



Efectividad de una estrategia educativa en salud oral en niños de edad escolar con discapacidad auditiva de la Institución educativa Normal Superior de Neiva

Mariana Gómez Núñez

Santiago García

Briyith Alexandra Morales Díaz

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Neiva, Colombia

2022

**Efectividad de una estrategia educativa en salud oral en niños de edad escolar
con discapacidad auditiva de la Institución educativa Normal Superior de Neiva**

Mariana Gómez Núñez

Santiago García

Briyith Alexandra Morales Díaz

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Odontólogo

Director (a) Temático:

Dr. Adolfo Pérez MSc.

Director metodológico (a):

Dra. Claudia Lorena García Rojas MSc

Línea de Investigación:

Promoción y Prevención en Salud Oral.

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Neiva, Colombia

2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

_____.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Neiva, 20 mayo de 2022.

Contenido

Pág.

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
1. Antecedentes.....	5
2. Planteamiento del problema	8
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	12
4.1. Objetivo General.....	12
4.2. Objetivos específicos	12
5. Marco teórico	13
5.1. La Higiene oral	13
5.2. Control de placa	13
5.3. EL conocimiento.....	14
5.4. Actitudes.....	14
5.5. Hábitos en salud oral.....	14
6. Diseño metodológico.....	17
6.1. Tipo de estudio	17
6.2. Población y muestra	17
6.3. Técnicas y procedimientos para selección de datos.....	17
6.4. Instrumentos de recolección de datos	18
6.5. Aplicación de la estrategia	18
6.6. Análisis de datos	19
6.7. Aspectos éticos de la investigación.....	19
7. Resultados	21

7.1. Aspectos sociodemográficos.....	21
7.1.1. <i>Genero</i>	21
7.1.2. <i>Edad</i>	22
7.1.3. <i>Año escolar</i>	22
7.1.4. <i>Zona poblacional</i>	23
7.2. Índice de placa dental.....	24
7.2. Análisis de distribución sobre conocimientos en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.	24
7.3. Análisis de distribución sobre Actitudes en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.	28
7.4. Análisis de distribución sobre Prácticas en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.....	31
8. Discusión.....	37
9. Conclusiones.....	38
10. Recomendaciones.....	39
11. Referencias Bibliográficas.....	41
12. Anexos.....	42

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Distribución por Genero	21
Figura 2. Distribución por edad.....	22
Figura 3. Distribución por estrato socioeconómico.....	23

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Valores Índice Placa dental.....	24
Tabla 2. Tabla de Distribución pre y postest sobre uso, residuos y lavado de manos.	25
Tabla 3. Distribución del sentido del cepillado durante el pretest y el postest.....	26
Tabla 4. Distribución sobre cambio del cepillo durante el pretest y postest.	26
Tabla 5. Distribución sobre préstamo del cepillo durante el pretest y postest.	27
Tabla 6. Distribución del uso de la seda dental durante el pretest y postest.	27
Tabla 7. Distribución de frecuencia de uso de la seda durante el pretest y postest.	28
Tabla 8. Distribución de uso del cepillo durante el pretest y postest.....	28
Tabla 9. Distribución sobre el gusto por asistir al odontólogo durante el pretest y postest.	29
Tabla 10. Distribución de aprendizaje sobre uso del cepillo durante el pretest y postest. ..	29
Tabla 11. Distribución del uso de seda dental durante el pretest y postest.	30
Tabla 12. Distribución hábitos en cuanto a frecuencia de lavado durante el pretest y postest.....	30
Tabla 13. Distribución de prácticas de frecuencias de uso durante el pretest y postest.....	31
Tabla 14. Distribución del cepillado antes de dormir durante el pretest y postest.	31
Tabla 15. Distribución sobre uso de crema dental durante el pretest y postest.	32
Tabla 16. Distribución del consumo de cema dental durante el pretest y postest.	32
Tabla 17. Distribución del cepillado en la lengua durante el pretest y postest.....	33
Tabla 18. Distribución de cantidad de crema dental usada durante el pretest y postest.	33
Tabla 19. Distribución de prácticas sobre personal de apoyo al cepillado durante el pretest y postest.....	34
Tabla 20. Distribución de personal que aplica la crema durante el pretest y postest.....	34
Tabla 21. Distribución de uso de seda dental durante el pretest y postest.	35
Tabla 22. Distribución de disposición final de la seda dental durante el pretest y postest.	35
Tabla 23. Distribución de asistencia al odontólogo durante el pretest y postest.	36

(Dedicatoria)

A Dios, como fuente de inspiración, superación y resiliencia en este proceso de formación.

A nuestros Padres y familiares que estuvieron siempre apoyándonos a lo largo de todo este proceso, infinitas bendiciones por su incondicional ayuda.

Mariana Gómez Núñez

Santiago García

Briyith Alexandra Morales Díaz

Agradecimientos

Como primera medida a nuestros inigualables asesores de proyecto el Dr. Dr. Adolfo Pérez MSc. y la Dra. Claudia Lorena García Rojas MSc; su acompañamiento y vocación de servicio con profesionalidad y conocimiento los cuales pusieron al servicio de este proyecto; a la Universidad Antonio Nariño, a todos y cada uno de los profesores que a lo largo del tiempo nos aconsejaron y formaron para ser profesionales integrales y participes de la construcción social y del oficio, gracias por toso ese acompañamiento.

Resumen

Introducción: Los niños con discapacidad auditiva tiene una mayor probabilidad de padecer deficiencias en su higiene oral en comparación con un niño sin discapacidades.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la *“Estrategia Camaleón Sonriente Cuida Tus Dientes” en niños con discapacidad auditiva de la Institución Educativa Normal*

Superior de Neiva”. **Materiales y métodos:** Es un estudio longitudinal, por medio del cual se realiza la aplicación de la estrategia “Camaleón sonriente cuida tus dientes

Resultados: se identificaron impactos positivos en variables como uso del cepillo, logrando un mayor conocimiento en su importancia para reducir la caries y eliminar restos de comida. **Conclusiones:** Se deben considerar otro tipo de estrategias para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral.

Palabras clave: Actitudes, conocimientos, cepillo, seda dental.

Abstract

Introduction: Children with hearing impairment have a higher probability of suffering deficiencies in their oral hygiene compared to a child without disabilities. Objective: To evaluate the effectiveness of the "Smiling Chameleon Take Care of Your Teeth Strategy" in children with and without hearing impairment of the Normal Superior Educational Institution of Neiva". Materials and methods: It is longitudinal study, through which the application of the strategy "Smiling Chameleon and Brave Silk Cuida Tus Dientes Results: positive impacts were identified in variables such as brush use, achieving a greater knowledge in its importance to reduce caries and eliminate food debris. Conclusions: Other strategies should be considered to improve oral hygiene knowledge, attitudes and practices.

