PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL DIRIGIDO A NIÑOS Y REPRESENTANTES LEGALES DE LA CLÍNICA ANTONIO NARIÑO

ANGELY STEFANY LOZANO PORTILLO

JHONATTAN ANDRÉS ROA JAIMES

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL DIRIGIDO A NIÑOS Y REPRESENTANTES LEGALES DE LA CLÍNICA ANTONIO NARIÑO

ANGELY STEFANY LOZANO PORTILLO

JHONATTAN ANDRÉS ROA JAIMES

Proyecto de grado presentado para optar el título de odontólogo

Asesor científico

Dr. JESSICA ALEIDA ROLON BARROSO

Asesor metodológico

Lic. MSc. Dr. JESUS ARTURO SULVARAN

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CUCÚTA

2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, por brindarme siempre su apoyo incondicional, por ayudarme a crecer como profesional y como persona, su esfuerzo es lo que me motivación para seguir en la búsqueda de ser una mejor persona. A mi abuelo que es como un padre, siempre dando los mejores consejos y sabias palabras en el momento indicado, sacando una sonrisa y ayudando a buscar una solución por difícil que sea el problema. A mi hermano por su apoyo y servir de ejemplo a seguir. A mi compañera Angely por ser parte de este equipo de trabajo. Por ultimo quiero dedicar esta tesis a mí mismo ya que con mucho esfuerzo se pudo sacar adelante.

Jhonattan Andrés Roa Jaimes

Dedico este trabajo de investigación primeramente a Dios por el don de la vida, a mi familia, especialmente a mi padre Alvaro Lozano y mi madre Nubia Portillo, por todo el apoyo que me brindan para cumplir todas mis metas tanto profesionales como personales, por orientarme a ser la mejor versión de mí, por querer cumplir todos los objetivos por más difíciles que sean, a mi sobrino Alvaro Samuel que llego a mi vida en el momento que más lo necesitaba llenando cada espacio de ella, a mi hermano y mi cuñada por brindarme tanto apoyo y ser mi ejemplo a seguir, a mis abuelos maternos y paternos por cada palabra de aliento cuando más lo necesitaba, por los consejos en cada momento indicado, a mis tíos y primos por estar en cada momento y proceso de mi crecimiento. A mi compañero Andrés Roa por ser parte de este equipo.

Angely Stefany Lozano Portillo

Agradecimientos

Agradezco a toda mi familia, padres, abuelo, hermanos, por darme la fortaleza, apoyo y motivación para poder culminar con éxito este proyecto**,** al grupo de trabajo Angely lozano por su esfuerzo y dedicación; Al Doctor Jesus Arturo Ramirez Sulvaran y la Doctora Jessica Aleida Rolon Barroso por habernos compartido sus conocimientos, guiarnos en este proceso, por sacar parte de su tiempo para la realización de este proyecto. Gracias a la doctora Sandra Caicedo coordinadora de la clínica por permitirnos realizar allí este proyecto. Agradecido conmigo mismo, por el esfuerzo, dedicación y perseverancia para culminar esta tesis.

Jhonattan Andrés Roa Jaimes

Agradezco primordialmente a Dios y la virgen por todo lo recibido, a mis padres por ser los promotores de mis sueños, mi sobrino, mi hermano, mi cuñada, por estar en cada momento de mi vida brindándome apoyo, mis abuelos, mis tíos y primos, por inculcar los valores para ser la persona en la que me he convertido. A Candy por acompañarme y darme de su amor todos los días. A mi compañero de trabajo Andrés Roa, por su dedicación y responsabilidad en este equipo de trabajo.

Agradezco a mis Tutores al Doctor Jesús Arturo Ramírez Sulvarán y la Doctora Jessica Aleida Rolón Barroso, por ser la guía en nuestro trabajo de grado por la paciencia y compartir sus conocimientos con nosotros. A la Universidad Antonio Nariño, sede Cúcuta y su coordinadora de clínicas la Doctora Sandra Caicedo, por permitirnos realizar allí este proyecto. Agradecida conmigo misma por culminar una de las metas de mi vida con dedicación y esfuerzo.

Angely Stefany Lozano Portillo

RESUMEN

El presente trabajo de investigación está dirigido a la población infantil y representantes legales que asisten a consulta odontológica en la universidad Antonio Nariño sede Cúcuta, con el fin de instruirlos en salud oral para promover y prevenir enfermedades odontológicas y mantener un buen estado de salud oral.

Objetivo. Desarrollar guías didácticas para la promoción y prevención en salud oral dirigida a niños y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Materiales y métodos. La investigación fue de tipo descriptivo/observacional, en el cual participaron 80 padres de familia o representantes legales y 122 niños en edades de 3 a 15 años que acuden a consulta de odontopediatría en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño. En este trabajo se realizó una encuesta inicial para determinar el nivel de conocimientos en hábitos de higiene oral de los niños y padres. Luego se diseñaron y desarrollaron guías didácticas para el aprendizaje en promoción y prevención en salud oral, finalmente se evaluó el conocimiento mediante una estrategia lúdica pedagógica.

Resultados. El nivel de conocimiento en cuanto buenas prácticas y hábitos de higiene oral de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño antes de la implementación de las guías fue buena, posteriormente después de desarrollar las guías obtuvieron un conocimiento excelente tanto niños y padres de familia.

Conclusiones. Se concluye en cuanto los hábitos orales de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio

Nariño presentaban malos hábitos antes de la aplicación de las guías. Sin embargo, los niños, niñas y padres de familia, se observó que obtuvieron buenos conocimientos en hábitos de higiene oral después de la aplicación de las guías.

Palabras claves. Promoción y prevención en salud oral, hábitos de salud oral, guías didácticas.

ABSTRACT

This research work is aimed at the child population and legal representatives who attend dental consultations at the Antonio Nariño University in Cúcuta, with the purpose of instructing them in oral health to promote and prevent dental diseases and maintain good oral health.

Objective. To develop didactic guides for oral health promotion and prevention aimed at children and parents or legal representatives of the dental clinic of the Antonio Nariño University.

Materials and methods. A descriptive/observational design was applied with the participation of 80 parents or legal guardians and 122 children between the ages of 3 and 15 years who attend pediatric dentistry consultations at the dental clinic of the Universidad Antonio Nariño, In this work, 1 survey was conducted for parents to determine their socioeconomic status and 2 surveys were conducted for parents and children to evaluate their knowledge before and after the strategies were implemented, covering oral hygiene habits, perception of oral hygiene and knowledge of oral health. After the first survey, 3 oral health learning guides were designed and developed for children and parents to promote oral health promotion and prevention.

Results. The level of knowledge regarding good oral hygiene practices and habits of the children and parents or legal guardians of the dental clinic of the Antonio Nariño University before the implementation of the guides was good, then after developing the guides, the children and parents or legal guardians obtained an excellent knowledge.

Conclusions. It is concluded that the oral habits of the children and parents or legal guardians of the dental clinic of the Antonio Nariño University presented bad habits before the application of the guidelines. However, it was observed that the children and parents had good oral hygiene habits after the application of the guides.

Key words. Oral health promotion and prevention, oral health habits, didactic guides.

Tabla de Contenido

Introducción 15

El problema 17

Planteamiento del problema 17

Formulación del problema 19

Objetivos 20

Objetivo general 20

Objetivos específicos 20

Justificación 21

Revisión Bibliográfica 22

Población vulnerable 22

Salud en población vulnerable 22

Salud oral en población vulnerable 23

Promoción y prevención en salud oral 26

Alimentación saludable. 26

Higiene bucal. 27

Evitar el consumo del tabaco, licor y drogas. 27

Auto revisión de la boca. 27

Asistir a consulta odontológica, mínimo dos veces al año. 28

Promoción y prevención en salud oral en población vulnerable 28

Plan decenal de salud pública (PDSP) 30

Estrategia generación soy más sonriente 31

Salud oral en el escenario escolar 32

Promoción y prevención en salud oral en las clínicas odontológicas universitarias 34

Aprendizaje en salud oral 35

Educación en salud oral 35

Hábitos de higiene oral 36

Autocuidado en salud oral 37

Diseño Metodológico 38

Tipo de investigación 38

Población y muestra 38

Población 38

Muestra 38

Criterios de selección 38

Criterios De Inclusión 38

Criterios De Exclusión 39

Hipótesis 39

Hipótesis nula 39

Hipótesis alterna 39

Identificación de variables 39

Independiente 39

Dependiente 39

Intervinientes 40

Materiales y métodos 40

Análisis estadísticos 41

Resultados 42

Características sociodemográficas del núcleo familiar de los niños 42

Salud Oral de los padres de familia o representante legal 45

Salud oral de los niños 49

Figura 14. Prácticas de autocuidado oral en los niños 53

Discusión 55

Conclusiones 63

Recomendaciones 64

Referencias Bibliografías 65

Lista de anexos

Anexo A: encuesta dirigida a padres de familia o representantes legales 73

Anexo B: encuesta dirigida a niños 77

Anexo C: Guías didácticas dirigida a niños, niñas y padres de familia o representantes legales 80

Anexo D: crucigrama de evaluación 85

Anexo E: evidencias 86

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres de familia o acudientes..... 93

Tabla 2. Condiciones de la vivienda 94

Tabla 3. Resultados observados para la actividad “crucigrama” 94

Lista de figuras

Figura 1. Cobertura de servicios públicos 95

Figura 2. Le han explicado como cepillarse los dientes 95

Figura 3. Frecuencia de cepillado al día 96

Figura 4. Elementos utilizados para el cuidado oral 96

Figura 5. Factores de riesgo 97

Figura 6. Frecuencia de consumo de alimentos procesados y frutas 97

Figura 7. Prácticas de autocuidado oral 98

Figura 8. ¿Le han explicado cómo cepillarse los dientes correctamente? 98

Figura 10. ¿Quién ayuda con el cepillado? 99

Figura 11. Elementos utilizados para el cuidado oral 99

Figura 12. Factores de riesgo 100

Figura 13. Frecuencia de consumo de alimentos procesados y frutas 100

Figura 14. Prácticas de autocuidado oral en los niños 101

Introducción

El presente trabajo de investigación está dirigido a la población infantil y representantes legales que asisten a consulta odontológica en la universidad Antonio Nariño sede Cúcuta, con el fin de instruirlos en salud oral para promover y prevenir enfermedades odontológicas y mantener un buen estado de salud oral; ya que la salud oral se ve afectada principalmente, por malos hábitos que conlleva a presentar patologías como la Caries Dental, caries de la primera infancia y Gingivitis, las cuales son las más frecuentes, siendo estas un problema de salud pública. Para prevenir estas enfermedades se necesita determinar los factores de riesgo de cada población, como su nivel socioeconómico el cual juegan un papel fundamental en la salud oral. Los reportes científicos han demostrado que una buena técnica higiene oral, es altamente eficaz en el control de las enfermedades orales, Los métodos más utilizados para la prevención de presencia de placa bacteriana y lesiones cariosas son el cepillado, el uso de seda dental y enjuague oral, acompañado de una buena técnica de cepillado (Ministerio de Salud, Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, 2000).

El personal de salud es el encargado de promover y prevenir las enfermedades orales, siendo ellos los responsables de llegar a la población vulnerable e implementar los hábitos de higiene desde una edad temprana, con el fin de aplicar estas enseñanzas durante su proceso de crecimiento de la persona, su núcleo familiar, social y cultural. (Ministerio de Salud, Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, 2000).

Existen estudios a nivel internacional que relacionan la situación de vulnerabilidad con el estado de salud oral, donde se asocian los riesgos socioeconómicos de las familias y su relación con la presencia de enfermedades orales nombradas anteriormente (Díaz S, Arrieta

K, Ramos K. et al. 2018). por eso el objetivo de este estudio es promover y prevenir mediante guías didácticas para la población infantil y sus representantes legales.

El problema

Planteamiento del problema

Según Núñez (2016) la pobreza se considera una situación o forma de vida originada por la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste de la calidad de vida de las personas. Se puede entender que la población en situación de vulnerabilidad son aquellos sectores o grupos de la población que, por su condición ya sea de edad, sexo, estado civil, origen étnico o cualquier otro, esto hace partícipe a las personas en condición de desplazamiento, limitadas en recursos económicos, víctimas del conflicto armado, migrantes, población con limitaciones, estratos bajos, entre otros. Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2012) como organismo universal en pro de los derechos humanos, ha manifestado la preocupación por el aumento de la población vulnerable de manera progresiva.

Según la ONU (2014), la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. En los términos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir con dignidad. Bardoni (2016) refirió que en el contexto mundial la salud de los migrantes es un asunto muy importante por tratar los gobiernos y las sociedades, y son muchos los desafíos cruciales que tiene que resolverse en esta población. Los patrones de en términos de volumen, velocidad de cremento, diversidad y disparidad, se asocian con problemas propios de los sistemas de salud y las inquietudes sociales que van presentando en cada país, donde la salud general y oral se ve afectada por factores ambientales, sociales y económicos; en el cual se puede decir

que se puede asociar a las personas desplazadas y personas con pobreza, ya que tienen relación o similitud en faltas de salud.

Según Cárdenas (2018) en Colombia se encontró asociaciones entre la presencia de pobreza medida objetiva y subjetivamente con una inadecuada condición de salud oral en las comunidades vulnerables, lo que coincidió con estudios internacionales que muestran asociación entre disparidades de salud oral y los factores socioeconómicos en adultos. Así mismo Duarte (2017) afirma que el desplazamiento forzado acumula vulnerabilidades derivadas de las pérdidas: derechos políticos y sociales, redes familiares y sociales, y por las condiciones sociales y sanitarias adversas a que se ven enfrentados en los sitios receptores. Estas situaciones aumentan la susceptibilidad y presionan la demanda por los servicios de salud que responda a las necesidades de salud. En el contexto departamental Carrascal (2019) sostuvo que los desplazamientos forzados en la región del Catatumbo, han aumentado a lo largo del 2018 como consecuencia de los enfrentamientos entre los grupos armados.

En el estudio realizado por Revelo (2019) se encontró que el bajo nivel educativo y la falta de recursos fueron las causas más comunes para el origen de los problemas de salud en cavidad oral, también encontraron durante sus intervenciones en las charlas, entrevistas y en los espacios entre las citas odontológicas la falta de prevención y de acompañamiento por parte de los entes de salud, los cuales pueden ser causa para el desarrollo de enfermedades en la población de escasos recursos, la desinformación también juega papel importante en el desarrollo de enfermedades.

Formulación del problema

La ciudad de Cúcuta ha sido recientemente receptora de población desplazada por la violencia, emigrantes de Venezuela y otros grupos de poblaciones en estado de vulnerabilidad del eje fronterizo. Las poblaciones anteriormente descritas acuden a consulta a la clínica odontológica de la universidad Antonio Nariño para ser beneficiarios de los servicios odontológicos que allí se prestan. En este sentido se genera la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los habito de higiene oral de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales que acuden a la clínica odontológica Antonio Nariño?

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar guías didácticas para la promoción y prevención en salud oral dirigida a niños y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Objetivos específicos

Identificar los hábitos de higiene oral de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales.

Diseñar guías didácticas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Evaluar los conocimientos en hábitos de higiene oral antes y después de aplicar las guías didácticas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Justificación

Se puede dar un paso importante al programa de desarrollar un plan de promoción y prevención en salud oral, para minimizar las enfermedades odontológicas. Como también lo refiere Benavides (2017) se necesitan más programas de educación en salud oral para beneficiar y mejorar la salud de la población, para lo cual es fundamental el papel de las universidades, las empresas y el estado, teniendo en cuenta el contexto particular de las poblaciones vulnerables.

Por lo tanto, realizar un estudio en la ciudad de Cúcuta con la población que acuden a consulta odontológica en la universidad Antonio Nariño, permite prevenir enfermedades odontológicas, para fortalecer la promoción y prevención en dicha área. Permitiendo a los estudiantes consolidar las competencias educativas, en temas de gran importancia en la salud pública, para la formación como futuros odontólogos de la Universidad Antonio Nariño.

Revisión Bibliográfica

Población vulnerable

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera como grupos o población vulnerables a mujeres violentadas, refugiados, personas que tengan alguna discapacidad, enfermedad mental, preferencia sexual distinta a la heterosexual, o que vivan en pobreza extrema. (Revelo, 2019). Por otra parte, el Ministerio de Educación de Colombia afirma que la población vulnerable está compuesta por: un grupo de personas en estado de desprotección o incapacidad ante una amenaza que puede ser psicológica, física, mental, entre otras, lo que puede culminar en exclusión, debido a sus particularidades o por razones socioeconómicas (Benavides, 2017). Así mismo Revelo, (2019) presento la definición Las Naciones Unidas define el desplazamiento forzado como aquel grupo de personas que son obligadas a huir y abandonar sus hogares o lugares habituales de residencia a causa de la violencia generalizada, por conflictos armados y violación de los derechos humanos, que implican pérdidas materiales y limitan el desarrollo personal y social. Se conoce que el desplazamiento forzado acumula vulnerabilidades por pérdidas: derechos políticos, redes familiares, condiciones sociales y de salud que están presentes en las áreas receptoras. (Duarte, 2018)

Salud en población vulnerable

Las personas que conforman la población vulnerable corren un mayor riesgo de desatención de la salud debido a su condición, como ser miembro de minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, niños, ancianos, personas con desventajas socioeconómicas, con seguro insuficiente o con ciertas condiciones médicas. Estas a menudo tienen afecciones de salud que se ven agravadas por una atención médica inadecuada, Fundación para el Desarrollo de la Investigación (2020). La salud de los migrantes y los asuntos asociados con

las migraciones, son desafíos cruciales de la salud pública que enfrentan los gobiernos y las sociedades. Los factores de esas necesidades en términos de volumen, velocidad del incremento, diversidad y desigualdad, se asocian con problemas propios de los sistemas de salud y las inequidades sociales, Bardoni (2016). Ya que los sistemas de salud deberían centrarse en estrategias más integrales, como la atención primaria de salud, la promoción y prevención de la salud, y centrarse en los determinantes sociales que tienen relaciones cercanas. El componente de participación social y comunidad, que está presente en la atención primaria de salud y la promoción de la salud, es un elemento fundamental para garantizar el derecho a la salud de la población desplazada. (Duarte, 2018).

Salud oral en población vulnerable

La Organización Mundial de la Salud (2017) afirma que la salud bucal u oral es un elemento esencial de la salud general y del bienestar que impacta significativamente en la calidad de vida. La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal "es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza. Sheiham (2012) afirma que la salud oral puede afectar a las personas de manera física y psicológica, afectando su crecimiento, el mirar, hablar, masticar, saborear y a nivel social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social. Por tanto, la salud bucal va más allá de tener dientes blancos, no tener caries o estar libre de enfermedades a nivel oral. Contar con salud bucal se relaciona con la capacidad de hacer uso de todas las funciones de las estructuras que hacen parte de la boca para permitir sin ninguna molestia la masticación, la deglución y la succión y por tanto favorecer los procesos de la alimentación

y el apoyo a otros procesos vitales como la respiración y hablar requieren de la funcionalidad de las estructuras de la boca para poder comunicarse además de permitir gesticular y expresar emociones como la sonrisa.

La salud oral está vinculada a otros problemas de salud y las intervenciones basadas en evidencia probablemente mejorarán la salud general de los niños en edad escolar en estos campamentos de refugiados. Para esta población con mayores desigualdades de salud, estos hallazgos proporcionan una base y la necesidad de proveedores de atención médica para colaborar con grupos de defensa de la comunidad, como educadores comunitarios de salud, para implementar intervenciones. (Kagabo, 2019)

Los refugiados y los solicitantes de asilo tienen acceso limitado a la atención de la salud oral. El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud oral solo están determinados por el sistema de atención médica, la sociedad y las creencias y comportamientos personales de la salud oral. La política de salud del país anfitrión es un elemento clave para determinar el acceso a la salud oral. (Keboa, 2016). Uno de los determinantes en la población vulnerable es la pobreza, esta se asocia con unas malas condiciones existentes en la salud oral, hábitos inadecuados de higiene bucal y hábitos para funcionales como el bruxismo, por lo que el estudio demuestra la influencia desfavorable que ejerce la pobreza en la salud oral en comunidades vulnerables y la necesidad de una intervención efectiva en el entorno social. (Díaz, 2018). Se puede deducir que las personas con bajo nivel socioeconómico tienen peor estado de salud bucal. El desplazamiento y el bajo nivel socioeconómico influyen significativamente en el estado de salud oral. (Zukanovi, 2018).

