

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CENFUEGOS
“Dr. Raúl Dórticos Torrado”

POLICLÍNICO DOCENTE “Dr. Enrique Barnet”



**Programa educativo salud bucal para familias de niños/as del
programa educa a tu hijo consultorios 13, 14 y 15. Lajas, 2020.**

**Trabajo para optar por el título de
Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral**

AUTORA: Dra. Yenisleydi Morales Cruz

TUTORA: Dra. Maricelys de la C. Hernández Cabezas

Especialista de primer grado en estomatología general integral. Profesor
asistente

ASESORA: MSc. Tania Ponce Laguardia

Lajas, 2021

“Año 63 de la Revolución”

“... el médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva ..., en fin, será un Guardián de la Salud.”

Fidel Castro Ruz

Dedicatoria

***A mis padres, quienes con sus ejemplos me han guiado por el camino de la
verdad y me incentivaron
siempre al ejercicio de esta digna profesión.
A mi esposo, por su constante devoción
e incondicional apoyo.
A mi hija, quien con su constante amor
es fuente de inspiración y razón de
mis esfuerzos diarios.***

Agradecimientos

A todas aquellas personas que con su apoyo, hicieron posible la realización de esta investigación.

ÍNDICE

PÁG.

Presentación

Exergo

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice

Resumen

Introducción.....1

Objetivos.....5

Marco teórico.....7

Diseño metodológico.....21

Análisis y discusión de los resultados.....29

Conclusiones.....39

Recomendaciones.....40

Referencia bibliográficas

Anexos

Resumen

La promoción de salud debe comenzar en edades tempranas del desarrollo, para que los niños adquieran estilos de vida saludables, que les resulte beneficiosos en el futuro.

Problema de investigación ¿Cómo influiría en el nivel de conocimiento acerca de la salud bucal de sus hijos, la implementación de un programa educativo para familias de niños/as del programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas? **Objetivo:** evaluar la efectividad de un programa educativo en la modificación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las familias de los niños/ñas de 3 a 5 años del programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas. **Diseño metodológico:** estudio de intervención, universo constituido por 35 miembros de familia. **Resultados:** Predominaron las edades entre 20 y 34 años y el nivel de escolaridad pre-universitario en los familiares. Antes de la intervención predominó el conocimiento regular sobre higiene bucal, un conocimiento malo sobre hábitos dietéticos y un mal nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes en los familiares y después de la intervención se observa un mayor porcentaje de conocimiento bueno sobre higiene bucal, conocimiento bueno sobre hábitos dietéticos y buen nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes. **Conclusiones:** después de aplicada la intervención educativa se evidenció una notable mejoría en los conocimientos de salud bucal.

Palabras clave: nivel de conocimiento, intervención educativa.

Introducción

La educación del Siglo XXI demanda un desarrollo integral de la persona, mediante el fortalecimiento de las distintas áreas de su vida. Un óptimo desarrollo educativo involucra por tanto no sólo una preparación intelectual, sino también considerar el valor de la salud; desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, social y espiritual. De ahí que una orientación hacia el desarrollo de hábitos saludables, desde un enfoque preventivo, se considera como una acción educativa. ⁽¹⁾

La población mundial resulta afectada en 90 % por alguno de estos problemas de salud bucal. En este contexto, diversos organismos e investigadores a nivel internacional recomiendan una atención preventiva desde la infancia temprana -antes de los seis años de edad- como la mejor estrategia para evitar la aparición de caries dental, lo cual representa una oportunidad y a la vez un reto para el desarrollo de programas de intervención para que los niños adquieran buenos hábitos de higiene bucal sobre todo en contextos de vulnerabilidad social ya que en estas edades los niños generalmente tienen pocas habilidades y la educación necesaria para su autocuidado, aún están desarrollando hábitos de higiene bucal para cepillarse, enjuagar y escupir correctamente. ^(2,3)

A pesar de los avances del siglo XXI y su tecnología, persiste el desconocimiento de lo importante que es la primera dentición en los niños y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico, es muy cotidiano escuchar a padres referirse a estos dientes como innecesarios ya que vienen otros dientes, siendo la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentarias algunas de las principales causas de maloclusiones en los niños a temprana edad. ⁽²⁾ Además, a estas edades los infantes no tienen la visión completa respecto a su salud y no entienden la gravedad o los pasos para reducir la prevalencia de estas enfermedades. ⁽⁴⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un programa de salud dental debe incluir la educación en salud oral relacionada con otras actividades como la prevención, restauración y atención de emergencia. Los estudios epidemiológicos han demostrado un descenso general en la prevalencia de caries dental, así como una concentración de las lesiones en las fosas y fisuras de molares permanentes en niños y adultos jóvenes. Es necesario dar a conocer la importancia que tiene la dentición primaria, concientizar a la población para cambiar el erróneo pensamiento y creencia que tienen

de que los dientes temporales o de leche no son importantes pues serán sustituidos por otros. ^(4,5)

Los padres y/o tutores desempeñan un papel crucial frente a las enfermedades o necesidades de tratamiento sobre la salud de los niños, por ello el adquirir información y desarrollar habilidades para estimular sus actitudes y comportamiento es parte de la educación en salud. Por ello, se debe enfatizar en mensajes como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención. Cuando se habla de prevención se refiere al objetivo más importante de estomatología, la prevención es conocida como el arma eficaz contra la enfermedad y alteraciones en la estructura bucal del ser humano, con ello se evita el daño y dolor causado como consecuencia de la inacción por el desconocimiento. ^(5,6,7)

Antecedentes

Diversos investigadores como Armas Vega y Pérez Rosero⁽⁸⁾ en un estudio titulado "Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres " por otra parte Guizar Mendoza, López Ayuso⁽⁹⁾ en su estudio "Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares "concuerdan en que el comportamiento de higiene oral de los niños y sus resultados están influenciados en gran medida por el conocimiento, las creencias y los hábitos de los adultos cercanos.

Ayala JY ⁽¹⁰⁾realizó un estudio con el fin de determinar la relación entre nivel de conocimiento, actitud y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años, donde se contrastaron 3 hipótesis, de los cuales solo una de ellas resultó significativo, se halló relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio [tau b de kendall, =0,347 y p = 0,020]], por lo que se aceptó la hipótesis de investigación.

Rodríguez Cruces V ⁽¹¹⁾ realizó un estudio con el objetivo de determinar el efecto de la aplicación del Programa "Sonrisitas" de salud bucal en los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017 donde se concluyó que la intervención educativa mejora la salud bucal de niños preescolares.

Según Narváez A ⁽¹²⁾ en su trabajo, “Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes” tuvo como Objetivo: Determinar la asociación que existe entre el conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal y uso de técnicas educativas en relación a la presencia de biofilm y caries dental en niños de 1 a 3 años de edad se concluyó que la educación ayuda a mejorar los conocimientos de los padres de familia y reducir el biofilm en sus hijos, independientemente de la técnica educativa.

De la misma manera Serrano et al ⁽¹³⁾ considera que con la familia se desarrollan los aprendizajes más significativos en todas las áreas, fundamentalmente de la salud por lo que el objetivo principal de esta investigación es mejorar el nivel de conocimiento de técnicas preventivas en salud bucal mediante el Programa Educativo.

Una investigación cubana realizada por los doctores cienfuegos Menguez Becerra T, Sexto Delgado N y González ⁽¹⁴⁾ titulado Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar demostró ser una intervención válida y exitosa, ya que modificó favorablemente los conocimientos de las madres seleccionadas, al propiciar el aprendizaje de acciones de autocuidado bucal, tales como: cepillado correcto, selección de una alimentación adecuada e identificación de hábitos perjudiciales. Ello permite incorporar conductas positivas a la familia para lograr estilos de vida saludables. El efecto de esta investigación se mantendrá por un tiempo y a su vez significará un futuro diferente para estos niños en edad preescolar, así como para los futuros hijos de estas madres.

Se ha demostrado que el mejoramiento de la calidad de vida de una sociedad se encuentra fuertemente relacionado con los niveles de salud que se alcanzan en la población infantil. El programa de educación sanitaria en instituciones infantiles es el más eficaz y rentable de todos los programas. ⁽¹⁵⁾

Las justificaciones epidemiológicas para iniciar las actividades promocionales y educativas dirigidas a los niños son poderosas: la primera es que los trastornos de la salud se inician precozmente; la segunda, que los principales factores de riesgo y los patrones de comportamiento relacionados con estos se establecen en la infancia y la juventud. Es por ello que los círculos infantiles y las escuelas constituyen lugares ideales para la aplicación de programas de promoción de salud, los cuales ejercen gran influencia

sobre los niños y adolescentes en las etapas formativas más importantes de sus vidas.
(15)

El Programa de Educación Preescolar cubano contiene los aspectos fundamentales en sus contenidos que posibilitan la consecución de los logros del desarrollo de los niños esperables en cada edad, e integra las experiencias obtenidas en el trabajo educativo con los resultados de las investigaciones psicológicas y pedagógicas que le dan base científica. (16)

El programa alternativo “Educa a tu hijo”, que se lleva a cabo en Cuba para la atención a niños y niñas de 0 a 5 años de edad en el entorno familiar y comunitario, requiere de la concepción, aplicación y evaluación de estrategias de capacitación familiar, que favorezcan su preparación para el desarrollo de la salud bucodental de los pequeños, como parte de la atención integral de la personalidad en esta etapa de su desarrollo humano.

En las condiciones de la educación por vías no institucionalizadas, como el programa “Educa a tu hijo”, la labor de la familia y particularmente de los padres, desempeña un papel esencial, por lo que es necesaria su preparación para el desarrollo de la salud bucodental de los niños y niñas. (17, 18)

Fundamentación del estudio

Esta investigación se realizó debido a que en este municipio no se han efectuado investigaciones que permitan obtener como resultados que se incremente y se sistematice el conocimiento de los familiares con relación a la salud bucal de los niños en edad preescolar y principalmente en un programa no institucionalizado como lo es el programa educa a tu hijo.

Problema práctico

A la clínica estomatológica del policlínico Enrique Barnet del municipio de Lajas acuden a consulta infantes afectados por enfermedades bucodentales principalmente caries dental y al interrogar al familiar representante se puede observar que no conocen o no le dan importancia a la salud bucal del niño.

Justificación

La mayoría de los factores de riesgo que atentan contra la salud bucal dependen de los conocimientos, actitudes y comportamientos aprendidos adecuadamente desde edades

tempranas. Por eso se hace necesario que estas actividades de promoción de salud y prevención integral intensiva comiencen desde la niñez y se mantengan en todas las etapas de la vida, de conjunto con la aplicación de buenas prácticas clínicas que eviten la aparición o el agravamiento de los problemas estomatológicos preexistentes.

La edad preescolar es el período en que el niño adopta hábitos higiénicos que muchas veces durarán toda la vida, descubre la potencialidad de su cuerpo y desarrolla habilidades y estrategias para cuidar de su salud. La aplicación de este programa se fundamenta en los diagnósticos efectuados por los estomatólogos durante la realización del ASS de los consultorios 13 14 y 15 donde se constató la falta de conocimientos de los miembros de la familia sobre los aspectos de la salud bucal de los niños/as y en el área de salud hasta este momento no se ha trabajado en acciones educativas directas en este grupo de edades, considerando oportuno e importante que la promoción de salud comience desde esta etapa, para que los niños/ñas desarrollen buenos hábitos de higiene bucal, por tal motivo nos trazamos el siguiente **problema de investigación** ¿Cómo influiría en el nivel de conocimiento acerca de la salud bucal de sus hijos, la implementación de un programa, dirigido a las familias de los niños/as matriculados en el Programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas?

Justificación

Conociendo que existe un número elevado de niños/ñas afectados por enfermedades bucales debido a la falta de conocimiento de sus familiares sobre salud bucal, se podrán trazar estrategias que permitan mejorar las conductas y crear hábitos correctos de higiene bucal, alimentación adecuada y conducta ante los hábitos bucales que conduzcan a mejorar la calidad de vida de dicho grupo obteniendo como resultado niños más sanos y saludables.

Debido a las consideraciones anteriormente expuestas este proyecto tiene como objetivos los siguientes:

Objetivo general

Evaluar la efectividad de un programa educativo en la modificación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las familias de los niños/ñas de 3 a 5 años del

programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal que poseen los familiares de los niños/ñas de 3 a 5 años de edad, antes de la intervención educativa.
2. Aplicar el programa educativo de salud bucal en la población objeto de estudio.
3. Evaluar el nivel de conocimiento alcanzado después de la intervención educativa.

