel de conocimientos sobre temas generales de salud bucal.

*Que la Dra. Diamela Benoit Quintero, residente de la especialidad de EGI ha escogido dicha problemática para realizar la investigación de terminación de la especialidad.

Y ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen en este acto, convienen suscribir el presente convenio de trabajo de conformidad con las siguientes cláusulas:

-Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre salud bucal en escolares de sexto grado. Moa 2021.

-Distribuir la muestra según sexo.

-Elaborar y aplicar una estrategia de intervención educativa sobre salud bucal.

-Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención.

2. Actividades a desarrollar

2.1. El S/I “Camilo Cienfuegos Gorriarán”, facilitará con la ayuda de los profesores un horario apropiado que no interfiera en las actividades docentes para la realización de las actividades programadas.

2.2 La coordinadora de la investigación, Dra. Diamela Benoit Quintero, seleccionará, una vez conocido el universo de estudio, escolares que conformarán la muestra.

2.3 Una vez constituido los grupos, se les aplicará una encuesta con el objetivo de medir los conocimientos que sobre temas generales de salud bucal para evaluar el nivel que poseen los mismos antes y después de la intervención capacitante con el fin de comprobar la labor educativa y su asimilación. Además se realizará un control de placa dentobacteriana en cada sesión para medir el comportamiento de la higiene bucal antes y después de la intervención.

2.4 El Departamento de Estomatología garantizará el personal, y medios necesarios para realizar la encuesta.

2.5. El S/I “Camilo Cienfuegos Gorriarán”, y la Dra. Diamela Benoit Quintero garantizarán la actuación como promotores de salud, luego de la capacitación en el ámbito escolar.

El presente convenio entrará en vigor desde el momento de su firma y tendrá un término de vigencia de dos años, siendo prorrogable si una de las partes lo considera necesario, modificable por escrito y acordado por ambas partes.

Y para que así conste, se extiende y firma en 2 ejemplares a su mismo efecto.

Dtor(a). S/I “Camilo Cienfuegos Gorriarán”:_____.

Dra. Diamela Benoit Quintero. Residente de la especialidad de EGI

Dtor(a). Departamento de Estomatología del policlínico:_____.

Anexo III

Consentimiento informado del profesor

Moa, ___ de _____ del _____ “Año _____”

Yo _____, profesor de 6to grado, me comprometo a ayudar y a dar mi apoyo en todo lo que sea necesario para el buen desarrollo de la investigación.

Firma del profesor

Anexo IV:

CUESTIONARIO

FECHA: ___/___/_____

1. ¿Cuántas veces deben cepillarse los dientes en el día?

- a) __ Una vez al día.
- b) __ Después de cada comida y antes de acostarse.
- c) __ Muchas veces al día.

2. ¿Cómo debe realizarse el cepillado dental?

- a) __ Hacia los lados.
- b) __ De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
- c) __ De cualquier forma.

3. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) __ Todos los días
- b) __ Cada 3 meses
- c) __ Nunca

4. ¿Por qué es importante tener mis dientes limpios?

- a) __ Para que se me hagan huecos y manchas
- b) __ Para que los dientes no se me enfermen
- c) __ Para tener una sonrisa agradable
- d) __ Para que se me caigan los dientes

5. ¿Con qué frecuencia debo visitar al estomatólogo?

- a) Todas las semanas
- b) Todos los días
- c) Cada 6 meses
- d) Cuando se tiene alguna molestia
- e) Nunca

6. ¿Qué alimentos ayudan a fortalecer los dientes?

- a) Galletas dulces.
- b) Frutas.
- c) Caramelos.

7. ¿Qué alimentos son dañinos para tus dientes?

- a) Frutas
- b) Los alimentos muy dulces
- c) Los vegetales y ensaladas

8. ¿Es bueno chuparse los dedos?

- a) Si
- b) No

9. ¿Comerse las uñas es malo para los dientes?

- a) Si
- b) No

10. ¿Es necesario visitar al dentista cuando los dientes están sanos?

a)__ Sí

b)__ No

Clave de la encuesta evaluativa.

1. Pregunta 1:
 - Valor de cada inciso: 1 punto
 - Valor total: 3 puntos
 - Respuesta: Adecuado B; no deber marcar A y C

2. Pregunta 2:
 - Valor de cada inciso: 1 punto
 - Valor total: 3 puntos
 - Respuestas: Adecuado B; no marcar A y C

3. Pregunta 3:
 - Valor de cada inciso: 1 punto
 - Valor total: 3 puntos
 - Respuesta: Adecuado B; no deber marcar A

4. Pregunta 4:
 - Valor de cada inciso: 1 punto
 - Valor total: 4 puntos
 - Respuesta: Adecuado B y C; no deber marcar A y D

5. Pregunta 5:
 - Valor de cada inciso: 1 punto
 - Valor total: 5 puntos
 - Respuesta: Adecuado C; no deber marcar A,B,D y E

6. Pregunta 6:

- Valor de cada inciso: 1 punto
- Valor total: 3 puntos
- Respuesta: Adecuado B; no deber marcar A y C

7. Pregunta 7:

- Valor de cada inciso: 1 punto
- Valor total: 3 puntos
- Respuesta: Adecuado B; no deber marcar A y C

