

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**PROGRAMA EDUCATIVO SALUD BUCAL PARA ASISTENTES DEL
SERVICIO DE ENFERMERÍA. CENTRO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICO.
CIENFUEGOS, 2021-2022**

Tesis para optar por el título de Especialista en I Grado en Estomatología
General Integral

Autora: Dra. Lissette Cartaya Rodríguez *

Tutor: Dra. Ana Yipsi Santana Mata**

* Dra. en Estomatología. Residente de 2do año de Estomatología General Integral

** Especialista en I Grado en Estomatología General Integral.

Cienfuegos, 2022

PENSAMIENTO

"«... el arte de curar consiste más en evitar la enfermedad y precaverse de ella por medios naturales, que en combatirla por medios violentos, e inevitablemente dañosos para el resto del sistema. (...) La higiene va siendo ya la verdadera medicina, y con un tanto de atención, cada cual puede ser un poco médico de sí mismo.»

José Martí

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sostenerme a cada instante, por hacer posible lo humanamente imposible.

A mis padres por guiarme y caminar a mi lado, por ser mi apoyo en todo.

A mi esposo, mi compañero de vida, por impulsarme a emprender nuevos retos.

A mis hijos por recordarme que cada sacrificio vale la pena.

A mi tutora Dra. Ana Yipsi Santa Mata por sus consejos y aliento.

A MSc. Ernesto José López González por asesorarme en la investigación, gracias por las enseñanzas y por tanta paciencia.

A todos los que han contribuido en mi formación profesional. He aprendido mucho de ustedes.

SÍNTESIS

Se considera importante la acción de los asistentes del servicio de enfermería en la salud bucal de los pacientes con necesidades educativas especiales, el profesional de la estomatología podrá tomar las medidas educativas necesarias para corregir errores frecuentes en el conocimiento de los asistentes para que influyan positivamente en estos pacientes, los cuales también necesitan tener una salud bucal eficiente en su vida cotidiana. **Objetivo general:** Implementar un programa de intervención educativa, para modificar conocimientos acerca de la salud bucal en los asistentes de servicio de enfermería pertenecientes al Centro Médico Psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández del municipio Cienfuegos. **Diseño metodológico:** Se realizó un estudio de intervención. Período: enero 2021- septiembre 2022. Lugar: Centro Médico Psicopedagógico, municipio Cienfuegos, provincia Cienfuegos. Universo: constituido por 44 asistentes de servicio de enfermería. Métodos: Empíricos: Técnica de análisis documental, método de observación. Instrumentos: encuesta y técnicas afectivo-participativas. Métodos estadísticos: se empleó para la planificación, recolección, procesamiento y análisis de la información obtenida a través de la aplicación de los diferentes instrumentos. **Resultados:** Predominó en los asistentes el sexo femenino 25(56.82%) y el rango de edad de 35-59 años 28(63.63%). Los conocimientos acerca de la salud bucal, hábitos dietéticos, patología bucal (caries dental y enfermedad periodontal) y técnica de higiene bucal antes de la intervención educativa fueron bajos en un 23(52.27%); 25(56.82%); 34(77.28%) y 33(75%) respectivamente. Posterior a su implementación fueron altos en 31(70.46%); 38(86.37%); 31(70.45%) y 35(79.55%) respectivamente. **Conclusiones.** El programa de intervención educativa facilita la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas que contribuyan al buen desarrollo de la salud bucal, por lo que se considera que fue efectivo.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	7
Clasificación de la discapacidad.....	7
Factores de riesgo relacionados con el estado de salud bucal.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	40

INTRODUCCIÓN

La salud bucal/bucodental fue definida por la OMS como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries dentales, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.¹

La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”. Sheiham, lo comparte al afirmar que la salud bucal afecta a las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento, el goce de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social.²

Los principales trastornos de salud bucodental son: caries dental, periodontopatías, cánceres bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, La mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales.³

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017, las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, y la caries en dientes permanentes es el trastorno más frecuente. Se estima que, en todo el mundo, 2300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche.⁴

Los pacientes con necesidades educativas especiales son un grupo de riesgo que requieren cuidados dentales a edades tempranas, y es de gran importancia el apoyo e interés de los cuidadores hacia la salud oral de ese grupo.⁵

Un problema de salud común a toda la población con discapacidad de cualquier tipo es la salud bucal; en ellos se puede encontrar una deficiente higiene bucal con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de

enfermedad periodontal debido entre otros factores a las dietas blandas y ricas en azúcares dadas por los padres como gratificación y falta de instrucción adecuada para una buena higiene bucal.⁶ Aunado a lo anterior, si el niño está consumiendo fármacos puede presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos. Las personas con necesidades educativas especiales presentan dificultad en el aprendizaje y en mantener un buen auto cuidado de salud oral debido entre otras causas a la dificultad para llevarla a cabo, esto depende no solo de sí mismos, sino también del conocimiento, motivación y estrato social de sus cuidadores resaltando que el manejo del comportamiento de estas personas con necesidades especiales es complicado.⁷ Los cuidadores tienen una labor importante debido a que las personas con discapacidad cognitiva y visual pasan gran parte del tiempo en la institución y mientras ellos estén bajo su cuidado son las responsables de su educación, brindar atención, cariño, aseo, alimentación y facilitar movilización, promover la inclusión, adaptación y potenciar fortalezas.^{8; 9}

Al respecto, el artículo no.6 del Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia, dice: "El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social"¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros, únicamente reciben tratamientos curativos o mutilantes, y unos pocos se ven beneficiados con la prevención. El primer procedimiento ideal con estos pacientes es comenzar con una buena higiene oral e inculcarlos a programas preventivos, seguido de los tratamientos curativos.¹¹

Estudios realizados revelan que el porcentaje de personas que padecen de una deficiencia física, mental o sensorial en América Latina y el Caribe llega hasta el 15 %, mientras que en Cuba es poco más del ocho por ciento.¹²

Los derechos de personas con necesidades educativas especiales y su familia han estado vigentes en las estrategias de desarrollo dispuestas por Cuba, fundamentadas en concepciones que los contemplan como sujetos activos, autorregulados y con garantías para su integración social. Según Mayor et al.¹³... “la atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de estos pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad”... ^{12; 13}

Cuba desarrolla programas en respuesta al Plan Nacional de Atención a Discapacitados por ser estos un grupo de riesgo con gran necesidad de tratamiento estomatológico, debido a la gran prevalencia de enfermedades bucales condicionada por una higiene bucal deficiente y pobre educación higiénica sanitaria. ^{14; 15}

Se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a disminuir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención e instrucción sanitarias, en las que la educación para la salud desempeña una relevante función, por lo que debe constituirse en una enseñanza para la vida, con influencia favorable en los conocimientos y comportamientos de los individuos, los grupos y las colectividades. ^{16; 17}

Es de vital importancia la puesta en marcha de programas de intervenciones educativas relacionadas con la salud bucal, encaminados a minimizar la presencia de factores de riesgos relacionados con diferentes patologías bucales. En la literatura especializada, se destacan trabajos como el de Parra y Pacheco ¹⁸ en la escuela "Pedro Díaz Coello", que demuestra que el hábito de cepillado y la buena higiene dental tienen una parte destacada en la salud bucal y general de los escolares; además si se crean conocimientos correctos acerca de esta temática en padres, educadores y sanitarios, estos pueden influir en el niño y en su entorno para la adquisición de buenos hábitos higiénicos y dietéticos. Existen otros trabajos realizados por otros autores como Tenazoa Chujutalli, T, ¹⁹ dirigidos a la adquisición de conocimientos por parte de los padres de niños con habilidades especiales.

Fundamentación del estudio

La odontología es un servicio necesario en el ámbito cotidiano y más cuando se habla de pacientes con necesidades educativas especiales, ya que son más propensos a

sufrir caries y otros problemas dentales, debido a que en sus limitaciones se dan por problemas psíquicos, comunicativos, dificultades físicas, problemas de cooperación, entre otros; requieren de una correcta dedicación, paciencia y esmero en las clínicas dentales, y también por parte de los asistentes del servicio de enfermería.

En Cuba, existen centros médicos psicopedagógicos creados como vía de atención a pacientes con necesidades educativas especiales (terminología utilizada según Ávila Herrera ²⁰ para referirse a pacientes con algún tipo de discapacidad, principalmente intelectual) donde las actividades educativas requieren de la participación coordinada de todos los que laboran en dicho centro, siendo imprescindible la participación de los asistentes de servicio de enfermería en este particular.

Los odontólogos deben diseñar estrategias para motivar conductas de higiene personal, enseñando a los pacientes a reconocer sus propios signos de negligencia o peligro dental. La motivación se debe adecuar a la edad del paciente y para eso el profesional necesita usar artificios que despierten el interés por el tema e impulsen a tomar los cuidados necesarios para promover y mantener la salud. Los programas educativo-preventivos deben tomar en consideración las características de la población destinataria para garantizar el uso de actividades adecuadas al desarrollo cognitivo, motriz y afectivo del individuo o grupo, así como a su contexto. ²⁰

Esta intervención educativa se realizó con la primicia de que en el municipio de Cienfuegos existe un centro médico psicopedagógico, único en la provincia que se dedica al cuidado integral de los individuos con necesidades educativas especiales. No existen estudios en el centro dirigidos a los asistentes de servicio de enfermería.

Lo antes expuesto, constituye la motivación principal para elaborar una estrategia educativa que favorezca el conocimiento de los asistentes del servicio de enfermería para potenciar el auto cuidado en estos pacientes, que según Ávila ²⁰... “tienen derecho a una perspectiva más larga y plena, a que se les oriente, se les incluya, ayudándoles a tener una mejor sonrisa”...