La salud oral se refiere al estado de salud oral autoevaluado y profesional; cuidado bucal encarnado prácticas de higiene bucal personal, percepciones y comportamientos; y el acceso a la atención incluyó facilitadores y barreras para los servicios profesionales de atención de la salud bucal. (Keboa, 2016). Los cambios socioeconómicos tienen un impacto significativo en la salud de la población. El desarrollo socioeconómico de la sociedad es uno de los determinantes básicos del estado de salud y las necesidades del individuo y de la población también. La definición de estatus socioeconómico implica la posición de una persona en una escala socioeconómica, donde se han evaluado factores como el nivel de educación, los ingresos, la ocupación, el lugar de residencia y, en algunas poblaciones, la herencia y la afiliación religiosa. En este sentido, la pobreza, como la incapacidad de alcanzar un nivel de vida mínimo en las circunstancias dadas, es un determinante importante de la salud. La salud oral está influenciada por muchos determinantes sociales: estatus social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno físico, higiene personal y hábitos de salud. (Zukanovic, 2018)

La alta prevalencia de caries dental afecta de 95 a 99 % de la población mundial y es la principal causa de la pérdida de dientes, donde 9 de cada 10 personas presentan la enfermedad o las secuelas de esta que comienza casi desde el inicio de la vida y progresa con la edad. Uno de los factores asociados a esta patología es el bajo nivel socioeconómico donde se observa que los niños y adolescentes de áreas rurales, de pocos ingresos y de bajo nivel de escolaridad de los padres presentan bajos indicadores de salud oral comparados con los jóvenes urbanos, esto debido posiblemente a un mayor acceso a los servicios de salud y al manejo de enfermedades. Se ha considerado la población escolar como vulnerable a la presencia de caries, observando factores como el ausentismo a los establecimientos

educativos y el bajo rendimiento escolar debido a condiciones como el dolor dental, perdida de la capacidad funcional y alteración de la calidad de vida siendo los más afectados. (Cerón-bastidas, 2018)

Se ha estudiado como las condiciones sociodemográficas y económica pueden incidir en el estado de salud de las personas e incluye también compromisos a nivel de la salud bucal. Existen estudios a nivel internacional que relacionan la pobreza con el estado de salud bucal, caracteriza los riesgos socioeconómicos de las familias y evalúa la relación que existe con la presencia de enfermedades dentro de sus miembros, sin embargo, a nivel local, son pocos los estudios que evalúan la influencia de la condición socioeconómica sobre el estado de salud bucal en familias de comunidades endebles (Díaz, 2018).

Promoción y prevención en salud oral

El Ministerio de Salud y Protección Social (2014) presenta que a nivel global se conocen 5 ítems que son determinantes para mantener una buena salud oral, y que promoviéndolos mediante educación a las comunidades. Estos ítems están relacionados con las herramientas de promoción y prevención, las cuales son: mantener una alimentación saludable, una buena higiene oral, evitar el consumo tabaco alcohol y drogas, realizar una auto revisión de la boca y asistir a consulta odontológica mínimo dos veces al año.

Alimentación saludable.

Para tener una alimentación saludable se recomienda consumir frutas y verduras 5 veces al día. Incluir el mayor número de tipos de alimentos de una manera moderada: cereales, raíces, tubérculos y plátanos; hortalizas, verduras, leguminosas verdes; carnes, vísceras, pollo, pescado, huevo, leguminosas secas; leche, kumis, yogurt, queso; grasas y azúcares.

Higiene bucal.

Desde los 6 meses de edad los niños presentan erupción de los dientes temporales, a partir de esta edad se recomienda usar cepillo y crema dental para la higiene oral de los bebés. También se recomienda utilizar crema dental con flúor y seda dental para prevenir las caries y las enfermedades de las encías. La crema dental se usa en cantidades menores al tamaño de una lenteja; para que esta tenga efecto se debe retirar con el cepillo dental los residuos de alimenticios, luego se coloca la crema y se busca su aplicacion por todas las caras de todos los dientes; se recomienda eliminar los excesos de crema sin enjuagarse abundantemente con agua, para favorecer que el flúor de la crema haga su efecto tópico en la superficie de los dientes; y los niños no consuman el exceso de crema.

Evitar el consumo del tabaco, licor y drogas.

Estos buenos hábitos reducen el riesgo de presentar enfermedad periodontal que pueda con llevar a enfermar estructuras de soporte, formación de cálculo dental, sangrado, movilidad y perdida de las estructuras dentales; alteración en el momento de la cicatrización de heridas en la boca y cáncer oral.

Auto revisión de la boca.

Se recomienda que los individuos reconozcan condiciones fuera de lo común como presencia de heridas que no curan en dos semanas, lesiones que aumentan en tamaño con el tiempo en vez de sanar, incremento del sangrado, dolor y cambios en la sensibilidad de dientes o de los demás tejidos como labios, lengua, paladar, entre otros. La auto revisión ayuda en todo momento a controlar complicaciones de manera oportuna, lo cual incluye a las personas que presentan diabetes, hipertensión, condición de discapacidad o mujeres en estado

de embarazo. Al identificar una situación fuera de lo normal, se debe acudir a revisión odontológica de forma temprana antes que sea necesaria una intervención.

Asistir a consulta odontológica, mínimo dos veces al año.

Los servicios odontológicos están orientados para garantizar la salud oral, en los cuales se debe garantizar la prevención y atención oportuna y de calidad. (Ministerio, 2017)

Entre los planes de promoción y prevención en salud oral a nivel nacional se encuentran: Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la estrategia Soy Generación Mas Sonriente, Lineamiento Técnico de Salud en la Primera Infancia y Programa de Cero a Siempre.

Promoción y prevención en salud oral en población vulnerable

Cualquier tipo de intervención dirigida a mejorar las condiciones de salud oral de las poblaciones vulnerables debe tener en cuenta los factores que causan la pobreza que marginan a los individuos y a las comunidades, e impiden que accedan a los servicios que les brinda el estado, formando un ciclo vicioso de exclusión social. Las facultades de odontología deben promover la salud general y la salud oral, favorecer el trabajo interdisciplinario y la participación de los estudiantes en los equipos básicos de salud, facilitar el cambio desde el modelo curativo-individual a un modelo integrador centrado en la promoción de la salud, y apoyarse en intervenciones comunitarias (Revelo, 2019).

Una buena salud oral es el resultado de una buena práctica odontológica articulada a la sensibilización, educación y promoción de la salud que se realice a los individuos y que genere en ellos conductas y responsabilidades frente a su autocuidado y adopten estilos saludables de vida. Lo anterior genera nuevos roles para los odontólogos de hoy como

promotores de salud. Los odontólogos también deben enseñar estrategias efectivas, sobre todo si se aplican en niños y jóvenes aún sanos, puesto que las estrategias de promoción y prevención son menos costosas que las de rehabilitación o limitación del daño; esto amerita que los odontólogos en formación hagan más énfasis en la salud pública y la atención primaria; también merece un análisis profundo el tipo de estrategias de educación implementadas en las comunidades y la evaluación de su impacto. De tal forma que ofrezcan verdaderos cambios de comportamientos sostenibles y permanentes en las personas frente a su salud oral (Díaz, 2018).

En este sentido son importante los programas de prevención y promoción de salud oral en la población vulnerable, puesto que se ha encontrado que las enfermedades de salud oral siguen siendo un problema importante para las personas vulnerables. Afortunadamente, el aumento de la investigación en los últimos años es indicativo del interés del sector académico en este segmento de la población. Esta tendencia se alienta con las nuevas estrategias e intervenciones que se están desarrollando para reducir las inequidades en salud oral en esta población. Sin embargo, los países interesados deben implementar estrategias sostenibles para mejorar significativamente el acceso a la atención de salud oral para las personas vulnerables. Se necesita con urgencia más investigación sobre la salud oral de las personas vulnerables socio económicamente (Keboa, 2016).

La salud oral debe abordarse como parte fundamental del desarrollo integral de esta etapa de la vida mediante acciones de promoción y prevención que permitan que los adolescentes y la sociedad se integren a ambientes saludables y así lograr una mejor calidad de vida, es necesario el acompañamiento continuo por parte de la familia, la sociedad y el estado los cuales juegan un papel esencial en la población de riesgo (Cerón-Bastidas, 2018).

Las actividades de salud oral deben ser articuladas con equipos de trabajo multidisciplinarios que orienten a las comunidades en estos aspectos complejos sociales que comprometen la salud oral. Los programas en promoción y prevención en salud oral podrían incluir en sus temáticas buenos hábitos de higiene oral (Díaz, 2018).

Las universidades deben diseñar, implementar y evaluar este tipo de programa, utilizarlo como plataforma para brindar atención a la población más necesitada y de ese modo lograr una mejor integración con los sistemas de salud. En la actualidad se hace poco énfasis en la motivación y educación de la población, tampoco se incluye la generación de destrezas en técnicas de higiene oral, la cual permite a la persona adquirir y mantener hábitos saludables durante todo el ciclo vital (Revelo, 2019).

Plan decenal de salud pública (PDSP)

La salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, permitiendo articular la salud en todas las políticas públicas del desarrollo humano, económico, ambiental y social.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 incorpora diferentes enfoques complementarios como: el enfoque de derechos, el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida, el enfoque diferencial considerando las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables como lo son: discapacitados, víctimas de la violencia y desplazados, comunidades de género, grupos étnicos; en este sentido las inequidades en salud están determinadas por las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de

salud en las Américas, al cual esta situación no escapa la población Colombiana. El principal objetivo del PDSP es elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud oral, visual, auditiva y comunicativa, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico. (Ministerio de protección Social, 2012).

Estrategia generación soy más sonriente

Según el Ministerio de Protección Social (2012) esta estrategia consiste en mantener el cuidado oral y protección específica en salud oral para primera infancia, infancia y adolescencia, que tienen como fin incrementar las coberturas en niños, niñas y adolescentes intervenidos con acciones de educación para la realización de prácticas de cuidado oral, aplicación de barniz de flúor y otras intervenciones de protección específica, para reducir progresivamente la historia de caries dental y mejorar las condiciones de salud oral y por ende aportar a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Las prácticas de cuidado oral, lideradas y orientadas por profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral con el apoyo de otros profesionales de la salud y otros sectores, deben fomentarse en todas las familias, padres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, cuidadores y gestores comunitarios quienes se mantienen en contacto con los menores de 18 años, procurando que sean apropiadas como parte de las acciones de cuidado de la salud. Estas orientaciones deben aplicarse independientemente de la condición de seguridad social, pero si deben ser aplicadas de forma diferencial acorde con las características de las personas, poblaciones y comunidades y por tanto ser adaptadas acorde con sus características

diferenciales en los diversos ámbitos territoriales y entornos (Ministerio de protección Social, 2012).

En el contexto departamental se han realizado pocos estudios de salud oral en la población vulnerable. Sin embargo se encontró un estudio realizado en el 2014en la población escolar del corregimiento La Vega del municipio de Cáchira (Norte de Santander), se encontró que los niños pertenecientes a poblaciones alejadas de las capitales y de los centros urbanos, pueden presentan inadecuados desarrollos psicomotores, problemas gastrointestinales, y que aunque el estado haya iniciado programas de prevención y promoción como: Lineamiento Técnico de Salud en la Primera Infancia y Programa de Cero a Siempre, estas actividades educativas de promoción y prevención en salud oral no tuvieron el impacto esperado, debido a la baja cobertura en la población, las metodologías utilizadas, que no alcanzan a profundizar y capacitar adecuadamente a los beneficiarios, creando desmotivación en la población, propiciando el olvido de lo aprendido, lo que demuestra que las intervenciones en salud oral deben ser activas, dinámicas, orientadoras y no solo charlas repetitivas que los individuos en condición de vulnerabilidad olviden con facilidad. (SERRANO, GUZMAN, & GUERRA, 2014)

Salud oral en el escenario escolar

Según González (2008), educar a los menores para la adopción de hábitos saludables es importante para que tengan una buena salud general y oral, ya que es en la infancia cuando se aprenden los hábitos que se repetirán a lo largo de la vida del individuo. En la actualidad existen condiciones de exposición capaces de afectar la salud oral. La escuela, por tanto, es un escenario qué pueden favorecer la promoción de conductas protectoras para la salud de los escolares y la de la comunidad.

Desde el colegio es posible implementar metodologías educativas en salud oral, la articulación con los sectores de la educación y la salud, también es una tarea sumamente importante. Aunque el Estado Colombiano a través del Código de Niñez y Adolescencia, contempla el derecho a la atención integral de la niñez desde el enfoque de derechos para una mejor calidad de vida, es necesario ejercer la abogacía desde todos sectores para unir recursos humanos, financieros y de tecnología en el área de la salud que permitan alcanzar estos objetivos (ICBF, 2006).

Es importante educar e informar sobre la existencia de patologías bucodentales como caries, enfermedad periodontal y también como prevenirlas, pero esto no debe basarse en un sin fin de información científica y literaria a la población juvenil, sino que es necesario modificar gentilmente las creencias y percepción que ellos poseen en cuanto a salud bucodental. Estudios han demostrado que en el núcleo familiar e institucional de estos individuos existe una alta desinformación, ya que se encuentran juvenes cursando bachillerato que no reconocen adecuadamente la caries como una enfermedad y desconocen que agente la produce, lo cual indica que se debe trabajar constantemente para mejorar los hábitos de higiene en esta población objeto de estudio (Tascon & Cabrera, 2005).

Estudios en Salud bucal como el realizado por La Secretaria de Salud de Medellín en el año 2009 llamado: Monitoreo de los indicadores de caries dental en escolares y evaluación de la apropiación del modelo educativo en salud bucal como objeto de aprendizaje en el escenario escolar demuestra que en etapas tempranas surge una curva de crecimiento en el número de lesiones cariosas y patologías bucodentales en la población adolescente y que se maximiza entre los 15 y 19 años. (Franco, Ramírez, & Ochoa, Salud bucal en la ciudad de Medellín: Monitoreo de los indicadores de caries, 2009). Esto evidencia la importancia de la

intervención en la etapa de adolescencia para generar un buen estado de bienestar estomatológico en los niños y jóvenes.

Promoción y prevención en salud oral en las clínicas odontológicas universitarias

Los niños en primera infancia tienen la necesidad de la salud general y oral, especialmente en salud oral ya que se relaciona con la dificultad para acceder a los servicios odontológicos como de manera preventiva o para tratamientos curativos, lo cual coincide con estudios. Estas barreras puestas para adquirir los servicios odontológicos están determinadas por falta de información y motivación en salud oral, conceptos culturales y reconocimiento de la salud como derecho fundamental, a lo que no se le da la suficiente importancia tanto los adultos y niños adquirir este derecho como la salud. (González, 2015)

Una manera de aplicar promoción y prevención es mediante las intervenciones este es un método eficaz y certero para adquirir e incrementar conocimientos sobre salud oral, lo cual posibilita que los niños y las personas que tengan acceso a ellas puedan transmitir toda la información aprendida a sus amigos, sus familiares y aplicarlas en el ámbito social y cultural, convirtiendo en los verdaderos promotores de salud oral. Las técnicas participativas se insertan en un estudio que realizan los participantes como sujetos activos, democráticos, capaces de buscar y construir nuevos conocimientos, de influenciar positivamente en el cambio del entorno y en el fortalecimiento de una buena conducta. En cambio, para lograr adquirir estos conocimientos las personas deber estar motivadas para hacerlo. (Crespo, 2009)

Se presenta un gran impacto en la percepción de la salud oral como una forma de la calidad de vida en los adultos, jóvenes y niños, que asisten a clínicas universitarias, lo cual se mantiene la motivación en salud oral para mantener un buen estado salud oral desde la

primera infancia, para contribuir a una salud general, ofreciendo una mejor calidad de vida. (Diaz, 2017)

Aprendizaje en salud oral

La promoción de la salud oral consiste en brindar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud oral y ejercer un mayor control sobre ella. Los aspectos más destacados en la promoción de la salud oral es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que una persona toma para mantener y mejorar su salud oral, así como para prevenir, diagnosticar y mitigar el impacto negativo de las enfermedades (Montenegro, Sarralde, 2013).

La educación para la salud oral como estrategia de promoción de la salud se ha convertido en una forma de enseñanza orientada a guiar al individuo y la comunidad en un proceso de cambio de actitudes y comportamientos, que parte del reconocimiento de sus necesidades y busca mejorar las condiciones de salud oral del individuo y de su comunidad.

La educación sanitaria para niños y niñas tiene beneficios adicionales, ya que no solo desarrolla actitudes y prácticas favorables para mantener su salud oral a una edad temprana, sino que también es una buena vía para la educación familiar. (Boyer, 2007).

Educación en salud oral

Según Navas (2015) encontró que cuanto mayor es el nivel educativo de los padres, mejores son las condiciones de salud oral infantil; también una mejor actitud por los padres hacia la salud y después de procesos educativos, se correlaciona positivamente con las condiciones de salud oral. Este estudio concluyó que existe la necesidad de desarrollar

programas estratégicos preventivos de salud bucal, que se debe promover la participación de los padres en la adquisición de hábitos de higiene oral en los niños desde la edad preescolar.

También es conocido que la educación temprana para los padres y niños sobre buenas prácticas de higiene oral reducen la incidencia de caries. Es recomendado motivar a los padres o tutor de los niños a seguir las instrucciones de cuidado personal y llevar al niño a las citas preventivas periódicas para evitar enfermedades orales. (Montenegro, Sarralde, 2013)

Hábitos de higiene oral

Durante la infancia y la niñez los padres o cuidadores son parte fundamental en el cuidado y educación, siendo estos los responsables de inculcar los hábitos de higiene oral y una alimentación balanceada en los niños, sin embargo, la falta de conocimiento es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades de la cavidad oral, en comparación con los padres que tienen un conocimiento en salud bucal se ve una menor prevalencia de estas enfermedades. (Torres Bessy & Arellanos Miriam. 2020)

Se ha evidenciado que el uso de flúor ayuda a prevenir la aparición de la caries dental y a remineralizar el esmalte desmineralizado por los ácidos de la dieta. La Asociación Dental Americana aconseja que el cepillado dental en niños debe ser de dos veces al día durante dos minutos con una pasta de dientes fluorada con un mínimo de concentración de 1000 ppm desde la erupción del primer diente deciduo; se ha estudiado que para mantener una higiene oral y evitar la aparición de caries dental y la gingivitis en la infancia es necesario realizar el cepillado dental, mientras más temprano se introduzca este hábito menos riesgos de aparición de estas enfermedades. (Torres Bessy & Arellanos Miriam. 2020).

Autocuidado en salud oral

El autocuidado bucodental debe ser motivado e instruido por el personal de salud correspondiente y este va desde conceptos muy básicos como el cepillarse después de cada comida, usar seda/hilo según la condición oral del paciente, usar enjuague, asistir a consulta de control al menos una vez cada 6 meses, hasta instruir en el qué hacer en situaciones de emergencia como lo son fracturas dentales, avulsión de diente y traumas dentoalveolares, ya que en los menores de edad estos tipos de traumatismos son muy frecuentes y un conocimiento claro de cómo proceder por parte del paciente o sus padres definirá en gran manera la posibilidad de éxito de un proceso menos invasivo y de menor costo.(Soto, 2014).

Diseño Metodológico

Tipo de investigación

Según el problema y los objetivos planteados, esta investigación es de tipo descriptivo/observacional, puesto que se pretende aplicar guías de promoción y prevención en salud oral a niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica universitaria Antonio Nariño.

Población y muestra

Población

Niños, niñas y padres de familia o representantes legales que acuden a consulta en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Muestra

La muestra es de carácter no probabilística seleccionada por conveniencia, para muestra se seleccionó niños, niñas y padres de familia o representantes legales que acuden a consulta de odontopediatría en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, la muestra estuvo constituida por 122 niños y 80 padres de familia.

Criterios de selección

Criterios De Inclusión

Niños y niñas que acuden a consulta de odontopediatría en la clínica de la Universidad Antonio Nariño.