Key words: Attitudes, knowledge, brush, dental floss.

Introducción

La comunicación oral hacia los niños con discapacidad auditiva, resulta compleja en aquellos casos en donde la posibilidad de aprender o desarrollar técnicas como el braille, traductor o acompañante, para la comunicación es una barrera social cuyos impactos se traducen en inequidad y comprensión de la realidad de su contexto; a nivel de la salud estas problemáticas retrasan los tratamientos o en muchos casos conllevan a que el paciente con esta discapacidad empeore su estado de salud (Pabón, 2014)

La diversidad funcional auditiva se refiere a la dificultad del individuo para realizar determinadas funciones auditivas como sordera, función de alerta, disminuye la función con el entorno, problemas de comunicación, problemas de lectura, desorientación e inseguridad.

Este efecto trae consigo desde la perspectiva odontológica falencias en la higiene oral de este tipo de población, que de no ser entendida desde su etiología puede acarrear a futuro grandes problemas de salud a nivel de patologías como la caries y otras enfermedades de tipo periodontal, las cuales presentan a nivel mundial una alta tasa de prevalencia.

En esa misma línea investigaciones como la de Rincón (2019) y García (2018) concluyeron que la mala higiene bucal es una característica de este tipo de poblaciones, por lo que se hace necesario implementar estrategias para mejorar esta condición que potencializa la aparición de patologías como la caries, el periodonto entre otras.

La metodología de investigación empleada corresponde a un estudio de tipo experimental de ensayo comunitario, por medio del cual se realiza la aplicación de la estrategia “Camaleón sonriente y seda valiente cuida tus dietes” con el propósito de impactar de forma positiva la población de estudio en la generación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral.

La presente investigación tiene como objeto determinar la efectividad de una estrategia educativa denominada camaleón sonriente cuida tus dientes en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.

1. Antecedentes

Dentro de los estudios analizados para el desarrollo de la siguiente investigación se plantean los siguientes antecedentes de investigación:

Alyami et al (2020) concluyeron en su investigación sobre estado de salud oral en niños con discapacidad auditiva en la ciudad de Jeddah (Arabia Saudita) que la patología de mayor prevalencia encontrada a partir del diagnóstico inicial fue la caries, maloclusión clase II, las malos hábitos de higiene oral, el consumo de alimentos ricos en azúcares y el desconocimiento sobre la importancia de uso de elementos como la seda dental y la crema dental son barreras determinantes para mitigar esta problemática; el principal desafío lo compone la barrera cultural ya que como se identificó en el estudio, estas creencias restringen el uso de algunos de estos elementos (Alyami, 2022)

Jhaneswar et al (2018) establecieron en su estudio sobre evaluación de la caries dental y estado periodontal en niños institucionalizados con discapacidad auditiva en el distrito de Khordha de Odisha, que el nivel de prevalencia en estas poblaciones está en promedio en un 19 %, resaltando problemáticas asociadas a una muy deficiente higiene oral y desconocimiento sobre la importancia del uso de elementos de aseo; la falta de programas incluyentes orientados a la atención , prevención y control de la caries conlleva a que muchos de estos pierdan piezas dentales a futuro impacto adicionalmente la calidad de vida de los mismos (Jhaneswar, 2018).

Desde la Universidad Cooperativa de Colombia se realizó un estudio de intervención educativa a niños y niñas con diversidad funcional a nivel auditivo. Fue por medio de un diseño de pre y post en 31 niños escolares. El proyecto se desarrolló en tres fases, en la primera se aplicó una encuesta estructurada sobre conocimientos de salud oral a los padres de familia y evaluación cuantitativa de la higiene bucal y caries dental por medio del índice de placa bacteriana de Silness y Løe, y criterios ICDAS.

En la segunda fase se realizó la implementación de la estrategia educativa, se realizó una actividad de acercamiento a los niños, a partir de una pinta carita con los niños más pequeños, y con los mayores se realizó el juego de sopa de letras. Luego se realizó una actividad de reconocimiento sobre lo que afectaba o favorecía la salud bucal, a partir de imágenes relacionadas con salud bucal para que las colorearan. Se continuó con otra actividad lúdica (rompe cabezas gigantes), con el objetivo de descubrir una imagen relacionada con la salud bucal. En la tercera fase se realizó nuevamente la encuesta de conocimientos a los padres de familia y a los participantes, y se aplicó un segundo examen bucal. Se encontró el 79,49 % de los padres consideraba que la condición de diversidad funcional influía en la higiene bucal de sus hijos. Se presentó una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de placa bacteriana entre el primer y el segundo examen clínico de los participantes. con el índice cop para los niños con diversidad funcional a nivel auditivo de 6-18 años es de 1,1, resultados más bajos que lo reportado en el Ensab IV, con un cop de 1,51 a los 12 años 2,3 a los 15 años y 3,1 a los 18 años. Por lo tanto, la estrategia educativa en salud bucal que establezca una comunicación adecuada en niños con necesidades especiales muestra un resultado positivo en la mejoría de la higiene bucal (Rincón, 2019).

Kristell et al (2020) realizaron una investigación Observacional, descriptivo y transversal, con un universo conformado por 15 niños, con discapacidad auditiva que acuden al servicio de audiología del (HRAENRNP), al cual aplicaron un instrumento de recolección de datos conformado por diversos rubros como: datos personales del paciente, diagnóstico de base, antecedentes personales, índice COP-d, valoración de tejidos bucales, índice IHOS para valorar la higiene bucal y así establecer las condiciones de salud de la población de estudio, se procedió a revisar a los niños, se entrevistó a los padres sobre el tipo de higiene que el niño realiza en casa, se revisaron los expedientes para determinar el tipo de discapacidad auditiva y diagnóstico de base, los datos obtenidos, se capturaron en el programa SPSS versión 21 para tener resultados (García K. , 2019).

Los síndromes asociados a la discapacidad auditiva fueron: déficit de atención el 6 %, cardiopatías el 12%, fisura labio alveolo palatina el 16%, síndrome de Down el 18%, sin embargo, el 46% de nuestra población no padecía algún otro síndrome.

Se realizó una valoración de higiene bucal de la población en estudio. Donde se obtuvo como resultado que la mala higiene bucal en los discapacitados auditivos va a la delantera con un 34%, la higiene regular 28%, la buena higiene con un 18%, mientras que el 20% de los niños tiene una excelente higiene bucal

Se mostró la distribución de los niños con discapacidad auditiva según las variables de edad y sexo, donde el sexo femenino fue el predominante entre los 5-9 años de edad

En conclusión se encontró como resultado que el 34% de los niños estudiados presentaron una mala higiene y solo el 20% una higiene excelente, esto nos demuestra que a pesar de los pocos o nulos conocimientos que reciben los discapacitados auditivos sobre la higiene bucal, ellos reciben atención de sus cuidadores y se encargan de mantenerlos en

un estado de salud óptimo de igual forma nos hace pensar en realizar una campaña o un programa de orientación bucal especial para este tipo de población (García, 2018).

2. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad auditiva (DA) como la pérdida auditiva superior a 25dB, dentro de este concepto también se incluyen la hipoacusia, la sordera y la sordera profesional. (MAPFRE, 2020).

Una pérdida significativa de la audición puede afectar al rendimiento y la seguridad en la conducción. Suele acompañarse de restricciones en la actividad cotidiana, afectando las habilidades de comunicación y de interacción con el medio, teniendo importantes repercusiones físicas, psicológicas y económicas (Muñiz, 2020).

En relación con la salud bucodental, los niños con discapacidad auditiva serán más afectados en comparación con un niño sin discapacidades. Ya que se les dificulta la forma de aprendizaje y conocimiento en salud bucodental; hoy en día son pocas las estrategias que existen y que se están implementando a estas personas con discapacidad auditiva, por lo que se difiere que en estos pacientes es más frecuente encontrar caries dental, enfermedad periodontal, gingivitis, placa dental, caries de infancia temprana, perdida dental, mala técnica de cepillado y poca frecuencia porque no tienen el hábito.

Weddel et al (2017) indica que los niños con necesidades especiales tienen menos hábitos de higiene oral lo que hace que patologías como la caries tenga un alto índice de prevalencia; las pérdidas de piezas a futuro son una secuencia de la propia higiene, esto debido a las barreras de comunicación que enfrentan (Weddell, 2020)

Es común encontrar caries dental en personas que no tienen una buena higiene oral o en personas que por diferentes circunstancias se les dificulta la remoción de la placa bacteriana; teniendo en cuenta que la probabilidad es mayor si presentan otros factores que desencadenan esta condición; según datos del Instituto Nacional para Sordos del Ministerio de Educación Nacional en Colombia, se encuentran 455.718 con dificultades permanentes para oír, de los cuales 30.285 son menores de 0 a 9 años (Rincón, 2019)

En Colombia durante los últimos años se ha presentado disminución en la prevalencia de las enfermedades buco dentales en menores de edad, sin embargo, sigue siendo alta según los resultados del Estudio Nacional de Salud Bucodental IV (ENSAB IV), la prevalencia de caries es de 52,38% en niños de cinco años, 37.45% en niños de 12 años y 44.46% en niños de 15 años, los niños con déficit auditivo presentan un índice CPOD promedio de 3,13. Es necesario fortalecer los programas de prevención en salud oral, principalmente en poblaciones con situación de difícil acceso a los servicios de salud y educación, la práctica de los hábitos en higiene oral son deficientes, principalmente con el uso de la seda dental según el ENSAB IV, la efectividad de los programas de educación en salud oral ha dado resultados muy diversos, su efectividad a largo tiempo debe de demostrarse (MINSALUD, 2014)

La discapacidad auditiva es la pérdida total de la percepción de sonidos, está perdida de audición como cualquier discapacidad que puede tener una persona hará que esta persona se le dificulten las actividades de su vida cotidiana. Por ende, necesita de un gran aprendizaje para poder manejar este tipo de discapacidad.

Dentro de la práctica de odontológica en pacientes con discapacidad auditiva, la comunicación debe ser eficaz y totalmente distinta a comparación de una persona que no presenta discapacidades, las técnicas de enseñanza son distintas por eso se debe tener la capacitación para poder atender de la mejor manera a este tipo de pacientes.

Si se compara un niño sin discapacidades auditivas con un niño con discapacidad auditiva en relación con la salud bucal lo más probable es que se encuentre más falencias tanto en su higiene oral como en los hallazgos clínicos.

De acuerdo con lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la “Estrategia Camaleón Sonriente Cuida Tus Dientes” en niños con discapacidad auditiva de la Institución educativa Normal Superior de Neiva?

3. Justificación

La discapacidad auditiva es la pérdida parcial o total de la audición, provocada por la ingesta de diversos medicamentos en el embarazo, defectos del desarrollo embrionario, hereditario, por infecciones virales o bacterianas, inducidas por ruido, vejez, etc., clasificada en hipoacusia leve, moderada, severa y sordera. En la actualidad, existe la dificultad en la atención de pacientes con discapacidad auditiva, por la falta de capacitación y conocimiento del profesional acerca de este padecimiento y cómo se debería tratar este tipo de poblaciones.

Es imprescindible dar a conocer que, el conocimiento de lenguaje de señas, por más básico que sea, nos será de ayuda al momento de atender a personas con discapacidad auditiva, además de dar la satisfacción al paciente de ser incluido en una sociedad en la cual no se suele promover el conocimiento de este medio de comunicación (UNGUA, 2019).

Otro de las razones para realizar este trabajo se basa en identificar el tipo de impacto generado mediante la aplicación de la estrategia, para ello la ejecución de múltiples tareas sobre el uso y refuerzo del conocimiento sobre el manejo de los elementos de aseo oral, permite fortalecer dichos programas.

Los resultados pueden ser usados como guías teóricas para la construcción de planes y programas de prevención a nivel local, regional o nacional en este tipo de

poblaciones, lo cual abre la puerta para la intervención de otras patologías mediante el modelo de formación propuesto.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad de la *“Estrategia Camaleón Sonriente Cuida Tus Dientes” en niños con discapacidad auditiva de la Institución Educativa Normal Superior de Neiva*”.

4.2. Objetivos específicos

Identificar que conocimientos en hábitos de higiene bucal en niños con discapacidad auditiva antes y después de la aplicación de la estrategia.

Determinar el índice de placa de Green y Vermillion de la población en niños con discapacidad auditiva antes y después de la aplicación de la estrategia.

Aplicar las estrategias educativas como son (Videos didácticos, cartillas, videojuego digital educativo, cartillas para colorear, juegos de mesa (rompecabezas, escalera) antes y después en niños con discapacidad auditiva.

5. Marco teórico

5.1. La Higiene oral

En la vida y especialmente en el ámbito social, la higiene oral juega un papel importante. Una buena o mala higiene bucal puede impactar en el bienestar general de las personas.

