RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA EN CARIES DENTAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE 6 A 12 AÑOS, DEL I.E.D SIMON BOLIVAR - GAIRA, DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, 2013.

Investigar(es)

FABIO ANDRES DIAZTAGLE CAVARCAS

CEIDY CAROLINA RUBIO MEJIA

KELLY JOHANNA YEPES MORENO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA

SANTA MARTA, D.T.C.H

2013

RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA EN CARIES DENTAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE 6 A 12 AÑOS, DEL I.E.D SIMON BOLIVAR - GAIRA, DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, 2013.

LUIS ARMANDO VILA
Odontólogo.
Mg. Desarrollo Social y Salud Familiar.
Mg. En Ciencias Humanas.
Tutor.

Proyecto de Trabajo de Grado, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo.

Marta Paredes Bermúdez
Enfermera. Epidemióloga. Especialista en Salud Publica.
Aspirante a maestría en Educación
Asesora Metodológica

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
SANTA MARTA, D.T.C.H
2013

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PRESIDENTE DEL JURADO

_____

JURADO

_____

JURADO

Santa Marta, Mayo de 2013

DEDICATORIA

A Dios creador del universo y dueño de mi vida que me permite construir otros mundos mentales posibles. A familia por el apoyo, por el impulso de salir delante de formarme como persona. Mis padres, a mi hermano, y a todos los que se vincularon para la materialización de este proyecto.

FABIO ANDRES DIAZTAGLE CAVARCAS.

A Dios por darme la fortaleza para continuar, a mis padres por darme siempre la guia que necesito en cada trayecto del camino de mi vida, a mi abuela Cristina Moran de Rubio (Q.E.P.D) por guiarme desde el cielo y a todas las personas que colaboraron por llevar a termino esta fase de mi vida.

CEIDY CAROLINA RUBIO MEJIA

A Dios por su incontable misericordia, y bendición dia tras dia, a mis padres por ser mi fortaleza y mi guia en este proceso, a mis hermanos y mi abuela por su memorable apoyo, a mi novio por ser incondicional en todo momento, a mis amigos, quienes cada dia dan una frase de aliento que me llevan a levantarme cada vez que desfallezco.

KELLY JOHANNA YEPES MORENO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus más sinceros agradecimientos a:

A los *DR. LUIS ARMANDO VILA* y *DRA. MARTA PAREDES BERMUDEZ*, por guiarnos y por su dedicación en la realización de este proyecto de grado que enmarca el cierre de un ciclo profesional exitoso y que refleja el aporte de sus valiosas orientaciones y conocimientos en el área para la obtención de los objetivos propuestos en el desarrollo del mismo.

Lic. Elsy Altahona de Manjarrez, Rectora de la Institución Educativa Distrital Simón Bolívar de Gaira, por abrirnos las puertas de la institución y poner a nuestra disposición todos sus recursos para cumplir con las metas propuestas en esta investigación.

A todos ellos muchas gracias…….

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	I
LISTA DE GRAFICOS	II
LISTA DE ANEXOS	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCION	14
2.JUSTIFICACION	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVO	20
4.1 General	20
4.2 Específicos	20
5. MARCO DE MARCO REFRENCIAL	22
5.1 MARCO DE ANTECEDENTES	22
5.1.1 Intervención Educativa Para Modificar Conocimientos Sobre Salud Bucal En Escolares De Tercer Grado. Santiago de Cuba en el año 2000	23
5.1.2 Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños	23
5.1.3 Aplicación de una Programa Educativo a los Escolares sobre Enfermedades de la Cavidad Bucal y Medidas Preventivas	24
5.1.4 Estrategia de intervención para proporcionar conocimientos sobre salud buco-dental a niños de enseñanza	25

primaria
5.2 Marco Referencial 26
5.2.1 Caries Dental 27
5.2.2 Situaciones Clínicas Específicas: Niños De 6 A 12 Años De Edad 29
5.2.3 Indicadores epidemiológicos para la caries dental 30
5.2.3.1 Índice CPO-D 30
5.2.3.2 Índice ceo-d 31
5.3 Marco Teórico 32
5.3.1 Educación para la Salud 32
5.3.1.2 Salud y Educación para la Salud 32
5.3.2.2 La Educación para la Salud en el Marco Comunitario 40
5.3.2.3 Promoción de la Salud en la Actualidad 41
5.3.3 Programas y acciones en Educación para la Salud 48
5.3.4 Modelo De Creencias De Salud 49
5.3.5 Métodos de educación para la salud 50
5.3.5.1 Métodos Directos 51
5.4 Marco Legal 53
5.5 Marco Geográfico 53
6. Diseño Metodológico 54
6.1 Tipo De Estudio 54
6.2 Diseño Metodológico 54
6.2.1 Variables En Estudio 55
6.3 Universo 55
6.4 Muestra 56
6.5 Materiales Y Métodos 56
6.5.1 Primera Fase 56

6.5.2 Criterios De Inclusión 57
6.5.3 Criterios De Exclusión 57
6.5.4 Fuente De Información 57
6.5.5 Segunda Fase: Proceso De Instrumentalización 58
7. **RESULTADOS** 60
8. **DISCUSIÓN** 84
9. **CONCLUSIÓN** 89
10. **RECOMENDACIONES** 91
BIBLIOGRAFIA 92
ANEXOS 94

LISTAS DE TABLAS

Pág.

TABLA No 1. Cuantificación de la OMS para el Índice COP-D……..31

LISTA DE GRAFICOS

Pág.

Grafico Nº 1 Distribución por Edades 60

Grafico Nº 2 Distribución por Sexo 61

Grafico Nº 3 Distribución por Grado de Escolaridad 62

Grafico Nº 4 Distribución por Presencia de Caries 63

Grafico Nº 5 Distribución de Edad Vs Presencia de Caries 64

Grafica Nº. 6 Sexo Vs Cariados 65

Grafico Nº 7 Distribución de COP-D según sexo 66

Grafico Nº 8 Índice COP-D Global 67

Grafica Nº. 9 Tus padres o personas mayores te enseñan a cuidar tus dientes 69

Grafica Nº. 10 En el colegio te enseñan el cuidado de tus dientes 70

Grafica Nº. 11 Te cepillas los dientes 71

Grafica Nº. 12 De que Forma te cepillas los dientes 72

Grafica Nº. 13 Cepillado dental 73

Grafica Nº. 14 Frecuencia de Cepillado 74

Grafica Nº. 15 Que incluyes en tu cepillado dental 75

Grafica Nº. 16 Te Cepillas los dientes despues de cada comida 76

Grafica Nº. 17 frecuencia de visitas al odontologo 77

Grafica Nº.18 Frecuencia de Cepillado 78
Grafica Nº. 19 En que momento te cepillas los dientes 79
Grafica Nº. 20 Opinion sobre el desarrollo de un proyecto de enseñaza en salud oral 80
Grafica Nº. 20 Pregunta 1 de la Estrategia de Intervencion 81
Grafica Nº. 21 Pregunta 2 de la Estrategia de Intervención 82

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO 1. Instrumento De Recolección De Datos 95
ANEXO2. Didácticas Flexibles En El Aprendizaje De Salud Oral 99
ANEXO 3. Operacionalización De Variables 108
ANEXO 4. Tabla No. 1 Edad 109
ANEXO 5 Tabla No. 2 Sexo 109
ANEXO 6 Tabla No. 3 Grado Escolar 110
ANEXO 7 Tabla No. 4 Presencia De Caries 110
ANEXO 8 Tabla No.5 Edad Vs Presencia de Caries 111
ANEXO 9 Tabla No.6 Índice COP-D 112
ANEXO 10 Tabla No.7 Tus padres o personas mayores te enseñan a cuidar tus dientes 113
ANEXO 11 Tabla No. 8 En el colegio te enseñan el cuidado de tus dientes 113
ANEXO 12 Tabla No. 9 Te cepillas los dientes 114
ANEXO 13 Tabla No. 10 De que Forma te cepillas los dientes 114
ANEXO 14 Tabla No. 11 Cepillado dental 115
ANEXO 15 Tabla No. 13 Que incluyes en tu cepillado dental 116
ANEXO 16 Tabla No. 14 Te Cepillas los dientes despues de cada comida 116
ANEXO 17 Tabla No. 15 Frecuencia de visitas al odontologo 117
ANEXO 18 Tabla No. 16 En que momento te cepillas los dientes 118
ANEXO 19 Tabla No. 17 Opinion sobre el desarrollo de un proyecto de enseñaza en salud oral 119
ANEXO 20 Tabla No.18 Pregunta 1 de la Estrategia de Intervencion 120
ANEXO 21 Tabla No. 17 Pregunta 2 de la Estrategia de Intervención 121
ANEXO 22. Registro Fotográfico 122

RESUMEN

La educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud.Lo anterior se convirtió en el principal motivo para desarrollar la presente investigación de tipo descriptivo que tiene como Determinar la relación entre la prevalencia en caries dental y el nivel conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013; en los cuales a través de él examen clínico y el índice de COPD se seleccionaron 229 niños con prevalencia en caries de primaria hasta sexto grado de bachillerato, se aplicó un cuestionario que contenían 10 preguntas relacionadas con conductas de autocuidado en salud oral, que sirvió para estimar la información que poseían antes de la intervención. Los resultados obtenidos respecto al índice COP-D global arrojaron un valor de 4.7 y al individualizarlos por género mostro un mayor valor para el sexo femenino (4.4) que para el masculino (4.5). Concluimos que no existe relación entre el nivel de conocimientos sobre educación para la salud oral con la prevalencia de caries; pero luego de la acción educativa, el modelo de intervención educativa mostró ser eficaz, al modificarse favorablemente los conocimientos sobre salud.

Palabras Claves: Educación, Salud Oral, Caries.

INTRODUCCIÓN

La salud pública tiene hoy en día muchos objetivos primordiales para modificar la conducta individual de las personas que se encuentran vulnerables a muchas enfermedades, con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar; ya sea mediante estrategias políticas, o a través de los medios de comunicación u otros enfoques de tipo comunitario.

Para la adopción de nuevos comportamientos saludables, se debe tener en cuenta que las personas necesitan tener conocimiento sobre que hacer y como hacerlo; para esto es necesario una información científica, que fomente la aparición de nuevas creencias que la incluyan, como mezclar las tradiciones culturales de los grupos humanos, que por medio de actitudes, comportamientos y valores, trasmitidos por la televisión, la radio, y educación, reafirmados por las empresas de salud, influyendo así en los individuos el valor que tiene poseer hábitos saludables; promoviendo su motivación hacia el autocuidado y en su autorresponsabilidad con respecto a la salud.

La educación para la salud oral es una parte esencial de la actividad profesional y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una

actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud. [1]

El objetivo fundamental de la educación para la salud es producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes, de esta forma facilitando la adquisición de habilidades y originando en algunos casos modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida[2].

Teniendo en cuenta esta realidad y conociendo que tradicionalmente los programas de educación para la Salud se han centrado preferentemente en trasmitir información, La Atención Primaria de Salud es una estrategia destinada a promover salud, así como prevenir y curar enfermedades en familias, comunidades e individuos a través de acciones en individuos sanos y enfermos.

El fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva a elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

[1] EKSTRAND KR, Kuzmina IN. Two and a Half-Year Outcome of Caries- preventive Program Offered to Groups of Children in the Solntsevsky District of Moscow. Caries Research; 34: 8 - 19. (2000).
[2] BLINKHORN A. S. Dental Health Education: What Lessons Have we Ignored?. British Dental Journal; 184: 58-59. (1998)

El desarrollo del componente pedagógico se promueve mediante técnicas educativas al conocimiento y reflexión en temas relacionados con la salud oral y la responsabilidad del auto cuidado como factor clave para cultivar la salud individual, de la familia y colectiva. Para lograr resultados concretos a través de la promoción hay que actuar en edades susceptibles a los cambios. Si en el período de edad 6 a 12 años se desarrolla el aprendizaje imitativo de la conducta y se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno y malo se consideraría el momento idóneo para el desarrollo de comportamientos saludables, el impacto sería mayor[3].

Debido a la necesidad considerada de construir nuevos modelos pedagógicos que permitan facilitar el aprendizaje, formar para la vida, desarrollar procesos humanos y preparar a la población para una transformación cultural y social en salud oral, se diseñó una estrategia educativa en forma de taller didáctico fundamentada en los conocimientos, actitudes y prácticas de la misma población y en una estrategia preventiva en salud oral. El objetivo de este trabajo es determinar la relación que existe entre la prevalencia en caries dental y el nivel de conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013.

[3] Dueñas Becerra J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. Rev Cub Ed Med Sup 1999;13(1):92-8. [Acceso 13 Oct 2007]

2. JUSTIFICACION

Las dificultades de salud bucal por las cuales se encuentra pasando el territorio colombiano, incluyendo Santa Marta, e involucra la población infantil, afectado el sector educativo, hace tener la urgencia de buscar una solución a esta situación.

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes.

La necesidad de realizar este estudio que se encuentra basado en dos momentos, el primero en identificar la prevalencia de la caries y aplicar un test para determinar el nivel de conocimientos que tiene la población en estudio sobre conductas de autocuidado y de apoyo sobre salud oral; y un segundo momento en un estrategia de educación, para la modificación de actitudes y comportamientos sigue el eje promocional cumpliendo con el paradigma actual de la medicina preventiva, y la aplicación de otro test para evaluar los conocimientos sobre salud oral; de tal manera que se obtienen dos resultados de conocimientos: antes y después de la acción participativa.

Es de observar que a pesar de todas intervenciones aplicadas a nivel nacional, no se tiene conocimiento de un proyecto desarrollado a nivel de la ciudad de Santa Marta en lo que involucra la educación para la salud oral, es por ello que es competente para nosotros ejecutar un

plan de intervención basado en la prevención y promoción de la salud de estudiantes de 6 a 12 años del I.E.D Simón Bolívar – Gaira, para de esta manera observar y analizar si la educación para la salud oral reduce los indicadores de prevalencia de la caries y todas las enfermedades bucodentales.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El avance de la medicina ha traído consigo una serie de estrategias para la prevención y promoción de la salud, la cual contiene un sin número de aspectos que juegan un papel importante en el estilo de vida de las personas. Por tanto, no se debe excluir la salud bucodental, ya que las enfermedades bucodentales afectan la integralidad de los individuos, y conducen consecuencias fisiológicas aun más complejas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres: Al anunciar las conclusiones del Informe Mundial sobre Salud Bucodental, la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental[4].

En los últimos años, en Colombia se ha observado una mejoría en los indicadores de caries dental en la dentición decidua (Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB III)[5], sin embargo a pesar de esto, no se ha alcanzado la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000, ya que el 50% de la población de 5 años se encuentra libre de caries, pudiendo reflejar esto baja la efectividad de los programas preventivos existentes para estas edades. Esta

[4] OMS. The World Oral Report. 2003.
[5] MINPROTECCION. Descripción de la situación de salud bucal. ENSAB III. Pág. 7-11. 1998.

situación es notoria en algunas regiones del país, principalmente en estratos socioeconómicos bajos.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, se logra observar que las cifras aun son considerablemente altas, y que prevalecen grandes porcentajes en la población infantil, y se necesita continuar trabajando para lograr disminuir mucho más los índices de caries y enfermedad periodontal en los niños y niñas, que son quizás las alteraciones que mas se presentan. Por tal razón el conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica.[6]

Al respecto algunas subregiones están más cerca de esta meta con proporciones de niños de 5 años sin historia de caries superiores al nacional como: Cali (63.9%), Andén Pacífico (58.4%), Barranquilla (55.0%), Medellín (52.6%) y San Andrés y Providencia (51.9%). Igualmente están más cerca los niños de la zona urbana (42.8%) en comparación con los de la zona rural (32.0%).[4]

La higiene oral adecuada es prioritaria si se quiere evitar o aliviar las enfermedades bucales. Existen una serie de razones que hacen necesaria la realización de prácticas de higiene oral con la ayuda de otra persona, como es el caso de presentar un estado de salud general mermado, pobre control de las mejillas, labios o lengua, disfunción de brazos y manos. Los padres o cuidadores del niño pueden intentar que

[6] ESPINOSA GONZALEZ, op. cit.

éste adquiera la responsabilidad de su propia higiene oral, pero es imprescindible que siempre esté supervisando la realización de ésta.

Por lo tanto, todas las problemáticas anteriormente descritas, nos permiten inferir que existe una gran necesidad de crear una investigación en un colegio de Santa Marta, que lleva por nombre I.E.D Simón Bolívar – Gaira y especialmente en los estudiantes que se encuentren en el grupo de edad de 6 a 12 años, para identificar la prevalencia de caries dental y deficiencias que presentan sobre la salud oral, y plantear para estos niños estrategias en salud oral que logren motivar la adopción de hábitos higiénicos de la cavidad oral y su sostenibilidad. Por todas las anteriores razones, cabe preguntarse...

¿Cuál es la relación entre la prevalencia en caries dental y el nivel de conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013?

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la prevalencia en caries dental y el nivel de conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a los escolares seleccionados teniendo en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de conocimientos)
- Medir la prevalencia de caries según el índice de COP-D en los estudiante de 6 a 12 años, de el I.E.D Simón Bolívar – Gaira, de la ciudad de Santa Marta, 2013.
- Desarrollar una estrategia de enseñanza que favorezca la promoción de la salud oral: de estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de Santa Marta, 2013
- Describir las conductas de apoyo que reciben los niños en el colegio y en la casa.
- Describir las conductas de autocuidado que tiene el niño según el cuidado de los dientes.
- Medir el nivel de aceptación de los estudiantes en cuanto a la estrategia de enseñanza aplicada.
- Implementar la estrategia a niños y niñas de 6 a 12 años con prevalencia en caries.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Marco de Antecedentes

Desde el inicio de los tiempos el ser humano se ha enfrentado a diferentes fenómenos, los que han generado diversas enfermedades; a medida que se generaba la evolución se fueron superando algunas y apareciendo otras, las cuales dependen de los factores involucrados.

Una de las principales enfermedades que ha trascendido con el pasar del tiempo es la caries dental, siendo una de las principales afecciones en el mundo y que la OMS ha tratado de generar una baja considerable en la incidencia de está en toda la población mundial, lo que se ha logrado y evaluado con la realización de diversos estudios generando grandes expectativas en los países industrializados.

En Colombia aun los índices de prevalencia son altos aunque han disminuido en comparación a tiempos pasados, demostrando así que la caries dental sigue afectando a la población colombiana en una alta tasa, aunque existan programas para la promoción y prevención en salud oral los cuales aunque han ayudado a disminuir la prevalecía siguen siendo insuficientes para lograr la meta propuesta por la OMS para el 2020.

A continuación se exponen diferentes artículos los cuales constituyen el referente científico que sirvió de base para el desarrollo del proceso investigativo.

5.1.1 Intervención Educativa Para Modificar Conocimientos Sobre Salud Bucal En Escolares De Tercer Grado. Santiago de Cuba en el año 2000.

Resumen

Se realizó un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998, para lo cual se aplicó un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos bucales deformantes, que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa "Salud bucal", con técnicas educativas y afectivoparticipativas, complementado con el juego "Salud bucal" como retroalimentación. La evaluación efectuada 3 meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto[7].

5.1.2 Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños

Resumen

Con el objetivo de determinar la influencia de las técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en niños se realizó un estudio de intervención en el consultorio 61 área Oeste de la ciudad de Camagüey. La muestra quedó constituida por 35 infantes. Se realizarón

[7] Limonta Vidal Elena; Araujo Heredia Teresita. Medisan 2000

dos exámenes; el primero antes de las actividades educativas y el segundo concluidas estas, se les tomó el Índice de Análisis de la Higiene Bucal de Love, el Índice MEDI-MED de Rossetti y una entrevista estructurada para valorar el nivel de información. Se ejecutaron dos sesiones educativas mensuales durante un trimestre. Como conclusión se obtuvo que dichas técnicas constituyeron una opción válida para la promoción de salud bucal porque después de ejecutadas casi la totalidad de los pequeños obtuvieron bien en la eficiencia del cepillado, predominando las mentes y encías sanas, el promedio de dientes permanentes sanos no sufrió cambios y el nivel de información satisfactorio fue alcanzado por la mayoría[8].

5.1.3 Aplicación de una Programa Educativo a los Escolares sobre Enfermedades de la Cavidad Bucal y Medidas Preventivas.

Resumen

Actualmente existe un consenso sobre la importancia de medir en la población estudiantil el nivel de conocimiento sobre salud oral y el impacto de las intervenciones educativas. La enseñanza de la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública. Con el objetivo de aplicar un programa educativo (PE) sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas se

[8] Tan Suárez Nerys Tayme. Alonso Montes de Oca Carmen. Rev Hum Med v.3 n.2 Ciudad de Camaguey maio-ago. 2003

determinó el nivel de conocimiento (NC) de los escolares. Materiales y métodos: Se realizó una investigación cuasiexperimental antes y después de la aplicación del PE. Ochenta y cinco (85) escolares entre 6 y 10 años de edad cursantes del primero y segundo grado representaron la población del estudio. Se entrevistó a 66 niños que asistieron el día que se inició la investigación. En sesiones sucesivas se aplicó el PE para medir el NC sobre salud oral y prevención de enfermedades orales. Resultados: Antes de la aplicación del PE, el NC sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El NC sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del PE a 50% después de su aplicación. Al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa (p=0,001). Conclusiones: Existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y a modificar hábitos[9].