Padres de familia o representantes legales de los niñas y niñas que acuden a consulta de odontopediatría en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

Niños, niñas y padres de familia o representantes legales en estado de salud sistémicamente sanos.

Niños, niñas y padres de familia o representantes legales que deseen participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Criterios De Exclusión

Niños, niñas y padres de familia o representantes legales que se nieguen a participar en el trabajo de investigación.

Niños, niñas y padres de familia o representantes legales que no acudan a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Antonio Nariño.

Hipótesis

Hipótesis nula

El conocimiento en salud oral en los niños, niñas y padres de familia o representantes legales antes y después del desarrollo de las guías en salud oral es igual.

Hipótesis alterna

El conocimiento en salud oral en los niños, niñas y padres de familia o representantes legales antes y después del desarrollo de las guías en salud oral es diferente.

Identificación de variables

Independiente

Estrategias pedagógicas.

Dependiente

Conocimientos en salud oral después de las guías de aprendizaje.

Intervinientes

Factores socioeconómicos

Estrato social.

Acceso a servicios de salud.

Hábitos de higiene oral.

Materiales y métodos

Inicialmente se procedió a establecer comunicación con la coordinadora de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño Sede Cúcuta, con el fin de socializarle el proyecto y obtener su autorización para desarrollar el trabajo de grado. Luego se procedió a socializar el proyecto y obtener el consentimiento informado de los padres de familia o representantes legales que quisieron participar en la investigación. Posteriormente la coordinadora de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Cúcuta y el equipo de trabajo acordaron un plan de acción para desarrollar del trabajo.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en cuatro etapas. La primera corresponde a determinar los hábitos y conocimientos de higiene oral que aplican los padres de familia a sus hijos antes de la implementación de las estrategias pedagógicas. Esta evaluación consistió en aplicar un cuestionario. Las preguntas estuvieron dirigidas a determinar el estado socioeconómico, hábitos de higiene oral, percepción de higiene oral y conocimientos en salud oral, dirigido a los padres de familia o representante legal (anexo A) y otra encuesta dirigida a los niños (Anexo B). Este cuestionario fue validado por el asesor científico y asesor metodológico.

La segunda etapa consistió en diseñar las guías de aprendizaje en salud oral para los niños, niñas y padres de familia o representantes legales que acuden a consulta a la clínica de la Universidad Antonio Nariño con base a los resultados obtenidos de la encuesta realizadas en la primera etapa. Las guías de aprendizaje estuvieron diseñadas de forma didáctica para facilitar el aprendizaje en los educandos. Tuvieron los siguientes componentes: Encabezado de la guía, competencias, introducción. (Anexo C).

La tercera etapa consistió en aplicar las guías pedagógicas lúdicas en salud oral a los niños, niñas y padres de familia o representantes legales que acuden a consulta a la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

La cuarta etapa consistió en evaluar el impacto que tuvo la aplicación de las guías pedagógicas mediante un crucigrama para desarrollar entre padres e hijos (Anexo D).

Análisis estadísticos

Los resultados obtenidos de las encuestas, estado socioeconómico y hábitos de higiene oral, entre otros, se les aplico estadística descriptiva, promedios y desviaciones estándar.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en el proyecto de investigación promoción y prevención en salud oral dirigido a niños y representantes legales de la universidad Antonio Nariño el cual se llevó en cuatro etapas, en la primera se determinaron características sociodemográficas del núcleo familiar, conocimientos y hábitos de higiene oral de padres e hijos que acuden a consulta odontológica a la clínica Antonio Nariño, para tal fin se aplicó una encuesta con la participación de 80 padres o representantes legales y 122 niños, en la segunda etapa se diseñaron las guías en base a los resultados obtenidos, la tercera etapa se aplicaron las guías a niños y padres de familia o representantes legales con ayuda de diapositivas y macro modelos, para la cuarta etapa se evaluó el conocimiento adquirido por los niños y los padres de familia por medio de un crucigrama para saber si ampliaron su conocimiento con las guías realizadas, en esta etapa se obtuvo la participación de los mismos 80 padres de familia y 122 niños.

Características sociodemográficas del núcleo familiar de los niños

La investigación contó con la participación de 80 padres de familia, cuya edad promedio fue 32,2 años, con deviación estándar 10,1 años; El rango de edad de los padres de familia o acudientes oscilo entre los 18 y 69 años. El promedio de personas por hogar es 4,5 con desviación estándar 1,5, y un rango de variación entre 2 y 9 personas por familia. La mayor parte pertenece a los estratos uno (39,2%) y dos (44,3%). El 37,5% de las personas entrevistadas pertenece a un grupo poblacional especial, siendo el de mayor representatividad la población migrante (20%) y desplazados por la violencia (10%).

En los servicios de salud se evidencio que el (58,8%) de esta población está vinculada al régimen subsidiado de salud; el (27,5%) al régimen contributivo y el (13,7%) no tiene seguridad social en salud.

En cuanto el nivel de educación, los padres que no han recibido educación corresponde al 5,7%, los padres de familia que cursaron hasta la primaria equivale al 17,1%, secundaria 41,4 y padres de

familia con educación superior ya sea técnico, tecnólogo o profesional corresponde al 35,5% de los encuestados.

Respecto a la ocupación, el 25,7% están actualmente empleados, el 24,3% trabaja de manera independiente, e igual proporción se encuentras desempleados 24,3%. El 15,6% se dedica a labores domésticas, el 8,6% son estudiantes y el 1,4% son personas desocupadas. En cuanto a los ingresos familiares mensuales el 55,8% de esta población devengan menos de un salario mínimo al mes, el 27,3% un salario mínimo, y El 16,9% devenga más del salario mínimo mensual. En la Tabla1 se encuentra en resumen de las características sociodemográficas del núcleo familiar de los participantes del proyecto de investigación.

Tabla 1. Características sociodemográficas del núcleo familiar de los niños

Variable		**n = 80**
Edad	Promedio (ds)	33,2 (10,1)
	Rango	15 - 69
Personas que conforman el núcleo familiar	Promedio (ds)	4,5 (1,5)
	Rango	2 - 9
Estrado Socioeconómico (%)	Uno	39,2%
	Dos	44,3%
	Tres	11,4%
	Cuatro	5,1%
Grupo poblacional especial (%)	Emigrantes	20,0%
	Afrodescendientes	1,3%
	Desplazado por la violencia	10,0%
	Otros	6,3%
	Ninguno	62,5%
Régimen de seguridad social en salud (%)	Contributivo	27,5%
	Subsidiado	43,8%
	Sisben	15,0%
	Sin aseguramiento	13,7%
Nivel educativo (%)	Ninguna	5,7%
	Primaria	17,1%
	Secundaria	41,4%
	Técnico	15,7%
	Tecnólogo	1,4%
	Profesional	18,6%

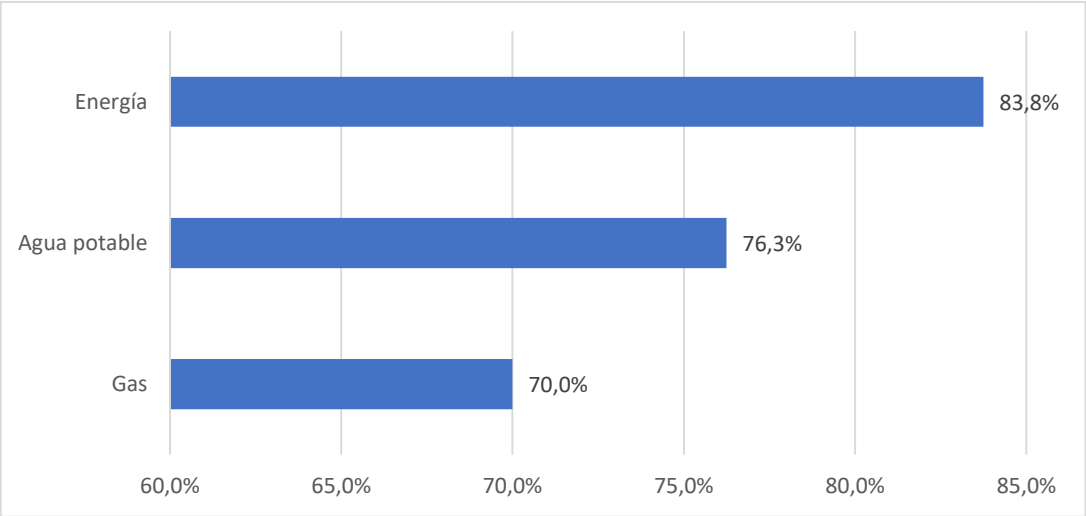
Ocupación (%)	Empleado	25,7%
	Desempleado	24,3%
	Trabajador independiente	24,3%
	Desocupado	1,4%
	Oficios domésticos	15,7%
	Estudiante	8,6%
Ingresos mensuales promedio en la familia	Menor a un salario mínimo	55,8%
	Un salario mínimo	27,3%
	Más de un salario mínimo	16,9%

Frente a las condiciones de vivienda, el 62,9% vive en arriendo; el 31,4% cuenta con vivienda propia y el 5,7% tiene vivienda bajo otra condición. La mayor parte vive en casas (62,3%); un 17,4% vive en apartamentos, el 10,1% vive en habitaciones y el 10,1% en casas improvisadas o en situación de invasión. La cobertura de energía eléctrica es del 83,8%, la cantidad de viviendas con agua potable es del 76,3% y el 70% cuentan con el servicio de gas. En la Tabla 2 se muestra la tenencia de la vivienda y el tipo de vivienda de las familias encuestadas y en la figura 1 muestra los servicios públicos con los que cuentan las viviendas.

Tabla 2. Condiciones de la vivienda

Variable		**n = 80**
Tenencia de la vivienda (%)	Propia	31,4%
	Arrendada	62,9%
	Otra	5,7%
Tipo de vivienda (%)	Casa	62,3%
	Apartamento	17,4%
	Habitaciones	10,1%
	Improvisada	5,8%
	Otra	4,3%

Figura 1. Cobertura de servicios públicos



Salud Oral de los padres de familia o representante legal

El 94% de los padres de familia afirmó que, si ha recibido información sobre como cepillarse los dientes, principalmente a través de la consulta odontológica (68%), seguido de un 22% que han sido instruidos en la escuela y 4%por otros medios, el 6% afirma no haber sido instruidos en como cepillarse correctamente. La figura 2 muestra la manera en que los padres de familia han o no recibido instrucción de una correcta técnica de cepillado.

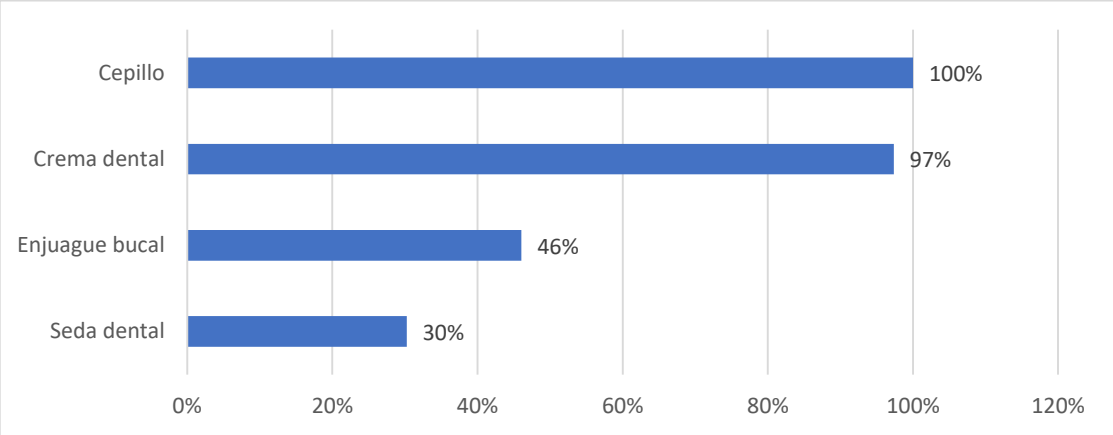
Figura 2. Instrucción de técnica de cepillado

El 89% de los padres de familia afirmo cepillar sus dientes 2 o más veces al día; el 11% dijo solo realizarlo una vez al día. La figura 3 evidencia la frecuencia con la que los padres de familia se cepillan los dientes

Figura 3. Frecuencia de cepillado al día

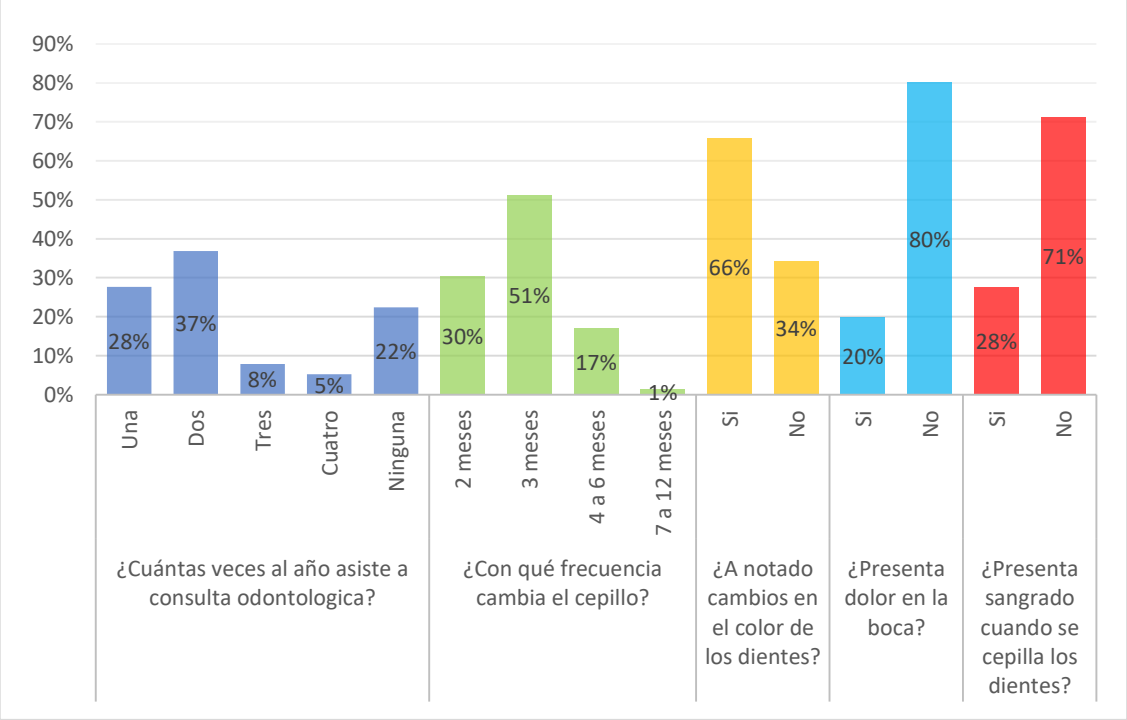
Frente a los elementos de cuidado oral utilizados, el 100% hace uso del cepillo dental, el 97% de la crema dental, el 46% del enjuague bucal, y un 30% utiliza seda dental. La figura 4 muestra los elementos utilizados para el cuidado de higiene oral por los padres de familia.

Figura 4. Elementos utilizados para el cuidado oral



El 22% de los padres de familia afirmo no haber asistido a consulta odontológica en el último año, lo cual se constituye en un factor de riesgo para este grupo de personas. El 28% dijo consultar al odontólogo una vez al año; el 37% dijo hacerlo dos veces al año, mientras que el 13% dijo asistir 3 o más veces al año a consulta odontológica. La mayoría de los padres de familia refirió cambiar su cepillo de dientes cada 3 meses o menos (81%); el 17% dijo hacerlo cada 4 a 6 meses y el 1% cada 7 a 12 meses. El 66% informó haber notado cambios en el color de sus dientes; el 20% dijo presentar dolor en la boca y el 28% informó presentar sangrado cuando al cepillar los dientes. La figura 5 muestra la frecuencia con la que los padres de familia acuden a consulta odontológica anualmente, la frecuencia con la que cambian de cepillo y la percepción ante cambios de color, dolor y sangrado de los dientes al cepillarse.

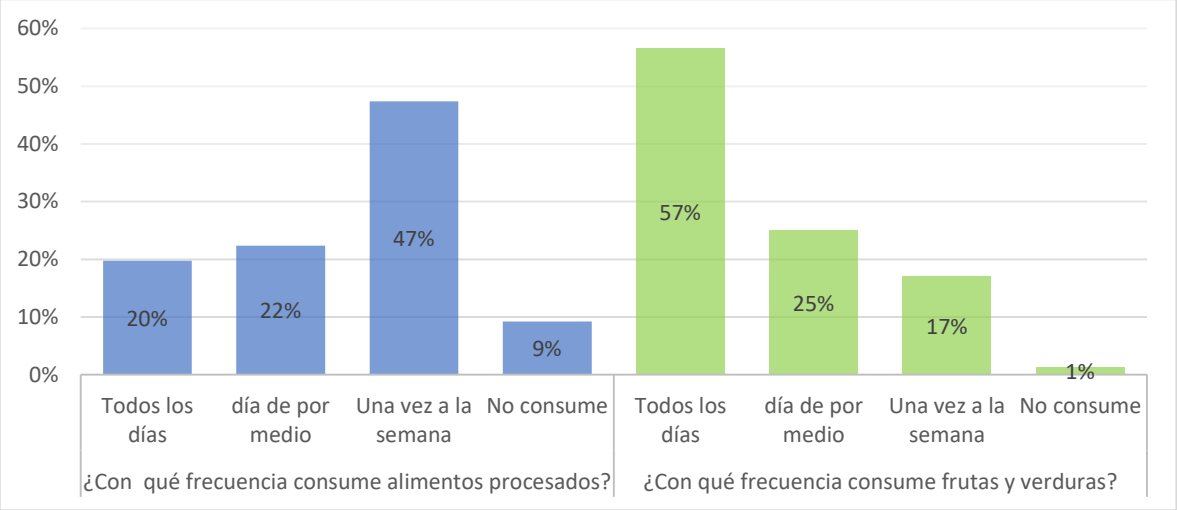
Figura 5. Hábitos y percepción



Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos procesados (gaseosa, bombones, papas fritas, etc.), el 47% afirmó hacerlo una vez por semana; sin embargo, un 20% refirió consumirlos diariamente y el 22% día por medio. El 9% no consume alimento procesados. En cuanto al consumo de frutas, el 57%

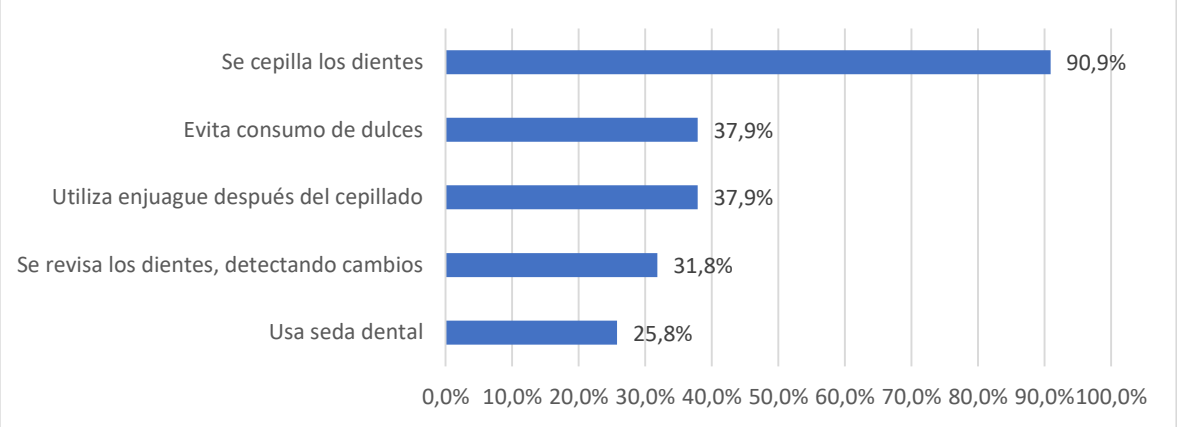
afirmó hacerlo diariamente, el 25% día de por medio, mientas que un 17% solo una vez por semana. El 1% informó no consumir frutas. La figura 6 muestra la frecuencia de consumo de alimentos procesados, consumo de frutas y verduras.