El principal beneficio de practicar una buena higiene es la satisfacción de mantener los dientes naturales sin ninguna complicación o dolor. Además, poder masticar con mayor comodidad y disfrutar de una buena digestión. Con todos estos beneficios, la correcta higiene oral es parte esencial de una vida saludable. (Higiene Oral, 2020)

En el caso contrario, en el cual se tiene un mal hábito de higiene bucal puede provocar caries, inflamación de la encía y sangrado, en los peores casos causa pérdida o disminución del hueso alveolar. Lo anterior trae como consecuencia la pérdida de una o más piezas dentarias, que en el futuro se verán reemplazados por una prótesis dental.

5.2. Control de placa

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación en los dientes y las superficies dentarias vecinas. También retarda la formación de cálculo. El retiro de la placa microbiana conduce a la resolución de la inflamación gingival; es un modo eficaz para atender y evitar la gingivitis. Por ende, es parte crítica de todos los procedimientos comprendidos en el tratamiento y prevención de las enfermedades periodontales (Canelo, 2021).

5.3.EL conocimiento

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso, se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo; de esta forma el conocimiento permite al ser humano fortalecer y desarrollar procesos asociados al aprendizaje, las competencias, las habilidades, todas ellas integradas de tal forma que le permiten en su entorno aplicar para su entendimiento y desarrollo personal; el conocimiento proporciona información para la comprensión de la realidad, permitiendo tomar decisiones que pueden beneficiar o no su integridad (Esparza P & Rubio B, 2016)

5.4.Actitudes

La aptitud se entiende como “el conocimiento adquirido, todo lo que se ha ido aprendiendo a lo largo de la vida académica y gracias a las experiencias; en si es la capacidad que tiene la persona para realizar cualquier función” (Veloz, 2016); las aptitudes permiten tener un concepto claro de las fortalezas y límites de las personas cuando se plantan objetivos o metas de acuerdo con las condiciones en las que estén (Larsen, 2016).

5.5.Hábitos en salud oral

Un hábito es una rutina o comportamiento que se repite regularmente y tiende a ocurrir inconscientemente; de esta manera un conjunto de rutinas crea los hábitos; por ende, desde la perspectiva oral el hábito es el resultado de una acción que repites frecuentemente de forma inconsciente; estos hábitos están asociados a frecuencias como el número de

veces que se cepilla, o realiza enjuagues después de cada comida o en su defecto el uso del hilo dental cada vez que ingiere un alimento; todos estos hábitos contribuyen a generar una dinámica de buena salud en las personas, previniendo de esta forma el desarrollo de enfermedades (Casals P, 2006)

5.6. Índice de placa

Es un método empleado para evaluar la cantidad de placa bacteriana que hay en los dientes y es el indicador de mayor uso para evaluar el nivel de higiene bucal.

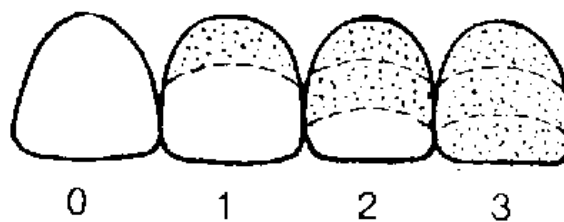
El índice de placa empleado en el estudio es el de **OHI-S** el cual está integrado por el índice de desechos simplificado (DI-S) y el índice de cálculo simplificado (CI-S). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Las seis superficies dentales examinadas en el **OHI-S** son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho.

Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en el cuadro siguiente

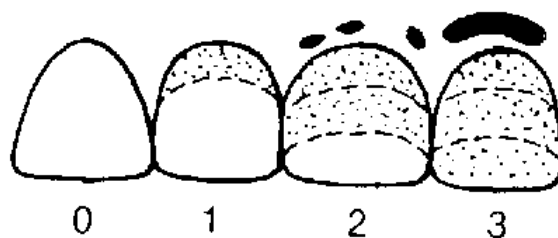
Tabla 1. Índice DI-S

Índice de desechos bucales (DI-S)	
0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta

Fuente: <https://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>.



índice del cálculo (CI-S)	
0	No hay sarro presente
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
2	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos



6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de estudio

La metodología empleada para el estudio comprende un estudio longitudinal, por medio del cual se realizó la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas en higiene oral antes y después de aplicarse la estrategia Camaleón Sonriente en niños con discapacidad auditiva de la institución educativa Normal Superior de Neiva.

6.2. Población y muestra

Corresponde a 30 estudiantes de la Institución Educativa Normal Superior de Neiva con discapacidad auditiva (30 estudiantes) cuyas edades están entre los 3 y 17 años, que fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia, dado que era la única población existente en la institución educativa Normal Superior de Neiva.

Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta niños entre 6 y 12 años con discapacidad auditiva total

Se excluyeron niños mayores a 12 años

6.3. Técnicas y procedimientos para selección de datos

Se aplica una estrategia educativa en salud oral para niños denominada “CAMALEÓN SONRIENTE CUIDA TUS DIENTES”, la estrategia sirve para ser aplicada a cualquier niño que esté con y sin discapacidades físicas, mentales que tengan dificultad avanzada de entendimiento. La estrategia educativa es incluyente.

6.4. Instrumentos de recolección de datos

Para evaluar la efectividad de la herramienta se aplicó una encuesta cuya estructura se describe a continuación:

Encuesta de conocimientos en salud bucal: Se compone de 9 preguntas numeradas del 1 al 9, de las cuales las preguntas 1, 2 y 9 son de múltiple respuesta y las restantes de selección única.

Encuesta en actitudes en salud bucal: se compone de 5 preguntas numeradas del 10 al 14, de las cuales la pregunta 12 es de múltiple respuesta.

Conocimientos en prácticas en salud bucal: se compone de 11 preguntas numeradas del 15 al 25, todas de respuesta única. La estructura de esta herramienta se puede ver en el anexo 1

6.5. Aplicación de la estrategia

1ra semana: Con ayuda del bajalengua, un espejo y explorador, se realizará el 1 registro del índice de placa Green y Vermillion y se aplica la encuesta a los niños sobre conocimientos de hábitos de higiene oral.

En las instituciones se proyecta el video educativo en las (video beam y televisores).

2da semana: Se aplica los juegos de mesa y la cartilla para colorear.

3.ra semana: Se socializa el uso para aplicar el videojuego y se registra el 2 índice de placa dental.

Se deja pasar 1 semana sin intervención, y en la 5ta semana se proyecta nuevamente el video

En la 6a semana: Se entregan los juegos de mesa y la cartilla para colorear.

En la 7ma semana se aplica nuevamente el video juego.

En la semana 8 se aplica un cuestionario para determinar los conocimientos de los niños en higiene oral y hábitos saludables.

Cada intervención semanal tiene un tiempo de duración de 30 minutos, esto con el fin de no interrumpir el horario académico que tienen los niños en las instituciones, se pasará un cronograma de actividades

6.6. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante análisis univariado; para las variables cualitativas se usaron proporciones y para las variables cuantitativas se realizó con medidas de tendencia central, una vez comprobado la distribución normal de los datos se aplicó un análisis bivariado por medio de chi cuadrado.

