

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL ASISTIDA
VIRTUALMENTE EN LA POBLACIÓN VULNERABLE DE ESTUDIANTES DE
SEGUNDO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTOS APÓSTOLES DE
CÚCUTA**

SLENDY VIVIANA NIÑO BALAGUERA

KAREN MARBELL BERMON MARTINEZ

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO SEDE CÚCUTA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL ASISTIDA
VIRTUALMENTE EN LA POBLACIÓN VULNERABLE DE ESTUDIANTES DE
SEGUNDO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTOS APÓSTOLES DE
CÚCUTA**

SLENDY VIVIANA NIÑO BALAGUERA

KAREN MARBEL BERMON MARTINEZ

ASESORA CIENTÍFICA

MARTHA LILIANA ARAQUE SANCHEZ

ODONTÓLOGA ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

ASESOR METODOLÓGICO

Lic. Msc. Dr. JESÚS ARTURO RAMIREZ SULVARAN

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, su esfuerzo es mi motivación para seguir adelante y buscar lo mejor. A mi padre, por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento, me has enseñado y me sigues enseñando muchas cosas. A mi nona que es como una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar conmigo. A mi tío tica, a pesar de nuestra distancia, siempre estuvo apoyándome. A mi hermano, que siempre ha estado junto a mí y brindándome su apoyo. A mi compañera, Karen porque con su apoyo y conocimientos hicieron de esta experiencia una de las más especiales y sin este equipo no hubiéramos logrado esta meta.

Slendy Viviana Niño Balaguera

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios por darme la capacidad y sabiduría para poder desarrollarlo, a mis padres José Bermón y Astrid Martínez por su amor, esfuerzo y apoyo incondicional, ellos son quienes me han ayudado y motivado para estar aquí. A mi nonita Bertilde que, aunque hoy no esté en este plano terrenal sé que desde donde este estará muy orgullosa de mí y de ver cumplir mis logros. Gracias, por tanto. Por ultimo quiero dedicar la tesis a mí misma, ya que con mucho esfuerzo lo logre.

Karen Marbell Bermón Martínez

Agradecimientos

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida. A mi madre, que me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos. A mi padre, por su apoyo incondicional y demostrarme que con fe todo se puede lograr. A mi nona, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y tristezas. A mi hermano por su apoyo incondicional, por compartir momentos de alegrías y tristezas, por demostrarme que siempre podré contar con él. A mi tío tica porque sin su apoyo no hubiera logrado esta meta, gracias por estar siempre pendiente de mí, siempre estaré inmensamente agradecida. A mi compañera Karen por haber logrado nuestro gran objetivo con mucha perseverancia. Gracias a los doctores, por su tiempo, apoyo y sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. Gracias al colegio, coordinador, profesores y participantes del grado 2do por colaborarnos y a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Slendy Viviana Niño Balaguera

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la fortaleza para poder culminar exitosamente este proyecto, también doy gracias a mis padres por haberme apoyado durante este largo proceso y ser los pilares que me mantuvieron en línea recta hasta el último instante. A mi compañera de tesis Slendy Niño, por todo su esfuerzo, dedicación y disciplina implementada en este trabajo. También estoy gratamente agradecida con nuestros asesores el Dr. Jesús Arturo Ramírez Sulvaran y la Dra Martha Liliana Araque Sánchez, por habernos guiado durante todo el proceso de este trabajo y haber dedicado de su tiempo para la realización de este proyecto. Gracias al colegio, coordinador, profesores y participantes del grado 2do por colaborarnos. Por último, me

doy las gracias a mi misma, por haber sacado este proyecto adelante, por ser fuerte y perseverante y haberle puesto tanto empeño y esfuerzo a este trabajo de tesis que por fin culmina.

Karen Marbell Bermón Martínez

Resumen

Objetivo. Promover la promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en la población vulnerable escolares de segundo grado de la Institución Educativa Santos Apóstoles de Cúcuta.

Materiales y métodos. Se aplicó un diseño de tipo descriptivo/observacional en el cual participaron 57 padres y/o acudientes, y 31 niños en edades de 6 a 8 años de segundo grado, en este trabajo se realizaron 2 encuestas con los padres y otras 2 con los niños para saber el nivel de conocimiento y hábitos en higiene oral antes y después de las estrategias realizadas, posterior a la primera encuesta se diseñaron y desarrollaron estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral para promover la promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en dicha población.

Resultados. Los niveles de conocimiento sobre hábitos en higiene oral en los padres y niños antes de la intervención educativa tuvieron resultados deficientes dando a conocer que hay una gran desinformación sobre los hábitos en higiene oral, posterior a esta, este nivel de conocimiento aumentó significativamente, determinando así que las intervenciones educativas son de vital importancia para que los padres y escolares tengan conductas más favorables y esto ayudará a conservar una buena salud bucal.

Conclusión. En cuanto a los hábitos orales los niños y padres presentaban malos hábitos orales antes de la intervención. Sin embargo, en los niños y los padres se observó que ambos tuvieron buenos conocimientos en hábitos de higiene oral después de las intervenciones.

Palabras clave: Promoción y prevención en salud oral, hábitos de higiene oral, conocimientos en salud oral, actividades lúdicas pedagógicas, educación asistida virtualmente.

Abstract

Target. Promote the promotion and prevention in oral health assisted virtually in the vulnerable second-grade school population of the Santos Apostoles de Cucuta Educational Institution.

Materials and methods. Applied a descriptive/observational design involving 57 parents and/or attendants, and 31 children aged 6 to 8 years of second grade, this work conducted 2 surveys with parents and 2 with children to know the level of knowledge and habits in oral hygiene before and after the strategies carried out, after the first survey were designed and developed pedagogical strategies in good oral hygiene habits to promote promotion and prevention in oral health assisted virtually in that population.

Results. Levels of knowledge about oral hygiene habits in parents and children prior to educational intervention had poor results, released that there is a large misinformation about oral hygiene habits, after which, this level of knowledge increased significantly, thus determining that educational interventions are of vital importance for parents and schoolchildren to have more favorable behaviors and this will help to maintain good oral health.

Conclusion. As for oral habits, children and parents had poor oral habits before surgery. However, in children and parents it was observed that they both had good knowledge of oral hygiene habits after interventions.

Keywords: Promotion and prevention in oral health, oral hygiene habits, oral health knowledge, pedagogical play activities, virtually assisted education.

Tabla de contenido

Introducción	17
El problema	19
Planteamiento del problema	19
Formulación del problema	22
Objetivos	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Justificación	24
Revisión Bibliográfica	26
Población Vulnerable	26
Salud en Población Vulnerable.	27
Salud Oral.	28
Salud Oral en Población Vulnerable.	30
Salud Oral en Población Desplazada.	32
Salud Oral en Población de Bajos Recursos.	33
Prevalencia de Enfermedades Orales en Población Vulnerable	34
Promoción y Prevención en Salud Oral en Población Vulnerable.	35
Estrategias de promoción y prevención en salud oral en población vulnerable (escolares)	38
Nivel de conocimiento en higiene oral en padres de escolares	40
Nivel de conocimiento en higiene oral en escolares	43

	9
Hábitos de higiene oral de los padres o cuidadores a sus hijos	44
Diseño metodológico	48
Tipo de investigación	48
Población y muestra	48
Población	48
Muestra	48
Criterios de selección	48
Criterios de inclusión	48
Criterios de exclusión	49
Identificación de variables	49
Independiente	49
Dependiente	49
Intervinientes	49
Hipótesis	50
Hipótesis nula	50
Hipótesis alterna	50
Materiales y Métodos	51
Análisis estadístico	54
Resultados	55
Caracterización sociodemográfica de los padres de familia y escolares	56

	10
Determinación del nivel de conocimiento en salud oral y prácticas de higiene oral realizados por los padres de familia a sus hijos.	67
Conocimientos en salud oral de los padres antes de la intervención	67
Hábitos de Higiene Oral de los padres antes de la intervención	72
Cuestionario Niños antes de la intervención	79
Conocimientos en salud oral de los niños antes de la intervención	80
Hábitos de Higiene oral de los niños antes de la intervención	84
Impacto de las estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a los padres de familia y escolares de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta.	89
Conocimientos en salud oral de los padres después de la intervención	90
Hábitos de Higiene oral de los niños después de la intervención	98
Conocimientos en salud oral de los niños después de la intervención	103
Conocimientos en salud oral de los niños después de la intervención.	104
Hábitos de Higiene oral de los niños después de la intervención	110
Conclusiones	134
Recomendaciones	135
Recursos	136
Recursos humanos	136
Recursos institucionales	136
Referencias Bibliográficas	137

Lista de figuras

Figura 1. Edad de los padres de familia	56
Figura 2. Género de los padres de familia	57
Figura 3. Nacionalidad de los padres de familia	57
Figura 4. Barrio de residencia	58
Figura 5. Cantidad de personas que habitan la vivienda	58
Figura 6. Estado civil	59
Figura 7. Nivel de educación del padre de familia	60
Figura 8. Ocupaciones de los padres de familia	60
Figura 9. Ingresos económicos al hogar	61
Figura 10. Estrato socioeconómico	61
Figura 11. Tipo de afiliación en salud	62
Figura 12. Promedio de ingresos mensuales por familia	62
Figura 13. Forma en que se desplaza a un centro de salud	63
Figura 14. Servicios básicos que tienen en la vivienda	64
Figura 15. Vivienda en la cual viven	64
Figura 16. Tipo de vivienda	65
Figura 17. Pertenece o ha pertenecido a un grupo de población vulnerable	66
Figura 18. Resumen de la caracterización sociodemográfica	66
Figura 19. Medidas preventivas que conoce para combatir caries	67
Figura 20. Conocimiento sobre la caries	68
Figura 21. Conocimiento sobre lo más recomendado en el cepillado de los niños	69
Figura 22. Consecuencias de que los niños duerman con el tetero en su boca	69
Figura 23. Conocimiento sobre a qué edad se deben empezar a cepillar los dientes	70

	12
Figura 24. Conocimiento sobre a partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor	71
Figura 25. Función que cumplen los dientes de leche	71
Figura 26. Elementos de higiene oral que utiliza su hijo	72
Figura 27. Frecuencia de cambio del cepillo dental	73
Figura 28. Frecuencia acompañamiento del cepillado de los dientes de su hijo	73
Figura 29. Momento del día del cepillado de dientes de su hijo	74
Figura 30. Frecuencia de citas odontológicas de su hijo	75
Figura 31. Hábitos orales que mantienen sus hijos	75
Figura 32. Prácticas de prevención en salud oral que le han aplicado a su hijo, el odontólogo.	76
Figura 33. Causas de la pérdida de dientes de su hijo	77
Figura 34. Clasificación de conocimientos de los padres antes de la intervención	77
Figura 35. Hábitos de higiene oral	78
Figura 36. Edad de los niños.	79
Figura 37. Género de los niños.	79
Figura 38. Comidas que dañan los dientes.	80
Figura 39. Dientes sanos y fuertes.	81
Figura 40. Diente enfermo.	81
Figura 41. Diente sano.	82
Figura 42. Caries dental.	83
Figura 43. Importancia del cepillado dental.	83
Figura 44. Cuántas veces se cepilla al día.	84
Figura 45. Elementos de higiene oral.	85
Figura 46. Alimentos ingeridos en el recreo.	85
Figura 47. Cepillado de los dientes después de ingerir alimentos en el recreo.	86

	13
Figura 48. Cepillado de dientes después de las comidas.	87
Figura 49. Cepillado dental antes de acostarse.	87
Figura 50. Clasificación de conocimientos en salud de los niños antes de la intervención	88
Figura 51. Edades de los padres de familia	90
Figura 52. Género padres de familia	90
Figura 53. Relación de la salud oral y general	91
Figura 54. Conocimiento sobre placa bacteriana	91
Figura 55. Causa principal de las enfermedades orales	92
Figura 56. Eliminación de la placa bacteriana	93
Figura 57. Conocimiento sobre la gingivitis	93
Figura 58. Conocimiento sobre periodontitis	94
Figura 59. Medidas preventivas contra la caries	95
Figura 60. Conocimiento sobre la caries	95
Figura 61. Recomendado en el cepillado de los niños	96
Figura 62. Consecuencia de que los niños duerman con el tetero	96
Figura 63. Conocimiento sobre edad para empezar a cepillar los dientes	97
Figura 64. Edad para uso de crema dental con flúor	97
Figura 65. Función de los dientes de leche	98
Figura 66. Hábitos de alimentación	98
Figura 67. Elementos de higiene oral	99
Figura 68. Frecuencia de cambio del cepillo dental	100
Figura 69. Momento del cepillado de los dientes	100
Figura 70. Frecuencia de citas odontológicas	101
Figura 71. Clasificación de conocimientos de los padres después de la intervención	101

Figura 72. Clasificación de conocimientos en hábitos de los pares después de la intervención	102
Figura 73. Distribución de escolares según grupos de edades.	103
Figura 74. Distribución de escolares según sexo.	103
Figura 75. Sellante.	104
Figura 76. Aplicación de flúor en barniz.	104
Figura 77. Caries dental.	105
Figura 78. Placa bacteriana.	105
Figura 79. Como combatir la placa bacteriana.	106
Figura 80. Importancia de la crema dental con flúor.	106
Figura 81. Cepillado diario.	107
Figura 82. Cepillado más importante.	107
Figura 83. Sellante y flúor.	108
Figura 84. Enfermedades orales comunes.	108
Figura 85. Quien causa las enfermedades orales.	109
Figura 86. Dulces y bebidas azucaradas.	109
Figura 87. Comidas que dañan los dientes.	110
Figura 88. Dientes sanos y fuertes.	110
Figura 89. Elementos para higiene oral.	111
Figura 90. Diente enfermo.	111
Figura 91. Diente sano.	112
Figura 92. Caries dental.	112
Figura 93. Importancia de lavarse los dientes.	113
Figura 94. Cepillar los dientes después de cada comida.	113
Figura 95. Cepillarse los dientes antes de dormir.	114

Figura 96. Clasificación de conocimientos de los escolares después de la intervención	114
Figura 97. Clasificación de conocimientos en hábitos orales de los escolares después de la intervención	115
Figura 98. Comparativo del nivel de conocimiento en los padres	116
Figura 99. Comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral	117
Figura 100. Comparativo del nivel de conocimientos en niños	118
Figura 101. Comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral en niños	119

Lista de anexos

Anexo A: Carta dirigida hacia el director de la Institución Educativa Santos Apóstoles.	143
Anexo B: Consentimiento informado	144
Anexo C: Primera encuesta dirigida a los padres y/o acudientes	146
Anexo D: Primera encuesta dirigida a los niños.	151
Anexo E: Actividad 1 (lotería)	155
Anexo F: Actividad 2 (cepillado)	157
Anexo G: Actividad 3 (títeres)	158
Anexo H: Actividad 4 (relacionar)	160
Anexo I: Actividad 5 (Juego MAVI)	161
Anexo J: Actividad 6 (presentación a padres y/o acudientes)	167
Anexo K: Segunda encuesta a padres de familia.	177
Anexo L: Segunda encuesta niños.	180
Anexo M: Prueba de Wilcoxon padres	190
Anexo N: Prueba de Wilcoxon niños	191
Anexo O: Evidencia de actividades, entrega de kits y regalos a los niños.	192

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad oral es uno de los problemas de salud más frecuentes. La caries dental es la manifestación más frecuente de enfermedad oral y se consideran un problema de salud pública que afecta a niños y adultos en todo el mundo y también influye mucho afectando la calidad de vida de las personas y las comunidades (Gonçalves, Montero, Ribas, Castaño & Dib, 2017).

Para promover la salud oral en escolares se debe incluir conocimientos y prácticas saludables en las actividades diarias, como el cepillarse los dientes después de comer en el recreo, la construcción de espacios físicos que faciliten estos hábitos al procurar la instalación de más de un lavamanos en las escuelas, incorporar información sobre a autoevaluación y reconocimiento bucal como parte de los contenidos del plan de estudios de la educación básica, incitar al bajo consumo en alimentos ricos en azúcares en la escuela, favorecer la organización comunitaria para la realización de comités de salud y fomentar la utilización de los servicios de salud (Valdez y Tobón, 2019)

La educación debe empezar en el hogar, para ello es necesario implementar programas que capaciten al padre de familia en hábitos de higiene oral saludables para que ayuden a sus hijos a llevar un control adecuado de la limpieza oral después de alimentarlos. Los programas educativos preventivos mediante charlas a las madres utilizando la orientación verbal, afiches, proyección de canciones, juegos, dramatización, cepillos musicales y videos (Macías, Amelia y Carballo, 2019)

A partir de lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue promover la promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en la población vulnerable escolares de segundo grado de la institución educativa santos apóstoles de Cúcuta, mediante el desarrollo e implementación de unas estrategias pedagógicas lúdicas dirigidas a esta población; también evaluar el conocimiento en salud y hábitos orales, antes y después de las intervenciones educativas.

El problema

Planteamiento del problema

La vulnerabilidad social está relacionada con la pobreza y la exclusión social y hacen referencia a las condiciones de desventaja y desigualdad, social, económica, política y cultural que experimentan grupos sociales como resultado del “orden” social capitalista (Ortiz, Díaz 2018). Una población vulnerable según el Ministerio de Educación de Colombia, es un grupo de personas en estado de desprotección o incapacidad psicológica, física, mental, entre otras, lo que puede terminar en exclusión debido a sus particularidades o por razones socioeconómicas (Benavides, Cerón, 2017). Dentro de la población vulnerable se encuentran los desplazados, son personas que han sufrido mucho. Por un lado, por haber sido desalojadas violentamente de su medio, y por otro, al tener que llegar a un lugar que es totalmente diferente al suyo y verse rodeados de personas con costumbres distintas, y que a la vez se muestran indiferentes ante ellos y ante esta grave situación (Cabrera, 2017).

Las políticas de salud, especialmente para la promoción de la salud, son herramientas importantes para enfrentar la vulnerabilidad. Para crear políticas públicas efectivas, los estudios que buscan obtener información que considere la subjetividad de la relación entre el sujeto, el proceso salud-enfermedad y los determinantes sociales de la salud son esenciales (Franca, Picinin, Grano, Márquez, Gomes da Silva, 2019). La investigación sobre las desigualdades en salud ha crecido mucho, ya que promueven que las personas pobres no estén apartadas, sino que se identifiquen como grupos particulares y vulnerables, que se han visto afectados por el desequilibrio entre la necesidad y el recurso (Chattopadhyay, 2008), resaltando que las personas de bajos recursos tienden a presentar mayor enfermedades y que debido al bajo acceso a los servicios de

salud, no reciben el tratamiento adecuado y oportuno, desencadenando complicaciones (Benavides, Ceròn, 2017).

Los problemas de salud bucal, al igual que otros problemas de salud, pueden limitar la actividad de una persona, sus oportunidades de trabajo y la calidad de vida. También han sido asociadas a enfermedades crónicas y limitaciones en funciones sociales y psicológicas, de ahí que la salud oral sea un aspecto esencial de la salud general de las poblaciones y su desarrollo social y económico. (Cárdenas, Vergara y Martínez, 2018). Las principales enfermedades orales incluyen la caries, la gingivitis y la periodontitis crónica, que son enfermedades prevenibles y relacionadas con problemas en el autocuidado de la salud oral, en donde resulta de crucial importancia la remoción regular y eficiente de las biopelículas orales (Contreras, 2016).

La desigualdad en salud oral es evidente, por lo cual el personal odontólogo y médico tiene el compromiso de identificar los pacientes con alto riesgo, para promover comportamientos positivos y acceso oportuno a la atención en salud oral (Edelstein, 2002). Las herramientas de enseñanza apropiadas deben direccionarse a la población de acuerdo a sus necesidades, con prácticas que permitan realizar un seguimiento a los servicios de detección y atención dental (Peterson, Sweeney y Stevens, 2010). Se necesitan más programas de educación en salud oral para beneficiar y mejorar la salud de la población (Gati y Vieira, 2011). Para lo cual es muy importante el papel de las universidades, las empresas y el estado, teniendo en cuenta el contexto particular de las poblaciones vulnerables (Benavides y Cerón, 2017).

Una buena salud oral es el resultado de una buena práctica odontológica en conjunto con 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 de vida saludables. Lo anterior genera nuevos roles para los odontólogos de hoy, como promotores de salud y en el diseño de estrategias costo-efectiva, puesto que las estrategias de promoción y prevención son menos costosas que la curación, rehabilitación o eliminación del daño; se debe analizar el tipo de estrategias de educación implementadas en las comunidades y la evaluación de su impacto, de manera que ofrezcan verdaderos cambios de comportamientos sostenibles y permanentes en las personas frente a su salud oral, que demuestren la importancia de realizar promoción en salud oral desde edades tempranas que forjen más pacientes sanos y menos gastos en salud oral sobre todo en estas comunidades vulnerables (Cárdenas, Vergara y Martínez, 2018).

Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral en las comunidades de mayor vulnerabilidad social son la mejor forma de evitar problemas mayores relacionados con la enfermedad, por lo que se ha destacado su importancia a nivel de salud oral. En el sistema de salud actual las entidades encargadas de implementar estas acciones en Colombia se han enfocado más en el tratamiento de las enfermedades dejando a un lado la prevención y promoción. Por esta razón es necesario que los profesionales de la salud se motiven para hacer parte de un nuevo proceso de intervención para la salud oral, en donde las estrategias que se utilicen permitan un entendimiento completo de la realidad social de esta población (Carmona, 2018).

En este sentido no hay conocimiento o estudios realizados sobre la implementación de un plan de promoción y prevención en salud oral en la población vulnerable de la ciudad de Cúcuta.

Formulación del problema

La población vulnerable se encuentra en un estado de desprotección y desigualdad, ya sea por factores sociales, económicos, políticos y culturales, y esto afecta su calidad de vida y el riesgo a que sean más susceptibles a desarrollar enfermedades tanto a nivel oral como general, lo cual puede amenazar su salud en general (Benavides, y Cerón, 2017).

De acuerdo con la información anterior sobre los problemas que presentan las poblaciones vulnerables, sus diferencias socioeconómicas, estilo de vida, desprotección e inaccesibilidad a servicios de salud tanto general como oral y la falta de conocimiento de sus condiciones orales, debido a que en la ciudad de Cúcuta no hay estudios sobre esta problemática, se requiere entonces la implementación de un plan de estrategias de promoción y prevención en dicha población, para mejorar el estado de salud oral e implementar el autocuidado bucal y brindar conocimientos de los problemas y enfermedades que se pueden presentar en la boca y lo que estas puedan causar, para que amplíen su conocimiento en el tema y empiecen a cuidar su salud.

Por lo anterior, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de las estrategias pedagógicas para fomentar la salud oral en los niños de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta?

Objetivos

Objetivo general

Promover la promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en la población vulnerable escolares de segundo grado de la institución educativa santos apóstoles de Cúcuta.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento en salud oral y hábitos de higiene oral realizados por los padres de familia a sus hijos.

Diseñar estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a los padres de familia y escolares de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta.

Desarrollar estrategias pedagógicas para la promoción y prevención en salud oral en la población vulnerable de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles la ciudad de Cúcuta.

Analizar el impacto de las estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a los padres de familia y escolares de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta.

Justificación

La presente investigación se enfocará en la implementación de unas estrategias pedagógicas de promoción y prevención de salud oral en la población vulnerable de la ciudad de Cúcuta, desde un punto de vista social la población no tiene acceso a servicios de salud tanto a nivel de salud general como salud oral. Esta investigación se centra también en los factores que contribuyen a las desigualdades sociales y raciales en dicha población que incrementan el riesgo de adquirir enfermedades a nivel oral, lo cual podría influenciar los costos generales de la atención odontológica, por lo tanto, dicha población no está dispuesta a adquirir esta atención, por la condición económica que presentan no le darán mucha importancia al autocuidado de la salud oral. Ahí es donde se brindará luz para que esta investigación se pueda llevar a cabo en el cual se desarrollarán estrategias para mejorar la condición oral de cada individuo perteneciente a dicha población, teniendo en cuenta los factores de riesgo se llevará a cabo estrategias de promoción y prevención para controlar estos factores y así generar conocimientos que ayuden en la prevención de enfermedades a nivel oral, de modo que estos planes de prevención y promoción también lleguen a las edades más pequeñas ya que esto ayudaría a reducir la carga de enfermedad en la adultez y motivará a las personas a mejorar su salud oral en nuestro caso y a tener una vida más sana e implementar el autocuidado de su cavidad oral (Benavides, Cerón, 2017).

Resaltando que los temas relacionados con prácticas de prevención y promoción no se tratan a profundidad en las consultas odontológicas y, aunque algunos programas están empezando a incorporar la salud oral en sus planes, todavía no se presta la suficiente atención a la salud oral (Benavides, Cerón, 2017). 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 tanto general como oral, y apoyarse en intervenciones comunitarias (Revelo, Gutiérrez, Castro y Rodríguez, 2019).

La aplicación de una estrategia de intervención comunitaria que consiste en un conjunto de procedimientos dirigidos a orientar dicha población, permitirá que las personas que participen se involucren más en los procesos de aprendizaje guiados, se identifiquen con sus propias necesidades y compartan los conocimientos adquiridos al resto de la comunidad. Por consiguiente, la Odontología centrada en la promoción y prevención de la salud oral y en el aprendizaje contextualizado a partir de su implementación en virtud del desarrollo de la comunidad, lo transforma en un currículo con mayor compromiso social. Por lo tanto, la comunidad que recibe los beneficios se convierte en un ente activo de los procesos de promoción de salud oral (Revelo, Gutiérrez, Castro y Rodríguez, 2019).

Revisión Bibliográfica

Población Vulnerable

Los conceptos de vulnerabilidad aparecen desde los cambios socioeconómicos que determinaron las décadas de los años ochenta y noventa del siglo XX, que ocasionaron, a principios del siglo XXI, una sensación de debilidad, desprotección e inseguridad en un gran porcentaje de la población latinoamericana. La vulnerabilidad y desigualdad social son situaciones humanas muy importantes para la investigación social, ya que estas condiciones se presentan mucho en los países. La vulnerabilidad social está muy relacionada con otras situaciones como, la pobreza y exclusión social, debido a que esta población se encuentra en desventaja tanto económica, social, política y cultural. De igual manera 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 personales que afectan la calidad de vida de las personas. La vulnerabilidad social, entonces, no es un estado o calidad de los individuos, poblaciones o regiones, que se da por asuntos étnicos raciales, edad, raza, sexo o nivel social. Está vinculada más a un impacto social causado por fuerzas históricas excluyentes y vulneradoras de los derechos de diferentes poblaciones, que reduce las capacidades y libertades (Ortiz y Díaz, 2018).

Una población vulnerable según el Ministerio de Educación de Colombia, es un conjunto de individuos en estado de desprotección o incapacidad ante una amenaza que puede ser psicológica, física, mental, entre otras, lo que puede terminar en exclusión debido a sus características o por cuestiones socioeconómicas (Benavides, Cerón, 2017). Dentro de la población vulnerable se encuentran los desplazados, caracterizadas por ser un grupo de individuos que han sido obligados a huir de sus casas y territorios, como consecuencia del conflicto armado,

condiciones de violencia generalizada, violación de los derechos humanos o catástrofes naturales o provocados por el ser humano y en su propio país (cabrera, 2017).

Salud en Población Vulnerable.

En América latina una de las dificultades y problema principal es la pobreza y las desigualdades sociales en bastantes partes de la población. Así, un 5% al 10% de la población tiene los mejores empleos, una educación superior, más oportunidades de trabajo y el rápido acceso a la salud, mientras que un 30% al 50% de la población tiene o padece de muchas necesidades básicas que no se solucionan. Posteriormente estos estados de pobreza en muchas partes de la población ocasionan obstáculos para tener acceso a la salud, además para las personas en pobreza extrema es mucho más importante o indispensable el tener acceso a alimentos y agua que tener acceso al cuidado de la salud oral y general (Contreras, 2016).

Actualmente las poblaciones vulnerables en todo el mundo están predispuestas a presentar muchos problemas de salud, debido a que estas personas presentan muchas dificultades para tener acceso a los servicios de salud. También, la parte económica es muy importante dentro de los sistemas basados en seguros privados y de salud. Se requiere de fondos financieros personales para poder tener la atención privada y seguro de salud. La falta de seguro de salud puede tener un impacto negativo significativo en el acceso a la atención en muchos países. Esta población muchas veces viven en zonas aisladas lo que hace que tengan gran dificultad para desplazarse al centro de salud, ya sea porque tienen que pagar un transporte o por la escasez de medios de transporte en la zona y también de faltar a sus citas por retraso del transporte. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las barreras estructurales y la infraestructura de salud más pobre dentro de los sistemas de salud, tienen que mejorar para garantizar la igualdad de la

salud y prestación de los servicios para las personas vulnerables en estado de pobreza y la exclusión social (George, Daniels & fiaritou, 2018).

Los protocolos de salud, en especial la promoción de la salud, son métodos esenciales para afrontar la vulnerabilidad. Para crear políticas públicas efectivas, son fundamentales las investigaciones que buscan conseguir información que considere la particularidad de la relación entre el individuo, el proceso salud-enfermedad y los determinantes sociales de la salud (França, Picinin, Grano, Márquez, Gomes da silva, 2019). Por otra parte, los estudios sobre las inequidades en salud han aumentado mucho, ya que impulsa a que las personas en estado de pobreza no estén aisladas, sino que se reconozcan como poblaciones particulares y vulnerables, que han sido perjudicados por la desigualdad entre la necesidad y el recurso, generando que las personas de escasos recursos sean susceptibles a presentar más enfermedades y que debido al bajo acceso a los servicios de salud, no obtienen el tratamiento conveniente y apropiado, ocasionando múltiples complicaciones en su salud y bienestar. (Benavides, Ceròn, 2017).

Salud Oral.

El concepto de salud oral ha venido cambiando conforme pasa el tiempo, por lo que, se hace énfasis en salud oral y no bucal como se ha hecho anteriormente, debido a que con este término se busca extenderse de lo orgánico y fisiopatológico, y distinguir no solo la boca como parte del cuerpo sino también como parte del crecimiento humano. Por lo que, se define que salud oral es más que unos dientes sanos y encías rosadas, sino que también muestra el estado de salud o bienestar y calidad de vida de los individuos a nivel político, económico, social y cultural. Los servicios de salud oral se consideran como referencia para determinar la evolución del sistema de salud, principalmente, en relación a la igualdad. Este concepto establece que las patologías

bucodentales son de tiempo prolongado, por lo que los pacientes deben tener acceso rápido a los servicios; además, estas enfermedades perjudican más a grupos de personas desprotegidos económica y socialmente. Lo anterior se vincula con la relación entre las enfermedades orales y las patologías de tipo sistémico y crónico, como la diabetes, condiciones cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas; Se ha comprobado que los factores de riesgo como la dieta y el tabaco contribuyen en el desarrollo de las enfermedades anteriores, lo que, fortalece la idea de que la salud oral es muy importante para lograr una buena calidad de vida (Rueda y Albuquerque, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La enfermedad oral es uno de los problemas de salud más frecuentes. La caries dental es la manifestación más frecuente de enfermedad oral y se consideran un problema de salud pública que afecta a niños y adultos en todo el mundo y también influye mucho afectando la calidad de vida de las personas y las comunidades. La enfermedad periodontal también es una enfermedad oral que se presenta frecuentemente y que también afecta a todos los grupos de edad tanto adultos y jóvenes, la OMS generalmente supervisa el estado de salud de los principales grupos de edad, con la intención de promover una mejor salud bucal (Gonçalves, Montero, Ribas, Castaño & Dib, 2017).

La tasa de morbilidad por enfermedades bucodentales puede reducirse mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes. La distribución desigual de los profesionales de la salud oral y la falta de centros de salud adecuados en la mayoría de los países implican que el acceso a los servicios de atención primaria de salud bucodental es frecuentemente bajo. Por lo general, según un estudio entre adultos que manifestaban la necesidad

de servicios de salud oral, el acceso varía entre el 35% en los países de ingresos bajos, el 60% en los países de ingresos medianos bajos, el 75% en los países de ingresos medianos altos y el 82% en los países de ingresos altos. Además, incluso en entornos de ingresos altos, el tratamiento odontológico es costoso. Las iniciativas de apoyo a la cobertura sanitaria universal (CSU) pueden contribuir a determinar un diálogo normativo donde se haga énfasis en la debilidad de los servicios de atención primaria de salud bucodental y aportar una solución a los considerables gastos directos asociados con la atención de salud bucodental en muchos países (Agudelo, et al, 2019).

Salud Oral en Población Vulnerable.

Los problemas de salud bucal, así como los problemas de salud general, pueden interferir o restringir las actividades de una persona, sus oportunidades laborales y su calidad de vida. Además, estos problemas se han relacionado a enfermedades crónicas y restricciones en funciones sociales y psicológicas, por lo que la salud oral juega un papel fundamental en la salud general de las poblaciones y en su desarrollo social y económico (Díaz, Arrieta y Ramos, 2018).

En la población vulnerable, las desigualdades por diferencias socioeconómicas, culturales y de estilo de vida, al igual que el sexo, la raza, la edad y la susceptibilidad genética, aumentan el riesgo de contraer enfermedades orales y poner en peligro la salud. La manera de vivir revela los comportamientos de las personas y representan un factor de riesgo, asimismo, la excesiva ingesta de carbohidratos y el nivel de cortisol y de minerales como el fósforo y el calcio en saliva, influyen bastante en la presencia de caries, volviéndose un indicador del estado de salud oral de dicha población. Los niños son los más vulnerables, principalmente si son de familias de

bajos recursos, debido al bajo acceso a los servicios de salud, falta de conocimiento de las estrategias de prevención y donde la salud oral no es una prioridad (Benavides, y Cerón, 2017).

Por otro lado, la salud oral y su relación con la calidad de vida es una consideración importante como determinantes de la salud de los grupos vulnerables, ya que determina el impacto del estado de salud bucal y diferentes enfermedades orales sobre la calidad de vida en comparación con elementos como disfunción, incomodidad, discapacidad y sus consecuencias funcionales y psicológicas. Además, Las enfermedades orales generan un gran impacto para el área de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias e incluso la muerte. En cuanto, al tratamiento de las enfermedades orales, este es bastante costoso y por lo general muchos de estos tratamientos no hacen parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes. Entonces, La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no pueden prestar servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades de salud bucodental. Entre los factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades bucodentales se encuentran las dietas ricas en azúcar, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Sin embargo, La mayoría de las enfermedades orales son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales (Agudelo, Vivares, Muñoz, Martínez, Reíd & Ronda, 2019).

Estas enfermedades orales afectan de manera desproporcionada a las personas en estado de pobreza y socialmente desfavorecidos. Existe una relación muy firme y estable entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades orales. Esta asociación se presenta desde los niños hasta los adultos o ancianos, y en

todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos (Agudelo, et al, 2019). También, la alta prevalencia de caries dental en niños está relacionada a los hábitos y factores culturales de cada población, entre estos están los hábitos alimenticios (poco saludables o altos en azúcar), pobre higiene dental, baja accesibilidad o falta de servicios de atención dental y programas de prevención, así como el uso generalizado de fluoruros de diferentes presentaciones (Gonçalves, Montero, Ribas, Castaño & Dib, 2017).

Salud Oral en Población Desplazada.

Investigaciones a nivel mundial han mostrado los grandes problemas que enfrentan las poblaciones desplazadas y los problemas a nivel bucal, se ha mostrado que tienen altos índices de enfermedades orales como caries y enfermedad periodontal, también el poco acceso que tienen a los servicios de salud y las grandes necesidades de tratamientos que requieren a nivel oral, esta población tiene muy poco conocimiento sobre los cuidados a nivel bucal y todos los problemas y enfermedades que se pueden presentar (Adesola, Adewunmi, Nzomiwu & Idah, 2019).

Estudios recientes han demostrado que las poblaciones desplazadas están más afectadas por caries dental que las poblaciones nativas. Sin embargo, muy Poco se sabe sobre el estado de salud bucal entre migrantes procedentes de zonas de conflicto. (Gonçalves, Montero, Ribas, Castaño & Dib, 2017).

Aunque las cifras de desplazamiento forzado en Colombia disminuyeron tras la firma del acuerdo de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); el narcotráfico, la minería ilegal, la expropiación de tierras y el resurgimiento de grupos armados, presionan a las comunidades, especialmente indígenas, afrodescendientes y líderes sociales, para que abandonen su territorio como mecanismo de protección. Según el registro único de víctimas y, pese a la

disminución del 44 % en las cifras de desplazamiento por el conflicto armado, se están produciendo nuevas desmovilizaciones que afectan la parte de la salud general y oral de estas personas. En la actualidad, el municipio de Popayán tiene un alto número de personas desplazadas y vulnerables, que en su mayoría están fuera del sistema de protección social. Todos están en riesgo de adquirir enfermedades sistémicas e incluso orales como caries o periodontitis (Revelo, Gutiérrez, Carto y Rodríguez, 2019).

Salud Oral en Población de Bajos Recursos.