Figura 6. Hábitos alimenticios



Respecto a las prácticas de autocuidado de los dientes, el cepillado es la más representativa con el 90,9%; evitar el consumo de dulces está presente en el 37,9%, al igual que utilizar enjuague bucal. El 31,8% afirmó revisar sus dientes en el espejo y detectar cambios de coloración, mientras que solo el 25,8% refirió usar seda dental. La figura 7 muestra las practicas realizadas frecuentemente por los padres de familia para el cuidado de la salud oral

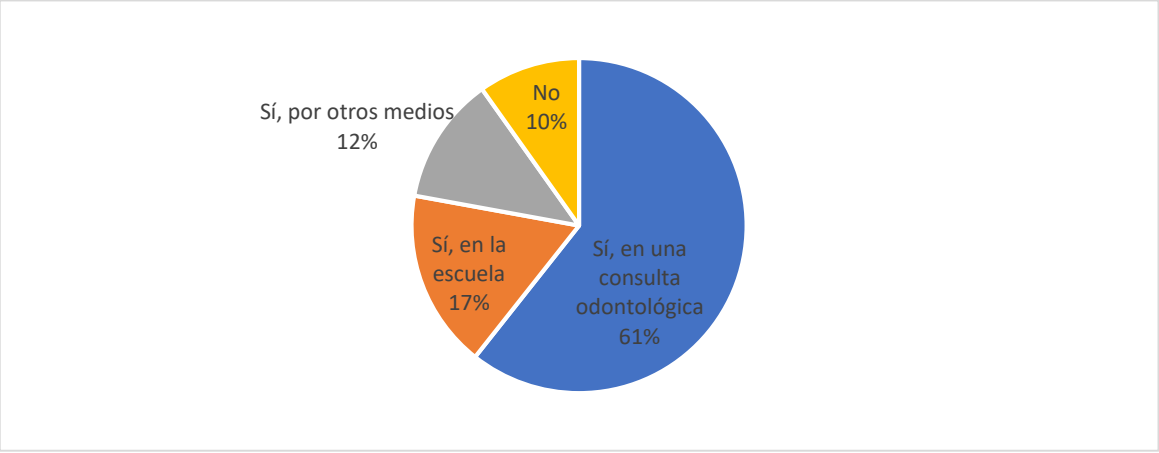
Figura 7. Prácticas de autocuidado oral



Salud oral de los niños

La muestra estuvo conformada por 122 niños entre los 3 y 15 años, con un promedio de edad de 8 años, con desviación estándar 3 años. El 90% de los niños han recibido información sobre como cepillar sus dientes, principalmente a través de la consulta odontológica (61%), aunque también algunos han recibido información en su escuela (17%). A continuación, en la figura 8 se muestra la manera en que los niños han o no recibido instrucción de una correcta técnica de cepillado.

Figura 8. Instrucción de técnica de cepillado

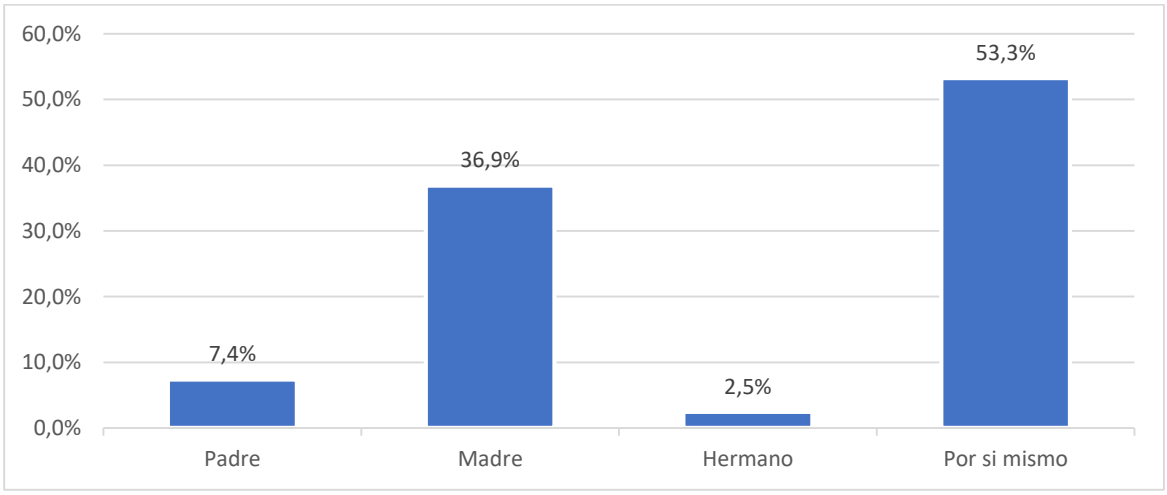


El 73% de los niños refirió cepillarse los dientes dos o más veces al día; el 27% en cambio, dijo hacerlo solo una vez al día. La figura 9 evidencia la frecuencia con la que los niños se cepillan los dientes diariamente.

Figura 9. Frecuencia diaria de cepillado

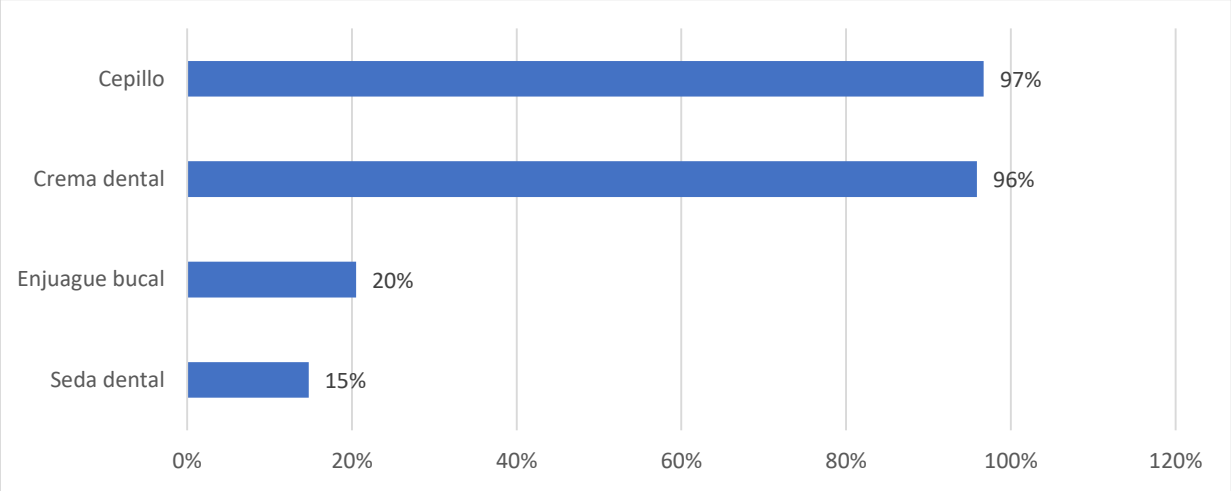
Dos niños manifestaron compartir el cepillo de dientes con otra persona. Respecto a quien les ayuda con el cepillado, el 53,3% lo hacen por sí mismos; el 36,9% reciben la ayuda de su mamá, el 7,4% de su papá y el 2,5% de sus hermanos. La figura 10 muestra el acompañamiento que tienen los niños al momento de realizar el cepillado

Figura 10. Acompañamiento en el cepillado



En cuanto a los elementos de cuidado oral utilizados por los menores, el 97% refiere el uso del cepillo dental, el 96% de la crema dental, el 20% el enjuague bucal, y un 15% la seda dental. La figura 11 muestra los elementos utilizados para el cuidado de higiene oral de los niños.

Figura 11. Elementos utilizados para el cuidado oral

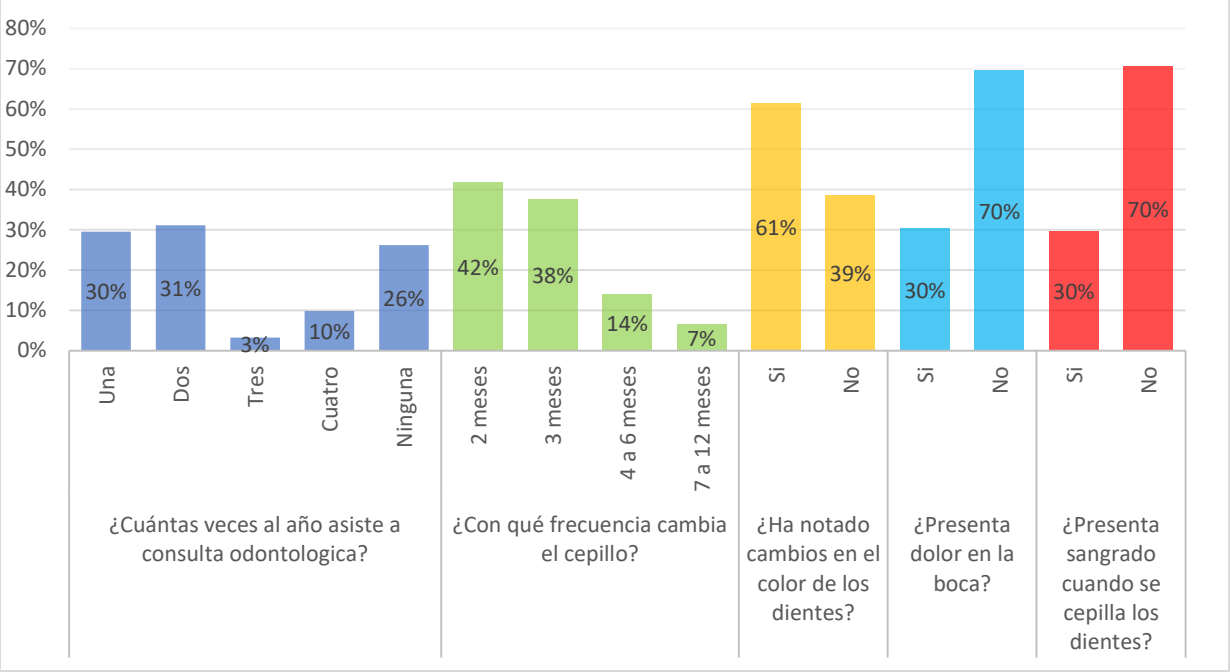


El 26% de los niños no han sido llevados a consulta odontológica en el último año, lo cual se constituye en un factor de riesgo para su salud oral. El 30% fue llevado a consulta una sola vez en todo el año, mientras que el 44% ha tenido dos o más consultas odontológicas en el último año.

La frecuencia de cambio de cepillo dental en la mayoría de estos niños es inferior o igual a 3 meses (80%). El 61% se ha evidenciado cambios en el color de sus dientes; el 30% dijo presentar dolor en la boca e igual porcentaje refirió presentar sangrado cuando se cepilla los dientes.

Figura 12 muestra la frecuencia con la que los niños acuden a consulta odontológica anualmente, la frecuencia con la que cambian de cepillo y la percepción ante cambios de color, dolor y sangrado de los dientes al cepillarse.

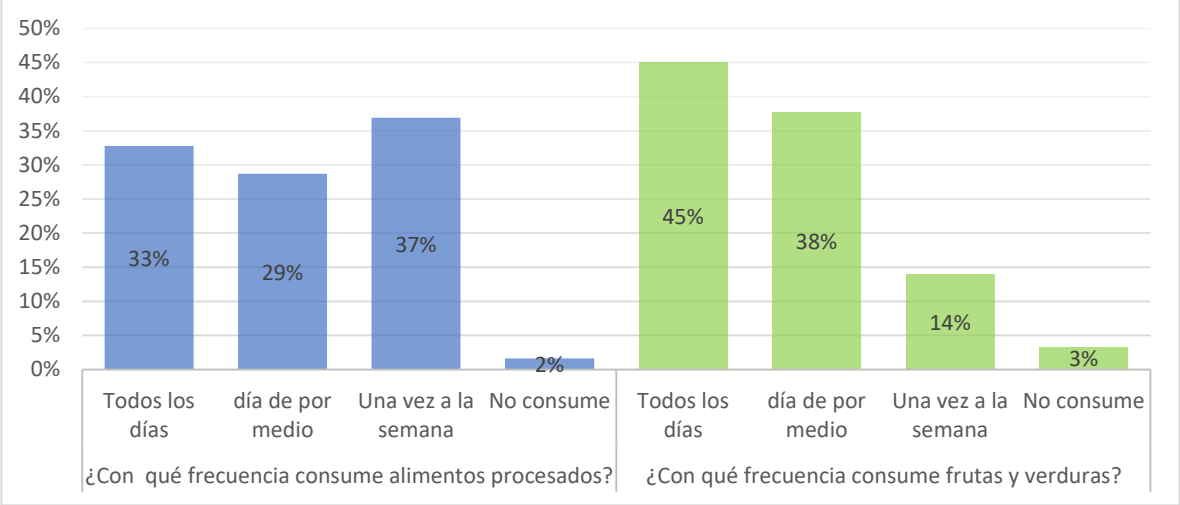
Figura 12. Factores de riesgo



Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos procesados (gaseosa, bombones, papas fritas, etc.), el 37% afirmó hacerlo una vez por semana; sin embargo, un 33% refirió consumirlos diariamente y el 29% día por medio. El 2% no consume alimentos procesados.

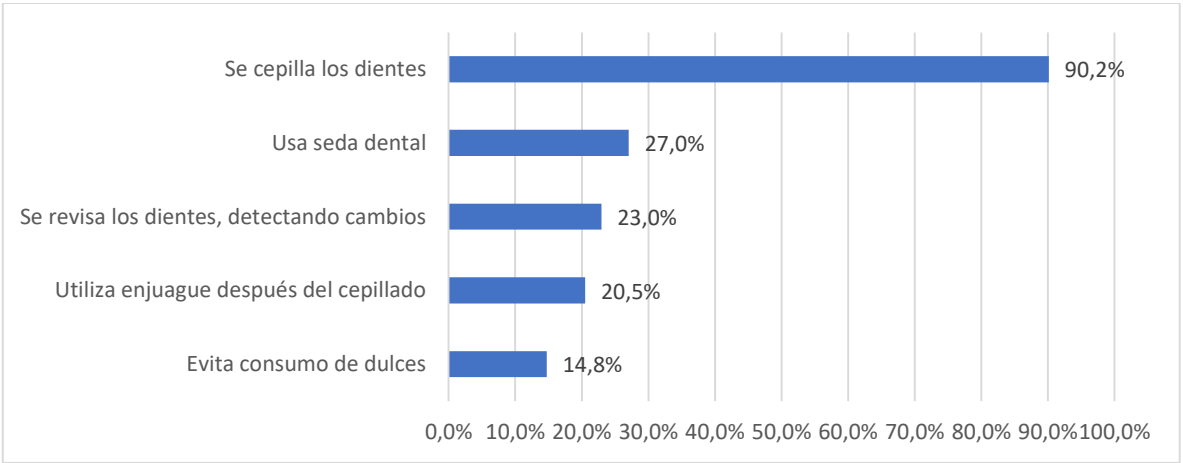
En cuanto al consumo de frutas, el 45% afirmó hacerlo diariamente, el 38% día de por medio, mientas que el 14% solo una vez por semana. El 3% dijo no consumir frutas. La figura 13 muestra la frecuencia de consumo de alimentos procesados, consumo de frutas y verduras.

Figura 13. Frecuencia de consumo de alimentos procesados y frutas



Con relación a las prácticas de autocuidado de los dientes, el cepillado es la más representativa con el 90.2%; el uso de seda dental fue informada por el 27%; revisar los dientes para detectar cambios en la coloración fue informada por el 23%, el uso de enjuague bucal por apenas el 20.5% y evitar el consumo de dulces solo el 14,8%. La figura 14 muestra las practicas realizadas frecuentemente por los niños para el cuidado de la salud oral

Figura 14. Prácticas de autocuidado oral en los niños



De acuerdo con los resultados observados para la actividad del crucigrama desarrollada con los 122 niños, la mayoría exhibió un conocimiento adecuado para las preguntas realizadas, determinándose

un porcentaje de aciertos a nivel general del 98%. La tabla 3 resume los resultados por cada pregunta. La pregunta con menos proporción de aciertos fue “Es importante tener buenos _____ para mantener una excelente higiene oral”, cuya respuesta correcta era “hábitos” y tuvo un porcentaje de aciertos del 89%. La tabla 3 muestra el porcentaje de respuesta correctas después de aplicar las guías didácticas dirigidas a los pares de familia y niños.

Tabla 3. Resultados observados para la actividad “crucigrama”

Pregunta	Respuesta Correcta	n	Porcentaje de aciertos
Objeto para el cuidado de tu boca que no debes compartir con otras personas	Cepillo	122	100%
Después de cada _____ debes cepillarte los dientes	Comida	122	98%
En la superficie masticatoria de los molares se debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia _____	Adelante	122	98%
Clases de movimiento que se debe realizar al cepillarse	Circulares	122	100%
Órgano de nuestra boca que es importante cepillar	Lengua	122	98%
Hilo delgado con el que limpiamos lo espacios de los dientes	Seda dental	122	98%
Veces al año que debemos ir al odontólogo	Dos	122	98%
Es importante tener buenos _____ para mantener una excelente higiene oral	Hábitos	122	89%

Discusión

Las condiciones sociodemográficas juegan papel importante para el estado de salud de las poblaciones, unas condiciones socioeconómicas bajas dificultan el acceso a los servicios de salud, a la educación superior y limitación en las condiciones de vivienda (Ochoa y col. 2018). En este trabajo se encontró que el 83,5% de los participantes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo como lo es estrato 1 y 2, encontrando un 20% de población en situación de migrantes y 10% de desplazados por la violencia, su mayoría perteneciendo al régimen de salud subsidiado o sin aseguramiento social (72,5%), el 83% de los encuestados manifiestan tener ingresos familiares igual o inferior a un salario mínimo legal vigente, la mitad de los encuestados (50%) cuentan con un trabajo ya sea dependiente o independiente, un cuarto están en estado de desempleo (24,3%), (15,7%) realizan oficios domésticos y el 8,6% se encuentran en condición de estudiante, el 35,7% cuentan con educación superior ya sea técnico, tecnólogo o profesional, el otro 64,3% de la población encuestada cuentan con estudios hasta secundaria. Acorde al estudio realizado por Hernández y Gutiérrez en el 2005 las condiciones de vida, estado de salud y acceso a servicios de salud se ven modificas por la situación sociodemográfica en la que se encuentre la familia o la persona. Las condiciones socioeconómicas de las poblaciones en estado de vulnerabilidad son limitantes para el acceso a los servicios de salud, educación superior, empleo, sueldo digno y cobertura de servicios públicos.

La capacitación en buenos hábitos de higiene oral es importante para los padres de familia y niños porque previene las enfermedades orales (Torres & Arellanos. 2020). En el presente estudio se evidenció que el 90% de los padres de familia han recibido información de una adecuada técnica de cepillado en la consulta odontológica, la escuela y por otros medios, ellos realizan el cepillado con una frecuencia de dos veces al día, utilizando crema dental y cepillo, sin embargo, es poco el porcentaje de padres que utilizan la seda dental (15%) y enjuague (20%), resulta importante crear o reforzar buenos hábitos en padres de familia o las personas que estén al cuidado de los infantes para que estos inculquen en los niños

y transmitan estas buenas costumbres. Esto coincide con el estudio realizado por Serrano, Arévalo y Hernández, en el 2019 que afirma la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general, la formación de estilos de vida en edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, así como el rol del personal de educación y de todo aquel que este en contacto directo con los niños.

La dieta o los hábitos alimenticios son papel importante para la preservación de la salud bucal y la salud en general, en este estudio se evidencia que el 9% de los encuestados no consumen alimentos procesados, mientras que el 47% lo hacer una vez a la semana y el otro 42% lo hace ya sea todos los días o día por medio, acorde con lo que refieren los autores Alvares, Corredor y Vásquez en el 2017, la buena alimentación cumple un rol fundamental para una vida saludable, la misma que se encuentra vinculada a los hábitos alimentarios, sin embargo, estos hábitos se ven afectados por tres factores como la familia, los medios de comunicación y la escuela. El consumo frecuente de estos alimentos procesados son un factor de riesgo para la salud oral y salud en general (Ministerio de Salud y Protección Social 2014).

