

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL DIRIGIDO A NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNIDAD EDUCATIVA “LA VEGA” DE TABAY, MUNICIPIO SANTOS MARQUINA, MÉRIDA, VENEZUELA

Emely De Luca¹, Andrea Rivera¹, Yajaira Romero²

1 Odontóloga egresada de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

2 Profesora de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Autora de correspondencia: Yajaira Romero: e-mail yromero581@gmail.com

Recibido: 17-03-2015; Aceptado: 23-05-2015

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo desarrollar el programa educativo para la promoción de salud bucal en niños de Educación Inicial de la Unidad Educativa “La Vega” de Tabay, para cubrir una necesidad presente en esta población, favoreciendo la difusión de educación, la construcción de una conciencia ciudadana para prevenir las principales patologías bucales y fomentar el bienestar. Es un estudio de tipo interactivo con un diseño de campo contemporáneo-evolutivo. Contó con una población 30 niños de ambos sexos, entre los 4 y 6 años de edad matriculados en la entidad escolar. Para la ejecución de la investigación se realizó un diagnóstico de la presencia de placa bacteriana, del conocimiento de salud bucal y de los hábitos de higiene bucal de los niños en estudio. A partir de estos resultados se diseñó y ejecutó el programa educativo. Finalmente, se valoraron los resultados obtenidos y se discutió con los padres y representantes los aspectos relevantes que surgieron a partir del desarrollo del programa educativo. En relación con las condiciones de salud bucal se encontró una disminución considerable de la placa bacteriana pasando de una condición de higiene bucal deficiente a una condición de higiene bucal entre cuestionable y aceptable. Se observó un incremento en el manejo de conocimiento acerca de la salud bucal, pasando de un conocimiento escaso/errado a un cambio positivo en la cantidad de información que los niños expresaron en las entrevistas realizadas.

Palabras clave: Salud Bucal, Educación Inicial, Programa Educativo.

INTERVENTION FOR ORAL HEALTH PROMOTION ADDRESSED TO PRESCHOOL CHILDREN FROM THE UNIDAD EDUCATIVA “LA VEGA”, TABAY, MUNICIPALITY SANTOS MARQUINA, MÉRIDA, VENEZUELA

ABSTRACT

The present research aimed to develop an educational program for oral health promotion addressed to preschool children at the "Unidad Educativa La Vega de Tabay" with the purpose of covering an existing need in the aforementioned population by favoring the spread of education, the construction of a public awareness to prevent the main oral diseases and promote wellness. It was an interactive study with a contemporary-evolutionary field design. Subjects were 30 male and female children between 4 and 6 years old enrolled in the abovementioned institution. Diagnosis of dental plaque, oral health knowledge and children's oral hygiene habits were performed. The educational program for oral health promotion was designed on the basis of the results and it was also applied. Finally, the results were evaluated and the most relevant issues emerging from the educative program development were discussed with the parents. Regarding oral health conditions, a considerable decrease of dental plaque and a change of condition from deficient oral hygiene to an acceptable or questionable one were found. An increase in the information about oral health was observed; it was reflected in a change from little or wrong knowledge to a positive change in the amount of information children expressed in the interviews.

Keywords: Oral Health, Early Childhood Education, Educational Program.

INTRODUCCIÓN

Dentro del desarrollo integral de una persona, las condiciones de salud le permiten al individuo integrarse a su proceso de socialización. El componente bucal de la salud ha venido valorizándose progresivamente durante las últimas décadas como un elemento indispensable de la calidad de vida, no solo como integrante de los procesos fisiológicos (funciones como la masticación, la deglución y la respiración), sino como un componente fundamental en el proceso de comunicación y expresión humana, tanto artística como intelectual, por lo tanto, influye en la manera en la que el individuo se relaciona con otras personas, es decir, el componente bucal de la salud no solo participa en procesos fisiológicos del ser humano, sino que también actúa como determinante en su desarrollo e interacción social.

Pese a la importancia que tiene el componente bucal de la salud para el desarrollo de la vida, las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.¹

La alta prevalencia de enfermedades bucales que afectan a la sociedad hoy en día, se debe al predominio de los procesos destructores de salud sobre los procesos protectores. La principal estrategia para impulsar el cambio de esta realidad en la sociedad es la educación, en este caso, la educación para la salud busca generar en las personas un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables.

La Educación para la salud contempla todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tiene como fin conservar y promover el máximo grado de salud posible; busca concientizar a la población de la necesidad de cuidarla, y permite que el individuo adquiera mayor responsabilidad en la identificación y solución de los principales problemas de salud y bienestar.²

Es necesario inducir intervenciones educativas desde la niñez debido a que en esta etapa se forman aspectos de la personalidad que se verán en la persona adulta, por lo que en la infancia se debe iniciar la creación de una conciencia de salud que permita el desarrollo integral de las personas, donde se incluye la salud bucal, de esta manera, un déficit de estimulación educativa que ocurra en esta etapa tendrá sus repercusiones en el futuro. En el caso de la salud bucal, la información y la educación resultan determinantes para evitar la aparición de patologías fácilmente prevenibles mediante la

higiene bucal, como es el caso de la caries y la enfermedad periodontal.

