



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA
SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES
Y REPRESENTANTES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Autores:

Br. Fernández Adriana
V- 25.463.950

Br. Vergara génesis
V-24.614.032

Urb. Yuma II, calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241 871.42.40 (master) – Fax: (0241) 871.932



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

**PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL
DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al
título de Odontólogo**

Autores:

Br. Fernández Adriana
V- 25.463.950

Br. Vergara génesis
V- 24.614.032

Tutor Académico:

Od. Miriam Fuentes

San Diego, Junio 2017



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Fernández Testa	Nombres: Adriana Paola	C.I.: V - 25.463.950
Dirección: Urbanización Chalett Country, Municipio San Diego, Estado Carabobo.		TLF.: (0414) 423.62.58
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Indica Académico: 12.53	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Br. Fernández Adriana	TLF.: (0414) 423.62.58	
Nombre: Br. Génesis Vergara	TLF.: (0424) 550.02.99	
Título del Trabajo: PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE		
Breve explicación: Este trabajo tiene como finalidad diagnosticar la necesidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente, determinar la factibilidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente, y elaborar el diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego, durante periodo Enero-Marzo 2017.		
Lugar donde se desarrollara el proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de desarrollo del proyecto: Enero 2017 – Marzo 2017		
Tutor Académico propuesto: Od. Fuentes Miriam		

APROBADO

NO APROBADO

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Enry Weffer [Firma] 23-06-2017
Nombre Firma Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Isabel Tibisay Gómez F. [Firma] 26/6/17 -
Nombre Firma Fecha



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Vergara Baldallo	Nombres: Génesis Nazareth	C.I.: V - 24.614.032
Dirección: Urb. Carucieña, Sector 1 Av. 2 Calle5 Casa # 4, Barquisimeto, Edo. Lara		TLF.: (0424) 550.02.99
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Indica Académico: 12.68	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Br. Fernández Adriana	TLF.: (0414) 423.62.58	
Nombre: Br. Vergara Génesis	TLF.: (0424) 550.02.99	
Título del Trabajo: PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE		
Breve explicación: Este trabajo tiene como finalidad diagnosticar la necesidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente, determinar la factibilidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente, y elaborar el diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego, durante periodo Enero-Marzo 2017.		
Lugar donde se desarrollara el proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de desarrollo del proyecto: Enero 2017 - Junio 2017		
Tutor Académico propuesto: OD. Fuentes Miriam		

APROBADO

NO APROBADO

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Ervy Cejudo
Nombre

[Firma]
Firma

23-06-2017
Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Isabel Tibisay Gimf.
Nombre

[Firma]
Firma

26/6/17
Fecha



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

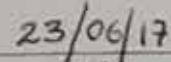
San Diego, Junio 2017

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: "PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE". Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor: OD. Fuentes Miriam


Firma


Fecha



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

San Diego, Junio 2017

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: **“PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”**. Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

TUTOR ACADÉMICO

_____ Nombre y Apellido	_____ Cedula de Identidad	_____ Firma
-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

JURADOS

_____ Nombre y Apellido	_____ Cedula de Identidad	_____ Firma
-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

_____ Nombre y Apellido	_____ Cedula de Identidad	_____ Firma
-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe **FUENTES MIRIAM**, portadora de la cédula de identidad N° V- 6.027.885, en mi carácter de tutor de trabajo de grado, presentado por la ciudadana Fernández Adriana, portadora de la cédula de identidad N° V- 25.463.950, y la ciudadana Vergara Génesis, portadora de la cédula de identidad N° V- 24.614.032; titulado **“PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”**. Requisito parcial para optar al título de **ODONTÓLOGO**, considerando que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los Once días del mes de Noviembre, del año Dos Mil Dieciséis.



OD. FUENTES MIRIAM

C.I.: 6027885

DEDICATORIA

Principalmente a **Dios**, por guiarme siempre por el camino que debía seguir, por permitirme tener la sabiduría y la paciencia necesaria para este largo camino.

A mi familia, son únicamente mi vida entera, más que una meta cumplida es un logro por y para ustedes.

Papá, a ti te lo prometería una y otra vez, aquí estoy, lo logre, eres y serás siempre el pilar que me mantiene de pie, optimista y segura de lo que hago.

Mamá, la única mujer que seguiría a imagen y semejanza. Fuiste tú quien me brindó la paz y la tranquilidad en todos estos momentos de desespero.

Fernández Adriana

DEDICATORIA

A **Dios**, por permitirme llegar a este punto de mi vida y haber iluminado el camino siempre.

A **mis padres**, por sus enseñanzas, valores, amor y comprensión. Soy la persona que soy gracias a ustedes; todo mi esfuerzo para lograr esta meta se lo dedico a ustedes, quienes confiaron en que si podría, y por el orgullo que siente por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mi persona.

Vergara Génesis

AGRADECIMIENTO

A **Dios** por permitirme llegar a este escalón a pesar de las adversidades, por regalarme unos padres con los que conté en cada momento, sin ellos habría sido imposible.

A mis **familiares** por brindarme su cariño y apoyo.