La pobreza es considerada una situación o forma de vida que se adquiere por el difícil acceso o falta de recursos para poder saciar o satisfacer las necesidades humanas, psíquicas y físicas básicas de las personas que afectan la calidad de vida y bienestar de las personas. Así que, se ha estudiado como los estados sociodemográficos y económicos pueden repercutir y afectar el estado de salud de las personas e incluso también afectar su estado de la salud bucal. Además, hay investigaciones a nivel mundial que asocian la condición de pobreza con el estado de salud oral, determina los riesgos socioeconómicos de las familias y evalúa su relación con la existencia de enfermedades dentro de sus miembros. Son bastantes los factores de la pobreza que influyen en la buena salud oral como lo son los bajos ingresos económicos familiares y bajo nivel de educación (Díaz, Arrieta y Ramos, 2018).

Las desigualdades socioeconómicas se han vinculado con la presencia de caries dental, debido a que la alta concentración de cortisol salival y el gran crecimiento de bacterias cariogénicas, se relacionan con el incremento en la vulnerabilidad física y el daño de los dientes, por la relación entre los procesos biológicos, psicosociales e infecciosos asociados con el estrés. Además, las diferencias entre la escasa salud oral y el déficit de cuidado de los dientes son las más comunes entre los niños escolares de bajos recursos, los cuales tienen el doble de probabilidad de

desarrollar caries que los niños de familias con un ingreso superior y acuden menor frecuencia a citas odontológicas preventivas, aumentando así el desarrollo de la enfermedad. El estado socioeconómico, la edad, la raza y la educación, están relacionados con la necesidad de tratamientos dentales insatisfechos, por lo que la vulnerabilidad social que esto causa se relaciona con el incremento de casos de enfermos no tratados. Asimismo, existen desigualdades relacionadas con salud oral en personas que viven en ancianatos, quienes por lo general manifiestan una mala salud oral, poca cobertura del seguro y bajo acceso a los servicios de atención en salud, su estado socioeconómico es bajo y algunos viven en zonas rurales, así que todo esto genera que la población manifieste muchas necesidades insatisfechas. Esto revela que la atención en salud oral es un suceso complicado que abarca: cobertura, accesibilidad, acceso geográfico, disponibilidad y participación de diversos proveedores del servicio. Además, en países como Colombia, la violencia, el desplazamiento y la pobreza, hacen que sea necesario el desarrollo de propuestas concretas dirigidas a estas poblaciones, considerando su vulnerabilidad respecto a la salud oral (Benavides y Cerón, 2017).

En un estudio donde evaluaron la pobreza y el estado de salud oral en población vulnerable en Cartagena, se registraron adultos con un inapropiado estado de salud oral, también con alta prevalencia de caries dental, alto porcentaje de placa bacteriana y presencia de enfermedad periodontal, esto ocasionado por hábitos orales inapropiados que también mostraron una relación importante con el estado de pobreza (Díaz, Arrieta y Ramos, 2018).

Prevalencia de Enfermedades Orales en Población Vulnerable

En muchos países del Medio Oriente, la prevalencia y la gravedad de la caries dental es uno de los principales problemas de salud oral, debido a la insuficiencia de los programas de prevención. En cuanto a los países africanos, la incidencia de caries es más baja que en la de países

desarrollados (Gonçalves, Montero, Ribas, Castaño & Dib, 2017). Por otra parte, los niños tienden a tener una prevalencia más alta de caries en comparación con las poblaciones adultas a nivel mundial. Adesola, Adewunmi, Nzomiwu & Idah (2019) afirman que la caries dental afecta del 60% –90% de escolares en comparación con adultos, especialmente en países industrializados. Algunos de los factores que influyen en las altas tasas de caries son: la mala higiene oral, hábitos alimenticios poco saludables y el bajo acceso a los servicios de atención dental en la población vulnerable.

Según un estudio, los niños desplazados internos con bajo nivel socioeconómico y educativo de los padres experimentan una situación de higiene oral deficiente. Las enfermedades periodontales eran altas debido al bajo nivel socioeconómico, baja frecuencia de cepillado y pocas visitas al odontólogo. El sangrado gingival, la acumulación de placa y cálculo, se presentó en 65,8% de los niños, lo que coincide con el hecho de la baja frecuencia de cepillado en esos niños (Alwaheb & Alhuwaizi, 2018). Sin embargo, aunque la epidemiología de las enfermedades orales es variante, sigue contemplándose como una preocupación en salud pública que requiere atención. Por lo que se debe dar la importancia y gravedad de dichas enfermedades en los diversos grupos de poblaciones, y conocer los determinantes sociales que causan situaciones de desigualdades e inequidades en los indicadores epidemiológicos, como sexo, edad, clase social, grupo étnico, entre otros (Hurtado, Potes, Vásquez, Posada, Álvarez y Agudelo, 2017).

Promoción y Prevención en Salud Oral en Población Vulnerable.

Actualmente, entre las principales enfermedades orales encontramos la caries, la gingivitis y la periodontitis crónica, que son las más comunes, estas enfermedades se pueden prevenir y se relacionan con problemas o falta de autocuidado de la salud oral, por lo que es muy importante la

remoción constante y eficiente de las biopelículas orales para prevenir estas enfermedades (Contreras, 2016).

Por estas razones, para conservar una excelente salud oral es recomendable las visitas regulares al odontólogo a tiempos determinados. Otros métodos prácticos incluyen cepillarse los dientes, mínimo dos veces al día con crema dental fluorada y uso regular de seda dental. Esto asegurará un control y remoción efectiva de la placa bacteriana, la cual es el factor primario implicado en enfermedades periodontales y caries dental (Adesola, et al, 2019).

Entre las estrategias empleadas para una buena higiene oral, control de la placa bacteriana y prevención de enfermedades orales están: el cepillo dental y a su vez una buena técnica de cepillado, el uso de seda dental, crema dental con flúor, enjuague bucal antibacteriano, cepillos eléctricos, limpiadores de lengua, el uso de reveladores de placa, aplicación de sellantes y una correcta nutrición (Macías, Amelia y Carballo, 2019). Al organizar las actividades de cepillado de dientes en la escuela se debe considerar la relación adulto-niño adecuado, que permita enseñar la técnica, supervisar su manejo, y controlar la dosificación de crema dental a utilizar, así como la eliminación de la crema de la boca de los niños, para evitar que se la traguen. (Mansalva, 2007).

Sin embargo, para reducir los riesgos de que el niño sufra de caries en la infancia temprana, se debe primero educar a la madre, especialmente orientarla a la correcta higiene oral y una apropiada alimentación del niño. La educación debe ser primordial en el hogar, por lo que es indispensable poner en práctica programas que eduquen al padre de familia en hábitos de higiene oral saludables para que estos guíen a sus hijos para que tengan un control de la higiene oral después de alimentarlos. Entre las estrategias educativas preventivas empleadas a los padres de familia para que estos las apliquen en sus hijos esta la orientación verbal, afiches, proyección de

canciones, juegos, dramatización, cepillos y videos musicales (Macías, Amelia y Carballo, 2019).

Por tanto, la orientación alimentaria para los padres, especialmente en el consumo de bebidas azucaradas y azúcares agregados a alimentos y bebidas, podría ayudar a reducir la prevalencia de caries o enfermedades orales, especialmente en familias de razas diversas y bajos ingresos. Los mecanismos de aprendizaje adecuados deben dirigirse a la población conforme a sus necesidades, con prácticas que permitan ejecutar un seguimiento a los servicios de detección y atención dental. Por lo que, se requieren más programas de educación en salud oral para favorecer y optimizar la salud de la población. Para esto es esencial la participación de las universidades, las empresas y el estado, teniendo en cuenta las características de las poblaciones vulnerables (Benavides y Cerón, 2017).

Resumiendo lo planteado, una buena salud oral es la consecuencia de una buena práctica odontológica junto con la concientización, educación y promoción de la salud que se emplee a las personas y que induzca en ellos a acoger conductas y responsabilidades de su cuidado personal y adopten estilos de vida saludables. Esto genera nuevas funciones en los odontólogos de hoy, como promotores de salud y en idear y emplear estrategias costo-efectiva, ya que los planes de promoción y prevención son mucho más económicos que la curación de enfermedades, rehabilitación o eliminación del daño; Debe considerarse el tipo de estrategia empleada en dichas poblaciones y la determinación de su impacto, de forma que generen cambios positivos y permanentes en las conductas de las personas frente a su salud oral, que vean la importancia del empleo de la promoción de salud oral desde edades tempranas, para que hayan más pacientes sanos y disminuyan los gastos en salud oral especialmente en estas poblaciones vulnerables (Díaz, Arrieta, Ramos, 2018).

Estrategias de promoción y prevención en salud oral en población vulnerable (escolares)

Para la realización de una estrategia o programa de prevención y promoción en salud oral en escolares, se requiere un lenguaje sencillo, no técnico, de manera que entiendan fácilmente, también es importante que haya contenidos gráficos, formular preguntas sencillas, intercalando actividades lúdicas entre ellas. Se ha demostrado que las actividades pedagógicas son más efectivas como herramienta de investigación por su método lúdico, ya que esto es llamativo y motiva a los niños a interesarse más en el tema y aprender, puesto que los niños en edades tempranas muchas de las cosas que aprenden es por medio de juegos (Speck, López, Beltrán, Francisco, 2017).

Entre las estrategias empleadas para promover la educación en salud oral y prevenir las enfermedades bucodentales tanto para los niños como para sus padres son: la orientación verbal, afiches, proyección de canciones, juegos, dramatización y videos, estas actividades son ideales para que los niños presten atención y puedan entender más fácil este tema (Macías, Amelia, Carballo, 2019).

Para mejorar el conocimiento de los niños sobre las partes de la boca, sus funciones y la importancia del autocuidado, mostrarles los problemas asociados a una higiene bucal inadecuada con la visualización de figuras de niños con caries, sarro y gingivitis, para esto se puede usar un modelo de boca de tamaño gigante realizado para niños, que permita tocar, identificar y reflexionar sobre las funciones e importancia de cada una de las partes que componen la boca. También utilizando grandes muñecos de peluche con arco dentario humano y cepillos de dientes gigantes, con el objetivo de enseñar una buena técnica del cepillado de dientes y saber si el niño se cepilla

bien o no, como una medida eficaz para la salud / higiene de la boca (Sigaud, Santos, Costa y Toriyama, 2016).

Los juegos didácticos motivan a los niños a estar más interesados en aprender, se puede emplear juegos como: ‘ Mi boquita sana’ se juega con un tablero, fichas y dados, a la manera del parchís. El jugador encontrará en el camino acciones que deben valorar de negativas o positivas, e indicar la presencia de ellas entre los niños de su salón, lo cual les va dando la oportunidad de retroceder o de adelantar dos espacios dependiendo de la acción representada en la casilla ocupada por ellos, ganará el grupo que su representante llegue más rápido a la meta. También está el juego ‘Tic Tac’ que permite evaluar el conocimiento de los niños, el cual consiste en una serie de preguntas: Si comes caramelos ¿Qué debes hacer después?, Pablito se cepilla los dientes solo al levantarse. ¿Qué crees le puede ocurrir? ¿Por qué?, Juanito y sus hermanitos se cepillan con el mismo cepillo. ¿Crees que esto es correcto? ¿Por qué?, Matojo no sabe cuántas veces debe cepillarse al día. ¿Puedes ayudarlo?, entre otras y responde el niño que levante la mano primero, debe hacerlo rápido antes de que se acabe el tiempo (Casanova y Zayas, 2014).

El dado mágico, permite al aplicador conocer los hábitos de higiene bucal en los niños, a medida que el dado gire y aparezcan nuevas imágenes el aplicador podrá formular las interrogantes siguientes: ¿Por qué se habrá enfermado esa muelita? ¿Este alimento puede producir caries o no? ¿Qué debemos hacer cuando ingerimos alimentos dulces? ¿Cuántas veces al día hay que cepillarse? Explica ¿Quién es?, ¿qué hace, por qué es importante visitarlo? ¿Qué haces para mantener sanos tus dientes? ¿Es correcto o no? ¿Cómo se hace? (Speck, López, Berran y Francisco, 2017).

Realización de obras teatrales con títeres, disfraces alusivos a dientes sanos y caries dental, que expresan situaciones perjudiciales para la salud bucodental, adivinanzas y concursos sobre salud bucal, material para colorear, recortar y pegar, presentación de videos o película de “Dientín lucha contra la caries”. (Granda, Camaño, 2019). Enfatizando sobre la importancia y el significado de los dientes, cepillo dental, caries y dieta balanceada; así como, la importancia de la salud bucal, del odontólogo y de la adaptación de estilos de vida saludables. “Mi boca siempre bien atendida.” Elaborando un registro diario del cepillado y entrega de premios sorpresas. Estas actividades entretienen e incrementan el interés de los alumnos/as por el cuidado de su salud bucodental, adquiriendo a su vez, hábitos saludables referidos a la alimentación, lo cual hace que los niños desarrollen estos hábitos a través del juego, al resultar ser una actividad lúdica, motivante y fuente de desarrollo para los niños/as (Mijares, 2004).

Nivel de conocimiento en higiene oral en padres de escolares

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud. Por tanto, las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno infantil y al trabajo de pediatría de una manera general. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico (Cupé y García, 2015)

En países desarrollados, el 68% de los niños de 5 a 6 años no presentan caries dental, en

parte debido al recibimiento de información preventiva a la que acceden sus padres. El hábito diario del control de placa sigue siendo el eje fundamental, además de los controles del odontólogo. La dieta equilibrada y el consumo racional de alimentos azucarados, son situaciones cotidianas en el hogar, en directa relación con la información que manejan los padres. También, se genera un estilo de vida que conlleva a la prevención de las enfermedades, a través de la adopción de actitudes positivas hacia la salud bucal en edades tempranas (Ferreira y col, 2016).

La etapa de la niñez es la etapa más adecuada para promover actitudes y estilos de vida saludables, ya que en esta es donde los niños empiezan a crear hábitos y conductas, las cuales tienen una gran influencia en la salud en el transcurso de su vida. También es muy importante la colaboración de los profesores, en brindarles a los niños información para el cuidado y protección de su salud oral y general. La colaboración de los padres también es vital, ya que son ellos quienes guían a sus hijos y les enseñan la mayoría de las cosas en su vida, por esto es muy importante que los padres adquieran conocimientos adecuados sobre la salud oral (Serrano, Arévalo y Hernández, 2019)

En una investigación por (Muñoz y Mattos, 2015) en el cual se evaluó el conocimiento sobre la higiene oral de madres de preescolares antes y después de una intervención con una técnica educativa para mejorar los conocimientos de Salud Oral de ellas y reducir la incidencia de enfermedades orales en los niños. Para la evaluación del nivel de conocimiento se realizó una encuesta con 16 preguntas de selección múltiple, con 4 respuestas cada una, siendo solo una correcta. En los resultados se observó que antes de la aplicación de la técnica educativa las madres tuvieron un conocimiento medio y posterior a la implementación de esta se observó un aumento en el conocimiento y en los niños se observó una disminución del índice de higiene oral.

Esta actividad requiere de una continuidad en el hogar, por lo que es necesario la entrega de conocimientos a las familias, a fin de reforzar en el hogar los aprendizajes obtenidos por los niños y niñas en la escuela. De igual modo, es importante invitarlos a conocer y participar en las actividades educativas con los niños, especialmente en los momentos de aplicación de la técnica de cepillado dental. Al orientar a las familias, se deben aclarar sus dudas e inquietudes, de manera que ellas tengan la confianza de aplicar buenas prácticas de crianza, respecto de cuando iniciar la limpieza de los dientes, cuándo usar crema dental y en qué cantidad, cómo debe ser el cepillo de dientes, por qué los alimentos azucarados pueden producir caries, cuántas veces al día es necesario cepillarse los dientes, qué es lo recomendable para evitar malformaciones dentarias, entre otras consultas. Respecto a la frecuencia del cepillado de dientes, reforzar que éste debe realizarse después de ingerir alimentos; como asimismo en la noche, antes de acostarse, y en la mañana antes de tomar desayuno (Mansalva, 2007).

Al organizar las actividades de cepillado de dientes en la escuela se debe considerar la relación adulto-niño adecuado, que permita enseñar la técnica, supervisar su manejo, y controlar la dosificación de crema dental a utilizar, así como la eliminación de la crema de la boca de los niños, para evitar que se la traguen. Considerando que esta actividad requiere el acompañamiento de un adulto para que sea realizada en forma cuidadosa, se recomienda realizarla en forma habitual una vez al día, después del horario de almuerzo en los niños que reciben alimentación en la escuela. Si los niños durante su permanencia en la escuela tienen otros momentos de alimentación, además del almuerzo, se recomienda efectuar esta actividad siempre y cuando sea posible de realizar de manera cuidadosa y supervisada por un adulto (Mansalva, 2007).

Nivel de conocimiento en higiene oral en escolares

Los niños constituyen un grupo poblacional vulnerable a varios problemas de salud, entre ellos los del componente bucal, debido en parte al desconocimiento de los factores que los propician y a conductas de riesgo que se observan, derivadas en parte de la falta de información. La información acerca de cómo contribuir a la salud bucal puede provenir de diferentes vías, entre ellas los padres, familiares, maestros, programas de promoción y educación para la salud de los servicios estomatológicos y de los medios de difusión masiva, no obstante en nuestra cultura casi siempre es la madre la que más contribuye a las creencias y conductas de salud bucal de sus hijos de ahí que se contemple entre las actividades a desarrollar para la salud de los niños (Lavastida, Gispert, 2015).

La mayoría de los niños en la edad de 5 años o menores pasan una gran parte del tiempo con sus padres y la socialización en sus escuelas donde adquirirán rutinas, comportamientos y hábitos que estas después serán establecidas como normas en el hogar y dependerán de su familia que tenga buenas o malas actitudes que sean asociadas con la presencia de caries (Suresh, Ravishankar, Chaitra, Mohapatra, Gupta, 2010).

Anum, Kulsoom, Hira, Raima, Jehanzib, (2016). Afirman que una influencia en la actitud en salud bucal en relación con los niños dependerá de la información que posean sus padres. El conocimiento o la educación que tengan los padres sobre la salud bucal representan una relación de gran importancia en el grado de conocimiento de padres a hijo en la higiene bucal.

Estudios demuestran que el alto nivel de conocimientos de los niños sobre las acciones para mantener los dientes y encías sanos, se dio luego de instaurar programas educativos, ya que se ha

visto que cuando no existen intervenciones educativas los conocimientos sobre salud bucal no son favorables, como se encontró en niños escolarizados del Valle del Cauca, en Colombia (Lavastida, Gispert, 2015).

En investigaciones realizadas se corrobora que el nivel de conocimientos de las madres y su nivel de instrucción, repercuten en el nivel de conocimientos de sus hijos, esto se evidencia en un estudio realizado en EE.UU., donde se aplicaron programas educacionales a padres de niños de primaria que tuvieron impacto positivo en la prevención de caries dental de sus hijos (Lavastida, Gispert, 2015).

El bajo conocimiento sobre las acciones para mantener los dientes y encías sanos en los niños, se incrementó en correspondencia con el bajo nivel de conocimientos de los padres en cada uno de los aspectos medidos, por lo que el nivel de conocimientos de los padres es un instrumento para identificar el nivel cognitivo de sus hijos, lo que refuerza el planteamiento de que los conocimientos de los padres pueden repercutir en los de sus hijos y que para promover salud y prevenir riesgos para preservar la salud bucal en los niños se hace necesario incluir a los padres en las estrategias que se elaboren al efecto (Lavastida, Gispert, 2015).

Hábitos de higiene oral de los padres o cuidadores a sus hijos

La higiene es fundamental para la prevención y conservación de la salud bucal, los niños en etapa escolar son dependientes de los actos realizados por sus padres o cuidadores. Por esta razón, los hábitos deficientes de higiene oral de los cuidadores hacia sus hijos pueden ocasionar problemas de salud bucal (Valdez y Cortés, 2020).

En la población escolar de primer año se ha identificado que la baja frecuencia del cepillado dental esta relaciona con la prevalencia de caries. El consumo de bebidas azucaradas y de dulces son factores que predisponen el desarrollo de caries en los niños, así como la frecuencia del cepillado dental. También, el uso de seda dental y enjuague bucal son importantes para ayudar a disminuir el riesgo de caries en la población infantil (Hernández, Reyes, García, González y Sada, 2018).

La caries de la infancia temprana (CTI) es una de las enfermedades orales más comunes en los niños y cuya etiología es multifactorial. Por lo que, es importante el conocimiento, destreza y disposición de los cuidadores para su prevención y control, de igual modo también es importante una adecuada alimentación, acudir con regularidad a citas odontológicas para evaluar el estado de salud oral y poder recibir un tratamiento oportuno. Es en la primera infancia y etapa escolar cuando se implantan los hábitos saludables en las personas. Por esta razón, los padres que instauren buenos hábitos en sus hijos y que tengan conocimientos, destreza y disposición, ambos gozarán de una buena salud bucal (Victorio, Mormontoy y Díaz, 2019).

Una de las causas de la mala higiene oral podría ser el desconocimiento por parte de los cuidadores, lo que conlleva a la práctica inadecuada de higiene bucal en los niños a su cargo, por esto, es necesario identificar y fortalecer los hábitos presentes en esta población. Además, siendo los cuidadores y padres de familia los responsables de la primera infancia, se hace necesario determinar los conocimientos y prácticas aplicados en la salud bucal de los niños (Sanchez y et al, 2019). El interrogatorio a la madre y al niño sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal, está orientado específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados, para así tener un diagnóstico que permita posteriormente la elaboración de acciones

educativas (Lavastida y Gispert 2015).

La alta incidencia de hábitos bucales deformantes es provocada principalmente por la inadecuada cultura sanitaria de los padres, por eso cuando se elabora un programa de educación sanitaria con métodos efectivos de comunicación para los padres, se logra reducir la incidencia de hábitos bucales deformantes desde edades tempranas (Lavastida, Gispert, 2015). Así mismo, Las conductas hacia el cuidado de la boca de los padres y en especial de las madres, están muy relacionadas con la salud oral de los niños. Debido a que los padres juegan un papel relevante para transmitir información y motivar a sus hijos en los primeros años de vida, en la necesidad de tener una vida saludable que incluye de manera significativa en una adecuada salud dental y gingival de sus hijos. Por otro lado, la mayor severidad de la caries en los niños, se observa en madres menos comprometidas por aplicar y enseñar estilos de vida saludables (Guizar, López, Amador, Lozano y García, 2019).

Se ha evidenciado que la autoeficacia parental es un predictor importante de la salud bucal de los niños y las niñas, existiendo un impacto positivo en la disminución de la caries infantil cuando los padres o adultos cercanos se involucran para que sus hijos/hijas sean conscientes de la importancia de mantener buenos hábitos de cepillado dental (Gaeta, Cavazos y Cabrera, 2016). La madre juega un papel importante para establecer las acciones que generen la salud dental de los niños en las etapas tempranas de la vida y la negligencia hacia el cuidado de la higiene oral, es la principal causa de la caries dental (Guizar, López, Amador, Lozano y García, 2019).

La salud oral es un factor importante para la salud en general, ya una mala salud bucal puede traer afecciones fisiológicas, psicológicas, y sociales importantes. Por eso es necesario

orientar en hábitos de higiene oral saludables desde el entorno familiar, así como sobre los factores que previenen las enfermedades bucales. Sin embargo, estos esfuerzos no tendrán resultados a largo plazo si las personas no se sienten capaces para llevarlos a cabo, no tienen la intención y el control para su realización o no saben cómo generar hábitos de higiene bucal saludables (Gaeta, Cavazos y Cabrera, 2016).

Resumiendo lo anterior, la educación es la base para la salud ya que ayuda a modificar actitudes, consiguiendo que el individuo participe en un proceso de enseñanza y aprendizaje (Ferreira y col, 2016) Por tanto, para disminuir el riesgo del desarrollo de enfermedades orales en los niños, como lo es la caries de infancia temprana (CIT), es importante empezar la educación desde la madre o persona responsable del niño, fundamentalmente encaminado a la importancia de una adecuada higiene oral y alimentación saludable (Muños y Mattos, 2015).

Diseño metodológico

Tipo de investigación

Según el problema propuesto y los objetivos planteados, esta investigación es de tipo descriptivo/observacional, ya que pretende implementar estrategias de promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en la población vulnerable de segundo grado de la institución educativa santos apóstoles de Cúcuta.

Población y muestra

Población

La población vulnerable de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta, la comunidad educativa de segundo grado.

Muestra

Para la muestra se escogió el grado segundo de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta, con un promedio de 30 a 35 niños en edades de 6 a 8 años.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Padres de familia pertenecientes a la comunidad educativa de segundo grado con acceso a internet
- Estudiantes de la institución educativa pertenecientes al segundo grado con acceso a internet
- Personas en estado de salud sistémicamente sanos

Criterios de exclusión

- Las personas que se nieguen a participar en el trabajo de investigación
- Estudiantes que no estén matriculados en el colegio santos apóstoles del grado segundo
- Personas sistémicamente enfermas

Identificación de variables***Independiente***

- ✓ Estrato social
- ✓ Acceso a servicios de salud
- ✓ Higiene oral
- ✓ Practicas relacionadas con la higiene oral
- ✓ Concepción en salud oral

Dependiente

- ✓ Factores de riesgo de caries

Intervinientes

- ✓ Nacionalidad de los estudiantes
- ✓ Edad de los niños
- ✓ Genero de los niños

Hipótesis

Hipótesis nula

La población vulnerable de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta, comunidad educativa del grado segundo, presentan un bajo conocimiento sobre prácticas para el autocuidado en salud oral, medidas de prevención y estrategias de promoción, por lo mismo presentan una higiene oral deficiente.

Hipótesis alterna

La población vulnerable de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta, comunidad educativa del grado segundo, presentan un alto conocimiento sobre prácticas para el autocuidado en salud oral, medidas de prevención y estrategias de promoción, por lo mismo presentan una muy buena higiene oral.

Materiales y Métodos

Inicialmente se procedió a establecer acercamiento con el director de la Institución Educativa Santos Apóstoles, con el fin de socializarle el proyecto y obtener su permiso para desarrollar el trabajo de grado. Luego se procedió a socializar el proyecto y obtener el consentimiento informado de los padres de familia que quisieron participar en la investigación. Posteriormente el coordinador de la Institución Educativa y el equipo de trabajo acordaron un plan de acción para desarrollar el trabajo.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en 4 etapas. La primera correspondió a determinar los hábitos y conocimientos de higiene oral que aplican los padres de familia a sus hijos antes y después de la implementación de las estrategias pedagógicas. Esta evaluación consistió en aplicar un cuestionario (Anexo A) con preguntas de respuesta cerrada, el cual tuvo 14 preguntas de selección múltiple con única respuesta, fueron preguntas sobre: hábitos y conocimientos de higiene oral. Este cuestionario fue revisado y aprobado por el asesor científico y asesor metodológico. El cuestionario fue aplicado a los padres de familia, con el fin de conocer el nivel de conocimiento de salud oral y hábitos de higiene oral que tiene cada participante, posterior a esto se analizaron los resultados. (Araujo, García, 2015).

En la segunda etapa se diseñaron las estrategias pedagógicas lúdicas en salud oral para los niños de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta sede Kennedy N°47 teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la encuesta. Esta etapa consistió en crear actividades didácticas para los niños y reunir medios y recursos para facilitar la enseñanza y aprendizaje en ellos, ya que a su edad ellos se suelen interesar más en juegos, videos y actividades didácticas. Para esto se realizaron actividades como: dramatización y juegos. Primeramente se

realizó una charla a los padres de familia sobre la higiene oral, la primera actividad que se realizó a los niños fue un juego de lotería virtual, en la cual los niños tenían una imagen virtual de lotería con imágenes relacionadas con la higiene oral como un cepillo, crema de dientes, seda dental, diente enfermo, diente sano etc, las estudiantes encargadas de las actividades tenían una ruleta en la cual tenían plasmadas las imágenes anteriormente mencionadas y este se podía girar, a medida que se detenía la ruleta caía en una de las imágenes y los niños iban marcando en su impresión la imagen relacionada con la de la ruleta, a medida que iban saliendo las imágenes se les realizó preguntas relacionadas a estas. Para la segunda actividad se usó un modelo de boca de una dimensión de alrededor de 40cm que permitió señalar fácilmente los componentes de la cavidad oral para que los niños identificarán fácilmente esta estructura y aprendieran la importancia sobre cada una de las partes que componen la boca, con ayuda de un cepillo gigante se les enseñó la técnica de cepillado, esto hizo que los niños participaran activamente y saber si se cepillan bien o no. La tercera propuesta fue la realización de una obra con títeres, la cual consta de un diálogo entre 3 personajes infantiles, enfocado en hábitos de higiene oral como lo son la frecuencia de cepillado, una alimentación saludable, las visita al odontólogo, entre otras. La cuarta actividad se enfocó en un juego de alimentación saludable, en la cual se tenían 2 dibujos de muelitas una enferma y una sana y se les preguntó a los niños que creen que comió cada muelita para que este enfermo o sana y que deben hacer para que no enfermen sus dientes. La quinta actividad consistió en un juego “MaVi” por medio de una presentación en diapositivas, en la cual se les explicó a los niños diferentes temas relacionados como el cepillado, la caries, gingivitis y hábitos orales, y posterior a cada tema se iba realizando actividades para mirar si los niños entendían lo que se les explicó. A los niños que ganaron en los juegos se les dio un detalle y a todos los niños que participaron en las actividades se les dio un kit de higiene oral.

En la tercera etapa se desarrollaron las prácticas pedagógicas lúdicas en la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta. En esta etapa ya se implementaron o se colocaron en práctica las estrategias diseñadas.

Según el grado escolar seleccionado se llevó a cabo las actividades didácticas asistidas virtualmente a 31 niños en edades de 7-8 años, basadas en el método activo, el cual consistió en que el participante no solo se limite a escuchar, sino que además participe y realice preguntas y que el expositor se las resuelva de forma clara para su aprendizaje. Estas actividades se basaron en diferentes temáticas, introducción sobre la cavidad oral, sus componentes, las enfermedades orales, la dieta, técnicas de cepillado, importancia de la higiene bucal y el nivel de conocimiento de estos temas. Para los padres de familia se proyectaron charlas educativas preventivas sobre salud oral, hábitos de higiene y una alimentación adecuada, además se mostraron videos de cómo deben cuidar sus dientes y los de sus hijos (Araujo, García, 2015).

En la cuarta etapa se analizaron el impacto de las estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a los padres de familia y escolares de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta, esto se llevó a cabo por medio de un cuestionario dirigido a los padres de familia y escolares, con el fin de evaluar el efecto que tuvieron de las estrategias empleadas en dicha población.

Análisis estadístico

Para la presentación de los resultados se utilizarán estadísticas descriptivas, porcentajes y desviaciones estándar, en las variables de estrato social, acceso a servicios de salud, higiene oral, practicas relacionadas con la higiene oral, concepción en salud oral, factores de riesgo de caries, nacionalidad de los estudiantes, edad de los niños, genero de los niños y/o acudientes, para mostrar la relación entre las variables.

El contraste de hipótesis se basó en la comparación de proporciones antes y después de la intervención, en cada uno de los grupos (estudiantes y padres de familia), con el fin de identificar cambios después de la intervención.

Resultados

A continuación, se mostrarán los resultados del proyecto de grado promoción y prevención en salud oral asistida virtualmente en la población vulnerable de estudiantes de segundo grado de la Institución Educativa Santos Apóstoles de Cúcuta, El cual se llevó a cabo en 4 etapas, en la primera etapa se aplicó un cuestionario dirigido a padres de familia y estudiantes del grado segundo, con el fin de conocer las características socioeconómicas de dicha población, el nivel de conocimiento en salud oral y prácticas de higiene oral. Para este primer cuestionario participaron 57 padres de familia y 31 estudiantes. En la segunda etapa, en base al primer cuestionario, se buscó información y se diseñaron las estrategias para dicha muestra. Para el diseño de las estrategias, se realizó una presentación en diapositivas las cuales contenían conocimientos sobre salud oral, cuidado dental y hábitos orales, para los padres de familia. Por otro lado, para las actividades de los niños, se realizó un video en el cual se mostró como se deben cepillar los dientes, para este video se utilizó una boca de 40x40cm en icopor y su respectivo cepillo, también se diseñó un juego de lotería virtual con una ruleta, este se realizó mediante una animación en PowerPoint, en el cual la ruleta giraba y cuando parara en la imagen que señalaba se marcaba en los cartones de la lotería que también se diseñaron por medio del programa PowerPoint, también se elaboró un video de títeres con su dialogo respectivo sobre el cuidado de los dientes, se diseñó unos juegos virtuales de relacionar imágenes por medio de la página liveworksheets y educaplay. En la tercera etapa, las actividades se desarrollaron por medio de la plataforma zoom mediante videoconferencias, la primera actividad fue con los padres en la cual se realizó una presentación virtual, asistieron algunos padres de familia y hubo algunos padres que participaron en la presentación realizando preguntas. Por otro lado, las actividades realizadas a los niños, también se desarrollaron vía zoom, en estas actividades los niños estuvieron muy participativos y prestaron mucha atención, ya que en cada actividad realizada se les realizaban preguntas y las contestaron bien la mayoría. En la

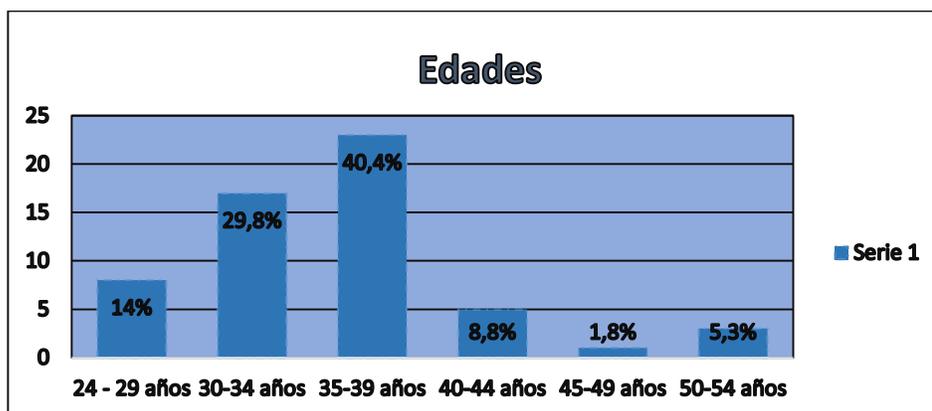
cuarta etapa se aplicó de nuevo un cuestionario dirigido a los padres de familia y estudiantes, para evaluar el impacto de las actividades realizadas y saber si ampliaron sus conocimientos con las actividades realizadas, en este segundo cuestionario participaron 53 padres de familia y 29 estudiantes.

Caracterización sociodemográfica de los padres de familia y escolares

A continuación, se presentan cada una de las variables que caracterizan a los padres de familia y escolares del grado segundo de la Institución Educativa Santos Apóstoles. La muestra estuvo conformada por 57padres de familia.