Al direccionar esta educación hacia la población infantil la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño y se convierten en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor³, brindando mensajes que tenga significado para ellos, lo que contribuye a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud.

La etapa de Educación Inicial es el momento oportuno para fomentar la prevención y promover el mantenimiento de salud bucal, ya que los niños no solo tienen desarrolladas sus habilidades de comprensión y aprendizaje, sino que además están ansiosos por adquirir nuevas habilidades. Asimismo su capacidad social es elevada por lo que la transmisión de la información de un niño a otro es rápida y continua.

En Venezuela, las acciones de educación para la salud se llevan a cabo en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, se observa falta de sistematicidad en el desarrollo de programas educativos de salud bucal, en especial en las zonas rurales. En el municipio Santos Marquina, del estado Mérida, la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes,

a través del Departamento de Investigación ha iniciado un proceso investigativo y de intervención en las unidades educativas y las comunidades, el cual inició con una primera etapa con un diagnóstico de la población escolarizada en el año 2012, en el que se encontró un alto porcentaje de presencia de caries o antecedentes de la misma.⁴ Por ello, la intervención educativa en esta población es una estrategia fundamental para transformar el perfil epidemiológico del componente bucal de la salud.

En este contexto, esta investigación se planteó desarrollar un programa educativo dirigido a los niños de educación inicial, como parte del Programa de Atención Odontológica Integral para la población rural dispersa que desarrolla la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, el cual asume la atención odontológica en sus tres componentes: educativo-preventivo, curación y rehabilitación, ubicándose esta investigación en el marco del componente educativo-preventivo.

El objetivo general consistió en el desarrollo del “programa educativo para la promoción de salud bucal en niños de educación inicial de la Unidad Educativa “La Vega” de Tabay del municipio Santos Marquina, del estado Mérida, Venezuela. Para alcanzar el objetivo propuesto,

se formularon los siguientes objetivos específicos:

1. Diagnosticar la presencia de placa bacteriana de los niños en estudio.
2. Valorar el nivel de conocimiento de salud bucal y hábitos de higiene bucal de los niños.
3. Diseñar un programa educativo para la promoción de salud bucal.
4. Ejecutar el programa educativo para la promoción de salud bucal.
5. Valorar los resultados obtenidos a partir de la aplicación del programa educativo.

Al incorporar a los niños en un proceso de construcción colectiva de conocimientos sobre la salud bucal desde su mundo recreativo y lúdico, se abre la posibilidad de que se conviertan en agentes de cambio de su entorno social más inmediato, es decir, en el contexto familiar y en su comunidad, proceso a través del cual se pueden alcanzar cambios estructurales en la sociedad en general.

En el estado Mérida, las intervenciones educativas de promoción de la salud resultan insuficientes para asegurar la modificación de actitudes y conductas cotidianas en relación con la salud bucal. En la investigación realizada por Materán P., Rivera A., Torrellas J., en la Unidad Educativa Bolivariana “21 de noviembre” del municipio Santos Marquina, con una población infantil en edades comprendidas

entre 5-6 años de edad, en el 2012 se encontró que, de un total de 24 niños examinados, 91.7% presentaba caries y/o algún antecedente de la misma, lo cual constituye una cifra alarmante. Por otra parte, durante la evaluación del perfil epidemiológico de diferentes escuelas de este municipio, las autoridades de distintas instituciones manifestaron la necesidad de intervenciones educativas para la promoción de salud bucal.⁴

Por lo tanto, el desarrollo de un programa educativo para la promoción de salud bucal en niños de Educación Inicial, está destinado a cubrir una necesidad presente en la población infantil del municipio Santos Marquina, dirigido en esta oportunidad en los niños que acuden a la Unidad Educativa la Vega de Tabay. Aportando a la mejora de la difusión de la educación, específicamente la educación para la salud bucal. Además de optimizar las condiciones de la salud bucal, la construcción de una conciencia ciudadana para prevenir las principales patologías y fomentar el bienestar a futuro.

Esta intervención educativa fue diseñada y ejecutada a partir de las condiciones clínicas y de conocimiento encontradas en la población en estudio, con el propósito de lograr mayor pertinencia social en el trabajo realizado.

Por otra parte, se requiere mayor producción de conocimiento científico sobre la promoción de la salud bucal, ya como estrategia para la transformación del perfil epidemiológico, existen pocas experiencias nacionales reportadas en la literatura, en comparación con otras áreas de las ciencias de la salud, constituyendo una línea de investigación que requiere ser profundizada.

Se encontró que la literatura publicada referida a la aplicación de programas educativos de salud bucal es escasa, sin embargo, existen algunas publicaciones relacionadas a la aplicación de dichos programas en distintos grupos etarios escolares, donde se incluye el grupo en el cual se enfocó esta investigación.