Las prácticas de autocuidado oral son la mejor herramienta para la prevención de enfermedades, también es importante para la detección de lesiones, sangrados, dolor, cambio de color o textura para darle un manejo oportuno y evitar procedimientos invasivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). En el presente trabajo el 66% de las personas encuestadas manifiestan notar cambio en el color de los dientes, el 20% dolor a nivel oral y el 28% presentan sangrado al realizar el cepillado, el 37,9% de los encuestados manifiestan evitar el consumo de dulces, el 37,9% utiliza enjuague después del cepillado y solo el 25,8% usa seda dental, coincidiendo con el estudio de Franco realizado el 2009 en el que afirma que la cantidad y la calidad de los conocimientos que la población maneja sobre las principales enfermedades orales, los factores de riesgo, las medidas preventivas, etc., han aumentado en los últimos años. En los resultados obtenidos anteriormente demuestra que las personas encuestadas han adquirido

un conocimiento, pero no el suficiente o no le dan la importancia que se merece las buenas prácticas de autocuidado como prevención.

El nivel de conocimiento de salud bucal es importante para evitar las enfermedades orales. En el estudio realizado por Rufasto y colaboradores en el 2012, donde evalúa el nivel de conocimiento en salud oral, antes de iniciar la aplicación de su programa educativo sobre este tipo de promoción y prevención, obtuvieron un alto de conocimiento de salud oral. Sin embargo, un 21.3% de la población obtuvo un nivel bajo. (Rufasto, 2012) Teniendo en cuenta el texto anterior y estableciendo una relación con el presente trabajo se evidencio que el 90% de los niños han recibido información sobre como cepillar sus dientes, principalmente a través de la consulta odontológica, aunque el 17% reporto que han recibido información en su escuela. Esto concuerda con el estudio realizado en la ciudad de Sincelejo de Colombia, en el año 2018, el cual concluyó que las instituciones educativas en su gran mayoría no cuentan con planes de promoción y prevención de salud oral, lo que lleva a observar la necesidad de inclusión de temas de salud oral. La falta de un plan de educación en salud oral conlleva a un aumento de las enfermedades que afectan la cavidad oral, conllevando al aumento en la realización de tratamientos o en la perdida prematura de órganos dentales. Esto indica la falta de intervenciones de promoción y prevención en las instituciones escolares, conllevando a una desinformación sobre los temas importantes en salud oral. (Bertel, 2018).

La práctica del cepillado dental tiene un valor importante para evitar enfermedades orales, por su asociación entre las variables del cepillado dental y el consumo de dulces con la presencia de caries. (Sedano, 2007) En el estudio realizado por Álvarez y colaboradores en el año 2019, en la ciudad de Pasto, Colombia; hallaron en sus resultados que el 84% de los pacientes entrevistados respondieron que se cepillan los dientes de 2 a 3 veces al día y un 5,3% una vez al día; el cual no existe una gran diferencia con el presente trabajo donde los resultados a la pregunta ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? Obtuvo que 73% de los niños entrevistados respondieron cepillarse los dientes dos o más veces al día,

mientas que a la respuesta de hacerlo una sola vez al día si refleja diferencia, ya que en el presente trabajo el 27%, de la población infantil, marco positiva esa respuesta, demostrándonos que los pacientes infantes tienen claro la importancia y necesidad de cepillarse los dientes todos los días después de cada comida, una pequeña población no demuestra interés en ejercer el hábito del cepillado más de una vez al día. (Álvarez y col. 2019).

En el estudio realizado por Bertel en el 2018, en la ciudad de Sincelejo, Colombia determino el uso personal de los cepillos dentales y encontró que el 91,7% de las personas tenían su cepillo de uso personal, sin embargo, el 8,3% de esta muestra compartían el cepillo, estos resultados coinciden con el presente estudio, puesto que se encontró que el 1,6% de los niños entrevistados manifestaron compartir el cepillo de dientes con otra persona. Este hábito inusual es un factor de riesgo para una buena higiene oral.

Con respecto a la categoría acompañamiento en el cepillado se encontró que el 53,3% de los niños se cepillan solos; el 36,9% reciben la ayuda de su mamá, el 7,4% de su papá y el 2,5% de sus hermanos, estos resultados difieren por el estudio realizado por Álvarez y colaboradores en niños de 5 a 12 años que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia campus Pasto en el 2019, el cual se encontró que el 82,1% de los padres supervisaban el cepillado dental, el 10,5% El cepillado dental era realizado solo por el mismo niño. En este sentido Álvarez señala que es importante que los padres hagan un acompañamiento en el cepillado de los niños para realizar de un amanera correcta y garantizar una buena higiene oral en los niños (Bertel, 2018; Álvarez, 2019).

El uso de la seda dental permite retirar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles al cepillo, por lo tanto, se debe acompañar del cepillado y enjuague como parte de la práctica normal de la higiene oral; sin embargo, el uso del hilo dental es una técnica difícil y de poco acceso para adquirir estos elementos. La mayoría de los niños necesitan aliento constante para conservar un estándar elevado

del cepillado. Modificar o formar determinados hábitos es una tarea compleja que requiere la adopción, por medio de los programas escolares de educación dental se plantean como una estrategia accesible que adquiere importancia creciente (Crespo, 2009). En el presente trabajo se dio a conocer los elementos utilizados para el cuidado de la salud oral en el cual los niños tenían que marcar los objetos que utilizan para su cuidado personal, el 97% de los niños refiere el uso del cepillo dental, el 96% de la crema dental, el 20% el enjuague bucal, y un 15% la seda dental. Estos hallazgos no coinciden con un estudio realizado en Bucaramanga, Colombia, 2016 donde obtuvieron una respuesta que solo el 62% de las personas conocían el cepillo y crema dentales desconociendo los demás elementos utilizados para el cuidado de la salud oral. En un estudio realizado en el 2009 por Carrasco en niños de nivel primaria y secundaria en Lima, Perú, también se observa el desconocimiento de los objetos que son utilizados para el cuidado de la salud oral, arrojando un resultado de solo el 21,73% identificaron el enjuague e hilo dental como implementos de higiene oral, con estos resultados conocemos que la mayoría de la población solo utiliza el cepillo dental y la crema dental para el autocuidado d la higiene oral, dejando por fuera el uso tan importante de la crema dental y el enjuague, por motivos de desconocimientos, falta de instrucción y el motivo más importante es por su nivel socioeconómico, evitando usar todos los elementos de cuidado oral.

Los profesionales de la salud recomiendan a los pacientes asistir a consulta odontológica mínimo 2 veces al año en todas las etapas de la vida, donde se orienta sobre todos los cuidados orales que deben tenerse desde la primera infancia y acorde con las condiciones particulares de las personas, para prevenir enfermedades orales. (Ministerio de salud,2014) En el presente trabajo se observó con respecto a la pregunta ¿Cuántas veces al año acude a consulta odontológica? El 26% de los niños no han sido llevados a consulta odontológica en el último año, lo cual se constituye en un factor de riesgo para su salud oral. El 30% fue llevado a consulta una sola vez en todo el año, mientras que el 44% ha tenido dos o más consultas odontológicas en el último año. Estos hallazgos encontrados tienen relación con el estudio

realizado por Morata en niños de 5-17 años que acuden consulta pediátrica en Valencia, España en el 2019 donde el 32,7% han visitado el odontólogo una vez al año, el 56,4% más de una vez al año y no han visitado al odontólogo un 7%. Otro hallazgo relevante fue el del estudio realizado por Carrasco en niños de nivel primaria y secundaria en Lima, Perú en el 2009 donde obtuvo que el 21,49% Nunca visitaron al odontólogo el cual existe relación con el presente trabajo. Con estos hallazgos visualizamos que existe un porcentaje importante que no acuden a consulta odontológica o no han asistido, la cual es importante para la prevención de las enfermedades odontológicas manteniendo el autocuidado.

En el presente trabajo respecto a la frecuencia de cambio de cepillo dental, arrojó que el 80% de estos niños es inferior o igual a 3 meses y un 20% realizan el cambio del cepillo de 4 a 12 meses. Estos resultados tienen relación con el estudio realizado por Álvarez en niños de 5 a 12 años que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia campus Pasto en el 2019, donde se observa que el 96,8% reportaron que realizan el cambio del cepillo cada 3 meses y un 3,2% realizan el cambio del cepillo de 4 a 12 meses. Existe una gran diferencia con el estudio realizado por Carrillo en el 2019 donde reporta que solo el 16% realizan el cambio del cepillo a los 3 meses y el 84% restante lo realiza entre 4 a 12 meses. Lo cual se recomienda a los niños y padres de familia cambiar el cepillo dental cada 3 meses por su acumulo de bacterias y su deterioró, dejando de aplicar el trabajo que necesitan para el cepillo dental que son unas cerdas firmes.

Las prácticas de autocuidado especialmente se recomiendan realizarla frente a un espejo en la hora de la mañana y en la noche, poniendo atención ante cualquier cambio de aspecto en las estructuras orales como la lengua, la encía, el paladar los labios para identificar si existe heridas o lesiones, que no se curan en dos semanas o aumentan de tamaño, de igual manera si existe cambio de color en los dientes si se observan lesiones, para acudir más oportunamente a los servicios de salud. (Ministerio de Salud, 2014). En la presente investigación se encontró que 61% ha evidenciado cambios en el color de sus dientes; el 30% dijo presentar dolor en la boca e igual porcentaje refirió presentar sangrado cuando se

cepilla los dientes. En el estudio realizado por Bertel en niños de quinto de primaria de una institución educativa en la ciudad de Sincelejo, Colombia en el 2018 se encontró un hallazgo similar en el que un 30% han reportó sangrado en las encías al cepillarse. En un estudio realizado por Hidalgo en niños de 6-12 años pertenecientes al municipio de Matanzas, Cuba en el 2008 observó la presencia de lesiones blancas con respecto a los grupos estudiados. Estos autores concluyeron que los niños que presentaban estas lesiones eran los más propensos a presentar caries dental. Se puede concluir que el autocuidado es importante, ya que se puede observar si existe presencia de cambios del color de dientes o presencia de manchas, sangrado al cepillarse o dolor en la boca para así poder prevenir enfermedades odontológicas como la caries dental y enfermedades periodontales.

El factor más importante en la relación entre la dieta y salud oral es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados, luego del consumo de estos alimentos se produce un ácido en la placa dental, la cual si no es retirada va a desmineralizar el esmalte del diente, produciendo la caries dental. La recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no consumirlas indiscriminadamente, realizar una buena técnica de cepillado para retirar cualquier residuo de estos alimentos, se recomienda crear buenos hábitos alimentarios para la formación de los dientes, disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras. (Crespo, 2009). Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos procesados como: la gaseosa, bombones, papas fritas, etc. el 37% afirmó hacerlo una vez por semana; sin embargo, un 33% refirió consumirlos diariamente y el 29% día por medio. El 2% no consume alimentos procesados. En cuanto al consumo de frutas y verduras, el 45% afirmó hacerlo diariamente, el 38% día de por medio, mientas que el 14% solo una vez por semana. El 3% dijo no consumir frutas y verduras. Estos resultados difieren con los hallazgos encontrados por Morata en niños de 5-17 años que acuden consulta pediátrica en Valencia, España en el 2019. Ellos encontraron que el 83,8% tenían una dieta balanceada. También obtuvo resultados del consumo de alimentos procesados de un 46,2%, un consumo ocasional un 26%, consumo semanal y

diario del 27,8%, cabe recalcar lo importante que es el consumo de verduras y frutas, evitar de consumir alimentos procesados.

Los malos hábitos pueden conducir a incrementar el riesgo de presentar enfermedades orales, que a su vez pueden considerarse factores de riesgo para la generación de complicaciones ante la presencia de enfermedades generales como la diabetes, las enfermedades cardiacas, o incluso en mujeres gestantes, se recomienda tener unos buenos hábitos de autocuidado oral (Ministerio de salud, 2014). Con relación a las prácticas de autocuidado de los dientes, el cepillado es la más representativa con el 90,2%; el uso de seda dental fue informada por el 27%; revisar los dientes para detectar cambios en la coloración fue informada por el 23%, el uso de enjuague bucal por el 20,5% y evitar el consumo de dulces el 14,8%. Cisneros en el 2011 concluye que el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a la población infantil y otras actividades de prevención en estas edades son el mejor medio para prevención de enfermedades bucales y adopción de estilos de vida sanos para mantener una vida saludable y una buena higiene oral evitando enfermedades odontológicas en un futuro.

Conclusiones

El nivel de conocimiento en cuanto buenas prácticas y hábitos de higiene oral de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño antes de la implementación de las guías fue buena, posteriormente después de desarrollar las guías se mejoró el nivel de conocimiento a excelente, tanto niños, niñas y padres de familia o representantes legales, lo cual evidencia el impacto que tienen las actividades de promoción y prevención en los niños que acuden a las clínicas universitarias.

Se concluye en cuanto los hábitos orales de los niños, niñas y padres de familia o representantes legales de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño presentaban malos hábitos antes de la aplicación de las guías. Sin embargo, en los niños, niñas y padres de familia, se observó que obtuvieron buenos conocimientos en hábitos de higiene oral después de la aplicación de las guías.

Las guías didácticas para los niños y padres de familia que se diseñaron tuvieron un contenido claro y didácticos, despertando en los niños y padres de familia el interés por la importancia de los buenos hábitos de higiene oral, la promoción y la prevención.

Se concluye que el nivel de conocimiento antes de aplicar las guías era bueno y mejoro a excelente con la aplicación de las guías.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios similares en diferentes instituciones y poblaciones para promover, crear y reforzar conocimientos y buenos hábitos de higiene oral.

Se recomienda a futuros trabajos ampliar la muestra para tener resultados más representativos.

Es recomendable aplicar guías didácticas de higiene oral desde la gestación orientando a los padres sobre la promoción, prevención y buenos hábitos de higiene oral.

Se recomienda a los educadores desarrollar guías didácticas en la presencialidad para crear buenos hábitos de higiene oral desde edades tempranas.

Referencias Bibliografías

Abbas, M., Aloudat, T., Bartolomei, J., Carballo, M., Durieux-Paillard, S., Gabus, L., Jablonka, A., Jackson, Y., Kaojaroen, K., Koch, D., Martinez, E., Mendelson, M., Petrova-Benedict, R., Tsiodras, S., Christie, D., Saam, M., Hargreaves, S., & Pittet, D. (2018). Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrobial resistance and infection control*, *7*, 113. https://doi.org/10.1186/s13756-018-0403-4

Álvarez ORI, Cordero CGR, Vásquez CMA, et al. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. *Ciencias Médicas*. 2017;21(6):852-859.

Alvarez P, Hernández H, Obando J, Ramírez I, 2019. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en padres de niños de 5 a 12 años que asisten a la clínica odontológica de la universidad cooperativa de Colombia campus pasto año 2019.Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto.

Alwaheb, A.M., & Alhuwaizi, A.F. (2018). Gingival Health of Internally Displaced Children living in Baghdad Camps. *International Journal of Medical Research and Health Sciences,* 7 (4), 122-129.

Amila, Z., Jasmin, H., Edina, H., Muhamed, A., & Elmedin, B. (2018). Evaluation of Dental Fear and Anxiety in Displaced Persons in Bosnia and Herzegovina. *Acta stomatologica Croatica*, *52*(2), 140–147. https://doi.org/10.15644/asc52/2/7.

Ashley J. Blount and Hannah E. Acquaye. Promoting Wellness in Refugee Populations. *Journal of Counseling & Development*. October 2018 Volume 96

Azrak ME, Huang A, Hai-Santiago K, Bertone MF, DeMaré D, Schroth RJ. (2017). The Oral Health of Preschool Children of Refugee and Immigrant Families in Manitoba. *J Can Dent Assoc.*8 (9), 243-305.

Bertel Loly, 2018. impacto de la educación para la salud bucal en niños de quinto de primaria de una institución educativa en la ciudad de Sincelejo. universidad cooperativa de Colombia, Bogotá.

Bordoni Noemí, Squassi Aldo. las migraciones y la salud bucal en el marco de la salud global. *Revista de Salud Pública,* (XX) 3:18-31 Noviembre 2016

Borjac J, Badr S, ElJoumaa M, Daas I, Kobeissi R. Oral and dental status of Lebanese and Syrian refugees living in proximity to Deir Kanoun Ras El Ain dump in Lebanon. *J Int Soc Prevent Communit Dent* 2019 (9) 09-16.

Borjac J, Badr S, ElJoumaa M, Daas I, Kobeissi R. Oral and dental status of Lebanese and Syrian refugees living in proximity to Deir Kanoun Ras El Ain dump in Lebanon. J Int Soc Prevent Communit Dent 2019;9:409-16.

Canales, Daniel & Cooper, Frances. (2019). Conocimiento estudiantil sobre enfermedad periodontal e inclusión de temas de salud oral en carreras de la salud. Innovare: *Revista de ciencia y tecnología.* 8. 81-87. 10.5377/innovare.v8i2.9060.

Carrascal, A. (2019). El desplazamiento forzado interno en la región del Catatumbo: vulneración masiva de derechos. *Reflexión Política*, 21(42), 94-107.

Carrasco M. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. Revista Kiru. 2009; 6(2): 78-83

Carrillo K, Jaimes N, Andrades J, 2016. Diseño y evaluación de un programa en promoción de salud bucal para personas con discapacidad visual de la escuela taller para ciegos de Bucaramanga. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.

Cerón-Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Rev. CES Odont 2018; 31(1): 38-46.

Cisneros Domínguez, Grethel, & Hernández Borges, Yadira. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*, *15*(10), 1445-1458. Recuperado en 06 de junio de 2021.

Crespo Mafrán, María Isabel, Riesgo Cosme, Yalili de la Caridad, Laffita Lobaina, Yaline, Torres Márquez, Pedro Alejandro, & Márquez Filiú, Maricel. (2009). Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISAN*, *13*(4) Recuperado en 04 de junio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es&tlng=es.

Díaz-Cárdenas, Shyrley, Meisser-Vidal, Madera Anaya, Tirado-Amador, Lesbia Rosa, Fortich-Mesa, Natalia, Tapias-Torrado, Liliana, & González-Martínez, Farith Damián. (2017). Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *International journal of odontostomatology*, *11*(1), 5-11. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100001

Duarte G., Maria Beatriz & Cuadra, Silvia & Ruiz Rodriguez, Myriam & Arredondo, Armando & Cortés-Gil, Jesús. (2018). Challenges of health services related to the population displaced by violence in Mexico. *Revista de Saúde Pública.* 52.

Duarte-Gómez MB, Cuadra-Hernández SM, Ruiz-Rodríguez M, Arredondo A, Cortés-Gil JD. Retos de los servicios de salud relacionados con la población desplazada por la violencia en México. Rev Saude Publica. 2018;52:77.

Duarte-Gómez MB, Cuadra-Hernández SM, Ruiz-Rodríguez M, Arredondo A, Cortés-Gil JD. Challenges of health services related to the population displaced by violence in Mexico. *Rev Saude Publica.* 2018;52:77.

FDI World Dental Federation, (2020), Access to oral healthcare for vulnerable and underserved populations. *Int Dent* J, 70: 15-16. doi:10.1111/idj.12556

Fennell-Wells, Amarantha & Yusuf, Haykal. (2020). Child refugees and asylum seekers: oral health and its place in the UK system. *British Dental Journal*. 228 (5) 44-49.

Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jul 25;16(15):2668. doi: 10.3390/ijerph16152668. PMID: 31349691; PMCID: PMC6696287.

González GE, Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia. Acta Odont Col [en línea] 2017,7(1): 101-119

Gonzalez, F., Carmona, L., & Campo, P. (2008). Prevencion de la enfermedad oral en familias desplazadas por la violencia de la comunidad de Nelson Mandela,Cartagena-Colombia. *CES odontologia*.

González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13 (2), pp. 715-724.