Todos los pacientes con necesidades especiales debido a su discapacidad intelectual tienen problemas de autocuidado, por lo que para ellos es difícil cuidar su aseo personal y más el bucal, siendo así que necesitan de los cuidados e intervención los

asistentes del servicio de enfermería y odontólogos especializados en esta rama. Sin el conocimiento adecuado de los asistentes del servicio de enfermería acerca de la salud oral, los pacientes con discapacidad intelectual no tendrán la oportunidad de tratamiento preventivo y curativo apropiado. La higiene oral de los pacientes especiales no es un evento principal en sus vidas diarias, así como, para sus cuidadores debido a que su principal objetivo es mejorar su calidad de vida que ayude a optimizar su condición.²¹

Las discapacidades necesitan la atención y supervisión de los asistentes del servicio de enfermería ya que éstos tienen un riesgo más elevado de padecer patologías bucales y éstas pueden poner en peligro la salud general, por lo que las estrategias de prevención resultan de fundamental importancia.

La educación para la salud debe ser continua y estar dirigida a instruir a los asistentes del servicio de enfermería, en todo lo concerniente al cuidado diario de la boca y al control periódico en un consultorio dental específico dedicado a estos pacientes, convirtiéndolos en colaboradores efectivos del tratamiento y de las acciones preventivas que se programen.²¹

Situación problemática

Incremento del número de pacientes con necesidades educativas especiales, que asisten a la consulta estomatológica especializada presentando enfermedades bucales condicionadas por una higiene bucal deficiente y pobre educación higiénica sanitaria.

Problema de Investigación

¿Cómo contribuir a elevar los conocimientos acerca de la salud bucodental en los asistentes del servicio de enfermería del Centro Médico Psicopedagógico “Gregorio Morgan Hernández”?

Hipótesis: La implementación de un programa de intervención educativa mejorará los conocimientos de salud bucal en los asistentes de servicio de enfermería.

Objetivos

General

Implementar un programa de intervención educativa, para modificar los conocimientos acerca de la salud bucal en los asistentes del servicio de enfermería perteneciente al Centro Médico Psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández del municipio Cienfuegos.

Específicos:

- Caracterizar a los asistentes del servicio de enfermería participantes en el estudio en cuanto a edad y sexo.
- Determinar el nivel de conocimientos acerca de la salud bucal en los asistentes del servicio de enfermería antes y después de la implementación de un programa educativo.

Su valor práctico radica en la factibilidad y pertinencia de poder implementar un programa de intervención educativa en otros centros de salud con igual misión en el país.

Actualidad

La investigación se relaciona con los objetivos 2, 3 y 8 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población que plantean: "Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención"; "disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención" y "brindar atención estomatológica integral a la población con discapacidad y retraso mental".²²

Responde además a las líneas de investigación de Estomatología 2021- 2022 y entre ellas las que plantean: diseño e implementación de programas de intervención en salud oral integral en niños con necesidades especiales; estudios de variables de riesgo odontológico y de medidas de promoción de la salud bucodental en las poblaciones y factores de riesgo de las enfermedades bucodentales.^{23; 24}

MARCO TEÓRICO

La discapacidad como un término general, según la OMS, abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación; la define como toda pérdida o anormalidad en una estructura a nivel fisiológico, anatómico o psicológico.²⁵

Según la Organización Mundial de la salud, existe más de 1000 millones de personas que padecen un tipo de discapacidad, quiere decir que es el 15% de la población mundial.²⁶

Este mismo organismo realizó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, donde se agrupan las alteraciones funcionales y/o estructurales del cuerpo, con repercusiones totales o parciales; además, de que definió los términos: “limitación de actividad” como la dificultad para ejecutar una tarea o acción, y “restricción de participación” que es el problema experimentado por el individuo involucrado en situaciones de la vida.²⁷

La discapacidad incluye deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación; es un fenómeno complejo que refleja interacción entre características del organismo humano y la sociedad en la que vive.²⁸ Se han clasificado en discapacidades sensoriales y de comunicación, discapacidades motrices, discapacidades cognitivas y discapacidades múltiples y otras.²⁹

Clasificación de la discapacidad

Discapacidad motora: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes. Bajo el nombre de deficiencia motora se denominan todas aquellas alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articular, nervioso y/o muscular.³⁰

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. Producen problemas de comunicación del persona con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales.³¹ La deficiencia auditiva puede ser adquirida cuando existe una predisposición genética (por ejemplo, la otosclerosis), cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a

los nervios relacionados a la audición), exposición a sonidos impactantes o virosis. Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades.

Discapacidad psíquica: Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes. La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico. También se produce por autismo o síndrome de Asperger.³²

Discapacidad intelectual o cognitiva: Un individuo que tiene discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. Y la condición está presente desde la niñez, de 18 años o menos.³²

Se clasifica como leve, moderada, severa y profunda.

La discapacidad cognitiva leve: También llamada debilidad mental subnormalidad mental leve, se presenta cuando hay un cociente intelectual (C.I.) de 50 a 69. Son personas que adquieren tarde el lenguaje, aunque logran mantener una conversación y expresarse en la vida cotidiana. Gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado personal (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales.³³

La discapacidad cognitiva moderada también denominada como subnormalidad cognitiva moderada se caracterizan por un lento desarrollo de comprensión y uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado, aprenden sólo lo elemental para la lectura, escritura y cálculo, presentan dificultad para su cuidado personal, sus funciones motrices son pobres, necesitan de una supervisión permanente, se considera que poseen un cociente intelectual (C.I.) entre 35 y 49 Desarrollan labores prácticas y

sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado, es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos, su nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano.³³

Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas.³¹

La discapacidad cognitiva grave llamado también subnormalidad mental grave se considera que presentan un cociente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, su cuadro clínico es mucho más severo que el anterior; básicamente está asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje, necesitándose, generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central.³³

La discapacidad cognitiva profunda subnormalidad profunda presenta un C.I., inferior a 20, poseen una capacidad muy limitada para cuidar sus necesidades básicas, requieren de ayuda y supervisión permanente, no comprenden instrucciones, no las reconocen, ni actúan de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como de epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas. Es frecuente el autismo atípico, sobre todo en aquellos que son capaces de caminar, así como la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves.³⁴

Características bucales de personas con discapacidad cognitiva

En las personas que presentan algún tipo de discapacidad cognitiva, se encuentra un número elevado de dientes cariados no tratados y de dientes ausentes, además de enfermedad periodontal dada la pobreza en su higiene bucal, adicionalmente, pueden presentar alteraciones morfológicas como hipoplasias de esmalte o erupción retrasada,

un paladar alto con hipoplasia maxilar, mal oclusiones con tendencia a clase II de Angle, mordida abierta, retención en la dentición primaria, lesiones en tejidos blandos (autoagresiones) y babeo excesivo.³⁰

Factores de riesgo relacionados con el estado de salud bucal

Caries dental La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.³⁵

La higiene bucal deficiente

La higiene bucal deficiente es un factor reconocido en la aparición de enfermedades bucales, ya que conlleva a un aumento en la cantidad y la extensión de la placa dentobacteriana (PDB). La higiene bucal adecuada está relacionada con la frecuencia y calidad del cepillado, si este se realiza con mayor frecuencia, los depósitos desorganizados de la placa no representan peligro inminente. Así, el interés tradicional por la higiene bucal se relaciona con el control de las dos enfermedades más comunes de la cavidad bucal, la caries, y las periodontopatías, las cuales tienen como punto de partida el control de la placa como elemento esencial para la salud.³⁶

Características del cepillado

Forma: de acuerdo con las características del paciente se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso al cepillo: técnicas horizontal y vertical, rotatoria, vibratoria, circular, fisiológica y de barrido.³⁷

Algunas técnicas de cepillado

Técnica de Stillman modificada: las cerdas se colocan 45 grados con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.³⁷ Siendo la más usada en Cuba.³⁵

Técnicas de Charter: el cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y solo trabajan las cerdas de las puntas.³⁷

Frecuencia: después de las comidas y antes de acostarse, el más importante.³⁷

Duración: para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos.³⁷

Dieta cariogénica

La dieta cariogénica es una de los principales factores promotores de caries ya que los microorganismos bucales utilizan los hidratos de la dieta, especialmente la sacarosa, para obtener energía y sintetizar polisacáridos complejos. Se han demostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas. La ingestión de alimentos azucarados es un hábito muy arraigado en la población cubana, esto es un problema histórico, cultural y social que por su trascendencia para la salud debe tener prioridad para el trabajo futuro del estomatólogo general integral en su población.³⁸ Se considera dieta cariogénica al consumo de azúcares solos o combinados con leche, pan, almidones y cereales, ingeridos casi diariamente, con una frecuencia de ingestión de tres veces o más al día, frecuentemente la consistencia de éstos alimentos es blanda y la textura adhesiva y permanecen en la boca largo tiempo por una deficiente higiene bucal y generalmente con poco consumo de vegetales, frutas, quesos, compuestos vitamínicos y proteicos.³⁹ Se debe conocer que para el mantenimiento de la salud bucal, la ingestión de alimentos azucarados se debe realizar luego de comidas y de hacerlo entre estas debe aplicarse la higienización de la cavidad oral a través de la técnica del cepillado.³⁹

Auto cuidado con énfasis en salud bucal de los pacientes con discapacidad intelectual:

Para compensar el impacto de presentar alguna discapacidad, el uso de herramientas específicas como programas, materiales didácticos, creados y diseñados según el nivel educativo y característica individual del niño son de gran importancia; estos programas serán los encargados de aumentar la autonomía y el aprendizaje de cosas básicas para la vida cotidiana. La persona con discapacidad visual puede ser intervenida oportunamente y deseará ser independiente, tendrá una alta autoestima y confianza en sí misma al ser motivada con una buena comunicación que abarque lenguaje oral, comunicación no verbal y lenguaje escrito. Es necesario evitar la sobreprotección y el rechazo ya que cualesquiera de las dos pueden causar a nivel escolar retraso severo en el desarrollo, la idea es la búsqueda de la inclusión social.^{40; 41}