Dentro de las publicaciones extranjeras se encuentran las siguientes investigaciones: Limonta E, y Araujo T, en 2004 realizaron un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar “26 de Julio” de Santiago de Cuba, para lo cual se aplicó un cuestionario para valorar la información que poseían sobre salud bucal antes de la intervención. Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa “Salud bucal”, con técnicas educativas y afectivo-participativas, complementado con el juego “Salud bucal” como retroalimentación. La

evaluación efectuada 3 meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto. Se encontró que el 87,9 % de los escolares alcanzó un adecuado nivel de conocimientos.¹

García O., y colaboradores en 2008 plantearon una intervención educativa, cuyo objetivo fue comprobar la efectividad de una estrategia para desarrollar el auto cuidado bucal a través de su aplicación en niños y niñas en edad escolar. Al realizar esta intervención, se aplicó una estrategia educativa que permitió elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las audiencias intervenidas y modificar conductas no saludables. Las respuestas a las preguntas para el diagnóstico de los conocimientos antes de la intervención, en su generalidad, fueron calificadas de regular o mal; lo que, una vez implementada la estrategia, evolucionó hacia un 81 % de respuestas correctas. Se logró un cambio de actitud y un incremento en el aprendizaje y desarrollo de acciones de auto cuidado, tales como: cepillado correcto, uso del hilo dental, selección de una alimentación adecuada e identificación de hábitos perjudiciales. Intervención que se fundamentó en la premisa de que es mucho más fácil crear un hábito correcto en un niño que modificarlo en un adulto.⁵

Con respecto a las investigaciones publicadas en el ámbito nacional se encuentran las siguientes: Romero Y, planteó en 2006 evaluar el impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal aplicado durante año y medio a niños en edad preescolar. Para ello, se condujo un estudio epidemiológico de campo, de tipo longitudinal, estimándose la frecuencia de caries dental e índice de higiene bucal en dos momentos. La población de estudio fue de 196 niños con edades comprendidas entre 3 y 5 años y la muestra de tipo no probabilística intencional, condujo a la selección de 186 niños por su permanencia durante año y medio en el preescolar. El procedimiento, siguió las tres fases de la planificación estratégica; diagnóstico y planificación, ejecución y evaluación del plan de acción. Los resultados indicaron que el programa evaluado fue efectivo al conservar el estado de la "condición de caries" en 100% y al disminuir favorablemente el índice de higiene oral en 30% del la muestra. Finalmente, se concluye que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil y, por tanto, se recomienda actuar sinérgicamente al respecto.⁶

Dávila M, y Mujica M, aplicaron en 2008 un programa educativo sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas a los estudiantes del primero y segundo grado de la

Unidad Educativa del Municipio Iribarren del estado Lara. La población del estudio fueron 85 escolares entre 6 y 10 años de edad cursantes del primero y segundo grado. Se aplicó el programa educativo para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevención de enfermedades bucales. Los resultados obtenidos antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad bucal fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del programa educativo a 50% después de su aplicación.⁷

Para esta investigación se asume el componente bucal del proceso salud- enfermedad como el objeto de estudio de la práctica odontológica, en el que la salud bucal es entendida como un componente de la salud general, una parte de una totalidad mayor que a su vez se comporta como un proceso integrado por la salud y la enfermedad que no constituyen dimensiones separadas sino que forman parte de un continuo en constante movimiento y transformación. El componente bucal de la salud, se encuentra determinado socialmente, es decir, que las condiciones biológicas del ser humano se encuentran determinadas por las condiciones sociales en las cuales ocurre la reproducción

social. Es en las condiciones sociales de vida en las que se generan las causas esenciales que definen la aparición o no de los procesos patológicos.

En ese contexto social en el que se desarrolla la vida del ser humano, la Educación Inicial se orienta hacia el desarrollo integral de la población desde la gestación hasta que cumpla 6 años o ingrese al primer grado de Educación Básica. Su objetivo fundamental es contribuir con el desarrollo infantil, para lo cual se requiere ofrecerle una atención integral en un ambiente de calidad que favorezca su crecimiento y desarrollo en los aspectos físicos, cognitivos, socioemocionales, psicomotrices y del lenguaje.⁸

En este paradigma, la Educación Inicial se inserta en un enfoque de educación y desarrollo humano como un continuo, enfoque integral globalizado que vincula la Educación Inicial con la Educación Básica para darle continuidad y afianzamiento en esta última a los vínculos afectivos que son la base de la socialización y de la construcción del conocimiento.⁹

Un programa educativo consiste en una intervención estructurada, diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida o en una población determinada. El mismo se elabora para atender en forma

continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población, estableciendo áreas de concentración con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos.¹⁰

Todo programa, a través de sus actividades y acciones, se compone de los siguientes elementos agrupados y relacionados entre sí que, en conjunto, le otorgan coherencia: Propósitos (responde al “para qué” del programa), objetivos (responde al “por qué” del programa), técnicas y estrategias (responden al “cómo” se llevarán a cabo los objetivos del programa), contenidos (Responden al “qué”), recursos (responden a “con qué” se llevará a cabo la propuesta), beneficiarios o destinatarios (responde a “para quién” fue pensado y orientado), etapas (hace referencia al “cuándo” se desarrollarán los distintos momentos del programa) y los responsables (alude a “quiénes” responden y sostienen el programa).¹⁰

METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo interactiva al tener como objetivo modificar un evento estudiado, generando y aplicando sobre él una intervención especialmente diseñada. Cuenta con un diseño de campo, ya que la información recolectada

proviene de fuentes vivas y se recoge en su ambiente natural.¹¹

La investigación se realizó con una población de 30 niños de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 4 y 6 años de edad, quien forma parte de la matrícula estudiantil de la Unidad Educativa “La Vega” de Tabay del Municipio Santos Marquina.

El programa educativo tuvo una duración de seis semanas.

Consideraciones Bioéticas: se informó a los padres y/o representantes sobre la actividad a realizar explicando cada uno de los procedimientos que forman parte del programa educativo; asimismo se entregó un consentimiento informado que debieron firmar para autorizar que sus representados participaran en el estudio.

El proceso de investigación se desarrolló en 3 momentos:

1. El diagnóstico: Se realizó la descripción de dos variables: La primera variable fue la placa bacteriana, la cual se determinó utilizando el índice de placa O’Leary, con los siguientes parámetros de medición: Condición de higiene bucal aceptable del 0% al 20%, condición de higiene bucal cuestionable del 21% al 50% y condición de higiene bucal deficiente del 51% al 100%.¹² La segunda variable fue el conocimiento sobre la salud bucal y sobre los

hábitos de higiene bucal de los participantes. Se utilizó la entrevista como técnica de recolección de información, cuyo contenido fue sometido a la validación de expertos.

2. Diseño y aplicación del programa educativo: Los contenidos desarrollados en el programa fueron: cavidad bucal, nutrición y salud bucal, e higiene bucal, abordándose los aspectos fundamentales de cada tema y ajustados a la edad de los participantes para lo cual se utilizaron la lectura de cuentos, dibujos y juegos como estrategias de intervención y elementos motivadores. La ejecución del programa tuvo una duración de tres semanas con cada una de las visitas programadas.

3. Valoración del impacto del programa educativo: Luego de una semana de haber culminado la aplicación del programa educativo, se realizó la segunda medición de las variables placa bacteriana y conocimiento sobre la salud bucal y hábitos de higiene bucal.

Adicionalmente se realizó una reunión con los padres y/o representantes, con el fin de discutir aspectos relevantes que surgieron a partir del desarrollo de la investigación, como las necesidades de atención inmediata de algunos niños que presentaron serios problemas de salud bucal, la colaboración en el hogar con respecto a las prácticas de higiene bucal, y el progreso general de los niños a través del programa.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

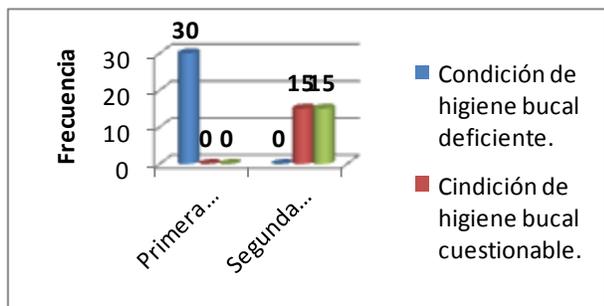


Gráfico N° 1. Registro de índice de placa bacteriana O'Leary.

En relación a la variable placa bacteriana, posterior a la aplicación del programa se encontró un cambio considerable en la condición de higiene bucal de los niños, teniendo en una primera medición un predominio de condición de higiene bucal deficiente, ya que en el total de las superficies dentarias, se detectó más del 51% con presencia de placa bacteriana; mientras que en la segunda medición se diagnosticó una disminución en la presencia de placa bacteriana, al presentar la mitad de la población en estudio una condición de higiene bucal cuestionable y la otra mitad aceptable. Estos resultados sugieren que la intervención educativa incide de manera directa en los cambios positivos de la condición de higiene bucal de los mismos.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Navas y cols. en 2005, cuya investigación

encontró una disminución del índice de placa Silnees y Loe total de 1.12% a 0.59%.¹³ Este estudio contó con una población similar a la de esta investigación, tanto en su magnitud como en la edad de los niños que la conformaron.

De igual manera, los resultados de esta investigación se asemejan con los obtenidos por Romero, en 2006, en un estudio que evaluó el impacto de un programa de educación y prevención de salud bucal en 186 niños de edades comprendidas entre los 3 y 5 años del municipio San Diego, Estado Carabobo, en el que se observó que el índice de higiene bucal simplificado inicial de 0.59% decrece a 0.20% en la medición final.⁶ Este estudio estuvo dirigido a un grupo etario similar al de esta investigación.