A mis **amigos** por estar allí en momentos de desespero y angustia, todo ha dado fruto y aquí estamos, un paso más adelante que ayer, esperando con ansias el mañana.

A la **UJAP**, por brindarme la oportunidad de conocer a gente tan maravillosa y poder alcanzar tan anhelada meta.

Nunca está de más ser agradecido, incluso cuando parezca insignificante el gesto. Estando un paso más cerca de una de las metas que nos proponemos; una vez cumplidas, nos damos cuenta que solos es casi imposible. Siempre existe una, dos o más personas quienes están ahí para apoyarnos para colaborararnos, que necesitamos o no necesitamos, pero, nos prestan una mano que siempre será de ayuda. Por todas estas personas presentes a lo largo de este camino quiero agradecer por brindar su apoyo y mucho más, por hacer que este logro sea posible.

Fernández Adriana

AGRADECIMIENTO

A **Dios Todopoderoso**, Padre Celestial quien me regalo la vida para que cumpliera sus propósitos, quien me guía, me guarda y me ayudo en toda esta carrera para hacerlo de la mejor manera a quien le debo dar todo mi agradecimiento por hacer este día y todos los días posibles.

A mi **Papi** (Q.E.P.D.), quien siempre fue mi pilar mi apoyo y mi HÉROE a ti papi amado te debo esto fuiste el mejor papá de la tierra gracias por todo tu apoyo y ayuda sin ti nada de esto fuese posible a ti dedico mis logros que son todos tuyos; tu bebe lo está logrando porque así me enseñaste tú, a ser una guerrera por eso y muchas más gracias.

A mi **Mamá**, quien siempre ha estado para mí en todo momento gracias mami por ser mi amiga, mi mamá y mi gran pilar de vida gracias por animarme cuando he caído gracias por tu paciencia y amor eres la mamá que siempre querré tener.

A mi **Abuela** (Q.E.P.D.), por haber sido una abuela tan dulce que lleno mi vida de paz , tranquilidad y amor con tus grandes abrazos que solo tú me dabas gracias por tus años a mi lado.

A mis **Hermanos**, por siempre estar allí para mí, cuidarme, enseñarme, y tenerme tanta paciencia son mi tesoro más preciado, gracias por estar a mi lado en todos los momentos esto también es de ustedes. Y a mis **Sobrinos**, por alegrar mis días por enseñarme tantas cosas que solo los niños pueden enseñarnos, esto es para que ustedes recuerden siempre que si lo pueden soñar lo pueden lograr y hoy esto es ejemplo de ello.

Vergara Génesis

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
CONTRAPORTADA	ii
PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO	iii
ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	v
CU-UJAP	vii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	viii
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTO	xi
ÍNDICE GENERAL	xiii
ÍNDICE DE CUADRO	xv
ÍNDICE DE GRÁFICO	xvi
RESUMEN	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Objetivos de la Investigación.....	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	5
1.3 Justificación.....	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	10

2.2.1 Teorías de Aprendizaje.....	10
2.2.2 Caries Dental.....	14
2.2.3 Enfermedades Periodontales.....	20
2.2.4 Programas Educativos para la Prevención de Caries.....	21
2.3 Definición de Términos Básicos.....	25
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	27
3.2 Diseño de la Investigación.....	28
3.3 Población y Muestra de la Investigación.....	28
3.3.1 Población.....	28
3.3.2 Muestra.....	29
3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	29
3.4.1 Validez del Instrumento de Recolección de Datos.....	30
3.5 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos.....	30
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1 Análisis de los Resultados.....	32
4.2 Interpretación de los resultados.....	36
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	37
5.2 Recomendaciones.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE CUADRO

	Pág.
Cuadro 1. Operacionaliación de Variables.....	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	33
Gráfico 2	34
Gráfico 3	35
Gráfico 4	36



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Autores: Br. Fernández Adriana
Br. Vergara Génesis
Tutor: Od. Fuentes Miriam

RESUMEN

Este trabajo tuvo como finalidad diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017. Para ello se apoyó en un estudio de tipo descriptivo con modalidad de proyecto factible, con un diseño de campo no experimental transversal. La técnica de recolección de datos fue una encuesta, donde el instrumento empleado fue un cuestionario de preguntas cerradas de respuestas dicotómicas, el cual estuvo a juicio de tres expertos del área de Odontopediatría, cuyo muestreo fue de tipo no probabilístico intencional u opinático, donde fueron escogidos 50 padres y representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar comprendida entre 5 a 8 años de edad, que asistieron a la clínica del niño y del adolescente II de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, durante el periodo 2017-I. Obteniendo como resultado que el 94% de los encuestados creen que es necesario la aplicación de material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente II y III en la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero-Marzo 2017, por lo que se concluyó, que los padres y/o representantes consideran factible la aplicación de material de apoyo para promover la educación preventiva sobre salud bucal en sus hijos y/o representados. Por lo que se recomienda diseñar y distribuir material de apoyo para promover la educación preventiva sobre salud bucal dirigida a los padres y/o representantes de los pacientes pediátricos.