8. Pregunta 8:

- Valor de cada inciso: 1 punto
- Valor total: 2 puntos
- Respuestas: Adecuado B; no marcar A

9. Pregunta 9:

- Valor de cada inciso: 1 punto
- Valor total: 2 puntos
- Respuesta: Adecuado B; no deber marcar A

10. Pregunta 10:

- Valor de cada inciso: 1 punto
- Valor total: 2 puntos
- Respuesta: Adecuado A; no deber marcar B

Se suma el total de puntos obtenidos por respuestas en base a 30 considerándose como un nivel de conocimiento:

Adecuado: más de 20 puntos

Inadecuado: menos de 20 puntos

Anexo V

Juegos didácticos

- Rompecabezas
- Ubícame si sabes.
- Numeletras.

Objetivos: Introducir el estudio de un tema.

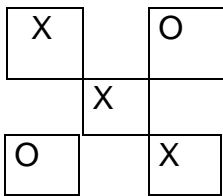
Materiales: Cartulina cuadriculada portadora de números.

Desarrollo: El profesor muestra a los alumnos el tablero o pancarta con el mensaje escondido, les pide que sustituyan cada número por la letra que ocupa ese lugar en el alfabeto.

El texto escondido puede ser un pensamiento, frase célebre, pregunta, tema etc.

La salud se parece mucho a la amistad solo la valoramos cuando la perdemos. Una vez descifrado el tema, se promueve una reflexión sobre el mismo.

- Cero y cruz



- crucigrama

¹ H I G I E N I C O
² P O S T U R A L E S
³ A B I E R T A
⁴ Q U E I L O F A G I A
⁵ D E N T A L
⁶ O N I C O F A G I A
S

1. El buen hábito higiénico garantiza la buena salud bucal
2. Los hábitos posturales incorrectos pueden causar deformaciones de los maxilares como lateralidad mandibular etcétera.
3. La succión del pulgar provoca mordida abierta.
4. El hábito que consiste en morderse el labio es llamado también por los estomatólogos queilofagia.
5. En las personas con los dientes apiñados el uso del hilo dental constituye un hábito beneficioso para mantener limpias las superficies dentarias donde el cepillo no puede llegar.
6. Es el hábito que consiste en comerse las uñas y los estomatólogos lo llaman onicofagia.

**AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA PROVINCIAL DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD.
HOLGUÍN**

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones del municipio de Moa, han revisado el proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán"..

Del autor principal:

Dra. Diamela Benoit Quintero

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

- El proyecto se justifica éticamente por cumplir con los requisitos de idoneidad en relación a los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos participantes de la investigación.
- Cientificidad y conocimiento actualizado de los autores sobre el tema.
- Correcta integración y experiencia del equipo de investigación.
- Formularios adecuados que garantizan la confidencialidad.
- Que establezca ser realizado por los principios de la Declaración de Helsinki.
- Posee un modelo de consentimiento informado que se adecua a las exigencias de este formato, en el mismo se explica de forma detallada los procedimientos e instrumentos que se utilizarán en estos pacientes lo que facilitará el desarrollo de la investigación.

APROBADO POR:

Director de la Institución: _____

Fecha: _____

Firma y cuño: _____

AVAL DEL TUTOR

Holguín

Año 63 de la Revolución.

Por este medio de la presente estamos autorizando al (a la) residente: Diamela Benoit Quintero

Perteneciente al área de: Policlínico Rolando Monterrey Caballero.

Cuya memoria escrita se titula: Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán".

Pudimos corroborar el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Grado de independencia alcanzado.

Desarrollo de habilidades investigativas.

Valor científico de la memoria escrita.

Utilización de la bibliografía relacionada con el tema.

Dedicación y disciplina del trabajo de terminación de la tesis.

Por todo lo anterior damos fe de la veracidad de los aspectos revisados y damos nuestro consentimiento para que el autor se presente al ejercicio correspondiente.

Para que así conste firmo la presente.

Nombre del Tutor:

Firma

AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA
DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD.

Moa

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones en Salud, han revisado el trabajo de terminación de la especialidad:

Título del trabajo: Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán".

Autor Principal: Dra. Diamela Benoit Quintero

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

- Cientificidad y conocimiento actualizado de los autores sobre el tema.
- Diseño muestral que garantiza los principios éticos.
- Formularios adecuados que garantizan la confidencialidad.
- Que establezca 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.

Recomendaciones:

Fecha de expedición del aval:

Presidente del CEIS

MsC .Dra Ana Giselis Suárez Fernández Rubio.

CONSEJO CIENTÍFICO

AVAL DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En sesión ordinaria del consejo científico efectuada el:

Se presentó la solicitud de aval del proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 6to grado del S/I "Camilo Cienfuegos Gorriarán".

Que tiene como investigador principal: Dra. Diamela Benoit Quintero

A ejecutar por la institución: Policlínico Rolando Monterrey Caballero.

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 problema.
- Sobre la adecuada del diseño a los objetivos propuestos
- Sobre el valor de los principales resultados a obtener en la ejecución del proyecto
- Sobre la capacidad de los integrantes del equipo de investigación
- Sobre la factibilidad de ejecución del proyecto

Presidente CC