Finalmente, se encuentra una similitud de resultados con los de la investigación realizada por Bellos N. y cols. en 1999, la cual buscaba comprobar la efectividad de un programa de educación para la salud en 296 niños en edades comprendidas entre los 6 y 12 años del municipio Maracaibo, Estado Zulia, en el cual se obtuvo una disminución sustancial en el índice de placa Silnees y Loe seis meses posterior a la intervención de un 1.06% a un 0.17%.¹⁴

Respecto con la variable conocimiento de salud bucal, se le aplicó un tratamiento cualitativo a

partir de la construcción de categorías de bajo nivel de especificidad en función de las características propias de los niños que participaron en la investigación. Este proceso consistió en analizar cada una de las respuestas obtenidas en las entrevistas pre aplicación y post aplicación del programa, asociar aquellas respuestas que se presentaron de manera repetida, compararlas y relacionarlas para así finalmente establecer las categorías, las cuales representan el conocimiento de la población en estudio sobre la cavidad bucal, nutrición y salud bucal e higiene bucal. Los resultados obtenidos son expresados a partir de cada una de las interrogantes incluidas en la entrevista.

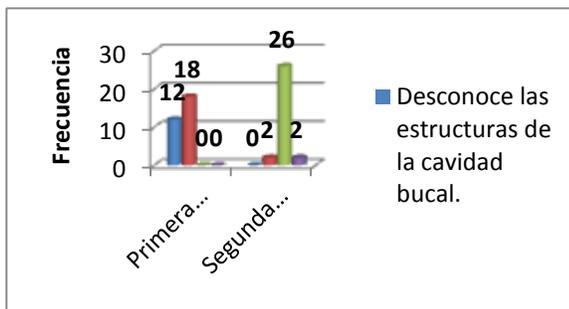


Gráfico N° 2. Conocimiento de la anatomía de la cavidad bucal.

Se encontró en una primera medición un desconocimiento de estructuras de la cavidad bucal en 12 de los participantes, mientras que en la segunda medición, la totalidad de los participantes tiene conocimiento acerca de las estructuras que conforman la cavidad bucal. En la primera medición el rango de conocimientos

estuvo entre una a tres estructuras de la cavidad bucal (18 participantes), mientras que en la segunda medición se observó una ampliación en el nivel de conocimiento a más de seis estructuras de la cavidad bucal, que a pesar de ser nombrado en dos oportunidades, la mayoría de la población (26 participantes) nombra más de tres estructuras de la cavidad bucal.

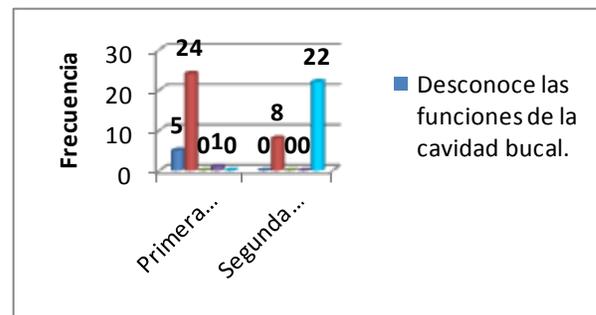


Gráfico N°3. Conocimiento sobre las funciones de la cavidad bucal.

En cuanto al conocimiento de las funciones de la cavidad bucal, en una primera medición la respuesta dominante fue la función masticatoria con 24 menciones, solo en una oportunidad se mencionó la función comunicativa de la cavidad bucal; mientras que en la medición post intervención 22 participantes mencionan en conjunto la función masticatoria con las acciones afectivas y/o recreativas y la función comunicativa. Solo 8 de los niños nombró la función masticatoria de manera individual.

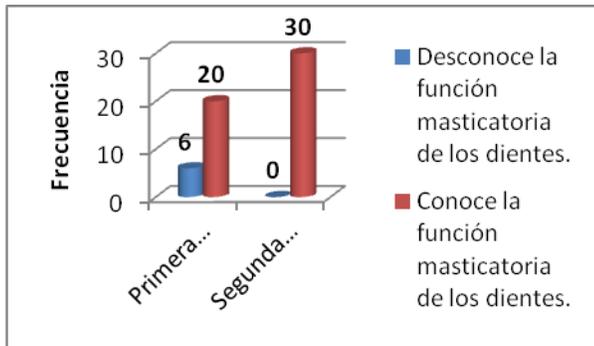


Gráfico N° 4. Conocimiento sobre la función masticatoria de los dientes.

El nivel de conocimiento de la función masticatoria de los dientes presentó una ligera variación a partir de la aplicación del programa, en la primera medición fue nombrada por 20 de los participantes, y en la medición post intervención recibió la totalidad de las menciones.

la salud, en contraste con la segunda medición en la que la totalidad de la población conoce alimentos favorables para la salud y la mayoría de los participantes menciona una amplia variedad de los mismos.