Figura 1. Edad de los padres de familia

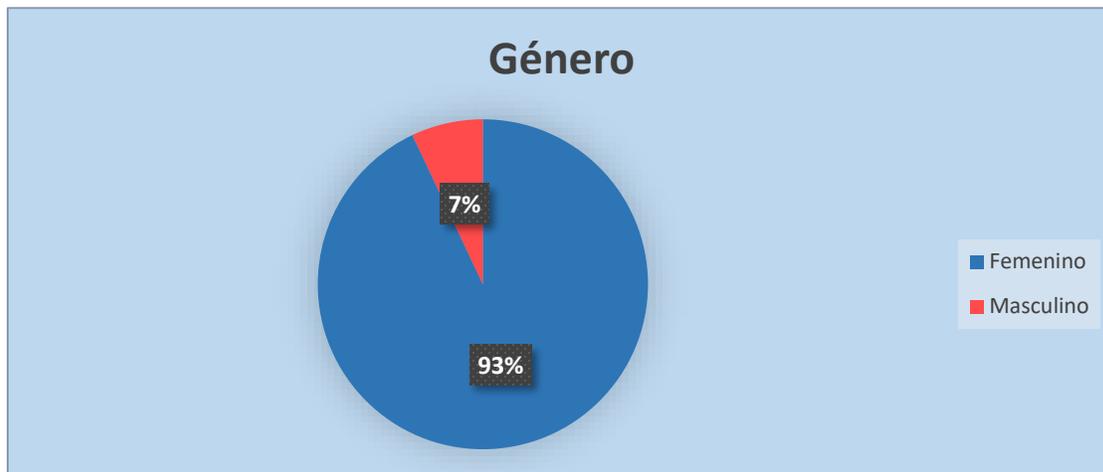
La edad promedio fue de 34,91con una desviación estándar de 6,19 años (figura 1)



La Figura 1, muestra el porcentaje de la edad según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 2. Género de los padres de familia

Según los datos obtenidos se observó que la gran mayoría de padres de familia corresponde a sexo

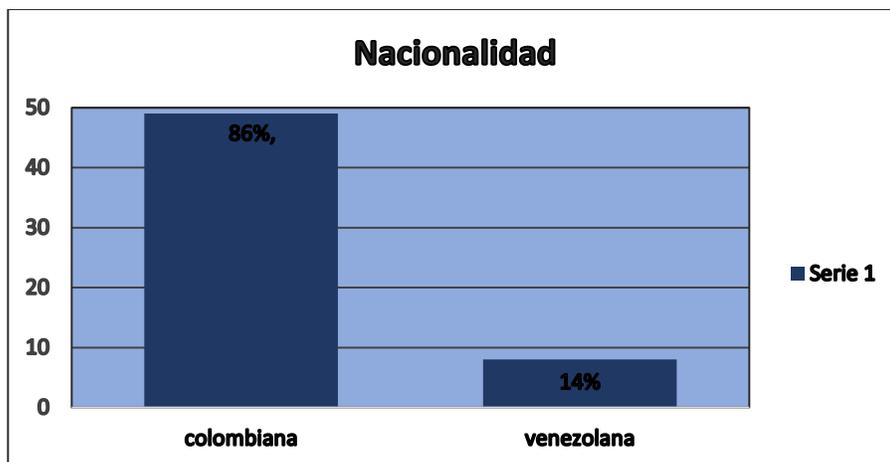


femenino, 93 %, y el 7% restante corresponde al sexo masculino. (Figura 2)

La Figura 2, muestra el porcentaje del género según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 3. Nacionalidad de los padres de familia

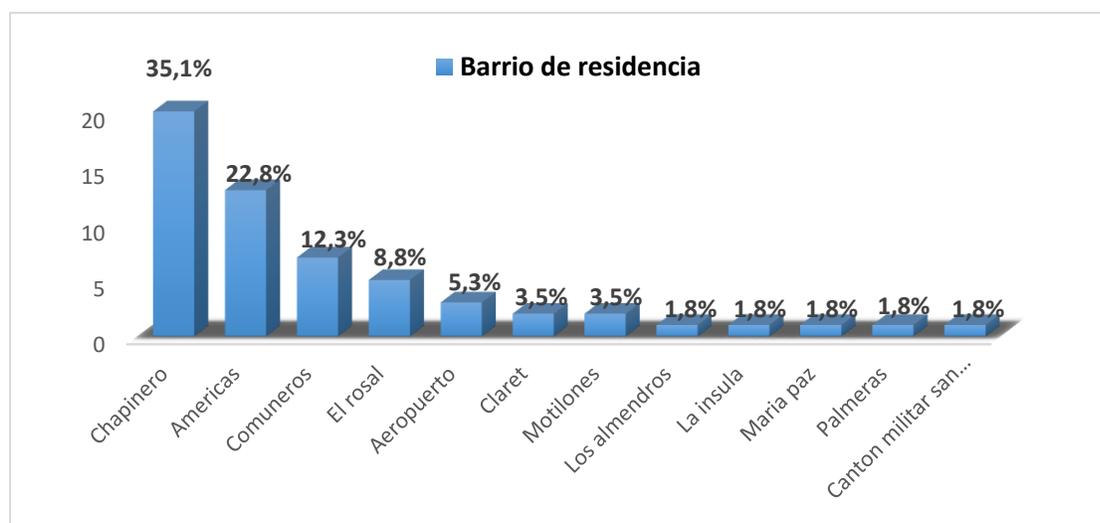
Según los datos obtenidos se observó que la mayoría de los padres de familia declaran nacionalidad colombiana en 86 %, y el 14% declaran nacionalidad venezolana. (Figura 3)



La Figura 3, muestra el porcentaje del género según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 4. Barrio de residencia

Se observó que la mayoría de los padres de familia residen en el barrio chapinero, con un 35,1%, seguido de las Américas en un 22,8%, Comuneros en un 12,3%, El rosal en un 8,8%, Aeropuerto en 5,3%, Claret 3,5%, motilones 3,5%, la menor proporción se encuentra en los barrios: Los almendros, La Ínsula, María Paz, Palmeras y el Cantón Militar san Jorge, cada uno con porcentaje de 1,8%. (Figura 4)

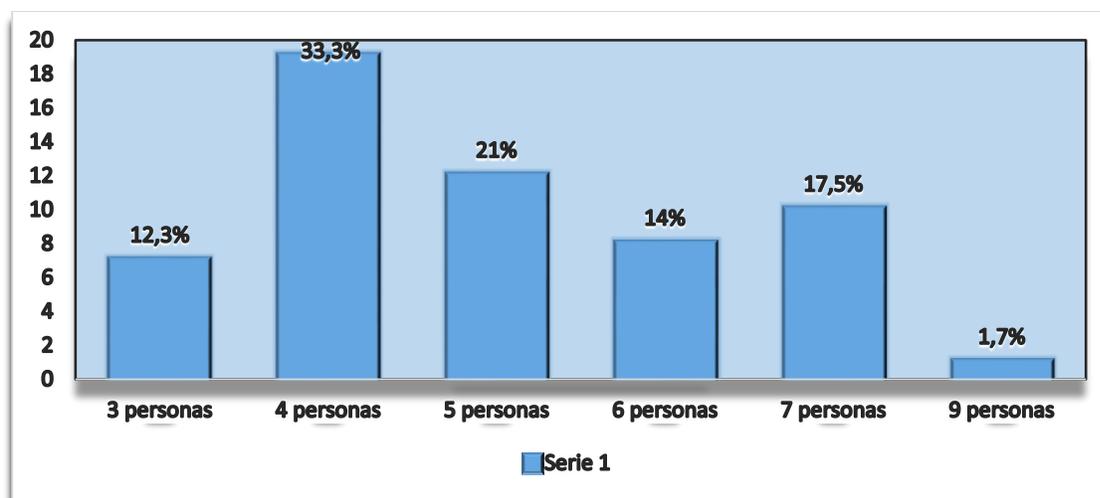


La Figura 4, muestra el porcentaje del Barrio según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 5. Cantidad de personas que habitan la vivienda

Según los datos obtenidos se observó que la mayoría de las viviendas son habitadas por 4 personas, correspondiendo al 33,3%; el 21 % viviendas son habitadas por 5 personas; 17,5 % de las viviendas son habitadas por 7 personas; el 14 % de las viviendas son habitadas por 6; 12,3% son habitadas por 3 personas y 1,7 % de las viviendas son habitadas por 9 personas. (Figura 5)

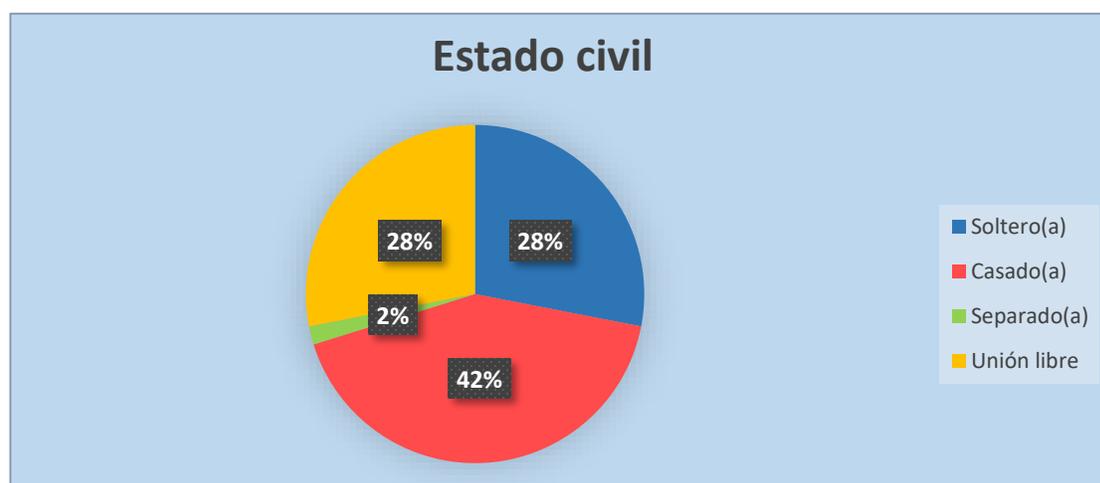
El promedio de personas por hogar fue de 4,98 con una desviación estándar 1,41 personas.



La Figura 5, muestra el porcentaje de la Cantidad de personas que habitan la vivienda según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 6. Estado civil

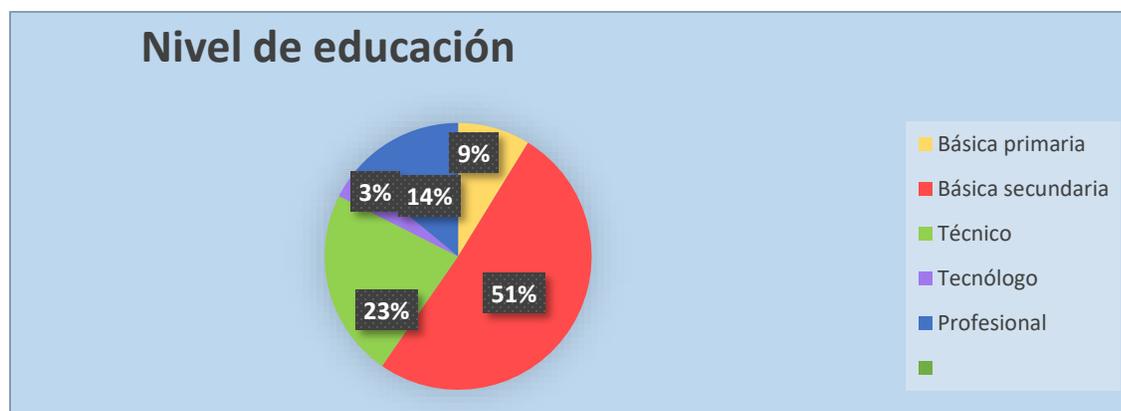
Según los datos obtenidos se observó que la mayoría de los padres se encuentran casados, corresponden al 42%, Soltero 28% junto con Unión libre, que también corresponde al 28%, y el mínimo es Separado, corresponde al 2%. (Figura 6)



La Figura 6, muestra el porcentaje del Estado civil según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 7. Nivel de educación del padre de familia

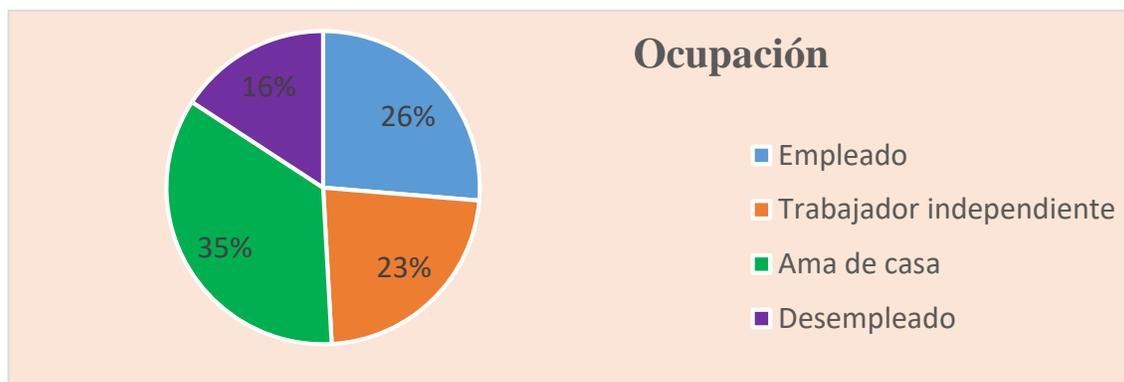
La mayoría de los padres cursaron hasta la básica secundaria, correspondiendo al 51%, le sigue el nivel Técnico con 23%, Luego está el nivel Profesional, correspondiendo al 14%, Ninguna 9%, y por último el nivel tecnólogo, con 3%. (Figura 7)



La Figura 7, muestra el porcentaje del Nivel de educación según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 8. Ocupaciones de los padres de familia

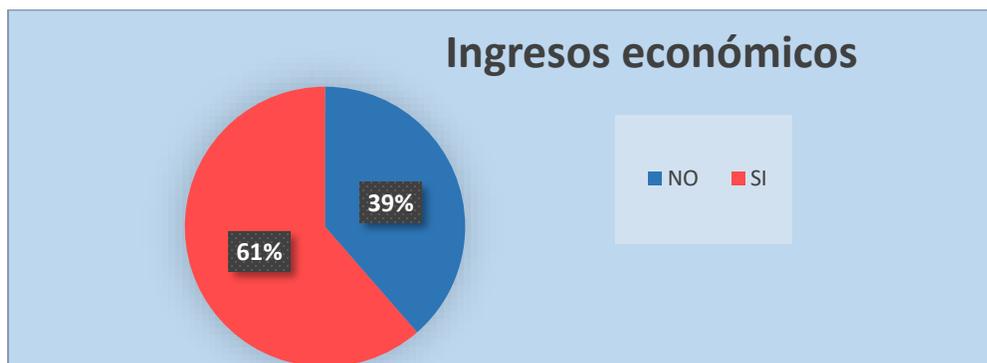
En la gráfica anterior se observa que la gran mayoría son amas de casa, perteneciendo al 35% de los encuestados, Empleado 26%, Trabajador independiente 23%, y el mínimo es Desempleado, correspondiendo al 16%. (Figura 8)



La Figura 8, muestra el porcentaje de Ocupación de los padres de familia según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 9. Ingresos económicos al hogar

Según los datos obtenidos se observó que el 61% de los padres aportan económicamente a su hogar. (Figura 9)



La Figura 9, muestra el porcentaje del Aporte de ingresos económicos según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 10. Estrato socioeconómico

Se observó que la mayoría pertenece al estrato 1, correspondiendo al 54,4%, y el 38,6% pertenece a estrato 2, EL 3,5% pertenecen a estrato 3, y el otro 3,5% no pertenece o no ha sido incluido en el SISBEN, lo que indica que la gran cantidad de encuestados son de escasos recursos. (Figura 10)



La Figura 10, muestra el porcentaje del Estrato socioeconómico según las respuestas obtenidas en el cuestionario.

Autoría propia.

Figura 11. Tipo de afiliación en salud

Se observó que El 44 % de los padres se encuentran afiliados Sistema General de Seguridad Social como subsidiados, le sigue en importancia relativa, contributivo con 33%, 11% pertenece a la Población Pobre No Asegurada, solo tiene Sisben y 12% que aún no ha sido incluido en Sisben. (Figura 11)

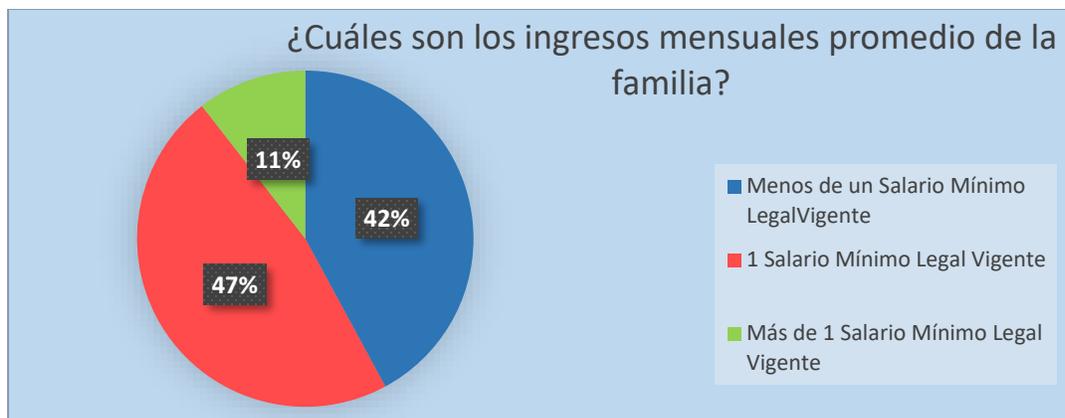


La Figura 11, muestra el porcentaje del Tipo de afiliación en salud según las respuestas obtenidas en el cuestionario.

Autoría propia.

Figura 12. Promedio de ingresos mensuales por familia

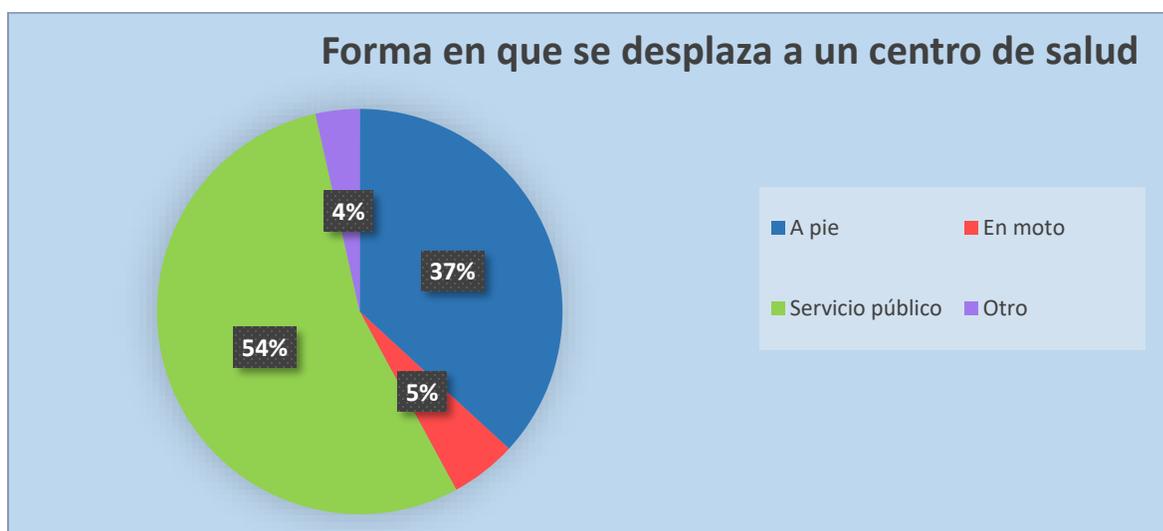
Se observó que la mayoría tiene un ingreso de un salario mínimo legal vigente, correspondiendo al 47%, Le sigue menos de 1 salario mínimo, con el 42% de los padres y, por último, Más de 1 salario mínimo, declara el 11% de los padres. (Figura 12)



La Figura 12, muestra el porcentaje del Promedio de ingresos mensuales por familia según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia

Figura 13. Forma en que se desplaza a un centro de salud

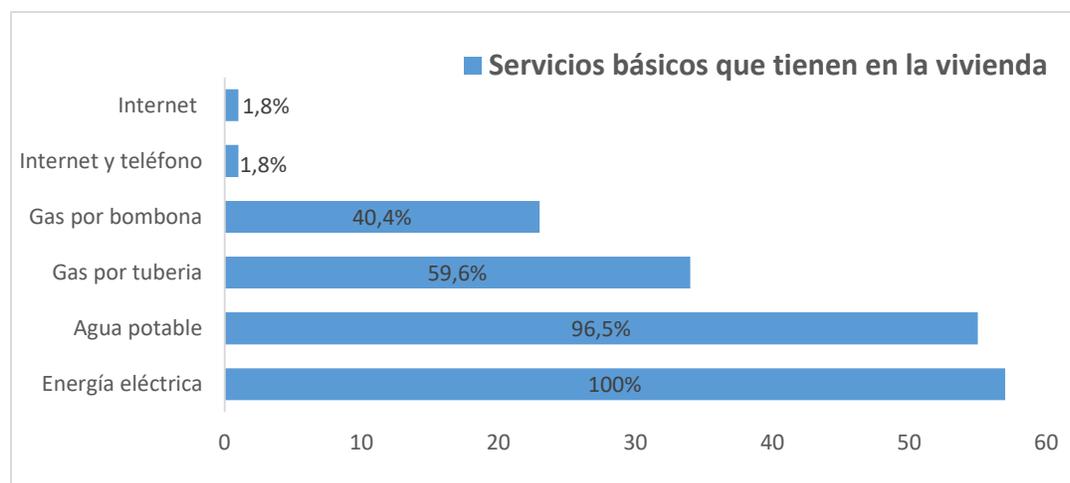
Con relación a la forma como se traslada de la vivienda al Centro o Puesto de Salud, en la gráfica anterior, se observa que la mayoría, 54 % de los padres usa servicio público, seguido de A pie con un 37%, en moto 5%, y por último, Otros, correspondiendo 4%. (Figura 13)



La Figura 13, muestra el porcentaje de la Forma en que se desplaza a un centro de salud según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia

Figura 14. Servicios básicos que tienen en la vivienda

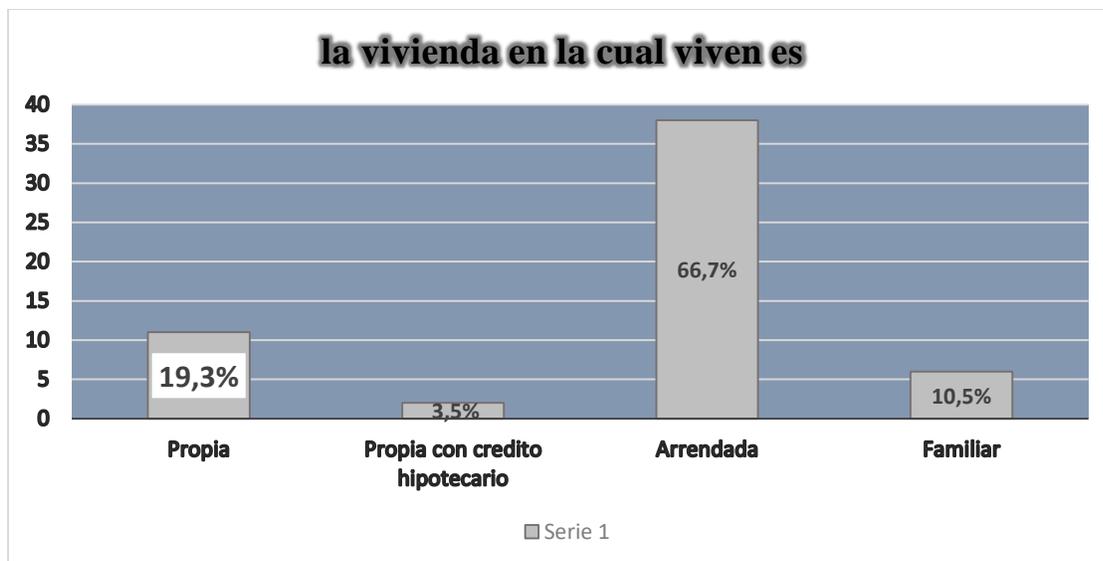
Respecto a los servicios básicos en la vivienda, Se observó que el cien por ciento tienen energía eléctrica, Agua potable corresponde al 96,5%, Gas por tubería 59,6%, Gas por bombona 40,4%, internet y teléfono 1,8%, y solo Internet 1,8%. (Figura 14)



La Figura 14, muestra el porcentaje de los Servicios básicos que tienen en la vivienda según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia

Figura 15. Vivienda en la cual viven

Se observó que la mayoría vive arrendada, correspondiendo al 66,7%, el 19,3% vive en casa propia, el 10,5% vive en vivienda familiar, y el 3,5% vive en casa propia con crédito hipotecario. (Figura 15)

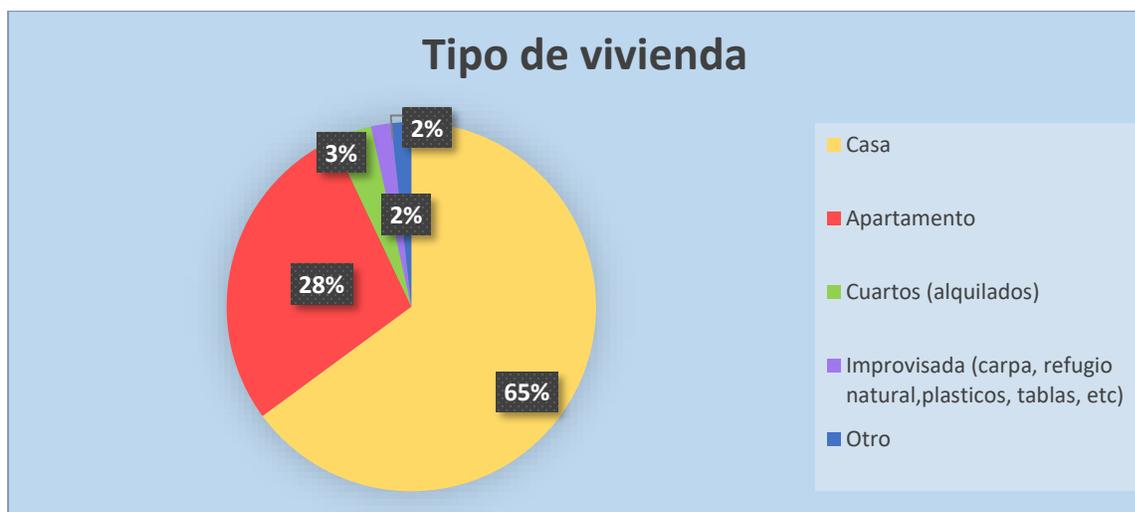


La Figura 15, muestra el porcentaje de la Vivienda en la cual vive según las respuestas obtenidas en el cuestionario.

Autoría propia

Figura 16. Tipo de vivienda

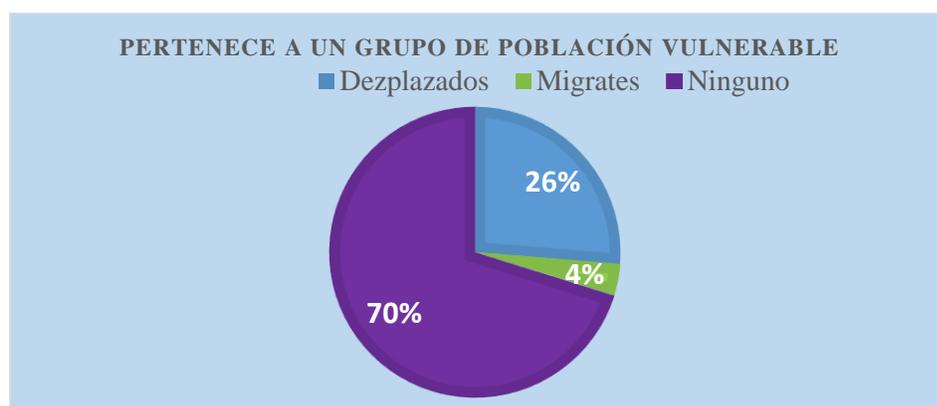
Se observó que la mayoría vive en una casa, correspondiendo al 65% de las familias; el 28% vive en apartamentos, el 3% vive en cuartos, el 2% vive en vivienda improvisada, y el otro 2% pertenece a Otro. (Figura 16)



La Figura 16, muestra el porcentaje del Tipo de vivienda según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 17. Pertenece o ha pertenecido a un grupo de población vulnerable

La mayoría de los padres, 70 % declara no pertenece a ningún grupo de población vulnerable; el 26% son desplazados, y por último, el 4% pertenecen a Migrantes. (Figura 17)

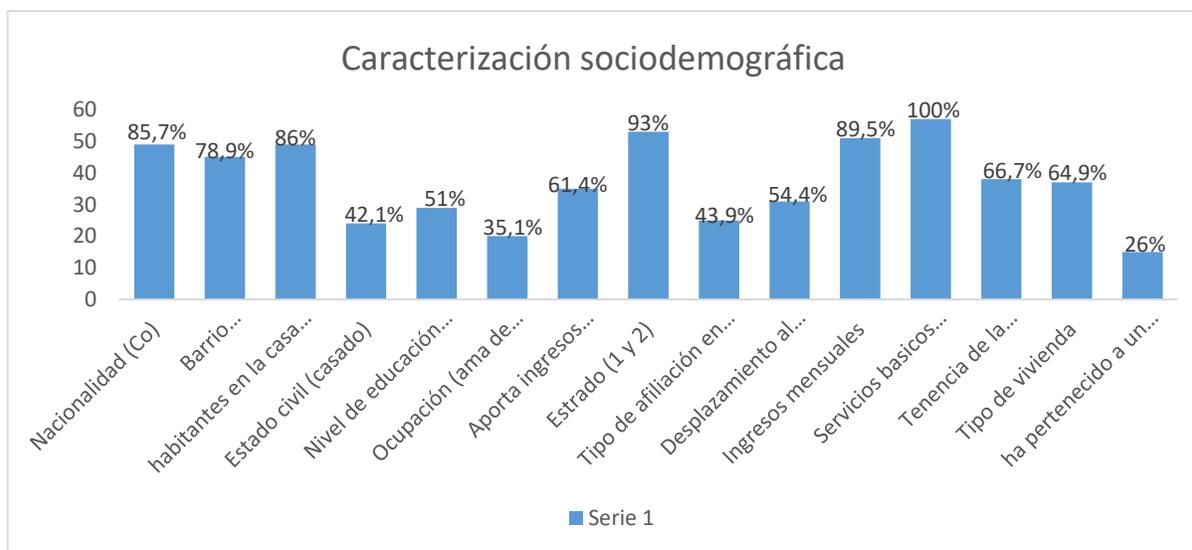


La Figura 17, muestra el porcentaje de Pertenece o ha pertenecido a un grupo de población vulnerable según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 18. Resumen de la caracterización sociodemográfica

El 85,7% de los encuestados son colombianos, el 78,9% vive en barrios cercanos al colegio como: chapinero, américas, comuneros y el rosal, en el 86% viven de 4 a 7 personas en la vivienda, el 42,1% de los encuestados están casados, el 51% estudió hasta la secundaria, el 35,1% son amas de casa, el 61,4% aporta ingresos económicos en el hogar, el 93% de los participantes corresponden al estrato 1 y 2, el 43,9% se encuentran subsidiados en el sistema de salud, el 54,4% se desplaza al centro de salud en transporte público, el 89,5% tiene ingresos mensuales entre 1smv y menos de 1smv, el 100% de los encuestados tienen energía eléctrica, el 66,7% viven en arriendo, el 64,9%

viven en una casa, el 26% se los participantes pertenecen o han pertenecido al grupo de desplazados. (Figura 18)



La Figura 18, muestra el porcentaje del Resumen de la caracterización sociodemográfica según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Determinación del nivel de conocimiento en salud oral y prácticas de higiene oral

realizados por los padres de familia a sus hijos.

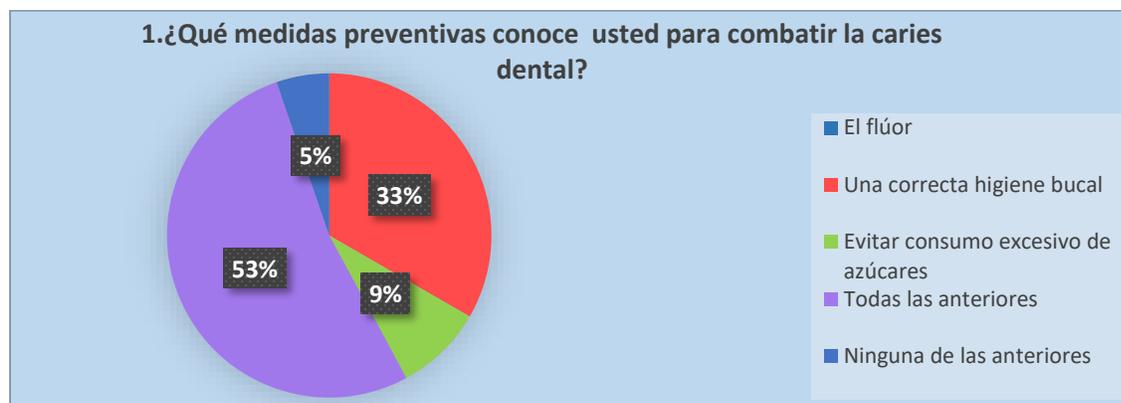
A continuación, se presentan cada una de las preguntas aplicadas en el primer cuestionario a los padres de familia y escolares del grado segundo de la Institución Educativa Santos Apóstoles. La muestra estuvo conformada por 57padres de familia y 31 escolares.

Conocimientos en salud oral de los padres antes de la intervención

Figura 19. Medidas preventivas que conoce para combatir caries

Según los resultados obtenidos se observó que la mayoría de los padres 53 % conoce todas las prácticas para combatir la caries, el 33% corresponde a una correcta higiene bucal, el 9% evitar

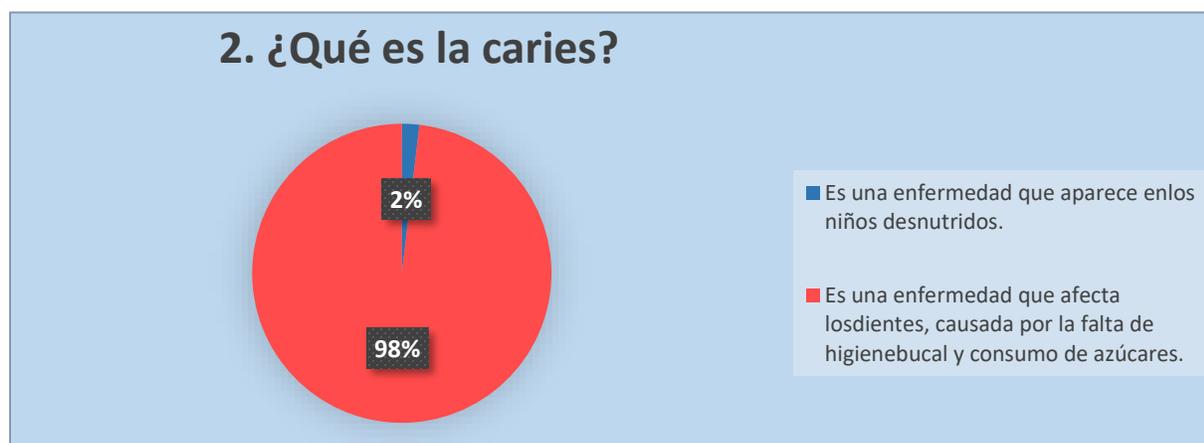
consumo excesivo de azúcares, y por último, el 5% no conoce ninguna de las practicas mencionadas. (Figura 19)



La Figura 19, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la Primera pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 20. Conocimiento sobre la caries

Se observó que la mayoría de los padres 98 %, respondió que la caries es una enfermedad que afecta los dientes, causada por la falta de higiene bucal y consumo de azúcares. (Figura 20).