Marco teórico

La OMS define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dental así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”.⁽¹⁹⁾

La salud bucal en los niños, en particular de aquellos en edad preescolar, son el reflejo de salud en la población, por cuanto éstos constituyen el grupo con mayores necesidades en salud bucal.

La salud oral es un componente esencial e integral de la salud en general; y la mala atención de la salud bucodental se asocia con un mayor uso de servicios médicos, mayor riesgo de varias enfermedades crónicas (incluidas enfermedades del corazón y diabetes) así como una reducción de la calidad de vida y las oportunidades de empleo, las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional.⁽¹⁹⁾

La salud se determina como un estado de bienestar físico, mental y social, es decir llevar una salud adecuada se convierte en un recurso, el cuidado de los dientes desde la primera dentición favorece su calidad de vida, con beneficios a largo plazo, de lo contrario esta se ve afectada por distintas enfermedades empezando por el estado general del niño, siendo la lesión cariosa la más común.

Existen diferentes enfermedades a nivel sistémico como diabetes, trastornos respiratorios e inclusive alteraciones en el embarazo que pueden ser producto de algunas afecciones bucodentales.⁽¹⁹⁾

Entre las patologías más comunes que afectan a nivel bucal se ha identificado a la caries dental, que son lesiones muy evidentes en niños menores de cinco años, es por ello la importancia de una respectiva atención odontológica y la promoción de la salud bucal, tratando de concientizar a padres para mejorar hábitos alimenticios y de higiene oral y obtener como resultado una cavidad bucal saludable.⁽¹⁹⁾

La salud bucal de un infante, inicia a partir del embarazo ya que puede existir una relación entre el estado de la madre gestante con la del estado bucal y general del futuro bebé, lo cual se reflejará en la primera infancia y la niñez. La caries dental, es una de las

patologías más frecuentes en infantes, debido a muchos factores, pero sobre todo por el papel fundamental que desempeña la madre gestante en garantizar una buena salud bucal a su bebé, de lo contrario existe un mayor riesgo a adquirirla, ya sea por su alimentación, refiriéndose mayormente al consumo elevado de azúcares, las cuales causan controles prenatales, cuidados y las respectivas. Según la OMS la relación de caries y el consumo de azúcares tienen más relevancia cuando estas son añadidas o ingeridas en confitería, más no tanto en frutas y verduras orgánicas. ^(19, 20, 21)

Los niños en etapa preescolar poseen diferentes características psicológicas de acuerdo a su edad:

□ 3 años: se encuentra entre la decisión de crecer o seguir siendo niño, es amiguelo, innovador, comprende y realiza órdenes verbales y es muy susceptible al elogio. Ya a los tres años y medio pasa por una necesidad de comprensión, paciencia y afecto.

□ 4 años: conducta fuera de control, con vocabulario ofensivo, comprende el lenguaje en un 100%, lleno de dudas, conversaciones e imaginación; por lo que se necesita firmeza en el trato.

□ 5 años: vocabulario enriquecido, buena edad para las visitas dentales, la madre es su mundo. Se le debe tratar con firmeza, alabanza y elogios. ⁽²²⁾

El desarrollo de la dentición temporal ha sido considerado por muchos autores como un parámetro más, dentro del desarrollo general del niño; y su cronología es un dato más a considerar, dentro de la evaluación sobre la maduración y desarrollo correcto del niño. La calcificación de los dientes, desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y la reabsorción de sus raíces y posteriormente la erupción de los permanentes, constituyen una serie de fenómenos muy complejos que explican el porqué de la frecuencia de anomalías en la formación de la dentición definitiva y en la correspondiente oclusión dentaria.

El conocimiento del proceso de calcificación y erupción de los dientes temporales y permanentes son indispensables para el estomatólogo general, el cual le ayuda a determinar alteraciones que conducen a la formación de anomalías y así tomar lo antes posible, las medidas que impidan el agravamiento de estas. ⁽²³⁾

Se considera dentro de los límites normales, que la dentición primaria se encuentra completa en cualquier momento comprendido entre los 2 a 3 años de edad cuando los

segundos molares han alcanzado la oclusión. Sin embargo, debemos dejar claro que, la época de aparición de los dientes en la boca no es importante a menos que se desvíe mucho del promedio dado, sin embargo, el orden en que se efectúa la erupción sí lo es porque ayuda a determinar la posición de los dientes en el arco. ⁽²³⁾

Pueden considerarse como totalmente normales pequeñas variaciones individuales a las que frecuentemente se les atribuye una influencia genética. De todos modos, entre los 24 y 36 meses de edad han hecho ya su aparición los 20 dientes de la dentición primaria, encontrándose ya a los 3 años totalmente formados y en oclusión. ⁽²⁴⁾

Características y funciones de la oclusión temporal.

Tras la erupción completa de la dentición primaria comienza la maduración del ciclo masticatorio, condicionado no sólo por este cambio dentario, sino también por el sistema neuroregulador.

Una vez que ha hecho erupción toda la dentición primaria, se establece la oclusión que tiene unos rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente. A los 30 meses, una oclusión normal de las 20 piezas primarias se distingue por las siguientes características:

. -Relación incisal

Existe una mayor verticalización de los incisivos en su localización sobre la base maxilar y hay una mayor apertura del ángulo interincisivo (formado por la intersección de los ejes mayores dentarios) que en la dentición permanente. La sobremordida está también aumentada en el plano vertical, estando en el momento del cierre oclusal en contacto el borde incisal inferior con los cúngulos de los incisivos superiores. Dependiendo del individuo nos podemos encontrar con unos diastemas interdentes fisiológicos mayores o menores.

-Relación canina

La cúspide del canino superior ocluye en el plano sagital entre el punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior, del mismo modo que ocurre en la dentición definitiva con la clase canina en la normo-oclusión. Existen espacios abiertos en la zona de los caninos que fueron descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates por estar presentes de forma normal en estos animales; estos espacios suelen estar localizados en mesial de los caninos superiores y en distal de los inferiores. ⁽²⁵⁾

La oclusión de los segundos molares primarios se define por la colocación entre las caras distales de ambos molares temporales, superior e inferior. Se puede encontrar en el mismo plano vertical, o bien podemos estar en una relación en la que la cara distal del molar superior esté en una posición más distal o mesial que la cara distal del molar inferior. Existe una gran variabilidad interindividual para esta relación molar en la dentición temporal. ⁽²⁵⁾

Otra de las características de esta dentición, es la implantación casi perpendicular de sus dientes respecto a sus bases óseas, lo que confiere dos características importantes: un plano oclusal plano, tanto en sentido antero-posterior (Curva de Spee) como transversal (Curva de Wilson); escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que da una forma de arcada semicircular. ⁽²⁵⁾

No todos los individuos con una oclusión normal presentan las características oclusales descritas en el apartado anterior, ya que las variaciones que son de carácter fisiológico son más frecuentes que en la dentición definitiva. Se pueden valorar las siguientes variaciones a partir de los 36 meses de edad:

- Los diastemas interincisivos están presentes en un tercio de los individuos, un porcentaje aún menor no presenta espacios interincisivos o tienen apiñamiento dental. El resto de la población sí presenta estos espacios interdentes.
- El espacio de primate en la arcada superior es la característica más constante en la población, apareciendo en un 90% de los niños, seguida por el espacio de primate inferior con un porcentaje que llega hasta el 80%.
- El resalte aumentado está presente en una proporción muy elevada, cerca del 70%, probablemente debido a los hábitos de succión de los pacientes infantiles.

Funciones de la dentición temporal

La importancia de la dentición decidua no sólo radica en sus funciones, sino que, además, es esencial en la obtención de una correcta oclusión y salud oral en el adulto.

- Los dientes temporales son fundamentales para la masticación. Desde los 6 meses hasta los 3 años de vida, se produce el cambio de la alimentación líquida a la sólida. Cada uno de los grupos dentarios desempeña una labor diferente, ya sea cortando o triturando. De ahí la importancia de mantener la integridad de los mismos.

- El deterioro de estos dientes interferirá no solo en el aprendizaje de la función masticatoria, sino también en el crecimiento corporal y craneofacial del niño.
- La deglución y el correcto aprendizaje de la pronunciación de algunos fonemas puede dificultarse si existen alteraciones en los dientes temporales.
- Influyen en el correcto desarrollo psicológico y de autoestima. La importancia estética de los dientes temporales es indudable. Su forma, color y colocación da lugar a una armonía que influye positivamente en este desarrollo.
- Son fundamentales durante el recambio dentario, sirviendo de guía de erupción a su sucesor permanente. ⁽²⁵⁾

Factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños de edad preescolar

Los primeros años de la vida del niño son el momento donde la estimulación ejerce mayor influencia, de ahí la necesidad de preparar a la familia y los educadores para que sepan cómo estimularlos, ya que son los mediadores más importantes de su desarrollo.

La atención odontológica en esta etapa representa un desafío y una prioridad para el profesional, orientada principalmente hacia la prevención en salud bucal del infante. En este aspecto, los padres juegan un papel importante para evitar el desarrollo y curso de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal del bebé. ⁽²⁶⁾

Placa dentobacteriana

En dicha estructura existen fundamentalmente bacterias, pero pueden estar presentes hongos, virus y protozoos. Ha quedado debidamente demostrada la adaptabilidad de determinados grupos bacterianos a lugares específicos; de entre ellos, la placa bacteriana ligada a los dientes humanos, ha ocupado un lugar de elección, sin duda, motivada por ser objeto de estudio específico dada su participación primordial en el origen de dos de las enfermedades más frecuentes que padece el ser humano: la caries y la enfermedad periodontal.

Otros textos definen la placa dentobacteriana como una entidad organizada, proliferante, enzimáticamente activa y potencialmente patogénica.

La placa es una entidad organizada porque mantiene una estructura que es regida por las condiciones ecológicas en que se desarrolla, esta organización se mantiene desde que se forma hasta la terminación de su ciclo vital. ⁽²⁷⁾ La dentición es mixta, deben estar

presentes los incisivos permanentes bien alineados, el primer molar permanente en una relación de neutro oclusión, presencia de caninos inferiores permanentes, movilidad de caninos temporales superiores debido al recambio, comienza el recambio de los molares temporales por los premolares permanentes. Así, por ejemplo, el primer cepillado del día regularmente se realiza al levantarse y no después del desayuno como debería ser; en cambio, el más importante es el de antes de acostarse porque garantiza que la boca permanezca limpia durante un mayor periodo, pues no se consumen alimentos; no obstante, esto aún no se ha concientizado en los individuos.⁽²⁷⁾

En la etapa de la infancia intermedia ocurren cambios muy importantes, como el recambio dental, un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. Aunque los padres tienen todavía una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, el niño presenta una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los tratamientos preventivos.⁽²⁸⁾

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). Algunos autores han planteado que los cambios bioquímicos que se producen a este nivel, son responsables de la aparición de caries dental en los niños. El papel de la deficiente higiene bucal sobre la formación de caries dental se debe principalmente a que favorece la acumulación de la placa dentobacteriana en la superficie de los dientes y encías, y por consiguiente una mayor concentración de bacterias cariogénicas como *Streptococcus mutans*, lo cual favorece la desmineralización de los dientes. Otros autores relacionan los lactobacilos con la progresión de la lesión cariosa y se ha comprobado, en general, que el número de lactobacilos existentes en la saliva aumenta durante la caries activa, lo que parece indicar un papel de la flora de lactobacilos en esta descalcificación.⁽²⁹⁾

La relación de la higiene bucal deficiente con respecto a la periodontitis es menos clara que en el caso de la Gingivitis por la ecología del surco gingival y el menor acceso a esta área por el paciente, no obstante los reportes en la literatura plantean que: el control de la placa supragingival retarda la recolonización del área subgingival y facilita la recuperación después del tratamiento. La presencia de cálculos aumenta la pérdida de inserción fundamentalmente en individuos que no reciben atención estomatológica

regular y en diabéticos con mal control metabólico. El control de placa por el individuo y por el profesional enlentece la evolución de la periodontitis.