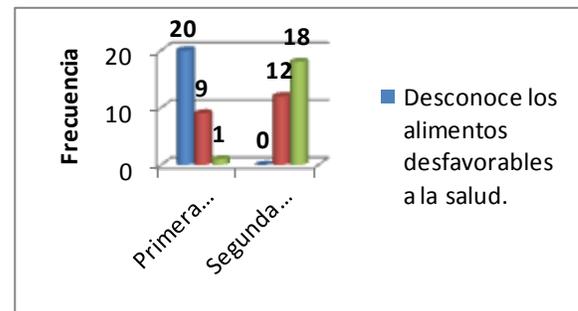


Gráfico N° 6. Conocimiento de alimentos desfavorables a la salud.

En una primera medición la mayoría de la población en estudio (22 participantes) desconoce los alimentos perjudiciales, lo que contrasta con lo obtenido en la segunda medición, donde el nivel de conocimiento presenta una mejoría notable, el total de la población nombra algunos o una amplia variedad de alimentos desfavorables a la salud.

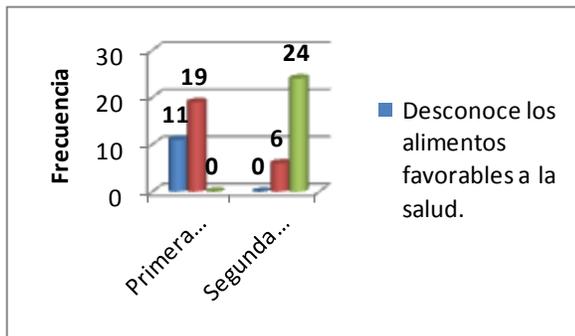


Gráfico N° 5. Conocimiento de alimentos favorables a la salud.

En cuanto al conocimiento de los alimentos favorables para la salud se encontró un cambio significativo entre la primera y segunda medición. En la primera medición 11 de los niños desconocen los alimentos favorables para

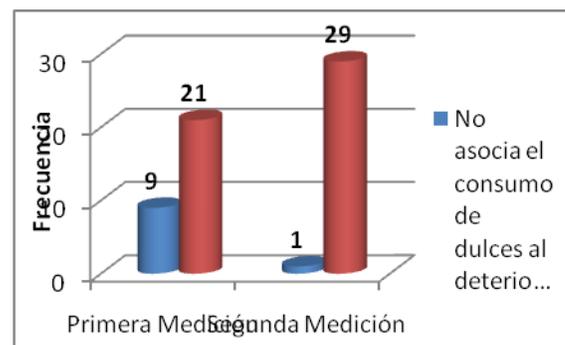


Gráfico N° 7. Conocimiento sobre las consecuencias del consumo de dulces.

Con respecto al conocimiento de las consecuencias del consumo de dulces, se encontró que la mayor parte de la población asocia el consumo de dulces al deterioro de los dientes tanto pre-aplicación como post-aplicación del programa educativo, teniendo una variación de 21 menciones en la primera medición, a 29 menciones en la segunda medición.

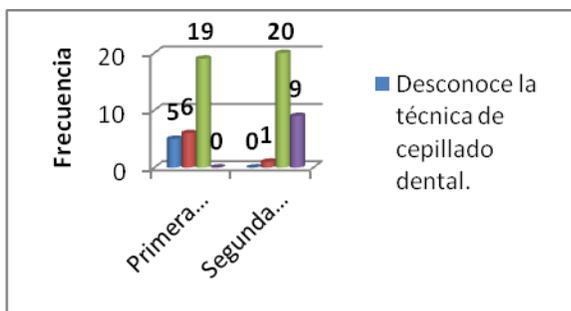


Gráfico N° 8. Conocimiento sobre técnicas de higiene bucal.

En cuanto al conocimiento sobre técnicas de higiene bucal, se encontró una ligera variación con respecto a la asociación del cepillo dental a la higiene bucal, pasando de 19 menciones en la primera medición a 20 menciones en la segunda, se observó un cambio en el desconocimiento de la técnica de cepillado obteniendo en la primera medición 5 menciones y ninguna mención en la segunda, así mismo el conocimiento de las técnicas de higiene bucal no convencionales

varió de 6 menciones en la primera medición a 1 sola mención de la segunda.

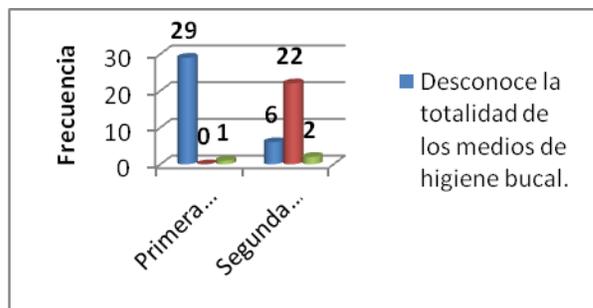


Gráfico N° 9. Conocimiento sobre medios de higiene bucal.

Se encontró un cambio en el nivel de conocimiento de los niños acerca de los medios de higiene bucal, encontrando en una primera medición que 29 de los participantes desconocen la totalidad de los medios de higiene bucal, en contraste con los 22 participantes que conoce la totalidad de los medios de higiene bucal en la segunda medición.