Happle, Dopfer, Ernst, Kleinert, Vakilzadeh, Hellms, Evlampidou, Hillermann, Schmidt, Behrens, Müller, Wetzke and Jablonka, Pediatric Healthcare Utilization in a Large Cohort of Refugee Children Entering Western Europe During the Migrant Crisis, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10.3390/ijerph16224415, **16**, 22, (4415), (2019).

Hidalgo Gato- Fuentes, Iliana, Duque de Estrada Riverón, Johany, & Pérez Quiñones, José Alberto. (2008). La caries dental: Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Revista Cubana de Estomatología*, *45*(1)

Kagabo, R., Singh T., Frost C., Gren LH (2019) Assessment of Dental Caries and Oral Health Challenges of School-Age Children in Rhino Camp Refugee Settlements in Arua, Uganda. *Int J Oral Dent Health.* 5 (10), 10-58.

Keboa, M. T., Hiles, N., & Macdonald, M. E. (2016). The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Globalization and health*, 12(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12992-016-0200-x.

Keboa, M., Nicolau, B., Hovey, R., Esfandiari, S., Carnevale, F., & Macdonald, M. E. (2019). A qualitative study on the oral health of humanitarian migrants in Canada. *Community dental health*, *36*(2), 95–100. https://doi.org/10.1922/CDH_4455Keboa06.

Ministerio de salud (2014). ABECÉ, sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal "Para saber cómo estamos y saber qué hacemos"

Ministerio de salud y protección (2017). *Salud bucal: para sonreír toda la vida.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/BOLETIN%20PP%20No%205%20ABRIL-MAYO%202014.pdf

Ministerio de Salud, Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, 2000) (Ministerio de la Protección Social, Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Mohammed, Sama & Diab, Ban. (2019). The impact of depression status on dental caries severity among internally displaced people in Baghdad/Iraq. *Journal of Baghdad College of Dentistry*. 31. 9-13. 10.26477/jbcd.v31i1.2571.

Morata Alba, Júlia, & Morata Alba, Laia. (2019). Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? *Pediatría Atención Primaria*, *21*(84), e173-e178. Epub 25 de mayo de 2020.

Ochoa Berenice, Camarena Beatriz, Valenzuela Ana, Silveria María. (2018). Condiciones socioeconómicas y de salud de grupos de población infantil que residen en localidades rurales de Sonora, México. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo regional.* 51 (28). ISSN 2395-9169.

Pérez, M., & Ibarcena, L. (2017). IMPACTO DE LOS JUEGOS LÚDICOS EN LA PRÁCTICA DE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA. Revista Evidencias en Odontología Clínica Ene - Jun 2017 – (3)1.

Revelo Mejía, Inés Amparo et al. Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. Revista Cubana de Salud Pública. v. 45, n. 3, e1289. Disponible en: ISSN 1561-3127.

Reza M, Amin MS, Sgro A, Abdelaziz A, Ito D, Main P, Azarpazhooh A. ORAL HEALTH STATUS OF IMMIGRANT AND REFUGEE CHILDREN IN NORTH AMERICA: A SCOPING REVIEW. J Can Dent Assoc. 2016 Feb;82:g3. PMID: 27548669.

Reza M., Amin M., Sagro A., et al. oral health status of immigrant and refugee children in north america: a scoping review. *j can dent assoc*. 2016;82:g3.

Rufasto Goche, Katherine, & Saavedra Alvarado, Bernabé (2012). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana.. Revista Estomatológica Herediana, 22(2),82-90.[fecha de Consulta 7 de Junio de 2021]. ISSN: 1019-4355. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370003

Ruiz Sedano, TE, Vicente Barrero, M, Limiñana Cañal, JM, Knezevic, M, Henández Perdomo, O, Ruiz Sedano, M, & Serra Majem, L. (2007). Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries: Estudio en una población infantil. *Avances en Odontoestomatología*, *23*(1), 45-50.

Umeizudike KA, Dedeke AA, Nzomiwu CL, Ekowmenhenhen UI. Oral health status and treatment needs of internally displaced persons. Sahel Med J 2019;22:207-13

Umeizudike, Kehinde & Dedeke, AderonkeAdewunmi & Nzomiwu, Chioma & Ekowmenhenhen, UyiIdah. (2019). Oral health status and treatment needs of internally displaced persons. *Sahel Medical Journal*. 22. 207. 10.4103/smj.smj_19_18.

Vallire D. Hooper, PhD, RN, CPAN, FAAN, Caring for the Most Vulnerable: The Social Determinants of Health. Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 33, No 3 (June), 2018: pp 247-248Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 33, No 3 (June), 2018: pp 247-248

Vidal, R. (2017). Dinámicas comunitarias en desplazados y no desplazados residentes en zonas de exclusión social en Barranquilla (Colombia). *Revista de Estudios Sociales*. 60 (54) 49-61.

Xu, K., Watanabe-Galloway, S., Qu, M., Grimm, B., & Kim, J. (2018). Common Diagnoses among Refugee Populations: Linked Results with Statewide Hospital Discharge Database. *Annals of global health*, 84(3), 541–550.

Zukanovic, A., Habibovic, J., Bajric, E., Habibovic, E., Ajanovic, M., & Nakas, E. (2018). Socioeconomic Status as Oral Health State Determinant of the Active Working Displaced Persons and Domicile Inhabitants. *Materia socio-medica*, 30 (4), 260–264.

Lista de anexos Anexos

Anexo A: encuesta dirigida a padres de familia o representantes legales

Universidad Antonio Nariño

Facultad de odontología

Proyecto de grado: Promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en niños y representantes legales del cuarto grado del Colegio Simón Bolívar.

Encuesta dirigida a padres de familia

A continuación, se realizarán unas preguntas de selección múltiple con única respuesta relacionadas a las características socioeconómicas.

1. ¿Cuál es su nombre?
   R: _____
2. Número de contacto (whatsapp)
   R: _____
3. ¿Cuál es su edad?
   R: _____
4. Cuantas personas conforman su núcleo familiar
   R: _____
5. ¿A qué Estrato socioeconómico pertenece? (según el recibo de la luz o agua)
   - 1
   - 2
   - 3
   - 4
   - 5
   - 6
6. ¿Pertenece a un grupo especial poblacional?
   - Emigrantes
   - étnico
   - afrodescendientes
   - desplazado por la violencia
   - otros ¿Cuál? R: _____
7. ¿A qué régimen de salud pertenece?
   - Contributivo
   - Subsidiado
   - Sisben
   - Ninguno

8. ¿Cuáles son los ingresos mensuales promedio de la familia?
   - Menor a un salario mínimo (< $ 877.803)
   - Un salario mínimo ($ 877.803)
   - Más de un salario mínimo (>$ 877.803)

9. ¿Con que tipo de servicios cuenta su vivienda? (seleccione una o más)
   - Energía eléctrica
   - Gas domiciliario
   - Gas por bombona
   - Agua potable
   - Otro (cual) R: _____

10. ¿Cuál es el tipo de tenencia de su vivienda?
    - Propia
    - Arrendada
    - Otra (cual) R: _____

11. Tipo de vivienda
    - Casa
    - apartamento
    - Cuartos
    - Improvisada
    - Otra: ¿Cuál? R: _____

12. Nivel educativo del representante legal
    - Primaria
    - Secundaria
    - Técnico
    - Tecnólogo
    - Profesional
    - Ninguna
    - Otra: ¿Cuál? R: _____

13. Ocupación del representante legal
    - Empleado
    - Desempleado
    - Trabajador independiente
    - Desocupado (Jubilado, pensionado)
    - Oficios domésticos
    - Estudiante

14. ¿Le han explicado como cepillarse los dientes correctamente?
    - Si, en una consulta odontológica
    - Si, en la escuela
    - Si, por otros medios (TV, internet, radio, YouTube)
    - No

15. ¿Cuantas veces al día se cepilla los dientes?

- Una vez
- Más de una vez
- No me cepillo los dientes

16. ¿Comparte el cepillo de dientes con otra persona?
    - Si
    - No

17. De los siguientes elementos ¿Cuáles utiliza para el cuidado de los dientes? (seleccione una o más)
    - Cepillo
    - Crema dental
    - Enjuague bucal
    - Seda dental
    - Otros ¿Cuáles? R: _____

18. ¿Cuantas veces al año asiste a consulta odontológica?
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - Ninguna

19. ¿Con que frecuencia cambia de cepillo?
    - 2 meses o menos
    - 3 meses
    - 4 a 6 meses
    - 7 a 12 meses

20. ¿A notados cambios en el color de los dientes?
    - Si
    - no

21. ¿Presenta dolor en la boca?
    - Si
    - No

22. ¿Presenta sangrado cuando se cepilla los dientes?
    - Si
    - No

23. ¿Con que frecuencia consume alimentos procesados? (gaseosa, bombones, papas fritas, etc.)
    - Todos los días
    - Día por medio
    - Una vez a la semana
    - No consume

24. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras?
    - o Todos los días
    - o Día por medio
    - o Una vez a la semana
    - o No consume
25. ¿Cómo te cuidas los dientes? (seleccione una o más)
    - □ Se cepilla los dientes frecuentemente
    - □ Usa seda dental
    - □ Utiliza enjugue después del cepillado
    - □ Evita el consumo de dulces
    - □ Se revisa los dientes frente al espejo, ha detectado cambios de color

26. ¿Qué actividad educativa le gusta realizar?
    - □ Rompecabezas
    - □ Crucigrama
    - □ Sopa de letras
    - □ Quien quiere ser millonario
    - □ Videos
    - □ Presentaciones (exposiciones)
    - □ Otra ¿Cuál? R: _____

Anexo B: encuesta dirigida a niños

Universidad Antonio Nariño

Facultad de odontología

Proyecto de grado: Promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en niños y representantes legales del cuarto grado del Colegio Simón Bolívar

Encuesta dirigida a niños

A continuación, se realizarán unas preguntas de selección múltiple con única respuesta con respecto a salud oral.

1. ¿Cuál es su nombre?
   R: _____
2. Número de contacto (whatsapp)
   R: _____
3. ¿Cuál es su edad?
   R: _____
4. ¿Le han explicado como cepillarse los dientes correctamente?
   - Si, en una consulta odontológica
   - Si, en la escuela
   - Si, por otros medios (TV, internet, radio, YouTube)
   - No
5. ¿Cuantas veces al día se cepilla los dientes?
   - Una vez
   - Más de una vez
   - No me cepillo los dientes
6. ¿Comparte el cepillo de dientes con otra persona?
   - Si
   - No
7. ¿Quién le ayuda a cepillarse?
   - Padre
   - Madre
   - Hermano
   - Por si mismo
   - Otro ¿quién? _____
8. De los siguientes elementos ¿Cuáles utiliza para el cuidado de los dientes? (seleccione una o más)
   - Cepillo
   - Crema dental
   - Enjuague bucal

- Seda dental
- Otros ¿Cuáles? R: _____

9. ¿cuantas veces al año asiste a consulta odontológica?
   - 1
   - 2
   - 3
   - 4
   - Ninguna

10. ¿Con que frecuencia cambia de cepillo?
    - 2 meses o menos
    - 3 meses
    - 4 a 6 meses
    - 7 a 12 meses

11. ¿A notados cambios en el color de los dientes?
    - Si
    - no

12. ¿Presenta dolor en la boca?
    - Si
    - No

13. ¿Presenta sangrado cuando se cepilla los dientes?
    - Si
    - No

14. ¿Con que frecuencia consume alimentos procesados? (gaseosa, bombones, papas fritas, etc.)
    - Todos los días
    - Día por medio
    - Una vez a la semana
    - No consume

15. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras?
    - Todos los días
    - Día por medio
    - Una vez a la semana
    - No consume

16. ¿Cómo te cuidas los dientes? (seleccione una o más)
    - Se cepilla los dientes frecuentemente
    - Usa seda dental
    - Utiliza enjugue después del cepillado
    - Evita el consumo de dulces
    - Se revisa los dientes frente al espejo, ha detectado cambios de color

17. ¿Qué actividad educativa le gusta realizar?

- Rompecabezas
- Crucigrama
- Sopa de letras
- Quien quiere ser millonario
- Videos
- Presentaciones (exposiciones)

Anexo C: Guías didácticas dirigida a niños, niñas y padres de familia o representantes legales

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

INSTITUCION EDUCATIVA COLEGIO SIMON BOLIVAR SEDE SAN MARTIN

ENFERMEDADES ORALES E IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

La salud oral de los niños debe ser cuidada desde el nacimiento, para prevenir enfermedades orales como la caries dental, caries de la primera infancia y gingivitis. Para evitar pérdidas dentales prematuras y mantener una buena higiene oral.

La **caries dental** aparece cuando los gérmenes de la boca se mezclan con el azúcar de los alimentos y las bebidas. Los gérmenes, luego, producen ácidos que destruyen el esmalte. Los dientes cariados conocido comúnmente como "**picados"** tienen agujeros en el esmalte causados por la caries dental.

La **caries de la primera infancia** también conocida como "caries de biberón" es una enfermedad infecciosa, de evolución agresiva y rápida que afecta a la dentición temporal (dientes de leche) de niños de corta edad.

La **gingivitis** o inflamación de las encías es la fase inicial de la enfermedad periodontal. La causa directa de la gingivitis es la placa, es decir, la capa de bacterias fina, pegajosa y sin color que se forma de manera constante en los dientes y en las encías.

Para evitar las enfermedades orales debemos tener en cuenta:

No comer tantos dulces.

Cepillar los dientes después de cada comida.

ACTIVIDAD

Con base de la lectura anterior encuentra las palabras claves en la sopa de letras.

D	N	P	O	B	N	O	C	E	Y	A	N	C
U	D	I	E	O	L	D	N	A	C	O	S	T
C	U	T	Ñ	L	O	S	E	A	R	D	P	T
L	L	S	I	O	V	O	L	E	E	I	N	E
I	C	P	S	S	S	P	B	E	R	L	E	D
O	E	G	I	N	G	I	V	I	T	I	S	S
C	S	L	A	B	B	I	C	P	O	E	R	L
E	R	D	I	E	N	T	E	S	O	R	Z	A
P	I	O	E	N	S	N	A	G	P	S	T	B
I	D	P	R	O	M	O	C	I	O	N	C	O
L	P	R	E	V	E	N	C	I	O	N	C	C
L	I	G	D	E	N	U	L	E	P	I	C	A
O	C	G	R	A	S	D	P	T	L	N	B	N

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

INSTITUCION EDUCATIVA COLEGIO SIMON BOLIVARSEDE SAN MARTIN

BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y AUTOCUIDADO, TÉCNICAS DE CEPILLADO

INTRODUCCIÓN

Para mantener una buena salud oral es importante tener hábitos. Algunos hábitos para tener en cuenta son: cepíllate bien después de cada comida, utiliza seda dental, realiza enjuagues orales, mantén una buena alimentación, cuida tu cepillo y cámbialo cada 3 meses, no comparta tu cepillo de dientes con más personas, visita mínima 2 veces al odontólogo al año.

Técnica de cepillado

Primero junte sus dientes y realice con el cepillo movimientos circulares amplios, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior, pasando por todos los dientes de derecha a izquierda. En la superficie masticatoria de los molares se debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia adelante. Finalmente cepillar la lengua.

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

INSTITUCION EDUCATIVA COLEGIO SIMON BOLIVAR SEDE SAN MARTIN

USO DE SEDA Y ENJUAGUE, BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, VISITA AL ODONTÓLOGO

Uso de seda y enjuague bucal

El uso de la seda dental es muy importante ya que esta nos ayuda a retirar los residuos de comida que quedan en nuestros espacios de los dientes, el uso de enjuague oral es para complementar el cepillado, aportar frescor, alcanzar lugares inaccesibles con el cepillo y permanecer durante más tiempo en la cavidad oral.

Buenos hábitos alimenticios

Para que los dientes puedan desarrollarse fuertes y resistentes a las caries, los niños necesitan una dieta balanceada con énfasis en el calcio, fosfatos y niveles propios de fluoruro. Una dieta equilibrada consta de los siguientes nutrientes: algunos carbohidratos, ácidos grasos esenciales (encontrados en las grasas), los aminoácidos esenciales (encontrados en las proteínas), vitaminas, aproximadamente veinticinco minerales, agua.

Visita al odontólogo

Recuerda que debemos visitar al odontólogo mínimo dos veces al año, recuerda que el primer motivo para acudir al odontólogo es la prevención de las enfermedades orales, como la caries dental, así tengamos nuestros dientes aparentemente sanos.

ACTIVIDAD

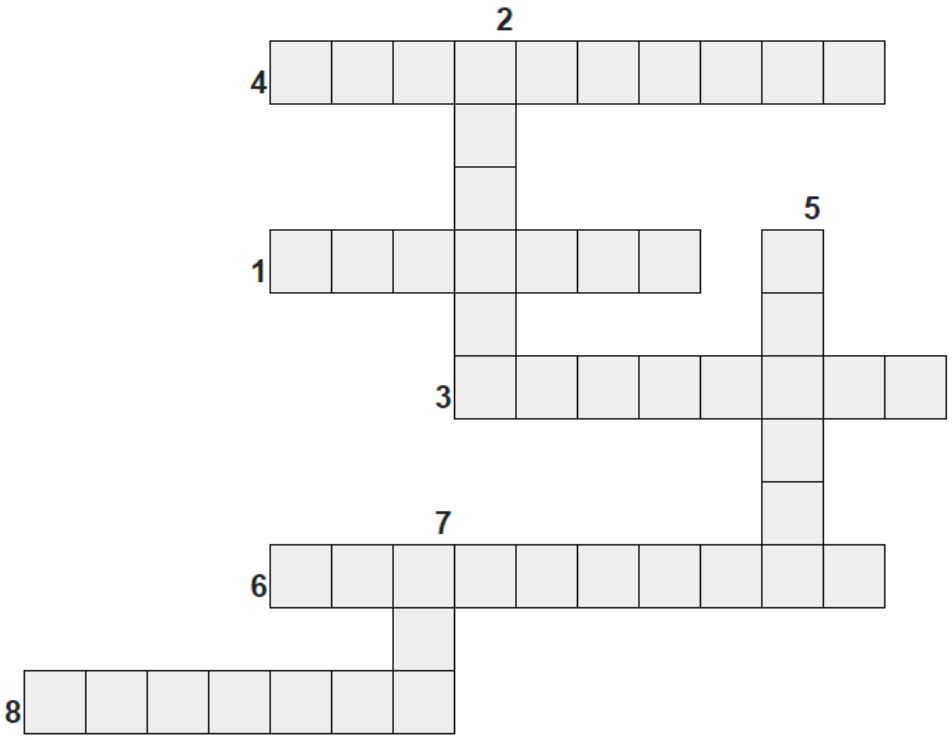
¿Qué aprendiste?

¿Cuantas veces debemos visitar al odontólogo?