La prevención debe ir de la mano del esfuerzo de los padres, cuidadores y pacientes con esta diversidad funcional, y debe estar integrada con la labor del odontólogo en un programa preventivo de salud bucal, logrando así altos niveles de éxito que evitan las enfermedades bucales más frecuentes en esta población.⁴⁰

Como podemos ver un problema de salud común a toda la población con discapacidad de cualquier tipo es la salud bucal; en ellos se puede encontrar una deficiente higiene bucal con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal debido entre otros factores a las dietas blandas y ricas en azúcares y falta de instrucción adecuada para una buena higiene bucal.⁴²

Aunado a lo anterior, si el paciente está consumiendo fármacos puede presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos. Las personas con discapacidad presentan dificultad en el aprendizaje y en mantener un buen auto cuidado de salud oral debido entre otras causas a la dificultad para llevarla a cabo, esto depende no solo de sí mismos, sino también del conocimiento, motivación y estrato social de sus cuidadores resaltando que el manejo del comportamiento de estas personas con necesidades especiales es complicado.⁴³

Los cuidadores tienen una labor importante debido a que las personas con discapacidad cognitiva pasan gran parte del tiempo en la institución y mientras ellos estén bajo su cuidado son las responsables de su educación, brindar atención, cariño,

aseo, alimentación y facilitar movilización, promover la inclusión, adaptación y potenciar fortalezas.^{44; 45}

Las personas con discapacidad tienen una alta prevalencia y mayor severidad en cuanto a la enfermedad periodontal y las caries, ya que los hábitos de higiene oral no son tan efectivos y regulares para remover esa placa dental por lo que se requiere del apoyo de otros. Es por ello, que se necesita de la motivación y capacitación para las tareas de higiene bucal, ya que estas personas carecen de la destreza manual y/o cognitiva para poder llevarlas a cabo o comprender su importancia y efectividad.⁴⁶

Al desarrollar un programa educativo dirigido a los asistentes que a diario cuidan de estos pacientes, se deberá tener en cuenta una comunicación correcta, que permita una relación con el paciente de manera efectiva para lograr las modificaciones de conducta deseadas.⁴⁶

La comunicación puede suponer una barrera importante para las personas con discapacidad intelectual, porque en muchos casos estas personas tienen dificultades en el lenguaje, en la planificación de los pensamientos y la expresión de las ideas que quieren transmitir, lo que interfiere en sus relaciones sociales y laborales, afectando de forma negativa a su autonomía y calidad de vida. Por ello, es importante intervenir en este aspecto para evitar el aislamiento y promover la autonomía.³⁰

Las dificultades en el lenguaje se observan en las etapas de adquisición y desarrollo, debido a la relación existente entre el desarrollo cognitivo y el lingüístico, que funcionan de forma recíproca.

La comunicación verbal muchas veces se complementa con la no verbal para reforzar el mensaje y dar una idea más clara de lo que se quiere decir. Aunque en ocasiones estos dos tipos de comunicación pueden contradecirse durante la transmisión del mensaje.³⁰

La comunicación verbal implica el uso de palabras para construir oraciones que transmiten pensamientos. Estas palabras pueden ser emitidas oralmente o a través de la escritura. En el caso de la comunicación verbal en niños con discapacidad, es de suma importancia tomar en cuenta las siguientes sugerencias para facilitar el entendimiento:

- Hablar de forma clara y lenta, adaptando nuestro lenguaje.
- Utilizar un tono de voz agradable, tranquilo y con muestras de cariño.
- Repetir las cosas las veces que sea necesario.
- Hablar sobre temas que le interese para animarlo a hablar.
- Dar instrucciones simples, desglosar una orden en pasos.
- Formular preguntas directas y cerradas para evitar que divague en su contestación y le facilitaremos la respuesta.
- Dar tiempo para que contesten.
- Si la persona no es capaz de encontrar la palabra adecuada intentaremos ayudarle.³⁰

Comunicación no verbal:

Es cuando se transmiten mensajes haciendo uso de signos no lingüísticos. Este es el tipo de comunicación más antigua, pues era la forma en la que se comunicaban las personas cuando no existía el lenguaje.³⁰

Los mensajes no verbales se pueden transmitir de manera inconsciente, a la vez que se pueden percibir de forma involuntaria. La comunicación no verbal puede llegar a ser ambigua, debido a que no siempre se puede controlar lo que se transmite con la imagen o las expresiones corporales. De la misma manera, muchas veces estos mensajes no se interpretan de la manera correcta por el receptor.³⁰

Por esta razón, la comunicación no verbal generalmente lo que busca es reforzar el mensaje que se transmite verbalmente. Así, el receptor puede hacer una mejor decodificación del mensaje. En este caso centrándonos ya en la comunicación no verbal en niños con discapacidad debemos tomar a consideración las siguientes sugerencias, al momento de tratar con ellos en la consulta odontológica o en cualquier actividad educativa:

- Acompañar nuestras conversaciones con gestos sencillos.
- Acompañar las preguntas que les hagamos con muestras de lo que deben elegir.
- Saber escuchar y mostrar asentimiento cuando nos hablen.
- Demostrar cariño cogiéndole de la mano, acariciándole la cara, dándoles un beso.

- Ser receptivos ante las muestras de cariño del paciente.
- Ser expresivos a la hora de comunicarnos para así transmitir mejores emociones como alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc.³⁰

Los juegos y las actividades individuales y grupales serán una herramienta clave para el trabajo de la discapacidad en el aula. Estos son algunos ejemplos: Canciones y juegos que trabajen la motricidad o las emociones.^{47; 48}

En el campo de la práctica en salud, la educación se convierte en el conocimiento y la experiencia donde interviene toda una población, ya que se crea vínculos entre las acciones, pensamientos y quehaceres de la vida cotidiana. La educación en salud es una práctica social, ya que representa una importante posibilidad de expansión para la promoción en salud.⁴⁹

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación

Investigación Desarrollo.

Se realizó un estudio de intervención, en el período de enero de 2021 a septiembre de 2022 en el Centro Médico Psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández, del municipio Cienfuegos, provincia Cienfuegos. El estudio se concibió en dos fases: en la primera fase se aplicará el programa educativo de salud bucal en la población objeto de estudio (dirigido a los asistentes del servicio de enfermería perteneciente al Centro Médico Psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández del municipio Cienfuegos) y una segunda dedicada a evaluar la efectividad de la intervención implementada. Para ello se contó con la autorización de la Dirección municipal de Salud, y de la directora del centro médico psicopedagógico; así como con el consentimiento informado, de cada uno de los asistentes de servicio de enfermería. (Ver anexos 1, 2 y 3).

Universo

Estuvo constituido por 44 asistentes del servicio de enfermería pertenecientes al centro médico psicopedagógico del municipio Cienfuegos, provincia Cienfuegos. Distribuidos en 25 mujeres y 19 hombres; lo cuales dieron su consentimiento informado para formar parte de la investigación. (Anexo 3)

Criterios de inclusión

Ser asistente del servicio de enfermería en el centro médico psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández del municipio Cienfuegos y dar su consentimiento para formar parte de la investigación. (Anexo 3)

Criterios de salida

- Negativa por parte de los asistentes del servicio de enfermería de continuar participando en la investigación por causas no asociadas al estudio.
- Traslado de residencia a otro municipio o centro laboral.
- La ausencia en más de un 50% de las secciones.

Métodos

Métodos del nivel empírico:

Técnica de Análisis documental

Se revisó los siguientes documentos: el registro de los asistentes de servicio de enfermería que laboran en el centro médico psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández del municipio Cienfuegos, con la intención de obtener los datos generales y de interés para la investigación; el diagnóstico de salud bucal realizado en la institución en el año 2021. Se analizó además el Programa Nacional de Estomatología Integral ²² y la Resolución Conjunta Ministerial MINED-MINSAP1/97, ⁴⁹ que incluye algunos aspectos acerca de la responsabilidad que compete a las direcciones sectoriales de salud y educación y sus instituciones, la atención a los preescolares y los elementos organizativos, de planificación y control que deben cumplirse para su adecuada ejecución, se pone de manifiesto las indicaciones para el trabajo conjunto entre el MINED y el MINSAP, se establece el sistema de relaciones entre ambos ministerios, los procedimientos y programas en conjunto a desarrollar, se establecen las estrategias y prioridades, así como la actualización de programas y legislaciones sobre salud escolar.

Método observación: es un método empírico para obtener información primaria acerca de los objetos investigados o de la comprobación de las consecuencias empíricas de la aplicación de determinados métodos o procedimientos. Permite conocer elementos en el orden social, el proceder y conducta de las personas y grupos sociales ordenados como estado de cosas sensorialmente perceptibles y que se aprecian directamente por el observador en un determinado tiempo.

Instrumento para la recolección de información: El cuestionario se utilizó con el objetivo de identificar: edad y sexo de los asistentes de servicio de enfermería. Diagnosticar el nivel de conocimiento sobre salud bucal que poseen los asistentes y evaluar la efectividad de la intervención educativa.

Este cuestionario se aplicó al inicio de la investigación y posterior a la implementación de la estrategia de intervención educativa.

Se dispuso de un cuestionario el cual fue tomado de la investigación de Cabellos ⁵⁰ que posee validez y confiabilidad. El cuestionario consta de 12 preguntas referidas a higiene bucal, dividido en cuatro partes: ^{50; 51} (Anexo 4)

1. Primera parte: elementos de higiene bucal.
2. Segunda parte: hábitos de higiene bucal.
3. Tercera parte: patología bucal relacionada con higiene bucal.
4. Cuarta parte: técnica de higiene bucal.