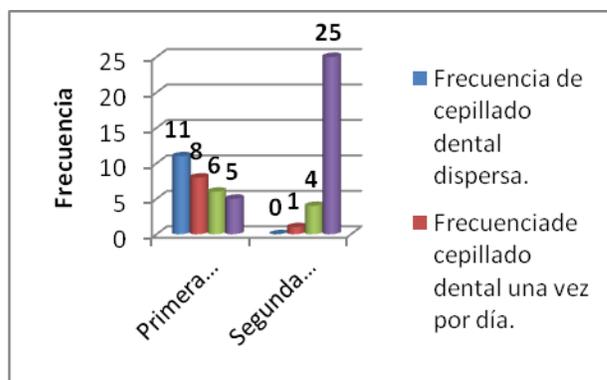


Gráfico N° 10. Conocimiento sobre frecuencia de cepillado dental.

En cuanto a la frecuencia del cepillado dental en una primera medición predominó la frecuencia

de cepillado dispersa con 11 menciones, obteniendo un bajo nivel en frecuencia de cepillado adecuada. Posterior a la aplicación del programa educativo la frecuencia de cepillado dental predominante fue la adecuada con 25 menciones lo cual establece un progreso evidente.

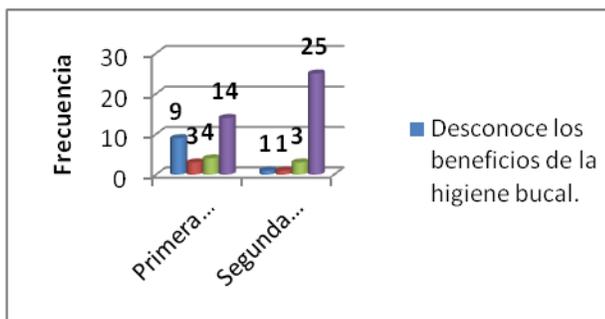


Gráfico N° 11. Conocimiento sobre beneficios de la higiene bucal.

En una primera medición el conocimiento sobre los beneficios de la higiene bucal se asoció mayormente a la conservación de los dientes (14 participantes), también se encontró asociación con la estética y la eliminación del mal aliento (7 participantes), sin embargo, en una segunda medición se observó que el conocimiento sobre los beneficios de la higiene bucal se enfoca más a la conservación de los dientes con 25 menciones.

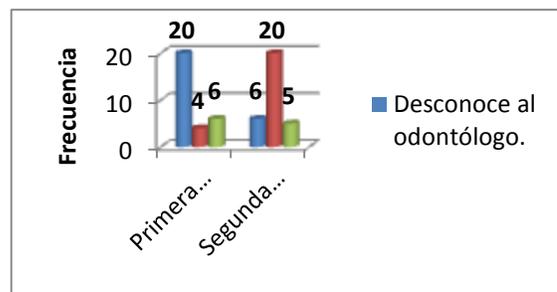


Gráfico N° 12. Conocimiento sobre el odontólogo.

En una primera medición 20 de los niños manifiestan desconocimiento del odontólogo, solo algunos asocian al odontólogo con las funciones que desempeña. Mientras que en la segunda medición la mayoría de los niños reconocen al odontólogo o suelen asociarlo a sus funciones.

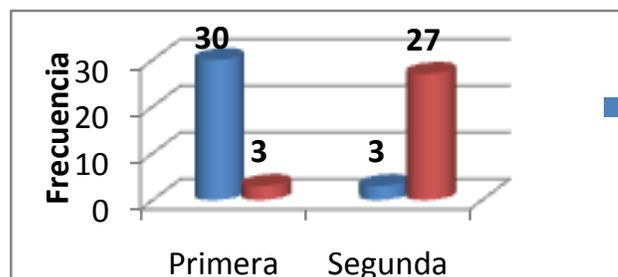


Gráfico N° 13. Conocimiento sobre la consulta odontológica.

Del conocimiento sobre la consulta odontológica se encontró un cambio significativo a partir de la aplicación del programa, en la primera medición la totalidad de la población desconoce la frecuencia recomendada para la consulta odontológica, mientras que en la segunda medición el 27 de

los participantes conocen la frecuencia recomendada.

En relación a la variable conocimiento de salud bucal, los cambios entre el contenido de las respuestas obtenidas en la primera entrevista, y los alcanzados a partir de la aplicación del programa educativo conducen a afirmar que hubo un incremento de manejo de conocimiento de salud bucal en los niños, lo que coincide con lo planteado en la investigación de García O. y cols. en 2008, en la cual las respuestas a las preguntas para el diagnóstico del conocimiento antes de la intervención, en su generalidad, fueron calificadas de regular o mal, lo que, una vez implementada la estrategia, evolucionó hacia 81% de respuestas correctas.⁵

De igual manera se encuentra similitud de resultados con los encontrados por Araujo E, y Limonta E. en el año 2000, quienes reportaron que 94% de los integrantes de la investigación presentaban un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de la labor educativa, luego de ella mejoro notablemente la situación pues 87.9% obtuvieron en la categoría adecuado.¹

Resultados similares al de esta investigación fueron obtenidos en otros estudios a nivel nacional como el de Dávila M, y Mujica M. en 2008, quienes observaron que antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad

bucal fue “malo” 68% y 14% “bueno” variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa.⁷ Este programa se aplicó a una población con edades similares a la de esta investigación y se desarrolló en un periodo de tiempo similar.