6.7. Aspectos éticos de la investigación

Se realizó consentimiento y asentimiento informado para fines académicos sobre el objetivo y finalidad de la investigación, cuya información se restringe solo para el área de odontología y será de tipo confidencial para fines académicos sin ningún riesgo, esto según la resolución 8430 de octubre 4 de 1993 que en el título II “ de la investigación en seres humanos” , Capítulo 1 “ de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” ,

artículo 11 define la investigación sin riesgo como aquella en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (MINSALUD, 1993).

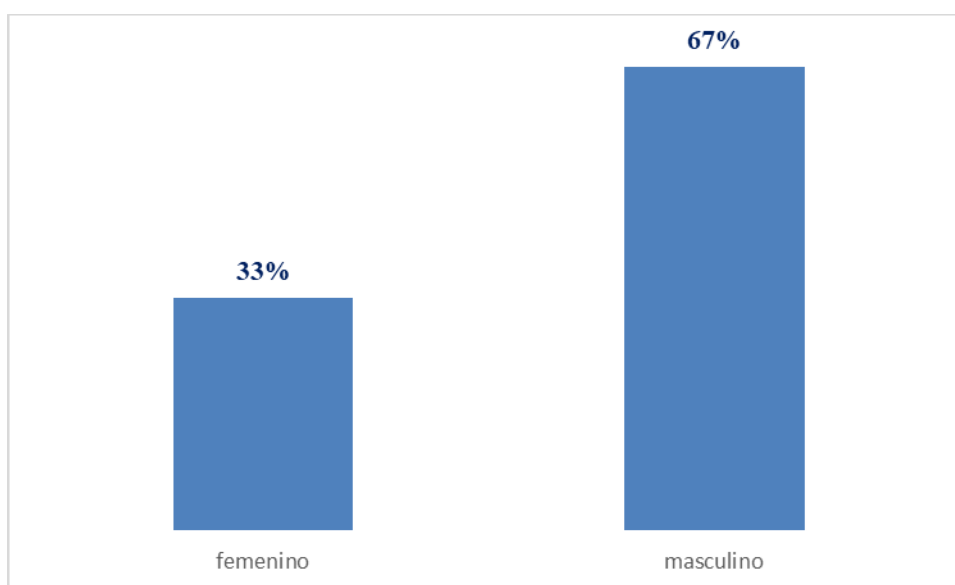
7. Resultados

7.1. Aspectos sociodemográficos

Los aspectos sociodemográficos analizados en el presente estudio hacen referencia a la descripción de variables como género, edad, estrato socioeconómico, año escolar y zona poblacional, como se indica en los siguientes epígrafes.

7.1.1. Género

Figura 1. Distribución por Género



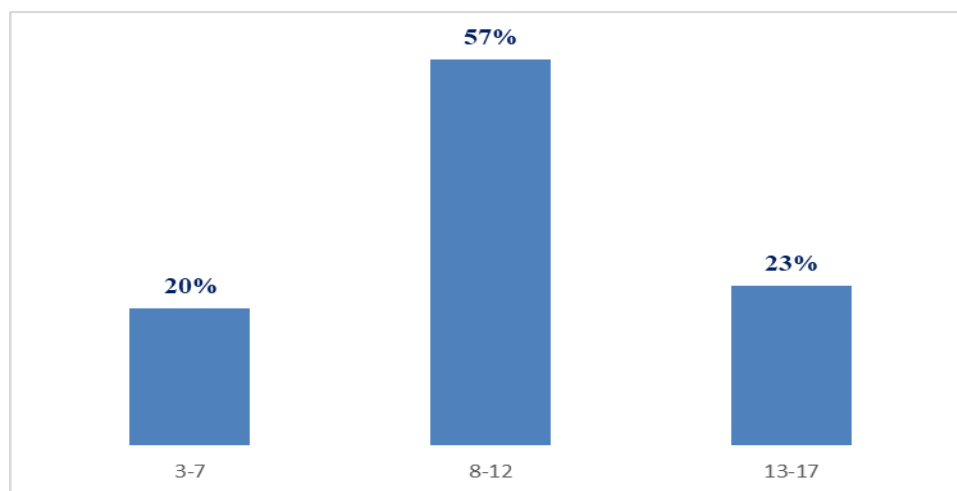
Fuente: Autor

En la figura 1 se observa una mayor participación del género masculino con un 67 % de participación frente a un 33 % del género femenino.

7.1.2. Edad

Para el análisis de la edad en la población muestreada, esta se agrupo en intervalos de 5 años de amplitud que el graficarlos como se indica en la figura 2 muestran los siguientes resultados.

Figura 2. Distribución por edad



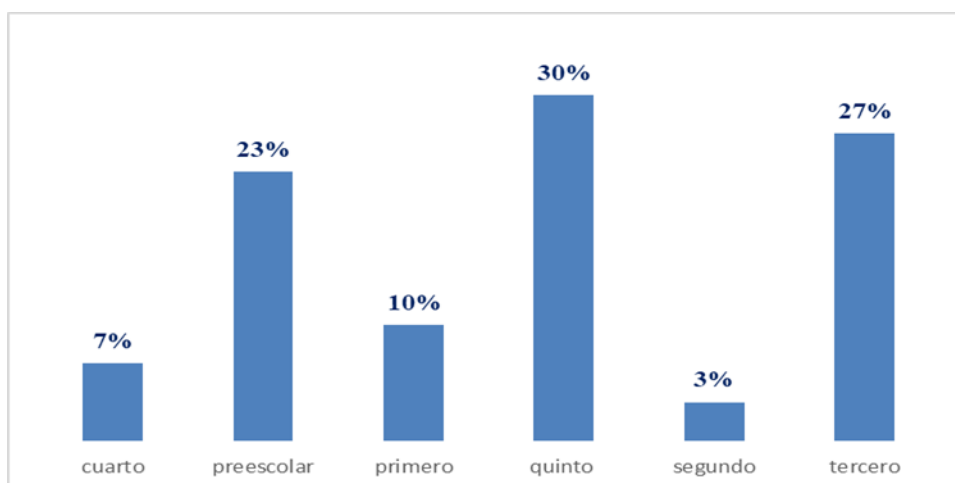
Fuente: Autor

En la figura 2 se observa que las edades de mayor participación en el estudio están entre los 8 y los 12 años con un 57 %, seguidos de edades que están entre los 13 y los 17 años con un 23 %; la de menor participación fueron los niños entre los 3 y 7 años.