La Figura 20, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 21. Conocimiento sobre lo más recomendado en el cepillado de los niños

Se observó que la mayoría de los encuestados, 93 %, responde que los padres deben supervisar a los hijos durante el cepillado; 5% respondió que los padres debían cepillar a los hijos, y, por último, el 2% señaló que el cepillado dental debe realizarlo solo el niño. (Figura 21)



La Figura 21, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 22. Consecuencias de que los niños duerman con el tetero en su boca

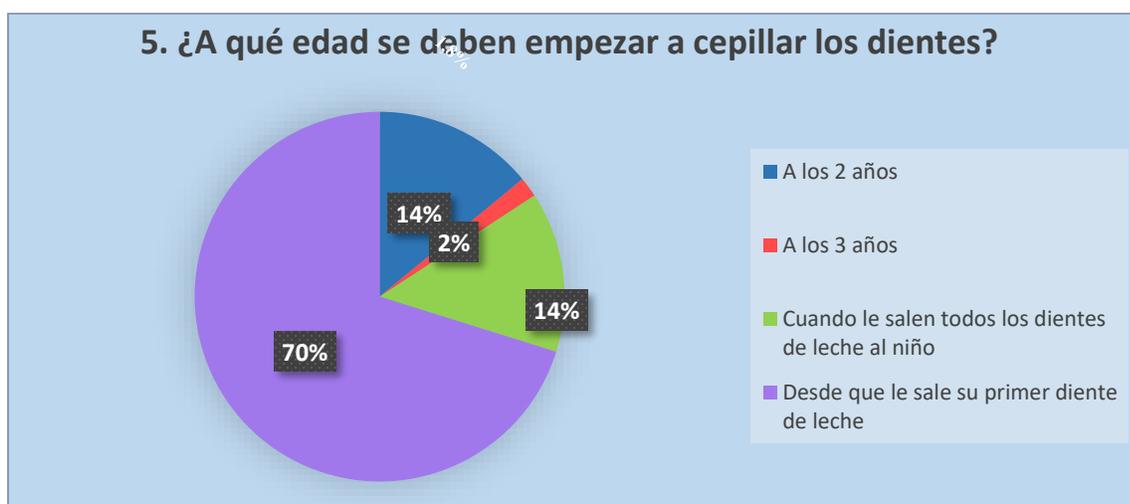
A la pregunta, ¿Qué consecuencias tendría que los niños duerman con el tetero en su boca? El 93 % de los padres respondió que el niño estará más expuesto a tener caries y el 7% respondió que No pasa nada. (Figura 22)



La Figura 22, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 23. Conocimiento sobre a qué edad se deben empezar a cepillar los dientes

Respecto a la pregunta: ¿A qué edad se deben empezar a cepillar los dientes? (Grafica 22), el 70% de los encuestados respondió: Desde que le sale su primer diente de leche, el 14% respondió Cuando le salen todos los dientes de leche al niño, 14% respondió A los 2 años, y por último, el 2% respondió A los 3 años. (Figura 23)



La Figura 23, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 24. Conocimiento sobre a partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor

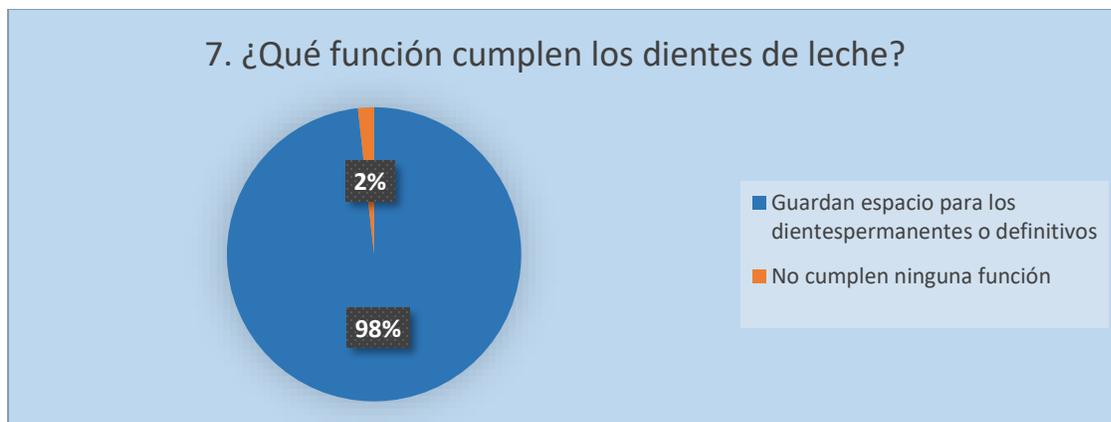
Según la respuesta a la pregunta: ¿A partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor? se observa que la mayoría respondió 5 años, con 46% de los padres; el 33% respondió 2 años, el 19% señaló, De su primer diente, y por último, el 2% indicó La adolescencia. (Figura 24)



La Figura 24, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 25. Función que cumplen los dientes de leche

Según los resultados obtenidos se observó que el 98% respondió que Guardan espacio para los dientes permanentes. (Figura 25)

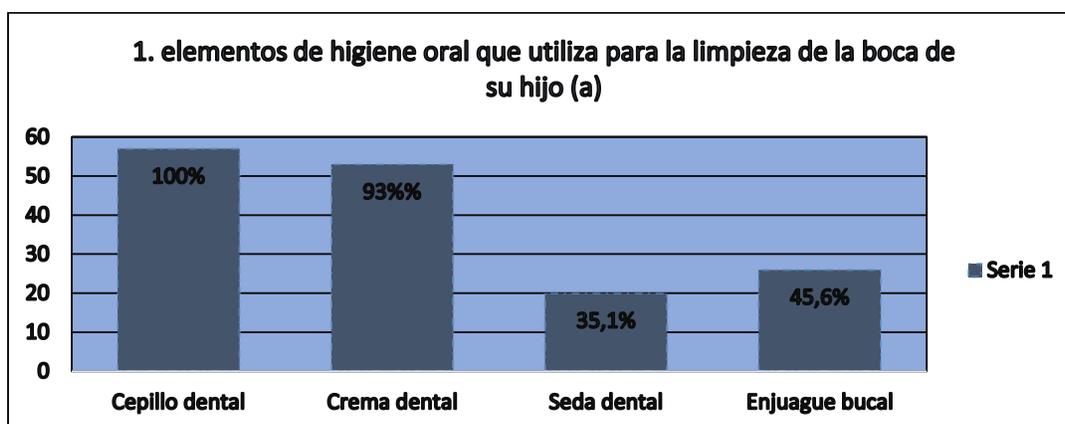


La Figura 25, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la séptima pregunta formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Hábitos de Higiene Oral de los padres antes de la intervención

Figura 26. Elementos de higiene oral que utiliza su hijo

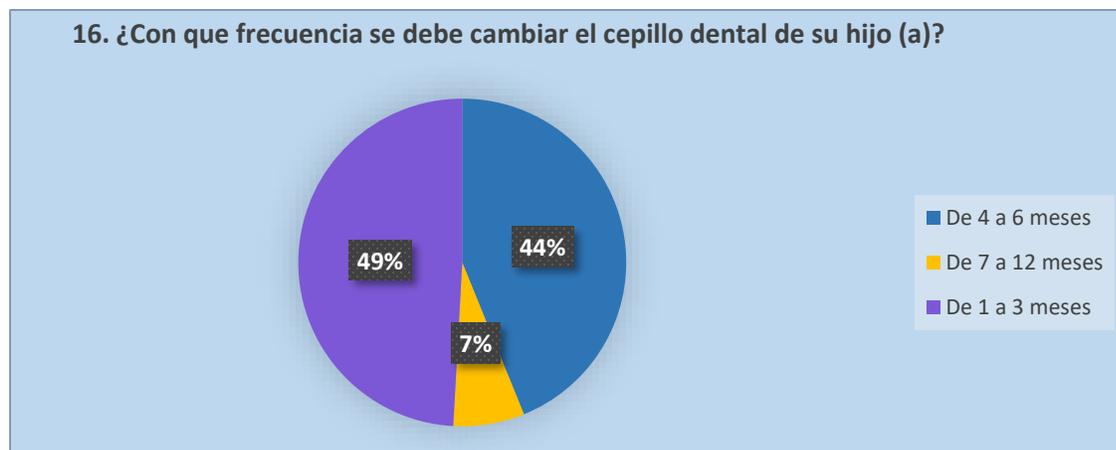
La totalidad de los encuestados seleccionó el cepillo dental como el elemento más utilizado para la limpieza de la boca de su hijo, el 93% usa crema dental, el 45,6% usa enjuague bucal, y por último, el 35,1% usa seda dental. (Figura 26)



La Figura 26, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 27. Frecuencia de cambio del cepillo dental

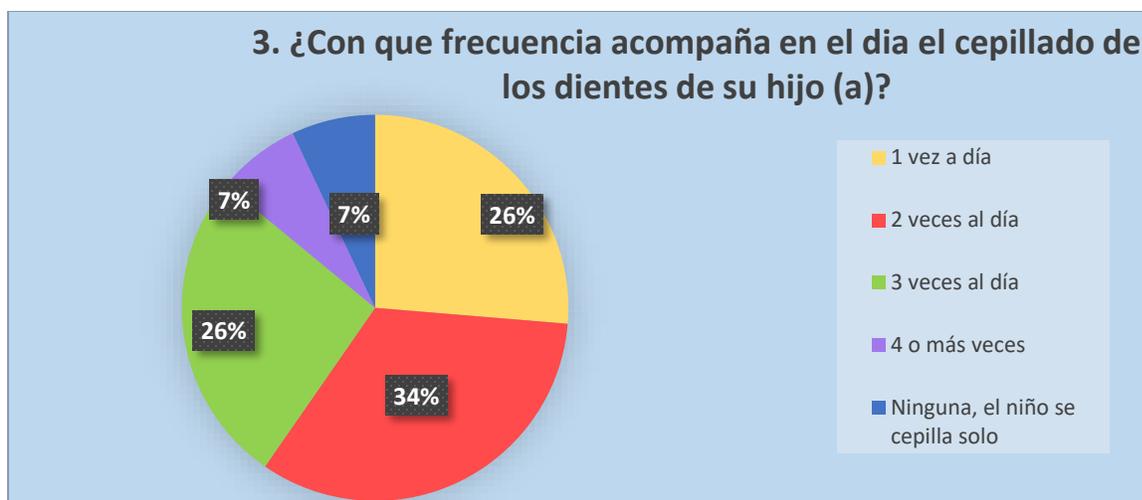
A la pregunta ¿Con que frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo? El 49 % de los encuestados respondió de 1 a 3 meses; el 44% lo cambia de 4 a 6 meses, por último, el 7% lo cambia de 7 a 12 meses. (Figura 27)



La Figura 27, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 28. Frecuencia acompañamiento del cepillado de los dientes de su hijo

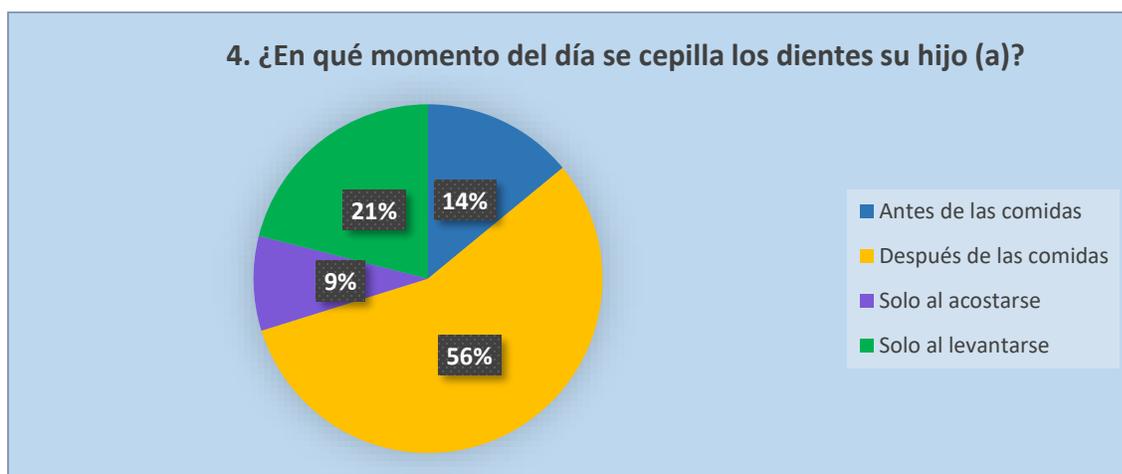
Se observó la distribución de los encuestados según su respuesta a la pregunta: ¿con que frecuencia acompaña en el día el cepillado de los dientes de su hijo? El porcentaje mayor fue de 34% que corresponde a 2 veces al día, seguido por 1 vez al día y 3 veces al día, con un porcentaje de 26% cada una y los porcentajes menores fueron para 4 o más veces y ninguna, el niño se cepilla solo, correspondiendo cada una con un 7%. (Figura 28)



La Figura 28, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 29. Momento del día del cepillado de dientes de su hijo

Se observó que el 56,1 % de los encuestados respondió que el momento de cepillado de su hijo es Después de las comidas, seguido de solo al levantarse con un 21,1%, antes de las comidas con un 14% y por último solo al acostarse con un 8,8%. (Figura 29)



La Figura 29, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 30. Frecuencia de citas odontológicas de su hijo

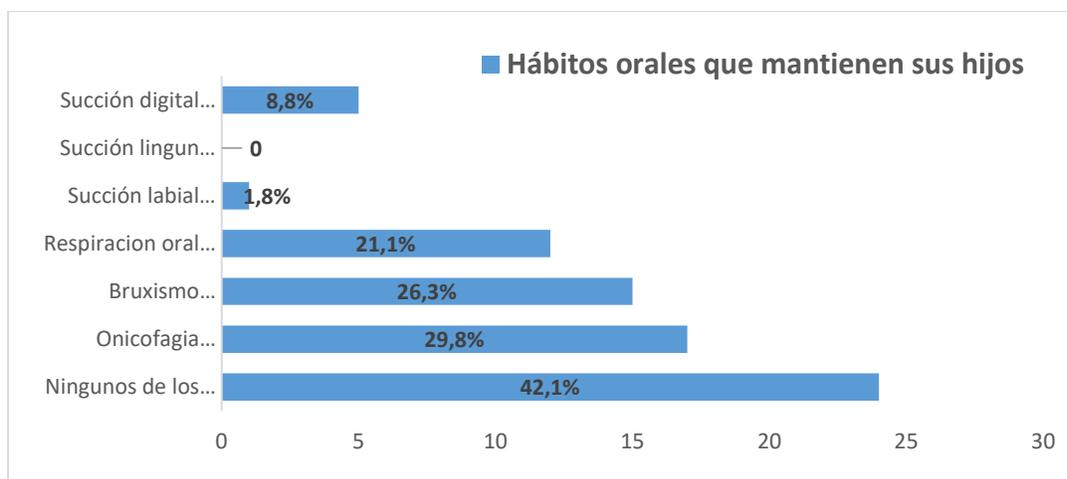
Se observó que la mayoría de los padres, 49,1 % respondió de 7 a 12 meses, seguido por de 4 a 6 meses con 17,5 %, de 13 o más meses con un 15,8% y los porcentajes menores corresponden a las respuestas cada 3 meses y nunca lo ha llevado a la consulta odontológica con un 8,8% cada una. (Figura 30)



La Figura 30, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 31. Hábitos orales que mantienen sus hijos

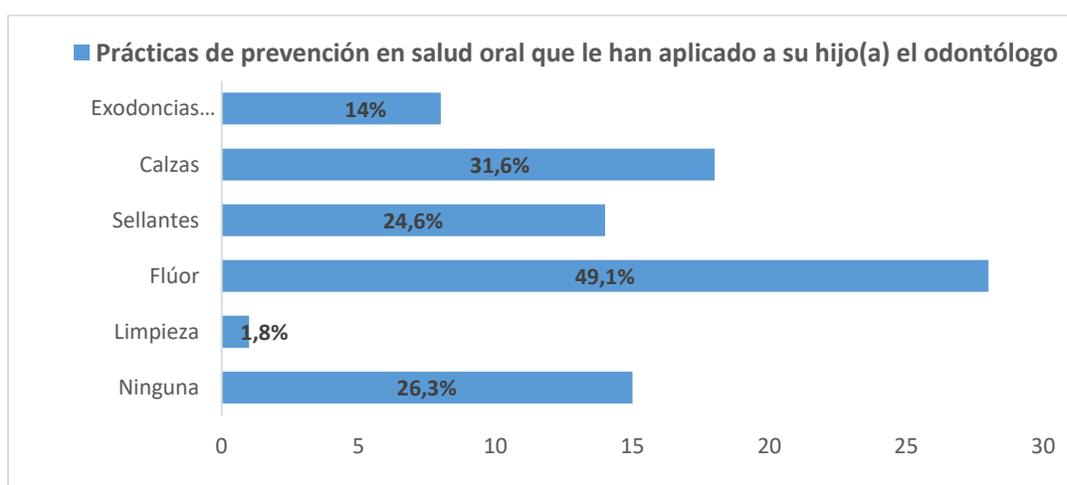
Se presenta la Distribución de hábitos orales que mantienen sus hijos, se observa que la mayoría no tienen ningún hábito con 42,1%, seguido por Onicofagia con un 29,8%, Bruxismo con un 26,3%, respiración oral con un 21,1%, y succión digital con un 8,8%. (Figura 31)



La Figura 31, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 32. Prácticas de prevención en salud oral que le han aplicado a su hijo, el odontólogo.

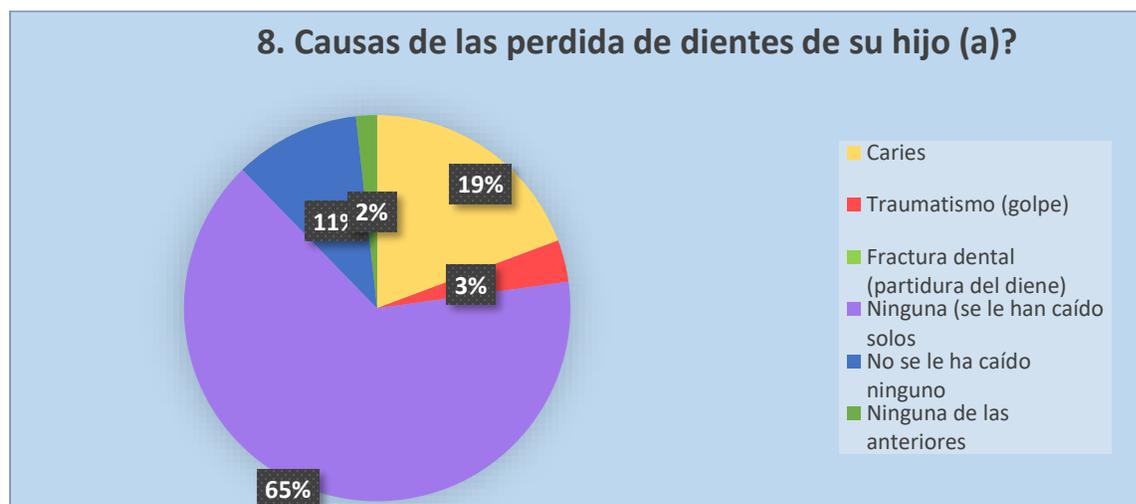
Se observó que la mayoría de los padres, 49,1 %, seleccionó flúor como la práctica de prevención en salud oral, que le ha aplicado el odontólogo, seguido por Calzas con un 31,6%, ninguna con un 26,3%, sellantes con un 24,6%, exodoncias con un 14% y en otros respondieron solo limpieza que corresponde a 1,8%. (Figura 32)



La Figura 32, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la séptima pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 33. Causas de la pérdida de dientes de su hijo

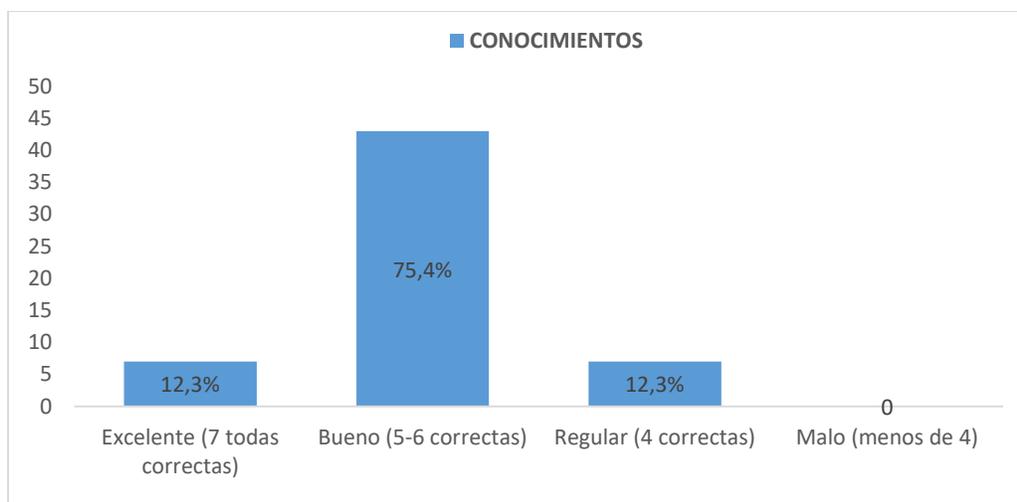
Con relación a la causa de la pérdida de los dientes de su hijo, el 65 % de los encuestados respondió Ninguna (se la han caído solos); el 19 % indicó que la causa fue la caries, no se le ha caído ninguno con un 11%, traumatismo con un 3% y por ultimo ninguna de las anteriores con un 2%. (Figura 33)



La Figura 33, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la octava pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 34. Clasificación de conocimientos de los padres antes de la intervención

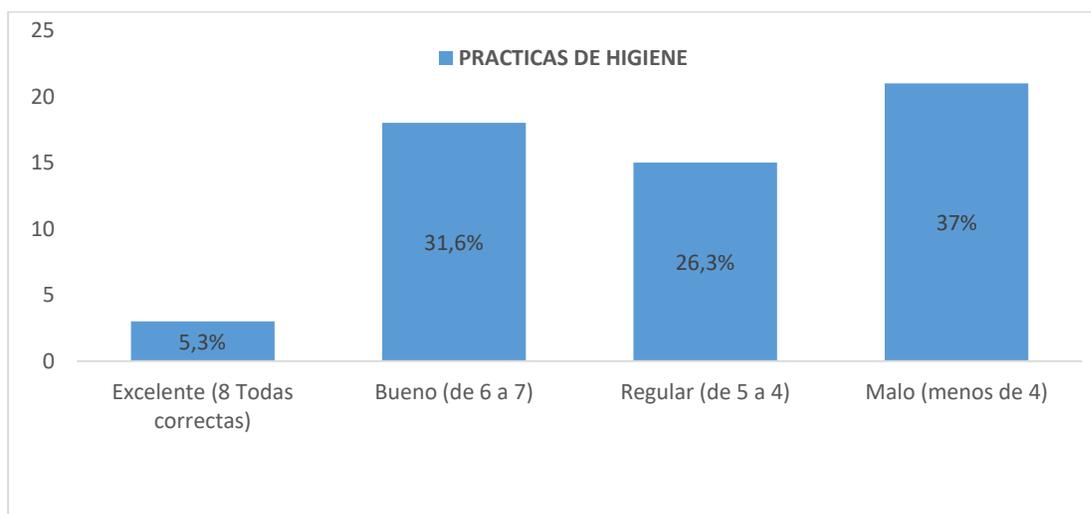
De los 57 padres que participaron en la primera encuesta de conocimientos, 75,4 % de ellos, fueron calificados con buenos conocimientos, al responder correctamente entre 5 y 6 preguntas; excelente el 12,3 % y regular 12,3%. (Figura 34)



La Figura 34, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos del primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 35. Hábitos de higiene oral

De los 57 padres que participaron en la primera encuesta de prácticas de higiene oral, 37 % de ellos, fueron calificados malas prácticas, al responder correctamente menos de 4 preguntas; con prácticas buenas el 31,6 % de los padres, como regulares el 26,3 % y apenas 5,3 % fueron calificados como excelentes, al responder correctamente todas las preguntas. (Figura 35)

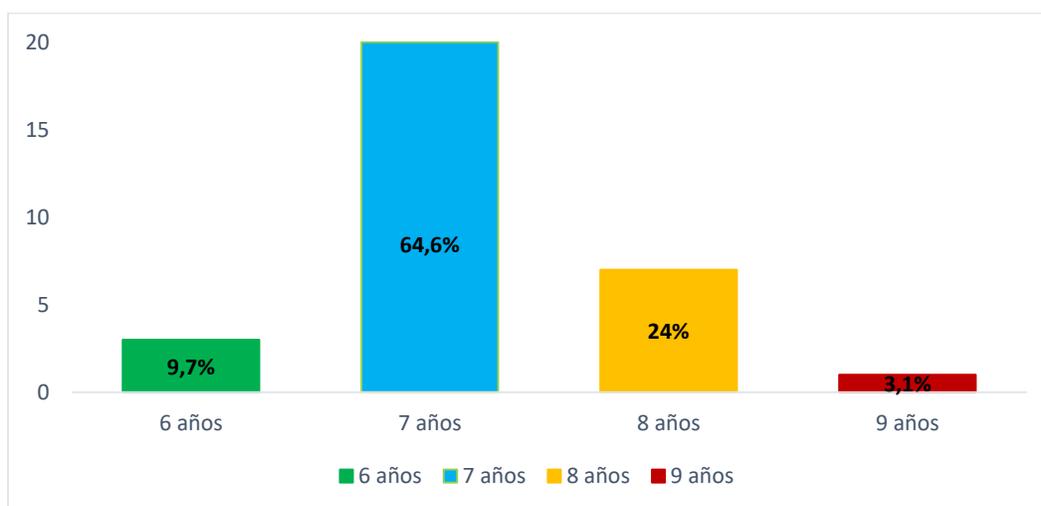


La Figura 35, muestra los porcentajes de la clasificación de las prácticas de higiene del primer cuestionario. Autoría propia.

Cuestionario Niños antes de la intervención

Figura 36. Edad de los niños.

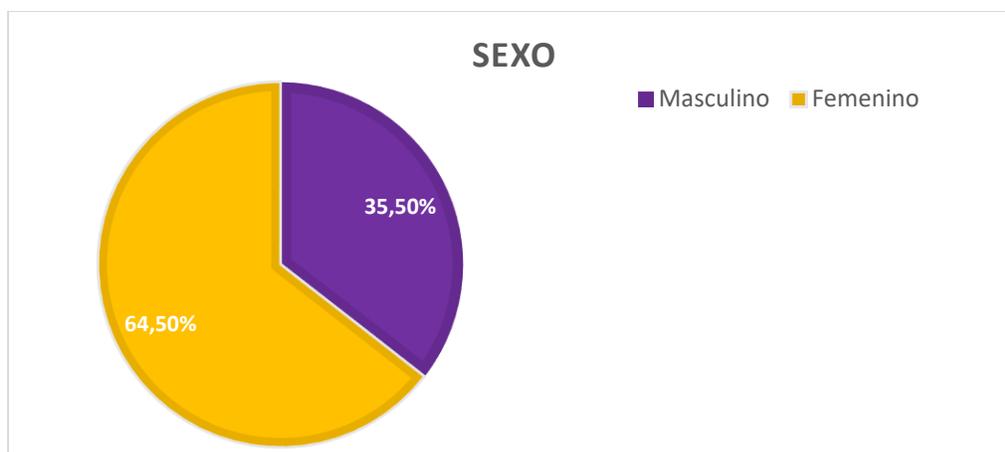
La edad promedio fue de 7 años con una desviación estándar de 6,19 años (Figura 36).



La Figura 36, muestra el porcentaje de la edad según las respuestas obtenidas en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 37. Género de los niños.

Según los datos obtenidos se observó que la gran mayoría de los niños corresponde a sexo femenino, 65,5 %, y el 35,5% restante corresponde al sexo masculino. (Figura 37)



La Figura 37, muestra el porcentaje del género según las respuestas obtenidas en el primer cuestionario. Autoría propia.

Conocimientos en salud oral de los niños antes de la intervención

Figura 38. Comidas que dañan los dientes.

En se observa que el 100% de los escolares marcaron dulces y bebidas azucaradas como las comidas que dañan los dientes. (Figura 38).



La Figura 38, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 39. Dientes sanos y fuertes.

Se observó que el 99% de los escolares creen que deben cepillarse los dientes para que estos estén sanos y fuertes, con una menor proporción de 1% que creen que comer dulces los hará fuertes y sanos. (Figura 39).



La Figura 39, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 40. Diente enfermo.

En la gráfica se observó que el 93% de los escolares marco el diente enfermo y el 7% marco el diente sano. (Figura 40).



La Figura 40, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 41. Diente sano.

En la gráfica se observó que el 97% de los escolares marco el diente sano y el 3% marco el diente enfermo. (Figura 41).



La Figura 41, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 42. Caries dental.

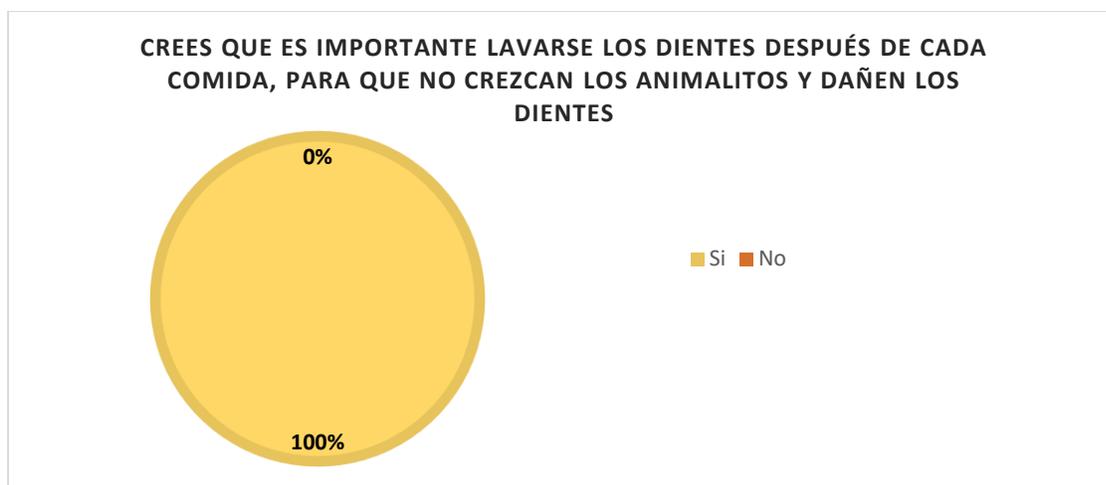
En la gráfica se puede observar que el 90% de los escolares respondió Si y el 10% respondió No. Respecto a: la caries dental es un animalito que se come el diente y lo enferma. (Figura 42).



La Figura 42, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 43. Importancia del cepillado dental.

En la gráfica se observó que el 100% de los escolares creen que es importante lavarse los dientes después de cada comida. (Figura 43).

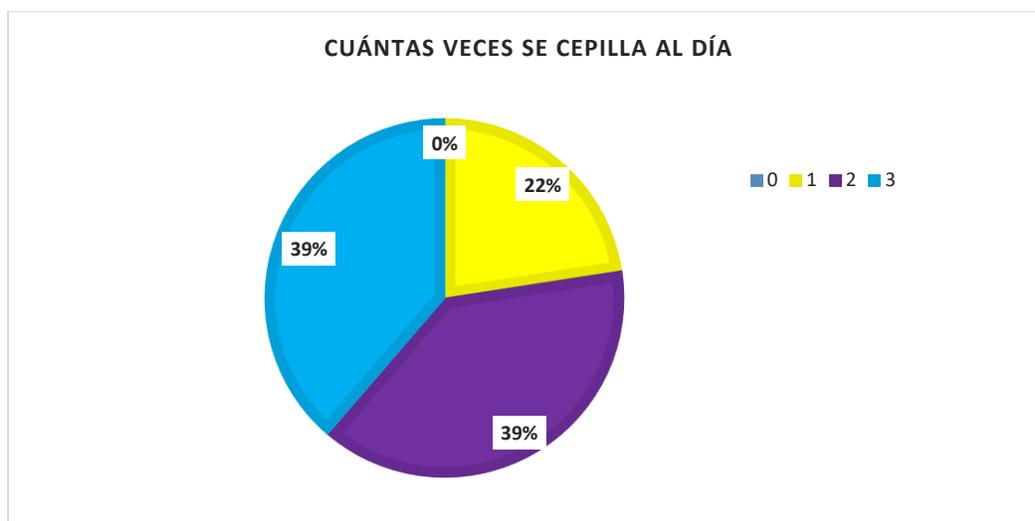


La Figura 43, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de conocimientos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Hábitos de Higiene oral de los niños antes de la intervención

Figura 44. Cuántas veces se cepilla al día.

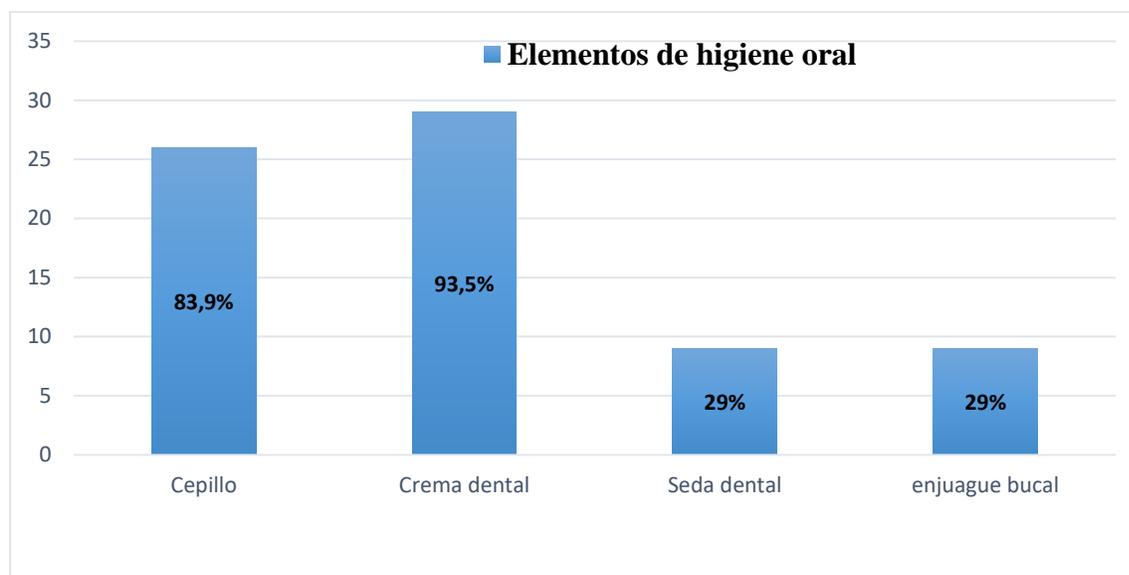
Se observó que el 39% de los escolares se cepilla de 2 a 3 veces al día, la menor proporción se encuentra en 22% de los escolares que se cepillan 1 vez al día. (Figura 44).



La Figura 44, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 45. Elementos de higiene oral.

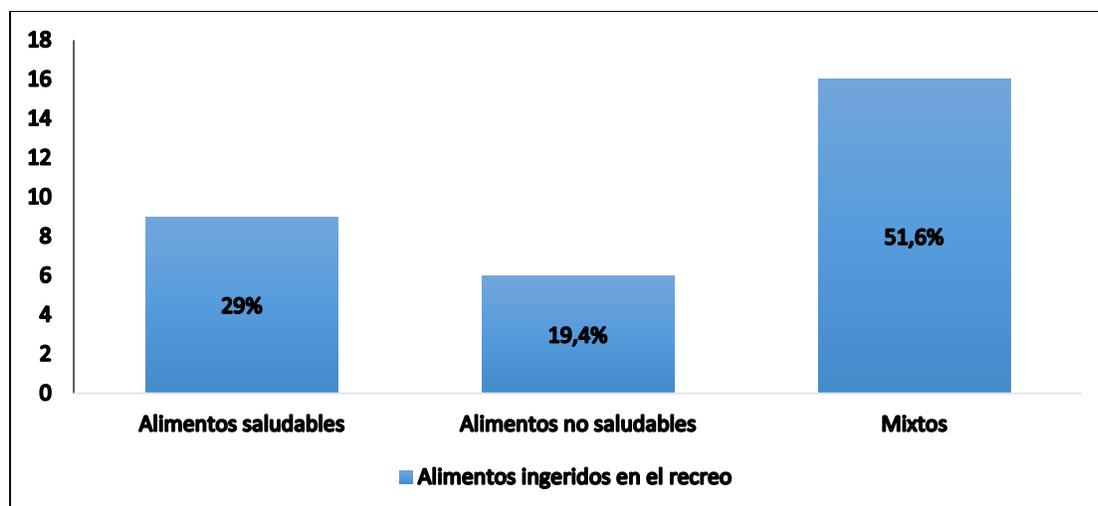
En la gráfica se observó que el 93,5% de los escolares usa solo crema dental, seguida del cepillo con un 83,9%, la menor proporción se encuentra en un 29% en seda dental y enjuague bucal. (Figura 45).



La Figura 45, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 46. Alimentos ingeridos en el recreo.

En la gráfica se observó que el 51,6% de los escolares consume alimentos mixtos en el recreo, le sigue el 29% que corresponde a alimentos saludables, obteniendo de menor proporción con un 19,4% alimentos no saludables. (Figura 46).



La Figura 46, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en tercera pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 47. Cepillado de los dientes después de ingerir alimentos en el recreo.

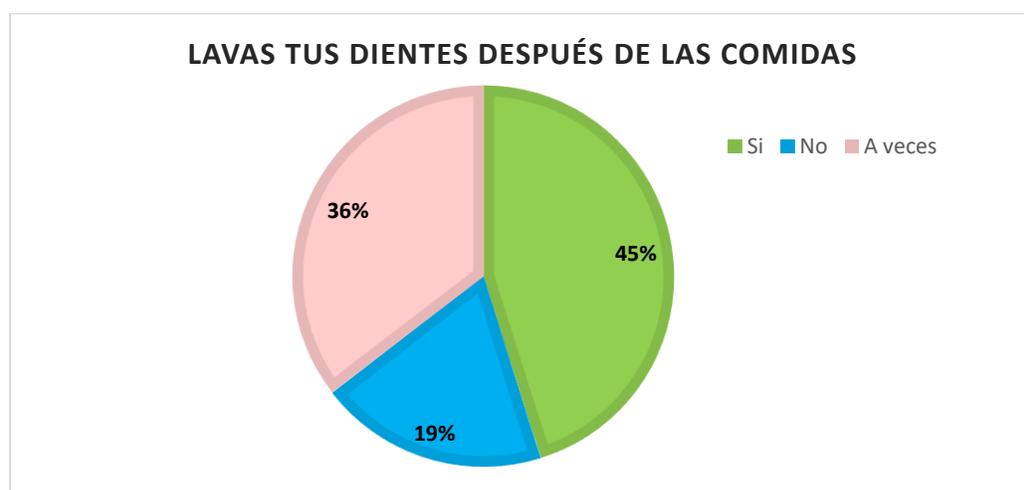
En la gráfica se observó que el 84% de los escolares no se cepillan los dientes después de ingerir alimentos en el recreo, seguido del 10% que a veces se cepillan los dientes, con menor proporción de 6% que no se cepillan. (Figura 47).



La Figura 47, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 48. Cepillado de dientes después de las comidas.