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

El desarrollo de este programa educativo permitió evidenciar un cambio tanto en las condiciones de la higiene bucal como en el conocimiento básico sobre la salud bucal de los niños participantes. En relación a la higiene bucal, se encontró una disminución importante de la placa bacteriana diagnosticada inicialmente en boca, posterior a la aplicación del programa, pasando de una condición de higiene bucal deficiente a una condición de higiene bucal entre cuestionable y aceptable. De igual manera, se observó un incremento en el manejo de conocimientos acerca de la salud bucal en los niños a partir de la intervención educativa, pasando de un nivel de conocimiento de salud bucal inicial donde la mayoría de las respuestas presentaron un contenido escaso y/o errado, a un cambio positivo en la cantidad de información que los niños expresaron en las entrevistas realizadas.

La experiencia de trabajo con este grupo de niños brindó la posibilidad de poner en práctica

la estrategia propuesta por la OMS fundamentada en el desarrollo lingüístico cognitivo, según la cual a estas edades los niños están creando la base de conocimientos y actitudes que fundamentaran la personalidad en el futuro, proceso que requiere del continuo reforzamiento ya no solo desde la escuela, sino también desde la familia, para que las prácticas de higiene bucal, constituyan un hábito en su vida de adultos.

Estos resultados conducen a sugerir que al realizar una intervención educativa diseñada a partir de la particularidad de la población a la que va dirigida, se logra obtener conocimientos que tengan un significado, en este caso, el complemento de las bases teóricas con actividades recreativas y lúdicas (canciones, cuentos, material audiovisual, y juegos) permite a los niños apropiarse de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que de seguir fomentándose le signifiquen realmente una mejora en su calidad de vida como individuo y miembro de una comunidad.

Se recomienda este tipo de iniciativa para diseñar nuevas intervenciones educativas dirigidas a este tipo de población, enfatizando

en la necesidad de complementar el componente teórico con actividades recreativas y lúdicas. Se recomienda que dichas intervenciones se incluyan en los contenidos de la programación escolar de las instituciones educativas.

Igualmente, se considera oportuno fomentar una mayor participación de la familia y los profesionales de la salud bucal en la conservación y promoción de salud bucal de los niños, para así evitar la aparición de enfermedades bucales fácilmente prevenibles como la caries y la enfermedad periodontal, que por la dificultad que han presentado para su eliminación en la sociedad, requiere que se aborde desde el componente educativo para poder alcanzar los cambios estructurales que demanda el perfil epidemiológico del componente bucal de la salud en la población venezolana.

Finalmente, se recomienda la realización de estudios a largo plazo y con una población mayor, que permitan evaluar con mejor precisión no sólo la efectividad de la aplicación de un programa educativo a corto plazo, sino también los cambios generados en un periodo de tiempo mayor.

REFERENCIAS

1. Araujo T, Limonta E. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN. 2000; 4(3):9- 15.
2. Crespo M, Riesgo Y, Laffita Y, Torres P, Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN. 2009; 13 (1).
3. Álvarez C, Navas R, Rojas T. Componente educativo, recreativo, asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Revista cubana de estomatología. 2006; 43 (2).
4. Materan P, Rivera A, Torrellas M. Programa educativo para la promoción de la salud bucal dirigido a niños de la primera infancia de la U.E.B 21 de noviembre, Municipio Santos Marquina (Tabay) Edo. Mérida. De próxima aparición. 2012.
5. García O, Sexto N, Moya N, López R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2008; 6 (2): 20-24.
6. Romero Y. Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar “Monseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio San Diego, Estado Carabobo. Revista Odous. 2006; 7 (2): 27-42.
7. Dávila M, Mujica M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana. 2008; 46 (3).
8. Gil M, Sánchez O. Educación inicial o preescolar: El niño y la niña menores de tres años. Algunas orientaciones a los docentes. Educere 2004; 8 (27): 535-543.
9. Sánchez O, Torres E. Educación inicial. Bases curriculares. Venezuela: Editorial Noriega; 2005.
10. Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revista iberoamericana de educación. 2009; 49 (7).

11. Hurtado J. El proyecto de investigación, el proyecto de la investigación holística. 3ed. Caracas, Venezuela. Sypal. 2000.
12. Ministerio de Salud Panamá. Normas técnicas administrativas y protocolos de atención en salud bucal. I nivel de atención. 2004.
13. Navas R, Álvarez C, Rojas T, y Zambrano O. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Revista ciencia odontológica. 2005; 2 (1): 22-33.
14. Belloso N, Hernández N, Rivera L, Morón A. Efectividad de los programas de educación para la Salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo Experimental. Acta Científica Venezolana. 1999; 50: 42-47.