En cada parte se realizaron 3 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerradas. La calificación será:

0-4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bajo.

5-8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular.

9-12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento alto.

El tiempo para la aplicación del cuestionario será de 20 minutos por el asistente de servicio de enfermería.

Este cuestionario se aplicó al inicio de la investigación y posterior a la implementación de la estrategia de intervención educativa. Para su realización consumieron el tiempo que necesitaron los asistentes para el llenado del cuestionario con preguntas cerradas y que se aplicaron de manera individual y personalmente. Las condiciones de iluminación y ventilación fueron adecuadas.

El cuestionario fue creado y validado por la investigadora⁵⁰ (Anexo 6); contando con su consentimiento para su aplicación.

Métodos teóricos: analítico-sintético, histórico-lógico, sistémico en la elaboración del marco teórico-conceptual.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad del asistente de servicio de enfermería	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica según años cumplidos	Porcentaje de asistentes por edad	19-34 años 35-59 años 60 años y más
Sexo del	Cualitativa	Representa el	Porcentaje de	Masculino

asistente de servicio de enfermería	nominal dicotómica	sexo biológico	asistentes por sexo	Femenino
Variable conocimiento				
	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Nivel de conocimiento que posee el asistente del servicio de enfermería acerca de elementos de higiene bucal	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre la importancia de los dientes y de mantenerlos limpios y saludables.	Porcentaje de asistentes según conocimiento que posee acerca de la influencia de la higiene bucal para salud bucal.	Bajo 0-4 preguntas acertadas Medio 5-8 preguntas acertadas Alto 9-12 preguntas acertadas
Nivel de conocimiento que posee el asistente del servicio de enfermería acerca de hábitos de higiene bucal	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre el consumo de azúcares solos o combinados con leche, pan, almidones y cereales en la salud bucal, así como la forma y frecuencia del cepillado	Porcentaje de asistentes según conocimiento que posee acerca de la influencia de los hábitos dietéticos, frecuencia del cepillado.	Bajo 0-4 preguntas acertadas Medio 5-8 preguntas acertadas Alto 9-12 preguntas acertadas
Nivel de conocimiento que posee el asistente del servicio de enfermería acerca de patología bucal relacionada con higiene	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre la relación de la deficiente higiene bucal con la aparición de la caries dental y la enfermedad periodontal	Porcentaje de asistentes según conocimiento de qué es la caries dental y la enfermedad periodontal.	Bajo 0-4 preguntas acertadas Medio 5-8 preguntas acertadas Alto 9-12 preguntas acertadas

bucal				
Nivel de conocimiento que posee el asistente del servicio de enfermería acerca de técnica de higiene bucal	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre la técnica de cepillado dental	Porcentaje de asistentes según conocimiento	Bajo 0-4 preguntas acertadas Medio 5-8 preguntas acertadas Alto 9-12 preguntas acertadas

Descripción del programa de intervención educativa

Esta investigación la estrategia de intervención educativa de Bethzabé Yurfa Quichca Aguirre y Yaneth Quispe Lázaro, en su investigación “Programa educativo “Sonríe Feliz” en el conocimiento y práctica sobre salud bucal en el año 2016 ⁵² Contando con su consentimiento para su aplicación.

Se realizó el diseño de la misma, por la necesidad de elevar el nivel de conocimientos de salud bucal en los asistentes de servicio de enfermería del centro médico psicopedagógico.

La metodología empleada para el diseño y aplicación está basada fundamentalmente en las técnicas afectivo-participativas y de educación para la salud.

Para la aplicación de la estrategia se solicitará a la Dirección Municipal de Salud y a la dirección del centro médico psicopedagógico su aprobación, así como se tendrá en cuenta el consentimiento informado del total de asistentes. Las actividades se realizarán por la estrategia diseñada y serán guiadas por el residente de estomatología general integral.

En la primera sesión de la estrategia se aplicará un cuestionario que servirá como diagnóstico para identificar el nivel de conocimientos acerca de la salud bucal en los asistentes de servicio de enfermería.

A partir de los resultados del mismo se impartirán temas relacionados en correspondencia con las necesidades educativas encontradas.

Se crearán 2 grupos homogéneos, compuestos por 22 asistentes. Se realizarán 5 sesiones de trabajo de aproximadamente de 30 minutos de duración, una vez a la

semana, previamente congeniado con la dirección del centro. Se utilizarán técnicas grupales en todos los encuentros para una adecuada motivación del grupo.

En cada sesión se propiciará la interrelación grupal, el trabajo en grupo permite que se compartan experiencias, ideas y problemas, se vencen los temores a compartir sentimientos e iniciativas y es posible alcanzar resultados prácticos y emocionales positivos facilitando de esa forma la reflexión. Para cada sesión el autor se traza un objetivo específico encaminado a elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los asistentes.

Al cierre del programa se aplicará el cuestionario aplicado al inicio de la intervención para recoger información los conocimientos sobre salud bucal adquiridos durante la implementación de la estrategia. (Anexo 4)

Técnicas educativas

Charla: Es una Técnica Educativa oral colectiva, que consiste en una clase ligera corta que se expone ante un grupo. Debe estar preparada con una guía (no debe leerse ni aprenderse de memoria), emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido. 22

Demostración: También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.22

Discusión en grupos: esta técnica permite la presentación y el análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes; quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma inmediata la información recibida. 22

Técnicas afectivas-participativas

Las técnicas afectivas-participativas permitirán desarrollar un proceso de discusión y reflexión, colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar realmente el conocimiento colectivo y desarrollar una experiencia de reflexión educativa común. Muchas de estas posibilitan tener un punto de referencia común para que los

participantes aporten experiencias particulares que enriquezcan y amplíen las colectivas.²²

Actividades a realizar

Encuentros	Temas	Sesiones
1	“Conociéndonos mejor”	1
2	“Los dientes se enferman ¿por qué?”	1
3	“Los dientes: ¡a lavar!”	1
4	“¿Qué se come?, ¿qué daña?”	1
5	“Una sonrisa saludable”	Sesión final

Métodos estadísticos y análisis de la información

Se empleó para la planificación, recolección, procesamiento y análisis de la información obtenida a través de la aplicación de los diferentes instrumentos. Se utilizó como medidas de resumen los números absolutos y el porcentaje, y la prueba de antes y después de Anova de Freidman, con el auxilio del programa estadístico profesional Statistics versión 8.0 para Windows, con el objetivo de determinar el comportamiento y relaciones de las variables antes y después de la intervención educativa, con un nivel de significación ($\alpha \leq 0.05$).

Consideraciones éticas

La investigación se realizó con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándole que los datos brindados por ellas sólo se utilizarán con fines investigativos, solicitando su colaboración voluntaria. Además, se contó con la aprobación de la Dirección municipal de Salud (Ver Anexo1, 2 y 3) y el de la directora del Centro Médico Psicopedagógico Gregorio Morgan Hernández, así como el consentimiento de los asistentes de servicio de enfermería.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran los asistentes de servicio de enfermería estudiados según rango de edad, donde se aprecia un predominio en el grupo de edades comprendido entre 35-59 años con un 63.63%.

Tabla 1. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según grupos de edades.

Grupos de edades	No	%
19-34	10	22.73
35-59	28	63.63
60 y más	6	13.64
Total	44	100

En la tabla 2 se observa los asistentes estudiados según el sexo, siendo el sexo femenino con un 56.82%, el más representado.

Tabla 2. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	25	56.82
Masculino	19	43.18
Total	44	100

En la tabla 3 se aprecia el conocimiento de los elementos de higiene la higiene bucal de los asistentes antes y después de la intervención, encontrando que predomina un bajo conocimiento en el primer momento para un 52.27%, observándose notoriamente después de la intervención la mejora a un 2.27%. Se logra elevar a un alto nivel de conocimientos que representa el 70.46% de los asistentes.

Tabla 3. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de elementos de higiene bucal antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	5	11.37	31	70.46
Medio	16	36.36	12	27.27
Bajo	23	52.27	1	2.27
Total	44	100	44	100

La tabla 4 representa el nivel de conocimiento sobre la dieta cariogénica, como factor de riesgo de salud bucal, donde se aprecia que antes de la intervención era medio para un 56.82%. Mientras después de la intervención se evidencia un nivel de conocimiento alto para un 86.37%.

Tabla 4. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de factor de riesgo: dieta cariogénica antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	3	6.82	38	86.37
Medio	16	36.36	4	9.09
Bajo	25	56.82	2	4.54
Total	44	100	44	100

La tabla 5 muestra el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene: frecuencia y horario de cepillado dental, donde se aprecia que antes de la intervención era bajo para un 50%. Después de la intervención se evidencia un nivel de conocimiento alto para un 90.91%.

Tabla 5. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de hábitos de higiene bucal: frecuencia y horario de cepillado dental antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	6	13.64	40	90.91
Medio	22	50	4	9.09
Bajo	16	36.36	0	0
Total	44	100	44	100

En la tabla 6 se observa que antes de la intervención el conocimiento sobre la caries dental en relación a la higiene bucal fue medio en el 63.63% de los asistentes, posterior a la implementación del programa el 84.09% adquirieron conocimientos acerca de la caries dental.

Tabla 6. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de patología bucal: caries dental relacionada con higiene bucal antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	6	13.64	37	84.09
Medio	28	63.63	4	9.09
Bajo	10	22.73	3	6.82
Total	44	100	44	100

En la tabla 7 refleja que el conocimiento sobre la relación de la enfermedad periodontal con la higiene bucal deficiente antes de la intervención fue bajo en el 77.28% de los

asistentes y medio en el 18.18%, posterior a la implementación del programa el 70.45 % adquirieron conocimientos acerca del tema.