7.1.3. Año escolar

Con respecto al estrato económico del estudio, se estableció que toda la muestra estudiada pertenecer al estrato 2.

Figura 3. Distribución por año escolaridad



Fuente: Autor

Según la figura 3, la mayor frecuencia de participación corresponde a los grados quinto con un 30 %, tercero con un 27 %, preescolar con un 23 %, primero con un 10 % y el de menor participación corresponde al grado segundo con un 3%.

7.1.4. Zona poblacional

De acuerdo con los resultados obtenidos toda la población de estudio es de origen urbano.

Tabla 2. Distribución zona poblacional

Zona poblacional	%
urbana	100%
Rural	0%

Fuente: Autor

7.2. Índice de placa dental

Los resultados del índice de placa dental se realizaron a partir de la estimación de la mediana, el primer y tercer cuartil de la muestra, como se indica en la siguiente tabla a continuación.

Tabla 3. Valores Índice Placa dental

Índice de placa	Wilcoxon	p
Me Q1-Q3	4,427	0,0000

Fuente: Autor

En la tabla 3 se observa una variación de medianas antes y postest de aplicar la estrategia educativa; estas variaciones indican una mejora notable en el índice de la población muestreada.

7.2. Análisis de distribución sobre conocimientos en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.

Esta sección busca determinar el nivel de conocimiento que tienen los niños de la muestra (30) con y sin discapacidad auditiva; de acuerdo con lo anterior se tiene:

Distribución de resultados sobre objetivos del cepillado, causas de restos de alimentos y lavado de manos; de acuerdo con las anteriores preguntas, el resultado del análisis de la aplicación de la herramienta según la tabla 4 indica lo siguiente:

Tabla 4. Tabla de Distribución pre y postest sobre uso, residuos y lavado de manos.

PREGUNTAS MULTIPLE RESPUESTA	PRETEST				POSTEST				McNemar	p	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%			
	P-1.1. ¿Para eliminar restos de comida	10	33%	20	67%	28	93%	2	7%	23,253	0,000
¿PREGUNTA 1-Para que cree que sirve cepillarse los dientes?	P-1.2. ¿Para qué no me dé caries dental?	10	33%	20	67%	19	63%	11	37%	5,406	0,020
	P-1.3. ¿Para tener una sonrisa sana?	17	57%	13	43%	15	50%	15	50%	0,267	0,605
	P-1.4. ¿Para dejar los dientes blancos?	10	33%	20	67%	8	27%	22	73%	0,317	0,573
	P-1.5. ¿No se para que sirve?	1	3%	29	97%	1	3%	29	97%	0,000	1,000
	P-2.1. Caries	18	60%	12	40%	25	83%	5	17%	4,021	0,045
PREGUNTA 2- ¿Qué causan los restos de alimentos que se pegan en los dientes?	P-2.2. Mucho dolor.	7	23%	23	77%	13	43%	17	57%	2,700	0,100
	P-2.3. Mal olor en la boca	15	50%	15	50%	15	50%	15	50%	0,000	1,000
	P-2.4. No causa nada	3	10%	27	90%	0	0%	30	100%	3,157	0,076
	P-9.1. ¿Antes de comer?	20	67%	10	33%	22	73%	8	27%	0,317	0,573
PREGUNTA 9-¿Cuándo se debe realizar el lavado de manos?	P-9.2. ¿Antes de cepillarme los dientes?	17	57%	13	43%	21	70%	9	30%	1,148	0,284
	P-9.3. ¿Después de ir al baño?	17	57%	13	43%	22	73%	8	27%	1,831	0,176
	P-9.4. Al llegar a la casa	12	40%	18	60%	18	60%	12	40%	2,400	0,121
	P-9.5. No sé cuándo?	0	0%	30	100%	1	3%	29	97%	3,500	0,178

Fuente: Autor

Se observa en la tabla 4 diferencias estadísticamente significativas en la pregunta P1.1 la cual asocia conocimientos sobre el uso del cepillado para eliminar restos de comida ($p=0,000$), para evitar la caries ($p=0,020$); en cuanto a conocimientos sobre que causan los restos de comida pegados a los dientes, la pregunta P2-1, mostro diferencias estadísticas significativas (caries ($p=0,045$)); en cuanto a conocimientos sobre cuando debe realizarse el lavado de manos no se identificaron diferencias estadísticas, por ende no tuvo un impacto la estrategia sobre dicha variable; se estableció que solo el 10 % considera que el cepillo de dientes tiene un uso para eliminar restos de comida lo cual se refleja en un

incremento del 26% en niños que aprendieron que el cepillado es necesario para evitar la caries.

Distribución de cepillado de dientes de Arriba (DA) y de Abajo (DAB).

Tabla 5. Distribución del sentido del cepillado durante el pretest y el postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Pretest				Postest				McNemar	p
	A	% A	AB	% AB	A	% A	AB	% AB		
de cualquier manera	2	7%	2	7%	1%				A	
Moviendo el cepillo de abajo hacia arriba	10	33%	17	57%	5	56%	22	73%	7,692	0,053
Moviendo el cepillo de arriba hacia abajo	10	33%	2	7%	20	1%	3	10%	AB	
Moviendo el cepillo de lado a lado	8	27%	9	30%	5	41%	5	17%	3,983	0,263

Fuente: Autor

En la tabla 5 no se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable de conocimiento sobre cómo se cepilla los dientes de arriba y de abajo ya que su valor $p > 0,05$, por lo tanto, no se evidencia un impacto positivo de la estrategia frente a esta variable.

Distribución sobre cambio de cepillo

Tabla 6. Distribución sobre cambio del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
cada 6 meses cambia el cepillo	10	33%	23	77%		
cada año se cambia el cepillo	6	20%	6	20%	16,406	0,001
lo cambio cuando se dañan las cerdas del cepillo	13	43%	1	3%		
no se cuándo se debe cambiar el cepillo	1	3%		0%		

Fuente: Autor

En la tabla 6 se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimientos sobre necesidad de cambiar el cepillo de dientes ($p = 0,001$), esto se

evidencia en el aumento de población que adquirió conocimientos sobre el cambio de cepillo cada seis meses el cual fue del 44 %.

Distribución sobre préstamo cepillo de dientes

Tabla 7. Distribución sobre préstamo del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
no se puede prestar	20	67%	26	87%		
no se si lo puedo prestar	3	10%			5,182	0,159
si se puede prestar	6	20%	4	13%		
solo a mi familia lo puedo prestar	1	3%				

Fuente: Autor

No se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de conocimiento o de comprensión sobre el préstamo del cepillo a otras personas.