Descriptores: Educación, Material de apoyo, Salud bucal, Padres y representantes.

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la historia la educación ha significado una etapa esencial para el desarrollo del ser humano como individuo, como también, la salud ya que esta la integridad psíquica, física y emocional de todo y cada uno de nosotros, por lo que representan una parte muy importante en nuestras vidas. Es por ello que la educación referente a la salud juega un papel tan importante en la sociedad, sobre todo la salud bucal, ya que el desequilibrio de esta puede afectar la salud sistémica del ser humano, al igual, que su autoestima.

Debido a esto, la siguiente investigación, busca diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos, como también, diagnosticar la necesidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos y, determinar la factibilidad de diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.

En este sentido, el presente estudio se desarrolló en seis capítulos; Capítulo I: El Problema; el cual incluye el planteamiento del problema, objetivos de estudio y justificación del mismo. Capítulo II: El Marco Teórico Referencial, en el cual se presentan los antecedentes del estudio, bases teóricas y definición de términos básicos. Capítulo III: Marco Metodológico, donde se reseña la naturaleza de la investigación y todo el proceso realizado. Capítulo IV: el análisis e interpretación de los datos obtenidos, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones que se generaron de la investigación, y finalmente se presentan las referencias bibliográficas del estudio y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La desinformación o falta de educación preventiva sobre salud buco-dental es una de las principales problemáticas que condiciona la aparición de las enfermedades bucodentales, sobre todo en los estratos socioeconómicos bajos, debido a que los padres y/o representantes no manejan la información adecuada de cuáles son las técnicas y hábitos de higiene bucodentales adecuados para sus hijos y/o representados, como también, cuales son los alimentos hidrocarbonados cariogénicos que pueden acondicionan la proliferación de colonias bacterianas, que a la larga producen altos niveles de ácidos acético, láctico y de alcohol en el medio bucal que producen una desmineralización o pérdida de los cristales de hidroxiapatita por el cual se pueden evidenciar elevadas tasas de Caries dental, pulpitis y periodontopatologías.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis, la gingivitis y los cáncer de boca son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, los cuales en muchas ocasiones no reciben la información adecuada de como cuida y/o prevenir alteraciones bucodentales, a su vez, afirmó que entre el 60% y el 90% de la población escolar se ven afectadas por ella, que en muchas ocasiones no son tratadas en el momento idóneo y avanzan hasta afectar otros sistemas.

De igual forma resalta, que los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

Por otra parte, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2005. Los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/ CPO-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3.67 (IC95%: 3,37-3,97).

Mientras, que en Chile, existen datos relacionados a la prevalencia de caries dental ofrecidos por Ministerio de Salud en el año 2007. El índice ceo-d en niños de 2 años es de 0.54; en niños de 4 años es de 2.32; en niños de 6 años es de 3.71; y en niños de 12 años el índice CPO-D es de 1.9. Existe también información en la que se puede comprobar que el porcentaje de niños con mayor cantidad de lesiones de caries dental está relacionado a los estratos sociales más bajos, así, aquellos que poseen mejores condiciones bucales pertenecen a un estrato social más acomodado. Lo cual reflejaría una relación entre la caries dental y el factor socio-económico.

En Venezuela, según reportes realizados en el 2007, la prevalencia de caries dental en menores de 19 años era de 91,1%. En el año del 2009, se determinó que el índice CPO-D era 6.89. Otra información proveniente del año 2010, indica que la prevalencia de caries dental en niños de 5 a 12 años de edad es de 80,5%. Es por ello, que el gobierno de Venezuela, ha implementado los programas de salud bucal recibiendo algunas misiones cubanas para apoyo, donde se les brinda información a la población en general acerca del adecuado cuidado y hábitos de higiene bucal, como también, la atención primaria y limitación de daño a nivel bucal; sin embargo en la

mayoría se puede observar la intervención e interferencia del gobierno del estado venezolano.

Cabe destacar, que el tratamiento oportuno para este tipo de afecciones pueden variar dependiendo de la patología instaurada y la severidad de la misma, que en ocasiones pueden ser traumáticas como en los casos de las terapias pulpares, así como también, en el caso de las exodoncia de los dientes deciduos, por el hecho de que deben ser sometidos a una punción para suministrar anestésico local; pero no obstante a esto, se debe resaltar que la mejor alternativa es la prevención de estas afecciones, por parte de los padres y/o representantes de los pacientes en edad escolar, reforzando las técnicas de cepillado y hábitos de higiene buco-dental.

Analizando todo lo anteriormente planteado surge las siguientes interrogantes de investigación ¿Cuál será la necesidad de diseñar talleres de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente? y ¿Será factible diseñar talleres de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente?

Como una manera de dar respuesta a estas interrogantes, se plantea la presente investigación, con finalidad de proporcionar información, soluciones y recomendaciones sobre las patologías y salud bucal a los padres y representantes de los pacientes pediátricos de la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Diseñar un plan de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del

adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar la necesidad de un material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.

- Determinar la factibilidad de diseñar un material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.

- Elaborar y diseñar un material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.