Es de considerar que en los niños cuando se establecen métodos efectivos de control de la placa la gingivitis crónica remite con rapidez. Se necesita considerar además que el metabolismo microbiano y la microbiota del surco liberan metabolitos que actúan como antígenos que conduce a alteraciones inmunopatológicas. La susceptibilidad de la encía a este proceso salud enfermedad ocurre con frecuencia por convivir con la placa y otros factores de riesgo que propician su acumulación. ⁽²⁹⁾

La acumulación de placa bacteriana y sarro que causan la enfermedad periodontal puede evitarse mediante apropiados hábitos de higiene oral, esto incluye una adecuada técnica de cepillado y el uso de la seda dental. El enjuague bucal es opcional, pues no incide para prevenir la enfermedad ni para controlarla cuando se presenta, más bien aporta una sensación de frescura en la boca.

La higiene oral reúne un conjunto de prácticas habituales de la persona para mantener y mejorar su salud a nivel bucal. Estas agrupan el cepillado de los dientes, higiene y alimentación, y su práctica cotidiana ayuda a controlar la proliferación de bacterias en la boca y la formación de sarro, que son los causantes de la caries y enfermedad de las encías, gingivitis que es inflamación sencilla o periodontitis, en la cual hay riesgo de tener pérdida dental, soporte del diente o sangrado. ⁽³⁰⁾

El método más seguro del que se dispone en el momento actual para controlar la placa dentobacteriana es por medio de la limpieza mecánica, la cual ha significado siempre un cepillado regular y completo llevado a cabo por el propio paciente. Para que haya una prevención total de la acumulación de placa, es preciso llegar a todas las superficies susceptibles mediante algunas formas de limpieza mecánica y en caso necesario coadyuvar mediante otros medios de control de placa con el objetivo de lograr una adecuada higiene oral. Es el factor más estudiado, se ha demostrado que los individuos con higiene bucal deficiente tienen 10 a 20 veces más probabilidad de padecer periodontitis a cualquier edad. ⁽³⁰⁾

Existen muchos métodos de cepillado dentario, es la minuciosidad y no la técnica, el factor que determina la eficacia del cepillado. Es necesario primero comprobar como realiza cada individuo el cepillado de sus dientes y solamente se le enseñará una nueva

técnica cuando estemos convencidos de que, en la práctica, el individuo no garantice el control de la placa bacteriana. (29, 30)

El cepillado se debe realizar siempre de la encía al diente y las caras masticatorias en forma circular o rotatoria. Debe higienizarse también la lengua, debemos realizarlo después de cada comida y antes de dormir que es el más importante. El cepillo es de uso personal, se debe guardar en un lugar limpio, ventilado y sustituirse cuando las cerdas están deterioradas cada tres meses. (29, 30)

Características del cepillado

Forma: de acuerdo con las características del paciente. En Cuba la más utilizada es la Stillman modificada. 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. A continuación, se expondrán algunas técnicas.

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.

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.

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

Duración: para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos. (30)

Factores dietéticos

La alimentación y la nutrición son importantes en todas las fases del desarrollo dentario,

erupción y mantenimiento. Tras erupción, el consumo de nutrientes continúa afectando al desarrollo dentario y a la mineralización, al desarrollo y a la fuerza del esmalte, así como los patrones de erupción de los dientes remanentes.

Dieta cariogénica

Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de carbohidratos, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Aunque la caries dental se considera una enfermedad infecciosa, el rol de la dieta diaria en la adquisición de la infección y el desarrollo de la enfermedad es crítico. ⁽³¹⁾

Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante las comidas, la saliva y los propios mecanismos de autolimpieza (el flujo salival, los movimientos de lengua y carrillos y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca. En consecuencia, el consumo de alimentos cariogénicos durante las comidas es menos peligroso que si los mismos se ingieren entre comidas. Probablemente, el peor momento para ingerir alimentos cariogénicos sea antes de ir a dormir, ya que durante el sueño los mecanismos de autolimpieza están disminuidos. ⁽³¹⁾

La escala de peligrosidad de los alimentos, de más a menos cariogénicos, es como sigue:

1. Alimentos sólidos, retentivos que se consumen particularmente entre comidas, con bastante frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.
2. Los mismos alimentos consumidos durante las comidas.
3. Alimentos que contengan azúcar, pero que sean líquidos, no retentivos, que se consuman entre las comidas, con frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.

Alimentos cariostático

Son aquellos que no contribuyen a la aparición de caries, al no ser metabolizados por los microorganismos de la placa dentobacteriana. En este grupo se incluyen carnes, pescados. ⁽³¹⁾

Es una de los principales factores promotores de caries dental 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. ⁽³²⁾

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, vitaminas, minerales y proteicos.

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. ⁽³³⁾

Dieta

Carbohidratos. Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta): la sacarosa es el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental. Cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. Por lo tanto, se dice que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal. Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental.

⁽³⁴⁾

La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud oral. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollen caries dental y enfermedades de las encías. Son muchos los estudios epidemiológicos que correlacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de caries y en los que se demuestra una clara asociación entre frecuencia de consumo, la ingesta entre comidas y el desarrollo de caries dental. Por otra parte, son varias las características de los alimentos que pueden influir en el potencial cariogénico de estos, como por ejemplo

concentración de sacarosa, consistencia, aclaración oral, combinación de alimentos, secuencia y frecuencia de ingestión y pH de los alimentos. ⁽³⁴⁾

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica. En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio. También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal. ⁽³⁴⁾

Pacientes con déficit de vitamina A se consideran de alto riesgo de transformación maligna de la mucosa de cavidad bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos, aunque se requieren estudios concluyentes. ⁽³⁴⁾ La vitamina E incrementa la inmunidad, controla los trastornos asociados a los radicales libres, mantiene la integridad de las membranas e inhibe el crecimiento de las células cancerosas, aunque se requieren más estudios. Además de la vitamina A, la C y algunos elementos, como el cinc, cobre se han asociado con la carcinogénesis bucal en hombres y animales. ⁽³⁵⁾

El consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo de cánceres bucales. Un solo estudio en Estados Unidos encontró una asociación inversa entre la ingesta de frutas y vegetales y la incidencia a los 5 años de cáncer de cabeza y cuello. En Italia se demostró que el consumo durante 8 años de abundantes vegetales, frutas, cereales, aceite de oliva, vino y baja ingesta de carne y productos lácteos, protege contra el cáncer bucal y faríngeo cuando se comparaba con quienes consumían menos componentes de esta dieta mediterránea. Esto sugiere que la deficiencia dietética de antioxidantes es un factor predisponente al cáncer bucal, aunque se requieren ensayos clínicos que exploren la efectividad del suplemento dietético en la reducción de este riesgo.

Los polifenoles dietéticos disminuyen la incidencia de carcinomas bucales y protegen contra este cáncer por inducción de la muerte celular e inhibición del crecimiento tumoral, la invasión y la metástasis, lo que pudiera explicar parte del efecto beneficioso del consumo de frutas y vegetales. Ding y otros estudios como Secchi DG, Galeone han

encontrado una asociación entre los alimentos y nutrientes consumidos con el cáncer bucal, aunque los estudios no son concluyentes. ⁽³⁶⁾

Los estados de inmunodepresión relacionados o no con los trastornos nutricionales también favorecen el desarrollo del cáncer debido a las dificultades del sistema inmune para eliminar las células cancerosas. ⁽³⁶⁾

Sobre el papel de la alimentación en la carcinogénesis bucal se deben tener en cuenta: primero, el largo tiempo transcurrido en la aparición del cáncer dificulta la valoración precisa de los patrones alimenticios que fluctúan con el tiempo y segundo, sobre la carcinogénesis influyen numerosos factores de riesgo que aceleran este proceso. Esto dificulta la identificación y control de estos factores, que pueden actuar como variables de confusión y pudiera explicar parte de las contradicciones encontradas en la literatura publicada. ^(37, 38)

Hábitos perjudiciales o deformantes: todas aquellas acciones realizadas de manera recurrente y por lapsos de tiempo prolongado que permiten una deformación total o parcial de la dentadura de una persona son catalogadas como hábitos bucales deformantes. Un hábito puede ser positivo o negativo, dependiendo de las consecuencias que traiga para el individuo que lo realice, en este caso, puede ser perjudicial para la salud bucal, lo que puede traer adversidades de distintos tipos, tales como físicas, al notarse la deformidad de manera elocuente y ser motivo de burlas o rechazo por parte de otros, lo que trae como consecuencia la afectación psicológica, donde se puede sentir minimizado y no permitir su completo desarrollo en el entorno que lo rodea, llenándolo de inseguridades y miedos. ⁽³⁹⁾

Estas situaciones comienzan a suceder a edades muy tempranas, los padres sin caer en cuenta de las consecuencias negativas que pueden traer en un futuro, simplemente no dan mayor importancia a los hábitos que tienen los niños de meterse el dedo en la boca, la manera de tomar la tetera y hasta algunos objetos como pañales y telas que introducen en la boca bien sea para dormir o simplemente por gusto. Al comenzar el crecimiento de los infantes, con la aparición de la dentadura se refleja de manera alarmante las consecuencias negativas de dichos hábitos, ya que puede notarse desde el principio la deformidad de la misma, y si no se toman medidas de frenar esas costumbres seguirán

creciendo mal formados, hasta que la única solución posible es aplicar algún tratamiento bucal médico quirúrgico, doloroso y costoso. ⁽⁴⁰⁾

Succión: la succión del dedo consiste en la introducción de dedo en la boca con la yema del dedo apoyada en la bóveda palatina, detrás de los incisivos centrales y al comenzar la succión el dorso del dedo se apoya en los incisivos inferiores. Se considera como parte de adaptación del niño hasta los 3 años si se realiza más de 6 horas diarias y puede llegar a ocasionar alteraciones en los dientes. Este fenómeno dependerá mucho de la duración, frecuencia e intensidad del hábito o si lo realiza en el día o noche. Otra variante es la succión del tete o biberón que al permanecer hasta edades tardías (3 o 4 años) puede provocar alteraciones.

Deglución atípica: interposición de la lengua entre las arcadas durante la deglución.

Hábito de mordedura: comerse las uñas, morder lápices u otros objetos son hábitos que provocan alteraciones dentarias. Su efecto se produce por desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además, aparecen heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones como herpes. ⁽⁴¹⁾

Onicofagia: del griego onyx - uña - y phagein - comer -, se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones, siendo asociado a factores o elementos emocionales, generando una conducta difícil de controlar o detener, por tanto, es el resultado de la acción repetida de una conducta no deseada que debido a la recurrencia se traslada al ámbito inconsciente.

Hábito de succión: refiere hábito de succión de tete, biberón o cualquier dedo o por la observación clínica.

Hábitos posturales: posición inadecuada de la mano que comprime los maxilares durante el sueño y momentos de reposo, se determina por referencia u observación clínica. ⁽⁴²⁾

La mayoría de los factores de riesgo de las enfermedades bucales son prevenibles. En su gran mayoría dependen de los conocimientos, aptitudes y costumbres adquiridas en edades tempranas de ahí la importancia de trabajar con este grupo escolar a fin de lograr acciones que conduzcan a la preservación de su salud y de manera específica la salud bucal. En los problemas de caries dental es necesario incidir con acciones de auto

cuidado desde la niñez; debido a que pueden aparecer desde edades tempranas y constituyen enfermedades de mayor prevalencia en el mundo. ⁽⁴³⁾

“La salud bucal no puede separarse de la socialización de la educación, ya que la educación en salud es un proceso que promueve cambios de comportamiento, conceptos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, así como refuerza conductas positivas”

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 ⁽⁴⁴⁾

En la actualidad, la educación en salud bucal es llamada odontología orientada a la promoción de la salud, ya que la educación logra cambios en el comportamiento. En odontopediatría, la educación es un factor fundamental en prevención, ya que los niños y también sus padres deben entender la importancia del mantenimiento de su salud; por lo tanto, esto permitiría una mejor salud general. Crear un espacio adecuado y favorable para el aprendizaje de salud bucal, permitiría que la población tome mayor control de ello y opte por todo lo que genere salud, permitiendo que la calidad de vida de todas las personas mejore. ^(45, 46)

La educación para la salud dispone de teorías y modelos, que buscan modificar comportamientos en base a estrategias. Una teoría es considerada como un conjunto de leyes que relaciona fenómenos, como las necesidades, cognitiva-social, innovaciones, etapas o cambios de estado. ⁽⁴⁵⁾

Para incrementar los niveles de salud bucal hay que lograr que los profesionales de la Salud, la población y los sectores de la sociedad, asuman un comportamiento favorable. La salud bucal puede definirse como: estado de completo bienestar físico, mental y social, relacionado con la preservación del complejo bucomaxilofacial.