Distribución sobre uso seda dental

Tabla 8. Distribución del uso de la seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
no conozco la seda dental	1	3%		0%		
no se para que sirve la seda dental	2	7%	1	3%	6,324	0,097
para eliminar los restos de comida que el cepillo no pueda alcanzar	19	63%	27	90%		
para que los dientes no se tuerzan	8	27%	2	7%		

Fuente: Autor

En cuanto a la tabla 8 no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de conocimiento o de comprensión sobre la función de la seda dental.

Distribución sobre frecuencia de uso de la seda

Tabla 9. Distribución de frecuencia de uso de la seda durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
cada vez que me cepillo los dientes	7	23%	14	47%	6,017	0,111
dos veces al día	16	53%	10	33%		
no sé cuántas veces	4	13%	1	3%		
una vez al día	3	10%	5	17%		

Fuente: Autor

Con respecto a la tabla 9 no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$, por lo que la estrategia no tuvo un impacto positivo sobre el conocimiento del número de veces que debe usarse la seda dental en el día en la población de estudio.

7.3. Análisis de distribución sobre Actitudes en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva.

Con respecto a las actitudes de salud bucal, una vez desarrollada la estrategia educativa, los resultados PRETES Y PSTEST indicaron:

Distribución sobre gusto por cepillado de los dientes

Tabla 10. Distribución de uso del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
me gusta poco cepillarme	14	47%	7	23%	3,589	0,058
si me gusta cepillarme	16	53%	23	77%		

Fuente: Autor

De la tabla 10 se puede indicar no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el cepillado de dientes.

Distribución sobre gusto por ir al odontólogo.

Tabla 11. Distribución sobre el gusto por asistir al odontólogo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
me gusta	15	50%	21	70%		
me gusta poco	12	40%	9	30%	4,428	0,109
no me gusta	3	10%				

Fuente: Autor

De la tabla 11 se puede indicar que no se observan diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por asistir al odontólogo.

Distribución sobre aprendizaje sobre uso del cepillo

Tabla 12. Distribución de aprendizaje sobre uso del cepillo durante el pretest y postest.

PREGUNTAS MULTIPLE RESPUESTA	PRETEST				POSTEST				McNemar	p	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%			
P-12.1. ¿Mis padres?	25	83%	5	17%	21	70%	9	30%	1,490	0,222	
P-12.2. ¿Mi profesora?	8	27%	22	73%	12	40%	18	60%	1,200	0,273	
PREGUNTA 12- ¿Quién te enseñó a cepillarte?	P-12-3. ¿El odontólogo?	5	17%	25	83%	15	50%	15	50%	7,500	0,006
	P-12.4. ¿Un familiar o persona que te cuida?	5	17%	25	83%	3	10%	27	90%	0,576	0,448
	P-12.5. ¿Nadie?	0	0%	30	100%	0	0%	30	100%		

Fuente: Autor

Se observa en la tabla 12 una relación estadísticamente significativa en una variable de actitud en salud bucal en cuanto a quien le enseñó al niño a cepillarse: según lo

anterior esta variable corresponde al odontólogo ($p=0,006$), profesora (0,000); Sin embargo, las demás variables no presentan un impacto positivo post estrategia.

Distribución sobre uso seda dental.

Tabla 13. Distribución del uso de seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
me gusta			1	3%		
me gusta poco	13	43%	12	40%	3,54	0,17
no me gusta	3	10%		0%		
si me gusta	14	47%	17	57%		

Fuente: Autor

De la tabla 13 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas, ya que su valor $p>0,05$ por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el uso de la seda dental, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución frecuencia de lavado de manos.

Tabla 14. Distribución hábitos en cuanto a frecuencia de lavado durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
me gusta poco	12	40%	9	30%		
no me gusta	1				1,849	0,397
si me gusta	17	57%	21	70%		

Fuente: Autor

De la tabla 14 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p>0,05$ por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el lavado de manos.

7.4. Análisis de distribución sobre Prácticas en salud bucal en niños de edad escolar con y sin discapacidad auditiva

Con respecto a las prácticas en salud bucal los resultados obtenidos muestran los siguiente:

Distribución frecuencia de cepillado por día.

Tabla 15. Distribución de prácticas de frecuencias de uso durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
dos veces al día	13	43%	9	30%		
más de tres veces al día	1	3%		0%		
no me cepillo	1	3%		0%	12,37	0,015
tres veces al día	8	27%	20	67%		
una vez al día	7	23%	1			

Fuente: Autor

De la tabla 15 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.015$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal asociadas al número de veces al día que se cepilla los dientes ($p= 0,015$), lo cual se evidencian en el aumento del 40 % en el número de niños que aumentaron su frecuencia de cepillado a 3 veces al día.

Distribución sobre cepillado antes de acostarse

Tabla 16. Distribución del cepillado antes de dormir durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
a veces me cepillo los dientes antes de acostarme	15	50%	16			
nunca me cepillo los dientes antes de acostarme	2	7%		0%	2,069	0,355
siempre me cepillo los dientes antes de acostarme	13	43%	14	47%		

Fuente: Autor

De la tabla 16 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya que su valor $p > 0,05$ por lo que la estrategia no tuvo un mayor impacto en cuanto a prácticas asociadas al cepillado antes de acostarse.

Distribución de uso crema dental para cepillado de dientes

Tabla 17. Distribución sobre uso de crema dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
a veces uso crema dental	12	40%	7	23%	3,215	0,200
nunca uso crema dental	1	3%		0%		
siempre uso crema dental	17	57%	23	77%		

Fuente: Autor

De la tabla 17 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable un mayor grado en la adopción de prácticas en salud bucal sobre el uso de crema dental al cepillarse, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución sobre consumo crema dental

Tabla 18. Distribución del consumo de crema dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
a veces como crema dental	14	47%	12	40%	0,305	0,859
nunca como crema dental	12	40%	13	43%		
siempre me como la crema	4	13%	5	17%		

Fuente: Autor

De la tabla 18 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre el consumo de crema dental por parte de los niños.

Distribución de cepillado en la lengua

Tabla 19. Distribución del cepillado en la lengua durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	p
a veces me cepillo la lengua	13	43%	13	43%	0,566	0,753
nunca me cepillo la lengua	6	20%	4	13%		
siempre me cepillo la lengua	11	37%	13	43%		

Fuente: Autor

De la tabla 19 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre el cepillado de la lengua por parte de los niños.

Distribución de cantidad de crema dental usada

Tabla 20. Distribución de cantidad de crema dental usada durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	p
la mitad del cepillo	8	27%	5	17%	21,293	0,000
más de la mitad del cepillo	11	37%	2	7%		
menos de la mitad del cepillo	5	17%	22	73%		
no utilizo crema dental	1	3%		0%		
todo el cepillo	5	17%	1	3%		

Fuente: Autor

De la tabla 20 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal asociadas a la cantidad de crema dental usada en el cepillo, se observa que el número de niños que aplican crema a todo el cepillo disminuyeron en un 14 % después de aplicada la estrategia.

