

Intervención educativa sobre higiene bucal en niños de la Escuela Bolivariana “Francisco de Miranda”, Venezuela

Leal Rodríguez, María Isabel¹
González Martínez, Ramón²
Zamora Guevara, Noemí³
Paterson Serrano, Eliany⁴
Vinardell Almira, Lisandra María⁵

¹ Clínica Estomatológica Mayarí, Holguín, Cuba, marialeal@infomed.sld.cu

² Policlínico Universitario “26 de julio”, Holguín, Cuba, ramongm@infomed.sld.cu

³ Policlínico Universitario “26 de julio”, Holguín, Cuba, noemizamora@infomed.sld.cu

⁴ Policlínico Universitario “26 de julio”, Holguín, Cuba, elianyps@infomed.sld.cu

⁵ Policlínico Universitario “26 de julio”, Holguín, Cuba, lvinardell@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, por la búsqueda de identidad propia y cambios cognoscitivos, emocionales y sociales; en esta etapa es donde se forjan valores, actitudes y conductas frente a la vida y se construye la base de los estilos de vida.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre higiene bucal en escolares de primaria.

Material y método: se realizó una intervención educativa en 60 niños de 8 a 11 años de la escuela bolivariana “Francisco de Miranda”, municipio Caroní, estado Bolívar, Venezuela en el período comprendido de octubre a diciembre de 2015. Se aplicó un cuestionario diagnóstico para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención. Además se utilizó el Índice de Higiene Bucal de Love para determinar el comportamiento de la higiene bucal al inicio y final del estudio. **Resultados:** antes de la intervención, predominó el nivel de conocimiento regular (58,3 %). Después de la intervención, los valores mayores se trasladaron hacia la categoría bueno (86,7 %). La higiene bucal de los niños antes de la intervención fue deficiente en el 90,0 % y después de la estrategia educativa buena en el 93,3 % de los pacientes.

Conclusiones: los resultados favorables, obtenidos en la intervención a partir del uso de diferentes técnicas y medios educativos, lograron cambios satisfactorios en los modos de actuar y pensar de los niños demostrando la efectividad de la estrategia utilizada y los métodos empleados para su ejecución.

Palabras clave: salud bucal, higiene bucal, niño, educación de la población, actitud

I. INTRODUCCIÓN

La promoción de salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, que no es más que el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades ⁽¹⁾.

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad ⁽²⁾.

La problemática de la infancia es muy importante debido a que en esta edad de la vida, es donde se definen las principales características de su desarrollo, se producen aprendizajes básicos para su futuro desempeño personal y social, por esto es importante fomentar una cultura superior en salud, que se refleje en estilos de vida más sanos en los niños, jóvenes y adultos, además propiciar un mayor desarrollo de conocimientos, hábitos, habilidades y conductas saludables para que sean capaces de asumir una actitud responsable ante la salud personal ⁽³⁾.

La caries dental se reconoce como un proceso patológico importante en la historia vital del hombre. Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por el desequilibrio que se produce entre la sustancia dental y el fluido de placa circulante, que da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros. Es la enfermedad bucal de mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo. En los tiempos de Hipócrates quedó establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores de riesgos y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas ⁽⁴⁾.

La mala higiene bucal es un factor de riesgo significativo en el inicio y progresión de la caries dental y se encuentra relacionada con la prevalencia de esta, muchos de los fracasos en su control pueden atribuírsele ⁽⁵⁾.

Se ha demostrado que la higiene bucal, es el procedimiento más eficaz, económico y de mayor alcance para la prevención de las enfermedades bucales. Con su mejoramiento, en los escolares, sentamos las pautas para una mejor calidad de vida. La salud es uno de los bienes más preciados de la humanidad, expresión del desarrollo social, por lo que todos los pueblos deben exigir el derecho a ella y asumir el deber de integración para su cuidado ⁽⁶⁾.

Motivados por lo antes expuesto, se realizó esta investigación con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre higiene bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables, en escolares de nivel primario.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa con diseño de antes y después. El universo de trabajo el cual coincidió con la muestra estuvo conformado por 60 niños de 8 a 11 años pertenecientes a la Escuela Bolivariana “Francisco de Miranda”, los cuales acudieron a la consulta de estomatología del Consultorio Médico Popular (CMP) Colinas, Área de Salud Integral Comunitaria La Unidad, municipio Caroní, estado Bolívar, Venezuela durante el período comprendido de octubre a diciembre de 2015. Todos quedaron incluidos en el estudio.

Luego de coordinar con la dirección de la escuela y obtener su aprobación, se convocó un encuentro con padres y niños para explicar las características de la investigación, objetivos e importancia, motivándoles a participar en el proyecto, cumpliendo de esta manera con el aspecto bioético que debe respaldarlo. Se obtuvo así el consentimiento de todos y su disposición a colaborar en las actividades.

El desarrollo del trabajo se concibió en tres etapas: diagnóstico educativo, intervención y de evaluación.

Variables:

Edad: 8, 9, 10 y 11 según años cumplidos.