5.1.4 Estrategia de intervención para proporcionar conocimientos sobre salud buco-dental a niños de enseñanza primaria.

Resumen

Se realizó un estudio de Intervención Educativa Pre-Experimental con diseño de antes y después en 72 niños y 16 maestros pertenecientes al sexto grado de la

[9] Dávila ME, Mojica de G, M. Acta Odontológica Venezolana. Volumen No. 3-2008.

Escuela Primaria “Pablo Casanova” y a prestadores de servicios de salud de la Policlínica “Chiqui Gómez” en Santa Clara, de septiembre del 2005 a Junio del 2006, con el propósito de elevar la educación Sanitaria buco-dental de los escolares. Se aplicaron cuestionarios a cada uno de los niños y maestros al inicio y final de la intervención. Se determinaron inicialmente las necesidades de aprendizaje y finalmente la efectividad de las actividades elaboradas. Resultó que antes de la intervención ningún niño practicaba la frecuencia adecuada de cepillado, ni conocía el momento oportuno para efectuar el mismo, luego de recibir las actividades la mayoría de ellos ya lo conocen (91,7% y 90,3%) respectivamente. Después del desarrollo de las actividades el 100% de los maestros expresan acertadamente la definición de salud. De forma general en los niños y maestros se observan diferencias significativas entre lo que conocían antes y después de la intervención, lo que se comprobó con el Test de Mc Nemar. Concluimos que las actividades contribuyeron a elevar la educación sanitaria buco dental de los escolares, siendo efectiva en la mayoría de los temas abordados[10].

5.2 Marco Referencial

La caries dental es la enfermedad bucal crónica mas prevalente en los humanos. Generalmente empieza temprano después de la erupción de la dentición primaria en la niñez y continua desarrollándose en la adultez.[11]

Prácticamente el ciento por ciento de los adultos padecen de caries dentales en los países industrializados. En el Tercer Mundo, la

[10] Otero Martínez Jorge. Odontología y estomatología, medicina preventiva y salud publica, pediatría y neonatología. 2007.

[11] OTAZU ALDANA, Claudia, PERONA MIGUEL DE PRIEGO, Guido. Técnicas Restaurativas Atraumatica, Conceptos Actuales. Rev. Estomatología. Herediana, Jun./2005, vol. 15, N° 1, pág. 77-81.

enfermedad ha aumentado con extrema rapidez en el curso de los dos últimos decenios, sobre todo en los países donde la población ha empezado a ingerir más hidratos de carbono y alimentos refinados. Esta conclusión corresponde a un informe preparado por el doctor Pedro A. Leus, odontólogo del servicio de salud bucodental de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El doctor Leus recuerda que la caries dental es una enfermedad antigua, pero que, sin embargo, en la antigüedad no solía ser frecuente, mientras que con el desarrollo industrial de la sociedad ha aumentado en forma extremadamente rápida. En la actualidad, prácticamente el ciento por ciento de los adultos y el 90% de los niños de edad escolar de los países de Europa, Estados Unidos, la mayoría de los países de América Latina y diversos países de otras regiones padecen de caries dental.[12]

5.2.1 Caries Dental

La caries dental es una enfermedad localizada sobre las superficies duras del diente, de naturaleza infecciosa, caracterizada por la perdida de minerales causada por la acción intermitente de ácidos orgánicos resultantes del metabolismo bacteriano de los carbohidratos de la dieta.[13]

[12] www.elpais.com, 2 de Mayo de 2008.
[13] CARDENAS JARAMILLO, Darío. Fundamentos de la Odontología Pediátrica. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas, 2003, p. 133.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, lo que significa que deben concurrir varios factores para que se desarrolle. Hasta el momento las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

1. **La Anatomía**: existen zonas del diente que favorecen la retención de placa o que el acceso de saliva este limitado. Por ello, las zonas más predispuestas a la caries son las fosas y fisuras y las superficies proximales, especialmente en la zona cervical al área de contacto.[14]

2. **Dieta**: los patrones de alimentación y los alimentos son factores importantes que afectan la rapidez para el desarrollo de caries. La razón es una película pegajosa de bacterias, llamada placa, que se forma constantemente en los dientes y las encías. Cada vez que las bacterias entran en contacto con azúcar o almidón en la boca, producen ácidos que atacan los dientes produciendo así la aparición de caries.[15]

3. **Bacterias**: sobre la superficie del esmalte recién pulida se forma rápidamente una capa orgánica acelular denominada película adquirida, implicando en su formación saliva, productos bacterianos y fluido gingival.

A las 24 horas las bacterias a adhieren a los receptores de la película adquirida mediante adhesinas, fimbrias y fuerzas electrostáticas. Los primeros microorganismos suelen ser bacterias cocos gram positivos,

[14] BOJ, Juan, CATALÁ, M, et al, Odontopediatria, España, Elsevier, 2004, cap 11.
[15] www.ada.org.

principalmente estreptococo, posteriormente otras bacterias se adhieren sobre la superficie dentaria o específicamente a las células ya adheridas (coagregacion); a los 7 a 14 aparece los últimos colonizadores anaerobios obligados.

4. **Tiempo**: la placa bacteriana debe ser eliminada ante que se calcifique, si la eliminamos con la higiene antes no se producirá caries.[16]

5.2.2 Situaciones Clínicas Específicas: Niños De 6 A 12 Años De Edad

Las superficies oclusales de los primeros y los segundos molares son las más vulnerables al ataque de la caries dental. El periodo critico abarca desde la aparición del molar en la boca, hasta hacer contactos con el antagonista, un año en promedio. Durante este tiempo el molar se encuentra en infraoclusion lo que dificulta la remoción de la bio-masa bacteriana mediante las técnicas convencionales de higiene oral. Es necesario indicarle al paciente como hacerlo, modificando las técnicas de cepillado dental de acuerdo con las circunstancias individuales, diseñando estrategias de prevención que permitan velar al niño con mayor frecuencia durante ese año.

Otras superficies muy susceptibles en la edad de los 6 a los 12 años de edad es la mesial de los primeros molares permanentes. De todas las superficies proximales este es la que demanda mayor atención, a los 12

[16] BOJ, Juan, op cit.

años de edad el 90% de las restauraciones proximales colocadas se encuentran sobre esta superficie.[17]

5.2.3 Indicadores epidemiológicos para la caries dental

5.2.3.1 Índice CPO-D:

C ⟶ CARIADOS
P ⟶ PERDIDOS
O ⟶ OBTURADOS

Desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran solo 28 dientes.

[17] CARDENAS JARAMILLO, op cit., p. 162ñ

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

5.2.3.2 Índice ceo-d:

C ⟶ CARIADA
E ⟶ EXTRAIDOS (Extracción Indicada)
O ⟶ OBTURADA

Adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.
En Aquellos niños con dentición mixta, se debe considerar tanto el índice COPD como el ceo-d.[18]

TABLA No. 1

Cuantificación de la OMS para el índice COPD		
0,0 a 1,1	**:**	**Muy Bajo**
1,2 a 2,6	**:**	**Bajo**
2,7 a 4,4	**:**	**Moderado**
4,5 a 6,5	**:**	**Alto**

[18] www.sld.cu/indicadores epidemiológicos, 17 de Mayo de 2008.

5.3 Marco Teórico:

5.3.2 Educación para la Salud

5.3.2.1 Salud y Educación para la Salud

En cualquier sociedad o comunidad, la salud representa un fin -un indicador o referente si se prefiere- de indudable relevancia a la hora de hablar de calidad de vida. Es una cuestión sumamente compleja en la que conviven distintos aspectos, muchos de carácter social, entre los que se encuentran los relacionados con el ámbito educativo fuertemente conectados.

El concepto de Educación para la Salud (EpS) está relacionado con la concepción que se tenga de salud, la cual se ha ido modificando con el paso del tiempo. Actualmente se contempla en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel. La clásica definición de salud que recoge el Glosario de Términos -editado en 1948- por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad", supuso un avance en su concepción y un cambio cualitativo en los planteamientos futuros, sobre todo por el carácter holístico que dio a la salud. Sin embargo, esta definición fue criticada por carecer de referencias a los aspectos espirituales de la salud y del bienestar, por ser excesivamente utópica (ya que el completo estado de bienestar no existe), por no expresar suficientemente la interacción dinámica de los distintos aspectos físicos,

mentales y sociales, incluso por su carácter subjetivo, en el sentido que obvia los aspectos objetivos (capacidades de funcionar)[19].

La OMS ha completado -matizado- esta definición: en 1969 hizo hincapié en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, al señalar la EpS como "el proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influencian las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud". Otra definición de la OMS es sumamente clara y concisa: "es esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos".

Segovia de Arana señala que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, ni un estado de bienestar físico, mental y social, ya que según esto, difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana. Si la salud se identifica con el bienestar y la felicidad, estaremos persiguiendo siempre una utopía, lo que nos conducirá a una continua e insaciable demanda de los cuidados sanitarios, generadora de gastos inútiles y posiblemente también de situaciones neuróticas. La salud consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo, y no sólo de disponer de bienes o medios que produzcan bienestar. Los que son capaces de controlar su cuerpo,

[19] Morón M. Juan A. Temas Transversales para la Pedagogía de los Valores. Capitulo 6, Educación para la Salud y Para el consumo. Calidad de Vida, Pág. 5. Editorial Docencia. Buenos Aires, 2000

de poseerlo y apropiárselo, tienen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material (más que un "hecho" sería un "valor" y no tendría sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores)[20] , la salud es un concepto individual que se nutre o deriva de la idea que debe predominar en una sociedad determinada. En cada entorno concreto, se produce una notable carga cultural histórica que de alguna manera tiene que influir en la elaboración y el ejercicio del concepto personal de salud. La idea moderna la considera como "un valor personal, una apropiación e instalación del individuo en su propio cuerpo y no simplemente el bienestar físico, psicológico y social".

Se pueden identificar dos etapas distintas en la evolución del concepto de EpS. Una clásica, hasta la década de 1970, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo. Posteriormente se incorporó la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

Así, la definición de salud se ha movido desde la rigidez clásica de la ausencia de la enfermedad a la maleable del completo estado de bienestar, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, dando lugar a distintas metodologías para acercarse a la

[20] Segovia de Arana, J. M. (1994). "La evolución de la medicina científica y la asistencia sanitaria", en Díez Hochleitner, R. (Dir.). Aprender para el futuro. Educación para la Salud. Madrid, Fundación Santillana, 125-130

realidad sociosanitaria de las clases sociales.[21] Del primer caso se deriva una perspectiva apoyada en modelos matemáticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbimortalidad y, aunque en menor grado, de las de tipo social. Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas, estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases por medio de la creación de grupos de variables tipo, más concretamente, de "estilos de vida" o "hábitos saludables". En ambos casos las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas.

La OMS[22], en su 36 asamblea (1983), definió la educación para la salud (EPS) como cualquier combinación que llevan a una situación en la cual las personas sean capaces de alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten, este debate se fundamenta en entender el concepto de educación y salud, bajo la premisa que educar para la salud es poner la educación al servicio de la salud. Así, se puede comprender que informar puede formar parte del proceso de educar, pero no es educar. Educar para la salud exige combinar un modelo planificado, distintas experiencias de aprendizaje con el fin de facilitar la adquisición de comportamientos sanos de manera voluntaria, por lo cual la función del educador es conseguir que el comportamiento se adquiera de la forma más fácil posible.

[21] Ponce, J. A; Muriel, R. y Gómez de Terreros, I. (1997). Informe SIAS (Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad). Sevilla, Sección de Pediatría Social-Asociación Española de Pediatría.

[22] La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, define la salud como un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta se puede ver afectada por diferentes factores, ya sean de tipo genético, ambiental o social desencadenando alteraciones como la malnutrición[23].

Los organismos internacionales, como la ONU y la UNESCO demuestran que la mayoría de la población mundial no tiene acceso a la educación ideal, que altos porcentajes son analfabetos e ignorantes, que una muy alta proporción de ella no tiene educación primaria, ni básica y mucho menos profesional. Esta situación negativa impide que la educación para la salud bucal tenga una amplia cobertura poblacional y por ese motivo no es una medida de prevención específica de gran impacto.

Si el estado y las asociaciones o agremiaciones académicas científicas realizaran una permanente e impactante acción educativa en las comunidades, se lograría una alta reducción de las patologías bucodentales. No se puede dudar del impacto que produce la educación, los cambios y el beneficio que produce en la población. En programas de salud bucal hay experiencias que demuestran que con solo realizar programas de educación en salud bucal se logran reducciones de la caries dental y las periodontopatias en altos porcentajes.

[23] Organización Mundial de la Salud. (1946). http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html; (02-20-2011)

El carácter dinámico de la salud establece la posibilidad de influir positivamente mejorando los niveles de salud de los individuos y las poblaciones, en una tarea de sin límites. No obstante, los niveles de salud de los individuos están condicionados por factores como el medio ambiente y los estilos de vida en gran proporción; es decir, factores difícilmente modificables sin el esfuerzo coordinado de la comunidad y que exceden al enfoque biomédico tradicional.

Al hablar de salud, por lo tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos de índole social, referidas al contexto social, que en gran medida determinan a aquélla. La salud es una cuestión global y no puede hablarse de la salud en un contexto geográfica reducido, aunque existen aspectos que dependen de las condiciones concretas de un lugar determinado: la interrelación entre la salud y el entorno dependen de "condiciones planetarias", como una tarea transdisciplinar.

De la consideración que se tenga de salud, emana una concepción de Educación para la Salud (y de Promoción de Salud). También aquí podemos encontrar múltiples definiciones (Morón, 1997b). Calvo Fernández y otros[24] revisan distintas definiciones, señalando que los múltiples conceptos de EpS podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, aunque todas tienden, como objetivo común, a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una salud positiva.

[24] Calvo Fernández, J. R. et al. (1996). "Educación para la Salud. Conceptos y Métodos", en Macías, B. E. y Arocha, J. L. Salud Pública y Educación para la Salud. Las Palmas, ICEPSS, 371-380

Para la National Conference on Preventive Medicine (Estados Unidos, 1975), la EpS es un "proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, promueve los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos". Para los autores citados, ésta es la definición más completa, pues incluye una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vidas saludables y una conducta positiva hacia la salud.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Otros términos, como los de "prevención", "promoción de salud" y "educación para la salud", se identifican con asiduidad. S. Barriga[25] resume claramente la distinción entre estos conceptos. Al hablar de promoción se resalta el aspecto positivo en favor de la salud (hacer que las opciones saludables sean más fáciles de realizar); cuando nos referimos a la prevención indicamos lo negativo (estrategias para reducir factores de riesgo, enfermedades específicas o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad); educación para la salud se refiere a un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que los sujetos deseen lo más saludable cuando el entorno les permite elegir entre varias opciones. La promoción de la salud adquiere así extensas connotaciones que superan a las acciones individuales, sociales y comunitarias.

Está claro que la educación para la salud estaría orientada a favorecer estilos de vida saludable, a través de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilidad con la salud propia y la del entorno. Apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludable significa[26]:

- Entender el estado de salud en un sentido amplio. No busca prevenir un problema concreto, sino aportar un bienestar individual y colectivo.
- Promocionar una educación centrada en los aspectos positivos de la salud.

[25] Barriga Jiménez, S. (1995). "Contradicciones en la promoción de salud. La salud ¿para qué?", en Morón Marchena, J. A. (Dir.). Educación para fa Salud en el ámbito comunitario. Diputación de Sevilla, 15-29
[26] Consejo de la Juventud de España (1997). Guía de Prevención de Drogodependencias. Madrid, CJE.

• Crear y construir hábitos y estilos de vida saludables por medio de la responsabilidad individual y colectiva. Promocionar la información necesaria, potenciar habilidades personales, capacitar alas personas para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud, y reforzar factores favorables a realizar elecciones saludables, modificando las que no son.

• Educar para la libertad y la responsabilidad. La educación de toda persona debe aspirar a conferirle el mayor grado de autonomía e independencia.

• Implicar a la comunidad y a los destinatarios y las destinatarias de los diferentes programas.

5.3.2.2 La Educación para la Salud en el Marco Comunitario

Todo proceso educativo está inmerso en un entorno social. Esto significa que la sociedad, y la comunidad en particular, se constituyen en un agente educativo de primordial importancia, y más aún al hablar de EpS. Hoy en día, la salud no puede entenderse sin esa serie de elementos que, de forma ineludible, deben ser tratados. Nos interesa así considerar todos los aspectos referidos a la promoción de salud, fundamentales a la hora de abordar la EpS. Además del entorno social y de la comunidad, existe otro elemento prioritario muy relacionado con los conceptos anteriores: se trata de la participación comunitaria[27].

Partimos de considerar que la salud, y por lo tanto la EpS, se desarrolla en un entorno concreto, en una comunidad. Aunque pueda limitarse a

[27] Morón M. Juan A. Temas Transversales para la Pedagogía de los Valores. Capitulo 6, Educación para la Salud y Para el consumo. Calidad de Vida, Pág. 8. Editorial Docencia. Buenos Aires, 2000

un espacio más concreto -por ejemplo un centro educativo- necesariamente se relaciona con el exterior. ¿Qué se entiende por comunidad y qué elementos la conforman? Flores[28] señala que no se dispone por el momento de un concepto unánime que sea capaz de satisfacer todas las exigencias que la definición del término comunidad se hace acreedora, pues la mayoría de los autores la define haciendo referencia a otros que les precedieron en el tiempo, destacando asimismo los elementos o características más coincidentes.

El concepto de comunidad supone considerar una serie de elementos (San Martín y Pastor, 1984): grupos de población organizados e interrelacionados; la coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada; cierto grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares; cierto grado de comunidad funcional económica; cierto grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local; cierto grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos; existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes educación, la salud, la justicia, la administración local, etcétera.

5.3.2.3 Promoción de la Salud en la Actualidad

La EPS en la actualidad engloba un conjunto de intervenciones de límites imprecisos que pretenden capacitar a los individuos para convertirlos en protagonistas de su propia salud, facilitándoles la

[28] Flores Bienert, M. O. (1996). "Educación y Salud Comunitarias", en Sarlet-Gerken, A.M. Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia. La Transversalidad educativa. Murcia, OM. 65-81.

adopción de comportamientos saludables, actúa en la promoción y restauración de la salud, en las tareas de promoción de la salud (protección y fomento) actúa sobre la población sana, haciendo que:

- Comprenda la necesidad de que se hagan programas de salud.
- Participe activamente en la toma de decisiones de salud pública.
- Apoye las medidas preventivas
- Los individuos modifiquen sus comportamientos insanos.

Por consiguiente, se podría decir que, la educación en salud oral, es la trasmisión audiovisual, oral, escrita o en grabación magnetofónica de conocimientos específicos relacionados con la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades de las estructuras bucodentales.

La educación es una de las armas más importantes en el desarrollo de una persona. Partimos de la base de que los principales responsables de la salud de los jóvenes, son ellos mismos, pero nosotros los educadores debemos contribuir a su educación sanitaria en aras de lograr en ellos no solo conocimientos teóricos en materia de salud oral, sino que cooperen por y para la salud, y se produzcan cambios favorables en sus comportamientos, que redunden en un mejoramiento de su estado de salud bucal.

La educación para la salud bucal debe buscar que los adolescentes sientan que las acciones que realizan sean útiles para ellos y pertinentes. Actualmente, dada la alta prevalencia de algunas enfermedades orales en nuestro país, que pueden ser evitadas en gran

medida mediante el autocuidado, se hace necesario conocer los conocimientos y comportamientos de búsqueda de salud oral de los adolescentes a fin de tomarlos como punto de partida de los programas destinados a mejorar la situación imperante.

Es imprescindible entonces, hacer que los programas de educación para la salud tengan la potencialidad suficiente para que el cambio de comportamiento que se desea obtener se produzca; Para lograr este objetivo es necesario que se consideren previamente los factores predisponentes que tienen el poder de afectar el comportamiento en salud. Estos factores incluyen el grado de conocimientos, valores y actitudes de los adolescentes con respecto a su salud bucal.

El conocimiento sobre salud es necesario antes de que el paciente adolescente tome la decisión de realizar una acción con respecto a su salud, pero probablemente la acción no ocurrirá a menos que el paciente reciba un estímulo capaz de motivarlo a realizar la acción. En este aspecto entran en juego los factores reforzadores, que apoyan las conductas y que comúnmente son los padres, los maestros, educadores de la salud, y principalmente los pares o grupo de amigos, los que influyen positivamente en los adolescentes.

Los medios de comunicación y especialmente la televisión también actúan como factores reforzadores, los programas de educación para la salud en adolescentes deben considerar el máximo de apoyo para los participantes durante el proceso de enseñanza o cambio conductual.

Debido que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de gran rebeldía, confusión, inconstancia, etapas crecientes y decrecientes de

interés en la limpieza, obediencia a la autoridad y aceptación de la auto responsabilidad, tratar a estos pacientes como verdaderos adultos suele provocar una buena respuesta y aparecen así los factores facilitadores que permiten que una motivación o aspiración se realice (habilidad individual, destreza en la técnica de cepillado, manejo del hilo dental, disponibilidad de recursos etc.

A raíz de las cinco estrategias recogidas por la Carta de Ottawa (construir una política pública saludable, crear ambientes sostenibles, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios de salud), se evidencia en la actualidad una serie de hechos, que suponen nuevas estrategias como elementos nucleares de la promoción de la salud:

• Los enfoques para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Los que usan combinaciones de las cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de vía única.
• Los escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la implementación de extensas estrategias. Estos incluyen mega ciudades, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, mercados, escuelas, sitios de trabajo e instalaciones de cuidados de salud.
• La participación es esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos políticos para hacerlas efectivas.
• Aprender salud fomenta la participación. El acceso a la información y la educación es esencial para lograr la participación efectiva y el apoderamiento de la gente y la comunidad.

Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. La promoción de la salud engloba la prevención, pero su campo de acción es mucho más amplio, conceptualmente su base se asienta en dos características de la salud: su carácter dinámico y la influencia de sus determinantes.

En este modelo se pone gran énfasis en los procesos cognitivos que median los cambios de actitudes y conductas. Al respecto el grupo de expertos de Educación para el Autocuidado de la Salud, OMS manifiesta que "no se puede esperar que las personas cambien su comportamiento o adopten nuevos comportamientos si no perciben una base lógica para ese cambio o si los cambios son inconvenientes con sus prioridades".

En este mismo enfoque formativo **La Londe (1974)** publica un trabajo titulado "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses" que complementa y mejora nuevamente los conceptos de prevención a proponer cinco áreas de acción para proteger y mejorar la salud: promoción de la salud, una estrategia reguladora, investigación, eficiencia en los servicios de salud y logro de metas trazadas. En este informe define la promoción de la salud como una estrategia gubernamental dirigida a la resolución de los problemas de salud, proponiendo que las acciones a realizar deberían establecer cambios en los estilos de vida o en el comportamiento, además de definir políticas que favorecieran el mantenimiento de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (1974) plantea el concepto y la perspectiva de salud para todos y establece que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los siguientes decenios debía consistir en "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva". Esta estrategia fue retomada en la declaración de Alma Ata en 1978, definiendo la salud como objetivo social cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y eco nómicos, además del sector salud, señalando la atención primaria en salud como la clave para alcanzar dicha meta.

A estos conceptos sobre salud-enfermedad y prevención, dominantes desde la segunda mitad del siglo XX, se han venido oponiendo lecturas desde la perspectiva de la medicina social que reclaman, frente a la insuficiencia del modelo multicausal, un nuevo lugar para lo social, no como un factor de riesgo más, sino como el escenario de donde proceden los determinantes del proceso salud-enfermedad. Con ello se ha ido abriendo paso a discusiones importantes sobre la diferenciación del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las responsabilidades des del sector salud.

Va quedando claro que la promoción es un concepto y una práctica social ligada a la salud, que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario" La prevención en cambio, es un concepto ligado a la

enfermedad, se utiliza por lo general para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones o circunstancias.

"La prevención es un proceso complejo en donde no es suficiente dar o suprimir, sino además intervenir" La reducción de los factores de riesgo implica estrategias que tengan en cuenta, tanto los procesos biológicos que intervienen en el desarrollo de las enfermedades, como procesos relacionados con el comportamiento personal o los estilos de vida, entendidos éstos como "la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales".

Por lo tanto, en la medida que el comportamiento personal y los estilos de vida están involucrados con una mayor probabilidad de tener problemas de salud, la prevención debe contemplar dentro de sus principales componentes *la educación en salud,* definida como "las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados a una meta predeterminada. La educación en salud, entonces, debe estar siempre ligada a la prevención, como medio susceptible para modificar los comportamientos de riesgo"

5.3.3 Programas y acciones en Educación para la Salud

Los objetivos de la Educación para la Salud deben tender hacia:

• Hacer comprender que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones.
• Contextualizar la salud en situaciones sociales y en las condiciones de vida que influyen en ella.
• Incorporar conocimientos, actitudes y procedimientos que capaciten para la gestión de la salud.
• Adquirir métodos que desarrollen una mentalidad crítica para identificar y eliminar los riesgos para la salud.

Desde un punto de vista metodológico, se han expresado las líneas de actuación de todo modelo de Educación para la Salud:

• Aplicación de una metodología activa y participativa.
• Adaptación a cada realidad concreta, a través de un análisis de la situación de cada entorno.
• Participación de un equipo multidisciplinar en la elaboración, la aplicación, el desarrollo y la evaluación de los contenidos o modelos de Educación para la Salud enriquece todo el proceso (tanto para las fases previas como durante el mismo). De ahí la necesidad de la implicación de los docentes, sanitaristas, miembros de la comunidad, padres, entre otros muchos actores sociales. No sólo debe existir colaboración y

coparticipación a nivel de personas o profesionales, sino también de instituciones, centros sociosanitarios, entidades comunitarias, etcétera.

• Interacción del programa de educación para la salud con otras actividades y programas que se desarrollen en el entorno de la comunidad o del centro-asociación.

La EpS conlleva necesariamente la planificación, la organización y la estructuración de los contenidos a tratar, independientemente del carácter formal o informal que se les dé. No sólo abarca la transmisión de información o conocimientos, pues aún son más importantes los valores, las conductas, los hábitos o las aptitudes que se relacionan con la salud en general. Los objetivos que deberían plantearse, por lo tanto, podrían resumirse en la adquisición de conocimientos, el desarrollo de hábitos, la promoción en general de la salud y la potenciación de los sistemas organizativos adecuados (cooperación de docentes con otros profesionales, participación comunitaria, etcétera)[29].

5.3.4 Modelo De Creencias De Salud

Según este modelo, para que se produzcan un comportamiento importa más lo que creemos que lo sabemos sobre el comportamiento y sus consecuencias. Nuestras creencias (subjetivas) son más importantes que nuestros conocimientos (objetivos). Este modelo explica muchos de nuestros comportamiento inconsistentes con nuestros conocimientos (por ejemplo ¿Por qué una persona culta acude a un curandero para sanarse?).

[29] Morón M. Juan A. Temas Transversales para la Pedagogía de los Valores. Capitulo 6, Educación para la Salud y Para el consumo. Calidad de Vida, Pág. 16, 17. Editorial Docencia. Buenos Aires, 2000

El modelo destaca cuatro tipos de creencias que se han demostrado importantes para la adopción de comportamientos relacionados con la salud:

- Beneficios percibidos en el desarrollo del comportamiento.
- Barreras que el sujeto cree detectar para la adopción del comportamiento
- Gravedad que se deriva del problema de salud al que se asocia el comportamiento
- Susceptibilidad percibida por el sujeto frente al problema al que se asocia el comportamiento. Posteriormente a estas creencias se añaden dos nuevos aspectos:
  - Instrucciones para la acción
  - Auto eficiencia

Aplicar esta teoría en educación para la salud exige trabajar cada una de estas creencias (por ejemplo, no basta con informar a un deportistas sobre la existencia de traumatismo dentales, sino que se precisó convencerle de que él puede sufrirlos, ya que la susceptibilidad no solo alcanza a los demás).

5.3.5 Métodos de educación para la salud

En educación es tan importante lo que decimos como lo que hacemos. Esto hace que se sostenga habitualmente entre educación formal (se hace de manera abiertamente intencionada) y educación informal (no abiertamente intencionada) expresada a través de nuestros comportamientos o de muestro modo de estar.

Los métodos de EpS se empelan para transmitir los mensajes educativos, y varían dependiendo del número y las características de las personas a las que van dirigidos. Si tenemos en cuanta la relación entre el educador y el educando, se clasifican en directos o indirectos.
Así, en los directos existe comunicación entre ambos en las dos direcciones; utilizan la palabra hablada y se emplean en la educación de individuos o grupos. En los indirectos existen distancias en tiempo y/o espacio entre educador y educando, interponiéndose entre ellos diferentes medios técnicos de comunicación, y se emplean en la educación de grupos o colectividades.

5.3.5.1 Métodos Directos

Son los más eficaces, por la estrecha relación entre educador y educando, y por la utilización de la palabra hablada. Al existir contacto entre ambas partes, la comunicación puede ser bidireccional, lo que permite aclara las posibles dudas. A demás, pueden servirse de medios técnicos de ayuda como encerados, transparencias, diapositivas o sistemas audiovisuales. Los principales métodos empleados son entrevista, las clases, las charlas o conferencias y los grupos de discusión. De estos, los más necesarios para el odontólogo son la entrevista y la charla o conferencia.

La escuela es un marco ideal para desarrollar actividades de aprendizaje a todos los niveles, lo que incluye hábitos relacionados con la salud oral. La idoneidad de este marco se debe a la cobertura y a la duración de las intervenciones, que permiten llegar a generaciones enteras

durante un periodo prolongado de tiempo. Es una etapa de gran receptividad, en la que la adopción de nuevos comportamientos es más fácil que en etapas posteriores.

En este ámbito, el maestro o el profesor son los interlocutores adecuados: su papel ejemplar y su capacidad pedagógica los convierten en insustituibles, aunque presentan lagunas formativas en materia de salud que deben ser suplidas por la formación continua y el apoyo de los profesionales sanitarios, que solo excepcionalmente deben actuar como educadores directos del niño en la escuela.

El aprendizaje se considera formal cuando se realiza desde la enseñanza reglada (por medio del diseño curricular y de las materias impartidas), e informal cuando se desarrolla a través del ambiente social en el medio escolar.

5.4 Marco Legal

El presente proceso investigativo se encuentra enmarcado dentro de la Resolución 412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección especifica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud publica. Al igual que la Resolución 0425 del 2008, en la que se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud publica.[30]

5.5 Marco Geográfico

La institución educativa distrital "Simón Bolívar de Gaira", se encuentra ubicada en Cra 10 No 18-83 Gaira de la ciudad de , Santa Marta, D.T.C.H., capital del departamento del Magdalena, ciudad privilegiada por sus grandes bellezas naturales y su valioso patrimonio histórico, con gente noble, alegre y espontaneas, sitios de preferencias de extranjeros y nacionales, pero en la cual se registra un marcado índice de desempleo. El corregimiento de Gaira limita al norte con el cerro de Ziruma y Santa Marta, al sur con el rio Gaira y cerro Mamarón, al este con Santa Marta y quebrada Tamaca, y al Oeste Mar Caribe.

[30] www.minproteccionsocial.gov.co.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación posee un enfoque de tipo descriptivo, debido a que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.[31]

En este caso realizaremos la relación que existe entre la la prevalencia en caries dental y el nivel conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes entre 6 y 12 años de edad del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de Santa Marta.

6.2 DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación posee un diseño explorativo secuencial de tipo derivativa debido a que implica una fase de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008; y Creswell et al., 2008).

DEXPLOS

Derivativa: Morse (1991) determina la distribución de un fenómeno dentro de una población seleccionada. Y así mismo, el dexplos es

[31] Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernadez Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill /interamericana editores, S.A , 2010. Pagina 81.

utilizado cuando el investigador necesita desarrollar un instrumento estandarizado porque las herramientas existentes son inadecuadas o no se pueden disponer de ellas. En este caso es útil usar un diseño exploratorio secuencial de 3 etapas:

1. Recabar datos cualitativos y analizarlos
2. Utilizar los resultados para construir un instrumento cualitativo (los temas y categorías emergentes pueden ser las variables y los segmentos de contenido q ejemplifican las categorías pueden ser ítems, o generarse reactivos para cada categoría).
3. Administrar el instrumento a una muestra probabilística de una población para validarlo[32].

6.2.1 VARIABLES EN ESTUDIO

- Edad
- Sexo
- Grado de escolaridad
- Caries dental
- Conductas de Apoyo
- Conductas de autocuidado

6.3 UNIVERSO

La población general de estudio está constituido por 405 estudiantes de 6 a 12 años de edad en el I.E.D. Simón Bolívar - Gaira, de la cuidad de Santa marta, jornada mañana.

[32] Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernadez Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill /interamericana editores, S.A , 2010. Pagina 564

6.4 MUESTRA:

La muestra se encuentra constituida por 229 estudiantes del I.E.D. Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de Santa Marta que prevalece de caries dental. Seleccionada mediante el examen clínico, con mas importancia el odontograma, realizado para el diagnostico de Caries Dental.

6.5 MATERIALES Y METODOS

6.5.1 Primera Fase

Para llevar a cabo el examen clínico que incluye el odontograma, se utilizó instrumental estéril, conformado por: espejo bucal, explorador doble extremo, pinzas algodoneras.

Basados en las normas de bioseguridad el examinador uso la barreras de protección necesarias, al igual que un par de guantes para cada paciente, gasa, y algodones.

Para identificar los principales factores de riesgo de caries dental en los niños se utilizaron sólo los criterios que estaban disponibles en nuestro servicio estomatológico. Se consultaron las guías prácticas de caries dental y el Programa Nacional de Estomatología. Para determinar el nivel de información sobre caries dental se utilizaron dos instrumentos: Entrevista estructurada a niños

6.5.2 Criterios de Inclusión

- Niños y niñas de 6 a 12 años de edad, cumplidos
- Matriculados y en vigencia que pertenezcan a la institución educativa distrital Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de Santa Marta.
- Niños y niñas de 6 a 12 años que por medio del examen clínico oral prevalezcan de Caries Dental.
- Que sus acudientes acepten que sus hijos participen en el estudio, a través de un consentimiento informado.

6.5.3 Criterios de Exclusión

- Niños y niñas que no se asistan a clases en el momento de la recolección de datos (en el odontograma y pretest).
- Con enfermedades sistémicas y síndromes.
- Con aparatología ortodontica.
- Que sus acudientes o ellos rechacen participar en el estudio.

6.5.4 Fuente de Información

La información se recolectara por medio de un instrumento o ficha que comprende dos partes: información personal del paciente constituida por datos de identificación, edad, y grado escolar.

La segunda parte que incluye, información relacionada con salud bucal, como que son los dientes y su cuidado, importancia de las visitas al odontólogo, y por ultimo la importancia de una buena higiene oral.

La tercera parte está compuesta por el odontograma, donde se registrara el estado de las piezas dentales, basados en el COP-D de Klein y Palmer y el ceo-d de Gruebber (cariadas, perdidas, obturadas, extracción indicada), adicionando convenciones que identifiquen la presencia de sellantes y abscesos.

6.5.5 Segunda Fase: Proceso De Instrumentalización

Para dar comienzo a la actividad pedagógica para la promoción de la salud oral a los niños, se realiza charla emotiva y didáctica, ganándonos las confianza de ellos, preguntando sus nombres?, ¿que es para ellos la boca? ¿Que es para ellos sonreír?
El material didáctico es necesario para poner en marcha y el desarrollo de las actividades en el aula, y que además es una ayuda para la sección informativa.
Las temáticas de la estrategia fueron: La Boca: Sus Componentes Y Funciones, Los Dientes: Clasificación Y Estructura, dentición temporal, dentición permanente, la placa bacteriana, la caries,

Se ejecutó la intervención grupal educativa "Didácticas Flexibles En El Aprendizaje De Salud Oral" para modificar los conocimientos sobre higiene bucal en estudiantes de 6 a 12 años de la institución Simón Bolívar de Gaira, ciudad de Santa Marta en el primer semestre de año 2013, se le implemento esta a 229 niños y niñas con prevalencia en caries.

Se tomó el control y se garantizó la participación de todos los niños en un programa educativo denominado "Didácticas Flexibles En El Aprendizaje De Salud Oral", que incluía una sola sesión luego de la primera intervención donde se realizo el diagnostico de caries; esta sesión fueron apoyadas en técnicas participativas:

Primera parte: presentación, sección informática donde Las temáticas de la estrategia fueron: La Boca: Sus Componentes Y Funciones, Los Dientes: Clasificación Y Estructura, dentición temporal, dentición permanente, la placa bacteriana, la caries.

Segunda parte: aplicación de la cartilla, una didáctica flexible para el aprendizaje de la salud oral, es un método para la enseñanza de algunas temáticas explicadas a los niños previamente de manera sencilla, grafica y divertida.

Esta la conforma actividades donde se puede evaluar la motricidad fina de los niños recortando, armando y pegando un rompecabezas que tiene un mensaje alusivo a la salud oral.

Incentiva a realizar el cepillado de los dientes 3 veces al día o después de cada comida por medio de un calendario donde ellos podrán colorearlo.

7. RESULTADOS

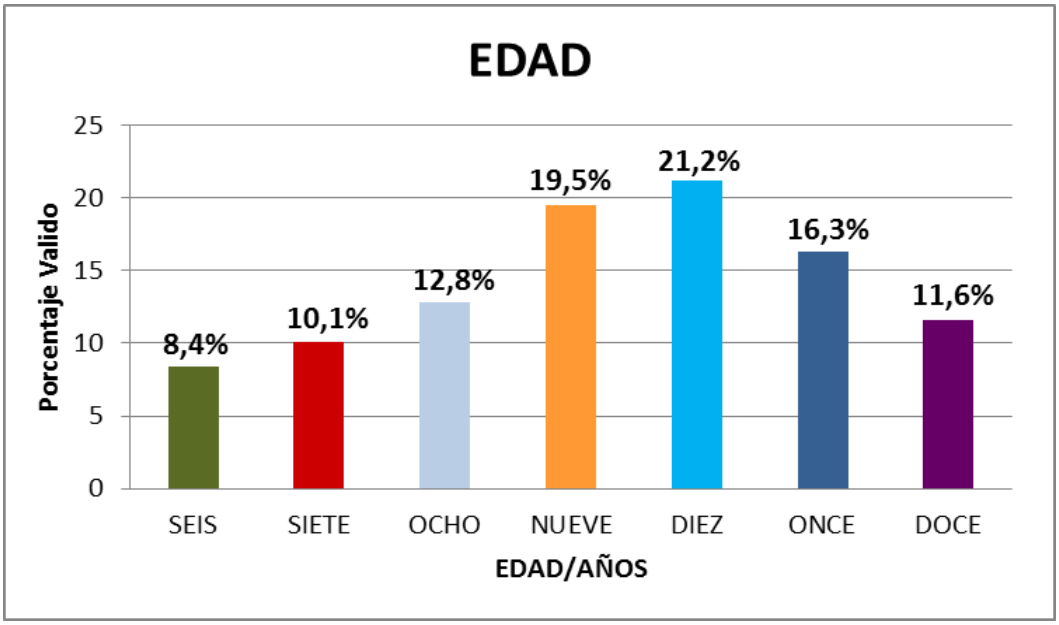


Grafico Nº 1 Distribución por Edades

En cuanto al rango de edades, la proporcion mas grande de edad se encuentra en los diez años con un total de 86 niños (as) equivalente al 21,2% de la poblacion, seguido de los niños en edades comprendidas entre los nueve y once años cuyos porcentajes son 19,5% y 16,3% respecivamente; la edad que menor proporcion presento fue la de seis años con un porcentaje de 8,4%. (Ver anexo 4)

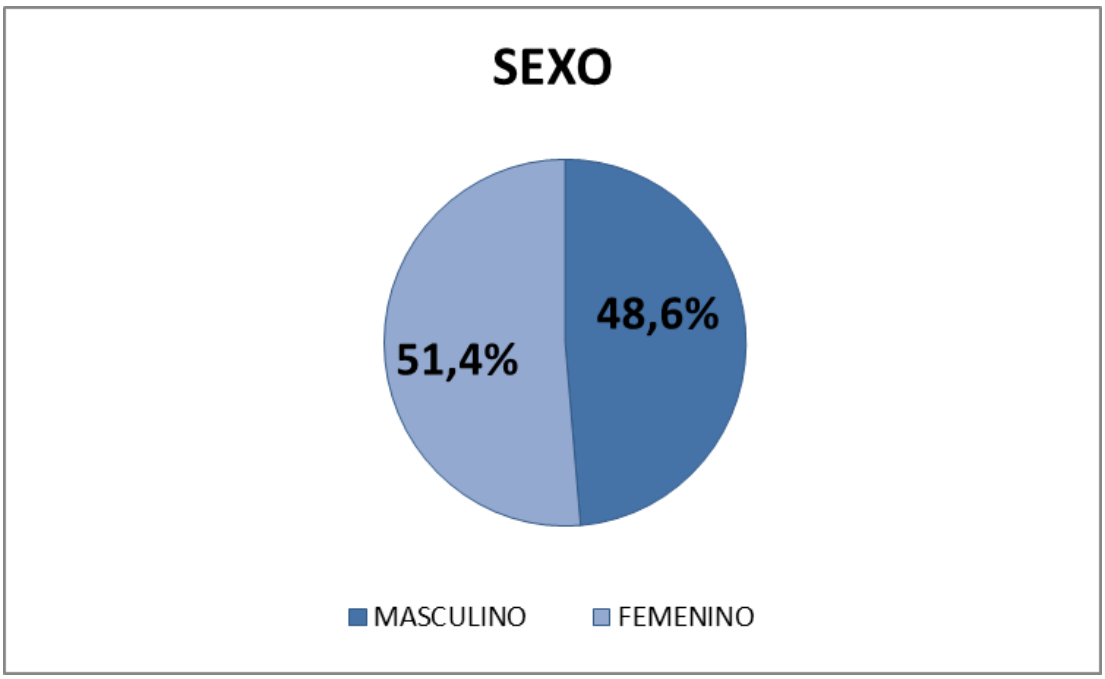


Grafico Nº 2 Distribución por Sexo

Del total de la muestra obtenida que fue de 405 participante, se encontró una distribución por sexo correspondientes al 48,6% género masculino equivalente a 197 niños y 51,6% para el género femenino, correspondiente a 208 niñas. (Ver anexo 5)