Distribución sobre personal de apoyo para cepillado

Tabla 21. Distribución de prácticas sobre personal de apoyo al cepillado durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
a veces	10	33%	12	40%	0,515	0,773
nunca	7	23%	5	17%		
siempre	13	43%	13	43%		

Fuente: Autor

De la tabla 21 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre los padres o personas que ayudan a los niños a realizar el cepillado de dientes.

Distribución de personal que aplica la crema dental

Tabla 22. Distribución de personal que aplica la crema durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
mis padres me aplican la crema dental sobre el cepillo	3	10%	3	10%	0,000	1,000
un familiar o persona me aplica la crema dental sobre el cepillo	1	3%	1	3%		
yo mismo aplico la crema dental	26	87%	26	87%		

Fuente: Autor

De la tabla 22 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal asociadas a quien aplica la crema dental sobre el cepillo.

Distribución sobre uso de seda dental.

Tabla 23. Distribución de uso de seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
a veces uso la seda dental	12	40%	17	57%		
no tengo seda dental	2	7%		0%	6,902	0,075
no uso la seda dental	4	13%		0%		
siempre uso la seda dental	12	40%	13	43%		

Fuente: Autor

De la tabla 23 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal asociadas al uso de la seda dental.

Distribución sobre disposición final de la seda dental.

Tabla 24. Distribución de disposición final de la seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
la vota a la basura	24	80%	28	93%	2,307	0,129
la guarda para volvería a usar	6	20%	2	7%		

Fuente: Autor

De la tabla 24 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no género en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre la disposición final una vez usada la dental por parte de los niños.

Distribución de asistencia al odontólogo

Tabla 25. Distribución de asistencia al odontólogo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=30)	Toma 1	%	Toma 2	%	McNemar	P
no me acuerdo	6	20%	4	13%		
nunca me han llevado al odontólogo	7	23%	5	17%	1,154	0,561
si he asistido al odontólogo	17	57%	21	70%		

Fuente: Autor

De la tabla 25 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,717$), por lo que la estrategia no género en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre si los niños han asistido al odontólogo, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

8. Discusión

Soto (2015) estableció que el uso de una estrategia educativa en salud bucal trae efectos positivos en variables de actitudes como la necesidad de ir al odontólogo ($p=0,000$); la frecuencia del cepillado ($p=0,000$) y la forma del cepillado ($p=0,000$); sin embargo, los resultados obtenidos frente a estas mismas variables en la población de estudio indican que no hay diferencias estadísticamente significativas ya que los valores de $p>0,005$, por lo tanto la estrategia no cumplió con mejorar las actitudes razón por la cual se deben considerar otros métodos de educación (Soto, 2015)

Hernández et al (2016) evaluó el uso de un video educativo en salud bucal para escolares con discapacidad auditiva en el instituto Juan Salvador Gaviota de la ciudad de Cartagena de Indias, los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en la variable de conocimiento sobre uso del cepillo ($p=0,001$), sin embargo en cuanto a elementos de higiene como el cepillo y seda dental no se presentaron diferencias estadísticas ($p=0,360$ y $p=0,920$); estos resultados difieren del estudio en cuanto al uso del cepillo ($p=0,001$) y de seda dental ($p=0,015$), ya que en la población de estudio existen diferencias significativas para estas variables (Hernandez, 2016)

9. Conclusiones

Se concluye que la estrategia fue efectiva, los aspectos de mayor incidencia de estos se lograron en parámetros como aumento en la frecuencia de uso del cepillado y la connotación del odontólogo como apoyo en el proceso de aprendizaje y conocimiento sobre el uso de los elementos de higiene oral.

En cuanto a los conocimientos que posee la población de estudio sobre salud bucal se identificó una baja comprensión de las ventajas y usos del cepillo; de igual forma no se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable de conocimiento sobre cómo se cepilla los dientes de arriba y de abajo, la seda dental, el préstamo de este elemento y la frecuencia de cepillado diario.

Con respecto a las actitudes en salud bucal se evidencio bajos impactos una vez aplicada la estrategia en variables como gusto por ir al odontólogo, uso seda dental y el gusto por el cepillado de los dientes.

Con respecto al índice de placa aplicada la estrategia educativa de evidencia una mejora en el índice lo cual se valida en el que valor de p es menor a 0,05 lo que indica la efectividad de la estrategia.

Las prácticas de mayor incidencia adoptadas por la población de estudio están relacionadas a variables como frecuencia de cepillado, cantidad de crema aplicada; en lo que respecta a las otras variables indican un desempeño muy bajo post estrategia.

10. Recomendaciones

Se propone ampliar el tamaño de la población.

Diseñar o proponer nuevas herramientas que permitan un mejor desempeño de conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral.

Se recomienda implementar talleres lúdicos para afianzar conocimientos y prácticas de salud bucal a la población de estudio, así como el de ampliar la cobertura en tiempo del programa.

11. Referencias Bibliográficas

- Canelo, C. (2021). *SlideShare*. Bogota: FHG. Obtenido de SlideShare:
<https://es.slideshare.net/mdaly21/control-de-placa>
- Casals P, E. (2006). *Oral hygiene habits in spanish school children and adults*. Barcelona (España): Scielo.
- Esparza P, R., & Rubio B, J. (2016). *La pregunta del conocimiento*. México D.F.: Scielo.
- García, M. (2018). Salud e higiene oral en niños con discapacidad auditiva. *Revista Tamé*, 4.
- Hernandez, D. (2016). *Evaluación de un video educativo en salud bucal para escolares con discapacidad auditiva en el instituto juan*. Cartajena: Universidad de Cartajena.
- MAPFRE, F. (2020). Conducción con discapacidad auditiva. *Fundación MAPFRE*.
- MINSALUD. (1993). *Resolución 8430 de octubre 4 de 1993*. Bogotá: MINSALUD.
- MINSALUD. (2014). *IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL*. Bogotá: MINSALUD.
- Muñiz, A. (2020). Conducción con discapacidad auditiva. *Fundación MAPFRE*.
- Rincón, Y. (2019). Estrategia educativa en salud bucal para niños y niñas con diversidad funcional a nivel auditivo. *Revista Nacional de Odontología*, 11.
- Soto, A. (2015). *Oral Health Educational Intervention for Children and Teachers*. Cienfuegos (Cuba): UNCIME.
- UNGUA. (29 de Septiembre de 2019). *Google*. Obtenido de Google:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44224/1/MOR%C3%81Nandrea.pdf>

12. Anexos

Anexo 1. Encuesta estrategia