Sexo: masculino y femenino según el sexo biológico de pertenencia.

Conocimientos sobre higiene bucal: adecuado y no adecuado (se consideró adecuado cuando se acumuló el 70 % de los puntos en el cuestionario y no adecuado cuando no alcanzó el 70 % de los puntos).

Higiene bucal: buena y deficiente.

Para evaluar la higiene bucal se utilizó el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love, se tiñeron las superficies dentarias y se calculó la cantidad de superficies teñidas por cien entre las superficies examinadas. Se evaluó la higiene bucal de buena si existió de 0- 20 % y deficiente más de 20 % de superficies teñidas.

Este índice respondió a la fórmula:

$$\text{IHB} = \frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies examinadas}} \times 100$$

A. Etapa de diagnóstico educativo

Para el adecuado desarrollo de esta etapa a todos los niños se les aplicó un cuestionario de 10 preguntas relacionadas con los temas a tratar en la intervención el cual se elaboró según los intereses de la investigación y el grupo poblacional escogido. El mismo sirvió para valorar el nivel de conocimientos respecto a la higiene bucal antes de la intervención y se le otorgó un total de 100 puntos. Las preguntas fueron de respuesta única, con un valor de 10 puntos cada una.

- De 70 a 100 puntos se consideró el nivel de conocimiento bueno.
- De 50 a 60 puntos se consideró el nivel de conocimiento regular.
- De menos de 50 puntos se consideró el nivel de conocimiento malo.

Además se les realizó un control de placa dentobacteriana con el fin de precisar la condición de la higiene bucal antes de la instrucción.

B. Etapa de intervención

En esta etapa se desarrollaron cuatro reuniones: una reunión introductoria, tres de estudio y una para las conclusiones. El objetivo principal fue desarrollar en el niño conocimientos, habilidades y hábitos para mejorar su higiene bucal. Los temas de la intervención educativa “Una sonrisa es salud” fueron los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1. Programa de intervención educativa

Temas	Tiempo	Contenido
Mi amigo el cepillo	30 min.	Cepillado de los dientes: forma, frecuencia y duración. Importancia.
¿Cómo prevenir la caries dental?	30 min.	Prevención de la caries dental.
Una sonrisa sana	30 min.	Importancia de las visitas al estomatólogo.

Los niños se distribuyeron en cuatro grupos de 15 cada uno y las actividades se realizaron 2 veces a la semana durante 30 minutos, por seis semanas, en ellas estuvo presente el médico y el defensor del CMP Colinas.

Los métodos que se utilizaron para el aprendizaje durante la realización de las sesiones fueron:

- ✓ Exposición oral.
- ✓ Interrogatorio.
- ✓ Dinámica de grupo.
- ✓ Demostración.
- ✓ Técnicas afectivo- participativas (TAP).
- ✓ Juegos didácticos.
- ✓ Medios de observación:
 1. Taypodont y cepillo dental.
 2. Mural con el contenido de los temas tratados.

C. Etapa de evaluación

La evaluación de seguimiento o proceso se aplicó cada dos semanas y la evaluación de los resultados e impacto de la intervención educativa se realizó en el siguiente encuentro después del tema Una sonrisa sana; desde el punto de vista cuantitativo se midió:

Información higiénica sanitaria bucal: para ello se aplicó nuevamente el cuestionario y se volvió a aplicar el Índice de Higiene Bucal de Love, lo que permitió evaluar y comparar los resultados con los obtenidos al inicio del estudio.

Los datos se recogieron en un formulario elaborado al efecto. Los resultados se expusieron en tablas de análisis de frecuencia simple, las cifras se expresaron en valores absolutos y por ciento.

III. RESULTADOS

Tabla 2. Distribución de los niños según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
8	6	10,0	4	6,7	10	16,6
9	14	23,3	2	3,3	16	26,7
10	12	20,0	10	16,7	22	36,7
11	8	13,3	4	6,7	12	20,0
Total	40	66,6	20	33,4	60	100

Fuente: Formulario

La Tabla 1 refleja la distribución de los niños según edad y sexo. El grupo de 10 años y el sexo masculino fueron los más representados con un 36,7 % y 66,6 % respectivamente.

En todas las edades es fundamental realizar programas educativos relacionados con las afecciones bucales y los factores de riesgo que las producen, haciendo énfasis en la edad escolar, pues es aquí donde se producen importantes transformaciones físicas e intelectuales. Estas estrategias se ejecutan con el propósito de lograr cambios en el pensar y actuar de los niños sobre la base de una concepción preventiva más que curativa pues si se fomentan comportamientos positivos en esta etapa, no habrá que modificarlos en etapas posteriores de la vida, lo cual se convierte en un proceso más difícil y complejo. Además es importante que exista interés y motivación en ambos sexos, para lograr una buena participación en la obtención de información sobre los factores de riesgo de la caries dental.