Para mejorar el estado de salud bucal de la población cubana es imprescindible buscar métodos más novedosos; los principales esfuerzos deben estar encaminados a reducir las afecciones desde las edades tempranas. ⁽⁴⁶⁾

La promoción de salud constituye un proceso político-social, y una estrategia, que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida. Esto requiere de: participación comunitaria, empoderamiento social y despliegue de esfuerzos intersectoriales. ⁽⁴⁶⁾

La intersectorialidad se presenta como una solución que contribuye a la proyección social de los servicios de atención de salud bucal, y permite canalizar la demanda social. ⁽⁴⁷⁾

Pese a los avances de la interpretación filosófica y tecnológica de la intersectorialidad, aún no se ha logrado su implementación de forma integrada, consciente y de manera sistemática, para resolver los problemas de salud pública en los diversos contextos.

Es necesario hacer énfasis en consolidar la acción intersectorial para: sensibilizar a la comunidad con la magnitud del problema, evaluar el escenario actual y los factores para su desarrollo, e intentar aportar pautas para el trabajo futuro. ^(45- 47)

Programa educativo

Es un instrumento que consta de una agrupación o sucesión de actividades educativas estructuradas para alcanzar una meta predeterminada. Así también definida como la actividad sistemática orientada a una población para lograr los propósitos educativos previstos con anterioridad, desarrollo biopsicosocial. El programa educativo es considerado como una actividad que demuestre resultados relevantes en la educación de los individuos, con el motivo de intervenir en la problemática.

Un Programa Educativo es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetos diseñados institucionalmente y orientadas a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Se caracterizan por su condición de experimentalidad en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos a favor de necesidades sociales y educativas que los justifican. ⁽⁴⁸⁾

Idealmente los programas de educación escolar deben existir para ayudar a que la población realice por sí misma los procedimientos preventivos primarios y enseñar a todas las personas a reconocer la presencia de las enfermedades orales. Con la instrucción apropiada es posible hacer comprender a la población general que debe asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud oral.

Se utiliza para referirse a un plan sistemático diseñado por el educador como medio al servicio de las metas educativas.

Algunos de los fundamentos para la existencia de programas de Educación para la Salud se basan, principalmente, en una serie de funciones educativas, sociales y sanitarias:

- a) Función educativa, como parte de una educación integral, ya sea desde el punto de vista cultural (actitudes frente a la salud, modelo de vida, conocimiento de los problemas).
- b) Función social, en cuanto que implica lazos y relaciones entre diversos componentes sociales que giran en torno al mundo del niño, como son la familia. ⁽⁴⁸⁾
- c) Función preventiva, como instrumento fundamental de la promoción de la salud.

Para su elaboración como su posterior evaluación —dos procesos que deberían guardar armonía y coherencia— debe tomarse en consideración algunas cuestiones importantes:

- a) Todo programa debe contar con unas metas y objetivos que han de ser educativos.
- b) Metas y objetivos deben estar acomodados a las características de los destinatarios en su contexto de referencia y ser asumidos como propios por los agentes del programa.
- c) El programa ha de estar claramente especificado y detallado en todos sus elementos.
- d) Ha de incorporar un conjunto de medios y recursos que, además de ser educativos, deben ser considerados como suficientes, adecuados y eficaces para el logro de metas y objetivos.
- e) Necesita de un sistema capaz de apreciar tanto si metas y objetivos se logran como de poner de relieve, en caso de que así no sea, o de que lo sea a niveles insuficientes o insatisfactorios, dónde se producen las disfunciones y carencias y, a ser posible, las causas de las mismas. ⁽⁴⁸⁾

Eficacia

Es la competencia de obtener el resultado que se espera o anhela, haciéndose referencia a los efectos en cuanto con los propósitos observacionales propuestos. Así también es lograr los fines con el menor recurso. ⁽⁴⁹⁾

Diseño metodológico

Se realizó un estudio de intervención, en el período de septiembre del 2020 a julio de 2021 en la sede del Programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas, provincia Cienfuegos.

El universo constituido por 35 miembros de familia de niños/as entre 3 y 5 años de edad matriculados en el Programa educa a tu hijo de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas, provincia Cienfuegos que dieron su consentimiento informado para formar parte de la investigación. (Anexo 1)

Criterios de exclusión

Familiares que presenten alteraciones cognitivas, psiquiátricas o afectivas.

Criterios de salida:

- Traslado de residencia a otro municipio o de consultorio
- La ausencia en más de un 50% de las secciones.

Consideraciones éticas:

La investigación se realizó con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándole que los datos brindados por ellas solo se utilizaron con fines investigativos, solicitando su colaboración voluntaria. Además, se contó con la aprobación de la Dirección municipal de Salud y Educación. (Anexo1, 2, 3).

El estudio fue concebido en tres fases: una primera fase para diagnosticar el nivel de conocimiento sobre salud bucal a través de una encuesta de conocimiento a los familiares. Durante la segunda fase se aplicó el programa educativo de salud bucal en la población objeto de estudio para modificar favorablemente los conocimientos sobre salud bucal y en una tercera se evaluó la efectividad de la intervención implementada a través de la misma encuesta de conocimiento.

Métodos del nivel empírico:

Análisis de documentos

Se analizó el Programa Nacional de Estomatología Integral. Además se analizó la Resolución Conjunta Ministerial MINED-MINSAP1/97, 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.

La 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.

Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afecten la salud bucal de los niños/ñas (Anexo 4)

Se aplicó con el objetivo de identificar: edad y nivel de escolaridad del miembro de la familia del niño/a. Diagnosticar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, que poseen los familiares y evaluar la efectividad de la intervención educativa.

Fue aplicado anterior y posterior a la implementación del programa educativo con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento acerca de la salud bucodental de los niños/ñas de edad preescolar, que poseen sus familiares posteriores a la implementación del programa educativo. Para su realización se consumió el tiempo necesario con las condiciones de iluminación y ventilación adecuadas, se utilizaron preguntas cerradas y se aplicaron de manera individual y personalmente. El cuestionario fue creado y validado por las investigadoras MSc Nancy Díaz Canedo y la MSc. Tania Menguez Becerra en su investigación “Estrategia educativa sobre salud bucodental para educadoras del círculo Infantil “Juliana Montano”. Cruces 2012”. (Anexo 4)

Donde las alternativas fueron codificadas de la siguiente manera:

No: 0	No sé Algunas veces: 1	Si: 2
-------	---------------------------	-------

Puntaje de conocimientos:

Bajo 2 - 6 puntos Medio 7- 11puntos Alto 12 - 17 puntos

Tabla. 1 Operacionalización de las variables sociodemográficas.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad del miembro de la familia	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica según años cumplidos	Frecuencia y porcentaje	15-19 años 20-34 años 35 años y más
Nivel de escolaridad del miembro de la familia	Cualitativa Ordinal	Se establece tomando como referencia la clasificación internacional estándar de educación.	Frecuencia y porcentaje	Secundaria Preuniversitario. Técnico medio Universitario

Tabla # 2. Operacionalización de la variable nivel de conocimiento de los familiares acerca del desarrollo de la salud bucal de los niños/as de 3 a 5 años de edad

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de la	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre la importancia de mantener limpios los dientes y saludables los tejidos	Frecuencia y porcentaje	Bajo 1 - 2 puntos Medio 3 - 4 Alto 5 puntos

higiene bucal en la salud bucal de los niños/ñas de edad preescolar		gingivales para la salud bucal en niños de edad preescolar		
Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de los hábitos dietéticos en la salud bucal de los niños/ñas de edad preescolar	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre el consumo de azúcares solos o combinados con leche, pan, almidones y cereales en la salud bucal en niños de edad preescolar	Frecuencia y porcentaje	Bajo 1-2 puntos Medio 3 - 4 Alto 5- 6 puntos
Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de los hábitos bucales deformantes en la salud bucal de los niños/ñas de edad preescolar	Cualitativa ordinal	Conocimientos sobre la realización de acciones repetidas que se realizan de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja	Frecuencia y porcentaje	Bajo 1 - 2 puntos Medio 3 - 4 Alto 5 - 6 puntos

Evaluación del programa educativo	Cualitativa ordinal	Actividad que demuestre resultados relevantes en la educación de los individuos.	Frecuencia y porcentaje	Familiares con buen nivel de conocimiento Familiares con conocimiento regular Familiares con mal nivel de conocimiento
--	---------------------	--	-------------------------	--

Descripción de la estrategia de intervención educativa

La metodología empleada para el diseño y aplicación del programa educativo (anexo 5) estuvo basada fundamentalmente en las técnicas afectivo-participativas y educativas de animación, juegos didácticos, etc. Se utilizaron medios audiovisuales como laminarias, afiches, etc. La metodología empleada para el desarrollo y aplicación de la estrategia de intervención educativa incluyó debates, sesiones de entrenamiento sobre el cepillado dental y discusiones en grupos pequeños acerca de hábitos dietéticos, garantizando que todos los miembros de familia participantes tomaran parte en las técnicas participativas y recibieran los conocimientos de los 6 temas escogidos, y una última sesión donde se integraron los conocimientos a través del juego "Rompecabezas Dental".

Actividades a realizar

Encuentros	Temas	Sesiones
1	1. Introducción al programa.	1
2	2. Higiene bucal.	1
3	2. Higiene bucal.	2
4	3. Orientación dietética.	1
5	4. Hábitos deformantes.	1
6	4. Hábitos deformantes.	2
7	5. Integración de los temas abordados.	Sesión final.

Objetivo de las técnicas afectivas-participativas empleadas

Las técnicas afectivas-participativas permitieron 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. El programa educativo se implementó con una frecuencia semanal, durante siete semanas, en el horario de funcionamiento del programa educa a tu hijo. Se aplicó a tres grupos de 10 a 12 integrantes cada uno, miembros de la familia de los niños de 3 a 5 años matriculados en el Programa educa a tu hijo, de los consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte del municipio Lajas. Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de los familiares anterior y posterior a su participación en el mismo. Para la culminación de la intervención se aplicó una sesión que incluyó la participación de los familiares donde se obtuvo la integración del conocimiento adquirido de ambas partes con un juego didáctico.

Métodos estadísticos y análisis de la información

Se emplearon para la planificación, recolección, procesamiento y análisis de la información obtenida diferentes instrumentos. Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y el porcentaje, a través de la estadística descriptiva 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.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución según la edad del miembro de la familia de los niños/as de 3 a 5 años de los consultorios 13, 14 y 15 de la zona urbano norte, del municipio Lajas. 2020- 2021.

Distribución de los familiares según la edad	Total de miembros de familia						n=35	
	15-19 años		20-34 años		35 años y más		Tn	%
	N	%	N	%	N	%		
	5	14.3	25	71.4	5	14.3		

Fuente. Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años

La tabla 1 muestra la distribución de los miembros de la familia según los grupos de edades, donde el mayor por ciento está representado por las edades comprendidas entre 20 y 34 años, lo que representa el 71.4% (25) de la muestra, en casi todos los casos el representante de la familia era la madre, existieron solo 5 de los familiares de 15 a 19 años para un 14.3% (5) e igual cifra en las edades de 35 años y más. Solo en dos casos estuvieron representados por las abuelas.

Los resultados alcanzados coinciden con los de Pasquel Gómez ⁽⁵⁰⁾ quien plantea que el 1.6% de las madres son adolescentes, el 61.3% son jóvenes, el 36.3% son adultas y el 0.8% fue adulto mayor, lo cual resulta semejante al estudio realizado.

Concuerdan además con el estudio realizado por Castañeda ⁽⁵¹⁾ donde se observa que el rango de edad predominante fue de 26-35 años en un 45.4%, mientras que sólo el 18.4% se encuentra en el rango de 36-42.

Gómez G ⁽⁵²⁾ refiere que la mayor parte de las madres en su estudio presentaban de 20 a 34 años de edad (65.4%), le siguen las menores de 20 años (23.1%) y en menor cuantía las mayores de 34 años (11.5%) lo cual coincide con lo planteado anteriormente.

En Cuba cada vez es más frecuente el embarazo en la adolescencia, pero a pesar de que muchas madres tienen a sus hijos a esa edad igualmente se les debe transmitir los conocimientos sobre salud bucal, para evitar la aparición de enfermedades bucales en los niños.

Tabla 2. Distribución de los familiares de los niños/as de los consultorios 13, 14 y 15 de la zona urbana norte, del municipio Lajas, según nivel de escolaridad.2020-2021.