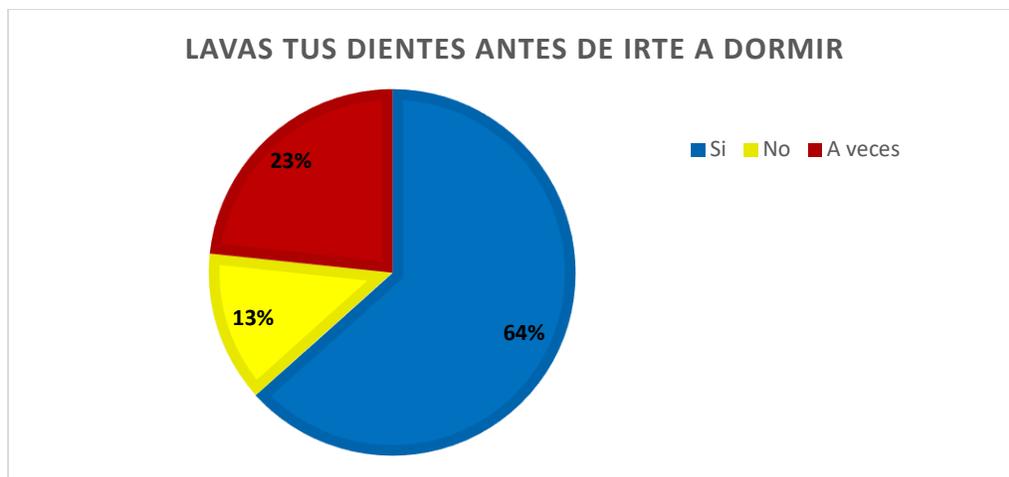
En la gráfica se observa que el 45% de los escolares si se cepilla después de las comidas, seguida de 36% que a veces se cepilla, con menor proporción 19% que no se cepilla. (Figura 48).



La Figura 48, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 49. Cepillado dental antes de acostarse.

En la gráfica anterior se observa que el 64% de los escolares si se cepilla antes de irse a dormir, seguida de 23% que a veces se cepilla, con menor proporción de 13% que no se cepilla. (Figura 49).



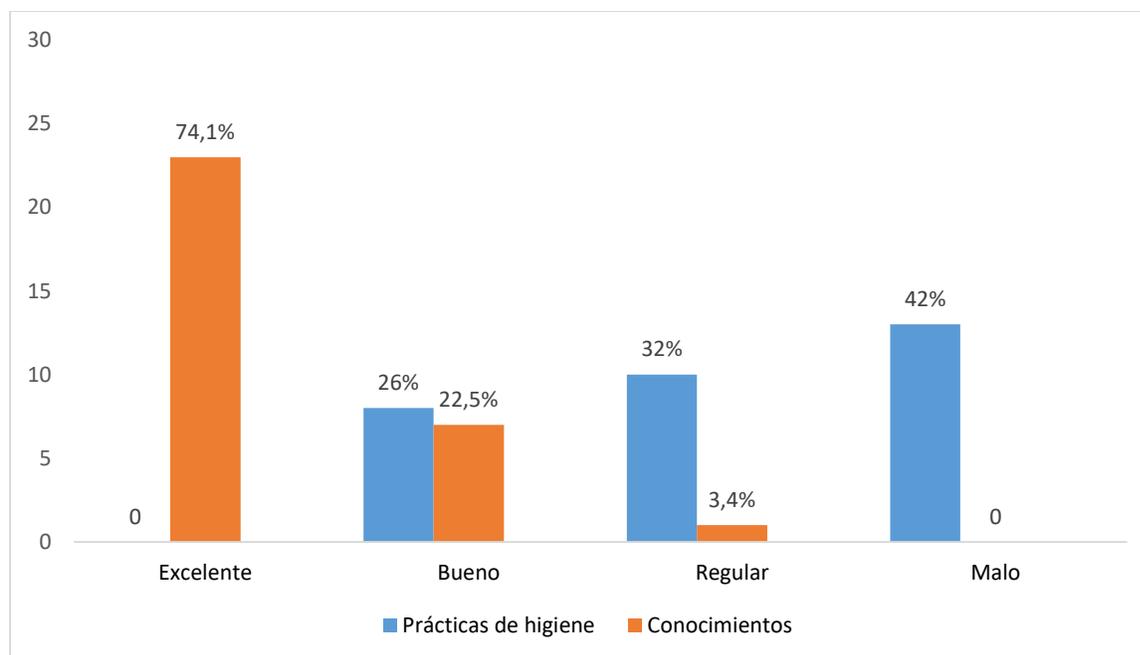
La Figura 49, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de hábitos formulada en el primer cuestionario. Autoría propia.

Figura 50. Clasificación de conocimientos en salud de los niños antes de la intervención

De los 31 niños que participaron en la primera encuesta de conocimientos, 22,5% de ellos, fueron calificados con buenos conocimientos, al responder correctamente entre 5 y 6 preguntas; excelente el 74,1 % y regular 3,4%. (Figura 50).

Hábitos de higiene oral

De los 31 niños que participaron en la primera encuesta de prácticas de higiene oral, 42 % de ellos, fueron calificados malas prácticas, al responder correctamente menos de 4 preguntas; con prácticas regulares el 32 %, y bueno 26%. (Figura 50).



La Figura 50, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos y prácticas de higiene oral del primer cuestionario. Autoría propia.

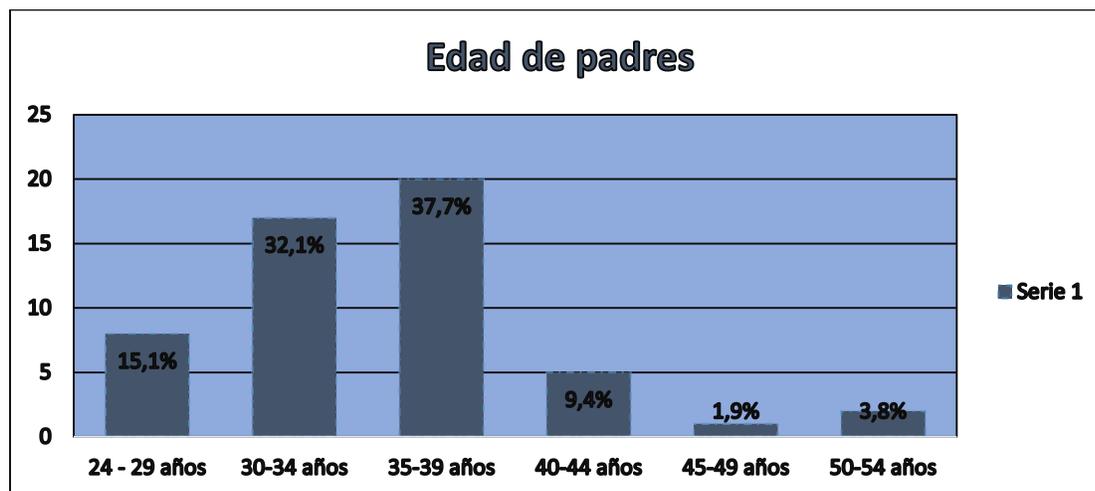
Impacto de las estrategias pedagógicas en buenos hábitos de higiene oral dirigida a los padres de familia y escolares de la comunidad educativa de segundo grado de la Institución Santos Apóstoles de Cúcuta.

A continuación, se presentan cada una de las preguntas aplicadas en el segundo cuestionario a los padres de familia y escolares del grado segundo de la Institución Educativa Santos Apóstoles. La muestra estuvo conformada por 53 padres de familia y 31 escolares.

Conocimientos en salud oral de los padres después de la intervención

Figura 51. Edades de los padres de familia

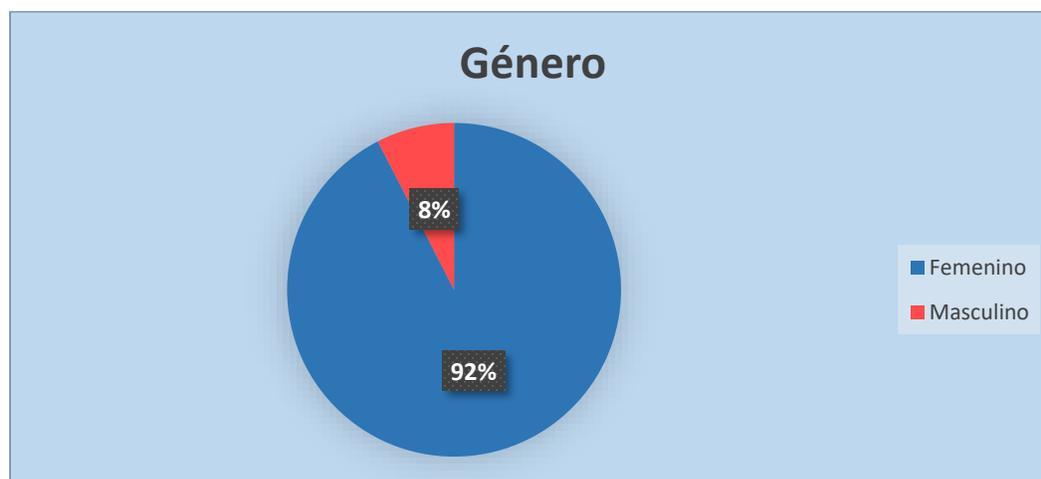
La edad promedio fue de 34,67 con una desviación estándar de 5,7 años (Figura 51)



La Figura 51, muestra el porcentaje de la edad según las respuestas obtenidas en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 52. Género padres de familia

Se observó que la gran mayoría de padres de familia corresponde a sexo femenino, 92%, y el 8% restante corresponde al sexo masculino. (Figura 52)



La Figura 52, muestra el porcentaje del sexo según las respuestas obtenidas en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 53. Relación de la salud oral y general

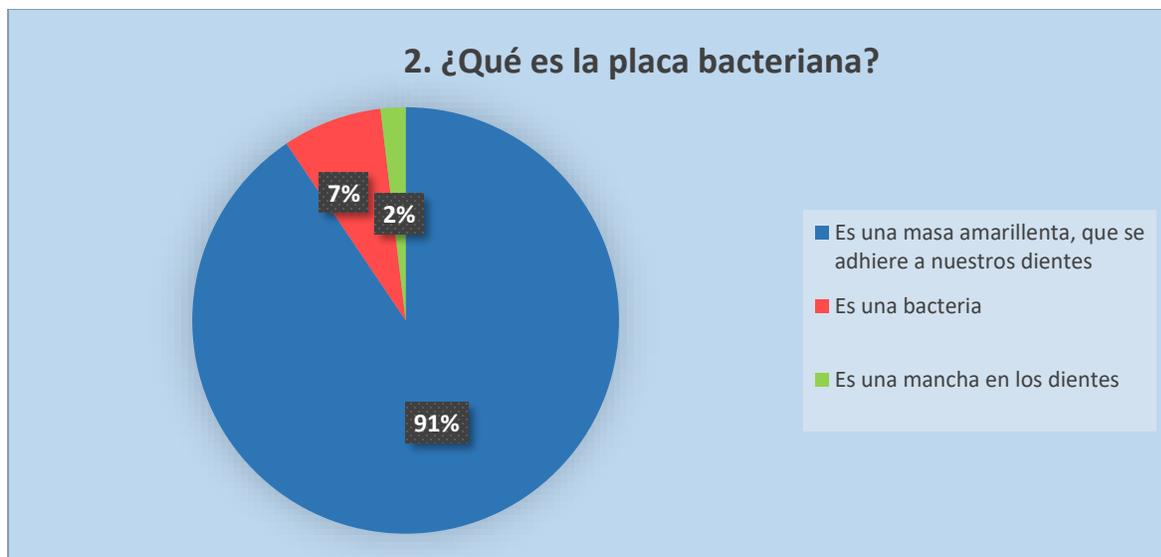
Se observó que predominó el SI, correspondiendo al 94%. (Figura 53)



La Figura 53, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 54. Conocimiento sobre placa bacteriana

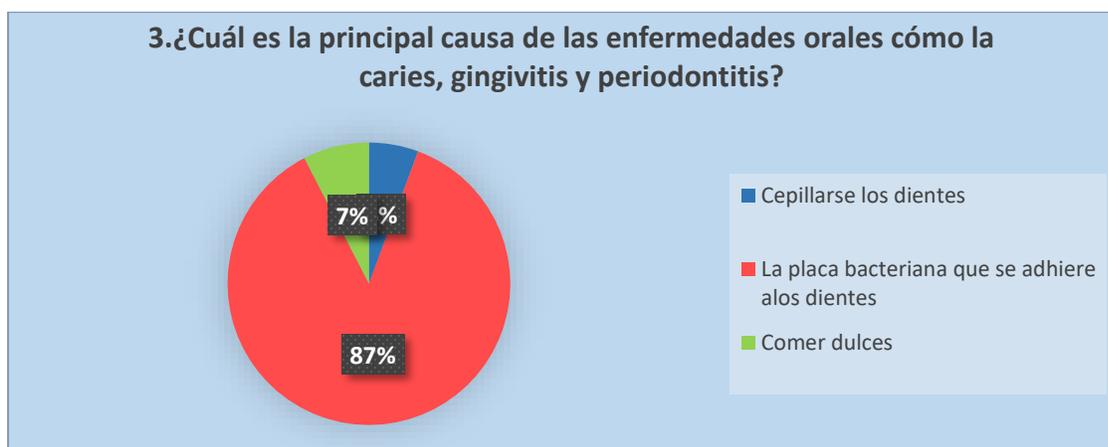
Se observó que la mayoría respondió Es una masa amarillenta, pegajosa que se adhiere a nuestros dientes, correspondiendo a un 91%, el 7% respondió Es una bacteria y el 2% respondió Es una mancha en los dientes. (Figura 54)



La Figura 54, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 55. Causa principal de las enfermedades orales

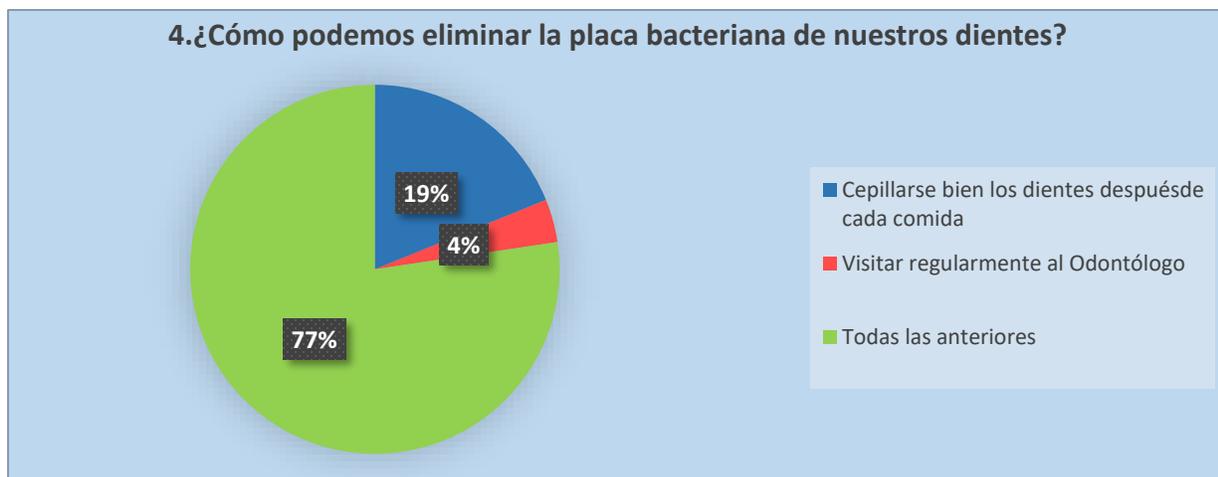
Según los resultados obtenidos se observó que la mayoría 87% respondió la placa bacteriana que se adhiere a los dientes, un 6% respondió cepillarse los dientes y el otro 7% respondió comer dulces. (Figura 55)



La Figura 55, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 56. Eliminación de la placa bacteriana

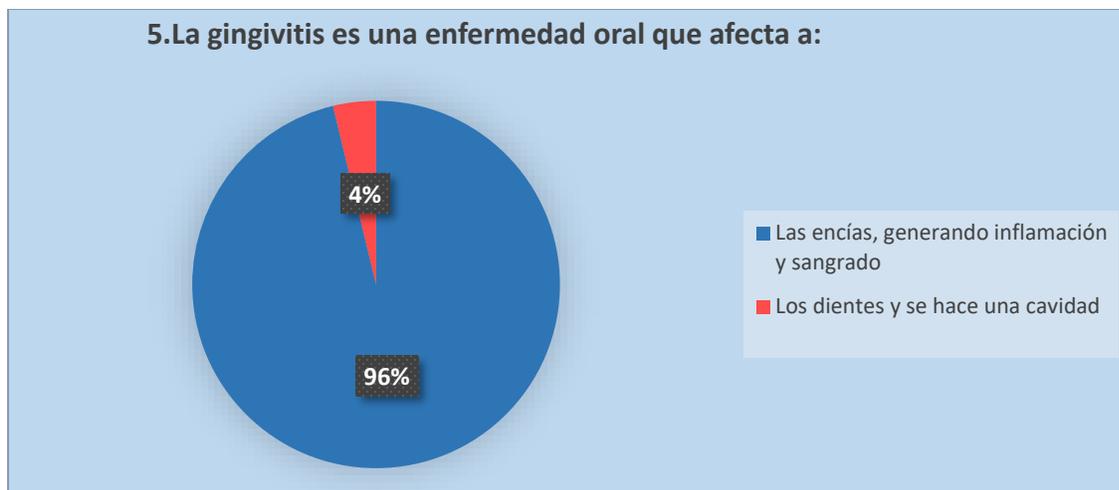
Se puede observar que el 77% respondió todas las anteriores, el 19% respondió cepillarse los dientes después de las comidas y el resto respondió visitar regularmente al odontólogo. (Figura 56)



La Figura 56, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 57. Conocimiento sobre la gingivitis

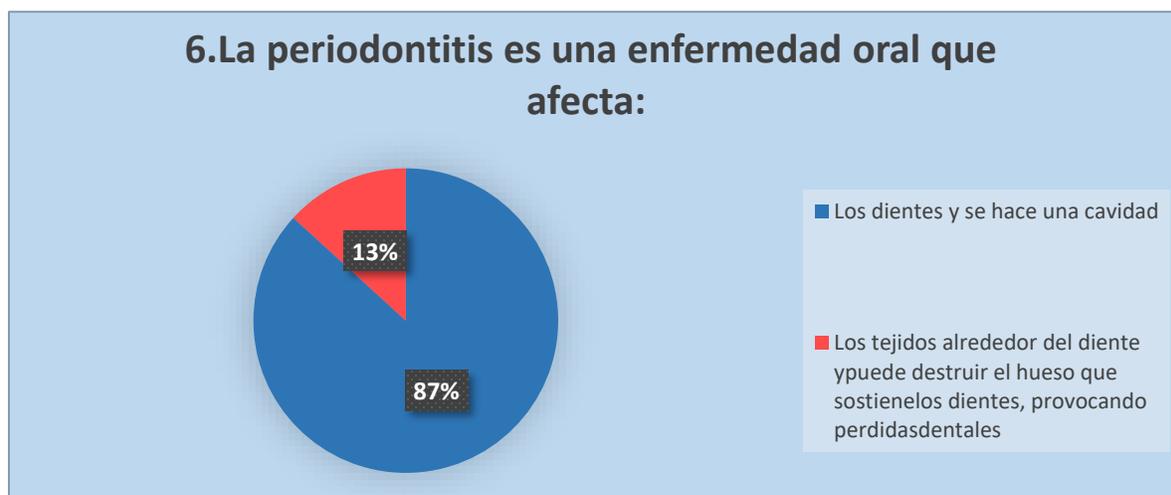
Se observó que la mayoría respondió que afecta a Las encías generando inflamación y sangrado, correspondiendo al 963% y el resto respondió que afecta a Los dientes y se hace una cavidad, correspondiendo al 4%. (Figura 57)



La Figura 57, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia

Figura 58. Conocimiento sobre periodontitis

Se puede observó que el 87% respondió que afecta a los tejidos alrededor del diente y el resto respondió que afecta a los dientes y se hace una cavidad, correspondiendo al 13%. (Figura 58)



La Figura 58, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 59. Medidas preventivas contra la caries

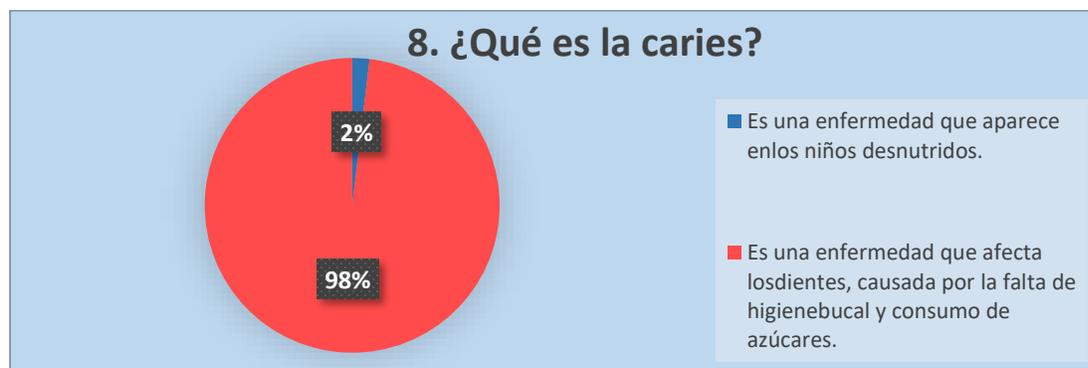
Se observó que la mayoría respondió Todas las anteriores, correspondiendo al 77%, el 15% respondió Una correcta higiene oral, un 4% respondió Evitar el consumo excesivo de azúcares y el resto respondió El flúor. (Figura 59)



La Figura 59, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la séptima pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 60. Conocimiento sobre la caries

Se pudo observar que la mayoría respondió que Es una enfermedad que afecta los dientes, correspondiendo a un 98%. (Figura 60)



La Figura 60, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la octava pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 61. Recomendado en el cepillado de los niños

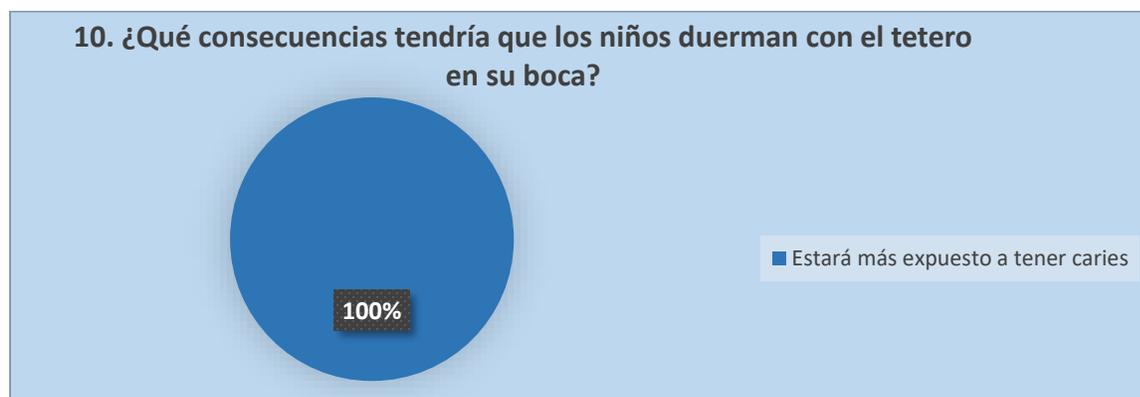
Se observó que la mayoría de los encuestados, 96 %, respondió que los padres deben supervisar a los hijos durante el cepillado; El resto respondió que los padres deben cepillar a los niños. (Figura 61)



La Figura 61, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la novena pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 62. Consecuencia de que los niños duerman con el tetero

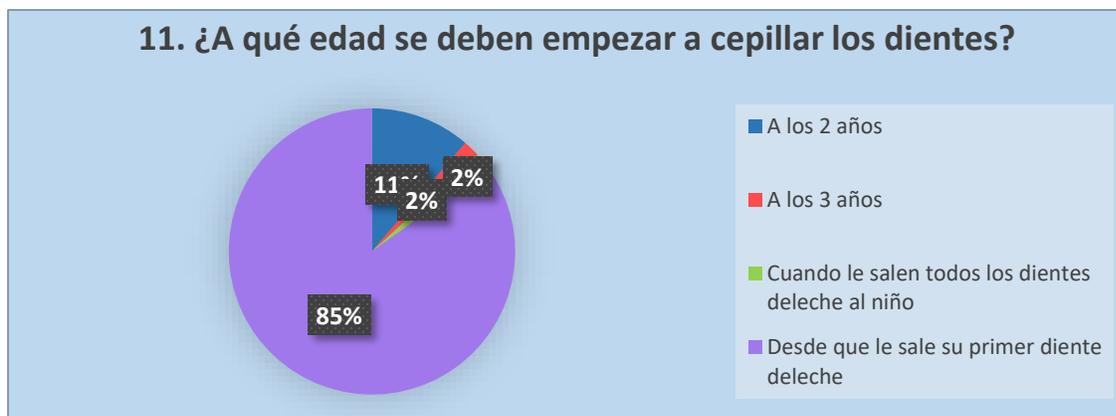
Se observó que El 100 % de los padres respondió que el niño Estará más expuesto a tener caries. (Figura 62)



La Figura 62, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la décima pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 63. Conocimiento sobre edad para empezar a cepillar los dientes

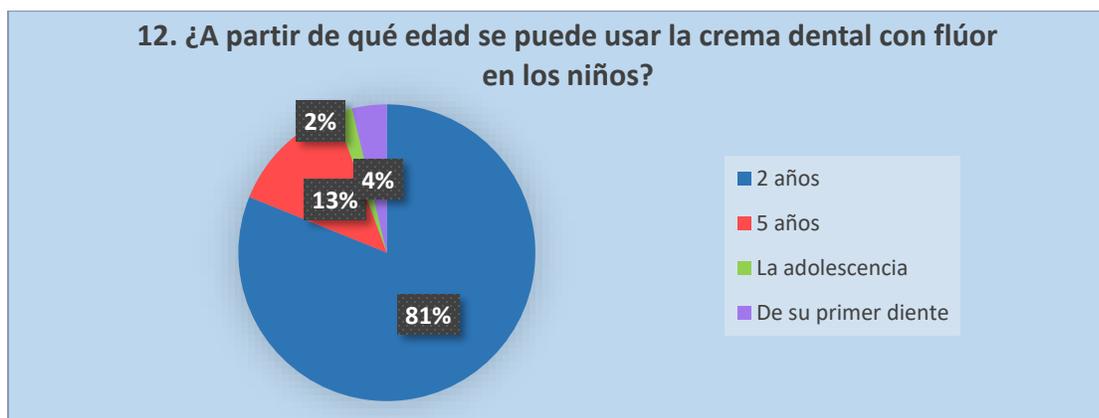
Se observó que el 85% de los encuestados respondió: Desde que le sale su primer diente de leche, el 11% respondió A los 2 años, un 2% respondió a los 3 años y el otro 2% respondió Cuando le salen todos los dientes de leche al niño. (Figura 63)



La Figura 63, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la pregunta once de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 64. Edad para uso de crema dental con flúor

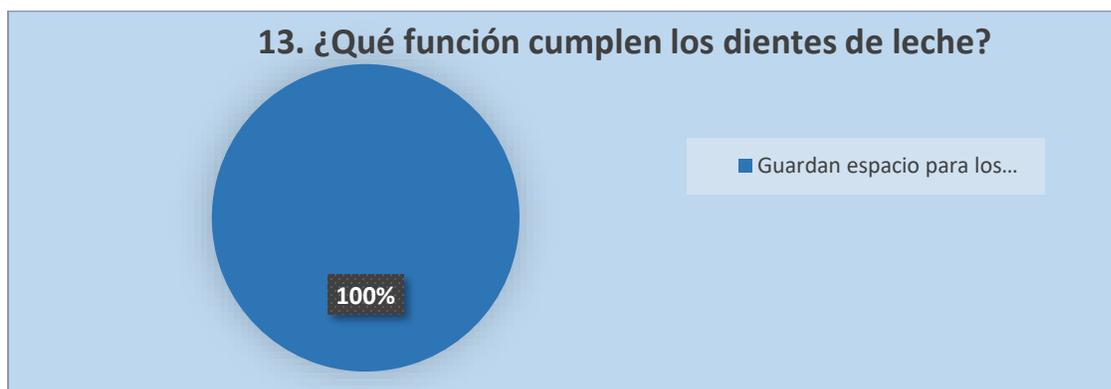
Se observó que la mayoría respondió 2 años, correspondiendo al 81% de los padres; el 13% respondió a los 5 años, el 4% respondió desde que sale su primer diente y el resto respondió que en La adolescencia. (Figura 64)



La Figura 64, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la pregunta doce de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 65. Función de los dientes de leche

Se pudo observar que el 100% respondió que Guardan espacio para los dientes permanentes. (Figura 65)

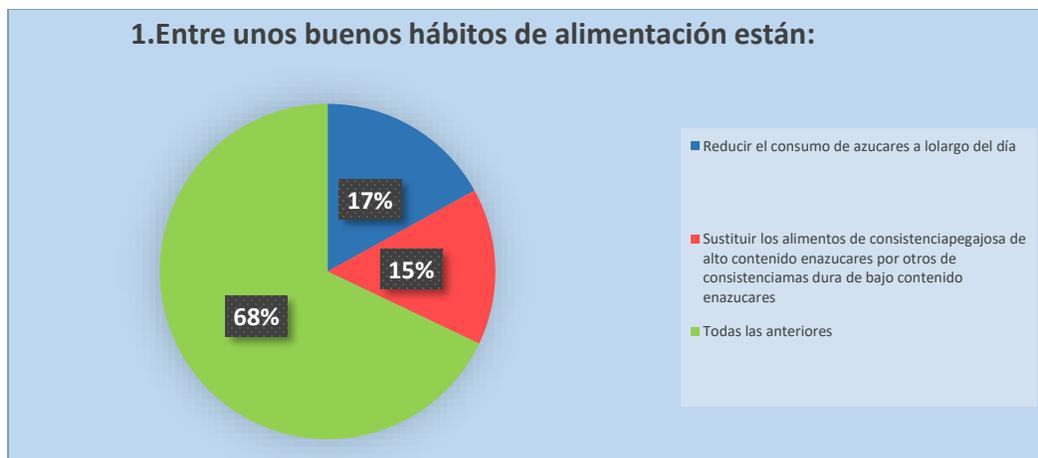


La Figura 65, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la pregunta trece de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Hábitos de Higiene oral de los niños después de la intervención

Figura 66. Hábitos de alimentación

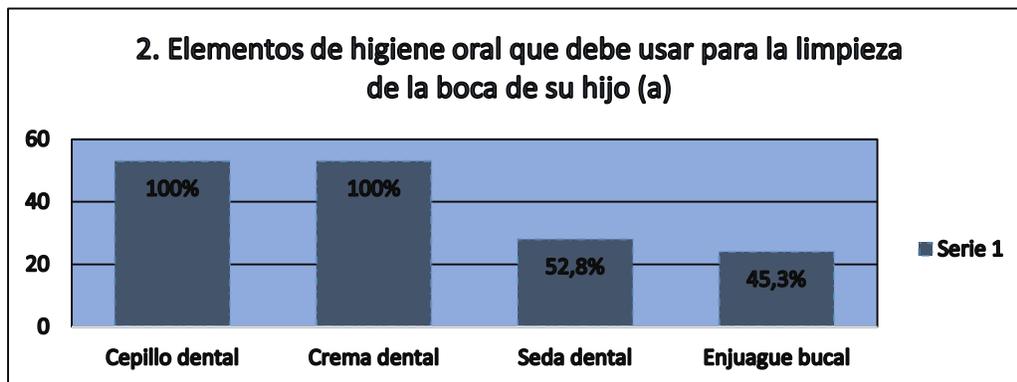
Se observó que la mayoría respondió Todas las anteriores, correspondiendo al 68%, seguido de Reducir el consumo de azucares a lo largo del día, correspondiendo al 17% y el resto respondió sustituir los alimentos de consistencia pegajosa. (Figura 66)



La Figura 66, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 67. Elementos de higiene oral

La totalidad de los encuestados seleccionó el cepillo dental y la crema dental como el elemento más utilizado para la limpieza de la boca de su hijo, el 52,8% de ellos usa seda dental y el 45,3% también usa enjuague bucal. (Figura 67)



La Figura 67, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 68. Frecuencia de cambio del cepillo dental

Según los datos obtenidos El 87% de los encuestados respondió cada 3 meses y el 13% respondió de 4 a 6 meses. (Figura 68)



La Figura 68, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 69. Momento del cepillado de los dientes

Se observa la distribución de los encuestados según su respuesta a la pregunta: ¿en qué momento del día se debe cepillar los dientes su hijo (a)? El 98% de los encuestados respondió después de las comidas y el 2% respondió solo al acostarse. (Figura 69)



La Figura 69, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 70. Frecuencia de citas odontológicas

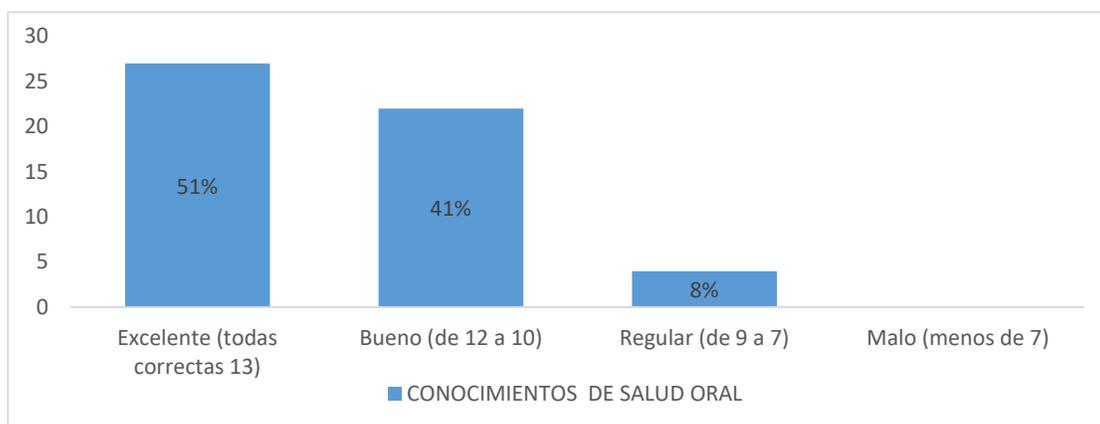
Se observa la distribución de los padres a la pregunta: ¿con que frecuencia debe llevar a su hijo a consulta odontológica? Se observa que la mayoría de los padres, 83 % respondió de 4 a 6 meses, seguido por cada 3 meses con 9% y los porcentajes menores corresponden a las respuestas de 7 a 12 meses un 4%, de 13 o más meses y nunca lo ha llevado a la consulta odontológica con un 2% cada una. (Figura 70)



La Figura 70, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 71. Clasificación de conocimientos de los padres después de la intervención

De los 53 padres que participaron en el segundo cuestionario de conocimientos sobre salud oral, 51 % de ellos, fueron calificados con excelentes conocimientos sobre salud oral, al responder correctamente entre 13 preguntas; bueno el 41% y regular 8%. (Figura 71)

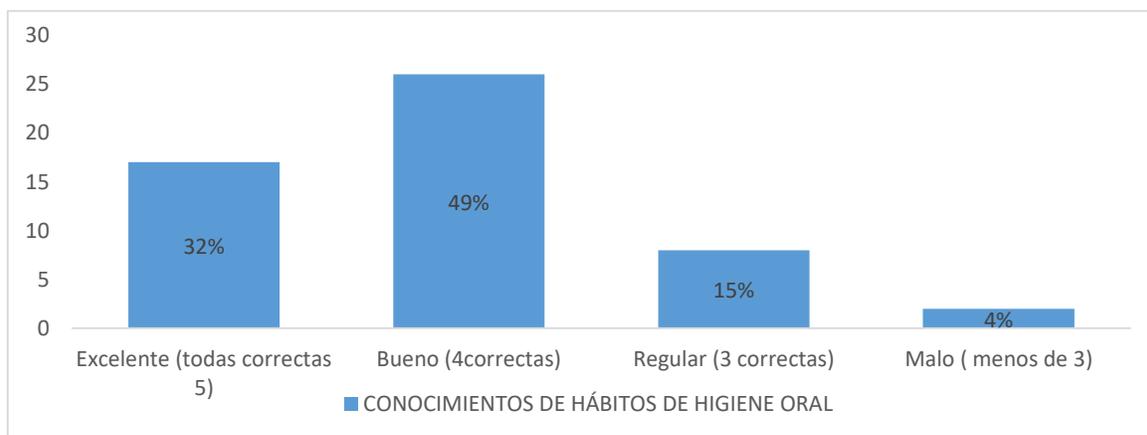


La Figura 71, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos sobre salud oral del segundo cuestionario.

Autoría propia.