Tabla 7. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de patología bucal: enfermedad periodontal relacionada con higiene bucal antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	2	4.54	31	70.45
Medio	8	18.18	10	22.73
Bajo	34	77.28	3	6.82
Total	44	100	44	100

La tabla 8 representa que antes de la intervención el conocimiento sobre la técnica de cepillado dental de los asistentes fue bajo en el 75% de los asistentes, después de la implementación del programa se elevó el conocimiento en el 79.55 % de los asistentes.

Tabla 8. Distribución de asistentes de servicio de enfermería según conocimientos de técnica cepillado dental.

Evaluación	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	1	2.27	35	79.55
Medio	10	22.73	7	15.91
Bajo	33	75	2	4.54
Total	44	100	44	100

DISCUSIÓN

En la educación de una persona con alguna discapacidad y/o necesidad educativa especial, aquel que lo asiste, sea un familiar, profesor o cuidador resulta ser un elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos. Muchos dependen constantemente de alguien para poder desarrollarse y así mismo para poder realizar su higiene oral adecuadamente. Es importante señalar que el éxito de una intervención para una buena salud bucal requiere empoderar a los asistentes de conocimientos para que puedan inculcar y reforzar buenos hábitos.

En la presente investigación se implementó un programa de intervención educativa para modificar conocimientos acerca de salud bucal en asistentes de servicio de enfermería que laboran en el centro médico psicopedagógico del municipio y provincia de Cienfuegos, Cuba. En el estudio predominó el grupo etáreo de 35-59 años de edad y el sexo femenino fue el más representado en un 56.82%. Coincidiendo con estudios similares de Pérez Sánchez ⁵³, donde el 65% son mujeres y también el 60% según la investigación de Sarmiento Chipana ⁵⁴. Los conocimientos acerca de la salud bucal, hábitos dietéticos, patología bucal (caries dental y enfermedad periodontal) y técnica de higiene bucal antes de la intervención educativa fueron bajos en un 52.27%; 56.82%; 77.28% y 75% respectivamente.

Teniendo en cuenta los elementos de higiene bucal, los resultados concuerdan con los obtenidos por Alarcón Guevara y Dávila Vera ⁵⁵ que evidencia que fue deficiente con 47.18% y solo con un 17.61% fue bueno. Mientras que un estudio similar de Chauca Vásquez, evidenció que un 39% presenta un nivel de conocimientos regular.

Respecto a la dieta, Alarcón Guevara y Dávila Vera ⁵⁵ evidencian en sus estudios que el nivel de conocimiento fue deficiente con mayor porcentaje para alimentos cariogénicos 55%, con respecto a los alimentos no cariogénicos obtuvieron solo 50%. Los hallazgos encontrados en la bibliografía médica consultada coinciden en señalar que una dieta equilibrada es importante tanto para la salud general como bucal. La cariogenicidad de un alimento, no se determina solamente por el contenido de azúcar, también hay que considerar varios factores entre los cuales figuran: características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival,

cambios químicos en la saliva, así como textura, frecuencia, horario de consumo y tiempo de permanencia en la boca.

Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el pH. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización.

A criterio de Moral de la Rubia ⁵⁶, el hecho de comer alimentos ricos en azúcares fuera de las comidas y no cepillarse provoca que los alimentos se mantengan adheridos mucho más tiempo sobre la superficie de los dientes siendo utilizados por microorganismos como Streptococcus, Neisseria y Actinomyces en la formación de polisacáridos extracelulares. Se plantean medidas como reducir la cantidad y frecuencia de azúcares, evitar la permanencia prolongada de sustancias adhesivas como caramelos, promover la ingestión de frutas y vegetales, así como el uso del hilo dental y el correcto cepillado, entre otras.

Relacionado con los conocimientos básicos como el cepillado dental tres veces al día después de cada comida, cantidad de dentífrico a utilizar o cuándo el cepillo dental ya no es efectivo, es necesaria la ayuda de los asistentes de enfermería, debido a que muchos de los pacientes que ellos atienden no cuentan con las capacidades intelectuales o motrices para desarrollar una higiene bucal por sí solos.

En esta investigación el nivel de conocimiento del cepillado dental, en cuanto a su frecuencia y horario evidenció un nivel de conocimiento medio antes de la intervención; mientras que, en un estudio, Valderrama Charaja y Juárez Vizcarra ⁵⁷ obtiene un 29.4% con nivel de conocimiento bajo.

El conocimiento sobre la caries dental en relación a la higiene bucal fue medio en el 63.63% de los asistentes, posterior a la implementación del programa el 84.09% adquirieron conocimientos acerca de la caries dental. Asimismo, Alarcón Guevara y Dávila Vera ⁵⁵, muestran que el conocimiento según caries dental fue deficiente con un 54.56% al inicio de sus estudios. La higiene bucal deficiente es un factor muy decisivo en la aparición de la caries dental, ya que implica mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por

los microorganismos fermentadores, facilita el proceso de desmineralización y eleva el riesgo de caries.

Los resultados alcanzados en el estudio realizado por Gómez Llerena ⁵⁸ revelan un nivel alto de conocimiento del 58% en higiene oral.

La enfermedad periodontal más que una infección en los tejidos de soporte es una enfermedad inflamatoria crónica, y muchas de las formas de este tipo de enfermedad periodontal están asociadas a la placa bacteriana, y más específicamente a complejos microbianos patogénicos que colonizan y residen en el espacio subgingival formando bolsas patológicas donde interactúan de diversas formas con las defensas del huésped. Está relacionada con la deficiente higiene bucal como uno de sus factores que le dan origen.

Coincidiendo este estudio con Gómez Llerena ⁵⁸ ya que el 73.5% de los encuestados no relacionan la enfermedad periodontal con la higiene bucal. Antes de la intervención, nuestro estudio arrojó un nivel bajo en el 77.28%

El conocimiento sobre la técnica de cepillado dental de los asistentes fue bajo en el 75% de los asistentes, después de la implementación del programa se elevó el conocimiento en el 79.55 % de los asistentes. No coincidiendo con el estudio realizado Gómez Llerena ⁵⁸ donde si han recibido la enseñanza de una técnica de cepillado con el 62.50%.

Luego de la intervención y de la estrategia trazada, se elevó el nivel de conocimientos y constituye todo un reto seguir inculcando conocimientos de salud bucal imperecederos en los asistentes de servicio de enfermería, que a diario se ocupan del cuidado general de los pacientes con necesidades educativas especiales en este tipo de centro médico.

CONCLUSIONES

Se aprecia un predominio entre los asistentes del servicio de enfermería del sexo femenino, así como grupo etáreo de 35-59 años de edad.

Los conocimientos acerca de salud bucal antes de la implementación del programa de intervención educativa eran bajos en la mayoría de ellos. Después de aplicada se evidencia el incremento del nivel de conocimientos de salud bucal relacionada con la higiene bucal. El programa de intervención educativa facilita la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas que contribuyan al buen desarrollo de la salud bucal, por lo que se considera que fue efectivo.

RECOMENDACIONES

- Implementar programas de intervención educativa a nivel comunitario e institucional con el propósito de modificar conocimientos de salud bucal en los asistentes, profesores de pacientes con necesidades educativas especiales.
- Generalizar los resultados de la investigación entre los profesionales de la estomatología y en otros centros del municipio y la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OCDE. Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE. Publicado en 2017. Consultado el 15 de febrero de 2018.OMS. Salud bucodental 25 de marzo de 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) [Internet].Colombia: ABECÉ Sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal "Para saber cómo estamos y saber qué hacemos".[Consultado 16 Feb. 2018].Disponible en: <http://studylib.es/doc/5025630/abc-de-la-salud-bucal---ministerio-de-salud-y-protección->
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990– 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1789–8583
4. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990– 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1789–8583
5. Gálvez- Sobral EA. Estado de salud bucal y diseño de un programa de atención Odontológica para los pacientes atendidos en la fundación pro Bienestar del minusválido -fundabiem-, 2006. [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2017.
6. Sánchez I. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Nov [citado 07 mar 2017]; 14 (6): (p. 717-26). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007.
7. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa J, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. CES [Internet]. 2011 May [Citado 16 Mar 2017] 24(1): (p.71- 76). Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1477>
8. Ramírez A, Cuidadores de personas en condición de discapacidad: Acercándonos a sus testimonios [Internet].Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2009 [citado 04 Sep. 2017]. Disponible en: http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/549/TTS_RamirezLopezAnyela_09.pdf?sequence=1.