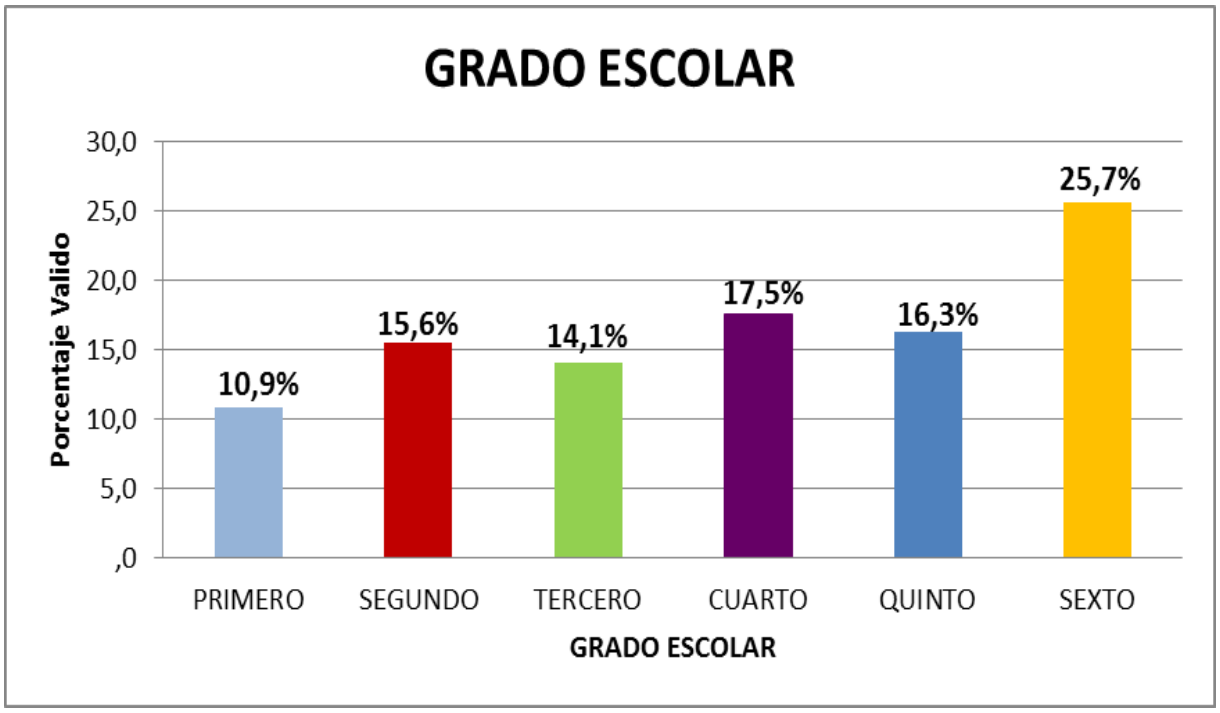


Grafico Nº 3 Distribución por Grado de Escolaridad

Otra de las variables contempladas en el presente estudio fue grado escolar, donde la mayor población se concentro en sexto grado con un porcentaje 25,7% equivalente a 104 niños(as) del total de la muestra, y la menor población se encontró en primero grado con un 10,9% correspondiente a 44 niños(as). (Ver anexo 6)

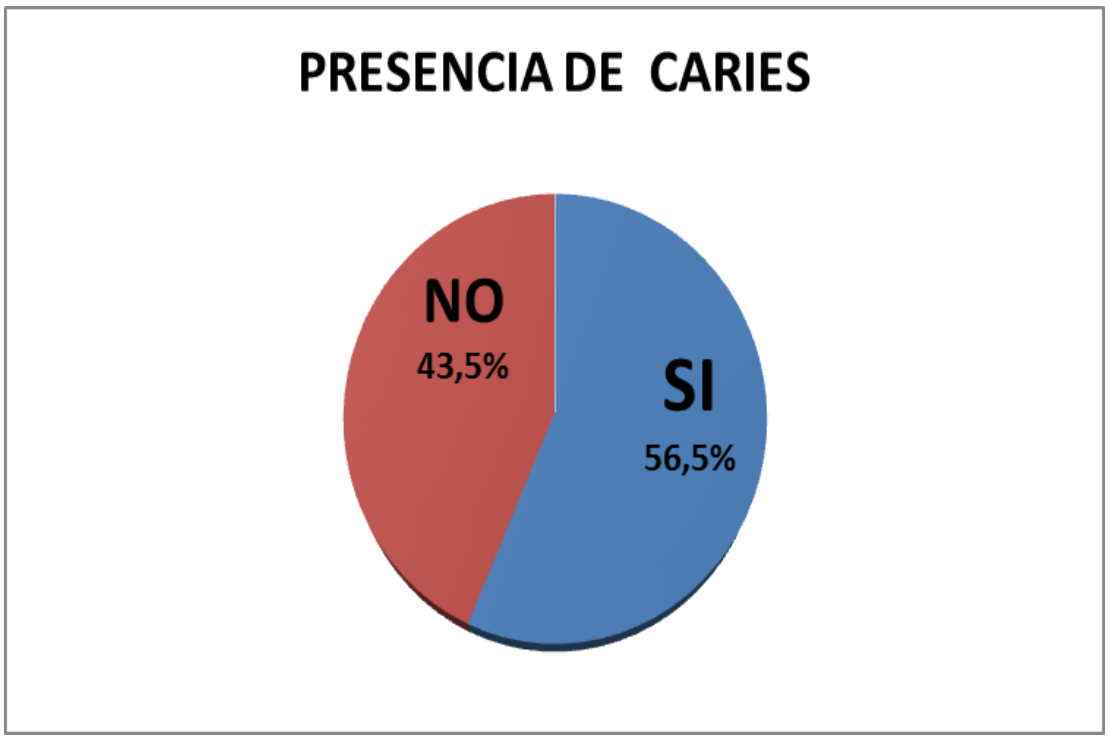


Grafico Nº 4 Distribución por Presencia de Caries.

Al analizar los resultados obtenidos se encontró que el 56,5% (229) de la población objeto de estudio se encontró afectado por la presencia de caries, y un 43,5% (176) se encuentra libre de caries. (Ver anexo 7)

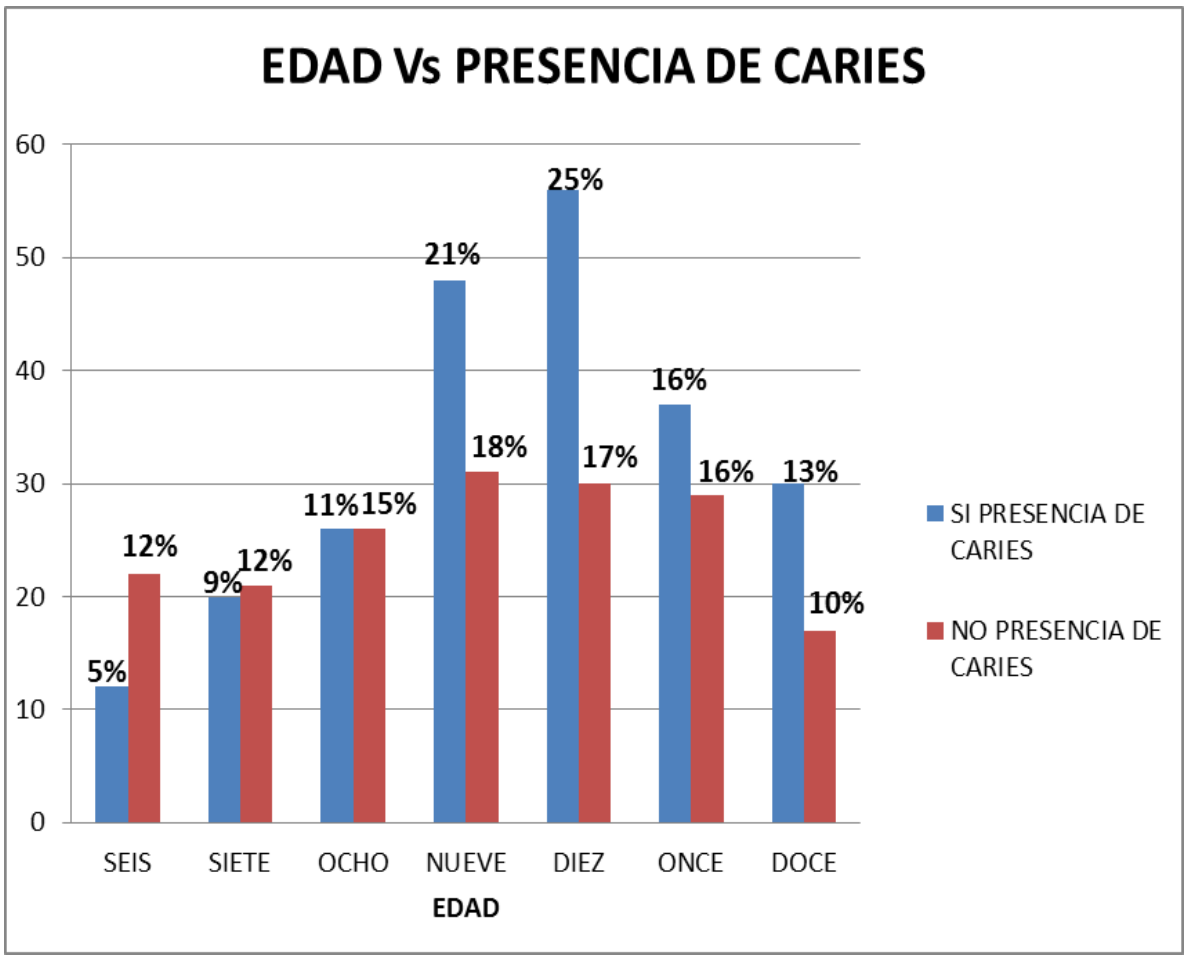
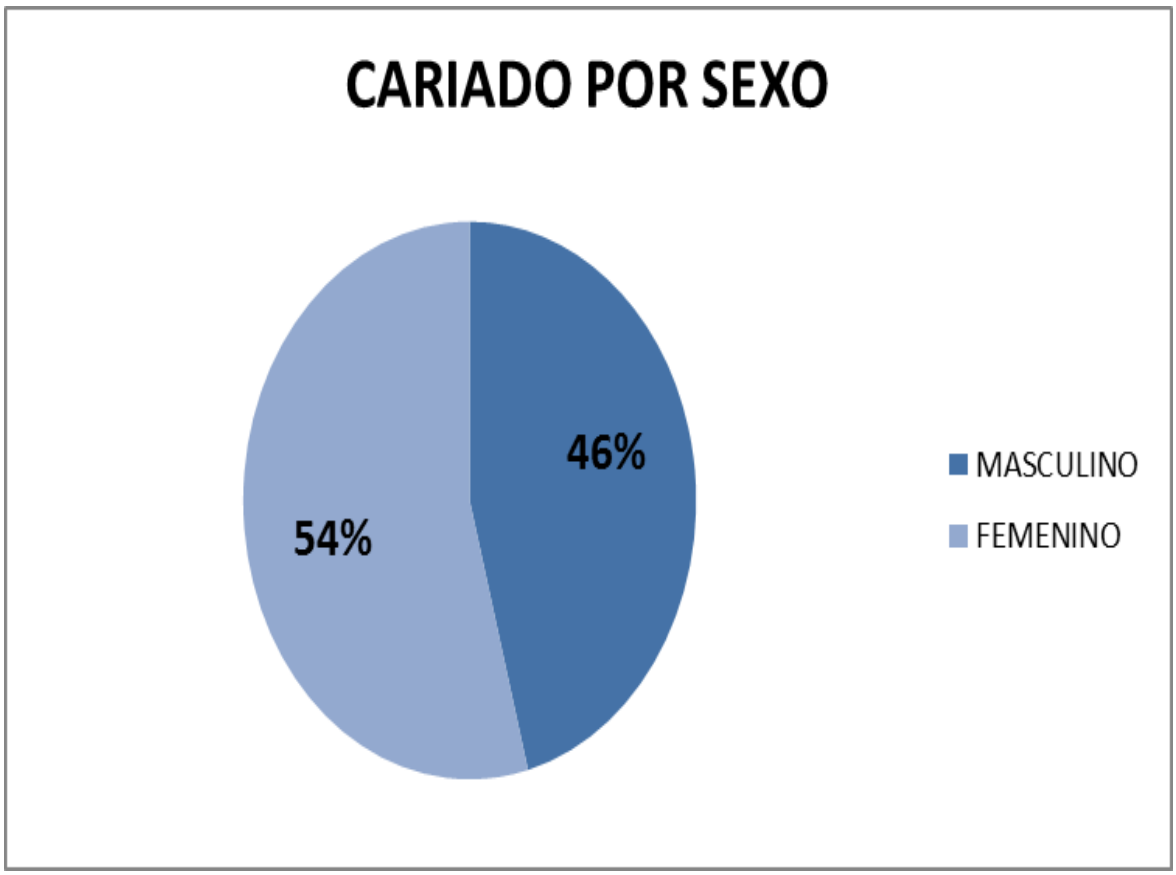


Grafico Nº 5 Distribución de Edad Vs Presencia de Caries.

Al analizar los resultados obtenidos en relación a edad y presencia de caries se encontró que los niños y niñas con mayor afección son los de diez años de edad (25%), seguido por los de nueve años de edad (21%), y con menos porcentaje de dientes cariados los niños y niñas de seis años de edad (5%). (Ver anexo 8)



Grafica Nº. 6 Sexo Vs Cariados

Al analizar los resultados obtenidos en relación al sexo con la presencia de caries se encontró que el sexo femenino presentan mayor afección con un 54 %, equivalente a 124 de las niñas de la población en estudio; y la población de sexo masculino se encuentra afectada un 46%, equivalente a 105 niños de la población en estudio.

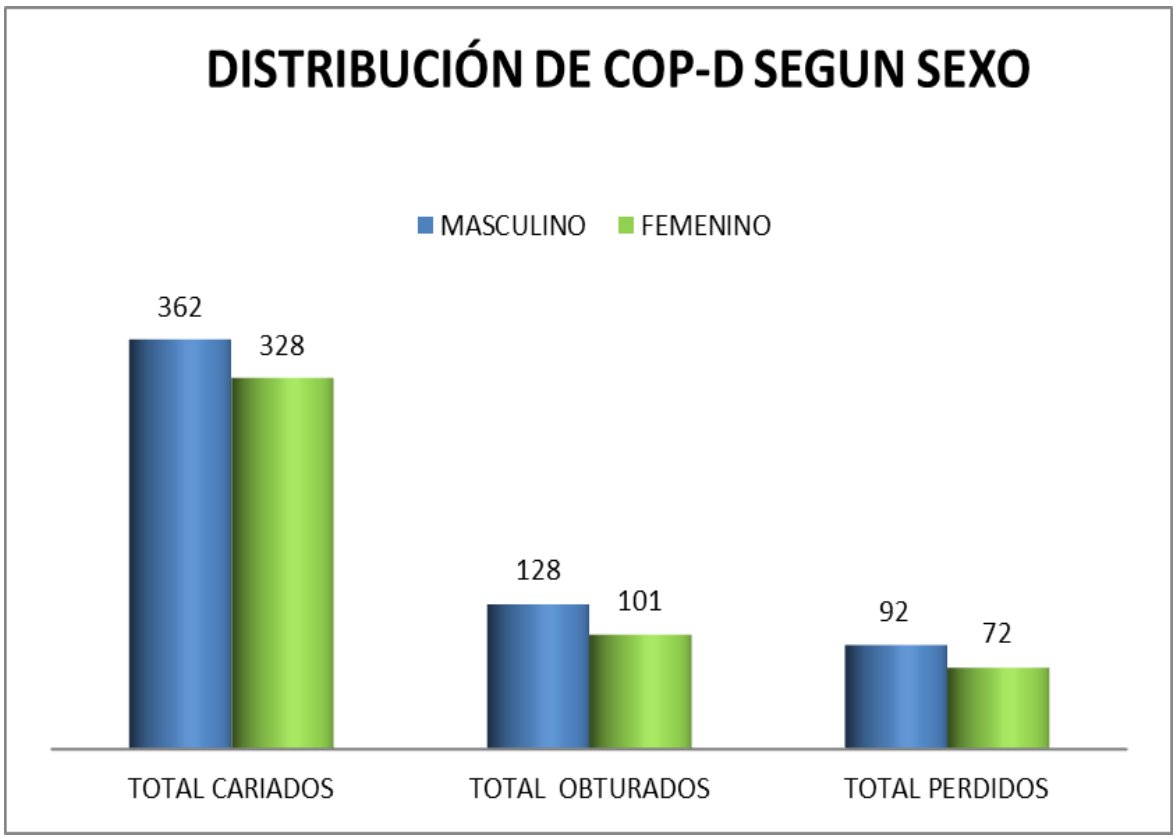


Grafico Nº 7 Distribución de COP-D según sexo

Se logro observar que de los tres componentes del índice, el que arrojo mayor valor fue el componente de dientes cariados, en especial para el sexo masculino con un valor de 362 del total de la muestra. Con respecto a los valores de dientes obturados y perdidos vemos para sexo masculino 128 y 92 respectivamente para ambos, y para el sexo femenino 101 para obturados y 72 para dientes perdidos. (Ver Anexo 9)

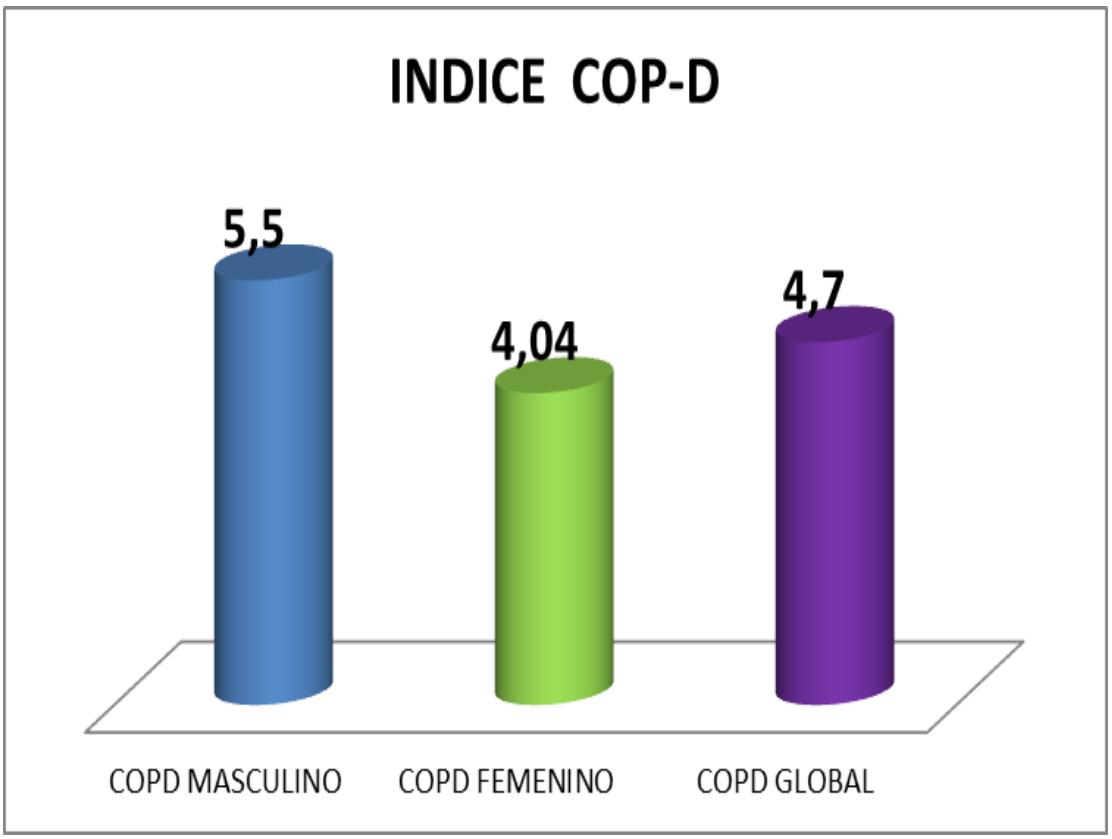


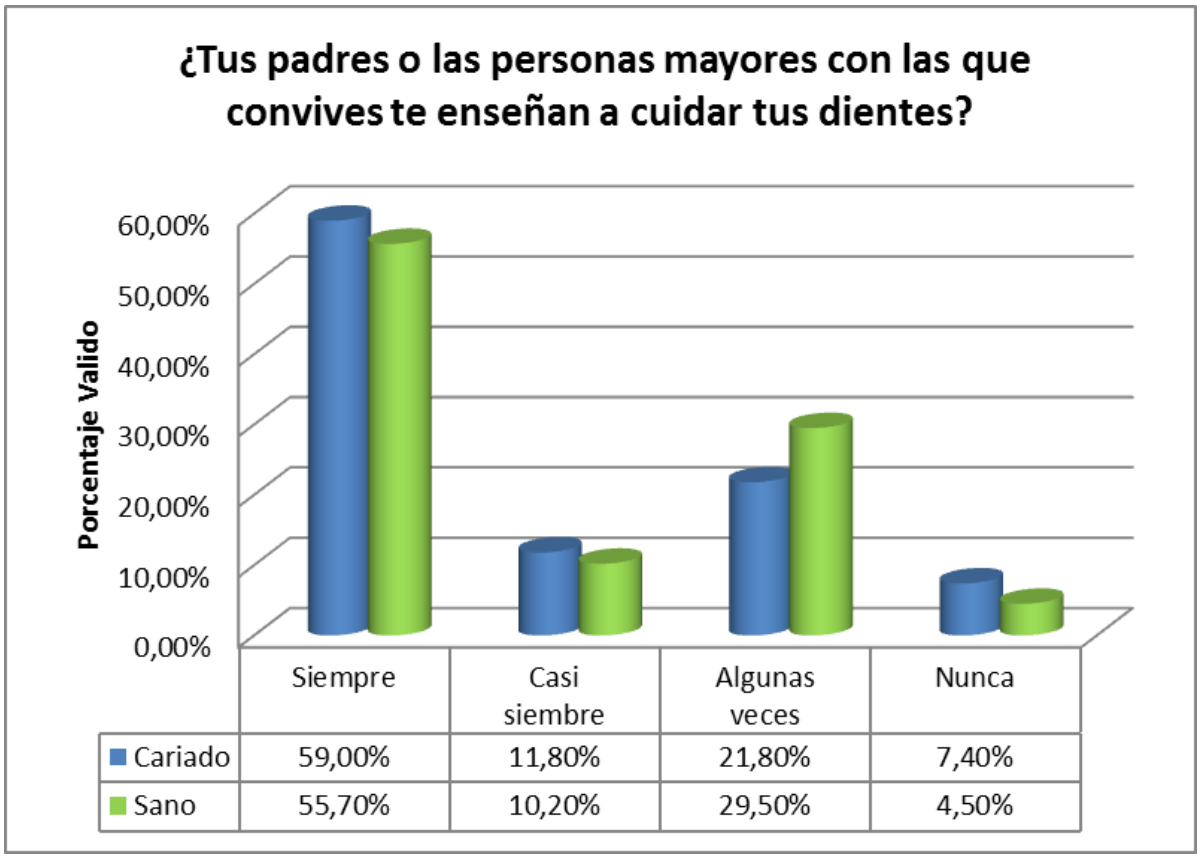
Grafico Nº 8 Índice COP-D Global

Al tabular los resultados correspondientes al número de dientes cariados, obturados y perdidos, se logro establecer el índice COP-D global aplicando la formula correspondiente:

$$\text{Índice COP} - \text{D} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{Total de la muestra}}$$