_____

R	I	E	O	I	E	A	D	I	T	O	A	E	I	U
M	N	Q	A	S	R	U	D	S	D	I	S	V	E	N
A	E	A	O	E	S	E	D	A	D	E	N	T	A	L
O	D	N	T	T	S	S	L	I	T	D	D	N	S	L
A	I	A	J	M	E	L	E	S	S	E	A	A	N	Q
I	E	D	O	U	I	A	H	C	A	I	A	I	S	A
C	N	U	L	P	A	N	D	D	N	U	C	S	I	T
O	T	E	E	R	A	G	E	N	I	O	S	N	E	A
I	E	C	E	U	A	U	U	R	M	C	A	A	N	A
C	S	S	G	I	D	O	M	E	A	N	S	S	C	A
L	E	A	J	O	I	I	O	I	T	L	S	I	E	M
A	O	S	A	N	O	S	E	C	I	Y	E	M	E	O
C	E	T	L	F	M	R	I	C	V	E	P	S	D	L
N	L	B	E	U	U	E	C	I	A	N	O	I	A	N
U	A	U	I	S	O	C	M	C	A	R	I	E	S	S

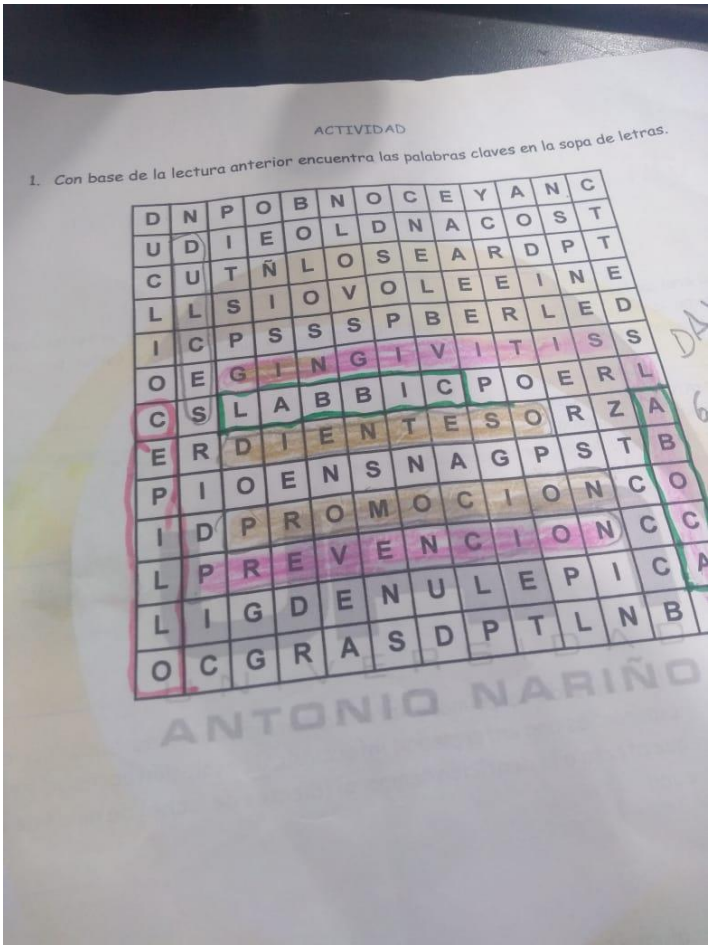
Anexo D: crucigrama de evaluación

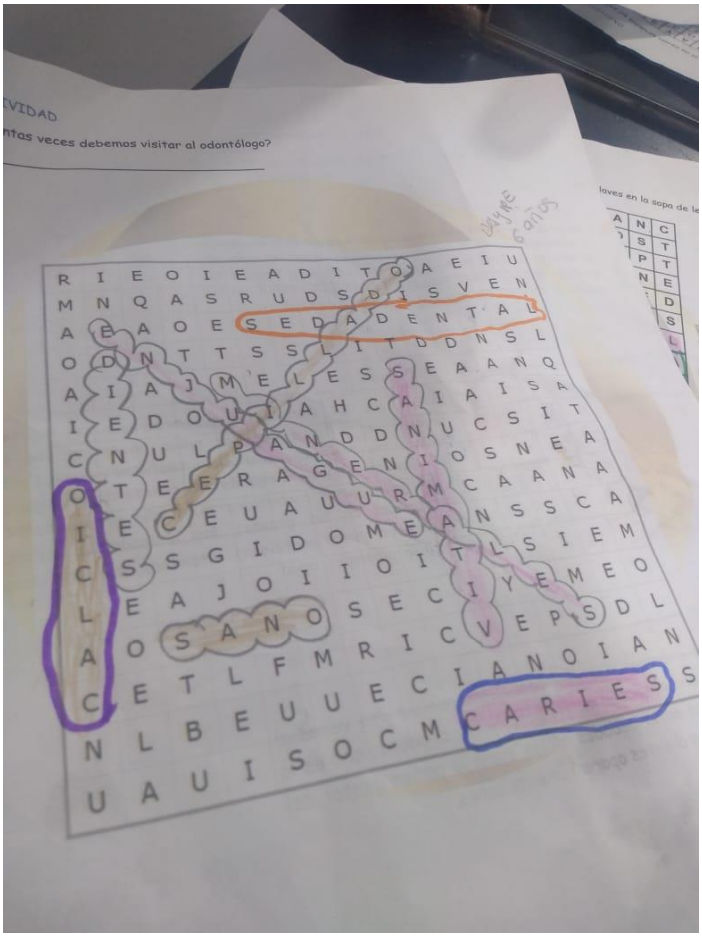


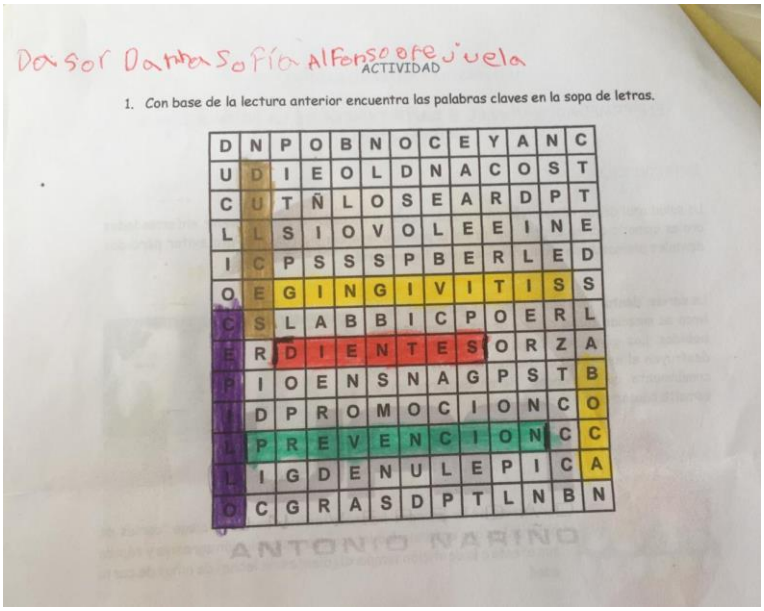
1. Objeto para el cuidado de tu boca que no debes compartir con otras personas.
2. Después de cada _____ debes cepillarte los dientes
3. En la superficie masticatoria de los molares se debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia _____.
4. Clase de movimiento que se debe realizar al cepillarse
5. Órgano de nuestra boca que es importante cepillar.
6. Hilo delgado con el que limpiamos los espacios de los dientes
7. Veces al año en que debemos ir al odontólogo
8. Es importante tener buenos _____ para mantener una excelente higiene oral

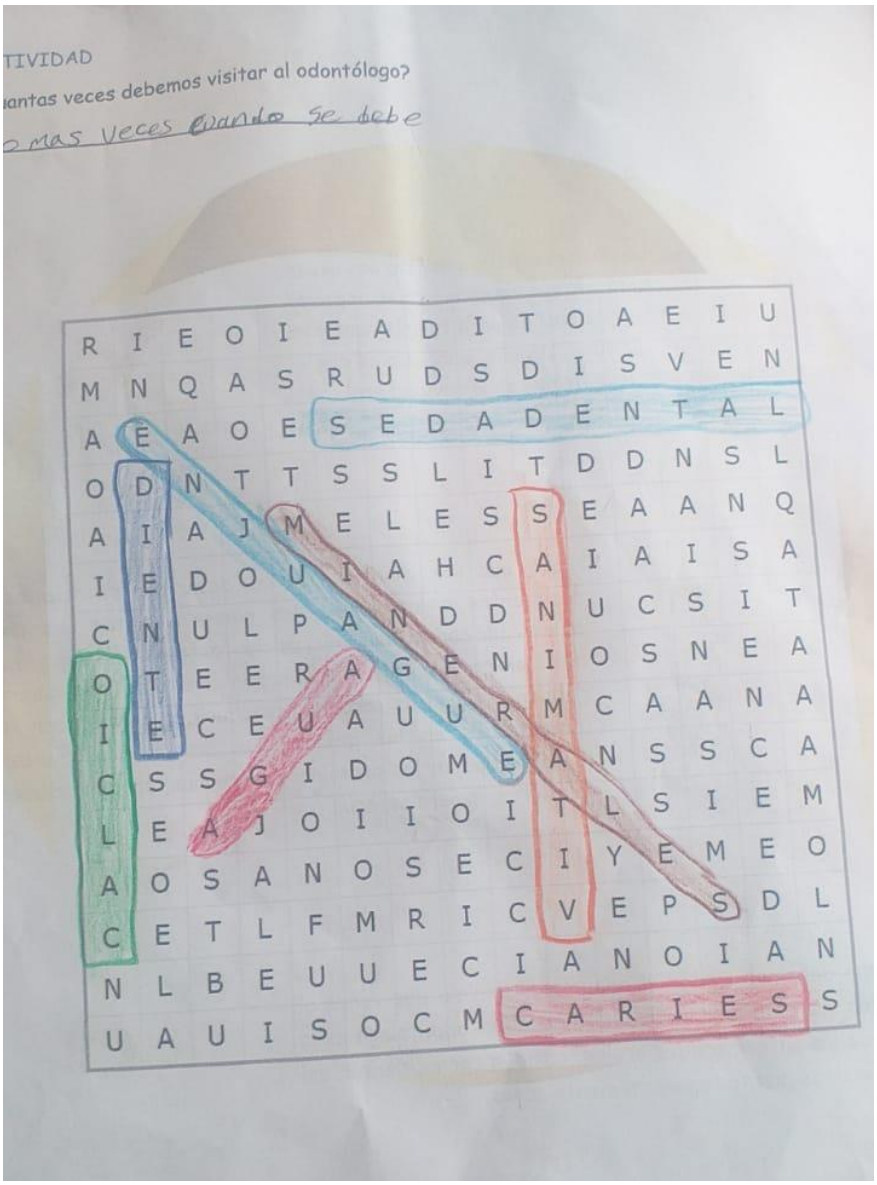
Anexo E: evidencias

Tiempo de Colorear


ACTIVIDAD
1. Con base de la lectura anterior encuentra las palabras claves en la sopa de letras.
ANTONIO NARIÑO


VIDAD
ntas veces debemos visitar al odontólogo?
SEDADENTAL
SANO
CARIES


Dasor Danna Sofía Alfonso Orejuela
ACTIVIDAD
1. Con base de la lectura anterior encuentra las palabras claves en la sopa de letras.
D N P O B N O C E Y A N C
U D I E O L D N A C O S T
C U T Ñ L O S E A R D P T
L L S I O V O L E E I N E
I C P S S S P B E R L E D
O E G I N G I V I T I S S
C S L A B B I C P O E R L
E R D I E N T E S O R Z A
P I O E N S N A G P S T B
I D P R O M O C I O N C O
L P R E V E N C I O N C C
L I G D E N U L E P I C A
O C G R A S D P T L N B N
ANTONIO NARIÑO


TIVIDAD
antas veces debemos visitar al odontólogo?
o mas veces cuando se debe
R I E O I E A D I T O A E I U
M N Q A S R U D S D I S V E N
A E A O E S E D A D E N T A L
O D N T T S S L I T D D N S L
A I A J M E L E S S E A A N Q
I E D O U I A H C A I A I S A
C N U L P A N D D N U C S I T
O T E E R A G E N I O S N E A
I E C E U A U U R M C A A N A
C S S G I D O M E A N S S C A
L E A J O I I O I T L S I E M
A O S A N O S E C I Y E M E O
C E T L F M R I C V E P S D L
N L B E U U E C I A N O I A N
U A U I S O C M C A R I E S S

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres de familia o acudientes

Variable		n = 80
Edad	Promedio (ds)	33,2 (10,1)
	Rango	15 - 69
Personas que conforman el núcleo familiar	Promedio (ds)	4,5 (1,5)
	Rango	2 - 9
Estrado Socioeconómico (%)	Uno	39,2%
	Dos	44,3%
	Tres	11,4%
	Cuatro	5,1%
Grupo poblacional especial (%)	Emigrantes	20,0%
	Afrodescendientes	1,3%
	Desplazado por la violencia	10,0%
	Otros	6,3%
	Ninguno	62,5%
Régimen de seguridad social en salud (%)	Contributivo	27,5%
	Subsidiado	43,8%
	Sisben	15,0%
	Sin aseguramiento	13,7%
Nivel educativo (%)	Ninguna	5,7%
	Primaria	17,1%
	Secundaria	41,4%
	Técnico	15,7%
	Tecnólogo	1,4%
	Profesional	18,6%
Ocupación (%)	Empleado	25,7%
	Desempleado	24,3%
	Trabajador independiente	24,3%
	Desocupado	1,4%
	Oficios domésticos	15,7%
	Estudiante	8,6%
Ingresos mensuales promedio en la familia	Menor a un salario mínimo	55,8%
	Un salario mínimo	27,3%
	Más de un salario mínimo	16,9%

Tabla 2. Condiciones de la vivienda

Variable		n = 80
Tenencia de la vivienda (%)	Propia	31,4%
	Arrendada	62,9%
	Otra	5,7%
Tipo de vivienda (%)	Casa	62,3%
	Apartamento	17,4%
	Cuartos	10,1%
	Improvisada	5,8%
	Otra	4,3%

Tabla 3. Resultados observados para la actividad "crucigrama"

Pregunta	Respuesta Correcta	n	Porcentaje de aciertos
Objeto para el cuidado de tu boca que no debes compartir con otras personas	Cepillo	122	100%
Después de cada _____ debes cepillarte los dientes	Comida	122	98%
En la superficie masticatoria de los molares se debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia _____	Adelante	122	98%
Clases de movimiento que se debe realizar al cepillarse	Circulares	122	100%
Órgano de nuestra boca que es importante cepillar	Lengua	122	98%
Hilo delgado con el que limpiamos lo espacios de los dientes	Seda dental	122	98%
Veces al año que debemos ir al odontólogo	Dos	122	98%
Es importante tener buenos _____ para mantener una excelente higiene oral	Hábitos	122	89%