9. Rey V, Silva C, Lorca P, Albuquerque D, Van Der Straten S, Tapia S, et al. Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. 1era. Santiago: Servicio Nacional de Discapacidad; 2017.
10. Cruz Palma G, Sánchez Najera RI, Quiroga García MÁ, Galindo Lartigue C, Martínez González GI. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. Rev Cubana Estomatol. 2014 [citado 5 feb 2018]; 51(1): 55-70. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072014000100007&lng=es
11. Romero Junquera CR, García Rodríguez B, Genicio Ortega S. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. CCM. 2015 [citado 9 feb 2018]; 19(1):38-50. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812015000100005&lng=es
12. Díaz Pérez D, Hidalgo López- Chavez V, Deroy Domínguez D. Construyendo espacios de inclusión para personas con discapacidad intelectual en Cuba Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina. Vol. 4, No. 4, Número Extraordinario, 2016. Disponible en <http://www.revflacso.uh.cu/index.php/EDS/article/view/15>
13. Mayor Hernández F, Pérez Quiñones JA, Cid Rodríguez MC, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra MD. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. RevMed Electrón. 2014 [citado 5 feb 2019]; 36(3): 339-349. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000300010&lng=es
14. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Díaz Sosa G, Padilla Gómez E, Díaz Sosa C, Hernández Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Oct 09]; 14(6): 717-726. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000600007&lng=es

15. Morgado Marrero D E. Anexo11.Programa Educativo de Salud Bucodental "Cuida tu sonrisa y la de los tuyos" para niños y niñas de 6 a 10 años de edad. En: Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.p. 178 -190.
16. Aguirre Córdova J, Porras Rodríguez D, Ríos Villasis K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 Oct [citado 2018 Abr 1] ; 25(4): 262-267. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552015000400003&lng=es.
17. Claro Guerra JA, Alonso Guilarte D, Intervención educativa sobre salud bucal en la Escuela Especial "Rigoberto Sillero". Antilla. Holguin. 2019. Disponible en: <http://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=152>
18. Parra Enríquez S, Pacheco SA. Intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal de la escuela "Pedro Díaz Coello". Correo Científico Médico [Internet]. 2011 [citado 2 May 2018];15(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no152/no152ori05.htm>
19. Tenazoa Chujutalli, T. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades Especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017. [Tesis]. [Lima]: Universidad Científica del Perú. Facultad de Estomatología; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/221>
20. Ávila Herrera S. Influencia del programa educativo "Sonríe feliz" sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio "José Olaya Balandra", distrito de Mala, 2019. [Tesis de pre grado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Odontología 2019. Disponible en: <http://es.scribd.com/document/433610086/Influencia-Del-Programa-Educativo-Sonrie-Feliz-Sobre-Promocion-de-La-Salud-Bucal-en-Ninos-Del-Colegio-Jose-Olaya-Balandr>
21. Herrera Galarza JL. Influencia de los cuidadores habituales en salud bucal de niñas y niños. Guayaquil, Ecuador. Marzo 2021. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5170>

22. Sosa Rosales, M., de la Peña, M. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
23. Comité Central del Partido Comunista. Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista. Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución para el período 2021-2026. Junio 2021. Disponible en: [http://www. Google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.mined.gob.cu/wp-content/uploads/2021/09/CONCEPTUALIZACION-DELMODELO-ECONOMICO-Y-SOCIAL-CUBANO-DE-DESARROLLO-SOCIALISTA-y-LINEAMIENTOS-DE-LA-POLITICA-ECONOMICA-Y-SOCIAL-DEL-PARTIDO-Y-LA-REVOLUCION-PARA-EL-PERIDO-2021.pdf&ved=2ahUKEwiTrvT6xN_zAhUSQjABHU4pAwQQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw3XCbz7wDe_tqHCtvCZPY-G](http://www.Google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.mined.gob.cu/wp-content/uploads/2021/09/CONCEPTUALIZACION-DELMODELO-ECONOMICO-Y-SOCIAL-CUBANO-DE-DESARROLLO-SOCIALISTA-y-LINEAMIENTOS-DE-LA-POLITICA-ECONOMICA-Y-SOCIAL-DEL-PARTIDO-Y-LA-REVOLUCION-PARA-EL-PERIDO-2021.pdf&ved=2ahUKEwiTrvT6xN_zAhUSQjABHU4pAwQQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw3XCbz7wDe_tqHCtvCZPY-G)
24. Líneas de investigación de Estomatología 2021-2022. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.ucm.es/masterodontologia/file/anexoilineasinvestigacionmaster&ved=2ahUKEwiag8j4v9_zAhXQRDABHYBYB-IQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw3N2ufPmSwsgT2U9zathhfs
25. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud 2018. [Internet]. [Consultado 3 Agosto 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-andhealth>
26. OMS. (2017). Datos sobre discapacidad. Obtenido de [https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/pedagógicos\(Valdivia\), 287297](https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/pedagógicos(Valdivia),287297)
27. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF, 2001. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2019]. Disponible en: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
28. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) [Internet]. Mexico: Clasificación del tipo de discapacidad - Histórica [Consultado 03 May 2017]; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

29. OMS [Internet]. Colombia: Organización mundial de la Salud; 2009. [citado en mar 19 Mar 2016]. Discapacidades. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
30. Oviedo Delgado AN, Rodríguez Rojas JS, Escobar Tovar LF. Cepillándome con los sentidos: material educativo sobre autocuidado con énfasis en salud bucal dirigido a personas con discapacidad cognitiva y visual. Universidad Cooperativa de Colombia. 2018. Disponible en: <http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/8115?mode=full>
31. Salud y medicinas [Internet]. México: 2017 [Consultado 02 Feb 2017]. Discapacidad Visual. Disponible en: http://www.saludymedicinas.com.mx/centrosde-salud/visual/temas_relacionados/discapacidad-visual.html
32. Chileno Arana MP. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú 2016. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://core.ac.uk/download/pdf/323341371.pdf&ved=2ahUKEwjUqKmW-tLzAhW8QzABHayxCqUQFnoECAwQAQ&usg=AOvVaw26BzFYbZ-4zffl1YtoJJbN>
33. Psicología [internet]. España; 2008 [citado 20 oct 2018]. Retraso mental. Disponible en: http://www.psicologia.com.es/trastornos_psicologicos_retraso_mental.htm
34. Salas M, Rodríguez R, Calzada R, Tovar M, Parra M. Guía para el diagnóstico y terapeuta en pediatría. 5ª. Edición. México: El Manual Moderno S.A. de C.V; 2017.
35. Páez González Y, Tamayo Ortiz B, Peña Marrero Y, Méndez de Varona YB, Sánchez González M. Intervención educativa sobre caries dental en escolares de sexto grado. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 9];21(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2588>
36. Calderón Larra Nagas, eta. Atención Primaria y Promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil. Aten Primaria. 2018. APRIM-1595; No. of Pages 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.003>
37. Rizzo L, Torres A, Martínez C. [en línea]. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont. 2016; 29(2): 52-64. [fecha consultada:

12 de diciembre del 2020]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>

38. Serrano Figueras KM, Batista Bonillo AL, Arévalo Rodríguez DN, Abad Buitrago A, Leyva Marrero AE. Intervención educativa —Aprendo a cuidar mis dientes en la escuela primaria especial La Edad de Oro. CCM [Internet]. 2017 [citado 23 Feb 2021];, 21(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en:
<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2494>

39. Crespo CL, Parra ES, Moreno AM, et al. Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de —Rafael Freyrell. Correo Científico Médico. 2019;23(2). Disponible en:
<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2494>

40. Hernández Lora BA, Linares Barbosa AM, Pinto Moreno V. Autocuidado bucal y cuidado bucal de personas con discapacidad. Revisión temática. Universidad El Bosque. Bogotá. Colombia. Junio 2021. Disponible en:
http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/5947&ved=2ahUKEwi6t6_X_NLzAhU1QjABHWdKDZEQFn_oECDUQAQ&usg=AOvVaw2Aa1cs9kUT1HPQDTLsMunXo

41. Valdez V. AL. Discapacidad Visual [internet]. Ecuador Guayas: Departamento de educación especial [citado 2018 Oct 20]. Discapacidad Visual. Disponible en:
<http://www.educar.ec/noticias/visual.pdf>

42. Sánchez I. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Nov [citado 07 mar 2017]; 14 (6): (p. 717-26). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000600007.

43. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa J, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. CES [Internet]. 2011 May [Citado 16 Mar 2017] 24(1): (p.71- 76). Disponible en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1477>

44. Ramírez A, Cuidadores de personas en condición de discapacidad: Acercándonos a sus testimonios [Internet]. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2009 [citado 04 Sep. 2017]. Disponible en:

http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/549/TTS_RamirezLopezAnyela_09.pdf?sequence=1.

45. Rey V, Silva C, Lorca P, Albuquerque D, Van Der Straten S, Tapia S, et al. Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. 1era. Santiago: Servicio Nacional de Discapacidad; 2017.

46. Neira Álvarez DE, Sinchi Sinchi MA. “Capacitación a docentes de Nivel Inicial en Educación Inclusiva de niños con Necesidades Educativas Especiales asociadas a la Discapacidad en la ciudad de Cuenca”. Cuenca – Ecuador 2020. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10271&ved=2ahUKEwjZv7rF_tLzAhX_TDABHWV0BbEQFnoECBOQAQ&usg=AOvVaw37tJMFxi22Az4JyLfmOnll

47. Valdivia, A. centros para el control y la prevención de enfermedades. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=https://www.cdc.gov/spanish/index.html&ved=2ahUKEwjNi->

[TDgdPzAhV1TTABHbDgANIQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw0T4su5jU-ilvDpmiTlw1uq](http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=https://www.cdc.gov/spanish/index.html&ved=2ahUKEwjNi-TDgdPzAhV1TTABHbDgANIQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw0T4su5jU-ilvDpmiTlw1uq)

48. Escobar Callejas P, Bilbao Ramírez J. Investigación y Educación Superior. 2da Edición.

Editorial LULU. Colombia; 2020. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=https://www.amazon.es/INVESTIGACION-EDUCACION-SUPERIOR-BILBAO-RAMIREZ/dp/167810390X&ved=2ahUKEwiq-JDt_9LzAhUdVTABHUIRB7lQFnoECAQQAQ&usg=AOvVaw2xH-BpFqnBsbocfwpwNBoZ&cshid=1634527143395

49. Cuba. Ministerios de Educación y Salud. Resolución Conjunta MINED-MINSAP 1/97. Indicaciones para el trabajo conjunto entre el MINED y el MINSAP. La Habana, 1997

50. Cabellos Alfaro DA. Relación entre el nivel de conocimiento entre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtención de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://cybertesis.unmsm.edu>.

pe/handle/20.500.12672/2792&ved=2ahUKEwi29q3Pxt_zAhUESjABHUbIBGMQFnoECAMQAQ&usg=AOvVaw3tP06xCbNlRcbNlRC92ESuZuCiX