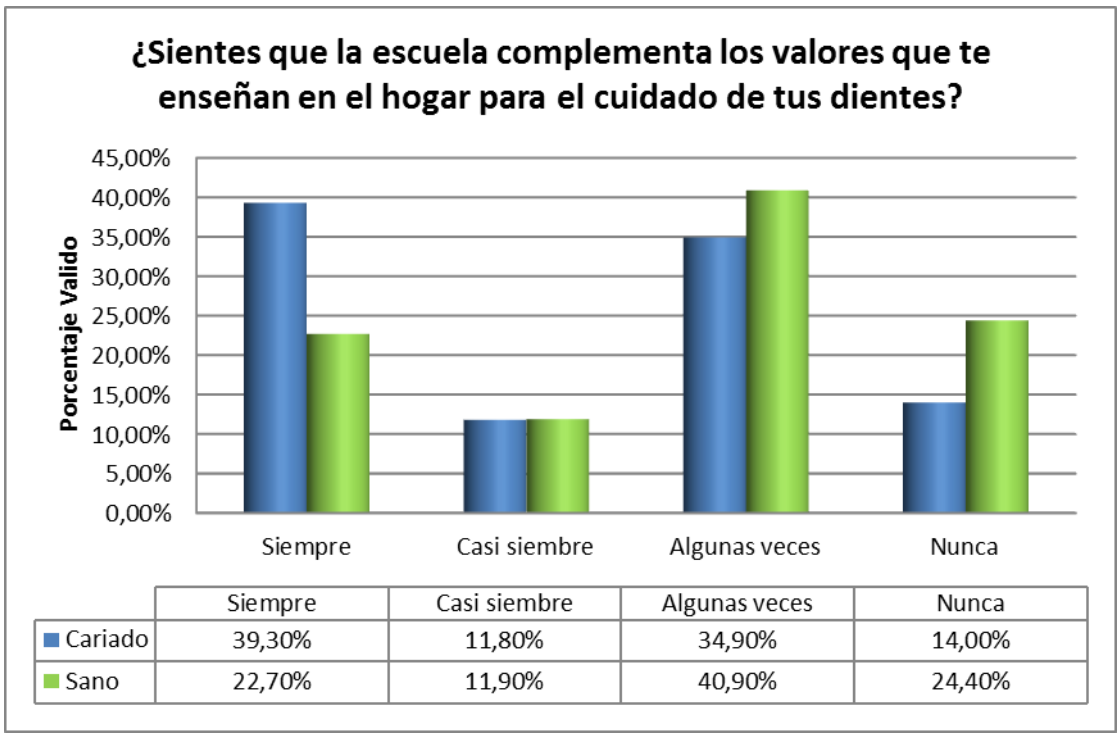
Arrojando un índice global de **4.7**, que de acuerdo a la cuantificación establecida por la OMS se encuentra en un nivel alto, lo que se significa que no se están cumpliendo las metas implementadas por esta misma organización.

También se pudo establecer el índice COP-D para cada genero, dando como resultado para el sexo masculino un COP-D = 5.5 y para el sexo femenino un índice de 4.04, mostrando mayor prevalencia en los niños que en las niñas, con una diferencia de significativa de 1.46. (Ver anexo 9)



Grafica Nº. 9 Tus padres o personas mayores te enseñan a cuidar tus dientes

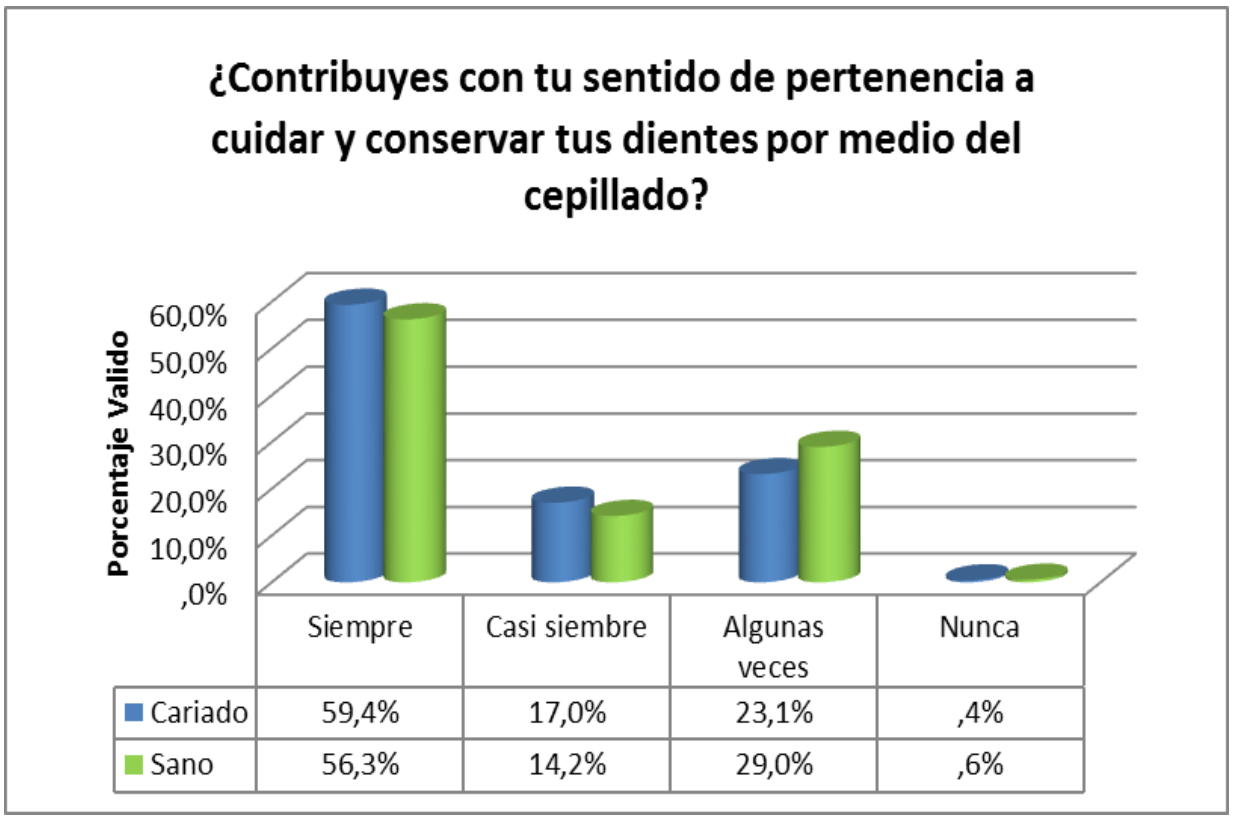
El 59% de la población con presencia de caries encuestada respondió que siempre sus padres o las personas mayores con las que conviven le enseñan a cuidar sus dientes; Por consiguiente, La población encuestada que no presenta caries le sigue con un 55.70% para la misma respuesta, teniendo entre ellos un diferencia poco significativa de un 3.3%, siga por la respuesta algunas veces con el 21.8%, mientras que el 7.4% opina que nunca sus padres o personas mayores con las que convive lo ayudan a cuidar sus dientes.



	Siempre	Casi siembre	Algunas veces	Nunca
Cariado	39,30%	11,80%	34,90%	14,00%
Sano	22,70%	11,90%	40,90%	24,40%

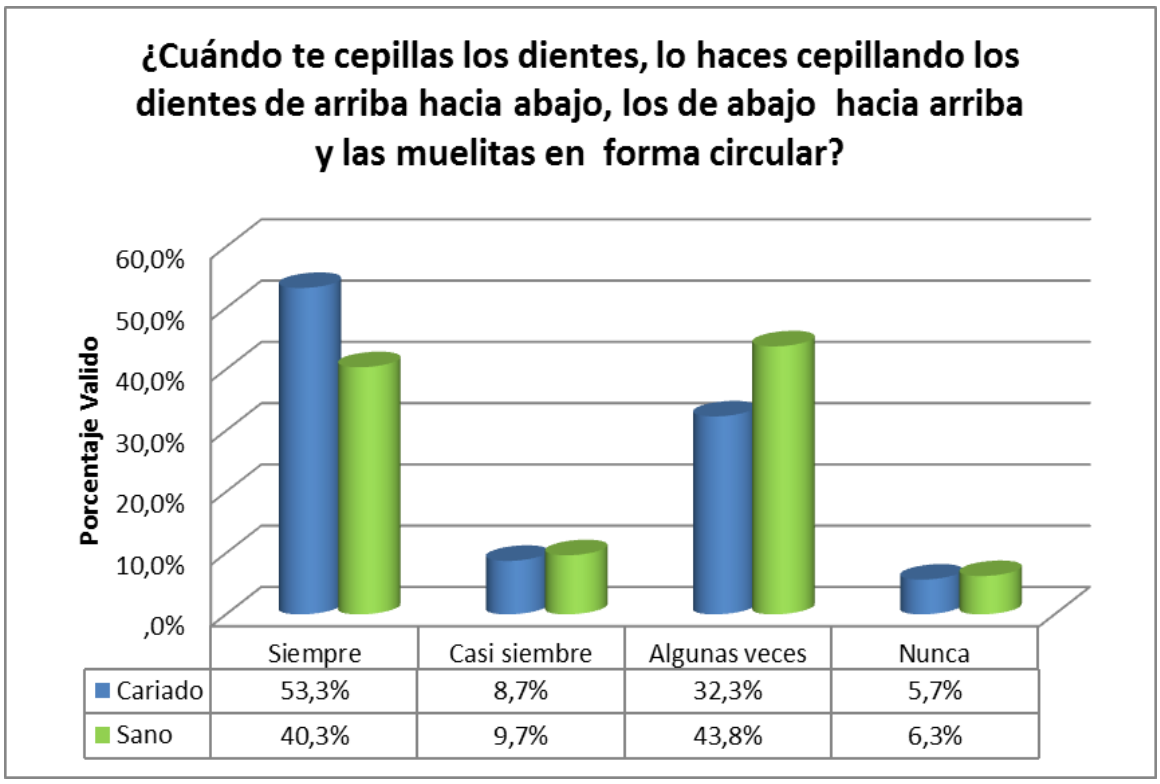
Grafica Nº. 10 En el colegio te enseñan el cuidado de tus dientes

El 39,30% de la población con presencia de caries encuestada respondió que siempre en la escuela complementa los valores que enseñan en el hogar para el cuidado de los dientes; comparando con la población que no presenta caries que fue encuestada escogió la misma respuesta un 22,70%, interpretando que la población con presencia de caries a pesar de que en el colegio lo estimulan para el cuidado de sus dientes presentan caries.



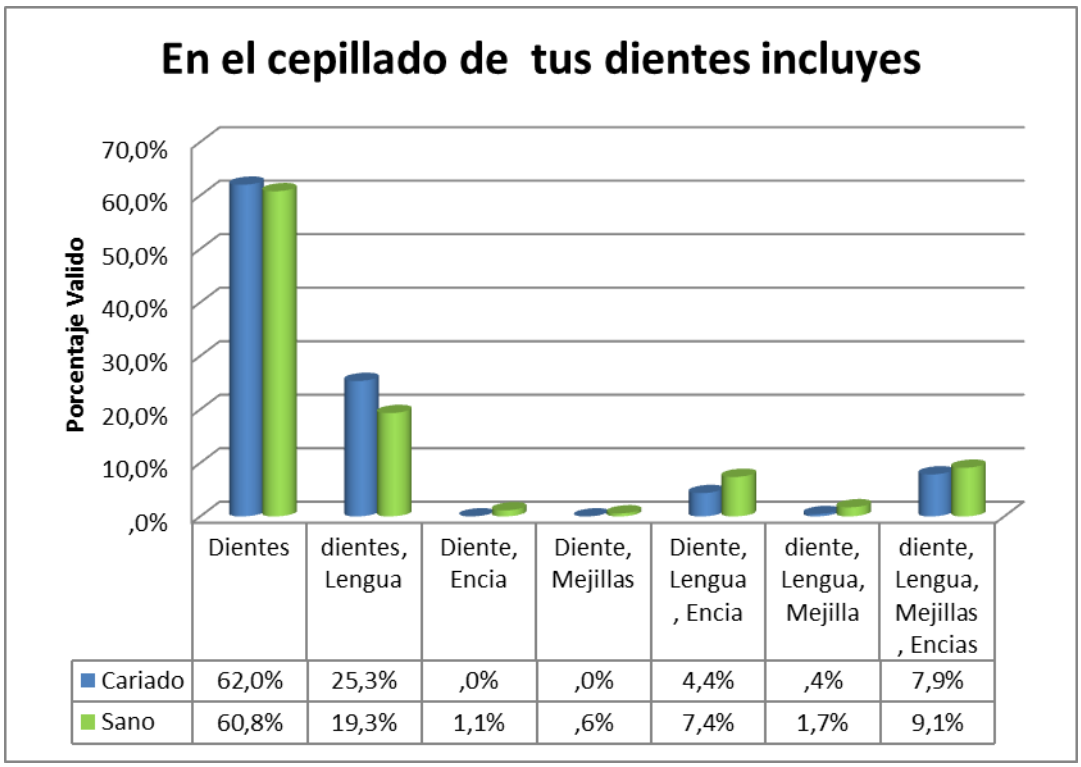
Grafica Nº. 11 Te cepillas los dientes

El 59.4% de los niños que presentan caries responden que siempre contribuyen a el sentido de pertenecía a cuidar y conservar los dientes por medio del cepillado, contrarrestándolo el resultado de la población encuesta que no presenta caries con un 56,3%, no teniendo una diferencia significativa.



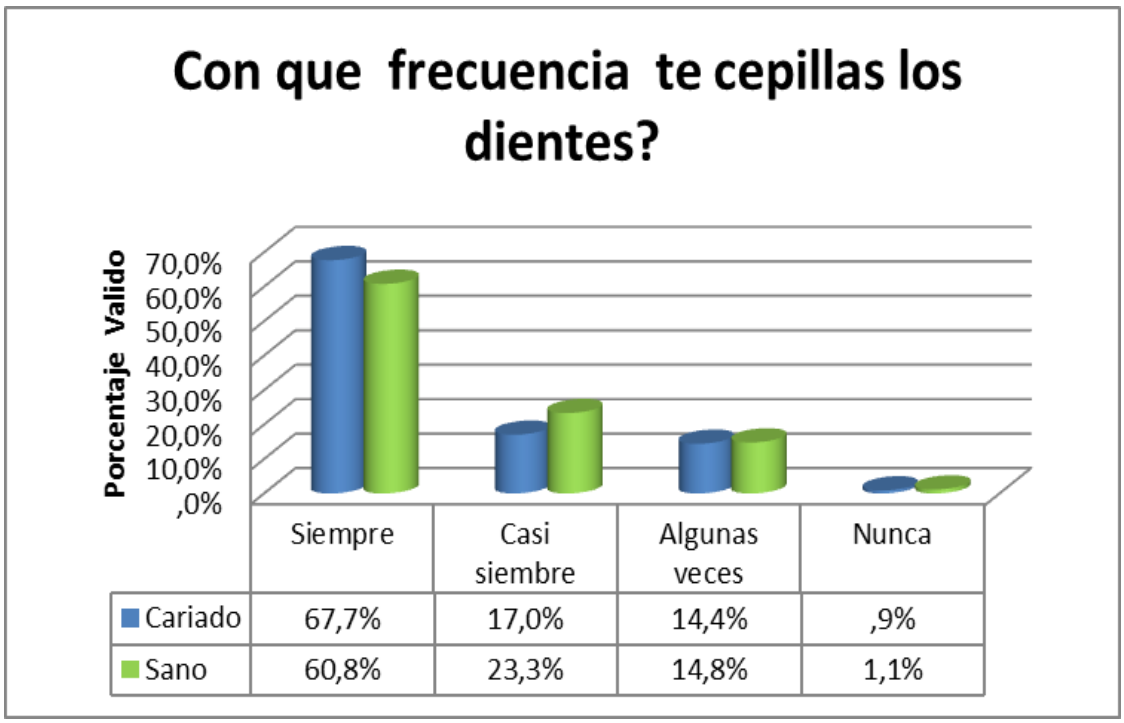
Grafica Nº. 12 De que Forma te cepillas los dientes

A la pregunta ¿Cuándo te cepillas los dientes, lo haces cepillando los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular? El 53,3% de la población con presencia de caries encuestada respondió que siempre cuando se cepilla los dientes lo hacen cepillándose los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular; la opción de respuesta con menor porcentaje escogida por la población con prevalencia en caries fue nunca con un 5,7%.



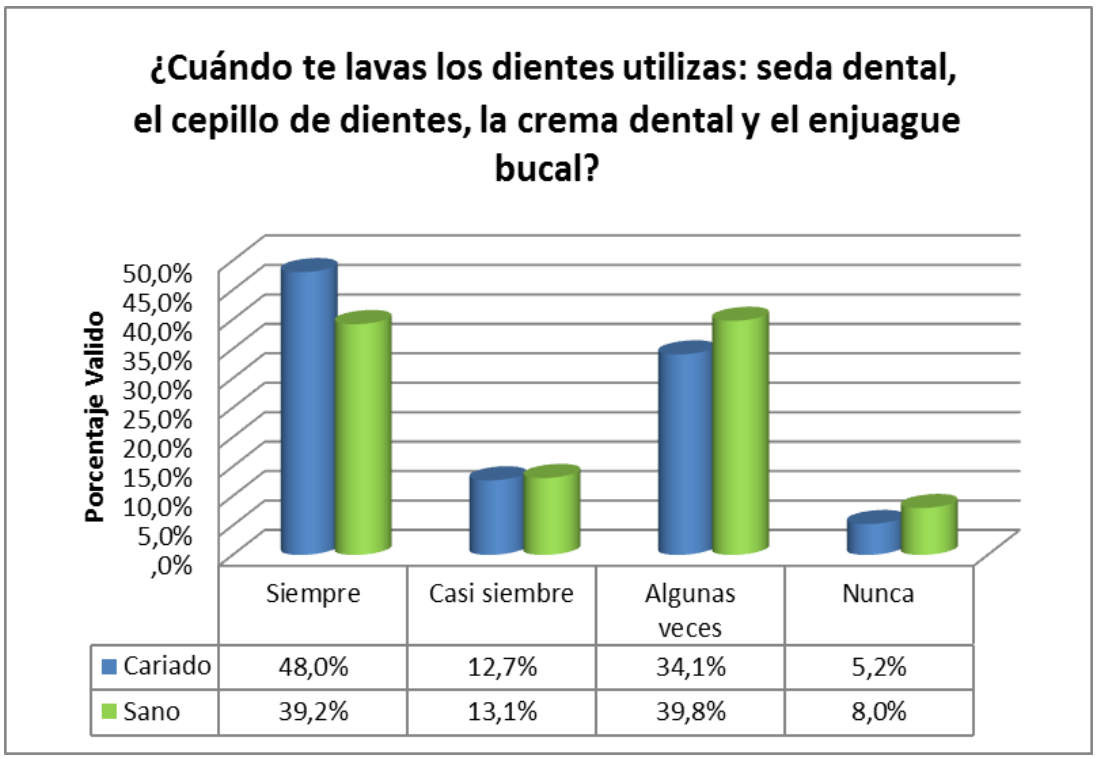
Grafica Nº. 13 Cepillado dental

Analisando los resultados obtenidos a la respuesta -en el cepillado incluyes- la opcion de respuesta con mayor porcentaje escogida por la poblacion con prevalencia fue los Dientes con un 62%, y un 60.8% para la poblacion que no presenta caries. Seguido de dientes y legua con un porcentaje de 25,3% . No obstante, la opcion con menor porcentaje para lapoblacion con prevalencia en caries, y la que no la prevalece fue dientes y mejillas con unporcentaje de 0% y 0,6% respectivamente para ambos.