Figura 72. Clasificación de conocimientos en Hábitos de los pares después de la intervención

De los 53 padres que participaron en el segundo cuestionario de conocimientos sobre Hábitos de higiene oral, 49 % de ellos, fueron calificados con buenos conocimientos sobre hábitos, al responder correctamente entre 5 preguntas; en la categoría de excelente el 32% , al responder correctamente 4 preguntas, regular el 15 % con 3 preguntas de conocimientos sobre hábitos correctamente respondidas y 4 % de los padres se ubicaron en la categoría de malos conocimientos sobre hábitos al responder correctamente menos de 3 de las 5 preguntas.(Figura 72)



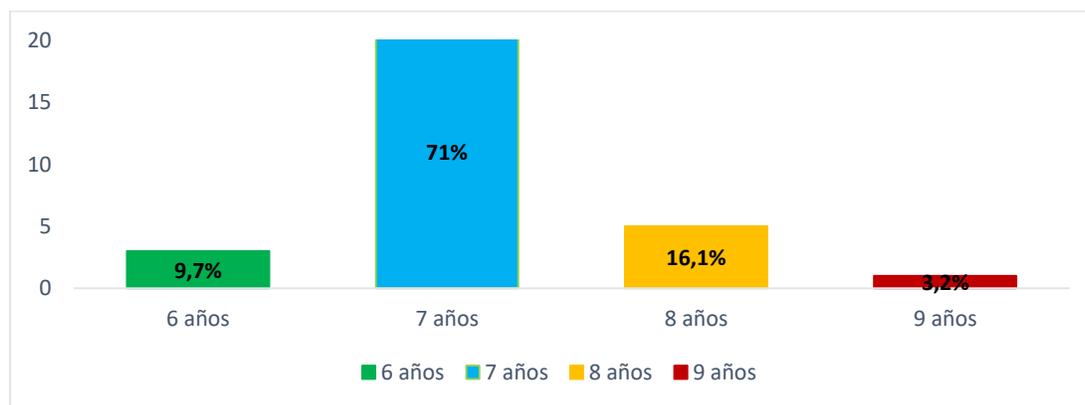
La Figura 72, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos sobre hábitos del segundo cuestionario.

Autoría propia.

Conocimientos en salud oral de los niños después de la intervención

Figura 73. Distribución de escolares según grupos de edades.

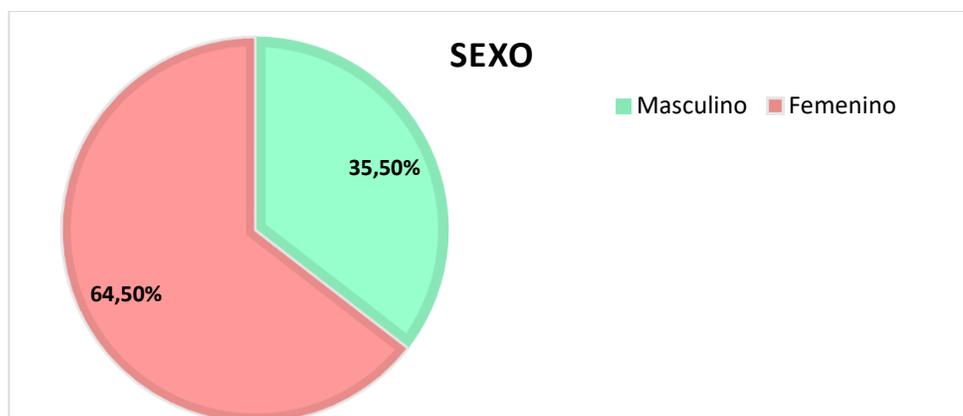
En la gráfica se observó la distribución de los escolares según grupos de edades, predominando el grupo de 7 años con 71% de los escolares, le sigue el grupo de edades de 8 años con 16,1%, la menor proporción se encuentra en 9 años con un 3,2%. (Gráfica 73).



La Figura 73, muestra el porcentaje de la edad según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Figura 74. Distribución de escolares según sexo.

En la gráfica se observó que la gran mayoría de escolares corresponde a sexo femenino 64,50% (Gráfica 74).

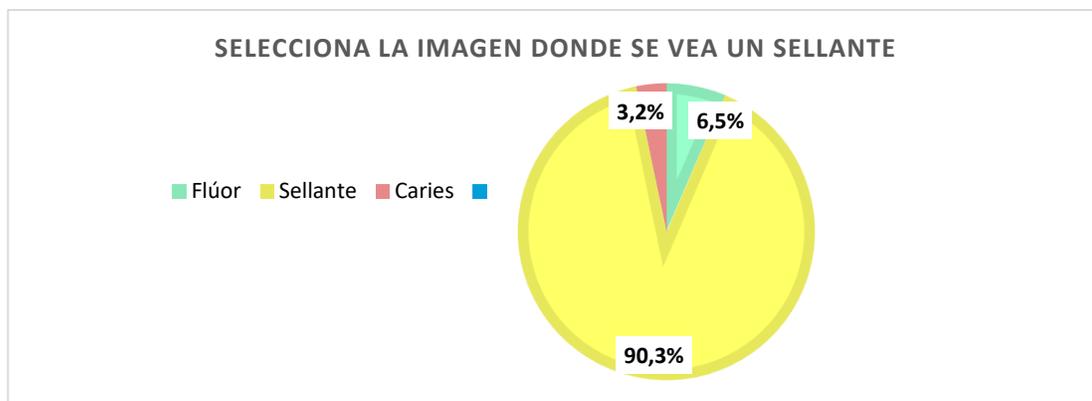


La Figura 74, muestra el porcentaje del género según las respuestas obtenidas en el cuestionario. Autoría propia.

Conocimientos en salud oral de los niños después de la intervención.

Figura 75. Sellante.

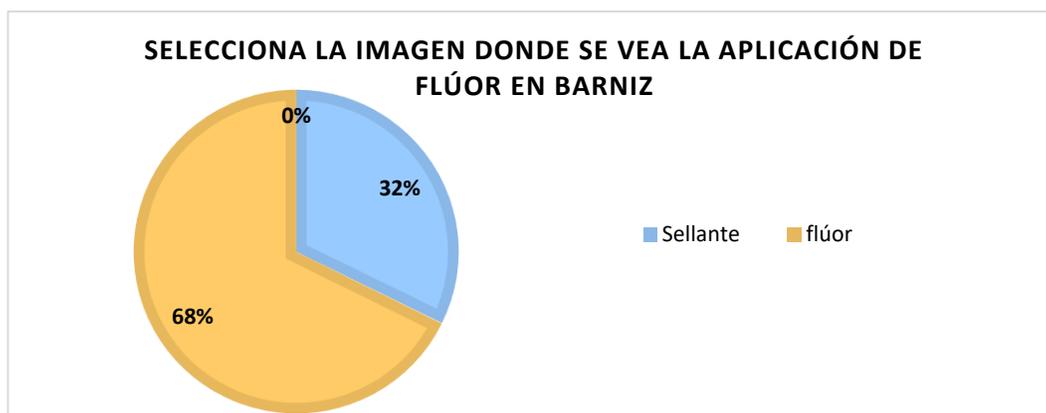
En la gráfica se observó que el 90,3% de los escolares selecciono el sellante, seguido de flúor con un 6,5%, la menor proporción se encuentra en caries con un 3,2% (Gráfica 75).



La Figura 75, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 76. Aplicación de Flúor en barniz.

El 68% de los escolares marco el flúor en barniz y el 32% marco el sellante (Gráfica 76).



La Figura 76, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 77. Caries dental.

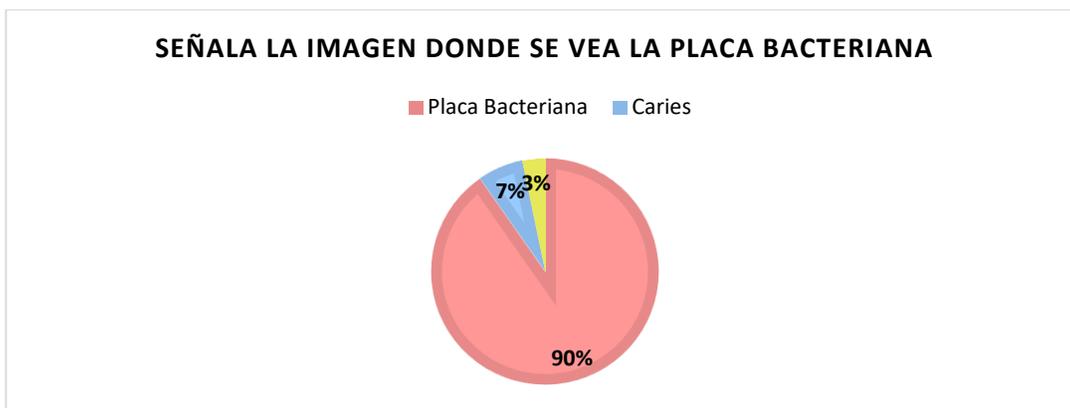
En la gráfica se observa que el 97% de los escolares marco la caries y el 3% marco el flúor (Gráfica 77).



La Figura 77, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 78. Placa bacteriana.

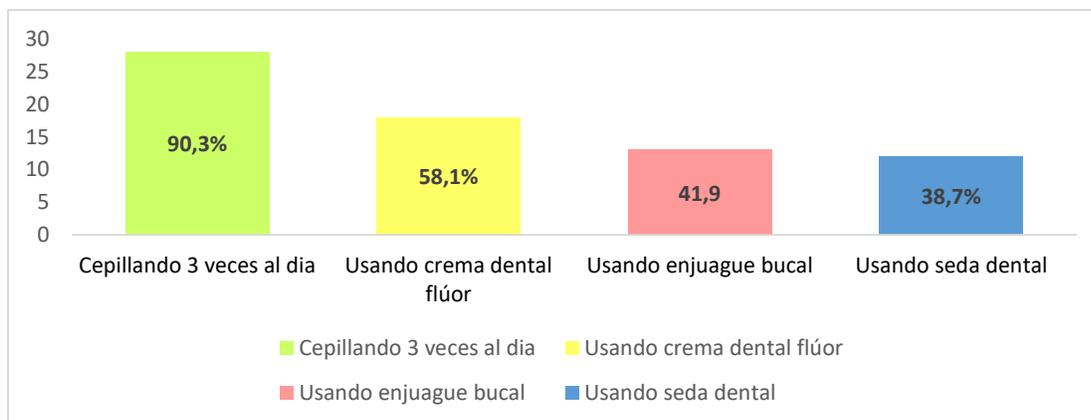
El 90% de los escolares señaló la placa bacteriana, le sigue el 7% que corresponde a la caries, obteniendo de menor proporción con un 3% (Gráfica 78).



La Figura 78, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 79. Como combatir la placa bacteriana.

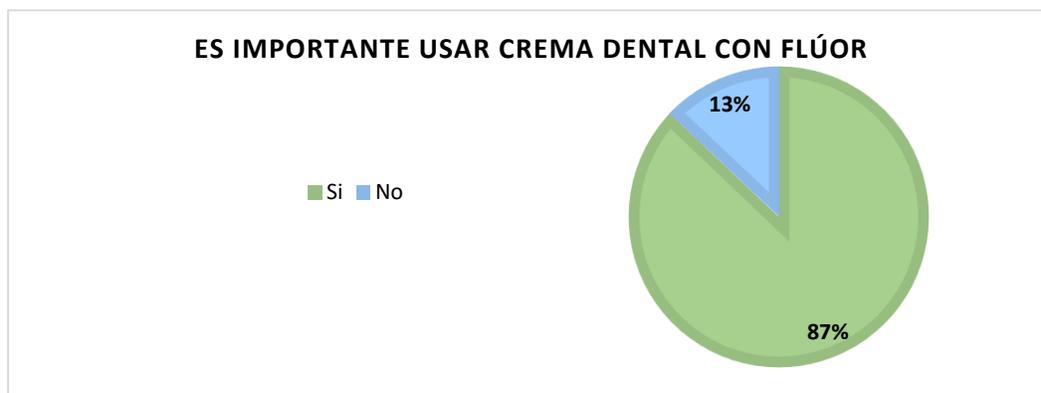
En la gráfica se puede observar que el 90,3% de los escolares combate la placa bacteriana cepillándose 3 veces al día, le sigue el 58,1% que corresponde a usar crema dental con flúor, obteniendo de menor proporción con un 38,7% uso de seda dental (Gráfica 79).



La Figura 79, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 80. Importancia de la Crema dental con flúor.

En la gráfica se observa que el 87% de los escolares creen que es importante usar crema dental con flúor, con menor proporción de 13% que no creen que es importante (Gráfica 80).



La Figura 80, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 81. Cepillado diario.

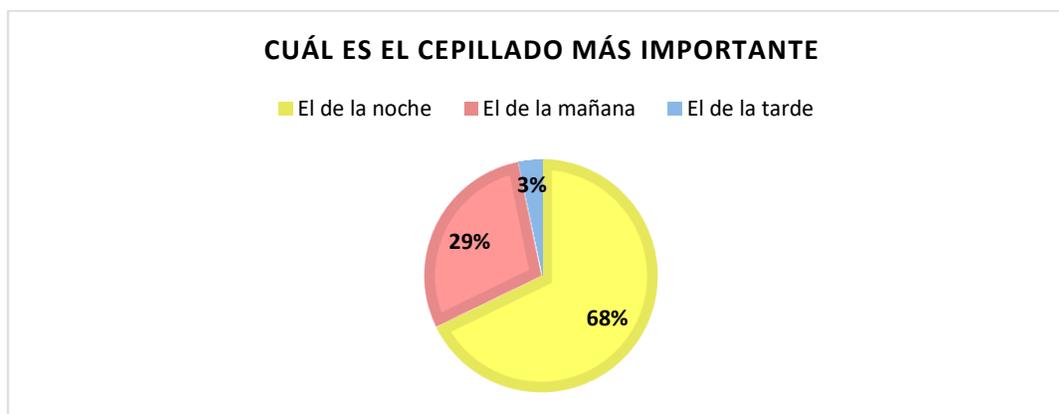
En la gráfica se observa que el 100% de los escolares se cepilla los dientes 3 veces o más (Gráfica 81).



La Figura 81, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la séptima pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 82. Cepillado más importante.

El 68% de los escolares creen que el cepillado más importante es el de la noche, seguida de 29% creen que el de la mañana es importante, con menor proporción de 3% el cepillado de la tarde (Gráfica 82).



La Figura 82, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la octava pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 83. Sellante y flúor.

El 100% de los escolares marcaron que el sellante y el flúor sirven para proteger a los dientes de caries (Gráfica 83).



La Figura 83, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la novena pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 84. Enfermedades orales comunes.

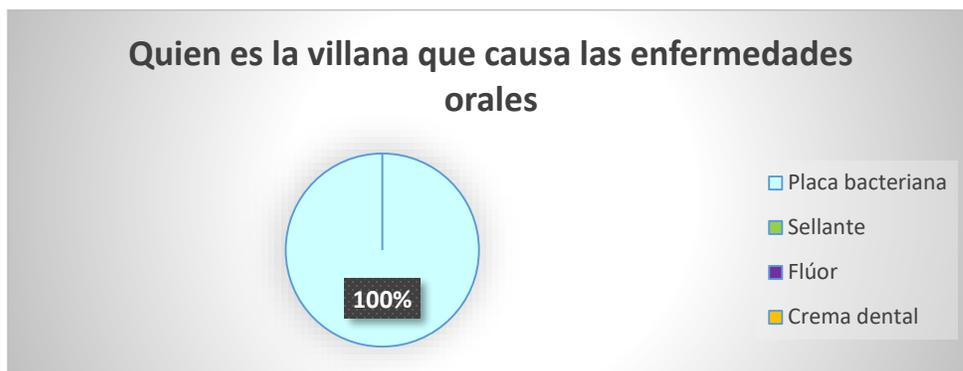
En la gráfica se observa que el 65% de los escolares seleccionaron que la enfermedad más común es la caries, seguida de la placa bacteriana con un 32%, la menor proporción se encuentra en un 3% en periodontitis (Gráfica 84).



La Figura 84, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la décima pregunta de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 85. *Quien causa las enfermedades orales.*

En la gráfica se observa que el 100% de los escolares seleccionaron la placa bacteriana como la causa de las enfermedades orales (Gráfica 85).



La Figura 85, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la pregunta once de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 86. *Dulces y bebidas azucaradas.*

En la gráfica se observa que el 81% de los escolares seleccionaron que los dulces y bebidas azucaradas no ayudan a los dientes a estar sanos y fuertes, la menor proporción se encuentra en un 19% que seleccionaron que sí (Gráfica 86).



La Figura 86, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la pregunta doce de conocimientos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Hábitos de Higiene oral de los niños después de la intervención

Figura 87. Comidas que dañan los dientes.

En la gráfica se observa que el 100% de escolares seleccionaron los dulces y bebidas azucaradas como las comidas que dañan los dientes (Gráfica 87).



La Figura 87, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la primera pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 88. Dientes sanos y fuertes.

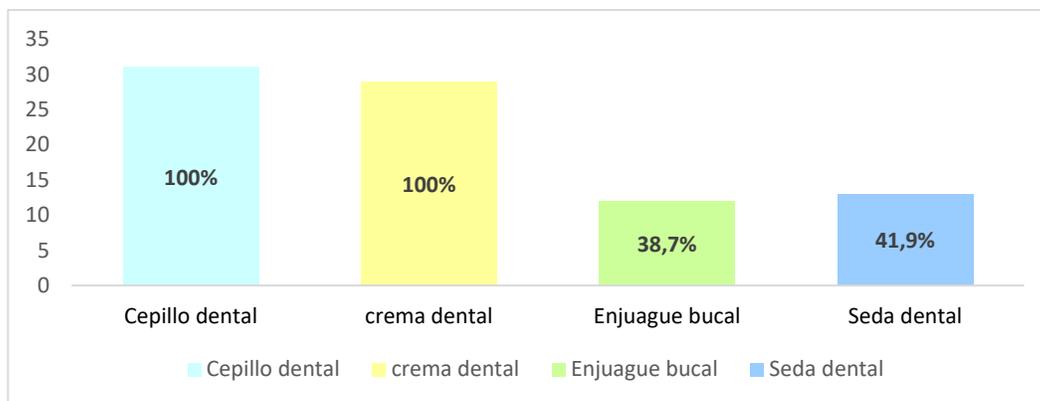
En la gráfica se observa que el 94% de los escolares seleccionaron que cepillarse los dientes los hará más sanos y fuertes, con menor proporción de 6% en comer dulces (Gráfica 88).



La Figura 88, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la segunda pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 89. Elementos para higiene oral.

En la gráfica se observa que el 100% de los escolares seleccionaron cepillo dental como el elemento que más deben usar para la higiene oral, el 93,5% seleccionaron crema dental, con una menor proporción 38,7% seleccionaron enjuague bucal (Gráfica 89).



La Figura 89, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la tercera pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 90. Diente enfermo.

En la gráfica se observa que el 97% de los escolares marcaron el diente enfermo, con menor proporción 3% diente sano (Gráfica 90).



La Figura 90, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la cuarta pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 91. Diente sano.

En la gráfica se observa que el 100% de los escolares seleccionaron el diente sano (Gráfica 91).



La Figura 91, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la quinta pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 92. Caries dental.

En la gráfica anterior se observa que el 100% de los escolares marcaron que la caries dental se come el diente y lo enferma (Gráfica 92).



La Figura 92, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la sexta pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 93. Importancia de lavarse los dientes.

En la gráfica se observa que el 97% de los escolares marcaron que es importante lavarse los dientes después de cada comida y en menor proporción marcaron 3% que no es importante (Gráfica 93).



La Figura 93, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la séptima pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 94. Cepillar los dientes después de cada comida.

En la gráfica se observa que el 55% de los escolares seleccionaron que es importante cepillarse los dientes después de las comidas, con menor proporción de 6% que seleccionaron no (Gráfica 94).

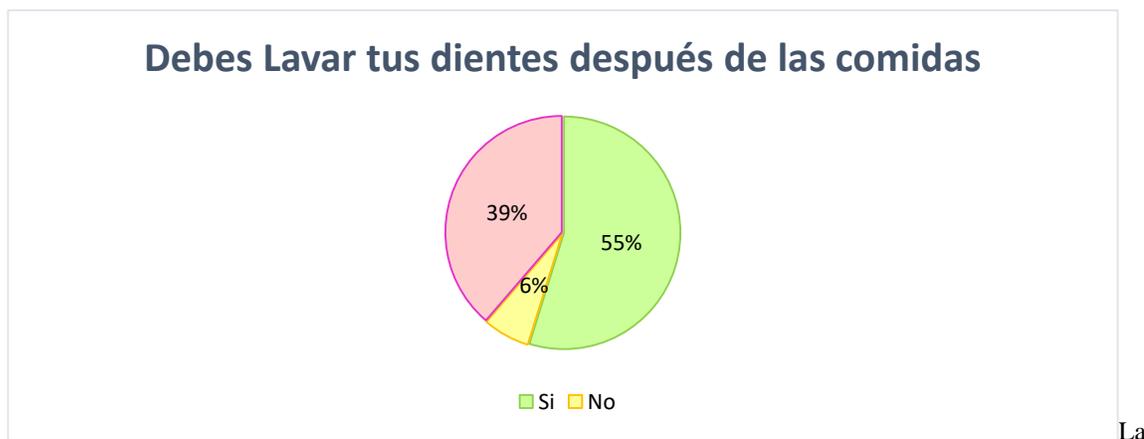
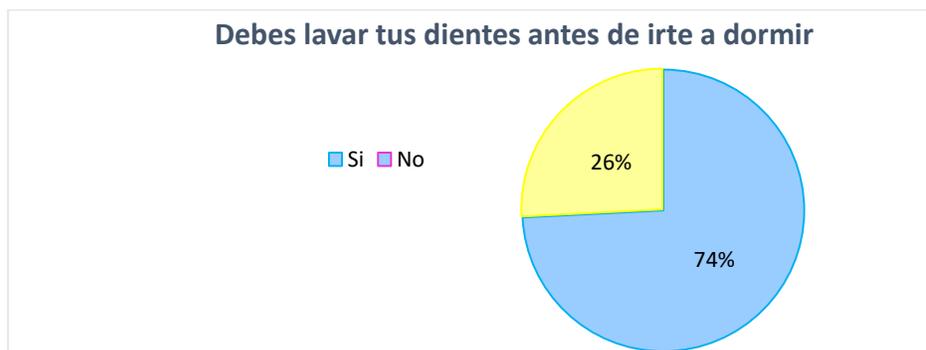


Figura 94, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la octava pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 95. Cepillarse los dientes antes de dormir.

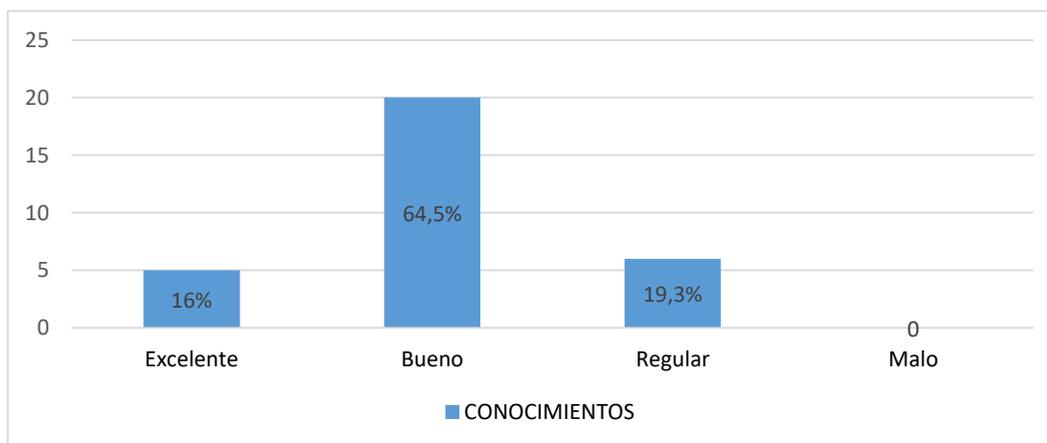
En la gráfica se observó que el 74% de los escolares indicaron que deben lavar sus dientes antes de dormir, seguido de 26% que indico a veces (Gráfica 95).



La Figura 95, muestra el porcentaje de las respuestas obtenidas en la novena pregunta de hábitos formulada en el segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 96. Clasificación de conocimientos de los escolares después de la intervención

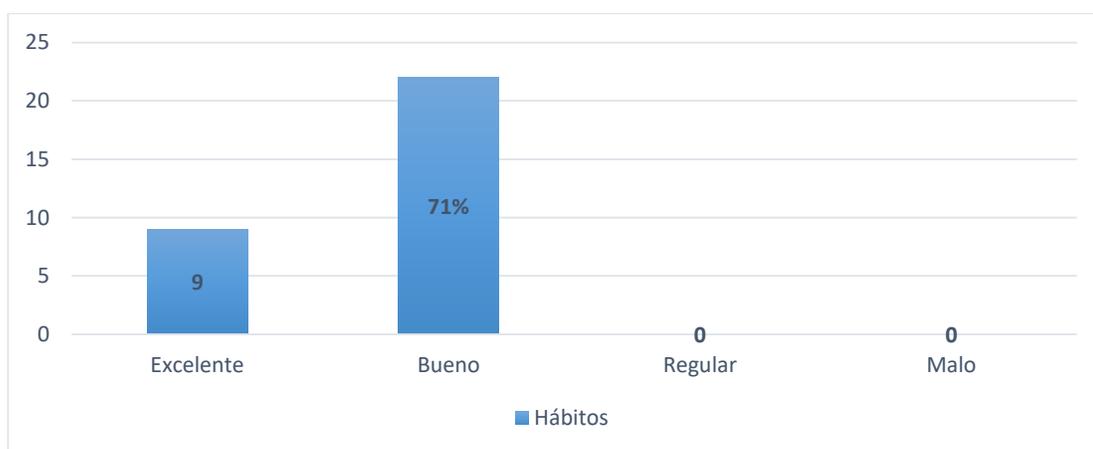
De los 31 niños que participaron en el segundo cuestionario de conocimientos sobre salud oral, 16% de ellos, fueron calificados con excelentes conocimientos sobre salud oral, al responder correctamente entre 12 preguntas; bueno el 64,5% y regular 19,3%. (Figura 96).



La Figura 96, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos sobre salud oral del segundo cuestionario. Autoría propia.

Figura 97. Clasificación de conocimientos en Hábitos orales de los escolares después de la intervención

De los 31 niños que participaron en el segundo cuestionario de conocimientos sobre Hábitos de higiene oral, 29 % de ellos, fueron calificados con excelentes conocimientos sobre hábitos, al responder correctamente entre 9 preguntas; bueno el 71 % con 8 preguntas de conocimientos sobre hábitos correctamente respondidas (figura 97).



La Figura 97, muestra los porcentajes de la clasificación de conocimientos sobre hábitos del segundo cuestionario. Autoría propia.

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos - Inicial * Nivel de conocimientos - Final

		Nivel de conocimientos - Final			Total
		Regular	Bueno	Excelente	
Nivel de conocimientos – Inicial	Regular	0	3	5	8
	Bueno	1	18	19	38
	Excelente	3	1	3	7
Total		4	22	27	53

Figura 98. Comparativo del nivel de conocimiento en los padres

Se observó que antes de la implementación de las estrategias la mayoría de los padres 72% tuvieron buenos conocimientos, un 13% excelentes, y en comparación con el segundo cuestionario aplicado después de las intervenciones se observó que el nivel de conocimiento aumento obteniendo un 51% de conocimientos excelentes y un 42% de buenos conocimientos. (Figura 98)

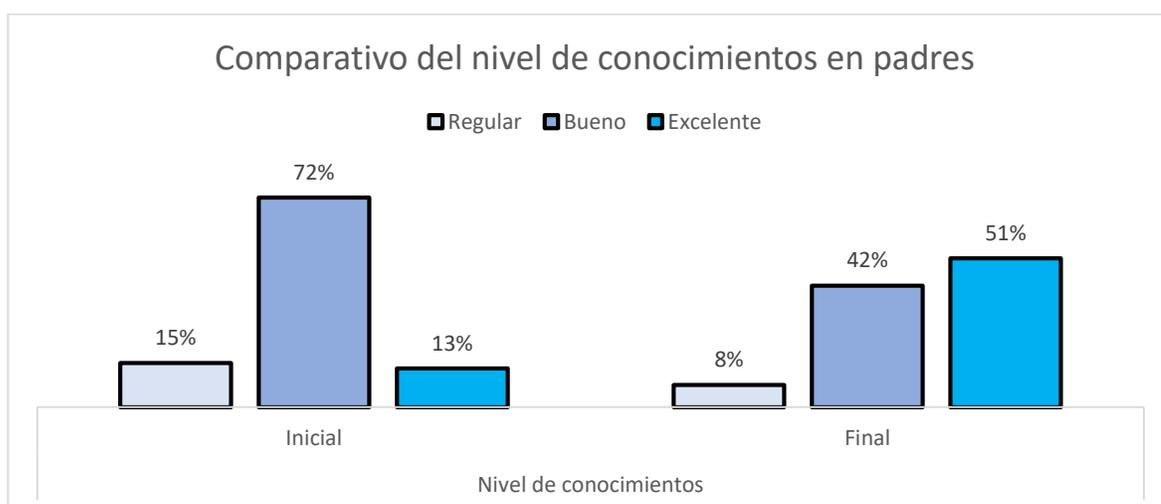


Figura 98, muestra los porcentajes del comparativo del nivel de conocimiento inicial con el final en los padres.

Autoría propia.

Tabla de contingencia Nivel de prácticas - Inicial * Nivel de prácticas - Final

		Nivel de prácticas - Final				Total
		Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Nivel de prácticas – Inicial	Malo	1	2	5	9	17
	Regular	1	5	11	4	21
	Bueno	0	1	10	4	15
Total		2	8	26	17	53

Figura 99. Comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral

Se observó que antes de la implementación de las estrategias la mayoría de los padres el 40% tenían hábitos regulares, un 32% tenía malos hábitos y 28% tenían buenos hábitos, y en comparación con el segundo cuestionario aplicado después de las intervenciones se observó que el nivel de conocimiento en hábitos de salud e higiene oral aumento obteniendo una calificación de bueno el 49% y excelente el 32%. (Figura 99)

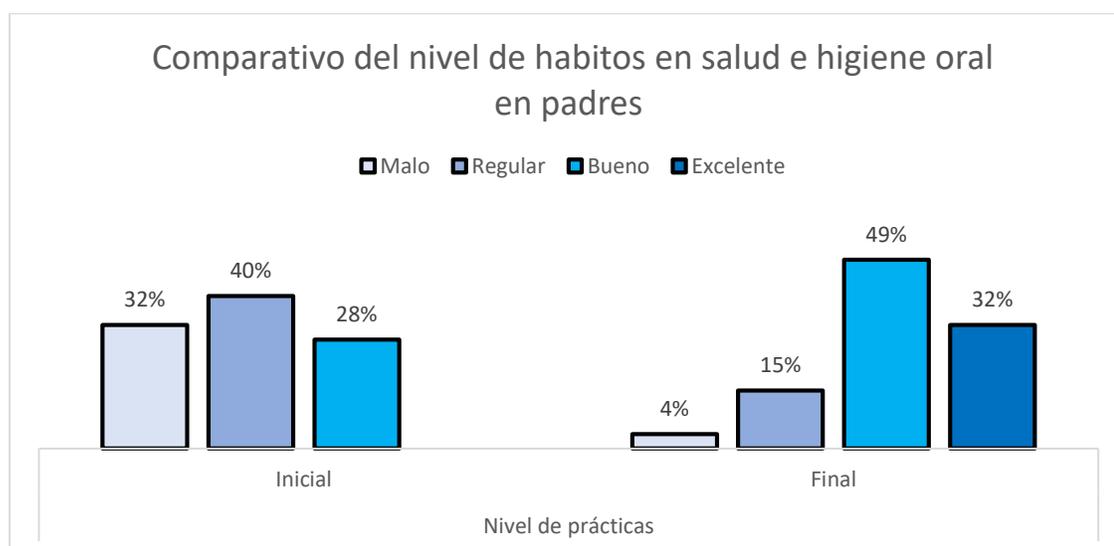


Figura 99, muestra los porcentajes del comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral inicial con el final en los padres. Autoría propia.

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos - Inicial * Nivel de conocimientos - Final

		Nivel de conocimientos - Final			Total
		Regular	Bueno	Excelente	
Nivel de conocimientos - Inicial	Regular	1	0	0	1
	Bueno	0	6	1	7
	Excelente	5	14	4	23
Total		6	20	5	31

Figura 100. Comparativo del nivel de conocimientos en niños

Se observó que antes de la implementación de las estrategias la mayoría de los niños 74,2% tuvieron excelentes conocimientos, un 22,6% buenos conocimientos, y en comparación con el segundo cuestionario aplicado después de las intervenciones se observó que el nivel de conocimiento disminuyó un poco obteniendo un 64,5% de conocimientos buenos y un 16,1% de conocimientos excelentes y un 19,4% conocimientos regulares, esto se presentó debido a que en el 2do cuestionario se implementaron más conocimientos por lo mismo hubieron más preguntas.(Figura 100)

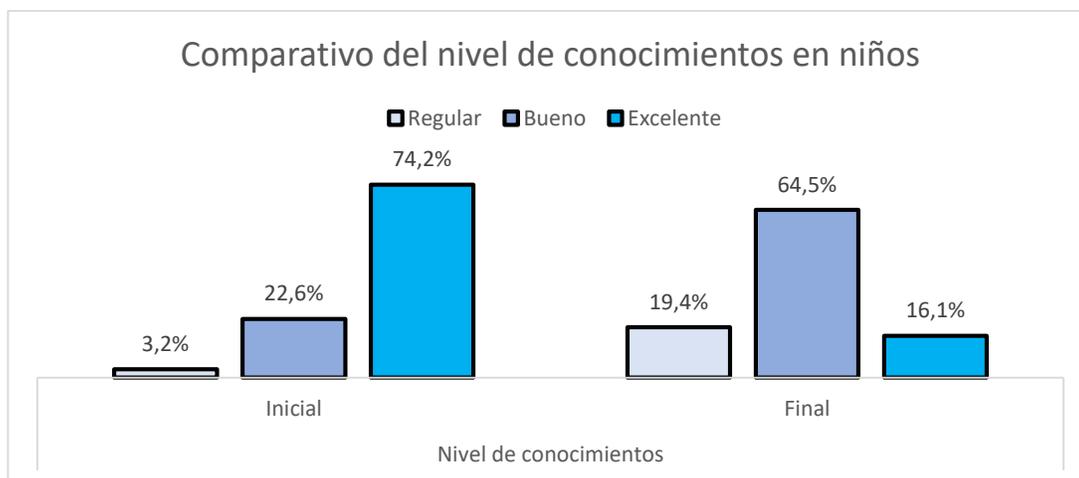


Figura 100, muestra los porcentajes del comparativo del nivel de conocimiento inicial con el final en los niños. Autoría propia.

Tabla de contingencia Nivel de prácticas - Inicial * Nivel de prácticas - Final

		Nivel de prácticas - Final		Total
		Bueno	Excelente	
Nivel de prácticas - Inicial	Malo	10	3	13
	Regular	8	2	10
	Bueno	4	4	8
Total		22	9	31

Figura 101. Comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral en niños

Se observó que antes de la implementación de las estrategias la mayoría de los niños el 41,9% tenían hábitos malos, un 32,3% tenía hábitos regulares y 25,6% tenían buenos hábitos, y en comparación con el segundo cuestionario aplicado después de las intervenciones se observó que el nivel de conocimiento en hábitos de salud e higiene oral aumento obteniendo una calificación de bueno el 71% y excelente el 29%. (Figura 101)

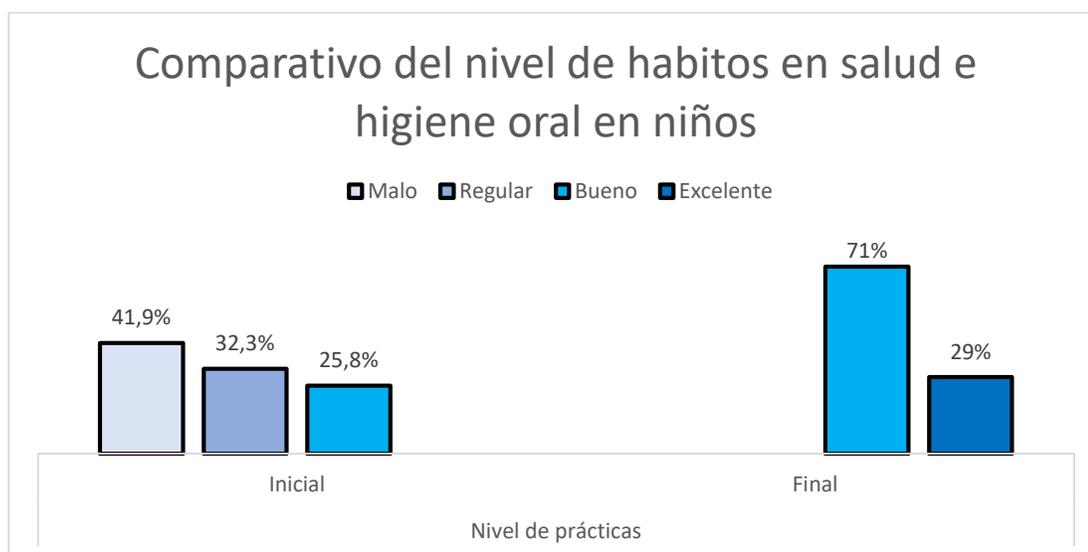


Figura 101, muestra los porcentajes del comparativo del nivel de hábitos en salud e higiene oral inicial con el final en los niños. Autoría propia.