1.3 Justificación

La educación e inculcación de hábitos de higiene a temprana edad es una de las herramientas más efectivas para la prevención de enfermedades o afecciones bucodentales, cabe resaltar, que estos hábitos comienzan desde el hogar, donde los padres juegan un papel sumamente importante en la formación de estas costumbres.

La presente investigación busca diseñar material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos en edad escolar, para así brindarle el conocimiento necesario para evitar estas enfermedades con una alta tasa de incidencia y así poder disminuir su prevalencia.

Por otra parte, dicho estudio permitirá diagnosticar la necesidad y factibilidad de la elaboración y aplicación de material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigidos a padres y representantes de los niños y niñas que asisten a las clínicas del niño y del adolescentes de la Universidad José Antoni Páez; que a su vez, les brindara a los estudiantes el conocimiento suficiente para determinar en qué área de higiene bucodental presentan deficientes dichos padres y representantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Para Felipe Pardinás (2005), el marco teórico es un instrumento de crítica de la investigación anterior a la ejecución de la misma, es decir, es la decisión respecto a un proyecto de investigación tomando como norma investigaciones concluidas o iniciadas con anterioridad sobre el mismo tema o temas relacionados con el de la investigación proyectada (pág.: 77).

2.1 Antecedentes de la Investigación

Se han realizado diversos estudios para promover la educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos en edad escolar, para que así tener una menor estadística en cuanto a las afecciones bucodentales .

Es por ello, que **Marilín E. Rangel V. (2015)**, en su trabajo de investigación titulada “Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial”, tuvo como objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en el Centro de Educación Inicial Batalla de Tocuyito, Estado Carabobo, durante el año escolar 2014- 2015, con fundamento en las teorías del aprendizaje de Vigotsky y Ausubel, los postulados de Cameron y Widmer sobre la caries dental y de Di Leo en materia de programas educativos de prevención.

Para ello, se efectuó un estudio de campo de modalidad proyecto factible, con diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la Fase I diagnóstico se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños/as y 27 padres y representantes, empleando

como instrumentos una guía de observación (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS) en el caso de los niños/as y un cuestionario de 16 ítems dicotómicos aplicado a los padres/representantes, validado por expertos y cuya confiabilidad obtuvo un coeficiente KR 0,87.

Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene oral Regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos/as, por lo cual se concluye sobre la necesidad de diseñar el programa preventivo-educativo de salud bucodental. En la Fase II se realizaron los estudios de factibilidad para la propuesta y en la Fase III se diseñó el programa preventivo-educativo “Padres Educados, Niños Saludables”, integrado por seis talleres cuyo contenido se formuló en base al diagnóstico y se fundamentó en los principios filosófico-epistemológicos del Currículo Nacional Bolivariano, los postulados constitucionales, las teorías del aprendizaje de Vigotsky y Ausubel, así como en los postulados sobre control de la placa dental de Cameron y Widmer e Higashida, entre otros.

Esta investigación está plenamente vinculada con el estudio, ya que plantea un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes, el cual, instruye a los representantes de los pacientes en edad escolar sobre cómo prevenir las afecciones bucodental y como reforzar en casa los hábitos de higiene bucal.

Mientras, **Cupé-Araujo y García-Rupaya (2015)**, en su estudio titulado “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento”, tuvieron como objetivo validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012. Este estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado.

La obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach.

Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. Se pudo concluir que el instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.

La investigación antes reseñada, resulta vinculada con esta investigación, ya que nos permite determinar el grado de validez y confiabilidad que puede tener un instrumento para medir el conocimiento de los padres y representantes acerca de los hábitos de higiene bucal y que puede hacer para ponerlos en práctica.

Por otro lado, **Betancourt y Arredondo (2012)**, presentaron ante la Universidad José Antonio Páez un estudio descriptivo en la modalidad proyecto factible titulado “Diseño de un Protocolo de Aprendizaje de Técnicas de Higiene Bucal dirigido a niños de edad pre-escolar del Centro de Educación Inicial Teodosa Benita Flores, Morón Estado Carabobo Febrero-Marzo 2012”, basado en las teorías del aprendizaje significativo de Ausubel y de la estomatología social y comunitaria de Becerra, cuyo objetivo fue diseñar un Protocolo de Aprendizaje de Técnicas de Higiene Bucal dirigido a niños de edad pre-escolar; con tal finalidad, se tomó una muestra probabilística de 50 niños a quienes se realizó examen clínico bucal y cuyos resultados permitieron diagnosticar escasos conocimientos en cuanto a técnicas de cepillado y baja frecuencia de higiene bucal, justificándose así la necesidad de implementar el protocolo de aprendizaje propuesto. Se concluye acerca de la importancia de la propuesta para motivar y promover la salud bucal a través de la

formación de correctos hábitos de higiene para disminuir el índice cariogénico de dicha población.