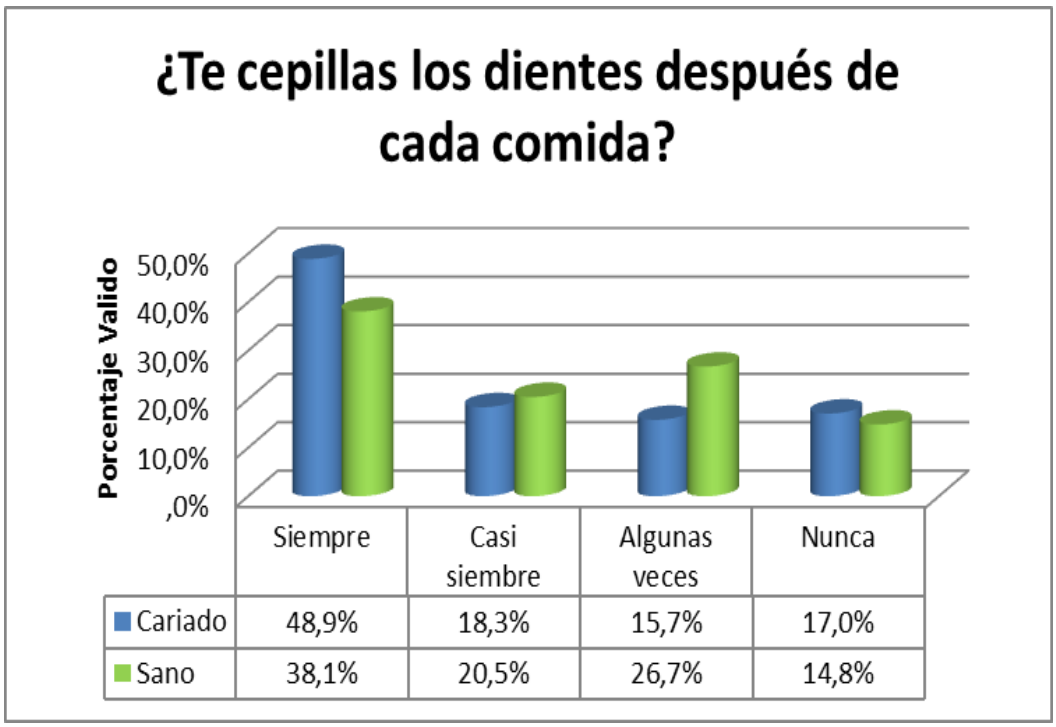
Grafica Nº. 14 Frecuencia de Cepillado

Analisando la frecuencia con que se cepilla los dientes, encontramos que el 67,7% de la poblacion con prevalencia en caries siempre se cepilla los dientes y la lengua, comparandola con la poblacion que no prevalence en caries que tiene un porcentaje de 60,8%, donde se observa una diferecia poco significativa de 6.8% entre las dos poblaciones.



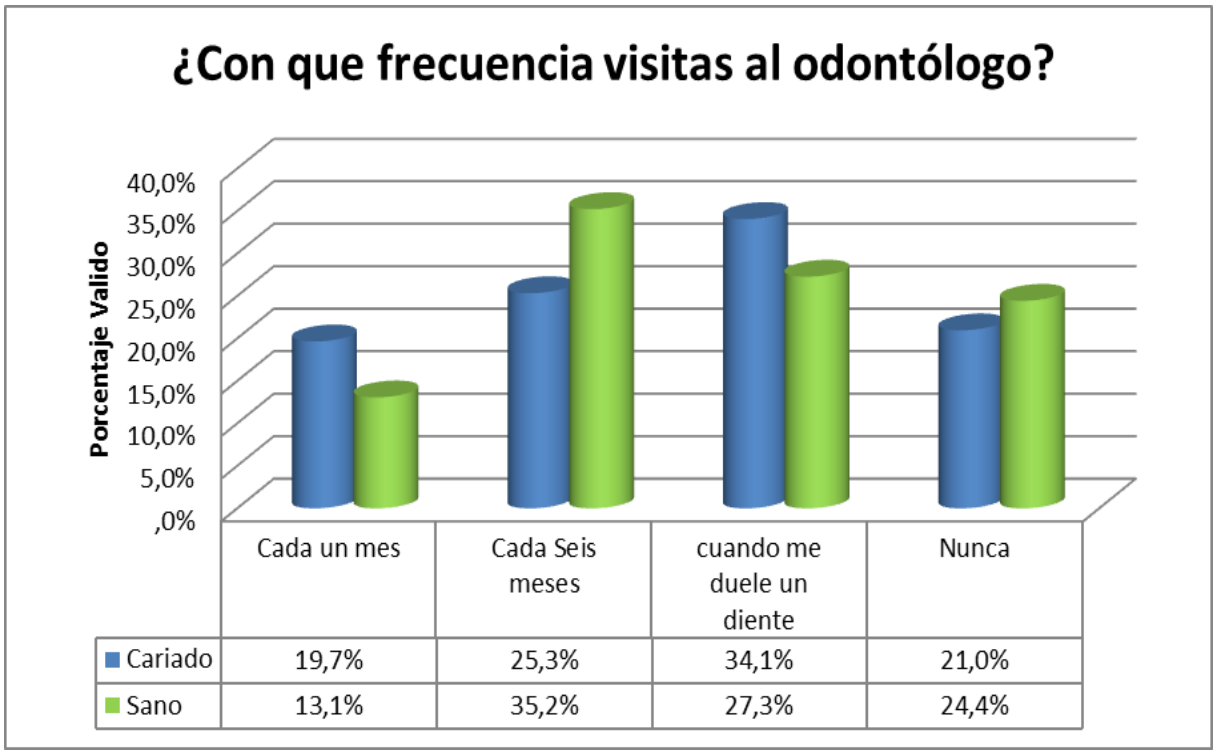
Grafica Nº. 15 Que incluyes en tu cepillado dental

El 48% de la población con prevalencia en caries responde a esta pregunta que siempre utiliza al lavarse los dientes seda dental, el cepillo de dientes, la crema dental y enjuague bucal; seguido el 34,1% que responde que algunas veces usa los utensilios para la higiene oral, el porcentaje de menor proporción es el 5,2% que corresponde a nunca.



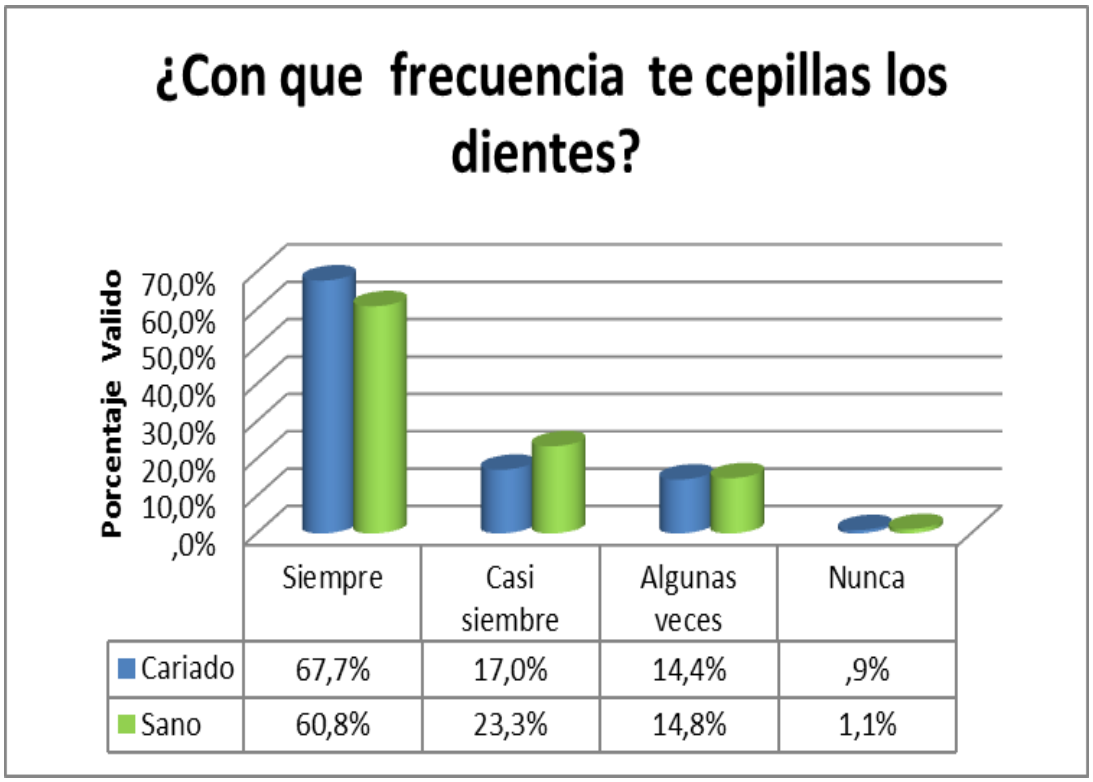
Grafica Nº. 16 Te Cepillas los dientes despues de cada comida

El 48.9% de la poblacion que presenta caries respondio que siempre se cepilla los dientes despues de comida; le sigue el 38.1% que corresponde a el siempre de la poblacion que no presenta caries, seguido el 18.3% que corresponde al casi siempre se cepilla los dientes despues de cada comida. Estan por ultimo el nunca se cepillan los dientes despues de cada comida con un 17% y 14.8% para la poblacion que presenta caries y la que no presenta respectivamente para ambos.



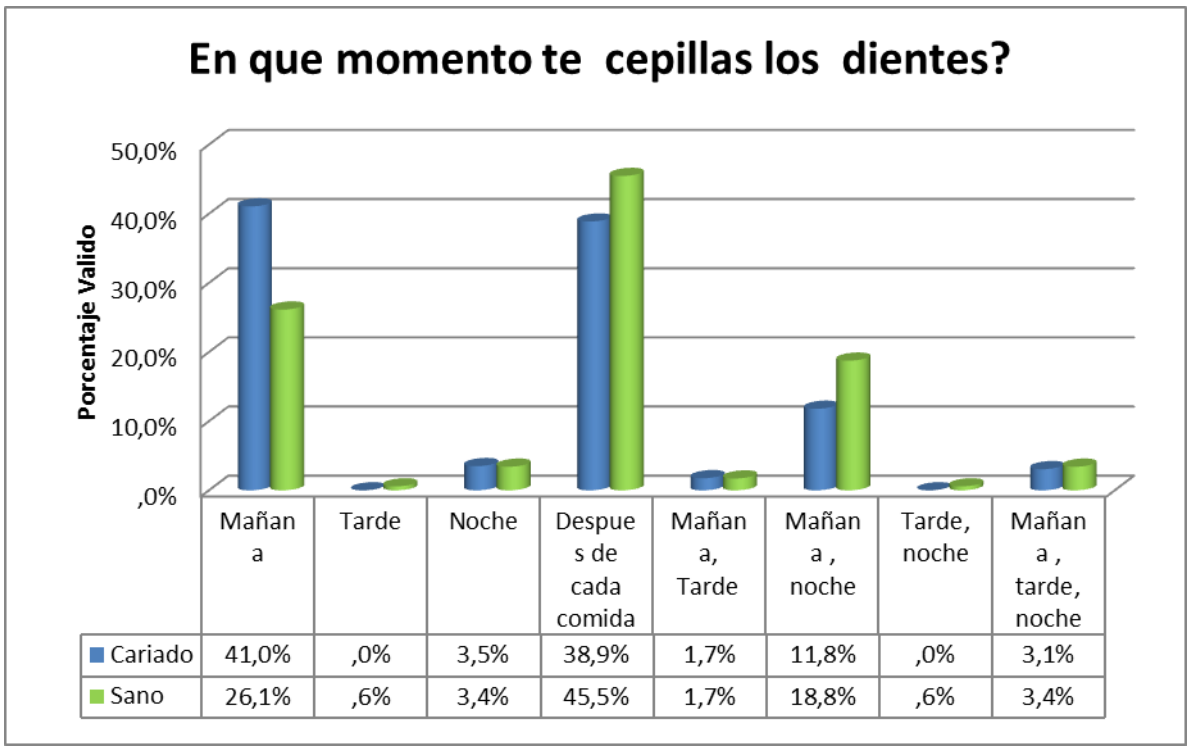
Grafica Nº. 17 frecuencia de visitas al odontologo

Al analizar los resultados obtenidos en relación a la pregunta: con que frecuencia visitas al odontólogo?, se encontró que la respuesta mas escogida por la población que no presenta caries fue cada 6 meses (35.2%), seguido por cuando me duele un diente (34.1%) escogida en mayor proporción por la población que presenta caries, y con menos porcentaje de respuesta escogida se encuentra cada un mes, con un porcentaje de 19.7% para la población que presenta caries y 13.1% para la población que no presenta caries.



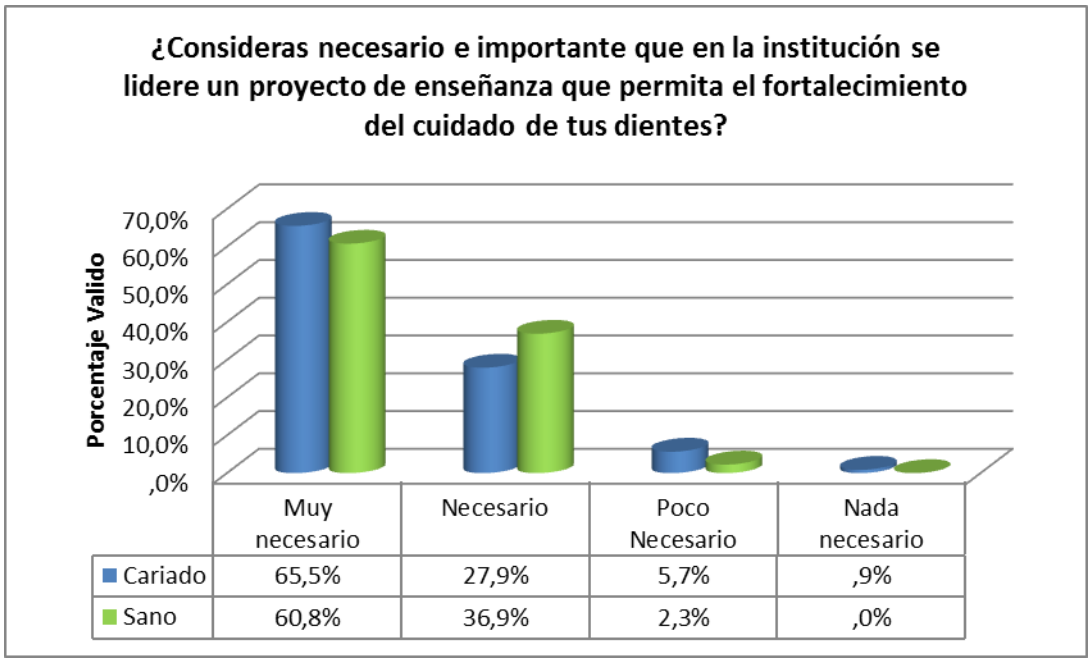
Grafica Nº.18 Frecuencia de Cepillado

El 48% de la poblacion con prevalencia en caries opina que se cepilla tres veces o mas los dientes, seguido por dos veces y una vez con un porcentaje 26,6% y 23,6% respectivamente para ambos, y estando en menor proporcion nunca se cepilla los dientes un un 1,7%.



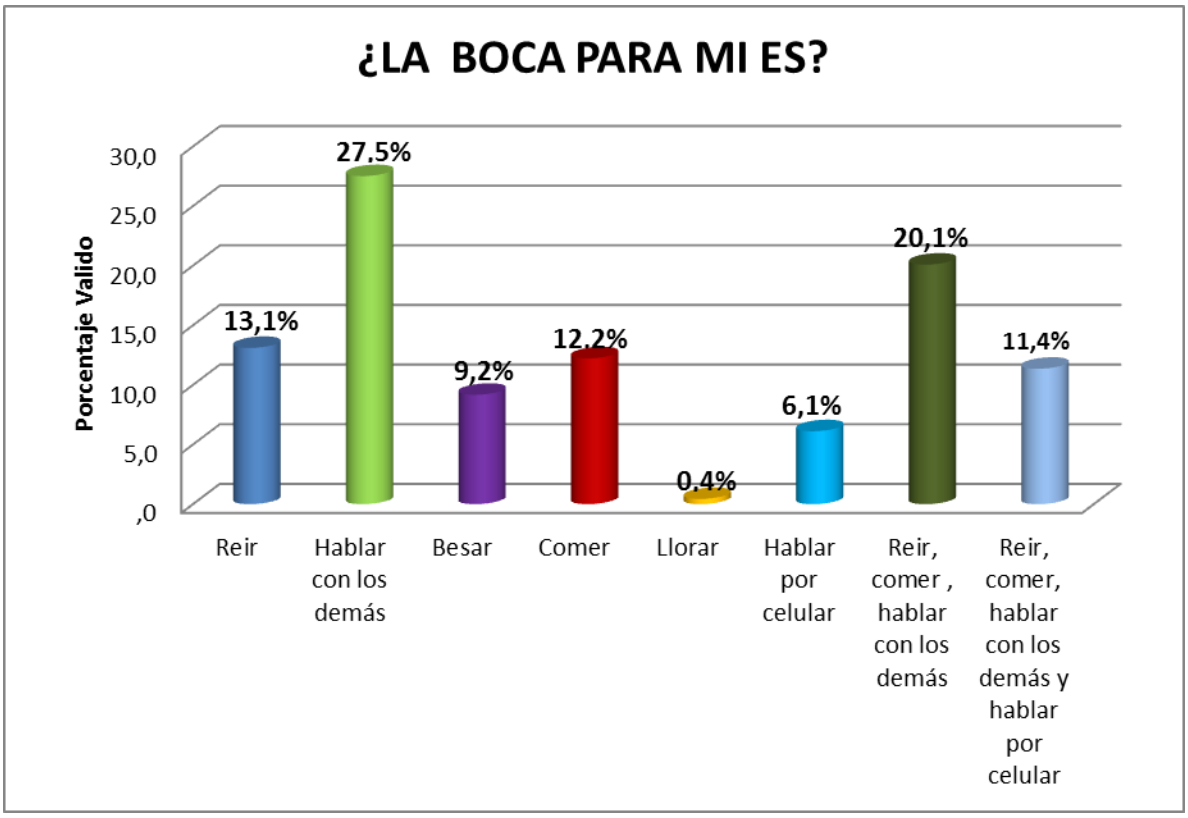
Grafica Nº. 19 En que momento te cepillas los dientes

El 41% de la poblacion con prevalencia en caries opina que en el momento que se cepilla los dientes es en la mañana, seguida por el 38,9% que dice que se cepilla despues de cada comida; observando que se encuentran en menor porporcion la opcion la noche con un 3,5%, y cepillarse en la mañana, en la tarse y en la noche con un 3,1%.



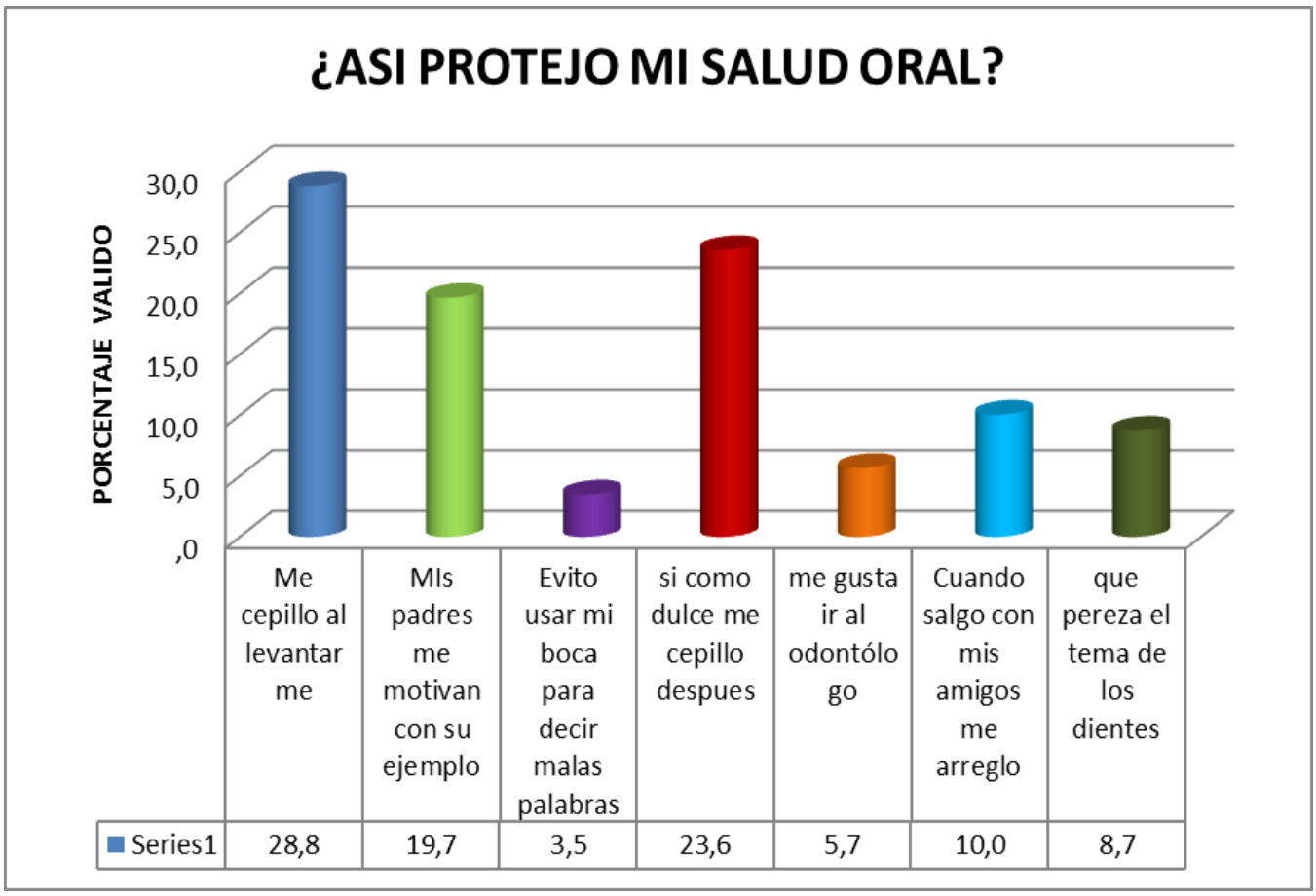
Grafica Nº. 20 Opinion sobre el desarrollo de un proyecto de enseñaza en salud oral

La población con prevalencia en caries ¿Consideras necesario e importante que en la institución se lidere un proyecto de enseñanza que permita el fortalecimiento del cuidado de tus dientes?, opina que es muy necesario con un porcentaje de 65,5%, seguido el 27,9% que opina que es necesario un proyecto de enseñanza que permita el fortalecimiento del cuidado de los dientes; y por ultimo se encuentra el 0,9% que corresponde al nada necesario un proyecto de aprendizaje para el fortalecimiento de la salud oral en la institución.