51. Holguin Ch, Leslye E, Oyola B, Mariajose S. Nivel de conocimiento sobre salud oral de padre y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque. Chiclayo, Perú; 2014. (citado 23 jul.2018) Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.124233261TL_HolguinChumaceroLeslye_OyolaBurgosMariaJose.pdf

52. Quichca Aguirre BY, Quispe Lázaro Y “Programa educativo “Sonríe Feliz ” en el conocimiento y práctica sobre salud bucal de padres de los niños de la institución educativa inicial n° 568 de la comunidad de Pucarumi-Huancavélica-2016”. Perú; 2016. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.unh.pe/handle/UNH/1855&ved=2ahUKEwivpPGH6OTzAhUFSDABHQ3NC5AQFnoECBsQAQ&usg=AOvVaw0qL-mhKdPRg7nkOZXdadG2>

53. Pérez Sánchez RM. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales. Trujillo 2015. Perú. Disponible en: http://www.google.com/ur-?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1048/1/REP_ESTO_ROSA.PEREZ_NIVEL.CONOCIMIENTO.SALUD.ORAL.PADRES.NI%25C3%2591OS.HABILIDADES.ESPECIALES.TRUJILLO.2015.pdf&ved=2ahUKEwix48S_tOL6AhVKmYQIHW25CX0QFnoECAkQ&usg=AOvVaw1yALym3iXtNHE67GI4Hy9e

54. Sarmiento Chipana HM. “Conocimientos en Salud Bucal de padres familia y docentes sobre Higiene Oral en estudiantes con Habilidades Especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 San German Jaume Hilari Barbal “La Salle”. Abancay –Apurímac –Perú. 2018. Disponible en: <http://www.google.com/ur-?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/utea/126/Tesis-Conocimiento%2520salud%2529bucal%2520padres%252C%2520familia%2520y%2520docentes.pdf&ved=2ahUKEwi0Jkw1tuL6AhVPTTABHVsfASsQFnoECCAQA&usg=AOvVaw0mjmQVJZkQhna-7R1d5qg3>

55. Alarcón Guevara YG, Dávila Vera AR. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres que asisten al puesto de salud Llipa-Cutervo. Pimentel; Perú.2021. Disponible en: <http://www.google.com/ur-?>

sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9184&ved=2ahUKEwiqyoeOuL6AhWvmlQIHytCF0QFnoECBIQA&usg=AOvVaw1BqZuQ02Rs600F3pl8LEvj

56. Moral De la Rubia J, Rodríguez-Franco NI. Estructura factorial y consistencia interna de la Escala de Hábitos de Higiene Bucal en muestras de población general y clínica odontológica. Ciencia UAT [Internet]. 2017. [citado 26 Mar 2018];12(1):36-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-8582017000200036

57. Valderrama Charaja CE, Juárez Vizcarra CF. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal del cuidador y la higiene oral en escolares con discapacidad del centro educativo básico especial María Auxiliadora. 2017. Disponible en: <http://www.google.com/ur-?sa=t&source=web&rct=j&url=https://revistas.ujcm.edu.pe/index.php/rctd/article/view/92&ved=2ahUKEwjSvvcxsOL6AhXbZjABHWtPDDwQFnoECAgQAQ&usg=AOvVaw3vxHenlbzmzmJ3Ssbe2nNI>

58. Gómez Llerena IY. “Conocimiento de los representantes de personas con capacidades especiales sobre salud bucal”. Riobamba- Ecuador. 2022. Disponible en: http://www.google.com/ur-?sa=t&source=web&rct=j&url=http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9117&ved=2ahUKEwjb56Kgs-L6AhVTTABHXVnA3YQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw0MwS3Kucg-_C3oXggZnx0k

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado institucional

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Intervención educativa para asistentes del servicio de enfermería. Centro Médico Psicopedagógico. Cienfuegos, 2022. Previa explicación recibida por la Dra. Lissette Cartaya Rodríguez autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del _____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe del proyecto

Anexo 2. Planilla de autorización

Centro Médico Psicopedagógico “Gregorio Morgan Hernández”

Cienfuegos 2022

Yo _____ en mi condición de Directora del Centro Médico Psicopedagógico “Gregorio Morgan Hernández” perteneciente al municipio de Cienfuegos de la provincia Cienfuegos, tengo interés y asumo la responsabilidad de cliente de la investigación de la Dra. Lissette Cartaya Rodríguez, por la necesidad de contribuir conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, a elevar el nivel de conocimiento de nuestros asistentes de servicio de enfermería acerca de temas relacionados con la salud bucodental, los cuales contribuirán a mejorar y/o mantener la salud de los pacientes de nuestro centro.

Directora del Centro Médico Psicopedagógico. Cienfuegos

Anexo 3. Acta de Consentimiento informado

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación: Intervención educativa para asistentes del servicio de enfermería. Centro Médico Psicopedagógico. Cienfuegos, 2022

Se me ha explicado que:

% Esta es una investigación donde se respetarán mi opinión y mi identidad.

% Las personas que se incluyan en esta investigación llenarán una encuesta.

% La entrada en el estudio es totalmente voluntaria.

% De no aceptar, se me brindará la atención médica y estomatológica adecuada y no afectará mis relaciones con el estomatólogo, ni con el área de salud.

Al firmar este documento autorizo a que se me incluya en esta investigación y para que así conste, firmo el presente

Dado a los _____ días del mes _____ del _____.

Firma: _____.

Nombre y firma del investigador responsable _____.

Anexo 4. Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal

Fecha: Código: Cuidador

Edad: Sexo: Escolaridad:

Diagnóstico del niño:.....

Introducción El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este, serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores de niños de la clínica san Juan de Dios, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones: Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) flúor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental. ()

2) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses ()
- b) cada 12 meses ()
- c) cada 3 meses ()
- d) no sé ()

3) El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano. ()
- d) no sé. ()

4) ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas. ()
- b) después de las comidas. ()
- c) solo al acostarse. ()
- d) solo al levantarse. ()

5) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

a) no sé. ()

b) 30 segundos. ()

c) 1 minuto. ()

d) 2 minutos. ()

e) 3 minutos. ()

6) La placa bacteriana es:

a) restos de dulces y comidas. ()

b) manchas blanquecinas en los dientes. ()

c) restos de alimentos y microorganismos. ()

d) no sé. ()

7) La enfermedad periodontal es:

a) el dolor de diente. ()

b) la enfermedad de las encías. ()

c) inflamación del labio. ()

d) no sé. ()

8) ¿Qué es la caries?

a) es una picadura en los dientes. ()

b) es una enfermedad infectocontagiosa. ()

c) es un dolor en la boca. ()

d) no sé. ()

9) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto ()

b) Que las cerdas sean duras y de un solo color ()

c) Que las cerdas sean rectas y el mango también. ()

d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo ()

10) ¿Cuántas veces se cepilla al día?

a) una vez ()

b) dos veces ()

c) tres veces ()

d) ninguna ()

11) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.

a) sí. ()

b) no. ()

c) tal vez ()

12) Cómo es la técnica de cepillado.

a) horizontal de barrido ()

b) vertical ()

c) vibratoria ()

d) rotatoria ()

Anexo 5. Programa de intervención educativa

Sonríe feliz.

Objetivo general:

- Elevar el nivel de conocimientos de los asistentes del servicio de enfermería acerca de los factores de riesgos que afectan la salud bucal de los pacientes con necesidades educativas especiales.

Objetivos específicos:

1. Identificar los conocimientos respecto a la salud bucal de los asistentes.
2. Fortalecer la integración salud-educación.
3. Crear una atmósfera positiva de participación.
4. Aplicar el programa de intervención educativa diseñado.

El programa de intervención educativa constará de los temas que se impartirán, en sesiones de media hora para cada una.

Primera sesión: "Conociéndonos mejor."

Segunda sesión: "Los dientes se enferman ¿por qué?"

Tercera sesión: "Los dientes: ¡a lavar!"

Cuarta sesión: "¿Qué se come?, ¿qué daña?"

Quinta sesión: "Una sonrisa saludable."

Primera sesión: "Conociéndonos mejor."

Tiempo: 30 minutos.

Contenido: Introducción al programa.

Desarrollo:

- Exposición oral - técnicas participativas

Objetivos

- Crear la cohesión del grupo y motivación hacia la actividad.
- Identificar los conocimientos y práctica de los asistentes sobre salud bucal y su importancia.

Métodos y procedimientos:

En esta sesión se encontrarán presentes, el coordinador (estomatólogo que implementará el programa) y los asistentes de servicio de enfermería. Se utilizará la técnica de presentación "Conociéndonos mejor", donde el coordinador de la actividad

se presentará y mencionará dos de sus principales cualidades, de manera tal que motive al grupo para que haga lo mismo. De esta forma reflexionarán sobre las cualidades de algunos y las que se repitieron en varios de ellos que permitirán caracterizar al grupo.

El coordinador realizará un juego de motivación titulado "El Rey manda" donde se mandará al azar a que respondan: ¿qué es la salud bucal? Los saberes previos de los asistentes se recogerán a través de la técnica de lluvia de ideas.

El coordinador dará a conocer a los asistentes el propósito de la sesión: "Que los asistentes conozcan sobre salud bucal y su importancia".

La salud bucal es: Mantener la boca y los dientes sanos. Con la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan la funcionabilidad de boca, cavidad bucal y dientes.

Consecuencias de una deficiente salud bucal:

- Placa dentobacteriana.
- Caries dental.
- Enfermedades periodontales. (Gingivitis, periodontitis, halitosis, piorrea).

Se les mostrará un video sobre el tema.

Los asistentes serán participes mediante las intervenciones, al culminar los temas.

Retroalimentación:

Los asistentes reflexionarán sobre lo aprendido en la sesión de clase, a través de las siguientes interrogantes: ¿Qué hemos aprendimos hoy?, ¿para qué nos sirve lo que aprendimos?