Nivel de escolaridad	n = 35	%
Secundaria	11	31.4
Pre-universitario	17	48.6
Técnico medio	3	8.6
Universitario	4	11.4

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años

En la tabla 2 se observa el nivel de escolaridad de los miembros de la familia donde predominó en el 48.6%(17) el nivel preuniversitario, seguido por el secundario con un 31.4%(11) y el 8.6%(3) y 11.4%(4) corresponden al técnico medio y universitario respectivamente. Se asumen los criterios expuestos por Tipan ⁽⁵³⁾ el refiere que es posible establecer cierta relación entre el nivel de educación de los padres y su apreciación de los problemas bucales de su hijo, destacándose que cuando existe mayor nivel educativo de los padres se refieren menos problemas de salud bucal que afecten la calidad de vida de los mismos. Es posible que esta relación se explique en el hecho que, a mayor educación de los padres, mejor vigilancia y control de los hábitos de higiene bucal del niño.

Otra posible explicación es que los padres con mayor nivel educativo posean trabajos más demandantes y dispongan de menor tiempo para el cuidado de sus hijos. Puede decirse entonces que el nivel educativo del padre tiene relación con su percepción de la

salud bucal del niño y a su vez con su percepción de la calidad de vida de este, lo que corrobora la relación entre calidad de vida y salud bucal de estudios similares. ^(54, 55)

Los resultados anteriores no coinciden con los obtenidos en los estudios realizados por Sánchez A ⁽⁵⁶⁾ donde la mayoría de las madres tuvieron estudios de secundaria completa, siendo un 43.5% del total, mientras que sólo el 2.4 tuvo primaria.

Ni con el realizado por Villacrés Z ⁽⁵⁷⁾ en el cual se aprecia que los padres de familia y apoderados que ostentan Educación secundaria el 48.8% (42) y Educación técnica/superior el 46.5% (40) y la Educación primaria representan el 4.7% (4) del total.

En una investigación realizada por Armas Vega ⁽⁸⁾ con relación al nivel de instrucción de los padres o responsables, la instrucción secundaria correspondió al 37.4 %, seguido por la instrucción primaria en un 25.1% y universitaria en un 14.9 %; la instrucción universitaria incompleta fue declarada en un 11.1% y secundaria incompleta en un 11.4 %.

Tabla 3. Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de la higiene bucal en la salud bucal de los niños/as de 3 a 5 años de los consultorios 13, 14 y 15 de la zona urbana norte, del municipio Lajas.2020- 2021.

Nivel de conocimiento en relación a la higiene bucal	Antes		Después	
	n=35	%	n=35	%
Bueno	9	25.7	24	68.6
Regular	24	68.6	11	31.4
Malo	2	5.7	0	0

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años

En la tabla 3 se refleja el nivel de conocimiento de los familiares con relación a la higiene bucal. Antes de la intervención un 68.6%(24) de los familiares tenían un conocimiento regular con relación a la higiene bucal, el 25.7%(9) tuvo un conocimiento bueno y un 5.7%(2) mostró un nivel de conocimiento malo. Después de aplicar la intervención educativa se evidenció una notable modificación en el conocimiento de los familiares con relación a las conductas de la higiene bucal donde un 68.6%(24) presenta un buen nivel

de conocimiento y el 31.4%(11) un conocimiento regular. Varios autores ^(5, 6) enfatizan en este sentido, que los padres deben asumir la responsabilidad de la limpieza bucal hasta que el niño adquiera la destreza motora necesaria para realizarla él mismo correctamente. La infancia, es la edad ideal de aprendizaje, por lo que se debe incluir y crear hábitos de higiene bucal en esta etapa de la vida.

Es importante destacar que el conocimiento en sentido general es bueno o regular, pero las actitudes propias que se llevan a cabo para que se logre una adecuada salud bucal en estas edades de la vida no tienen sistematicidad necesaria, siendo de gran valor el accionar en este sentido a través actividades de promoción de salud especialmente dirigidas a los padres. Los padres son los principales agentes educativos en los primeros años de vida y más aún, la salud oral de los niños está estrechamente relacionada al grado de conocimiento de las madres sobre patologías orales.

Los resultados son análogos a los de la investigación realizada por Vásquez, K ⁽⁵⁸⁾ quien demuestra que la mayor frecuencia de conocimientos es de nivel regular demostrado por 162 padres de familia (64.29%) de la muestra de estudio.

Por otra parte, Muñoz Cabrera ⁽⁵⁹⁾ en su estudio también evidencia resultados similares en relación al nivel de conocimiento de salud oral, antes de iniciar el estudio las madres del grupo experimental presentaron un nivel de conocimientos medio de 6.57 y después de la investigación aumentó a 11.88 existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001$).

Gómez G ⁽⁵³⁾ refleja en su investigación que el 26.2% de las madres encuestadas presentan un buen nivel de conocimiento sobre la salud oral, el 43.1% con conocimiento regular y el 30.8% con un nivel de conocimiento malo lo cual coincide parcialmente con este estudio. Contrariamente a los resultados obtenidos, en el estudio realizado por Chambilla B ⁽¹⁹⁾ el 42% presentaba un nivel de conocimientos deficientes seguido de un 38% con un nivel regular. Sólo un 20% tenía un nivel considerado como bueno.

Benavente Lipa ⁽⁶⁰⁾ refiere que las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo, la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años en la población estudiada.

Los autores Tenazoa T ⁽⁶¹⁾ en su estudio manifiestan como resultado de su investigación que el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia es regular, y el índice de higiene oral es también regular, es decir, que existe influencia del nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres sobre el índice de los niños.

Tabla 4. Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de los hábitos dietéticos en la salud bucal de los niños/as de 3 a 5 años de los consultorios 13, 14 y 15 de la zona urbana norte, del municipio Lajas.2020-2021.

Nivel de conocimiento en relación a los hábitos dietéticos	Antes		Después	
	n=35	%	n=35	%
Bueno	11	31.4	30	85.7
Regular	6	17.1	5	14,3
Malo	18	51.4	0	0

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años.

La tabla 4 muestra el conocimiento de los familiares con relación a la dieta apreciando que antes de la intervención predominó un nivel de conocimiento malo con un 51.4%(18), seguido de bueno con un 31.4%(11) y un 17.1%(6) reportó un nivel de conocimiento regular con relación a la dieta. Después de la intervención educativa en este estudio se observa que la mayor parte presentó un nivel de conocimiento bueno 85.7%(30) sobre los hábitos dietéticos, regular 14.3%(5) y ninguna persona obtuvo la categoría de mal. Se concuerda con Martínez García ⁽¹⁵⁾, en cuanto a la orientación dietética, existió una variación positiva en todos los padres, se logró que después de la intervención el 100 % de los padres reconocieran los elementos fundamentales de una dieta sana. En el nivel de conocimiento de los padres en la dieta en sus niños preescolares es muy bueno, destacándose las madres en un número de 41, con un porcentaje de 47.7%, seguido del apoderado en un número de 12, con un porcentaje de 14% y con bajo puntaje en los padres en un número de 6, con un porcentaje de 7%. Según los resultados tiene un nivel alto de conocimiento ya que se debe que existe gran información ya sea por las

recomendaciones de los pediatras o por medios de comunicación como revistas, televisión, etc. Esto es beneficioso a los niños y se debería seguir manteniendo mediante campañas de nutrición, programas de loncheras saludables y quioscos saludables.

Alagón C ⁽⁶²⁾ plantea que antes de la intervención el 45% de los padres conocían sobre los hábitos dietéticos y después de la intervención el 95% de los encuestados tomó conciencia sobre la repercusión de la dieta en la salud bucal lo cual se asemeja a este estudio.

Por costumbre los hábitos de administrar en los horarios de meriendas alimentos ricos en carbohidratos y jugos o refrescos azucarados es muy arraigado en a pesar de los esfuerzos que se realizan en desarrollar actividades de promoción que ayuden en este sentido conociendo la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries.

Lizana Ojanama, S ⁽⁵⁾ en Perú plantea en su intervención educativa que cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud, así como la prevención de una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.

Otros autores se refieren a este tema, Quispe Sanca B ⁽⁶³⁾ por ejemplo plantea que es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en las horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares refinados (glucosa, fructosa, sacarosa). Es conveniente que el niño finalice las comidas con frutas fibrosas. Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud, así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral.

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. Así los azúcares refinados acidifican el ambiente sobre el esmalte, al igual que frutas como la manzana, con un ph de 3.69.

La alimentación y la nutrición son muy importantes para el desarrollo físico y psicológico de un niño desde el momento de la concepción y constituyen factores directamente relacionados con la cavidad oral desde la odontogénesis hasta la instalación de las patologías orales.

Según su estudio Alkhtib y Morawala ⁽⁶⁴⁾ aseguran que el 63% de los representantes presenta un nivel de conocimiento regular sobre la dieta que deben tener los niños para cuidar su salud bucal, por lo tanto los padres conocen de manera medianamente aceptable los mejores alimentos que deben consumir los niños para tener dientes sanos, también sobre los alimentos que son recomendables llevar en la lonchera, así como el nivel de consumo de azúcar, conocen de forma regular que una dieta elevada en carbohidratos y azúcares es perjudicial para las piezas dentales primarias de los niños y que los alimentos saludables como leche, queso y frutas eran buenos no solo para la estructura dental sino también para el adecuado desarrollo cerebral, cognitivo y corporal. Un estudio efectuado por Morales S ⁽⁶⁵⁾ plantea que el 52% de los encuestados presentaba un nivel de conocimiento regular sobre los hábitos dietéticos por lo que desarrolló una propuesta didáctica para prevenir los problemas bucodentales en la población infantil, dirigida a los padres de familia y cuidadores.

En esta investigación después de aplicada la intervención educativa se evidenció el incremento del nivel de información sobre salud relacionada con la prevención de los factores de riesgo de padecer caries dental sobre todo los relacionados con la higiene bucal, la ingestión de una dieta sana, mejoró la frecuencia y la forma del cepillado, facilitó la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas.

Tabla 5. Nivel de conocimiento que posee el miembro de la familia acerca de la influencia de los hábitos deformantes en la salud bucal de los niños/as de 3 a 5 años de los consultorios 13, 14 y 15 de la zona urbana norte, del municipio Lajas.2020- 2021.

Nivel de conocimiento en relación a los hábitos bucales deformantes	Antes		Después	
	n=35	%	n=35	%
Bueno	8	22.9	23	65.7
Regular	13	37.1	12	34.3
Malo	14	40	0	0

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años.

En La tabla 5 se aprecia que el nivel de conocimiento en relación a los hábitos bucales deformantes, antes de la intervención educativa en el 40%(14), de las madres encuestadas era malo, 37.1%(13) un conocimiento regular y el 22.9%(8) un conocimiento bueno. Después de la intervención 65.7% (23) presentó un buen nivel de conocimientos, fueron regulares en el 34.3 % (12) de los familiares.

La investigación realizada ha coincidido con los resultados de investigaciones anteriores, en el sentido que se advierte que el nivel de conocimiento sobre hábitos orales es inadecuado o malo y por lo tanto son necesarios estudios pormenorizados, a fin de identificar medidas de prevención, medidas de combate y de esta manera contrarrestar las alteraciones bucodentales. ^(66, 67)

No se coincide con los resultados obtenidos por Rodríguez Carrasco C ⁽⁶⁸⁾ en la investigación realizada a través de la aplicación de una encuesta, advierten la existencia de un preocupante nivel de conocimiento de la población respecto a los hábitos orales nocivos para la salud bucodental, pues se ha demostrado que el 70.7% de la población desconoce los mismos y por lo tanto podemos afirmar que dicho factor constituye la causa por la cual en la actualidad se vienen registrando un sinnúmero de alteraciones bucodentales.

Momeni S ⁽⁶⁹⁾, señaló que la gran mayoría de los padres de familia encuestados no tenía una buena información sobre hábitos orales.

Resultados similares encontró Rengifo Reina HA ⁽⁵⁴⁾ pues refieren en su estudio que un 63.7% de las madres no presentan un adecuado conocimiento sobre los hábitos

deformantes, pues incluso una cuarta parte de los niños presenta el hábito de dormir con tetero.

Escudero ⁽⁷⁰⁾ presentó un plan de intervención educativa sobre la Sonrisa sana y feliz, este programa ayudó a mejorar el nivel de conocimiento en cuanto a la prevención de hábitos nocivos para la salud bucal y sus efectos en la salud bucal.