El estudio previamente descrito posee interés, pues demuestra cómo no solo en la Universidad José Antonio Páez, sino también en las instituciones educativas es posible implementar programas de salud e higiene bucal, aun cuando, su misión es la de ofrecer formación académica a los educandos también es de su competencia promover la salud integral, siendo por lo tanto para este estudio una referencia valiosa tanto en lo teórico como en lo metodológico.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teorías del Aprendizaje

Las teorías del aprendizaje, describen diversas visiones de los procesos mediante los cuales el ser humano aprende; numerosos psicólogos y pedagogos han aportado principios y paradigmas para predecir y orientar tanto el comportamiento como la forma de aprender, es decir, la adquisición de conceptos, conocimientos, destrezas y habilidades vinculadas al razonamiento, entre los cuales destacan las teorías propuestas por expertos en el área infantil, las cuales se exponen seguidamente.

Teoría Socio-Histórica de Vygotsky Lev

Vygotsky, L. (2009), en el marco del paradigma sociocultural del desarrollo cognitivo, postuló su teoría socio-histórica, cuyos principios básicos son “La transformación de un proceso interpersonal (social) e intrapersonal, los estadios de internalización y el papel de los discípulos experimentados” (p.196); en efecto, Vygotsky entiende el desarrollo y funcionamiento de las personas como un reflejo de su entorno social, teniendo en cuenta cinco conceptos fundamentales: funciones mentales, zona de desarrollo próximo, habilidades psicológicas, herramientas psicológicas y mediación. Manejando las ideas expuestas por Delva (2010), pedagogo

estudioso de la teoría vygotskiana, a continuación se desarrolla cada uno de dichos principios.

Para comenzar, se tiene que existen dos tipos de funciones mentales: inferiores y superiores; las primeras, son aquellas con las que se nace, es decir, las naturales determinadas genéticamente, mientras que las segundas se adquieren y desarrollan a través de la interacción social, determinadas asimismo por la sociedad, lo cual implica que las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente y, por tanto, el conocimiento es resultado de la interacción social, donde el sujeto adquiere conciencia de sí mismo y aprende el uso de símbolos que a su vez, permiten pensar en formas cada vez más complejas: a mayor interacción social, mayor conocimiento; de acuerdo a este principio, el programa educativo dirigido a los padres sería una vía idónea para la adquisición de hábitos higiénicos desde la más temprana edad. En cuanto al principio de la zona de desarrollo próximo, Vygotsky (2009), expone:

No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinada por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. (p.133)

De acuerdo al planteamiento anterior, el desarrollo proximal viene a ser la distancia entre las capacidades del niño y las que se desarrollan con la dirección de los adultos significativos; visto ello desde la perspectiva del presente estudio, implica que el aprendizaje y adquisición de buenos hábitos de higiene bucal será posible gracias a la colaboración de los padres, previamente capacitados para asistir y luego guiar a sus hijos en el proceso de aprendizaje, el cual les permitirá realizar en forma autónoma las actividades de higienización bucal.

Continuando con la interpretación de la teoría vygotskiana expuesta por Delva (2010), se encuentran las habilidades psicológicas; según las cuales en cualquier punto del desarrollo y del aprendizaje se presentan problemas que el niño está a punto de resolver y para lograrlo, sólo necesita cierta estructura, es decir, claves, recordatorios, ayuda con los detalles o pasos del recuerdo y aliento para seguir

esforzándose. En el caso de los niños que van aprendiendo hábitos de higiene bucal, tales reforzamientos serían dados por los padres, previamente capacitados y por supuesto, también por los responsables de dichas prácticas higiénicas. En relación a las herramientas psicológicas, Vygotsky (2009), expone:

El uso de medios artificiales, la transición a la actividad mediata, cambian fundamentalmente todas las funciones psicológicas, al tiempo que el uso de herramientas ensancha de modo ilimitado la serie de actividades dentro de las que operan las nuevas funciones psicológicas. En este contexto, podemos emplear el término de función psicológica superior o conducta superior, al referirnos a la combinación de herramienta y signo en la actividad psicológica. (p.92)

Así pues, las herramientas psicológicas serían una especie de puente entre las funciones mentales inferiores y superiores, es decir, las habilidades interpsicológicas (sociales) y las intrapsicológicas (personales), que median los pensamientos, sentimientos y conductas; en este particular, el teórico sostiene que tal vez la herramienta psicológica más importante es el lenguaje: “Cuanto más compleja resulta la acción exigida por la situación y menos directa sea su solución, tanto mayor es la importancia del papel desempeñado por el lenguaje en la operación como un todo” (p.49).

Ciertamente el lenguaje, empleado inicialmente como medio de comunicación intrafamiliar y luego en las interacciones sociales, se convierte progresivamente en una habilidad intrapsicológica y por consiguiente, en un instrumento con el cual el individuo piensa y controla su propio comportamiento; en consecuencia, su estímulo y desarrollo en el seno familiar es fundamental para la adquisición de conductas de higiene bucal diaria.

En cuanto la mediación como quinto y último concepto de esta teoría, Vygotsky (2009), comenta: “Una reacción simple se da cuando se presenta un estímulo solo, mientras que la complejidad de la respuesta aumenta con un número cada vez mayor de estímulos” (p.106); por tanto, la mediación o ayuda que da el adulto significativo al niño a través de la estimulación para la adquisición de un aprendizaje y/o conducta

confirma el aporte de esta teoría en el contexto de estudio, pues el aprendizaje de técnicas y la adquisición de hábitos de higiene en los niños se logra a través de la mediación de sus padres o representantes.

Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel David

El psicólogo Ausubel, D. (2002), basó su teoría en el siguiente principio “Al iniciarse la etapa del aprendizaje, las nuevas ideas potencialmente significativas del material de instrucción se relacionan selectivamente con ideas pertinentes y también más generales e inclusivas (así como más estables) ya existentes (de anclaje) en la estructura cognitiva” (p.35); así para este teórico, los nuevos aprendizajes interaccionan con otros previos, convirtiéndose éstos en anclaje y por tanto, los significados emergentes se almacenan o enlazan y se organizan en el intervalo de retención, es decir, la memoria, produciéndose entonces el aprendizaje significativo.

Asimismo, la singularidad de esta teoría radica según Dewey (2009), en que es “Un concepto subyacente, subentendido, en las teorías constructivistas, sean éstas cognitivas o humanistas” (p.31); en otras palabras, el aprendizaje significativo subyace a la construcción del conocimiento. De hecho, Ausubel (2002), expresó: "Si tuviera que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, diría lo siguiente: el factor más importante que influye en el aprendizaje, es aquello que el aprendiz ya sabe. Averígüese esto y enséñese de acuerdo con ello" (p.12); este factor, es denominado organizador previo, definido de la siguiente manera por el autor:

En la mayoría de los contextos de aprendizaje, las ideas pertinentes ya existentes en la estructura cognitiva son demasiado generales y carecen de un grado suficientemente particular de pertinencia y contenido para actuar con eficacia como ideas de anclaje para las nuevas ideas presentadas mediante el material de instrucción en cuestión. El organizador previo remedia esta dificultad desempeñando un papel mediador, es decir, teniendo una mayor capacidad de relación y una mayor pertinencia con el contenido particular de la tarea de aprendizaje, pudiéndose además relacionar con el contenido más general de anclaje. (p.41)

Atendiendo la teoría de Ausubel se advierte que, los organizadores previos actúan como puente entre lo que el aprendiz ya conoce y lo que necesita conocer para asimilar significativamente los nuevos contenidos. En este particular, retomando el pensamiento de Delva (2010), en el caso de un material no familiar, un organizador previo formulado en términos de lo que el aprendiz ya sabe es usado para suplir la falta de conceptos, ideas o proposiciones relevantes para el aprendizaje de ese material y servir de punto de anclaje inicial, mientras en el caso del aprendizaje de material relativamente familiar se debe de usar un organizador que integre y permita discriminar la nueva información de la análoga ya existente en la estructura cognitiva.

En definitiva, la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (2002) implica como aspecto fundamental la motivación, pues permite que el niño sienta interés por aprender: habiendo suficiente estímulo y una concatenación de lo que ya sabe con lo que ha de aprender, tendrá una actitud favorable y en consecuencia, estará motivado a internalizar nuevos conocimientos.

Tales conceptos se consideran esenciales desde la visión de esta investigación, pues según la teoría, si un niño es estimulado suficientemente en el seno de su hogar desde temprana edad para aprender cómo realizar una buena higiene oral, será posible prevenir la aparición de la caries dental, periodontopatologías, entre otras afecciones bucodentales.

2.2.2 Caries Dental

La caries dental, es una enfermedad que aparece generalmente en la infancia con el brote de los dientes y tiene su mayor incidencia entre los cinco y doce años de edad; cuando no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, causando gran pérdida dental a corto, mediano y largo plazo. Tal como señalan Cameron y Widmer (2011), la caries dental "...es una enfermedad multifactorial" (p.38), en cuya etiología convergen los siguientes componentes:

- 1.- Biopelícula de la placa dental: Se considera el agente etiológico primario de la caries, ya que contiene bacterias acidogénicas y acidúricas como los (*Streptococcus*

en especial “mutans y sobrinus” y los lactobacilos) asimismo, cuando el nivel de pH de la placa desciende de su nivel crítico, es decir 5.5, el ácido que se produce comienza a desmineralizar el esmalte, acción que se desarrolla rápido dependiendo del sustrato y el efecto de la saliva.

2.- Sustrato: Las bacterias presentes en la placa dental, emplean carbohidratos fermentables provenientes de la dieta para obtener energía y los productos finales de la vía glucolítica del metabolismo bacteriano que son de naturaleza ácida, entre ellos, la sucrosa, así como los almidones cocidos; sin embargo, cualquier carbohidrato puede producir ácidos, “pero sólo la disponibilidad de glucosa permite la producción de ácido láctico.” (p. 40).

3.- Factores del huésped: La calidad de la estructura dental y la saliva, junto a la dieta, son los principales factores atribuibles al hospedador, es decir, al individuo; por ejemplo, un esmalte hipomineralizado, las modificaciones en la cantidad y calidad de la saliva, influyen en la incidencia de la caries. De hecho, como advierten Cameron y Widmer (2011), la saliva ayuda a equilibrar el proceso carioso ya que proporciona “...una solución supersaturada de iones calcio, fosfato y fluoruros.” (p. 41), así como también proteínas (histatinas, mucinas y estaterinas), que potencian la actividad antibacteriana, inhiben la desmineralización y estabilizan la remineralización del esmalte.