Lista de figuras

Figura 1. Cobertura de servicios públicos

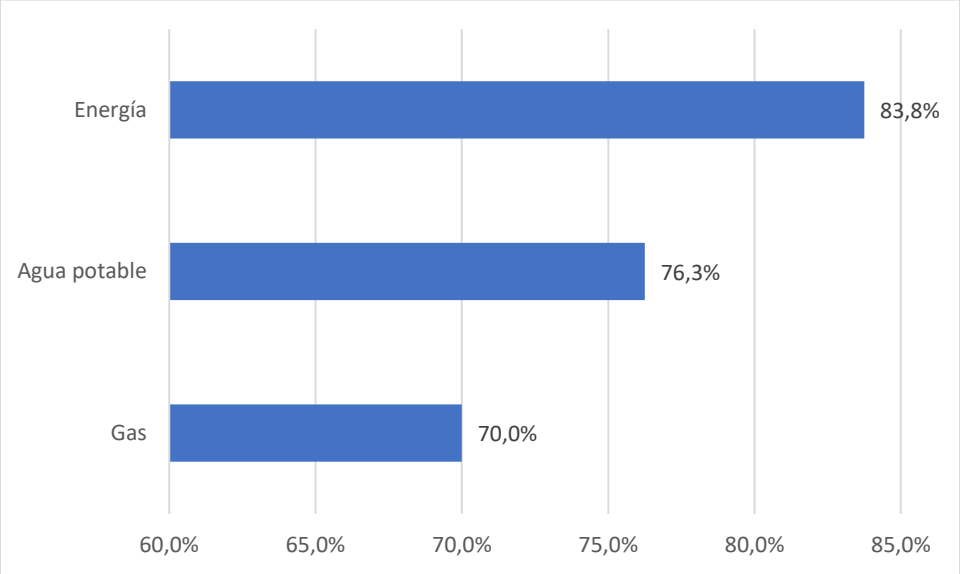


Figura 2. Le han explicado como cepillarse los dientes

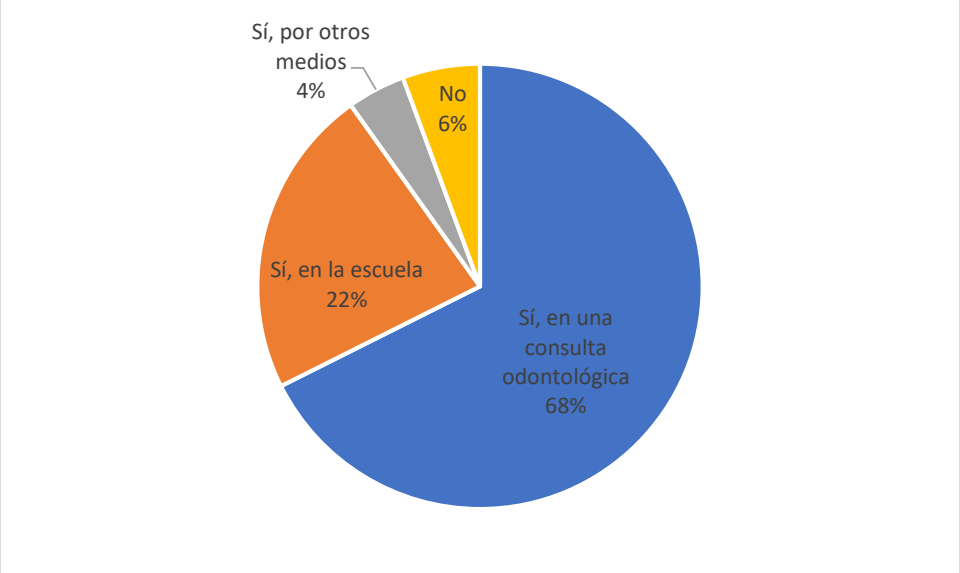


Figura 3. Frecuencia de cepillado al día

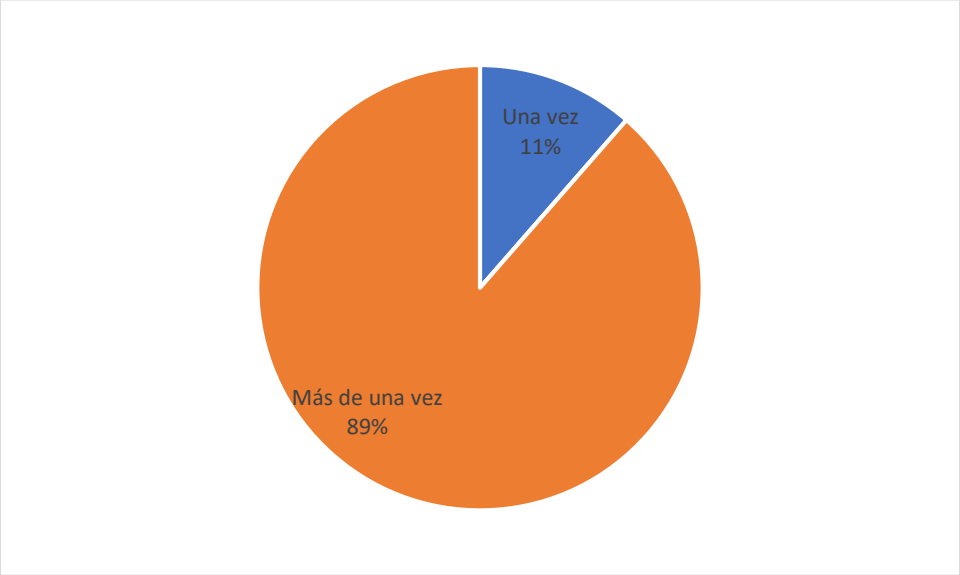


Figura 4. Elementos utilizados para el cuidado oral

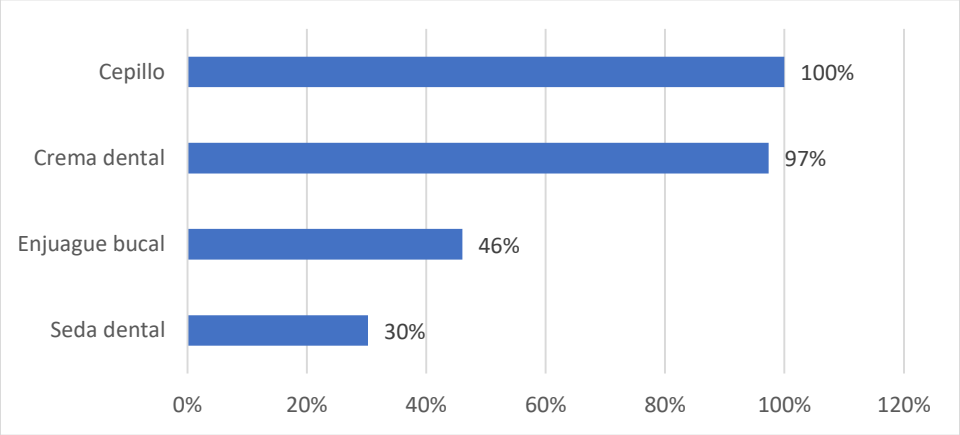


Figura 5. Factores de riesgo

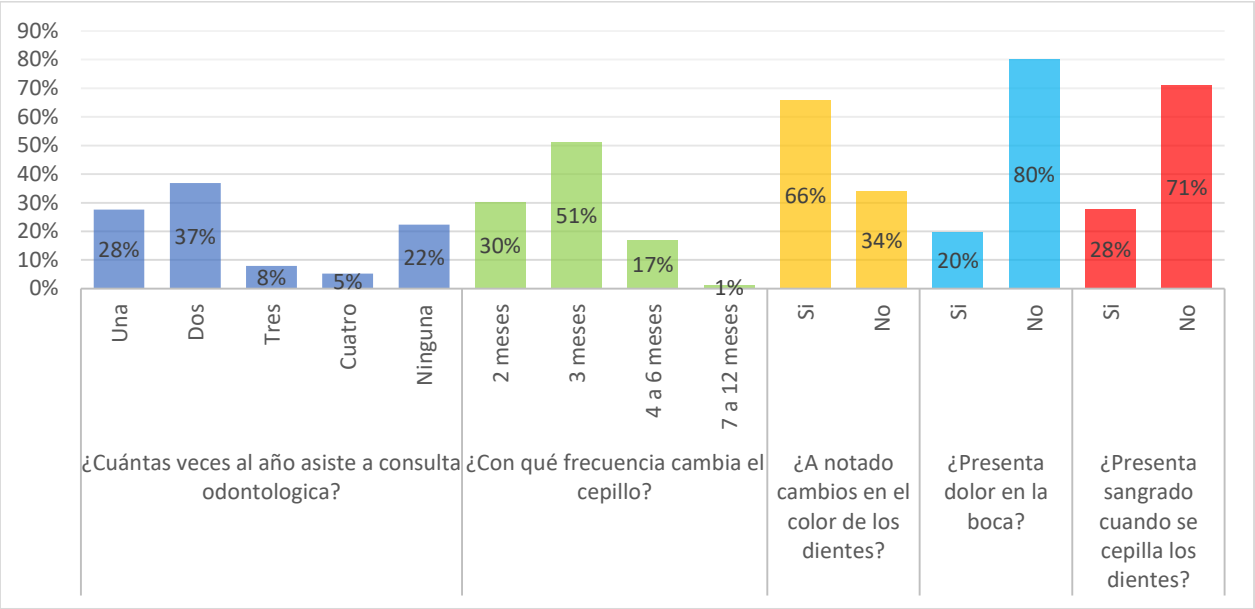


Figura 6. Frecuencia de consumo de alimentos procesados y frutas

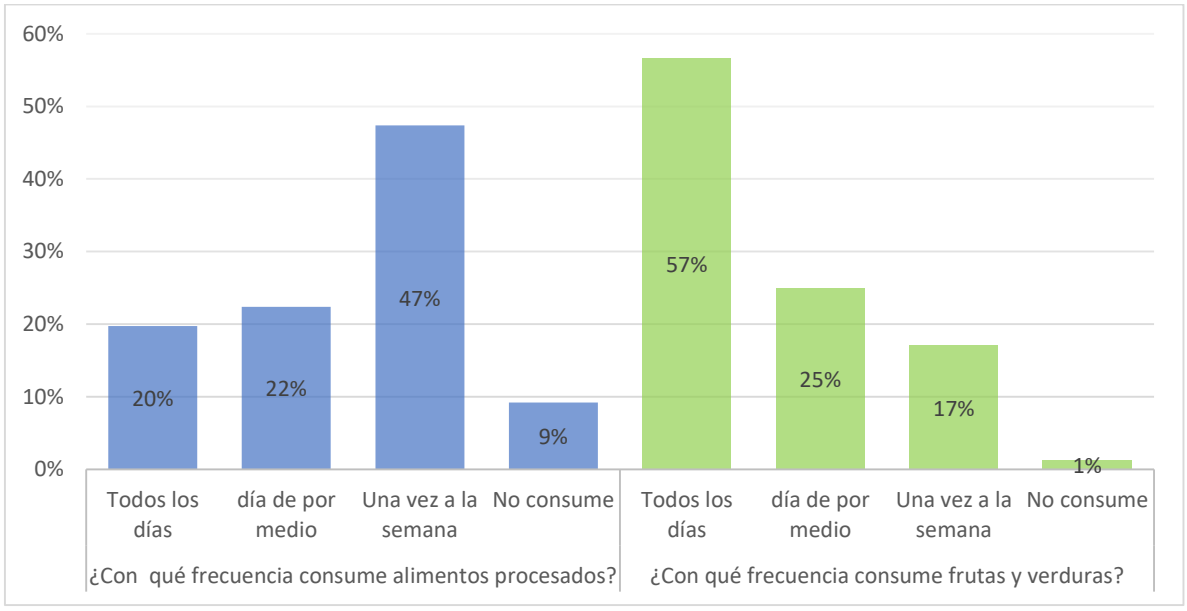


Figura 7. Prácticas de autocuidado oral

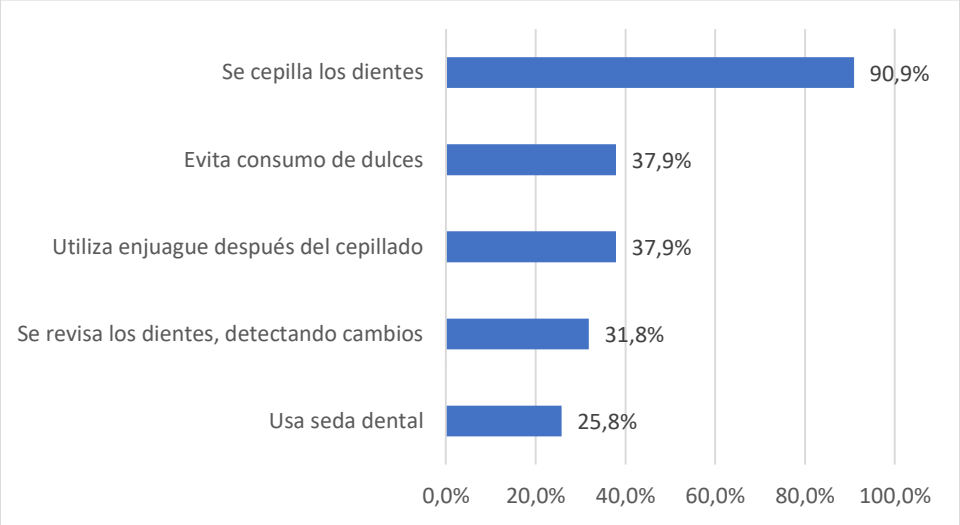


Figura 8. ¿Le han explicado cómo cepillarse los dientes correctamente?

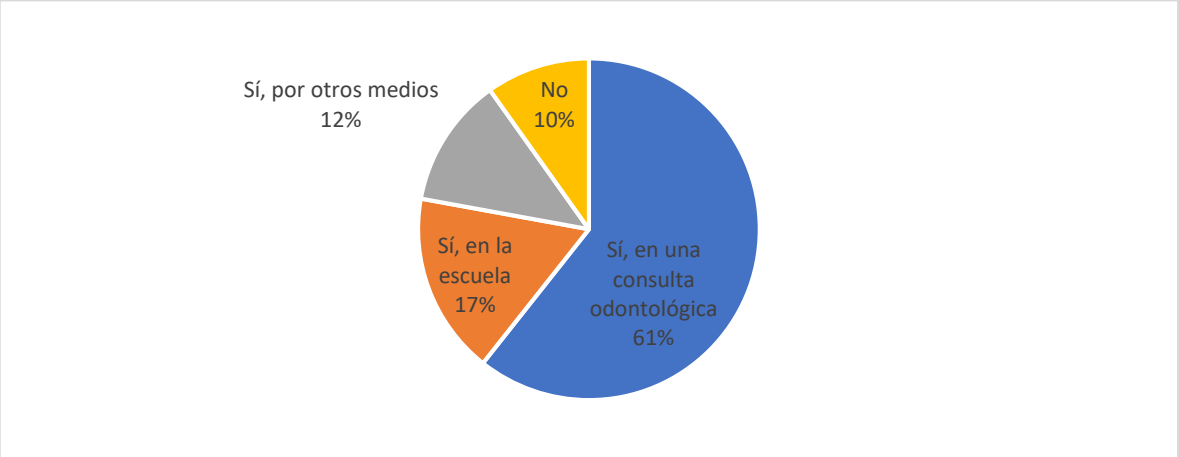


Figura 9. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

Figura 10. ¿Quién ayuda con el cepillado?

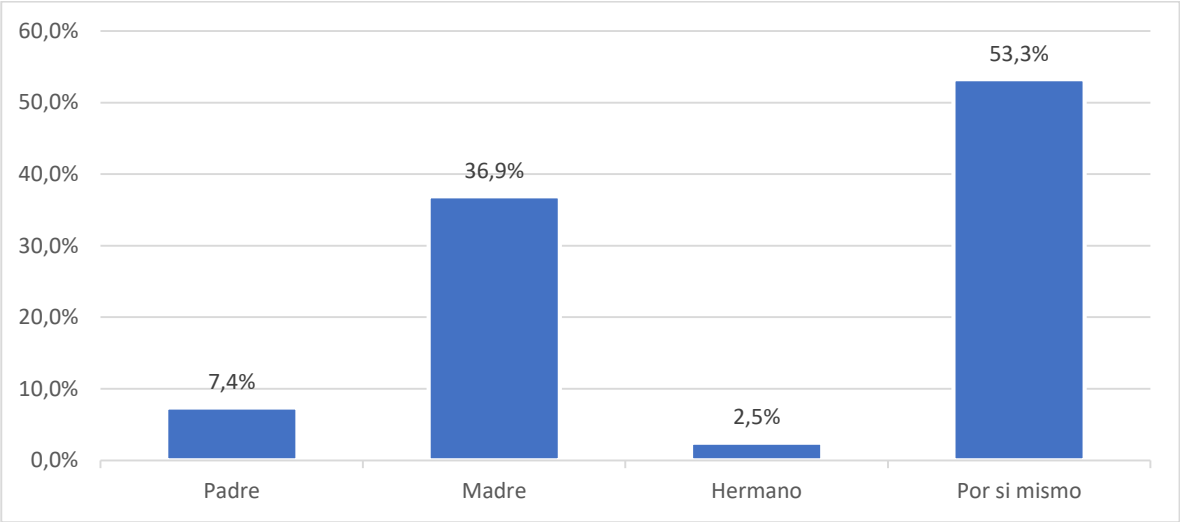
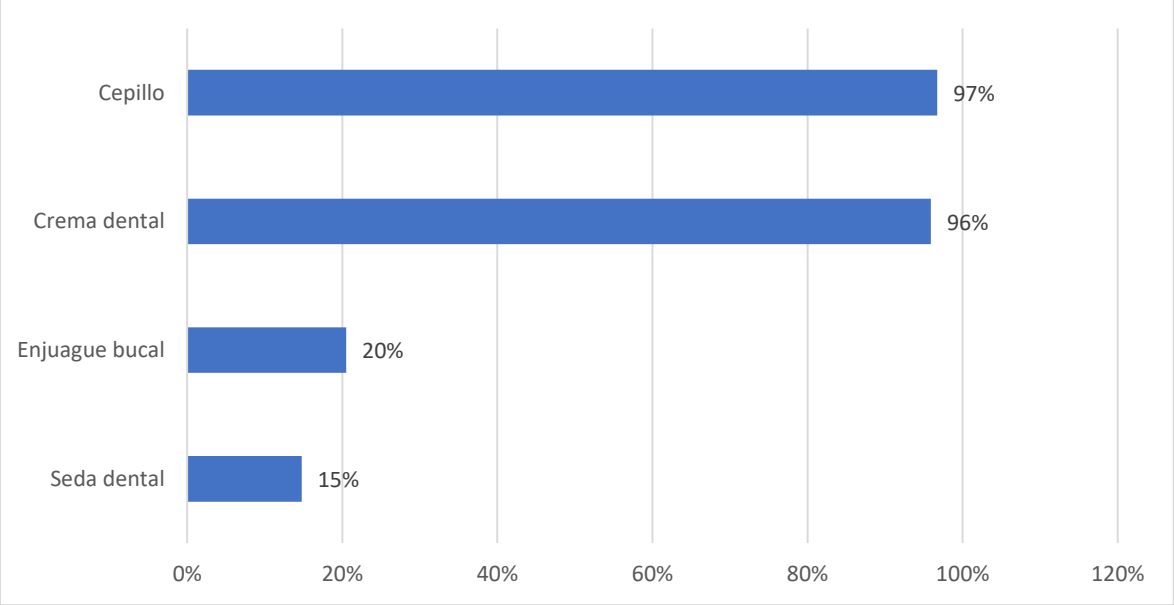


Figura 11. Elementos utilizados para el cuidado oral



.

Figura 12. Factores de riesgo

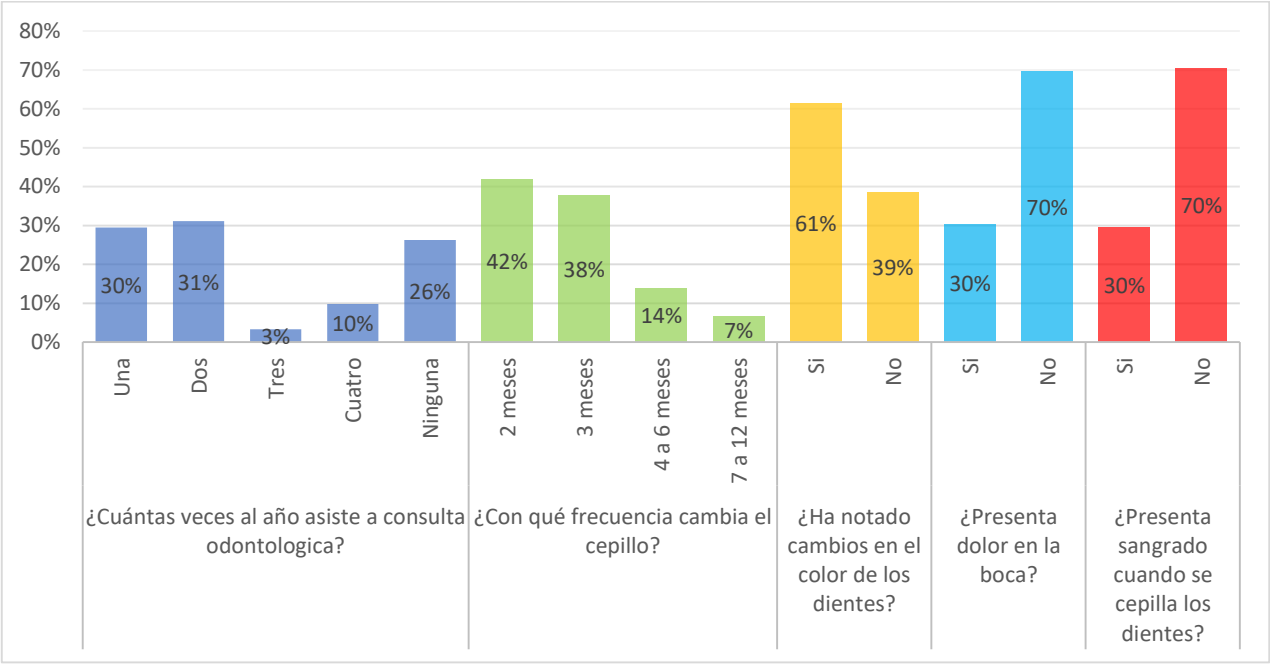


Figura 13. Frecuencia de consumo de alimentos procesados y frutas

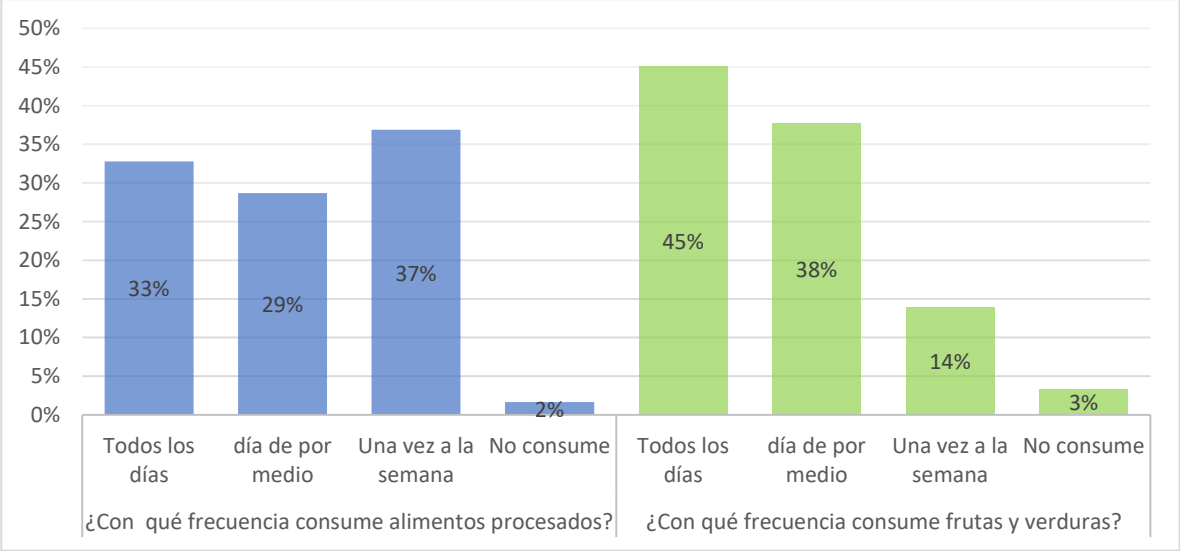
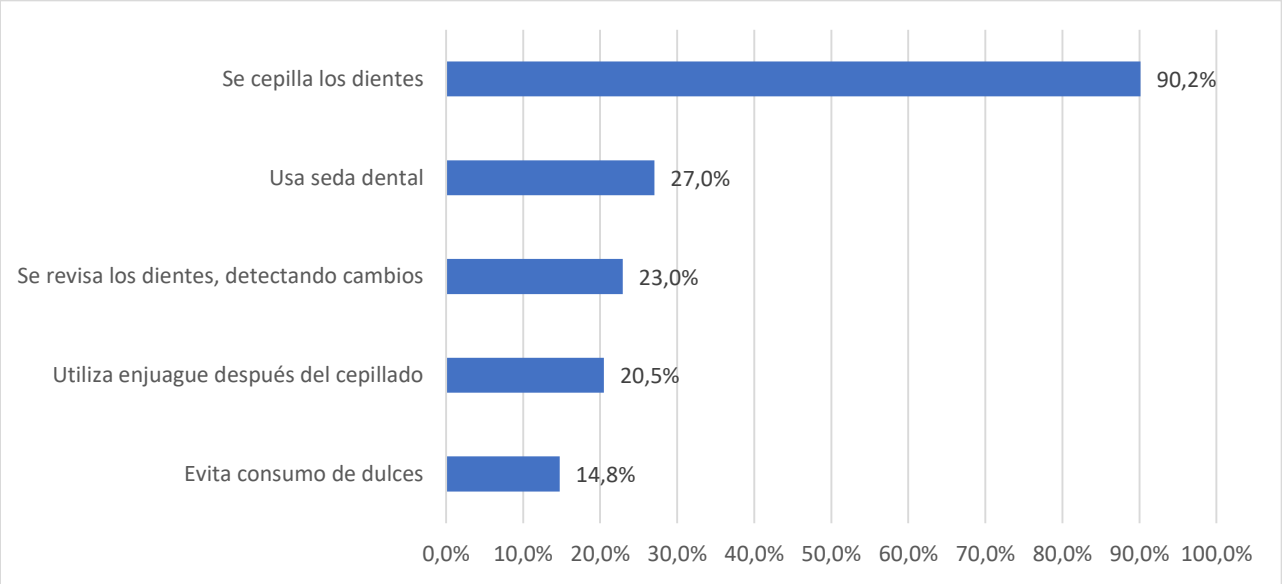



Figura 14. Prácticas de autocuidado oral en los niños