Tabla 6 Evaluación de la efectividad de la intervención según cantidad de familiares que obtuvieron buen nivel de conocimiento sobre salud bucal en la encuesta aplicada después de la intervención.

Efectividad	Antes		Después	
	No.	%	No	%
Familiares con buen nivel de conocimiento	5	14,3	33	94,3
Familiares con conocimiento regular	21	60	2	5,7
Familiares con mal nivel de conocimiento	9	25,7	0	0

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años.

En la tabla 6 se realizó el análisis de la efectividad del programa educativo teniendo en cuenta el nivel de conocimiento obtenido por los familiares. Se pudo evidenciar que antes de la intervención educativa solo el 14,3% (5) de los familiares tenía un buen nivel de conocimiento sobre salud bucal y posterior a la implementación del programa el 94,3% (33) de los familiares obtuvo buen nivel de conocimiento, el 5,7% (2) regular y ninguno evaluado de mal (0).

Este estudio coincide con los resultados obtenidos por Cervantes S. ⁽⁷¹⁾ donde el programa educativo sobre prevención en salud bucal mejoró el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la salud oral de sus hijos, disminuyendo la placa bacteriana en los niños, evidenciado en un positivo índice de higiene oral después de la intervención.

Concuerda con esta investigación Rengifo & Muñoz ⁽⁵⁴⁾ quien refiere que la mayoría de las madres no tenían conocimientos adecuados sobre la caries o cuidado bucal al estudio inicial, al igual que en esta investigación, siendo modificada considerablemente con las sesiones de aprendizaje.

Los resultados de Revelo-Mejía I ⁽⁷²⁾ coinciden con este trabajo pues se observa que antes de aplicar el programa educativo un promedio de 29% conocía sobre los diferentes temas de prevención en salud bucal y un 71% desconocía sobre los temas en prevención abordados en las diferentes sesiones de aprendizaje. Después de aplicar el programa educativo se logró que el 95% conozca en promedio sobre los diferentes temas de prevención en salud oral (Wilcoxon = -7.186 p=0,000).

Conclusiones

En la muestra estudiada predominó el grupo de 20 a 34 años, con un nivel de escolaridad de preuniversitario. Antes de la intervención los familiares presentaban un conocimiento regular sobre higiene bucal, un conocimiento malo sobre hábitos dietéticos y sobre hábitos deformantes. Después de aplicada la intervención educativa se evidenció el incremento del nivel de información de los familiares sobre la salud bucal de los niños en edad preescolar, relacionada con la prevención de los factores de riesgo de padecer caries dental sobre todo los relacionados con la higiene bucal, la ingestión de una dieta sana, facilitó la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas que contribuyan al buen desarrollo de la dentición de sus hijos. El programa educativo aplicado demostró ser una intervención válida y exitosa, pues modificó favorablemente los conocimientos de los familiares seleccionados al propiciar el aprendizaje de acciones de autocuidado bucal. Ello permite incorporar conductas positivas a la familia para lograr estilos de vida saludables.

Recomendaciones

- Resulta de gran valor práctico asistencial elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los familiares, por lo que se recomienda extender esta investigación al resto de los consultorios del municipio.
- Divulgar los resultados de la investigación entre los profesionales de estomatología, para fortalecer la labor de promoción y prevención de salud dirigida a estos grupos priorizados.

Referencias bibliográficas

1. Maier, R. y Marian, A. The teacher-parent educational partnership, health promotion program –specific case- dental health. International Conference of ScinetificPaper AFASES 201, Brasov, 28-30 may 2015.
2. Ponce Huamán Y. Nivel de Conocimiento de padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 3 a 8 años del IEP. Dulce Caminito de Jesús-Santa Anita.[Tesis].Perú 2017 Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/historia/historia.pdf>
3. Sultan, S, Ain+, T.S. y Gowhar, O. Awareness of mothers regarding oral health of theory children in Kashmir, India. International Journal of Contemporary Medical Research. 2016 3(7), 2454-2458.
4. Matamala CV. Prevalencia y factores de riesgo relacionados con pérdidas prematuras de dientes temporales en escolares de 4 a 7 años. Universidad Andrés bello Facultad de Odontología comuna de Talcahuano. [Tesis] .Chile; 2016.Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3174/a117539_Matamala_V_Prevalencia_y_factores_de_riesgo_2016_Tesis.pdf?sequence=1
5. Lizana Ojanama, S.. Matias I, Carmen M. Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en aclas C.S. I-3 Cardozo. [Tesis]. Perú 2017. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/historia/historia.pdf>
6. Fuentes Gutiérrez. Pérdida prematura de la dentición primaria en relación a la actitud de los padres de familia de niños de 3 a 5 años de edad en el hospital María Auxiliadora. [Tesis]. Diciembre del 2017. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/historia/historia.pdf>
7. Horna Vásquez, P J. “Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños pre escolares de la I.E Pedro pablo Atusparias de la provincia de Chiclayo. [Tesis] – Perú, 2017.
8. Armas Vega A, Pérez Rosero E R, Castillo Cabay L, Agudelo-Suárez A A. Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 Mar [citado 2020 Ago 25] ; 56(1): e1815. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072019000100007&lng=es
S

9. Guizar Mendoza J MI, López Ayuso C A, Amador Licon N, Lozano Palomino O, García Gutiérrez C A. Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. Nova scientia [revista en la Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 25] ; 11(22): 85-101. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052019000100085&lng=es)

[07052019000100085&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052019000100085&lng=es)

10. Ayala, JY. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Norbert Wiener. Lima – Perú. 2018.

11. Rodríguez Cruces Vania. Programa “Sonrisitas” de Salud Bucal dirigido a padres de niños de la Institución Educativa Inicial N° 086, San Juan de Lurigancho, 2017. [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Universidad César Vallejo – Escuela de Posgrado. Lima – Perú. 2018.

12. Narváez A. “Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes”. [Tesis] Quito, Ecuador. 2017

13. Serrano, K, Arévalo, N. S., & Hernández, G. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro Oral health knowledge of parents and teachers at La Edad de Oro special. Correo Científico Médico, 23(Ccm),2019. 512–527.

14. Menguez-Becerra T, Sexto-Delgado N, González-Beriau Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. **Medisur** [revista en Internet]. 2009 [citado 2020 Nov 3]; 7(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/589>

15. Martínez García M. Evaluación de una intervención educativa en niños de 7 años con hábito de succión digital. Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2015Nov[citado2020Feb27]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/download/473/2875>

16. Cupé-Araujo A C, García-Rupaya C R. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2017 Abr [citado 2020]; 25(2): 112-121. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es .
17. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana FE, et al. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev CES Odont. 2016 [citado 10 de mayo 2020]; 29(2). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=662a75a7-d031-447a-9484-ffafe2bcddd1%40sessionmgr104&hid=12810>
18. Álvarez Utria Y, González Rodríguez Y, Ureña Espinosa M, Rodríguez González Y. Prevalencia de hábitos deformantes bucales en preescolares de seis a nueve años. Rev Elect Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 18]; 41(8).Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/84314>.
19. Chambilla B, Gabriela A. Nivel de Conocimiento y Actitud sobre Prevención en Salud Bucal de las Madres Relacionado al Estado de Salud Bucal de los Niños de 5 Años de la I.E.I. N° 225 Niños Héroes en la Ciudad de Tacna. Universidad Privada de Tacna [Internet]. 2017 [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/UPT/182>.
20. Elkarmi R, Hassona Y, Taimeh D, Scully C. YouTube as a source for parents' education on early childhood caries International. Journal of Paediatric Dentistry 2017; 27: 437–443.
21. Fernández C, Carrera C, Muñoz C, Cury J, Giacaman R. Stability of chemically available fluoride in Chilean Toothpastes. International Journal of Pediatric Dentistry 2017;27:496-505. Disponible en: <https://es-us.deportes.yahoo.com/noticias/fernández-necesitar-seguir-trabajando-penali>
22. Mora V, Shybila R. Aplicación de la estrategia Jugando aprendo a sonreír en el nivel de conocimiento de salud bucal en preescolares de la I.E.I Rosa de las Américas, Comas- 2017. Universidad César Vallejo [Internet]. 2017 [citado 2020 ago 25]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/15285>
23. Khaled Ghabani M. La influencia del peso y la talla en la erupción de la dentición temporal. Facultad de Medicina y Odontología. Valencia mayo 2017.

24. Armas Gallegos; Rodríguez González S; Batista González N M ;Fernández Pérez E. Actualización sobre orden y cronología de brote de la dentición temporal Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Año 2019.Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-30/> Consultado el: 16/03/2021
25. Adanero Velasco A. Pérdida prematura de dientes temporales en sector anterosuperior Estudio de la eficacia de prótesis fija sobre coronas preformadas y satisfacción de los padres. Universidad complutense de Madrid facultad de odontología. Madrid; 2017. Disponible en <https://www.semanticscholar.org/author/Alberto-Adanero-Velasco/144822724>
26. Fleites Did T Y, Martínez Fiallo E, Gispert Abreu E de los A, Blanco Barbeito N, de la Mella Quintero S F. Algoritmo de atención estomatológica integral e intersectorial a niños de grado preescolar. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2021 Mar [citado 2021 Jun 17] ; 25(1): 50-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000100050&lng=es. Epub 01-Ene-2021.
27. Sarduy Bermúdez Lázaro, González Díaz María Elena. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Jun 17] ; 20(3): 167-175. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300002&lng=es.
28. Autié Méndez Lesdy, Véliz Concepción Olga Lidia, San Miguel Pentón Armando, Sáez Julieta García, Águila Crespo Libia Rosa. Particularidades de la erupción dentaria en individuos infanto-juveniles con enfermedades endocrinas frecuentes. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2019 Sep [citado 2021 Jun 17] ; 23(3): 192-209. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-304320190003000192&lng=es.
29. Rivera CAM, Artigas AA, Buitrago PE, et al. Prevalencia y factores de riesgo de caries dental en pacientes del municipio Urbano Noris. Correo Científico Médico. 2017;21(1):139-154.
30. Rosales Corria E N, Cabrera Zamora S L, Coll Aguilera A M, Sánchez Rodríguez R, Pardias Milán L, Nicles Cabrera R E. Prevención de enfermedades periodontales. Métodos mecánicos de control de placa dentobacteriana. Multimed [Internet]. 2019 Abr

[citado 2021 Jun 17] ; 23(2): 386-400. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000200386&lng=es.

31. Sehwat P. Shivlingesh H, Gupta B. Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children's mothers in Greater Noida, India. 2016; 23(3): 152-157.

32. Rodríguez Torres I. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Educación Médica Superior. 2017; 32(4) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2017/cem174y.pdf>

33. Cerón Bastidas XA, Josa Cerón Bastidas XA, Josa DI. Factores de riesgo asociados con enfermedad periodontal en mujeres en estado de embarazo. RevNac de Odontol. 2013; 9(16): 75-81.

34. Limonta VE, Araujo H. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN. 2015;4(3):9-15

35. Ramos Hurtados I, Toledo Reyes L, de la Mella Quintero SF. Promoción de salud bucal en niños de un círculo infantil y una escuela primaria. Med cent Elect [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Abr 06]; 19(2): 91-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200006&lng=es

36. Escalona Oliva D, Escalona Oliva A, Aliaga Collado O, Suárez Rodríguez M. Promoción de salud bucal y nivel de conocimientos sobre el primer molar permanente en niños. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 6];19(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/255>

37. Ramón Jiménez R, Castañeda Deroncelé M, Corona Carpio MH, Estrada Pereira GA, Quinzán Luna AM. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. MEDISAN. 2016 [citado 2019 jul 12]; 20(5):604-610. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san03205.pdf>

38. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. Rev Latino de Ortod y

Odont. 2013 [Consultado 2019 feb 6]. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>

39. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y manejo integral de las enfermedades orales: módulos para profesionales de atención primaria. La buena salud empieza en una boca sana. Módulo I: niños 0-5 años de edad. Washington, DC: OPS; 2013.

40. Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez A. Obtenido de Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. 2020 feb. Disponible en:
<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>

41. Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas; 2014. 298p

42. Vega Fuente A, Aramendi Jauregui P, Buján Vidales K, Garín Casares S. La educación para la salud en la ESO: Aportaciones de un estudio sobre el País Vasco. Educación XX1. 2015;18(1):167-188.