Igualmente, autores como Romero, Vásquez y Couto (2009), consideran entre los factores del huésped el componente genético o herencia: “Investigaciones realizadas, manifiestan una mayor prevalencia de caries en ciertas familias. Su razón se desconoce y se cree que es debido a hábitos dietéticos y de higiene oral y la influencia de factores genéticos” (p.99). Por su parte Higashida (2009), también reconoce algunas patologías dentales hereditarias que propician susceptibilidad a la caries, como amelogénesis y dentinogénesis imperfecta, en las cuales la estructura del esmalte dental presenta ciertas características morfológicas; en cuanto a las enfermedades heredadas no dentales la autora destaca las alteraciones de funcionamiento endocrino y específicamente de las glándulas paratiroides: “Los niños

con hipoparatiroidismo pueden tener dentición defectuosa, lo cual incluye canaladuras en el esmalte y mayor número de caries” (p.131).

Asimismo, Palomer (2006), hace referencia a diversas investigaciones experimentales retrospectivas y prospectivas a través de las cuales se ha comprobado cómo el contagio de la boca del niño/a por bacterias cariogénicas provenientes de la saliva de los adultos y especialmente de la madre, se produce principalmente al erupcionar las piezas dentarias; de hecho, se han determinado períodos críticos de susceptibilidad conocidos como ventanas de infectividad, que se producen entre los 6-24 meses y 6-11 años de edad, coincidiendo por tanto con los períodos de erupción de la dentición decidua y permanente.

Siguiendo con la autora en referencia previa, en relación a la ventana de infectividad, se han confirmado aspectos puntuales a saber: mientras más precoz es la colonización de la boca del niño/a por las bacterias cariogénicas, mayor es el riesgo de tener caries en el corto plazo; el mecanismo de contagio madre-hijo se produce cuando ésta comparte los cubiertos con aquel, usa el mismo cepillo dental, le besa en la boca o prueba la temperatura del biberón con su boca o "lava" el chupete de su hijo/a con su saliva, transmitiendo en todas situaciones sus bacterias cariogénicas al niño/a. Por lo tanto, se puede deducir que una mujer con hábitos deficientes de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos/as y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de las caries.

4.- Tiempo: El proceso de desmineralización y remineralización del esmalte es constante y cíclico, cuyo resultado a largo plazo se encuentra determinado por la composición y cantidad de placa, la dieta, exposición a flúor, cantidad y calidad de saliva, calidad del diente y respuesta inmunitaria. De allí, que a fin de mantener el equilibrio, debe existir tiempo suficiente entre los ataques cariogénicos para que se produzca la remineralización pues, cuando éstos son demasiado frecuentes o se producen al disminuir el flujo salival, aumenta la desmineralización y la consecuente destrucción del diente.

Recapitulando lo expuesto, se advierte el complejo proceso de la caries dental, así como el importante rol que ejerce la placa bacteriana para su iniciación y progreso; en tal sentido, Kinder y otros (2010), definen la placa dental como “Depósitos blandos que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria” (p.101). Asimismo, estos autores refieren que la placa se clasifica según su localización sobre la superficie dental de la siguiente forma: supragingival, es decir, en/sobre el margen gingival, pero cuando está en contacto directo recibe la denominación de placa marginal y subgingival por debajo del margen gingival (entre el diente y el tejido del surco gingival).

Siguiendo con la exposición de Kinder y otros (2010), se tiene que independiente de su ubicación la placa bacteriana es de color blanco, grisáceo o amarillo, con aspecto globular y formación no sólo en el tercio gingival de la corona dental, sino también en hendiduras, fosas y fisuras de la estructura dentaria, cuya localización y velocidad de formación es variable aunque sin duda, en dicho proceso juega un rol fundamental la higiene bucal. De hecho, Cameron y Widmer (2011), afirman que, cuando el cepillado dental es ejecutado en forma correcta es el principal procedimiento para eliminar la placa dental y, en el caso de los niños, sería indispensable la intervención de los padres una vez que los dientes comienzan a erupcionar mediante gasas o cepillo blando y luego, conforme crecen, asistirles hasta que adquieran la destreza necesaria para hacerlo por sí mismos correctamente, de forma tal que adquieran hábitos de limpieza bucal como parte de la rutina diaria de higiene.

Igualmente, se estima conveniente mostrar a los padres cómo pasar el hilo dental especialmente por las superficies interproximales de los molares temporales, zona donde aumenta el riesgo de caries y que, en los últimos años del período preescolar, que en la familia se enseñe a los infantes cómo usarlo; igualmente, sugieren el empleo de enjuagues bucales fluorados. Naturalmente, la asistencia regular a la consulta odontológica es esencial, así como la topificación de flúor, todo lo cual contribuirá a prevenir o al menos minimizar la iniciación del proceso carioso.