Recursos:

- Pizarra.
- Tizas.
- Laptop.

Segunda sesión: "Los dientes se enferman ¿por qué?"

Tiempo: 30 minutos

Desarrollo:

- Exposición oral - demostración

Objetivos:

- Identificar la importancia y función de los dientes.
- Identificar la caries dental y su significado.

Métodos y procedimientos:

El coordinador dará la bienvenida al grupo y pedirá a los asistentes que formen un círculo, el coordinador se colocará en el centro y tomará una pelota que lanzará, luego de preguntar: Los dientes se enferman ¿por qué? y la persona que capture la pelota deberá responder. Luego lanzará la pelota haciendo la misma pregunta.

Después de aplicar la técnica participativa, el coordinador reflexionará con el grupo sobre el tema y explica que en el organismo existen dos de denticiones, los dientes temporales (de leche o primarios) y los permanentes. Además, se describirán las características y funciones de ambas denticiones con énfasis en la permanente. Para introducir el segundo objetivo, se comentará que un tiempo después de haber limpiado completamente los dientes se puede apreciar la acumulación de una sustancia blanda en la superficie dentaria, formada por una gran cantidad de microorganismos que se denomina placa dentobacteriana, se les dará a conocer que al ser coloreada puede ser revelada y los medios con los cuales puede ser removida. Todo esto se explicará de forma tal que se logre una mejor comprensión y se demostrará con la aplicación de plac-dent a los asistentes que estén dispuestos para la actividad y posteriormente se le realizará en otro espacio a un pequeño grupo de pacientes cooperativos del centro.

Se palmificará el próximo encuentro se orientará que traigan un cepillo dental.

Recursos:

- Plac-Dent.
- Espejo bucal
- Exploradores.

Tercera sesión: “Los dientes: ¡a lavar!”

Tiempo: 30 minutos

Contenido: Higiene bucal

Introducción

Para la motivación inicial el coordinador canta una canción (que podrá servir como un medio didáctico a los asistentes a la hora de cepillar o enseñarles el cepillado a los pacientes):

“Los dientes se cuidan.”

Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo

Los dientes de abajo se cepillan hacia arriba

Y tus muelitas, debes limpiar, con movimiento circular.

Objetivos

- Describir cómo realizar el cepillado dental, su frecuencia e importancia de una eficiente higiene diaria.

Desarrollo:

- Exposición oral - demostración - técnica participativa

Para el cumplimiento del objetivo el coordinador les pedirá a los asistentes que se sienten formando un círculo y les explica, auxiliándose de diferentes medios de enseñanza, como realizar una correcta higiene bucal y la importancia en los pacientes con necesidades educativas especiales para la prevención de enfermedades bucales. Posteriormente se aplicará la técnica “¿Y tú, cómo lo haces?...” que consiste en pedirle a cada asistente que demuestre cómo se debe realizar el cepillado dental, haciendo uso del Type-odont. Esta técnica permitirá al coordinador conocer si la comprensión del mensaje ha sido efectiva y servirá de retroalimentación. En caso de presentar dificultades en la técnica se corregirán con ayuda de otros asistentes, así todos colaborarán. También se les preguntará acerca de la frecuencia con qué debe realizar el cepillado y el por qué es importante.

Recursos Materiales:

- Type- odont
- Cepillo
- Grabadora

Retroalimentación:

Observación del cepillado bucodental.

Son citados para el próximo encuentro, motivados por otros métodos, que aprendieran para evitar los alimentos que enfermen los dientes de los pacientes que cuidan a diario.

Cuarta Sesión: “¿Qué se come, qué daña?”

Tiempo: 30 minutos

Contenido: Dieta saludable

Introducción

Se orientará formar dos grupos, luego se solicitará un voluntario que represente a cada grupo, el cual expresará todo lo recordado del tema tratado en la reunión anterior, el coordinador podrá ayudar a recordar y corregirá si existe algún error.

Objetivos

- Identificar los alimentos cariogénicos y cómo pueden ser controlados mediante una dieta saludable.

Desarrollo

- Exposición oral - demostración - técnica participativa

Posteriormente se continuará con el tema propuesto para esta actividad. Apoyados en los medios de enseñanza (dibujos de caramelos, dulces, alimentos pertenecientes a la dieta protectora como la leche, el pescado, las frutas y vegetales, entre otros) que se colocarán en un fichero; además del cepillo y el type dont, se les enseñarán cuales son los alimentos que pueden contribuir a la caries, haciendo énfasis en los que más se consumen los pacientes del centro y qué ocurre cuando no se cepillan los dientes después de comer. Se les entregarán papeles y lápices de colores para que dibujen uno de los alimentos que con mayor frecuencia comen los pacientes que ellos atienden. Esto permitirá identificar los hábitos dietéticos desfavorables que puedan tener los pacientes y se les explicará, cuáles son los alimentos saludables para evitar la caries.

Alimentos más dañinos, con mayor riesgo de caries:

- Bizcochos, panetelas, dulces de leche, postres en almíbar que son elaborados con gran contenido de azúcares.
- Caramelos, melcochas, miel, bombones.
- Refrescos azucarados.
- Todos los alimentos pegajosos son más cariogénicos.

Alimentos menos dañinos, con menor riesgo de caries:

- Leche.
- Yogurt natural.
- Huevo hervido.
- Carnes.

- Vegetales frescos.
- Queso.
- Cereales.
- Todos los alimentos fibrosos y duros que estimulen la secreción salival y aquellos alimentos con bajo contenido de azúcares.

Retroalimentación:

Se aplica la técnica Dieta sana, para ello se colocará sobre la mesa los dibujos de caramelos, dulces, alimentos pertenecientes a la dieta protectora como la leche, el pescado, las frutas y vegetales, entre otros y se les pedirán que coloquen en el fichero los alimentos que permiten que tengan una dieta sana, el coordinador irá corrigiendo los errores.

Recursos materiales:

- Hojas de papel.
- Lápices de colores.
- Dibujos o imágenes impresas de caramelos, dulces, frutas, leche, vegetales, etc.
- Plumones.
- Cepillo dental.
- Type – odont.
- Fichero.
- Mesa.

Quinta sesión: “Una sonrisa saludable.”

Tiempo: 30 minutos.

Contenido: Reforzar los conocimientos.

Introducción

Se les informa que con esta reunión se concluirá la primera etapa de la intervención.

Objetivo

- Identificar la opinión del grupo sobre la intervención realizada.
- Reforzar los conocimientos aprendidos

Desarrollo:

El coordinador leerá un cuento sobre la importancia del cuidado de los dientes y de una correcta higiene bucal. Este cuento también podrá ser útil en el cuidado diario de los asistentes a los pacientes con necesidades educativas especiales.

“Quiero ser una muelita reluciente”.

Había una vez... una muelita sana, limpia, sonriente y tan reluciente que su brillo alumbraba cada rincón, cerca de ella había otra muelita pero era tan diferente estaba sucia, tan descuidada que parecía enferma.

– Ay, ay, ay! Qué dolor!-se quejaba la muelita enferma.

– Ay, ay, ay! Continuaba con su clamor.

Alrededor de Sucín, como todos ya conocían a nuestra sucia muelita, se encontraba rondando un horrendo bicho al que llamaban Caries.

Qué muelita más rica, está llena de dulces pegados a ella, ja ja ja! Eso me encanta por eso te voy a comer poquito a poquito.- decía la caries saboreándose.

La muelita sucia desesperada y con mucho temor, miró a lo lejos y mientras observaba en la distancia, su vista se iluminó ante el resplandor de aquella muelita, aquella que se veía tan limpia y feliz, sin ningún dolor.

La muelita cariada gritó: Oye, oye! Necesito tu ayuda, no puedo más, no quiero seguir tan sucia, Caries me va comer, además estoy tan enferma. Por favor ayúdame, qué puedo hacer- preguntó desconsolada.

La muelita la miró sorprendida por tanta queja y sintió compasión de ella.

No te preocupes, conozco a alguien que puede ayudarte, es la doctora Sonrisa Sana, ella es quien me ha enseñado cómo estar limpia y sana, alejada de todo tipo de Caries.- dijo la muelita sana.

En eso llegó la doctora Sonrisa Sana:

Aquí estoy! Lista para ayudar a esta muelita triste y hacer desaparecer a Caries de este lugar

- Oh no! Ya llegó la doctorcita con sus consejos de cepillado y de cómo mantener limpias a las muelas, creo que estoy acabada.- exclamó la caries.

- Debes cepillarte cuatro veces al día, luego del desayuno, almuerzo, comida y antes de ir a dormir, debes hacerlo de arriba hacia abajo, utiliza el cepillo junto a su amiga la pasta. También debes dejar de comer tantos dulces y cuando los comas

debes cepillarte inmediatamente. Si tienes algún otro problema puedes acudir a que el estomatólogo te examina y pueda ayudarte- explicó tiernamente la doctora Sonrisa Sana.

- Gracias, yo no sabía eso o mejor dicho, he sido desobediente en no cepillarme y me he descuidado, pero a partir de ahora seré una muelita limpiecita.-contestó.

Se cuenta que la doctora Sonrisa Sana y la otra muelita, ayudaron a Sucín a cepillarse y desde entonces ya no se le conoce como Sucín y se dice que a Caries se fue corriendo para nunca más regresar. Y la muelita de nuestra historia sonrío hoy muy feliz.

Al concluir, se les realizarán algunas preguntas cuyas respuestas se anotarán en una pizarra que nos servirán de retroalimentación a la efectividad del programa. Luego, se despide al grupo enfatizando que un aprendizaje correcto de los contenidos de este programa tendrá un impacto favorable en los pacientes que ellos cuidan.

Recursos materiales

- Papel