43. Mora V, Shybila R. Aplicación de la estrategia “Jugando aprendo a sonreír” en el nivel de conocimiento de salud bucal en preescolares de la I.E.I “Rosa de las Américas”, Comas-2017. Universidad César Vallejo [Internet]. 2017 [citado 2020 ago 25]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/15285>

44. Castell Florit Serrate P, Gispert Abreu EÁ. Empoderamiento intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. Rev Cub de Sal Púb [internet]. 2018 [citado 2019 sep 13]; 44(3): [aprox. 10 p]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e1214/es>

45. Ferreira Gaona MI, Díaz Reissner CV, Pérez Bejarano NM, Sanabria Vázquez DA, Alvarenga Rodas MV, Bazán Cohene DD, et al. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. Pediatría. Ago 2016; 43(2):129-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4003007>

46. Fleites Did TY, Gispert Abreu EÁ, Quintero Fleites EJ, Castell Florit Serrate P, Blanco Barbeito N. Factores del desarrollo de intersectorialidad para la promoción de salud bucodental en niños de preescolar. Medic Electr [Internet]. 2020 Jun [citado 2020 Ago 25]; 24(2):320-336. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432020000200320&lng=eS.

47. Chaple Gil AM, Gispert-Abreu Ed. “Amar” el índice de O’Leary. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 1 Jul 2021]; 56(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2154>

48. Mera H. Propuesta de un programa educativo investigativo para mejorar el aprendizaje de investigación de los docentes de la institución educativa n°00925 - “Santa Isabel” – nivel secundario, del distrito de nueva Cajamarca, provincia de rioja, 2016 [tesis de doctorado]. Tarapoto (PER): Universidad Cesar Vallejo; 2017

49. Calvo J., Pelegrín A. y Gil M. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención medica de los servicios de salud del sector público. Retos de la Dirección 2018; 12(1):96-118.

50. Pasquel Gómez L D, Pérez Portocarrero J C. Efecto de programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en madres de niños de la I.E.I n° 591modelo, Loreto 2019. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Facultad de ciencias de la salud– Universidad científica de Perú. Perú. 2019

51. Castañeda E, Alexis A. Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7041>

52. Gómez G, Gabriel T. Nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral e índice de higiene oral de sus hijos, del Puesto de Salud I-2 Primero de Enero, Iquitos – 2019. Universidad Científica del Perú [Internet]. 5 de abril de 2019 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/722>

53. Tipán L, López R, Borges S, Cabrera M. Adaptación Transcultural y Validación del Early Childhood Oral Health Impact Scale en preescolares ecuatorianos. Odontología [Internet]. 2017;19(1):75-88. Acceso: 17/01/2020. Disponible en: <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ODONTOLOGIA/article/view/1285> [Links]

54. Rengifo Reina HA, Muñoz Ordóñez LM. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a salud bucal en Popayán, Colombia. UnivOdontol. 2019 ene-jun; 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>

55. Narvaez A, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. Rev.Odontología. 2017;19(1):5-21
56. Sánchez A. Efectos de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y prácticas de alimentación saludable en madres de niños en etapa preescolar centro de salud santa rosa - río seco [tesis de maestría]. Lima (PER): Universidad Cesar Vallejo; 2018.
57. Villacrés Z, Claudia A. Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares. Repositorio Institucional - UIGV [Internet]. 27 de febrero de 2018 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2129>
- 58- Vásquez K. "Nivel De Conocimiento En Salud Bucal De Padres De Familia De La Institución Educativa 11011 " Señor De Los Milagros" Del Distrito De José Leonardo Ortiz, 2016". 2017.
59. Muñoz-Cabrera Welser Emilio, Mattos-Vela Manuel Antonio. Técnica Educativa para Mejorar los Conocimientos de Salud Oral de Madres y Reducir el Índice de Higiene Oral de Preescolares. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2015 Ago [citado 2018 Abr 17] ; 9(2): 321-327. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2015000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000200021>
60. Benavente Lipa LA, Chein Villacampa SA, Campodónico Reátegui CH, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma MS, Castro Rodríguez A, Huapaya Paricoto O, Álvarez Paucar MA, Paulino Córdova W, Espetia Aguirre A. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol Sanmarquina [Internet]. 16 de julio de 2012 [citado 2 de noviembre de 2021];15(1):14-8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2823>.
61. Tenazoa 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 para obtener título profesional). Universidad científica del Perú. 2017.

62. Alagón C, Lenna S. Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de 5 años, Las Mercedes - Salcedo. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 22 de agosto de 2018 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8035>
63. Quispe Sanca B. “Conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y experiencia de caries que poseen sus hijos menores de 5 años en el distrito de Caracoto provincia de San Román Juliaca, Tesis Maestría, Universidad Señor de Sipán, 2015.
64. Alkhtib A, Morawala A. Conocimiento, actitudes y prácticas de madres de niños en edad preescolar sobre la salud bucal en Qatar: una encuesta transversal. Dent J (Basilea). 2018; 6(4): p. 51-56.
65. Morales, S. Desarrollo de una propuesta didáctica para la prevención de problemas bucodentales en la población infantil dirigido a padres, madres y cuidadores de pacientes que reciben atención odontológica en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Costa Rica. (Tesis de Maestría, Universidad Estatal a Distancia). Costa Rica, 2017.
66. Rodríguez Suárez R M. González Ramos L. Lactancia materna y hábitos bucales deformantes. Revista de ciencias médicas. La Habana. 2014 20(2).
67. Mesa Rodríguez NY, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 19];21(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2331>
68. Rodríguez Carrasco, CJL. Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en madres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán. Colecciones Escuela de estomatología [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 19]; 7(1):[aprox. 4 p.]: Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12802/4732>.
69. Momeni, S et al. The impact of an educational pamphlet on the awareness of parents about 4–6-year-old children's oral habits and dentofacial discrepancies; 2016: 57-64
70. Escudero, E. Programa educativo “Sonrisa sana y feliz” en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 7237 Perú Villadolid de Villa el Salvador, Tesis Maestría, Universidad César Vallejo, 2017.

71. Cervantes, S., Sucari, W., & Padilla, T. Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de cinco años. *Revista Innova Educación*. [Internet]. 2020; 2(2), 318-329. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.02.006>

72. Revelo-Mejía I, Gutiérrez-Ramírez D, Castro-Garcés C, Rodríguez-Muñoz L. Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 7 Dic 2021]; 45 (3) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1289>

Anexos

Anexo No. 1

Planilla de autorización del familiar

El presente documento tiene por objetivo solicitar su cooperación para incluir, a su hijo(a), dentro de una investigación que se realizará en el departamento de EGI de la clínica estomatológica de Lajas, Policlínico Docente Dr. Enrique Barnet titulada. Programa educativo salud bucal para familias de niños/as del programa educa a tu hijo. Consultorios 13,14 y 15, Lajas, 2021.

Declaración de voluntariedad

Comprendo el propósito e importancia de la investigación y acepto de claro que cumpla con todos los criterios de inclusión y acepto de manera libre y voluntaria la inclusión de mi hijo(a).

Firma del familiar.

Firma del Investigador.

Fecha: _____

Consentimiento Informado a la institución de salud

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado. Programa educativo salud bucal para familias de niños/as del programa educa a tu hijo. Consultorios 13,14 y 15, Lajas, 2021 siguiendo las normas establecidas por parte del departamento de Estomatología al cual pertenece responder por su correcta realización 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 Jefa del proyecto

Consentimiento Informado institucional de Educación

El que suscribe

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado Programa educativo salud bucal para familias de niños/as del programa educa a tu hijo. Consultorios 13,14 y 15, Lajas, 2021 Según la explicación recibida por parte de la Dra. Yenisleidy Morales Cruz autora del mismo, así como por su tutora jefa del proyecto Dra Maricelys C Hernández Cabezas

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 Jefa del proyecto

Anexo 4

Cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre factores de riesgo modificables que afectan la salud bucal de los niños /ñas de 3 a 5 años

Estimados familiares:

Necesitamos de su colaboración para llenar esta encuesta que tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento de usted para mantener la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad

Instrucciones:

Seleccionar en la escala de 1 al 4 y marcar con una "X" en el paréntesis del número que mejor represente la información que corresponde a su caso

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: _____ Nivel de escolaridad _____

Dieta

1-¿Cree que los dientes de leche se pueden afectar según sea la dieta que consume su hijo?

(1) Si (2)- No (3)- No sé(4) Algunas veces

2-¿Has escuchado que los alimentos con fibra estimula la producción de saliva que es el neutralizador natural de la boca?

(1) Si (2) No (3) No sé(4) Algunas veces

3- ¿Está incluido en su dieta los frutos secos?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

4. ¿Incluye frutas en las loncheras de sus niños?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

5. ¿Manda en su jabita bebidas, galletas o jugos azucarados frecuentemente?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

6. ¿Ha recibido charla sobre lo perjudicial que es ingerir altos niveles de azúcar para la salud dental?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

Higiene de la boca

7. ¿Cree Ud. que las madres deben comenzar la higiene o lavar apenas aparezca el primer diente de su niño

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

8 . ¿Cambia su cepillo dental después de tres meses de uso?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

9. ¿hace que su niño se cepille después de cada comida?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

10. ¿A escuchado sobre la acción del flúor en los dientes?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

11. ¿Ud. Acostumbra a cepillarse los dientes después de un bocadillo?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

Hábitos bucales deformantes

12. ¿Tiene conocimiento de cuáles serían los hábitos bucales incorrectos que puedan afectar la salud bucal de sus niños/ñas ¿

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

13. ¿según su criterio si su niño/ña se “chupa el dedo” esto le podría ocasionar afectaciones en sus dientes de leche o temporales?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

14.¿Considera que “chupar el tete” después de los tres años de edad le traerá problemas en la correcta alineación de sus dientes en la boca?.

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

15. ¿Mantiene el uso del biberón de leche en su niño/ña?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

16.¿considera usted que el uso del biberón (tomar leche en pomo) puede ocasionar problemas en la alineación de los dientes de su niño/ña?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

17. ¿Conoce usted que otros hábitos como hábitos posturales incorrectos pueden afectar también la salud general de la cavidad bucal?

(1) Si (2) No (3) No sé (4) Algunas veces

Donde las alternativas fueron codificadas de la siguiente manera:

Si: 2	No se Algunas veces: 1	No: 0
-------	---------------------------	-------

Puntaje de conocimientos:

Bajo 2 - 6

Medio 7 - 11

Alto 12 - 17

Programa Educativo de Salud Bucodental

Título:

“Por una Familia sana”



Grupo Destinatario:

Familiares de niños y niñas de edad preescolar

Propósito fundamental:

Elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental

Límite Geográfico:

Consultorios 13,14 y 15 de la zona urbana norte de Lajas

Tiempo:

Noviembre 2020 a julio 2021

Introducción

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

Las enfermedades bucodentales son muy comunes en la población; las razones aducidas para tan alta prevalencia oscilan entre factores relacionados con el estilo de vida, factores biológicos y ambientales, junto a deficiencias en los servicios estomatológicos.

Por esas razones se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto esta influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.

Justificación

Sobre la base de los resultados del análisis de la situación de salud realizado en el área de atención, se pudo demostrar que la prevalencia de caries es alta en la población, además se observó un gran número de niños con riesgos por practicar hábitos deletéreos, alimentación azucarada, higiene bucal deficiente y cepillado incorrecto; por lo que se asumió la tarea de dirigir las acciones de promoción y educación para la salud a los familiares. Para que su comportamiento sea el esperado, se deben brindar los conocimientos e informaciones necesarias lo cual es responsabilidad de la investigadora en la atención primaria de salud.

Con esta experiencia se pretende impulsar cambios positivos en las actitudes de los familiares, no solo para ellos, sino también para estos niños, por la importancia del hábito de higiene bucal desde edades tempranas.

Objetivo general

- Promover a los familiares la motivación y educación necesarias que le permita responsabilizarse de cuidar su salud bucodental y la de los niños.

Objetivos específicos

- Proporcionar un medio favorable que permita el intercambio activo entre los familiares y el estomatólogo.
- Destacar la importancia del conjunto de acciones educativas como vía de solución para las necesidades de aprendizaje detectadas en los familiares.
- Desarrollar los temas de salud bucodental que mostraron escaso nivel de información.
- Estimular a los familiares para que se conviertan en agentes comunicadores en su ámbito familiar y comunitario.
- Utilizar métodos y técnicas afectivo-participativas que desarrollen en los familiares estilos de vida saludables.
- Valorar la efectividad de las actividades realizadas a través de la comprobación de los objetivos propuestos en cada una de ellas.