Grafica Nº. 20 Pregunta 1 de la Estrategia de Intervencion

Con respecto a lo que piensan la poblacion en estudio luego de aplicar la estrategia de enseñanza respecto a la pregunta ¿la boca para mi es?, la opcion de respuesta en mayor proporcion es "hablar con los demas" con un porcentaje de 27,5%, seguida por el 20,1% de la poblacion en estudio que escogio "reir, comer, hablar con los demas"; por consiguiente el 13,1% y el 12,2% escogio que la boca para ellos es para reir y para comer respectivamente para ambos.



Grafica Nº. 21 Pregunta 2 de la Estrategia de Intervención

Analizando los resultados obtenidos de la aplicación de la estrategia en enseñanza en salud oral "didácticas flexible en el aprendizaje de salud oral", podemos observar que a la pregunta ¿Así protejo mi salud oral?, la respuesta mas elegida por los niños(as) en estudio fue "Me cepillo al levantarme" con un porcentaje de 28,8% equivalente a 66 niños(as), seguido por "si como dulce me cepillo después" con un 23,6% que

equivale a 54 niños(as) y la opción de respuesta " mis padres me motivan con su ejemplo" con un porcentaje de 19,7%. la opción de respuesta menos escogida por la población en estudio fue "evito usar mi boca para decir malas palabras" con un porcentaje de 3,5%.

8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan que hubo una mayor participación del género femenino que el masculino, de los 405 niños que participaron, 208 niños (51.4%) corresponden al género femenino y 197 niños (48.6%) al género masculino; el número mayor de estudiantes en los cuales se aplicó la presente investigación pertenecen al grado sexto de bachillerato los cuales fueron 104 estudiantes (25.7%), y cuarto de primaria con 71 estudiantes (17.5%). Las edades con mayor número de estudiantes participantes fueron 10 años con numero total de 86 estudiantes (21.2%) y 9 años con un total de 79 estudiantes (19,5%).

En relación a la presencia de caries esta investigación arrojó que el 56,5% (229) de los niños y niñas se encuentra afectado por caries y un 43,5% (176) se encuentra sano, demostrando así una tasa alta de morbilidad oral en esta población.

De acuerdo a los resultados obtenidos entre las variables Edad y Presencia de caries, reflejan que hubo un mayor índice de afección a la edad de diez años con 56 niños (25%), seguido por los de nueve años de edad 48 niños (21%); ante estos resultados se evidencia que desde las instituciones educativas no se están adelantando procesos de promoción, prevención y formación para la salud oral, al evidenciarse que la mayoría de los niños con manifestaciones de caries corresponden a los grados de Quinto de primaria y sexto de bachillerato, lo que demuestra que en la iniciación a la vida escolar y durante el ciclo de

formación primaria las instituciones educativas están enfocando sus esfuerzos en el cumplimiento de estándares académicos y están dejando de lado el enfoque formativo, el autoconocimiento del individuo y su preocupación por el auto cuidado los cuales generen en él hábitos saludables que mejoren su condición de vida.

En cuanto a la distribución del índice de caries por sexo se obtuvo como resultado que el femenino presentan mayor afección con un 54 %, equivalente a 124 de las niñas de la población en estudio; y la población de sexo masculino se encuentra afectada un 46%, equivalente a 105 niños de la población en estudio.

Al relacionar las dos variables los resultados indican que no existe asociación entre sexo y la presencia de caries, pero deja de manifiesto que no se están aplicando agentes reforzadores que apoyen las conductas de auto cuidado e higiene, siendo los padres, los maestros, educadores de la salud, y principalmente el núcleo familiar y el grupo de amigos, los que influyen positivamente en los niños y adolescentes.

Lo anterior se corrobora con el índice COP-D global de la población en estudio, el cual equivale a 4,7 de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales categorizan a esta población en un nivel alto, lo que significa que no se están cumpliendo las metas propuestas por esta misma organización, si se tiene en cuenta que los niveles de salud de los individuos están condicionados por factores como el medio ambiente y los estilos de vida en gran proporción; es decir, factores difícilmente modificables sin el esfuerzo

coordinado de la comunidad y que exceden al enfoque biomédico tradicional.

Comparando esta investigación con otros estudios, como por ejemplo el realizado por Rodríguez V y Contreras B, que se realizo en niños de 3 a 12 años de dos jardines de niños y cuatro escuelas primarias pertenecientes a los municipios de Toluca y Metepec del Estado de México, en donde 58% de los preescolares y escolares mostraron un nivel de conocimiento bueno[33]. Otro caso es el estudio realizado por PISCONTE LEÓN EVELYN GIOVANNA en niños de 3 a 5 años y sus madres, en Perú, en el año 2010, en donde se encontró una relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres[34].

Se puede destacar que existe una similitud en cuanto a obtención de resultados en otra investigaciones llevadas a cabo sobre la aplicación de programas pedagógicos en caminados para modificar conductas y hábitos de los escolares con relación a la salud bucal. Un ejemplo claro de esto lo encontramos en el estudio realizado por Limonta Vidal Elena; Araujo Heredia Teresita. Medisan 2000. El cual fue un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998.

[33] Rodríguez V, Contreras B, Arjona S. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Revista ADM Vol. LXIII, No. 5 Septiembre-Octubre 2006 pp 170-175

[34] Pisconte León, Relación Entre La Prevalencia De Caries Dental En Preescolares Y El Nivel De Conocimiento De Sus Madres Sobre Salud Dental. Distrito La Esperanza – Trujillo. 2010.

Donde se reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto.

Por otro lado encontramos que este estudio va de la mano con un estudio realizado por Tan Suárez Nerys Tayme. Alonso Montes de Oca Carmen. Rev Hum Med v.3 n.2 Ciudad de Camaguey maio-ago. 2003. El cual fue realizado en 35 infantes. Donde se obtuvo que las técnicas constituyeron una opción válida para la promoción de salud bucal porque después de ejecutadas casi la totalidad de los pequeños obtuvieron bien en la eficiencia del cepillado, predominando las mentes y encías sanas.

Analizando y colocando en cuestionamiento que a pesar de las instrucciones dadas por los padres, familiares, medios de comunicación, comunidad educativa, personal de salud, y la sociedad en general, los escolares no colocan en práctica las enseñanzas propuestas y sugeridas, o tal vez lo hacen de una manera errónea; lo cual coloca en entredicho si los métodos de difusión de la información acerca del autocuidado en salud oral están siendo dados a conocer de la mejor manera o no se están utilizando maneras adecuadas de enseñanza para la población infantil y adolescente.

Las investigaciones llevadas a cabo sobre la aplicación de programas pedagógicos en caminados para modificar conductas y hábitos de los escolares con relación a la salud bucal coinciden en sus resultados con los que encontramos en nuestro estudio. Analizar el nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la aplicación de la estrategia de enseñanza, se evidencio que la mayoría de la población en

estudio tenia conocimientos erróneos sobre la salud oral y luego de el proceso de instrumentalización fueron modificados en un 60%; apreciando de esta manera el impacto positivo que genero la aplicación de la intervención, por cuanto los educandos obtuvieron nuevos conocimientos sobre los temas impartidos, lo que permitió su mejor preparación, así como responsabilizarles con su propia salud y la adopción de estilos de vida saludables.

Con el anterior análisis se evidencia la hipótesis que los hábitos de higiene y salud oral se cultivan desde el hogar y adquieren mayor grado de importancia en el inicio de la vida escolar, pero requiere de actividades reforzadoras que ayuden al mejoramiento y la continua implementación de los adecuados hábitos y técnicas para la salud e higiene oral.

9. CONCLUSION

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio y de acuerdo al objetivo general que consiste en determinar la relación que existe entre la prevalencia en caries dental y el nivel conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013, se concluye que la situación de salud oral para esta población se encuentra por debajo de las expectativas del plan nacional de salud bucal el cual busca mejorar los indicadores de la salud bucal como aporte a la calidad de vida de las personas, mediante el incremento de la cobertura de atención en salud. Hecho que se ve reflejado en los resultados de esta investigación, donde la principal causa de morbilidad oral es la caries, principal en el sexo masculino donde el COP-D es mayor que para el genero masculino, que comparando con las metas establecidas por la OMS para el 2010, concluyéndose que en esta población no se están logrando, debido a que se encontró el COP-D global en un nivel moderado, acompañado de valores elevados para la variable total de dientes afectados por individuo, para los cuales la OMS establece como máximo tres dientes por individuo.

En la metodologia de esta investigación se estableció la aplicación un test para obtener conocimientos sobre las conductas de apoyo y autocuidado que los niños actualmente están colocando en práctica en su vida cotidiana, a través de este, se pudo evidenciar que la gran

mayoría de los resultados fueron contradictorios debido a que los niños con prevalencia de caries son los que con mayor frecuencia colocan en práctica las adecuadas técnicas de cepillado, tienen refuerzo por parte de sus padres y presentan una mayor contribución con su sentido de pertenencia a cuidar y conservar sus dientes; con lo anterior se pudo observar que no existe una relación directa entre población con prevalencia en caries y el nivel de conocimientos sobre la educación sobre para la salud oral.

Al desarrollar una estrategia que ayude a producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, ha influenciando de esta manera a modificación de actitudes y estilos de vida se podría concluir que luego de la acción educativa, todos los temas proporcionaron valiosas informaciones causando un impacto positivo para esta población; ya que se superaron las expectativas esperadas para con este proceso. Se logro cambiar conceptos esenciales para la salud oral, y analizando los resultados observamos que para esta población luego de la intervención la boca realizar diversas actividades como la masticación, deglución, el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa. Sensibilizamos a que el autocuidado es lo parte fundamental para prevenir la caries, poniendo en práctica los auto-cuidados de higiene bucal para prevenir las enfermedades bucales, cumpliendo con las normas de higiene: como el cepillado tres veces al día, el uso del hilo dental, enjuagues bucal, etc.

De forma general en los niños se observan diferencias significativas entre lo que conocían antes y después de la intervención, lo que se comprobó con el Test de la didáctica; ayudando a concluir que las actividades contribuyeron a elevar la educación en salud oral de los escolares, siendo efectiva en la mayoría de los temas abordados. Cabe destacar, lo importante que es motivar e incentivar a los niños y niñas, para lograr que el mismo cambie su conducta con relación a su higiene bucal y lleve a cabo los procedimientos necesarios para mantener un ambiente bucal libre y saludable.

10. RECOMENDACIONES

Concientizar y sensibilizar al personal docente de la importancia del modelo preventivo para evitar la incidencia de las enfermedades bucales por la falta de higiene bucal.

Orientar a los padres y representantes sobre la importancia de la prevención que conlleva a la enseñanza con charlas educativas y crear conciencia sobre todos los métodos que se deben utilizar para mantener una buena higiene bucal como parte de la salud integral del individuo.

Continuar futuras investigaciones de esta misma línea en otras instituciones de la ciudad con el fin de elaborar un perfil epidemiológico oficial para la ciudad de Santa Marta.

Organizar e implementar charlas preventivas, donde los odontólogos se encarguen de filtrar, capacitar, educar y promover el conocimiento sobre la higiene bucal dental para motivar al niño y la niña al cuidado de su boca utilizando medios audiovisuales, radiofónicos y los medios disponibles, en los salones de clase.

Acudir a las citas programadas por su odontólogo para el control y el mantenimiento de su higiene bucal así como a una evaluación general cada 6 meses.

BIBLIOGRAFIA

EKSTRAND KR, Kuzmina IN. Two and a Half-Year Outcome of Caries-preventive Program Offered to Groups of Children in the Solntsevsky District of Moscow. Caries Research; 34: 8 - 19. (2000).

BLINKHORN A. S. Dental Health Education: What Lessons Have we Ignored?. British Dental Journal; 184: 58-59. (1998)

OMS. The World Oral Report. 2003.

MINPROTECCION. Descripción de la situación de salud bucal. ENSAB III. Pág. 7-11. 1998.

ESPINOSA GONZALEZ, op. cit.

Limonta Vidal Elena; Araujo Heredia Teresita. Medisan 2000

Tan Suárez Nerys Tayme. Alonso Montes de Oca Carmen. Rev Hum Med v.3 n.2 Ciudad de Camaguey maio-ago. 2003

Dávila ME, Mojica de G, M. Acta Odontológica Venezolana. Volumen No. 3-2008.

Otero Martínez Jorge. Odontología y estomatología, medicina preventiva y salud publica, pediatría y neonatología. 2007.

OTAZU ALDANA, Claudia, PERONA MIGUEL DE PRIEGO, Guido. Técnicas Restaurativas Atraumatica, Conceptos Actuales. Rev. Estomatología. Herediana, Jun./2005, vol. 15, N° 1, pág. 77-81.

www.elpais.com, 2 de Mayo de 2008.

CARDENAS JARAMILLO, Darío. Fundamentos de la Odontología Pediátrica. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas, 2003, p. 133.

BOJ, Juan, CATALÁ, M, et al, Odontopediatria, España, Elsevier, 2004, cap 11.

www.ada.org

BOJ, Juan, op cit.

CARDENAS JARAMILLO, op cit., p. 162ñ

www.sld.cu/indicadores epidemiológicos, 17 de Mayo de 2008.

Segovia de Arana, J. M. (1994). "La evolución de la medicina científica y la asistencia sanitaria", en Díez Hochleitner, R. (Dir.). Aprender para el futuro. Educación para la Salud. Madrid, Fundación Santillana, 125-130

Ponce, J. A; Muriel, R. y Gómez de Terreros, I. (1997). Informe SIAS (Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad). Sevilla, Sección de Pediatría Social-Asociación Española de Pediatría.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Organización Mundial de la Salud. (1946). http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html; (02-20-2011)

Calvo Fernández, J. R. et al. (1996). "Educación para la Salud. Conceptos y Métodos", en Macías, B. E. y Arocha, J. L. Salud Pública y Educación para la Salud. Las Palmas, ICEPSS, 371-380

Barriga Jiménez, S. (1995). "Contradicciones en la promoción de salud. La salud ¿para qué?", en Morón Marchena, J. A. (Dir.). Educación para fa Salud en el ámbito comunitario. Diputación de Sevilla, 15-29

Consejo de la Juventud de España (1997). Guía de Prevención de Drogodependencias. Madrid, CJE.

Flores Bienert, M. O. (1996). "Educación y Salud Comunitarias", en Sarlet-Gerken, A.M. Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia. La Transversalidad educativa. Murcia, OM. 65-81.

www.minproteccionsocial.gov.co

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernadez Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill /interamericana editores, S.A , 2010. Pagina 81.

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernadez Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 5ta edición, Editorial Mc Graw Hill /interamericana editores, S.A, 2010. Pagina 564

Rodríguez V, Contreras B, Arjona S. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Revista ADM Vol. LXIII, No. 5 Septiembre-Octubre 2006 pp 170-175.

Pisconte León, Relación Entre La Prevalencia De Caries Dental En Preescolares Y El Nivel De Conocimiento De Sus Madres Sobre Salud Dental. Distrito La Esperanza – Trujillo. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA EN CARIES DENTAL Y EL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE 6 A 12 AÑOS, DEL I.E.D SIMON BOLIVAR - GAIRA, DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, 2013.

Encuesta No.__

Fecha_____

Toda la información contenida en esta encuesta es estrictamente confidencial con el único propósito de recolectar formación que nos permita realizar un plan de intervención educativa en salud oral; que tiene como objetivo determinar la relación entre la prevalencia en caries dental y el nivel conocimiento sobre educación para la salud oral en estudiantes de 6 a 12 años, del I.E.D Simón Bolívar - Gaira, de la ciudad de santa marta, 2013. Por este motivo le pedimos que sus repuestas sean individuales.

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Edad: **Sexo:** M – F **Grado Escolar**:

Marca con una (X) la respuesta correcta, la cual posee múltiples opciones con una única respuesta válida.

1. ¿Tus padres o las personas mayores con las que convives te enseñan a cuidar tus dientes?
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunas veces ()
   Nunca ()

2. ¿Sientes que la escuela complementa los valores que te enseñan en el hogar para el cuidado de tus dientes?
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunos veces ()
   Nunca

3. ¿Contribuyes con tu sentido de pertenencia a cuidar y conservar tus dientes por medio del cepillado?

Siempre ()
Casi siempre ()
Algunas veces ()
Nunca ()

4. ¿Cuándo te cepillas los dientes, lo haces cepillando los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular?
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunas veces ()
   Nunca ()
5. ¿En el cepillado de tus boca incluyes:
   - los dientes,
   -la lengua,
   - las mejillas
   -las encías

5.1 con que frecuencia
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunas veces ()
   Nunca ()

6. ¿Cuándo te lavas los dientes utilizas: seda dental, el cepillo de dientes, la crema dental y el enjuague bucal?
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunas veces ()
   Nunca ()

7. ¿te cepillas los dientes después de cada comida?
   Siempre ()
   Casi siempre ()
   Algunas veces ()
   Nunca ()

8. ¿con que frecuencia visitas al odontólogo?
   Cada un mes ()
   Cada 6 meses ()
   Cuando me duele un diente ()
   Nunca ()

9. Con q frecuencia te cepillas los dientes,
   Una vez
   Dos veces
   Tres veces o más
   Nunca

   9.1 En que momento
   -Mañana ()
   -Tarde ()
   -Noche ()
   -Después de cada comida ()

10. ¿Consideras necesario e importante que en la institución se lidere un proyecto de enseñanza que permita el fortalecimiento del cuidado de tus dientes?
    Muy necesario ()
    Necesario ()
    Poco necesario ()
    Nada necesario ()

!!!**MUCHAS GRACIAS**¡¡¡

Calificación:

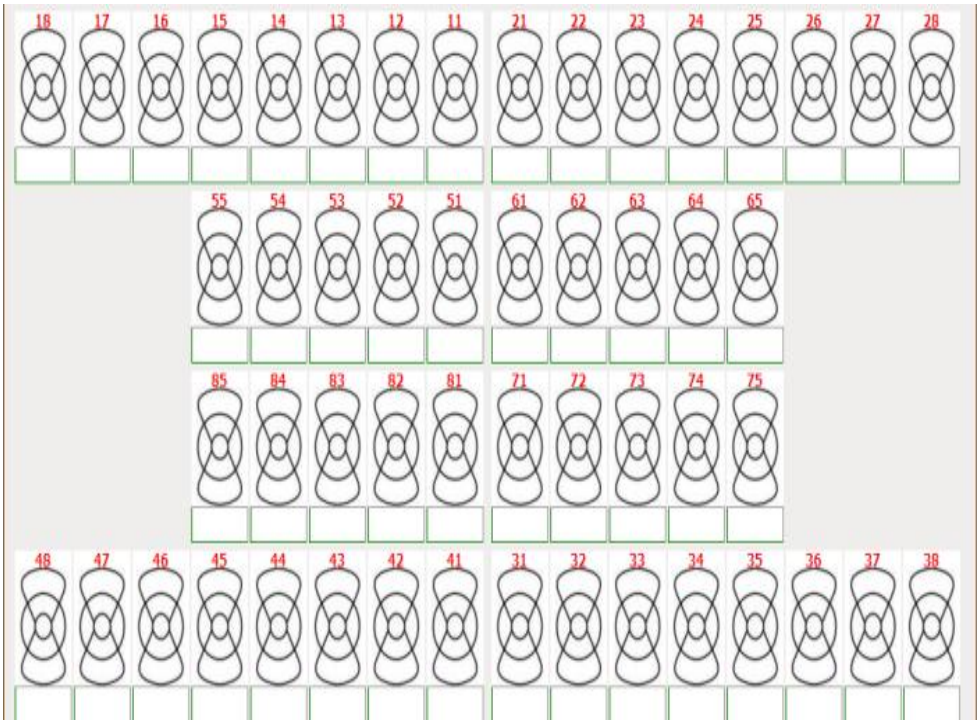
- 3 siempre, 3 casi siempre, 2 algunas veces y 1 nunca, 1 muy necesario: El niño o la niña tiene buenos hábitos y aptitudes de salud oral, obtenidos ya sea en sus hogares o en el colegio y además les gustaría que su institución lidere un proyecto de enseñanza.