Los resultados de este estudio no coinciden con los de Aguilera Trotman y colaboradores⁴, los autores encontraron que el grupo de edades de 8- 10 años fue el más representado con un 53 % pero sí concuerda en cuanto a los resultados obtenidos respecto al sexo donde el masculino fue el de mayor predominio con un 56 %.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre higiene bucal, antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	n	%	n	%
Bueno	10	16,7	52	86,7
Regular	35	58,3	5	8,3
Malo	15	25,0	3	5,0
Total	60	100	60	100

Fuente: Formulario

La Tabla 3 muestra el nivel de conocimientos sobre higiene bucal antes y después de la intervención. Antes de la intervención predominó el nivel de conocimiento regular con un 58,3 % mientras que después los resultados se desplazaron hacia la categoría bueno con un 86,7 %.

Al analizar los conocimientos de los niños acerca de algunos aspectos puntuales relacionados con la higiene bucal, se observaron cambios significativos al contrastar las respuestas antes y después de la intervención, los cuales denotaron el aprendizaje adquirido mediante las técnicas educativas y medios de enseñanzas empleados. De igual manera sucedió con los conocimientos sobre cepillado dentario, hábito que el niño debe desarrollar de manera correcta para que el resultado sea efectivo.

Los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos por Tamayo Oliva y coautores ³, en su serie los investigadores obtuvieron que el 68,8 % de los niños presentaban un nivel de conocimientos regular antes de la intervención mientras que luego de aplicar la estrategia educativa el conocimiento fue bueno en el 92,7 %.

Tabla 4. Higiene bucal de los niños antes y después de la intervención

Higiene bucal	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Buena	6	10,0	56	93,3
Deficiente	54	90,0	4	6,7
Total	60	100	60	100

Fuente: Formulario

La Tabla 4 refleja el grado de higiene bucal de los niños. Antes de la intervención el 90,0 % presentaban una higiene bucal deficiente, luego de aplicar la estrategia educativa la higiene bucal fue buena en el 93,3 % de los casos.

La higiene bucal es la clave en el control de los diferentes factores de riesgo de las enfermedades bucales, los pacientes que solo infrecuentemente o ineffectivamente realizan la higiene bucal o tienen pobre control manual pueden estar en riesgo, así lo reportan Martínez, Hidalgo y Abreu en su estudio con la finalidad de identificar la prevalencia de lesiones incipientes de caries dental en niños de 5 a 11 años, donde demuestran la asociación entre la higiene bucal y las lesiones cariosas.⁷

Los resultados de este estudio son similares a los alcanzados por Nápoles Vázquez y colaboradores ⁷, los autores encontraron que antes de la intervención el 88,6 % de los niños tenían una higiene bucal deficiente, al concluir la labor educativa lograron un índice aceptable en el 93,1 % de los escolares.

Soto Ugalde y colaboradores ² obtuvieron que en un primer momento la higiene bucal se calificara de mal en la mayoría de los niños (73,3 %) lo que logró revertirse de buena manera luego de aplicar el programa (81,3 %).

IV. CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre higiene bucal se incrementó en la mayoría de los niños después de aplicar la intervención educativa demostrando su efectividad. La higiene bucal en la población objeto de estudio logró cambios favorables después de aplicar el programa de acciones educativas.

REFERENCIAS

1. Escalona Oliva D, Escalona Oliva A, Aleaga Collado O, Suárez Rodríguez M. Promoción de salud bucal y nivel de conocimientos sobre el primer molar permanente en niños. *Multimed* [En línea]. 2015. [Citado 26 Ene 2017]; 19(2). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2015/v19-2/12.html>
2. Soto Ugalde A, Sexto Delgado N, Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur* [En línea]. 2013. [Citado 26 Ene 2017]; 12(1): 24- 34. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>
3. Tamayo Oliva Y de la C, Sariol Estrada GM, Villa Ventura LC, de la Paz Arias S. Un aporte a la salud bucal de los niños de quinto grado. *Multimed* [En línea]. 2012. [Citado 26 Ene de 2016]; 16(1). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-1/10.html>
4. Aguilera Trotman NM, Menéndez Cabrera RJ, Nápoles Rodríguez N de la C. Intervención educativa sobre higiene bucal en escolares del seminternado “Jesús Argüelles Hidalgo”. *Rev Electrón* [En línea]. 2013. [Citado 26 de Ene 2017]; 38(11). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=723>
5. Rodríguez Jiménez ML, Figueredo Pérez MC, García Jiménez AM, Castellanos Montero YB. Estrategia educativa sobre higiene bucal y dieta cariogénica en escolares de nueve a once años. *Rev Electrón* [En línea]. 2012. [Citado 26 Ene 2017]; 37(12). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=416>
6. Pausa Carmenate M, Suárez Hernández M. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. *Rev haban cienc méd* [En línea]. 2015 Feb. [Citado 26 Ene 2017];14(1): 70-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100011&lng=es
7. Nápoles Vázquez Y, Coll Aguilera AM Alcolea Rodríguez JR, García Del Toro I. Modificación de la higiene bucal. Estudiantes de 6to. Grado. Escuela Primaria Frank País. Bayamo. 2012-2013. *Multimed* [En línea]. 2014[Citado 26 Ene 2017];18(2).Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-2/11.html>