Actividades dirigidas a los familiares

Encuentros	Temas	Sesiones
1	1. Introducción al programa.	1
2	2. Higiene bucal.	1
3	2. Higiene bucal.	2
4	3. Orientación dietética.	1
5	4. Hábitos deformantes.	1
6	4. Hábitos deformantes.	2
7	5. Integración de los temas abordados.	Sesión final.

Primer Encuentro

Tema 1: Introducción al programa

Objetivos:

- Crear un medio favorable a los familiares, favoreciendo su disposición hacia los temas a tratar.
- Motivar a los familiares, relacionándolos con la salud dental.
- Aplicar la encuesta.



Contenido:

Panorama general acerca del tema.

Métodos y procedimientos:

El coordinador se presentará y dará la bienvenida al grupo.

Se realizará la técnica de presentación “Al son de la botella”. Se colocarán todas las sillas en forma de círculo, donde se sentarán todos los familiares, la coordinadora colocará una botella en el centro del círculo y la pondrá a girar, bajo el fondo musical de un son cubano, hasta que el pico quede en cierta dirección una vez que la música haya cesado. Cuando la botella señale a un familiar, éste deberá responder las preguntas siguientes:

- Nombre y apellidos
- Tiempo de trabajo

Y así sucesivamente se pondrá a girar la botella hasta que todos los familiares se hayan presentado, logrando un medio de interrelación del grupo, lo cual propiciará el desarrollo del programa.

Al concluir la técnica se explicará la necesidad de aplicar el cuestionario y posteriormente se procederá a recoger las expectativas del grupo en cuanto a la intervención, proporcionando que expresen las dudas. Luego se explica el programa de intervención y el procedimiento a seguir, a la vez que se les insta a participar activamente en las reuniones, por la importancia que tiene el ejemplo de los familiares para la salud bucal de sus estos niños.

Retroalimentación:

Se realiza a través de preguntas.

- ¿Les gustó la actividad? ¿Por qué?
- ¿Les gusta aprender para enseñar a estos niños?

Al final se planifica el próximo encuentro con los familiares. Se les orienta que traigan el cepillo dental y se despide al grupo hasta el nuevo encuentro.

Segundo Encuentro



Tema 2: Higiene bucal

Primera Sesión

Objetivos:

- Brindar la información necesaria acerca de la importancia de la adecuada higiene bucal.
- Proporcionar los conocimientos a los familiares sobre hábitos higiénicos, frecuencia y oportunidad del cepillado dental.

Contenido:

Higiene bucal. Importancia. Placa dentobacteriana. Métodos para controlarla. Cepillado dentogingival.

Métodos y procedimientos

- A través de la exposición oral (Charla educativa). Se explicará ampliamente la importancia de la higiene bucal adecuada y la relación que esta guarda con ciertas enfermedades bucales, y que cuando es deficiente ocurre la aparición de la placa dentobacteriana, que no es más que la acumulación de una sustancia blanda en la superficie dentaria, con gran cúmulo de microorganismos o bacterias.
- Se mostrarán láminas con dientes que contienen placa dentobacteriana, la cual será identificada por el grupo de familiares.

- Se repartirá plac-dent y se explicará su función como sustancia reveladora de placa dentobacteriana, las cuales serán usadas por aquellos familiares que estén de acuerdo, mostrando frente a un espejo la presencia de ésta.
- A través de la demostración de la técnica del cepillado en el type-odont, los familiares deberán reproducirla, y se propiciará un debate acerca de la frecuencia y oportunidad del cepillado.

Retroalimentación

- Cada familiar comentará acerca del concepto de placa dentobacteriana.
- Identificarán en láminas la forma correcta del cepillado dental.
- Demostrarán la presencia de placa dentobacteriana en aquellos familiares que se tiñeron previamente las superficies dentarias con plac-dent.

Tercer Encuentro

Tema 2: Higiene Bucal.

Segunda Sesión

Objetivos:

- Reafirmar los conocimientos sobre hábitos higiénicos.
- Brindar información acerca de la caries dental y periodontopatías, así como su relación con la placa dentobacteriana.
- Identificar estas enfermedades y cómo prevenirlas.

Contenido:

Caries y periodontopatías. Definiciones, causas fundamentales. Prevención y tratamiento. Control de la placa dentobacteriana como método eficaz de prevención de caries y periodontopatías.

Métodos y procedimientos

- Se repartirán tarjetas a los familiares donde existirán frases incompletas acerca de la frecuencia y oportunidad del cepillado dental, las cuales deberán ser completadas por los familiares.



- Se identificarán las caries y periodontopatías mediante láminas y simultáneamente, a través del método explicativo, se profundizará en aspectos importantes acerca de las mismas, como son:
 - o Características clínicas de las enfermedades en sus primeros estadios e importancia del tratamiento en esta etapa.
 - o Su amplia distribución desde edades tempranas por lo cual se impone su prevención y tratamiento precoz.
- Enfatizar el papel de la placa dentobacteriana en la aparición de estas enfermedades, así como el control de la misma utilizando sustancias reveladoras.
- Destacar el peligro del avance de estas enfermedades que comprometen en muchas ocasiones la vitalidad del diente y deterioro de los elementos de sostén.

Retroalimentación

La coordinadora evaluará el resultado de la actividad, unido a otros familiares en el completamiento de las frases contenidas en las tarjetas. Se les pedirá que demuestren en typeodont la técnica del cepillado.

Se les harán preguntas tales como:

- ¿Qué aprendieron en la actividad?
- ¿Por qué se debe prevenir las caries en estadios tempranos?
- ¿Qué son las periodontopatías?

Cuarto Encuentro

Tema 3 Orientación dietética

Primera Sesión.

Objetivos:

- Brindar información acerca de una nutrición adecuada y su importancia.
- Informar a los familiares acerca de las consecuencias de la ingestión de azúcares sin el consiguiente cepillado.



Contenido:

Información general sobre la importancia de la dieta equilibrada para la salud bucal general. Hacer referencia a los alimentos que favorecen la aparición de caries.

Métodos y procedimientos

- Se Propiciará un debate acerca de los alimentos que constituyen la dieta y su función.
- Se dará a conocer a través de un mural aquellos alimentos que constituyen alto riesgo en la formación de caries y otros que no, propiciando el intercambio entre las madres acerca de los alimentos señalados.
- Se explicará a través de láminas la forma en que los azúcares favorecen la acumulación de placa dentobacteriana y la aparición de la caries dental.

En la confección del mural se utilizarán láminas de revistas, fotos, cartulina y lápices de colores. Se ofrecerán orientaciones a los familiares sobre la relación directa entre hábitos alimenticios e higiene bucal inadecuadas en el surgimiento de la caries.

1. Cuidados de la higiene bucal:

- El niño debe cepillarse los dientes 4 veces al día.
- El horario de dormir es fundamental para el cepillado dentario, pues es el mayor tiempo que el alimento estará en la boca; el flujo salival disminuye y los microorganismos están aumentados, lo cual provoca con mayor facilidad y durante mayor tiempo la caries dental.

2. Cuidados de los hábitos dietéticos en relación con la salud general y la caries:

- Los azúcares son fermentados por los microorganismos metabolizándolos para ácidos orgánicos. La superficie de los dientes es susceptible a la disolución por estos ácidos, lo que origina la caries dental.

Alimentos con bajo riesgo de caries:

- Yogurt natural.
- Huevo hervido.
- Leche.
- Carnes.
- Coco.
- Rositas de maíz.
- Vegetales frescos.

- Queso.
- Cereales.
- Todos los alimentos fibrosos y duros que estimulen la secreción salival.

Alimentos con alto riesgo de caries:

- Bizcochos.
- Caramelos, pirulís, melcochas, miel, bombones.
- Dulce de guayaba, melado.
- Goma de mascar con azúcar, refrescos azucarados.
- Todos los alimentos pegajosos son más cariogénicos.
- Leche condensada.

Retroalimentación:

Se dividirá el grupo en 2 partes.

- Una parte hablará acerca de los vegetales, de lo que encontraron en ellos.
- La otra parte hablará de los alimentos fibrosos y de la necesidad de tenerlos en la dieta.
- Los familiares podrán arribar a conclusiones a través de sus criterios.

Quinto Encuentro



Tema 4: Hábitos deformantes

Primera Sesión

Objetivos:

- Informar a los familiares acerca de hábitos que deforman el complejo bucal.
- Lograr que los familiares sean capaces de identificar algunas deformaciones que provocan estos hábitos.

Contenido:

Hábitos deformantes: uso del biberón, succión del pulgar y tete. Desarmonías que producen estos hábitos.

Métodos y procedimientos

- Técnica de observación. A través de fotos y láminas que muestren niños practicando hábitos deformantes, los cuales deben ser identificados por los familiares, así como la presentación de otros mostrando deformidades bucodentales provocadas por la práctica de estos.
- Los familiares participarán en la actividad planificada mediante la exposición de sus experiencias con estos niños, familiares o vecinos.

Retroalimentación

Se realizará a través de preguntas tales como:

- ¿Qué le pasa a la boca del niño que chupa dedo o tete?
- ¿Por qué no se debe tomar leche en pomo?
- ¿Que aprendieron hoy?
- ¿Por qué es importante tener una boca con armonía?

Sexto Encuentro

Tema 4. Hábitos deformantes

Segunda Sesión



Objetivos:

- Reconocer otros hábitos deformantes. Deglución atípica, hábitos posturales y mordedura de objetos.
- Dar a conocer las deformaciones más frecuentes observadas en niños con estos hábitos.
- Brindar información acerca de la importancia de la lactancia materna.

Contenido:

Hábitos deformantes Deglución atípica, hábitos posturales y mordedura de objetos. Cómo identificarlos. Prevención y tratamiento. Importancia de la lactancia materna.

Métodos y procedimientos

- Se mostrarán láminas y fotos con niños que presentan deformaciones bucales por la persistencia de estos hábitos.
- Se mostrará de forma explicativa cómo detectar y prevenir estos hábitos.
- ¿Cómo prevenirlos? accediendo a otros especialistas en el caso de otras enfermedades asociadas al hábito. Posiciones adecuadas de la lengua a la hora de deglutir. Importancia de corregir estos hábitos a tiempo.
- Se motivará a un debate acerca de la lactancia materna y su importancia.

Retroalimentación

Se realizará a través de preguntas.

- ¿Les gustó la actividad?
- ¿Aprendieron algo nuevo?
- ¿Pueden demostrarlo?
- ¿Piensa que conociendo todo lo planteado puede ayudar a su hijo?

La coordinadora valorará las referencias planteadas acerca de la lactancia materna.

Séptimo Encuentro

Tema 5. Integración de los temas abordados.

Objetivos:

- Consolidar los conocimientos sobre temas tratados.



Contenido:

Aspectos más importantes de los temas abordados con los familiares.

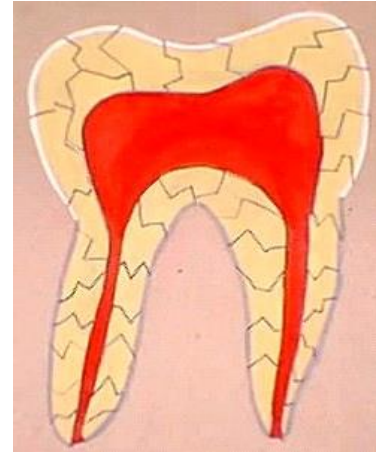
Métodos y procedimientos

Juego: Rompecabezas dental

Para la realización del juego se dividió el grupo en dos equipos

Materiales:

- Tablero con silueta de un molar (piezas del rompecabezas numeradas al dorso).
- Tarjetas con preguntas
 - Al dorso, cada ficha tiene un número consecutivo, y en correspondencia con ellos existen tarjetas con preguntas integradoras de todos los temas del Programa.
 - Se colocan fichas sobre la mesa, y en la medida en que los participantes logran unir 2 de estas, deben contestar la pregunta que corresponde al número señalado al dorso.
 - Si la respuesta no es correcta, ha de ceder la pieza a otro participante que pueda contestar satisfactoriamente la pregunta.
 - Por cada ficha correspondiente colocada se anotará un punto al equipo. Ganará el que al terminar de armar el rompecabezas, haya acumulado más puntos.



Retroalimentación

- Se realizará por parte de la autora, según los criterios emitidos por los familiares.
- Aplicación de cuestionario.
- Una vez terminada esta fase los familiares serán encargados de transmitirles a estos niños, los conocimientos adquiridos durante el programa.