- 1 siempre, 2 casi siempre, 4 algunas veces, 2 nunca , nada necesario: el niño o la niña conoce y algunas veces practica los las técnicas de cepillado o la manera de tener higiene oral, obtenidos ya sea en el hogar o colegio. Y además no se encuentra muy interesado en que le brinden educación en salud oral

- 1 siempre, 1 casi siempre, 2 algunas veces y 5 nunca, muy necesario: el niño o la niña tiene muy poco conocimiento de salud oral (no sabe como cepillarse correctamente), tal vez porque en su hogar no le han enseñando a que se vuelva un habito y en el colegio no se lo han reforzado, piensa que es necesario un proyecto de enseñanza en salud oral en su institución.

RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA EN CARIES DENTAL Y EL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE 6 A 12 AÑOS, DEL I.E.D SIMON BOLIVAR - GAIRA, DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, 2013.

GRADOº: **ESTUDIANTE Nº:**



Convenciones:

- ○ Sano
- • Cariado
- ✓ Obturado
- × Extracción indicada
- _ Diente perdido

ANEXO Nº 2

DIDACTICAS FLEXIBLES EN EL APRENDIZAJE DE SALUD ORAL

Kelly Johanna Yepes Moreno

Ceidy Carolina Rubio Mejía

Fabio Andrés Diaztagle Cavarcas

Estudiantes de Odontología de la Universidad del Magdalena

DEFINICION

Las didácticas flexibles en el aprendizaje de la salud oral es una estrategia educativa que se encuentra diseñada en forma de taller didáctico fundamenta en conocimientos, actitudes y practicas de la misma población y en una estrategia preventiva en salud oral. Se realizó debido a la necesidad de construir nuevos modelos pedagógicos que permitan facilitar el aprendizaje, formar para la vida, desarrollar procesos humanos y preparar a la población para una transformación cultural y social en salud oral.

OBJETIVOS DE LA EDUCACION EN SALUD

El objetivo fundamental de la educación en salud es producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes, de esta forma facilitando la adquisición de habilidades y originando en algunos casos a modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida[1].

IMPORTANCIA DEL COMPONENTE PEDAGOGICO

El desarrollo del componente pedagógico se promueve mediante técnicas educativas al conocimiento y reflexión en temas relacionados con la salud oral y la responsabilidad del auto cuidado como factor clave para cultivar la salud individual, de la familia y colectiva. Para lograr resultados concretos a través de la promoción hay que actuar en edades susceptibles a los cambios. Si en el período de edad 6 a 12 años se desarrolla el aprendizaje imitativo de la conducta y se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno y malo se consideraría el momento idóneo para el desarrollo de comportamientos saludables, el impacto sería mayor.

[1] **Mc Goldrick PM. Principles of Health Behaviour and Health Education. (2000) En: Pine CM. *Community Oral Health*. Cáp. 12. Wright, Oxford.**

Objetivos De La Estrategia

1. Promover la salud oral, la higiene de la boca, entre los niños y las niñas de 6 a 12 años del colegio I.E.D Simón Bolívar – Gaira, Santa Marta.
2. Sensibilizar a los niños en la importancia que tienen de cuidarse la boca y todo lo que la componen.
3. Enseñar las partes de la boca, y la importancia de cuidar y promover una salud oral.
4. Explicar a los niños y niñas la manera correcta de la técnica de cepillado.
5. Que la población en general valore la importancia de la salud oral y conozca los mecanismos que contribuyen para conservarla.

DIDACTICAS FLEXIBLE EN EL APRENDIZAJE DE SALUD ORAL

ACTIVIDAD DE INICIO

Para dar comienzo a la actividad pedagógica para la promoción de la salud oral a los niños, se realiza charla emotiva y didáctica, ganándonos las confianza de ellos, preguntando sus nombres?, ¿que es para ellos la boca? ¿Que es para ellos sonreír?

El material didáctico es necesario para poner en marcha y el desarrollo de las actividades en el aula, y que adema es una ayuda para la sección informativa.

TEMATICAS DE LA ESTRATEGIA

1. LA BOCA: SUS COMPONENTES Y FUNCIONES

La boca desempeña un papel muy importante en la vida y salud de las personas. Por ello, se debe cuidar para que cumpla correctamente con todas sus funciones.

La boca está formada por los labios superior e inferior, mejillas, dientes, muelas, encías, lengua y paladar.

Para cumplir con sus funciones, posee una estructura apropiada formada por los maxilares superior e inferior, llamados también mandíbula. Ellos están articulados para permitir su movimiento y

en ellos, se encuentran implantados los dientes superiores e inferiores.

El perfecto funcionamiento de sus componentes permite a la boca cumplir con sus funciones. Entre las más importantes están: la masticación, la comunicación y la buena apariencia.

La masticación: es la función inicial de la preparación de los alimentos. Para que ésta se cumpla en debida forma, es necesario que la dentadura esté completa, sana y que pueda cerrar adecuadamente. La saliva ayuda a que la comida pase al estómago y mantiene la humedad de la boca protegiendo los dientes y encías.

Por lo general, los dolores abdominales se producen por una mala masticación y digestión. Mientras no se asimilen bien los alimentos no habrá una buen crecimiento y desarrollo de la persona.

La comunicación: la correcta pronunciación de las palabras depende del buen estado de los componentes de la boca. Los sonidos dependen en gran parte de la posición y estado de los labios, mejillas, dientes, paladar, lengua y cuerdas bucales.

La buena apariencia: todos los componentes de la boca y especialmente los dientes juegan un importante papel en la buena apariencia. Dientes en mal estado, rotos, cariados, en mala posición o ausentes, así como encías enrojecidas y sangrantes, dan una pésima impresión cuando la persona habla o se ríe. El

rostro de un niño es más bello cuando su dentadura se halla completa y sana.

2. LOS DIENTES: CLASIFICACIÓN Y ESTRUCTURA

Partes del diente: simplificando la imagen del diente, éste se compone de la corona y la raíz y el cuello, que corresponde al sitio donde se unen las dos.

Un diente está conformado por los siguientes tejidos:

El esmalte es el tejido que cubre la corona del diente y sirve de aislante para alimentos muy fríos o calientes que puedan afectar su vitalidad.

La dentina se encuentra debajo del esmalte, tanto en la corona como en la raíz. Es el tejido encargado de proteger a la pulpa de todas las injurias externas.

El cemento es el tejido que cubre la raíz del diente protegiéndola, ya que en la raíz no existe esmalte.

La pulpa o nervio es la parte blanda y sensitiva que se encuentra en el interior de los dientes. Está cubierta por la dentina y tiene nervios y venas que le nutren y dan vida al diente.

3. LA DENTICION TEMPORAL

Son 20 dientes, su erupción comienza aproximadamente a los seis meses de vida con los incisivos centrales inferiores y terminan de exfoliarse aproximadamente a los 2 años con los segundos molares y caninos superiores.

4. LA DENTICION PERMANENTES

Son 32 dientes. Comienzan su erupción a los 6 años con el primer molar y terminan hacia los 18 años cuando con el tercero o muela del juicio.

El primer molar permanente: aproximadamente a los 6 años de edad, por detrás de los segundos molares temporales y sin que se caiga ningún diente de leche, tanto arriba como abajo, aparecen en la boca del niño los primeros molares definitivos o también denominados molares de los 6 años. Esto es algo muy importante porque es muy frecuente que se los confunda con los dientes temporales y no se da la importancia que tiene para la nueva dentición.

5. LA PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana es una película pegajosa de color blanco amarillento que está compuesta por las bacterias que normalmente habitan en la boca. Las bacterias de la placa, en presencia de los azúcares, forman ácidos que son los que descalcifican y destruyen el esmalte de los dientes produciendo la caries.

La placa bacteriana se debe remover de los dientes por lo menos dos veces al día por medios mecánicos de limpieza: seda dental y cepillado.

6. LA CARIES

La caries es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción del tejido dentario por efecto de los ácidos que producen las bacterias en presencia de alimentos azucarados y almidones. Esta enfermedad puede ir desde una pequeña mancha blanca, que es el estadio inicial de la caries, hasta la destrucción total del diente y la diseminación de la infección hacía otras partes del cuerpo.

La caries dental puede avanzar hasta destruir el hueso adyacente a los dientes e incluso producir infecciones que comprometan la vida del paciente, por ejemplo: osteomielitis, etc.

La mejor manera de prevenir la caries es realizando un cepillado correcto luego de las comidas, teniendo una dieta no cariogénica y visitando al odontólogo por lo menos dos veces al año.

ACTIVIDADES PARA LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La cartilla de boca en boca, una didáctica flexible para el aprendizaje de la salud oral, es un método para la enseñanza de algunas temáticas explicadas a los niños previamente de manera sencilla, grafica y divertida.

Esta la conforma actividades donde se puede evaluar la motricidad fina de los niños recortando, armando y pegando un rompecabezas que tiene un mensaje alusivo a la salud oral.

Incentiva a realizar el cepillado de los dientes 3 veces al día o después de cada comida por medio de un calendario donde ellos podrán colorearlo.

Refuerza positivamente los deberes que tienen como niño, y promueve al autocuidado de la salud oral.

Describe la manera correcta del uso del cepillo dental.

MATERIALES

La cartilla

Tijeras y colbon

Lápiz, lapicero

Colores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ *Castaño Vásquez María, Ferradanes Santiago. Programa de Promoción de la Salud Bucodental. 2012.*
- ✓ *Mc Goldrick PM. Principles of Health Behaviour and Health Education. (2000) En: Pine CM. Community Oral Health. Cáp. 12. Wright, Oxford*

ANEXO 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALAS / VALORES
EDAD	De acuerdo a la fecha de nacimiento	Edad en Años
SEXO	Características propias que determinan si es Niño o Niña	Masculino Femenino
Grado Escolar	Año que esta cursando	Grado: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Caries dental	Enfermedades bucales que se observan durante el periodo de estudio en relación con el total de la muestra.	Numero de caries. Antecedentes de dientes perdidos. Numero de dientes obturados. Numero de extracciones indicadas
Conductas de Apoyo	Es la realización de una acción que beneficia o mejora el bienestar de otra persona en particular.	Técnica de cepillado Higiene oral
Conductas de autocuidado	la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar	Técnica de cepillado Higiene oral

ANEXO 4

TABLA No. 1 Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	% VÁLIDO	% ACUMULADO
SEIS	34	8,4	8,4	8,4
SIETE	41	10,1	10,1	18,5
OCHO	52	12,8	12,8	31,4
NUEVE	79	19,5	19,5	50,9
DIEZ	86	21,2	21,2	72,1
ONCE	66	16,3	16,3	88,4
DOCE	47	11,6	11,6	100,0
TOTAL	**405**	**100,0**	**100,0**	

ANEXO 5

TABLA No. 2 SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	% VÁLIDO	% ACUMULADO
MASCULINO	197	48,6	48,6	48,6
FEMENINO	208	51,4	51,4	100,0
TOTAL	**405**	**100,0**	**100,0**	

ANEXO No. 6

Tabla No. 3 Grado Escolar

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
PRIMERO	44	10,9	10,9	28,4
SEGUNDO	63	15,6	15,6	60,2
TERCERO	57	14,1	14,1	100,0
CUARTO	71	17,5	17,5	17,5
QUINTO	66	16,3	16,3	44,7
SEXTO	104	25,7	25,7	85,9
Total	405	100,0	100,0	

ANEXO No. 7

TABLA No. 4 PRESENCIA DE CARIES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	% VÁLIDO	% ACUMULADO
SI	229	56,5	56,5	56,5
NO	176	43,5	43,5	100,0
TOTAL	405	100,0	100,0	

ANEXO No. 8

TABLA No.5 Edad Vs Presencia de Caries

			PRESENCIA DE CARIES		
			SI	NO	TOTAL
EDAD	SEIS	RECUENTO	12	22	34
		% DEL TOTAL	5%	12%	17%
	SIETE	RECUENTO	20	21	41
		% DEL TOTAL	9%	12%	21%
	OCHO	RECUENTO	26	26	52
		% DEL TOTAL	11%	15%	26%
	NUEVE	RECUENTO	48	31	79
		% DEL TOTAL	21%	18%	39%
	DIEZ	RECUENTO	56	30	86
		% DEL TOTAL	25%	17%	42%
	ONCE	RECUENTO	37	29	66
		% DEL TOTAL	16%	16%	32%
	DOCE	RECUENTO	30	17	47
		% DEL TOTAL	13%	10%	23%
TOTAL		RECUENTO	229	176	405
		% DEL TOTAL	56,5%	43,5%	100%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.325[a]	6	,055
Razón de verosimilitudes	12,341	6	,055
Asociación lineal por lineal	7,578	1	,006
N de casos válidos	405		

ANEXO 9

Tabla No.6 Índice COP-D

DIENTES PERMANENTES			
DIENTES PERMANENTES	**SEXO**		**TOTAL**
	MASCULINO	**FEMENINO**	
TOTAL CARIADOS	**362**	**328**	**690**
TOTAL OBTURADOS	**128**	**101**	**229**
TOTAL PERDIDOS	**92**	**72**	**164**
TOTAL MUESTRA	**105**	**124**	**229**

CALCULO DEL COP-D		
COP-D MASCULINO	$\text{Índice COP} - \text{D} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{Total de la muestra}}$	**5,5**
COP-D FEMENINO	$\text{Índice COP} - \text{D} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{Total de la muestra}}$	**4,04**
COP-D GLOBAL	$\text{Índice COP} - \text{D} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{Total de la muestra}}$	**4,7**

ANEXO 10

Tabla No. 7 Tus padres o personas mayores te enseñan a cuidar tus dientes

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1. ¿Tus padres o las personas mayores con las que convives te enseñan a cuidar tus dientes?	Siempre	135	59,0%	98	55,7%	233	57,5%
	Casi siembre	27	11,8%	18	10,2%	45	11,1%
	Algunas veces	50	21,8%	52	29,5%	102	25,2%
	Nunca	17	7,4%	8	4,5%	25	6,2%
	TOTAL	229	100,0%	176	100,0%	405	100,0%

ANEXO 11

Tabla No. 8 En el colegio te enseñan el cuidado de tus dientes

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
2. ¿Sientes que la escuela complementa los valores que te enseñan en el hogar para el cuidado de tus dientes?	Siempre	90	39,3%	40	22,7%	130	32,1%
	Casi siembre	27	11,8%	21	11,9%	48	11,9%
	Algunas veces	80	34,9%	72	40,9%	152	37,5%
	Nunca	32	14,0%	43	24,4%	75	18,5%
	Total	229	100,0%	176	100,0%	405	100,0%

ANEXO 12

Tabla No. 9 Te cepillas los dientes

		Cariado		Sano		Total	
PREGUNTA	**OPCIONES DE RESPUESTA**	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
3. ¿Contribuyes con tu sentido de pertenencia a cuidar y conservar tus dientes por medio del cepillado?	Siempre	136	59,4%	99	56,3%	235	58,0%
	Casi siembre	39	17,0%	25	14,2%	64	15,8%
	Algunas veces	53	23,1%	51	29,0%	104	25,7%
	Nunca	1	,4%	1	,6%	2	,5%
	Total	229	100,0%	176	100,0%	405	100,0%

ANEXO 13

TABLA No. 10 De que Forma te cepillas los dientes

		Cariado		Sano		Total	
PREGUNTA	**OPCIONES DE RESPUESTA**	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
4. ¿Cuándo te cepillas los dientes, lo haces cepillando los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular?	Siempre	122	53,3	71	40,3	193	47,7
	Casi siembre	20	8,7	17	9,7	37	9,1
	Algunas veces	74	32,	77	43,8	151	37,3
	Nunca	13	5,7	11	6,3	24	5,9
	Total	229	100,0	176	100,0	405	100,0

ANEXO 14

Tabla No. 11 Cepillado dental

		Cariado		Sano		Total	
PREGUNTA	**OPCIONES DE RESPUESTA**	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
5. ¿En el cepillado de tu boca incluyes?	Dientes	142	62,0	107	60,8	249	61,5
	dientes, Lengua	58	25,3	34	19,3	92	22,7
	Diente, Encia	0	,0	2	1,1	2	,5
	Diente, Mejillas	0	,0	1	,6	1	,2
	Diente, Lengua, Encia	10	4,4	13	7,4	23	5,7
	diente, Lengua, Mejilla	1	,4	3	1,7	4	1,0
	diente, Lengua, Mejillas, Encias	18	7,9	16	9,1	34	8,4
	Total	229	100,0	176	100,0	405	100,0

Tabla No. 12 Frecuencia de Cepillado

PREGUNTA	**OPCIONES DE RESPUESTA**	**DIAGNOSTICO**					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
5.1 con que frecuencia	Siempre	155	67,70	107	60,80	262	64,70
	Casi siembre	39	17,00	41	23,30	80	19,80
	Algunas veces	33	14,40	26	14,80	59	14,60
	Nunca	2	0,90	2	1,10	4	1,00
	Total	229	100,00	176	100,00	405	100,00

ANEXO 15

Tabla No. 13 Que incluyes en tu cepillado dental

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
6. ¿Cuándo te lavas los dientes utilizas: seda dental, el cepillo de dientes, la crema dental y el enjuague bucal?	Siempre	110	48,00	69	39,20	179	44,20
	Casi siembre	29	12,70	23	13,10	52	12,80
	Algunas veces	78	34,10	70	39,80	148	36,50
	Nunca	12	5,20	14	8,00	26	6,40
	Total	229	100,00	176	100,00	405	100,00

ANEXO 16

Tabla No. 14 Te Cepillas los dientes despues de cada comida

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
7. ¿te cepillas los dientes después de cada comida?	Siempre	112	48,9	67	38,1	179	44,2
	Casi siembre	42	18,3	36	20,5	78	19,3
	Algunas veces	36	15,7	47	26,7	83	20,5
	Nunca	39	17,0	26	14,8	65	16,0
	Total	229	100,0	176	100,0	405	100,0

ANEXO 17

Tabla No. 15 Frecuencia de visitas al odontologo

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
8. ¿con que frecuencia visitas al odontólogo?	Cada un mes	45	19,7	23	13,1	68	16,8
	Cada Seis meses	58	25,3	62	35,2	120	29,6
	cuando me duele un diente	78	34,1	48	27,3	126	31,1
	Nunca	48	21,0	43	24,4	91	22,5
	Total	229	100,0	176	100,0	405	100,0

ANEXO 18

Tabla No. 16 En que momento te cepillas los dientes

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
9. Con q frecuencia te cepillas los dientes	Una vez	54	23,60	39	22,20	93	23,00
	Dos veces	61	26,60	57	32,40	118	29,10
	Tres veces o más	110	48,00	78	44,30	188	46,40
	Nunca	4	1,70	2	1,10	6	1,50
	Total	229	100,00	176	100,00	405	100,00

Tabla No. 16 En que momento te cepillas los dientes

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
9.1 En que momento	Mañana	94	41,00	46	26,10	140	34,60
	Tarde	0	0,00	1	0,60	1	0,20
	Noche	8	3,50	6	3,40	14	3,50%
	Despues de cada comida	89	38,90	80	45,50	169	41,70
	Mañana, Tarde	4	1,70	3	1,70	7	1,70
	Mañana , noche	27	11,80	33	18,80	60	14,80
	Tarde, noche	0	0,00	1	0,60	1	0,20
	Mañana , tarde, noche	7	3,10	6	3,40	13	3,20
	Total	229	100,00	176	100,00	405	100,00%

ANEXO 19

Tabla No. 17 Opinion sobre el desarrollo de un proyecto de enseñaza en salud oral

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	DIAGNOSTICO					
		Cariado		Sano		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
10. ¿Consideras necesario e importante que en la institución se lidere un proyecto de enseñanza que permita el fortalecimiento del cuidado de tus dientes?	Muy necesario	150	65,5%	107	60,8%	257	63,5%
	Necesario	64	27,9%	65	36,9%	129	31,9%
	Poco Necesario	13	5,7%	4	2,3%	17	4,2%
	Nada necesario	2	,9%	0	,0%	2	,5%
	Total	229	100,0%	176	100,0%	405	100,0%

ANEXO 20

Tabla No. 18 Pregunta 1 de la Estrategia de Intervencion

LA BOCA PARA MI ES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
Reír	30	13,1	13,1
Hablar con los demás	63	27,5	27,5
Besar	21	9,2	9,2
Comer	28	12,2	12,2
Llorar	1	,4	,4
Hablar por celular	14	6,1	6,1
Reír, comer , hablar con los demás	46	20,1	20,1
Reír, comer, hablar con los demás y hablar por celular	26	11,4	11,4
Total	229	100,0	100,0

ANEXO 21

Tabla No. 17 Pregunta 2 de la Estrategia de Intervención

ASI PROTEJO MI SALUD ORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Me cepillo al levantarme	66	28,8
Mis padres me motivan con su ejemplo	45	19,7
Evito usar mi boca para decir malas palabras	8	3,5
si como dulce me cepillo después	54	23,6
me gusta ir al odontólogo	13	5,7
Cuando salgo con mis amigos me arreglo	23	10,0
que pereza el tema de los dientes	20	8,7
Total	229	100,0

ANEXO 22. REGISTRO FOTOGRAFICO



I.E.D Simón Bolívar-Gaira, Santa Marta



Reunión de Padres de Familia

Realización de la Intervención







Estudiantes Participantes de la investigación