Discusión

En las poblaciones infantiles, es muy importante empezar a educarlos en buenos hábitos de higiene oral y también sobre las enfermedades orales que se puedan presentar como consecuencia de una mala práctica de higiene oral, esto ya que en dicha población a estas edades tempranas los niños están aprendiendo y creando hábitos y costumbres, entonces de esta forma y mediante actividades lúdicas y pedagógicas con juegos, dibujos, etc., se puede empezar a inculcar hábitos saludables de higiene oral y también educarlos en cómo ayudar a prevenir las enfermedades orales. También, es importante inculcar en la población la importancia del auto cuidado, del 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 esté en contacto directo con el niño (Serrano, Arévalo y Hernández, 2019)

En el presente trabajo se encontró que en la mayoría de los participantes predominó el sexo femenino con un 93%. Este estudio fue similar a uno realizado en México por Gonzales y col, 2019, en donde también la mayoría de los padres encuestados correspondieron al sexo femenino. Esto nos indica que la mayoría son madres de familia las que están más pendientes de sus hijos, también por lo que la mayoría de las madres en estas poblaciones son amas de casa y están dedicadas a cuidar a sus hijos, y se pueden considerar como la principal proveedora de información para el niño (Carrasco, 2009)

En el presente trabajo se evidenció que la mayoría de los encuestados tienen un ingreso económico de 1 salario mínimo legal vigente, correspondiendo al 47%, también hubo un 42% que obtienen menos de 1 salario mínimo. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Díaz, Arrieta y Ramos en 2018 en Cartagena de Indias, Colombia, en el cual también se evidenció que

la mayoría de los padres encuestados obtenían ingresos económicos bajos de menos de 1 salario mínimo. Es claro suponer que las familias con estas condiciones no dispondrían de medios o recursos suficientes para invertir en su salud oral (Díaz y González, 2010)

En el presente estudio se encontró en cuanto al estrato socioeconómico que el 54,4% de los padres de familia son de estrato 1. Estos resultados coincidieron con los obtenidos en un estudio realizado por Martínez, Sierra y Morales en Colombia 2011, donde también midieron el estrato socioeconómico de los padres y el más frecuente fue el uno (nivel bajo) con un 45.0%. Esto ya que, a la mayoría de las Instituciones Educativas Públicas acuden poblaciones de bajos recursos, entre estratos 1 y 2 (Zuluaga y Bonilla, 2005). El presente estudio fue realizado en una Institución Educativa Pública perteneciente a un sector donde habitan personas entre estrato bajo y medio.

En el presente estudio se encontró que la Ocupación de los padres de familia la mayoría correspondió a amas de casa con un 35%. Esto coincide con un estudio realizado por Carrasco en Perú 2009, en donde la actividad económica fue amas de casa con un 44,09%. En el caso de las madres, se observa que un gran porcentaje de ellas se dedican a las labores domésticas, donde el sustento económico de la familia proviene principalmente del padre. Este dato es concordante con lo reportado para las mujeres a nivel urbano en el país (Carrasco, 2009)

En el presente trabajo se evidenció en cuanto al tipo de afiliación en salud que la mayoría de los padres se encuentran afiliados en el régimen subsidiado con un 44%, un 11% tiene sisbén y un 12% no está afiliado. Sin embargo, en otro estudio realizado por Martínez, Sierra y Morales en Colombia 2011, con relación al régimen de salud al que se encontraban afiliados en núcleo familiar, el contributivo fue el de mayor frecuencia, con 51.0%. esto puede deberse a que en la muestra estudiada la mayoría pertenecen al estrato 1 y también, en cuanto a los ingresos

económicos la mayoría gana entre 1smly y otros menos de 1smly, por este motivo no tendrían capacidad de pago para pertenecer a régimen contributivo (Fresneda, 2003)

En esta investigación se encontró que en el nivel de educación de los padres encuestados el más frecuente fue básica secundaria con un 51%, lo que coincide con un estudio realizado por Carrasco en Perú 2009, en el cual también se evaluó el nivel educativo alcanzado por los padres de familia y se encontró que el 53,85% realizaron sus estudios hasta la secundaria. Lo que representa que la mayoría no tiene una educación superior, esto puede ser por la falta de acceso a esta o por motivos económicos (Zuluaga y Bonilla, 2005)

En el presente estudio se evidenció con respecto a la pregunta de conocimiento de medidas para prevenir caries que el 53% de los encuestado conoce todas las medidas mencionadas en la pregunta para prevenir la caries. Sin embargo, en un estudio similar realizado por Lazo R, en el Chocó en 2019, en el cual se analizó el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de caries dental, en el cual se obtuvo un conocimiento regular. Es importante que los padres/madres tengan un buen conocimiento sobre medidas preventivas para evitar la presencia de enfermedades bucales en los niños (Cupé y García, 2015)

En un estudio realizado en Ecuador, por Narváez y Tello, 2017, en el cual se evaluó el conocimiento sobre el concepto de caries dental en padres de familia, se observó que el 86,7% contestaron correctamente esta pregunta. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en el presente trabajo en el cual también se evidencio en la pregunta ¿qué es la caries dental? Realizada a los padres de familia que el 98% de ellos, respondieron correctamente, esto indica que casi el 100% de los padres de familia tienen un buen conocimiento con respecto a esta pregunta.

En el presente trabajo se evidenció en relación a la pregunta ¿Qué es lo más recomendado en el cepillado dental de los niños? La mayoría de los padres de familia el 93% señaló la respuesta

los padres deben supervisor o acompañar el cepillado dental de sus hijos, la cual es correcta. Sin embargo, en un estudio realizado por López et al en Madrid, en donde se preguntó a los padres de familia si ellos realizaban el cepillado de los dientes a sus hijos a lo que el 77,9% dijo no, lo que quiere decir que los niños se cepillan solos, sin ayuda de sus padres. Es importante acompañar el cepillado dental de los niños, para saber si se están cepillando bien los dientes o no y también para corroborar que no se traguen la crema dental (López et al, 2002)

En el presente trabajo se evidenció con respecto a la pregunta: ¿Qué consecuencias tendría que los niños duerman con el tetero en su boca? El 93 % de los padres respondió que el niño estará más expuesto a tener caries, lo que es correcto. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado en Quito, Ecuador por Narváez y Tello, en donde evaluaron el biberón nocturno como factor de riesgo de caries y el 66,7% respondió correctamente. Esto indica que tiene un buen conocimiento, ya que el uso de biberón nocturno adicionado con azúcares y carbohidratos es un factor de riesgo directo para la caries de la infancia temprana (Carrera et al, 2018)

En el presente trabajo de grado se evidenció con respecto a la pregunta: ¿A qué edad se deben empezar a cepillar los dientes? el 70% de los encuestados respondió: Desde que le sale su primer diente de leche, siendo la respuesta correcta. Sin embargo, en un estudio similar realizado por Martínez, Estrada, Martín y Boj, en Barcelona, 2000, en el cual se evaluó a qué edad se empezaron a cepillar los dientes sus hijos, la mayoría de los padres respondió a los 3 años, lo que es un poco tarde teniendo en cuenta que los dientes empiezan a erupcionar a los 6 meses de edad. Es muy importante la edad a la que se inicia el cepillado dental para poder mantener la salud oral en los niños, por lo que en varios estudios se ha considerado la edad a la que se inicia el cepillado dental

como un factor de riesgo para el desarrollo de caries. Por otro lado, se recomienda empezar el cepillado dental una vez erupciona el primer diente (Martínez, Estrada, Martin y Boj, 2000)

En la presente investigación con respecto a la pregunta: ¿A partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor? se observó que la mayoría de los padres respondió a los 5 años 46%. Sin embargo, en un estudio similar realizado por Fortich et al, en Cartagena, Colombia, 2020, en el cual evaluaron edad para usar crema con flúor, el 29,9% de los padres consideraron que la edad para utilizar crema dental con flúor es cuando salen todos los dientes temporales. Se recomienda el uso a partir de los 2 años, donde el niño ya haya aprendido a escupir y no haya riesgo de que se trague la crema, de igual forma, es importante el acompañamiento de los padres en la dosificación y supervisión del cepillado (Martínez et al, 2017)

En el presente trabajo según los resultados obtenidos se observó que a la pregunta ¿Qué función cumplen los dientes de leche? el 98% respondió que Guardan espacio para los dientes permanentes. Este estudio coincide con un estudio realizado en Villa clara, por Pérez, Toledo y Ortega, 2013, en el cual se evaluó la importancia de la dentición temporal y se pudo observar que el 93.5% de las mujeres presentaba un conocimiento parcial. Se considera que el desconocimiento acerca de la función de esta dentición no les permite darle el valor que tiene para el crecimiento y el desarrollo del niño o de la niña al no prestarle los cuidados necesarios (Pérez, Toledo y Ortega, 2013)

En un estudio realizado en Itsmina, Choco, Colombia en 2013 se evidenció que, en cuanto a la utilización de implementos de higiene bucal en la población de estudio, los resultados indicaron que el uso del cepillo de dientes fue generalizado, caso contrario al uso que tuvo la seda dental, en la que se observó un bajo porcentaje. Lo anterior concuerda con los resultados obtenidos en el presente trabajo de grado, ya que también se evidencio un alto porcentaje en el uso de cepillo y crema dental y un bajo porcentaje en la utilización de seda dental y enjuague. Esto nos indica que

el uso de la seda dental y enjuague bucal son poco usados en estas comunidades por su alto costo frente a una familia con bajos ingresos socioeconómicos (Díaz, Arrieta y Ramos, 2018)

En el presente trabajo de grado se observó respecto a la pregunta ¿Con que frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo? El 49 % de los encuestados respondió de 1 a 3 meses. En un estudio similar realizado Por Meza en Oaxaca, México en 2019, en el cual se evaluó la frecuencia de cambio de cepillo de dientes, los encuestados en su mayoría respondieron de 2 a 6 meses en un 57.0%. Se aconseja cambiar de cepillo dental al menos cada 3 meses ya que las cerdas se desgastan y ya no cumplen su función, así mismo puede hacer re contaminación de agentes infecciosos orales (Meza, 2019).

En la presente investigación se observó con respecto a la pregunta ¿con que frecuencia acompaña en el día el cepillado de los dientes de su hijo? El porcentaje mayor fue de 33,3% que correspondió a 2 veces al día. En un estudio similar realizado por López et al en Madrid, en el cual se evaluó la pregunta ¿Cuántas veces se cepilla los dientes su hijo/hija? El 54,4% de los padres respondió más de una vez al día. Esto indica que la mayoría de los niños no realiza lo 3 cepillados diarios que se recomiendan, por lo que se ha demostrado que el efecto del cepillado infrecuente (menos de dos veces al día) incrementa la incidencia de lesiones cariosas sobre todo en dentición primaria (Meza, 2019).

En este trabajo se encontró con respecto a en que momento del día se cepilla los de dientes su hijo, el 56,1 % de los encuestados respondió que el momento de cepillado de su hijo es Después de las comidas. Este estudio coincide con uno realizado por Silvina, en Argentina en 2018, en donde se evaluó el momento del cepillado de los dientes a lo que el 87,4% del total de los participantes declararon que se cepillan los dientes antes de dormir y el 66,7% que lo hacen

después de las comidas. El elevado porcentaje de individuos que tienen un hábito correcto, podría deberse a que el cepillado dental es una práctica socialmente aceptada (Silvina, 2018)

En el presente trabajo se observó con respecto a la pregunta ¿Con que frecuencia lleva a su hijo a consulta odontológica? La mayoría de los padres 49,1% respondió que llevaban a sus hijos a citas odontológicas de 7 a 12 meses. En un estudio similar realizado Por Meza en Oaxaca, México en 2019 en el cual se evaluó Respecto a la frecuencia de ir al dentista los encuestados mencionaron en un 33.9%, acudir cada 6 meses. Con estos hallazgos se observa que la mayoría no llevan a sus hijos adecuadamente a los controles, la Academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda un intervalo de 6 meses para las visitas odontológicas preventivas, pero un intervalo de 24 meses puede resultar una mayor incidencia de caries dental en los niños (Meza, 2019)

En el presente trabajo de grado con respecto a la pregunta selecciona los hábitos orales que mantienen sus hijos, se observó que la mayoría no tienen ningún habito con 42,1%, seguido por Onicofagia con un 29,8%, Bruxismo con un 26,3%, respiración oral con un 21,1%, y succión digital con un 8,8%. Sin embargo, en un estudio realizado por Chumi y Pinos en Ecuador en 2014, en el cual evaluó la prevalencia de hábitos orales, en niños de 3 a 9 años de edad y los resultados obtenidos fueron el 24% tienen el hábito de introducción de objetos, un 17% onicofagia, 16% hábito de postura, 15% habito respiración bucal, 14% succión digital, 9% deglución atípica, 5% interposición labial. Esto nos indica que hay muchos niños que presentan hábitos orales deformantes, la variabilidad observada en este comportamiento puede deberse a que este tipo de hábitos se ven influenciados por factores condicionantes como el estilo de vida, la falta cuidado de los padres, etc. y por lo tanto los niños tiene una probabilidad de desarrollar cualquier tipo de hábito oral (Chumi y Pinos 2014).

En esta investigación en cuanto a la pregunta: Selecciona las prácticas de prevención en salud oral que le han aplicado a su hijo, el odontólogo, se observó que la mayoría de los padres, 49,1 %, seleccionó flúor como la práctica de prevención en salud oral, que le ha aplicado el odontólogo, seguido por Calzas con un 31,6%, ninguna con un 26,3%, sellantes con un 24,6%, exodoncias con un 14% y en otros respondieron solo limpieza que corresponde a 1,8%. Estos resultados son similares a los de un estudio realizado por López et al en Madrid, en el cual se evaluó las preguntas ¿le han aplicado flúor a su hijo/a en el dentista? A lo que respondieron los padres SI un 29,4% y NO un 70,6%, también en otra pregunta ¿le han realizado alguna extracción a su hijo? Un 12,5% dijo SI y un 87,5% dijo NO. Con estos hallazgos se resalta que la mayoría han recibido atención odontológica lo cual es importante, ya que, no solo se hace para solucionar problemas odontológicos sino también para lograr una buena salud oral, resaltando la importancia de cuidar los dientes deciduos (Muños y Mattos, 2015)

En el presente trabajo se evaluaron los conocimientos en salud oral de los padres encuestados en relación a las respuestas correctas a las preguntas del cuestionario y se observó que de los 57 padres que participaron en la primera encuesta de conocimientos, 12,3% tuvieron un conocimiento excelente, ya que respondieron correctamente las 7 preguntas, 75,4% fueron calificados con buenos conocimientos el responder correctamente entre 5 y 6 preguntas y regular un 12,3% al responder correctamente solo 4 preguntas. Estos hallazgos coinciden con un estudio similar realizado por Ferreira et al en San Lorenzo, Paraguay 2016, en el cual también se evaluó el nivel de conocimientos en salud e higiene oral de las madres de los niños y se observó en la encuesta realizada a las madres, que el nivel de conocimientos general fue: 19,0% alto, el 60,0% medio y 21,0% bajo. Por lo tanto, al conocer los niveles de conocimientos de las madres/padres sobre salud

bucal; implica asegurarse que los niños tengan un padre con buen conocimiento sobre medidas preventivas para evitar enfermedades bucales (Cupé y García, 2015).

Por otro lado, en este trabajo también se evaluó las prácticas o hábitos en salud e higiene oral que tienen los padres de familia con sus hijos y se observó que de los 57 padres que participaron en la primera encuesta de prácticas de higiene oral, 37 % de ellos, fueron calificados malas prácticas, al responder correctamente menos de 4 preguntas; con prácticas buenas el 31,6 % de los padres, como regulares el 26,3 % y apenas 5,3 % fueron calificados como excelentes, al responder correctamente todas las preguntas. Sin embargo, en un estudio realizado por Martignon en Bogotá, Colombia en 2008, en el cual también se evaluaron las prácticas en salud oral realizadas por los padres y los resultados obtenidos fue que tenían prácticas aceptables. Los resultados evidencian la necesidad de orientar a los padres hacia conductas más favorables hacia sus hijos, esto ayudará a conservar una buena salud bucal (Sence y Sánchez, 2009)

En el presente trabajo se encontró que en la mayoría de los participantes escolares la edad promedio fue de 7 años, siendo el 64,50 de sexo femenino y 35,50% masculino. Un estudio realizado por Bosch, Rubio y García en 2012, se encontraron resultados que reflejan un mayor porcentaje mayor en niñas que en niños. Esto indica que las niñas se interesan más por participar en charlas sobre el cuidado de la salud oral y están más concentradas en este tipo de actividades.

En este estudio se ha identificado que un 22% de los niños se cepillan una sola vez al día los dientes, resultando similar al encontrado por Rodríguez Vázquez y cols. Con un 15,9% para escolares de 5 a 8 años de edad de un área básica de salud de la comunidad de Madrid. Otro estudio, realizado por López Bermejo Et al. 2012, identificaron un 18,4% de los niños de la muestra. Mayores diferencias se encontraron al comparar los resultados de este estudio con los de Llena

Puig y cols. En 2005 en un grupo de niños de la comunidad Valenciana, donde el 50% solo se cepillaba 1 vez diariamente. Esto se debe a la falta de conocimiento y el saber la importancia de la higiene oral que deben tener los niños, también es muy importante que estén supervisados por un adulto, especialmente su padre y/o acudiente, ya que les dará más seguridad y es mejor si lo hacen cada vez que ellos se cepillen, así evitará que les dé pereza realizar el cepillado ellos solos y estarán más motivados si lo hacen en compañía de su padre/madre.

En el presente trabajo se encontró que el 100% de los niños contestó que comer dulces y bebidas azucaradas dañan los dientes, resultando similar al encontrado por Bosch, Rubio y García en 2012, el 82% contestó que comer dulces se relacionaba con problemas en los dientes. El 90% de los niños seleccionaron la caries como un animalito que daña los dientes y lo enferma. En otro estudio realizado por Martínez, Potes, Vázquez y López, 2017 se encontró que el 78% de los escolares conocían que es la caries. Esto indica que a pesar de que los niños sepan que los dulces y bebidas azucaradas dañan los dientes, pero aun así consuman este tipo de alimentos, esto se debe a la falta de acompañamiento de su padre y/o acudiente ya que son ellos los que deben ayudarles a modificar ese hábito, inculcándoles un buena higiene oral después de ingerir estos alimentos.

En este trabajo se evidenció que el 99% de los niños contestaron que cepillarse los dientes los hará más sanos y fuertes, resultado similar al de Bosch, Rubio y García en 2012, en el que se encontró que el 84% de los encuestados contestaron que consideraban la higiene oral algo muy importante, para tener los dientes sanos. Esto quiere decir que teniendo buenos hábitos en higiene oral, evitara que los niños tengan caries, pierdan sus dientes de “leche” a una edad temprana y tengan los dientes sanos y fuertes, pero todo esto se puede llevar a cabo con la colaboración del padre y/o acudiente, ya que son ellos los que están más cerca a los niños y son en reflejo de lo que hacen.

En el presente estudio se observó que el 93.5% de los niños respondieron que usan crema dental, el 83,9% cepillo, seguido de la seda y enjuague con un 29% cada uno, resultado que se encontró similar al del estudio de Martínez, Potes, Vásquez y López, 2017, en el que indicaron que el cepillo predominó un 99%, y la crema en un 98%, pero respecto al enjuague con un 10% y seda dental en 3% se encontró lo contrario. Esto puede deberse a la falta de ingresos económicos en el núcleo familiar, por eso prefieren solo comprar crema y cepillo, pero es muy importante que tanto los niños como los padres y/o acudientes sepan que el uso de seda dental y enjuague bucal son importantes para disminuir el riesgo de caries y no solo usando crema y cepillo, es fundamental que modifiquen ese hábito para que aumente más el uso de todo el kit de higiene oral.

En esta investigación se encontró que el 51,6% de los niños en este estudio consumen alimentos mixtos en el recreo, en un estudio realizado por Carrasco, 2009 reportaron que el 60% de los niños consumen alimentos mixtos en la lonchera, esto quiere decir que las loncheras contienen azúcares extrínsecos líquidos un 100% y en forma sólida en el 44,3%, estudios lo demuestran. Lo que refuerza la idea de que el consumo de azúcares en los escolares evaluados es mucho mayor al que respondieron a través de las encuestas. Es importante controlar las dietas alimenticias de los colegios y conseguir que los niños adquieran el hábito de cepillado después de las comidas.

En el presente estudio se evidenció la ausencia del cepillado en la escuela (84%), esto genera un período largo sin posibilidad de cepillado. Los patrones higiénicos se hacen evidentes cuando no se tiene conocimiento del concepto de placa bacteriana (30.5%). Por otra parte, si bien dicen que cepillan sus dientes y que lo hacen varias veces al día, el 100% de los niños, (este resultado se obtuvo después de las intervenciones). En un estudio realizado por Ortega, Guerrero y Aliaga, 2018, se encontraron resultados similares el 52,2% de los niños se cepillan tres o más veces al día, pero en el desconocimiento del concepto de placa bacteriana se obtuvo todo lo contrario un 12,3%

y 11,8% que cepillan sus dientes varias veces al día. Esto se debe a que los niños no tienen un conocimiento apropiado de la placa bacteriana pero el padre y/o acudiente juega un papel muy importante en esta etapa ya que son ellos los que deben enseñarle e inculcarle ese hábito al niño, y brindarle toda la información necesaria para que el niño entienda la importancia del cepillado en la escuela después de ingerir alimentos.

En este trabajo se encontró que el 100% de los niños seleccionaron que es importante lavarse los dientes después de cada comida, resultado similar al de Ferreira, Díaz, Pérez y Vázquez, 2016, se encontró que el 82,81% indicaron que es importante realizar el cepillado después de cada comida. El 45% de los niños en el estudio dijeron que se cepillan después de las comidas, resultados similares a otros reportes Carrasco, 2009. Esto indica que los niños saben la importancia que tiene el cepillado después de las comidas y es fundamental que sigan con ese conocimiento y lo pongan en práctica para fomentar el desarrollo de este hábito y poder impulsar más la prevención y promoción de la salud oral.

En el presente estudio se encontró que el 64% de los niños se cepillan los dientes antes de irse a dormir, en un estudio realizado por Ruíz, Barrero y Hernández, 2007, se encontraron resultados más altos (95%), en otro estudio de Caldes y cols, 2005, se encontraron hallazgos interesantes (50%) respecto a si se cepillan los dientes antes de dormir. Esto indica que aún falta modificar los hábitos sobre el cepillado antes de irse a dormir, porque muchas veces no lo realizan por pereza o también se debe porque el padre y/o acudiente no está presente en el momento del cepillado de la noche.

En esta investigación se encontraron diferencias con los conocimientos y prácticas, otro estudio muestra que comunidades tienen conocimientos básicos y preconceptos en torno a la salud bucal (González, Puello & Díaz, 2015), lo cual concuerda con los resultados del presente estudio

(74,1%). Sin embargo, son pocas las estrategias educativas que se llevan a cabo, y las existentes muchas veces no parten de un reconocimiento de la población, y llegan repentinamente ocasionando confusión con los conocimientos previos que tienen.

En el presente trabajo en la evaluación del segundo cuestionario se observó un aumento en los conocimientos y en cuanto los hábitos de higiene oral también aumento su conocimiento en lo que deben hacer para tener unos buenos hábitos en salud e higiene oral, esto se observó en los porcentajes de calificación de conocimientos en el cual el 51% obtuvo una calificación excelente, un 41% obtuvo una calificación buena y solo un 8% tuvo una calificación regular, por otro lado en la calificación de conocimientos en buenos hábitos se observó que el 32% tuvo una calificación excelente, un 49 tuvo una calificación buena, un 15% una calificación regular y solo un 4% obtuvo una calificación mala. Esto muestra que la mayoría de los participantes mejoraron sus conocimientos en salud oral y hábitos después de las intervenciones realizadas.

En 2013, Montoya y col, plantearon unas estrategias para el Programa de Campaña Escolar Colgate, enfocada en la promoción de la higiene oral, la prevención de enfermedades bucales, técnicas de higiene oral y cuidado personal para los acudientes y/o padres de familia, demostrando que era posible modificar la conducta hacia la higiene oral de los niños entre los 4 -12 años, mediante técnicas educativas con mensajes orales y ayudas audiovisuales que le permitieran a los niños captar los mensajes de forma clara y precisa y poderlos aplicar para su beneficio. En el presente estudio se realizaron estrategias que se menciona previamente para la capacitación de los escolares con un enfoque específico dirigido a las estrategias que se utilizarían para el refuerzo de hábitos saludables a nivel bucal que partiría de su creatividad, encontrando que los acudientes y/o padres de familia juegan un papel muy importante como canal de comunicación para reforzar el cuidado dental de los niños(as) en sus hogares por la cercanía que tienen con ellos, además de

cumplir con la tarea de darle continuidad de seguir las prácticas de higiene oral dentro de la institución.

Coincidiendo con Patiño Marín et al.,¹² es prioritario intervenir con estrategias de prevención primaria dirigidas a la promoción de hábitos saludables de higiene bucal, así como de prevención secundaria, que limiten el desarrollo de caries de clase I y clase II en los infantes. La finalidad es disminuir riesgos en la pérdida de piezas dentales o de padecimientos más graves en edades posteriores, que demerite la calidad de vida (Hernández y col, 2018). Los proyectos de intervención en promoción de salud y prevención de enfermedad son muy beneficiosos, para que el individuo, la familia y la comunidad aprendan a cuidar su salud, desarrollando el autocuidado y no solo acudan a los servicios cuando enferman; de esta forma, se adelantan al problema con el propósito de ganar tiempo a la enfermedad (Pausa y Suarez, 2015)

Esta investigación es una de las primeras realizadas en esta población en la ciudad de Cúcuta, la información obtenida sirve como una base para crear intervenciones educativas y preventivas en más poblaciones, para poder mejorar su condición de salud bucal.

Conclusiones

El nivel de conocimiento de los padres de familia y escolares de la Institución Educativa Santos Apóstoles sede Kennedy N°47 antes de la implementación de las estrategias educativas fue bueno. No obstante, el nivel de conocimiento posterior a las intervenciones, se observó cambios, la mayoría de los padres obtuvieron un conocimiento excelente y los niños mantuvieron un conocimiento bueno.

Se concluye en cuanto a los hábitos orales que los niños y padres presentaban malos hábitos orales antes de la intervención. Sin embargo, los niños y los padres se observaron que ambos tuvieron buenos conocimientos en hábitos de higiene oral después de las intervenciones.

Las estrategias lúdicas pedagógicas diseñadas para los niños fueron: una obra de títeres, técnica de cepillado con una boca y cepillo en icopor, un juego de lotería, juegos de relacionar imágenes y una presentación de diapositivas con hipervínculos y para los padres se diseñó una presentación en diapositivas tuvieron una buena aceptación por parte de los participantes

Las estrategias diseñadas se desarrollaron virtualmente mediante la aplicación zoom, las cuales se desarrollaron por medio de videoconferencias. Se evidenció que por este medio se presentaron algunas dificultades en las intervenciones a los padres de familia por: la carencia de conectividad, falta de compromiso en algún momento de las charlas o el desconocimiento sobre el manejo de la plataforma, sin embargo, la mayoría participaron activamente en las actividades. En cuanto a la intervención de los niños se observó que hubo más participación y compromiso en el aprendizaje.

Recomendaciones

Realizar estudios similares en diferentes instituciones educativas para promover un mayor conocimiento sobre conceptos en salud oral y buenos hábitos en salud oral.

Implementar este estudio de manera presencial para así obtener mayor control sobre las respuestas en los cuestionarios, indagar si hay relación con las actividades realizadas a los padres y/o acudientes.

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

Se recomienda en la promoción y prevención en salud oral que la didáctica educativa esté más enfocada en las actividades lúdicas.

Recursos

Recursos humanos

Tutor científico: Martha Liliana Araque.

Tutor Metodológico: Jesús Arturo Ramírez Sulvaran.

Estudiantes: Slendy Viviana Niño Balaguera y Karen Marbell Bermon Martínez.

Recursos institucionales

Universidad Antonio Nariño, sede Cúcuta.

Colegio Santos apóstoles sede Kennedy N° 47.

Referencias Bibliográficas

S. Díaz, K. Arrieta y K. ramos. (2018). Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Revista Cubana Salud Pública*, 44 (3), 536-552.

J. Benavides y X. Cerón. (2017). Salud oral en poblaciones vulnerables, *Revista Criterios*, 24(1), 381-394.

A. Murillo, A. Agudelo. (2019). La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Revista Perú Mes Exp Salud Publica*, 36 (4), 692-9.

I. Revelo, D. Gutiérrez, C. Castro y L. Rodríguez. (2019). Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. *Revista cubana de salud pública*, 45 (3), 12-89.

A. Agudelo, A. vivares, N. Muñoz, et al. (2019). Oral Health-Related Quality of Life in Native and Immigrant Populations in the PELFI Study in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health - Open Access Journal*, 16, 17-96.

R. Valcárcel, L. Pérez. (2016). Estado de salud oral de los niños inmigrantes en España. *Odontología pediátrica*, 24 (3), 194-206.

G. Ferrazano, T. Cantile, B. Alcidi, et al. (2019). Oral health status and Unmet Restorative Treatment Needs (UTN) in disadvantaged migrant and not migrant children in Italy. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 20 (1), 1-5.

N. Bordoni, A. Squassi. (2016). Las migraciones y la salud bucal en el marco de la salud global. Reflexiones desde la perspectiva universitaria. *Revista de Salud Pública*, 20 (3), 18-31.

K. Adesola, A. Adewunmi, C. Nzomiwu1, U. Idah. (2019). Oral health status and treatment needs of internally displaced persons. *Sahel Medical Journal*, 22 (17), 207-213.

A. Contreras. (2016). La Promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9 (2), 193-202.

S. Gonçalves, J. Montero, D. Ribas, A. Castaño, A. Dib. (2018). Oral Health Status of Syrian Children in the Refugee Center of Melilla, Spain. *International Journal of Dentistry*, 20 (18), 17.

A. Jones. (2018). Vulnerable Population of Substance Abusers. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, 1 (8), 1-3.

N. Ortiz y C. Díaz. (2018). Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. *Revista mexicana de sociología*, 80 (3), 611-638.

A. Alwaheb & A. Alhuwaizi. (2018). Gingival Health of Internally Displaced Children living in Baghdad Camps. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 7 (8), 122-129

G. Rueda y A. Albuquerque. (2017). Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: Análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021. *Acta odontológica colombiana*, 7 (1), 41-63.

L. França, M. Picinin, A. Grano, S. Marques y T. Gomes da Silva. (2019). a case study of social vulnerability: thoughts for the promotion of health. *Revista Biotical*. 27 (3), 430-438

S. George, K. Daniels & E. Fioratou. (2018). A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health*, 17 (41), 1-13.

L. Cabrera. (2017). El desplazamiento en Colombia y sus diversas miradas. *Dixi*, 19 (25) 25-40.

G. Macías, L. Amelia y C. Carballo. (2019). estrategias preventivas en salud oral para niños en edad escolar. *Rev UNIANDES Ciencias de la Salud*, 2(3), 213-229.

C. Hurtado, D. Potes, M. Vásquez, A. Posada, L. Álvarez y A. Agudelo. (2017). Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 5,7 y 12 años, municipio de Itsmina, Chocó, Colombia. *Health and Oral Epidemiology*, 36 (77), 1-11.

J. Victorio, W. Mormontoy y M. Díaz. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/ cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Estomatol Herediana*, 29(1), 70-79.

M. Gaeta, J. Cavazos y M. Cabrera. (2016). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (2), 965-978.

M. Sanchez, et al. (2019). Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Universidad y Salud*, 21(1), 27-37.

J. Guizar, C. López, N. Amador, O. Lozano y C. García. (2019). Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. *Nova Scientia*, 11 (1), 85-101.

- E. Hernández, A. Reyes, M. García, A. González y L. Sada. (2018). Hábitos de higiene bucal y caries dental en escolares de primer año de tres escuelas públicas. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(3) ,179-85.
- R. Valdez y M. Cortés. (2020). Hábitos de higiene bucal de las madres hacia sus hijos en edad preescolar. *Odontología actual*, 17 (204), 6-10.
- M. Speck, V. López, M. Beltrán y A. Francisco. (2017). Variante para medir nivel de desarrollo de los niños preescolares acerca de la higiene bucodental. *Rev Inf Cient*, 96(1):109-118
- C. Sigaud, B. Santos, P. Costa y A. Toriyama. (2017). Promoción del cuidado bucal en el niño preescolar: efectos de una intervención de aprendizaje lúdico. *Rev Bras Enferm*, 70 (3): 519-25
- K. Casanova y E. Zayas. (2018). Educación para la salud bucal, círculo de interés para la salud bucal de los escolares. *Opuntia Brava*, 6(2): 61-70.
- Mijares, A. (2004). Hábitos y costumbres, aptitudes de higiene bucal y tratamiento odontológico realizado en la actualidad. *Acta Odontol Venezuela*, 34(1): pp. 22-34.
- K. Serrano, N. Arévalo y L. Hernández. 2019. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. *Correo Científico Médico de Holguín*, 23(2) 1-16
- S. Díaz y F. González. 2010. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. salud pública*, 12 (5): 843-851

F. González, C. Sierra y E. Morales. 2011. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud pública de México*, 53 247-257.

B. Zuluaga y D. Bonilla, 2005. El papel de las instituciones educativas públicas en la eliminación de la pobreza. *Estudios gerenciales*, 97, 31-59.

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

A. Rodríguez, K. Alfonso y M. Bonet. 2008. Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas. *Vigilancia en salud*, 15(3):176-84

O. Fresneda. 2003. La Focalización en el Régimen Subsidiado de Salud: Elementos para un Balance1 *Rev. salud pública*, 5 (3):209-245.

R. Lazo. 2019. Nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas de caries dental en niños menores de 5 años del centro de salud de Chocco- Cusco, 2018. *Vis.Odontol. Rev. Cient*, 6(1): 76-79.

A. Cupé y C. García, 2015. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Herediana*, 25(2):112-121.

A. Carrera y Col. 2018. Caries de la primera infancia asociada a las inadecuadas prácticas de lactancia materna y uso de biberón. Revisión de la literatura. *Kiru*, 15(4): 208-215

A. Martínez, C. Estrada, A. Martín y J. Boj. 2000. Edad del inicio de cepillado dental en niños. *Archivos de Odontoestomatología*, 16(4): 226-230.

N. Fortich y Col. 2020. Conocimientos, creencias y prácticas sobre el flúor en padres y docentes de escolares. *Revista UstaSalud*, 19:19-27

M. Martínez et al. 2017. The use of fluoride dentifrices in children: conceptual bases in a confusing context. a topic review. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 29(1): 187-210.

A. Pérez, B. Toledo y L. Ortega, 2013. Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y cuidado de la dentición temporal. *Acta Médica del Centro*, 7(4): 1-10

G. Meza. 2019. Conocimientos y actitudes de salud buco-dental en población de Oaxaca de Juárez. *Revista Mexicana de Estomatología*, 6(1): 1-11

M. Pausa y M. Suarez, 2015. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1):70-78.

E. Hernández y Col.2018. Hábitos de higiene bucal y caries dental en escolares de primer año de tres escuelas públicas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(3):179-85.

F. Ortega, A. Guerrero y P. Aliaga, 2018. Determinantes sociales y prevalencia de la caries dental en población escolar de zonas rurales y urbanas de Ecuador. *OdontoInvestigación*, 20-31.

M. Ferreira y Col. 2016. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatr. (Asunción)*, 43(2): 129 -136.

S. Martignon y Col. 2008. Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de Niños Menores. *Revista Salud Pública*, 10(2): 308-3014.

M. Silvina.2018. Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. *Rev Estomatol Herediana*, 28(4): 259-66.

Anexos

Anexo A: Carta dirigida hacia el director de la Institución Educativa Santos Apóstoles.

Cordial Saludo

Me dirijo a usted con el propósito de solicitar su autorización para que las estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño, sede Cúcuta; puedan realizar su proyecto de investigación titulado “Promoción y prevención en salud oral en la población vulnerable de la institución santos apóstoles de Cúcuta”.

Este estudio se realizará a los padres y/o acudientes de los niños del grado preescolar en edades de 4-5 años y que acepten participar voluntariamente, previo consentimiento informado.

Los resultados de este estudio serán expuestos en la investigación. Este estudio, no pretende causar inconveniente alguno ni alterar la dinámica de los docentes y estudiantes.

Dicho estudio está siendo guiado por docentes de la facultad de odontología, Dra. Martha Liliana Araque y el Dr. Jesús Arturo Sulvaran.

Esperando una buena recepción ante dicha actividad.

Saluda atentamente a usted.

Slendy Niño

Karen Bermon

Dra. Martha Araque

Dr. Arturo Sulvaran

Anexo B: Consentimiento informado

Estimado Sr.

La presente tiene por objeto solicitar su participación voluntaria en un estudio que pretende determinar el estado de salud oral de su hijo, según su nivel de conocimiento sobre salud oral.

Se destaca que:

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria, siendo la información que usted entregue confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que no sea este proyecto de investigación, información que será conocida sólo por las investigadoras bajo absoluta reserva y confidencialidad. La información derivada de sus respuestas será codificada, utilizando un número de identificación por lo tanto serán anónimas.

Los resultados podrán ser publicados, manteniendo el anonimato y confidencialidad de quienes participen en el estudio.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede realizar las consultas en cualquier momento durante su participación en él, quedando abierta la posibilidad de que si durante el estudio no desee continuar sólo al expresarlo a las investigadoras, se acogerá su petición, sin perjuicio alguno.

Se espera aportar con los resultados obtenidos del estudio, información que mejore el nivel de conocimiento de los padres en salud oral y contribuya a nuestra población.

Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación, complete el siguiente documento.

ACEPTACIÓN

Tras haberme informado de esta investigación, autorizo a que me incorporen de forma voluntaria, gratuita y consciente en la participación de las actividades de la investigación, sabiendo que puedo retirarme cuando lo desee y que este hecho no perjudicar mi atención de salud.

Acepto participar voluntariamente para contestar el cuestionario y que mi hijo(a) participe en las actividades lúdicas que se realicen. Estoy en conocimiento de que este programa es parte del proyecto de investigación realizado por las estudiantes de odontología, Slendy Niño y Karen Bermon, quienes estarán a cargo de los docentes Dra. Martha Liliana Araque y Dr. Jesús Arturo Sulvaran, pudiendo utilizar la información para los fines que estimen convenientes en su investigación.

Autorizo

No Autorizo

Firma



Anexo C: Primera encuesta dirigida a los padres y/o acudientes

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PROYECTO DE GRADO**

Fecha: _____

Padre del niño y/o representante legal ()

Edad del padre y/o representante legal _____ sexo _____

Nacionalidad _____

Barrio donde vive _____

¿Cuántas personas viven en la vivienda? (incluyendo quien responde el cuestionario)

Estado civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Separado(a) ___ Viudo(a) ___ Unión libre
___ otra ___

Nivel de educación del padre o representante: Básica primaria _____ Básica secundaria
_____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Profesional _____ Ninguna _____

Ocupación: Empleado _____ Trabajador independiente _____ Jubilado, pensionado _____
ama de casa _____ desempleado _____ estudiante _____

Aporta ingresos económicos a su hogar: SI _____ NO _____

Estrato socioeconómico _____

Tipo de afiliación en salud: Contributivo _____ Subsidiado _____ Sisen _____
Ninguno _____

¿Cuáles son los ingresos mensuales promedio de la familia? Menos de un SMLV (de \$200mil
a 800mil) _____ 1 SMLV (\$908.526) _____ Más de 1 SMLV (más de \$908.526) _____

¿Cuál es la forma en que se desplaza desde su vivienda al puesto o centro de salud? A
pie _____ En bicicleta _____ En moto _____ Servicio público _____ otro _____

Marque cada uno de los siguientes servicios básicos que tiene en su vivienda: Energía eléctrica _____ Gas por tubería _____ Gas por bombona _____ Agua potable _____ Otro _____

La vivienda en la cual viven es: Propia _____ Propia, con crédito hipotecario _____ Arrendada _____ otra _____

Tipo de vivienda: Casa _____ Apartamento _____ Cuartos (alquilados) _____ Improvisada (carpa, refugio natural, plásticos, tablas, etc.) otro _____

¿Pertenece o ha pertenecido usted o alguno de los miembros de su familia a grupos de población vulnerable? Desplazados _____ Población indígena _____

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños de la Institución Educativa Santos Apóstoles de segundo grado, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz. Los fines de esta investigación son para actividades académicas.

Nivel de conocimiento de los padres en salud oral.

I. Instrucciones

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (x), por favor conteste solo una respuesta.

1) ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

2) ¿Qué es la caries?

- a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.

- b) Es una enfermedad que afecta los dientes, causada por la falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- c) El daño a los dientes debido a una lesión o un accidente
- d) Ninguna de las anteriores.
- 3) Que es lo más recomendado en el cepillado dental de los niños
- El cepillado dental debe realizarlo solo el niño.
 - Los padres deben cepillar a los niños
 - Los padres deben supervisar y/o acompañar el cepillado dental de sus hijos
 - El cepillado debe realizarse sin crema dental.
- 4) ¿Qué consecuencias tendría que los niños duerman con el tetero en su boca?
- Va a estar más fuerte al despertar
 - Estará sano
 - Estará más expuesto a tener caries
 - No pasa nada
- 5) ¿A partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor en los niños?
- 2 años
 - 5 años
 - La adolescencia
 - De su primer diente
- 6) ¿Qué función cumplen los dientes de leche?
- No cumplen ninguna función
 - Guardan espacio para los dientes permanentes o definitivos

Hábitos de higiene oral.

- 1) Marque con una x los elementos de higiene oral que utiliza para la limpieza de la boca de su hijo (a)

Cepillo dental
 Crema dental
 Seda dental
 Enjuague bucal
 Ninguno Otros _____

- 2) ¿Con que frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo (a)?
- a) De 4 a 6 meses
 - b) De 7 a 12 meses
 - c) De 1 a 3 meses
- 3) ¿Con que frecuencia acompaña en el día el cepillado de los dientes de su hijo (a)?
- a) 1 vez al día
 - b) 2 veces al día
 - c) 3 veces al día
 - d) 4 o más veces
- 4) ¿En qué momento del día le cepilla los dientes a su hijo (a)?
- a) Antes de las comidas
 - b) Después de las comidas
 - c) Solo al acostarse
 - d) Solo al levantarse
- 5) ¿Con que frecuencia llevan a su hijo a consulta odontológica?
- a) Cada 3 meses
 - b) De 4 a 6 meses
 - c) De 7 a 12 meses
 - d) De 13 o más meses
 - e) Nunca lo ha llevado a la consulta odontológica

6) Marque con una x los hábitos (costumbres) orales que mantienen con sus hijos(a)

- Succión digital (chupar dedo) Succión labial (chuparse el labio)
 Succión lingual (chuparse la lengua) onicofagia (comerse las uñas)
 Respiración oral (duerme con la boca abierta
 Bruxismo (chirrea los dientes cuando está durmiendo)
 Ningunos de los anteriores

7) Marque con una x las prácticas de prevención en salud oral que le han aplicado a sus hijos(a) el odontólogo

- Flúor Sellantes Calzas Exodoncias (sacar dientes)
 Ninguna Otras _____

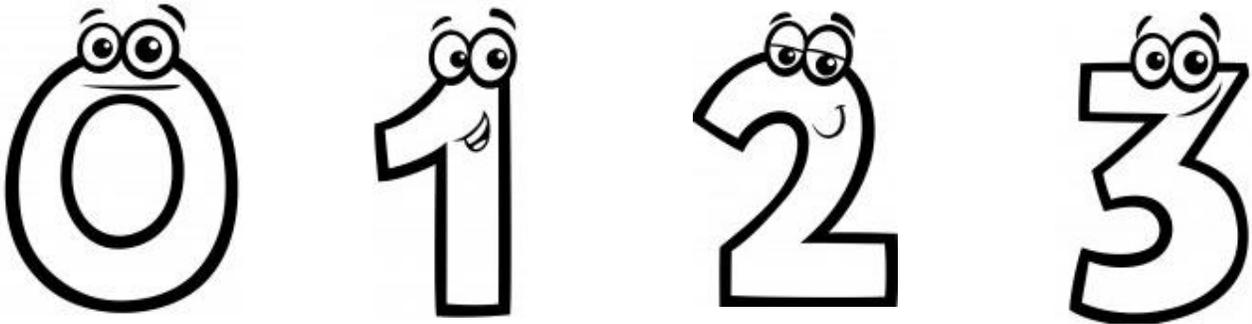
8) Marque con una x las causas de la pérdida de dientes de su hijo(a)

- Caries Traumatismo (golpe) Fractura dental (partidura del diente)
 Ninguna (se le han caído solos) No se le ha caído ninguno Otro
 motivo_____

Anexo D: Primera encuesta dirigida a los niños.

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PROYECTO DE TESIS

1. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? Colorea el número.



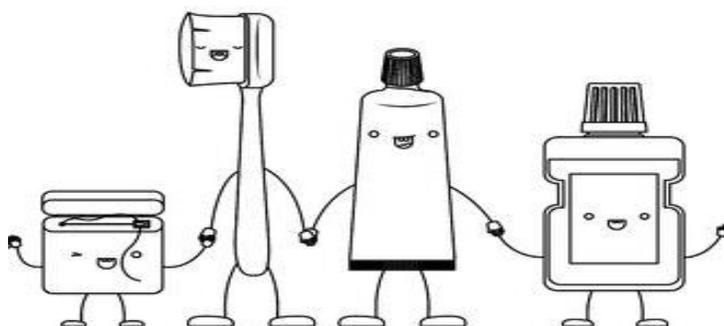
2. ¿Cuáles de estas comidas crees que dañen los dienteitos? Encierra con un círculo.



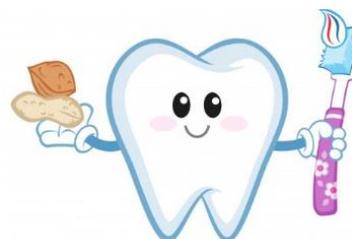
3. ¿Que debes hacer para que tus dientes estén sanos y fuertes? Encierra con un círculo.



4. ¿selecciona los elementos que utilices para lavar tus dientes?



5. Encierra con un círculo negro el diente enfermo y un círculo verde el diente sano.



6. ¿La caries dental es un animalito que se come el diente y lo enferma? Encierra con un círculo

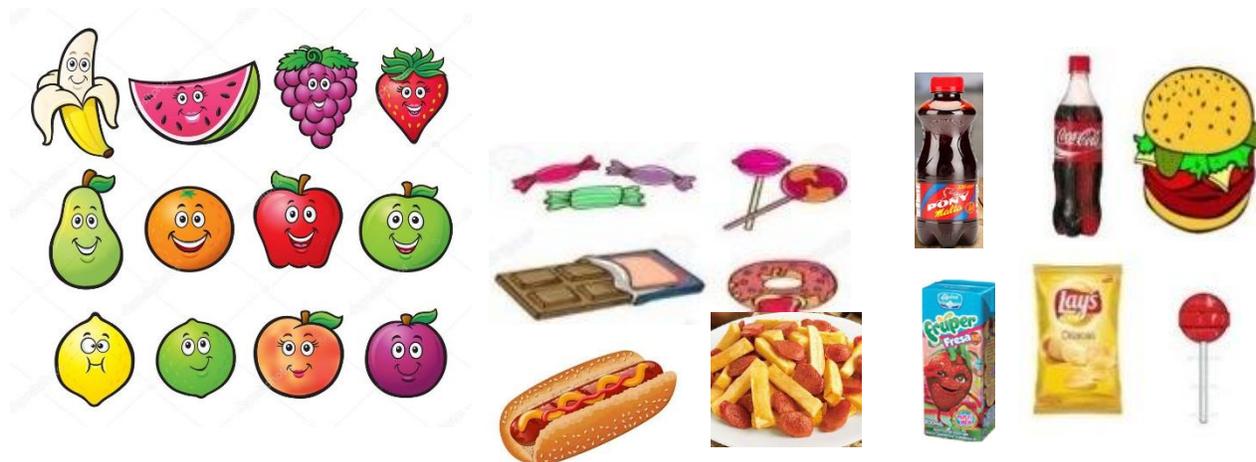


SI



NO

7. Marca con una "X" lo que comas en el recreo



8. ¿Crees que es importante lavarse los dientes después de cada comida, para que no crezcan los animalitos y dañen los dientes?



SI**9. ¿Lavas tus dientes después de las comidas?****10. Selecciona los elementos que utilices para lavar tus dientes****11. ¿Lavas tus dientes después de comer en el recreo?****12. ¿Lavas tus dientes antes de irte a dormir?**

Anexo E: Actividad 1 (lotería)





Anexo F: Actividad 2 (cepillado)



Anexo G: Actividad 3 (títeres)

Diálogo propuesto:

Se necesitan 3 títeres:

1. **Maléfica** – con dentadura podrida y fea.
2. **Hulk** – con dentadura completa y bonita.

Narrador: El día de hoy les contaré una historia muy triste...
(Aparece Maléfica en el escenario, saltando y jugando, se retira)

Un día maléfica se sintió muy mal (Aparece nuevamente maléfica de fondo con cara de tristeza), se sentía enferma y con mucho dolor en un diente.

Maléfica: ¡Ay, Ay, Ay!, (llega Hulk a consolarla)

Hulk: Que te pasa maléfica!

Maléfica: Me duele mucho mi muelita Hulk.

Hulk: Vamos te acompañare al odontólogo para que te revise la muelita.

Dra. Hola maléfica

Hulk: Dra. Aquí le traigo a maléfica, esta con mucho dolor.

Maléfica: ¡ay, ay, ay!

Dra: a ver, (enciende la lámpara), no pero que tenemos aquí, una caries, ¡oh y que grande esta!

Maléfica: y porque sale eso dra

Dra: es por comer muchos dulces, jugos y papas y no cepillarte después de comerlos.

Hulk: Dra pero se puede salvar el diente?

(Aparece la muelita atrás, mira a maléfica, a la Dra y a Hulk, triste dice)

Muelita: ¡Por favor sálvenme, sálvenme!

(Detrás de la muelita aparecen las bacterias y la persiguen y le dicen)

Bacteria 1: Te voy a comer, Te voy a comer.

Bacteria 2: No la Dra no te podrá salvar.

(La muelita se va desesperada, seguida por las bacterias que la persiguen tratando de comérsela).

Dra: Haber, sí creo que la podemos salvar.

Hulk: ¡Qué bueno Dra!

Dra: ¡Qué grande la caries que tenías Maléfica la eliminamos completa!

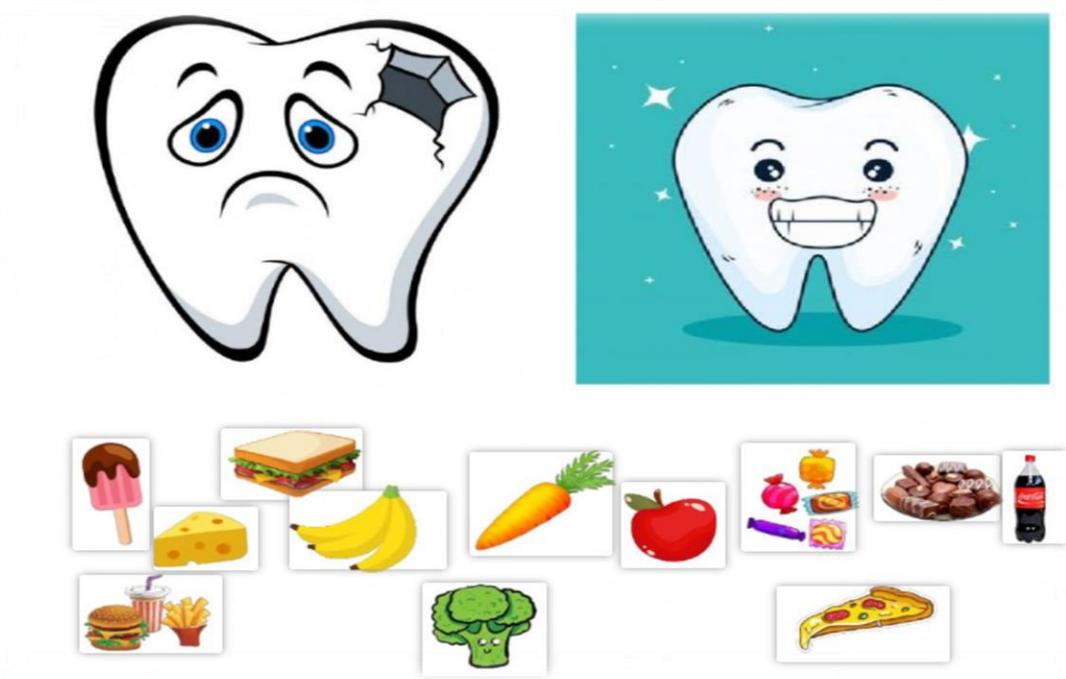
Maléfica: ¡Gracias Dra! (la abraza).

Hulk: Gracias Dra.

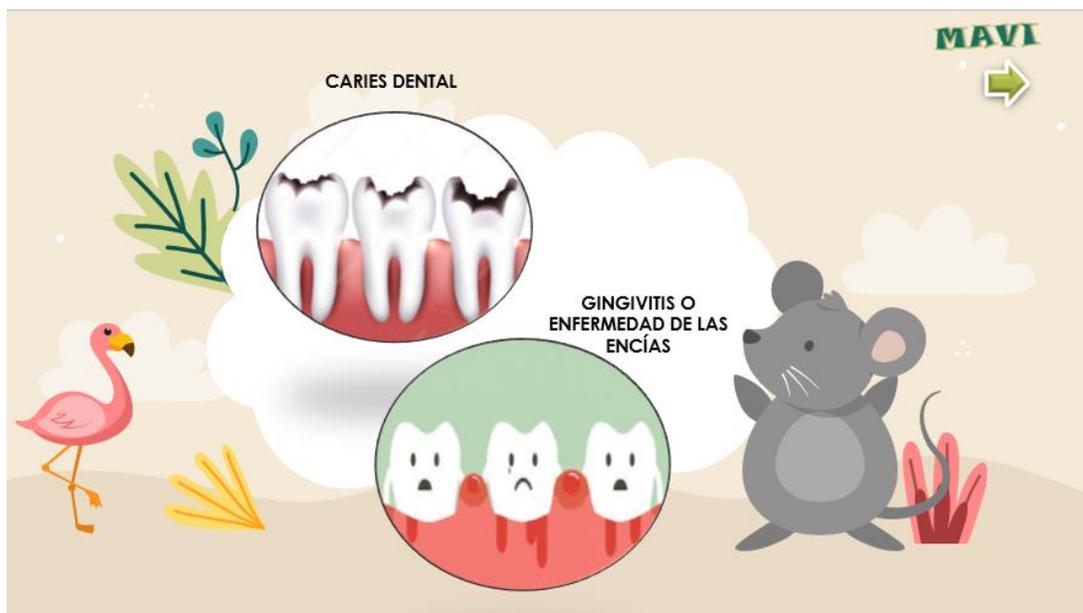
Maléfica: Y así termina una historia con final feliz, pero para eso hay cosas muy importantes.

1. Lavarse los dientes tres veces al día y después de cada comida, por 2 minutos.
2. Usar crema de dientes con flúor y cepillo, usar seda dental y enjuague.
3. Disminuir la ingesta de alimentos azucarados y comer más alimentos saludables.
4. Visitar al odontólogo cada 6 meses.

Anexo H: Actividad 4 (relacionar)



Anexo I: Actividad 5 (Juego MAVI)



PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL Y GINGIVITIS

¿Porqué se presentan?

¿Cómo prevenirías?

¿Qué elementos debemos utilizar?

MAVI

¡HORA, DE APRENDER!

Causas

Como prevenirías

- Crema dental
- Cepillo dental
- Enjuague bucal
- Seda dental
- Alimentos azucarados
- Restos de comida
- No cepillarse
- No usar Seda dental

MAVI

¡ El mejor cepillado y cuidado de tus dientes !

MAVI →

FLUOROSIS

Es causada por el consumo de una cantidad excesiva de flúor durante el período en que los dientes se están formando pero antes de que aparezcan en la boca.

NORMAL LEVE
MODERADA GRAVE

MAVI →

¡Hora, a aprender!

Manchas blancas

Dientes Frágiles

Uso de crema dental
con flúor

Manchas amarillas

Sensibilidad dental

Aplicación flúor

Características

Cuidados



MAVI



Mal posición de tus dientes

Se trata de la posición inadecuada de los dientes, que produce una manera incorrecta entre los dientes al cerrar la boca.



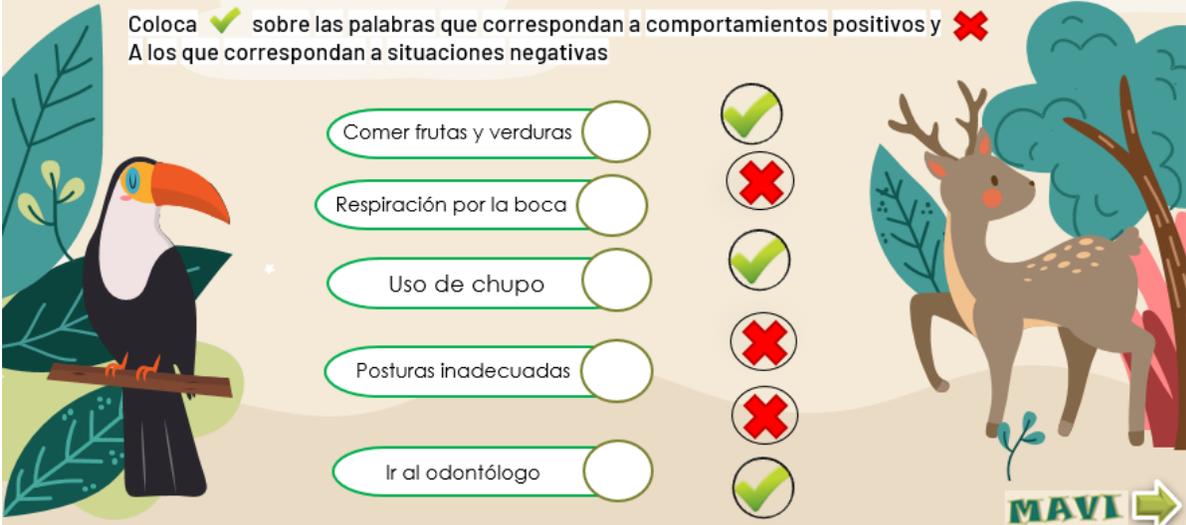
MAVI



¡Ahora, es tu turno!

Coloca  sobre las palabras que correspondan a comportamientos positivos y 
A los que correspondan a situaciones negativas

Comer frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	
Respiración por la boca	<input type="checkbox"/>	
Uso de chupo	<input type="checkbox"/>	
Posturas inadecuadas	<input type="checkbox"/>	
Ir al odontólogo	<input type="checkbox"/>	
		



MAVI 

¿Y QUÉ APRENDIMOS?

**Espero hayas aprendido mucho y
no vayas a tener los problemas
Que yo tuve cuando niño.**



MAVI 

Anexo J: Actividad 6 (presentación a padres y/o acudientes)





¿Por qué es importante la salud dental para la salud y el bienestar general?

- La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y comer es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud.

3



¿Qué es la placa bacteriana o dental?

- Es una masa incolora o amarillenta, pegajosa, no es perceptible a simple vista, compuesta de bacterias perjudiciales y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes.
- Es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías y puede endurecerse y convertirse en cálculo si no se retira diariamente.

¿Cómo se forma?

Por acumulación de restos de comida (en ellos se acumulan bacterias) y esto se debe a un incorrecto cepillado y una higiene oral deficiente

4



5



¿Por qué se produce la caries?

Al comer se depositan en los dientes restos de alimentos. Si estos alimentos contienen azúcares que al unirse con las bacterias de la boca, producen ácidos (digestión bacteriana). Estos ácidos van desgastando la superficie del diente, formándose una cavidad o **caries**.

Enfermedades bucales

Caries Dental

¿Qué es?

La caries dental es una enfermedad infecciosa, que no se cura espontáneamente, sino que da lugar a una destrucción progresiva e irreversible del diente, alterando la función de la masticación y pudiendo provocar dolor.

8

CARACTERÍSTICAS



Gingivitis

¿Qué es?

Es la inflamación de las encías, las cuales aparecen enrojecidas e hinchadas con la presencia de sangrado y en ocasiones dolor.



¿Cómo se produce la gingivitis?

Por la acumulación prolongada de bacterias de la boca sobre la superficie de los dientes y encías. Esta asociada principalmente a una incorrecta higiene oral.





9

Periodontitis

¿Qué es?

Enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos que hay alrededor del diente. Si no se diagnostica y se trata a tiempo, puede provocar la pérdida dental y, en determinados casos, repercutir en la salud general de quien la padece.

¿Cómo se produce la periodontitis?

Por la acumulación de placa bacteriana, esta se introduce en la encía y las bacterias se extienden dentro de la encía, y esto es debido a un mal cepillado. Es la progresión de la gingivitis.



10

HIGIENE ORAL

¿Qué es?

un conjunto de **prácticas habituales** de la persona para mantener y mejorar su salud a nivel bucal. el cepillado de los dientes, higiene y alimentación, y su práctica diaria ayuda a controlar el crecimiento de bacterias en su boca y la formación de placa, que son los causantes de la caries y enfermedad de las encías, gingivitis que es inflamación sencilla o periodontitis, en la cual hay riesgo de tener pérdida de piezas dentales, soporte del diente o sangrado

¿Por qué es importante?

Nos ayuda a prevenir enfermedades orales y mantener unos dientes sanos y aliento fresco. También es el mecanismo mas efectivo y económico para la prevención de estas enfermedades.



Implementos para la higiene oral

Crema dental: nos sirve para refrescar y enjabonar nuestros dientes.



Cepillo: De cerdas suaves para ayudar a remover la placa y los residuos de comida que quedan.



Seda dental: se utiliza para limpiar las partes medias de los dientes las cuales el cepillo no puede limpiar.



Enjuague bucal: este es un liquido desinfectante que ayuda a controlar la placa y otras enfermedades que aparecen en nuestra boca este se utiliza una vez al día.



Implementos para la higiene oral para niños

Crema dental: se debe utilizar pastas dentales especiales para niños la cual viene con ingredientes naturales y bajo contenido de flúor.



Cepillo: cerdas extra- suaves que protejan las encías; El cepillo de dientes debe ser pequeño, esto facilitara mejor el movimiento dentro de la boca. Y sobretodo con divertidos diseños que alienten a los menores a cepillarse.* Es recomendable que posea cabeza redondeada, ya que son más difíciles de que lleguen a todos los rincones de la boca.* El mango del cepillo de dientes es mejor si es de goma para que facilite el agarre del mismo.

14

Seda dental: la seda dental ayuda a eliminar los restos de comida y la placa depositada entre los dientes. El uso de esta se recomienda a partir de los cuatro años de edad, en la que son ayudados por sus padres, ya a los ocho años la mayoría de niños pueden comenzar a utilizar la seda dental por sí solos.



Enjuague bucal: recomendado para niños mayores de 6 años debido a su contenido de flúor, el cual ayuda a tener una protección prolongada y libre de placas. Recomendado sin alcohol.



15

¿Cómo cepillar los dientes correctamente?



Incline el cepillo a un Angulo de 45° contra el borde de la encía y deslice el cepillo alejándose de ese mismo borde y hacia adelante.



Cepille suavemente el exterior e interior y la superficie de masticación de cada diente con movimientos cortos hacia atrás.



Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.

clínica Dental Implant
 Calle Baranquillo N° 3, Los Cristianos
 www.dentalimplant.com.es
 9 22794623

Técnicas de higiene
El cepillado

00:03,44

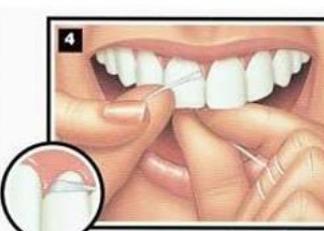
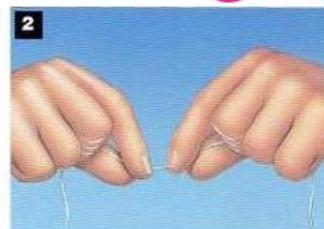
17

¿Cómo usar la seda dental?

Utilice unos 45cm de seda dental, dejando 3 o 5cm para trabajar.

Siga suavemente las curvas de sus dientes.

Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma.



TÉCNICAS
COMPLEMENTARIAS
DE HIGIENE ORAL

Seda Dental

Recuerda

- ✓ Usar dentífrico con flúor.
- ✓ Visitar al odontólogo aproximadamente cada 6 meses.
- ✓ Controlar la dentición desde el nacimiento.
- ✓ Cepillarse los dientes mínimo 3 veces al día
- ✓ Supervisar el cepillado de su hijo



UAN **PAPITOS RECUERDEN**

¡IMPORTANTE!

- Los padres deben supervisar y/o acompañar el cepillado dental de sus hijos
- Entre las medidas de prevención de la caries están: un buen cepillado, evitar consumo de azúcares, aplicación de flúor y sellantes
- El que los niños duerman con el tetetero en su boca, hace que estén más expuestos a presentar caries.
- Los dientes se deben empezar a cepillar desde que sale el primer diente de leche
- Deben cepillar los dientes después de las comidas
- Los dientes de leche ayudan a guardar el espacio para los dientes permanentes, por eso es importante cuidarlos
- Debes cambiar el cepillo dental cada 3 meses
- La crema dental con flúor se puede aplicar en los niños a partir de los 2 años.
- Recuerda usar todos los elementos de higiene oral para el cuidado de tus dientes: cepillo, crema con flúor, seda y enjuague.
- Llevar a los niños al odontólogo cada 6 meses
- Cepillar los dientes mínimo 3 veces al día.

Anexo K: Segunda encuesta a padres de familia.

Edad _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

1. ¿La salud dental está relacionada con la salud general?

Sí ___ No ___

2. ¿Qué es la placa bacteriana?

Es una masa amarillenta, pegajosa, que se adhiere a nuestros dientes

Es una bacteria

Es una mancha en los dientes

Ninguna de las anteriores

3. ¿Cuál es la principal causa de las enfermedades orales como la caries, gingivitis y periodontitis?

Cepillarse los dientes

La placa bacteriana que se adhiere a los dientes

Comer dulces

Otra

4. ¿Cómo podemos eliminar la placa bacteriana de nuestros dientes?

Cepillarse bien los dientes después de cada comida

Usar seda dental y enjuague bucal

Disminuir el consumo de azúcar

Visitar regularmente al Odontólogo

Todas las anteriores

Ninguna de las anteriores

5. La gingivitis es una enfermedad oral que afecta a:

Las encías, generando inflamación y sangrado

Los dientes y se hace una cavidad

La lengua

Ninguna de las anteriores

6. La Periodontitis es una enfermedad que afecta:

Los dientes y se hace una cavidad

La lengua y la inflama

Los tejidos alrededor del diente y puede destruir el hueso que sostiene los dientes, provocando pérdidas dentales

Ninguna de las anteriores

7. Entre unos buenos hábitos de alimentación están:

Reducir el consumo de azúcares a lo largo del día.

Buscar sustitutos del azúcar como sorbitol, manitol o xilitol

Sustituir los alimentos de consistencia pegajosa de alto contenido en azúcares por otros de consistencia más dura de bajo contenido en azúcares

Todas las anteriores

8. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?**El flúor**

Los sellantes

Una correcta higiene bucal

Evitar consumo excesivo de azúcares

Todas las anteriores

Ninguna de las anteriores

9. ¿Qué es la caries?

Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.

Es una enfermedad que afecta los dientes, causada por la falta de higiene bucal y consumo de azúcares.

El daño a los dientes debido a una lesión o un accidente

Ninguna de las anteriores

10. Que es lo más recomendado en el cepillado dental de los niños

El cepillado dental debe realizarlo solo el niño.

Los padres deben cepillar a los niños

Los padres deben supervisar y/o acompañar el cepillado dental de sus hijos

El cepillado debe realizarse sin crema dental

11. ¿Qué consecuencias tendría que los niños duerman con el tetero en su boca?**Va a estar más fuerte al despertar**

Estará sano

Estará más expuesto a tener caries

No pasa nada

12. ¿A qué edad se deben empezar a cepillar los dientes?

A los 2 años

A los 3 años

Cuando le salen todos los dientes de leche al niño

Desde que le sale su primer diente de leche

13. ¿A partir de qué edad se puede usar la crema dental con flúor en los niños?

2 años

5 años

La adolescencia

De su primer diente

14. ¿Qué función cumplen los dientes de leche?

No cumplen ninguna función

Guardan espacio para los dientes permanentes o definitivos

15. Selecciona los elementos de higiene oral que utiliza para la limpieza de la boca de su hijo (a)

Cepillo dental

Crema dental

Seda dental

Enjuague bucal

Ninguno

Otro:

16. ¿Con que frecuencia se debe cambiar el cepillo dental de su hijo (a)?

De 4 a 6 meses

De 7 a 12 meses

Cada 3 meses

17. ¿En qué momento del día se debe cepillar los dientes su hijo (a)?

Antes de las comidas

Después de las comidas

Solo al acostarse

Solo al levantarse

18. ¿Con que frecuencia deben llevar a su hijo a consulta odontológica?

Cada 3 meses

De 4 a 6 meses

De 7 a 12 meses

De 13 o más meses

Nunca lo ha llevado a la consulta odontológica

Anexo L: Segunda encuesta niños.

Edad del niño: ____

Sexo ____

1. Selecciona la imagen donde se vea un sellante**2. Selecciona la imagen donde se vea la aplicación de flúor en barniz**



3. Señala la imagen donde se vea una caries dental





4. Señala la imagen donde se vea la placa bacteriana



5. Cómo combatimos la placa bacteriana de nuestros dientes?



cepillando los dientes 3 veces al día



Usando una crema dental con flúor



Usando enjuague bucal



Usando seda dental

6. Es importante usar crema dental con flúor?

SI
NO

7. Cuántas veces al día nos debemos cepillar los dientes?

1
2
3 o más
Ninguna

8.Cuál es el cepillado más importante

El de la noche
El de la mañana
El de la tarde
Ninguno

9. Para qué sirve el sellante y el flúor

Para proteger a los dientecitos de caries
Para blanquear los dientes
Para masticar
No sirven para nada

10. Señala cuáles son las enfermedades orales más comunes



Caries dental



Gingivitis



Periodontitis



Placa bacteriana

11. Quien es la villana que causa las enfermedades orales?

La placa bacteriana

El sellante

El flúor

La crema dental

12. Los Dulces y bebidas azucaradas ayudan a los dientes a estar sanos y fuertes?

SI

NO

13) ¿Cuáles de estas comidas crees que dañan los dientecitos?





14) ¿Qué debes hacer para que tus dientes estén sanos y fuertes?



Comer dulces



Cepillarte los dientes

15) Selecciona los elementos que debes utilizar para lavar tus dientes



Opción 1



Opción 2



Opción 3



Opción 4

16) selecciona el diente enfermo



Opción 1



Opción 2

17) Selecciona el diente sano



Opción 1



Opción 2

18) ¿La caries dental es un animalito que se come el diente y lo enferma?

SI
NO

19) ¿Crees que es importante lavarse los dientes después de cada comida, para que no crezcan los animalitos y dañen los dientes?

SI
NO

20) ¿Debes lavar tus dientes después de las comidas?

NO
SI
A VECES

21) ¿Debes lavar tus dientes antes de irte a dormir?

SI
NO
A VECES

Anexo M: Prueba de Wilcoxon padres

Prueba de Wilcoxon para comparación nivel de conocimientos en padres

Comparativo	n	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba de Wilcoxon	valor p	
Nivel de conocimientos - Final - Nivel de conocimientos - Inicial	Rangos negativos	5	22,10	110,50	-3,03	0,002
	Rangos positivos	27	15,46	417,50		
	Empates	21				
	Total	53				

Basada en los rangos negativos

Diferencia significativa entre mediciones; aumento del nivel de conocimientos en los padres, explicado por la cantidad de ítems vinculados en segunda medición (los cuestionarios no son iguales).

Prueba de Wilcoxon para comparación nivel de prácticas en padres

Comparativo	n	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba de Wilcoxon	valor p	
Nivel de prácticas - Final - Nivel de prácticas - Inicial	Rangos negativos	2	10,00	20,00	-5,1	0,000
	Rangos positivos	35	19,51	683,00		
	Empates	16				
	Total	53				

Basada en los rangos negativos

Diferencia significativa entre mediciones; aumento del nivel de prácticas de higiene en los padres, explicado por la cantidad de ítems vinculados en segunda medición (los cuestionarios no son iguales).

Anexo N: Prueba de Wilcoxon niños

Prueba de Wilcoxon para comparación nivel de conocimientos en niños

Comparativo		n	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba de Wilcoxon	valor p
Nivel de conocimientos - Final - Nivel de conocimientos - Inicial	Rangos negativos	19	10,63	202,00	-3,82	0,000
	Rangos positivos	1	8,00	8,00		
	Empates	11				
	Total	31				

Basada en los rangos negativos

Diferencia significativa a la reducción del nivel de conocimientos, explicado por la cantidad de ítems vinculados en segunda medición (los cuestionarios no son iguales).

Prueba de Wilcoxon para comparación nivel de prácticas en niños

Comparativo		n	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba de Wilcoxon	valor p
Nivel de prácticas - Final - Nivel de prácticas - Inicial	Rangos negativos	0	,00	,00	-4,63	0,000
	Rangos positivos	27	14,00	378,00		
	Empates	4				
	Total	31				

Basada en los rangos positivos

Diferencia significativa al aumento en el mejoramiento de las prácticas de higiene, explicado por la cantidad de ítems vinculados en segunda medición (los cuestionarios no son iguales).

Anexo O: Evidencia de actividades, entrega de kits y regalos a los niños.