En este orden de ideas, es preciso abordar el término cavidad, la cual según Lanata y Chiappara (2008), en su connotación patológica se evidencia clínicamente como una pérdida de sustancia del tejido dentario, la cual "...requiere un tratamiento específico que permita reponer las estructuras perdidas, por ejemplo, lesiones producidas por caries" (p.36), es decir, mediante la restauración por parte del especialista odontólogo. Actualmente, la clasificación de las cavidades que realiza el clínico a fin de restaurar la unidad dental cariada es la sugerida a fin de procurar la máxima conservación del tejido dental y las ubicaciones donde la placa bacteriana es retenida:

Ubicación o Zona 1: puntos y fisuras en las caras oclusales y defectos similares en otras superficies lisas del esmalte.

Ubicación o Zona 2: área de contacto entre cualquier par de dientes anteriores o posteriores.

Ubicación o Zona 3: área cervical relacionada con el tejido gingival, incluida la superficie de la raíz expuesta. (p. 37)

Igualmente, en la clasificación citada se proponen cinco rangos de lesión cariosa: 0: lesión inicial sin cavitación, que puede ser remineralizada; 1: lesión con mínima invasión; 2: lesión moderada; 3: lesión grande y, 4: lesión extensa. Es propicio señalar que en la experiencia de la investigadora como profesional de Odontopediatría, en los niños de edad preescolar las lesiones más comunes son las de nivel 0, 1 y 2, aunque puede darse el caso de caries más extensas, por diversas causas; por tanto, se considera indispensable que los especialistas tengan en cuenta que los padres tienen un impacto directo sobre la salud bucal de sus hijos y de allí, la importancia de transmitirles conocimientos sobre el control de riesgo de caries.

En este particular, el riesgo es la probabilidad de que los miembros de una población definida desarrollen una enfermedad en un período, con la convergencia de tres dimensiones: ocurrencia de la enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo. (Davies y Blinkhorn, 2013). Consecuentemente, la evaluación del riesgo de caries dental es de mucha importancia y propósito de primer orden en Odontología,

por ser uno de los principios de la prevención y la base para controlar la prevalencia de dicha enfermedad; por ello, los autores citados explican que los objetivos de la evaluación del riesgo de caries son a) Identificar pacientes que necesitan servicios preventivos y b) Seleccionar apropiadamente los intervalos de control odontológico al paciente y c) su plan de tratamiento o manejo de la caries dental.

Asimismo, a los fines de controlar el riesgo de caries dental en la edad preescolar, es necesario identificar los predictores de riesgo; que según Tagliaferro y otros. (2008), han sido muchos los utilizados, si bien en la actualidad suelen tenerse en cuenta los siguientes:

Experiencia de caries en dentición temporal (índice ceo), presencia de placa, género, nivel educativo de las madres, estatus socioeconómico, hábitos de higiene oral, acceso a servicios de salud oral y hábitos dietéticos, entre otros (p.109).

A los efectos del presente estudio, interesa profundizar respecto a uno de los predictores de caries estrechamente asociados a la placa dental, la materia alba, que consiste en depósitos blandos blanco-amarillentos y pegajosos con acumulación de partículas de alimentos, células epiteliales descamadas, bacterias, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales que carecen de la estructura organizada de la placa bacteriana y se desprende fácilmente de la superficie de los dientes (Kinder y otros., 2010); en consecuencia, su presencia es un indicador de falta de higiene bucal. En cuanto al cálculo dental o tártaro, se trata de la calcificación de la placa bacteriana en las coronas clínicas de los dientes y/o en sus márgenes o surcos gingivales (Higashida, 2008); al igual que la materia alba, es un importante indicador de higiene oral pues, si los dientes son cepillados en la forma y frecuencia correctas se impide dicho proceso de calcificación.

Al respecto De la Fuente (2012), refiere que la materia alba y el cálculo dental son importantes predictores de caries y precisamente, los indicadores considerados en el índice de higiene oral simplificado (IHOS), creado en 1960 por Greene y Vermillion, cuyo procedimiento consiste en examinar seis dientes (incisivo central

superior derecho temporal o permanente por vestibular, incisivo central inferior izquierdo temporal o permanente por vestibular, dos primeros molares superiores temporal o permanente por vestibular y dos primeros molares inferiores, temporales o permanentes, por lingual; si no está presente alguna de estas unidades dentales, se toma el vecino más distal en el arco. Se utiliza un agente revelador para pigmentar la placa bacteriana y luego se toman en consideración los criterios de evaluación para el índice:

Materia Alba:

0= Ausencia de materia alba o manchas extrínsecas;

1= Materia Alba que cubren menos de un tercio de la superficie del diente, o manchas extrínsecas sin materia alba, independientemente del área cubierta.

2= Materia Alba que cubren más de un tercio, pero menos de dos tercios de la superficie del diente;

3= Materia Alba que cubren más de las dos tercios de la superficie del diente.

Cabe destacar, que se sigue el mismo procedimiento para valorar la placa calcificada o cálculos dentales. En fin, los resultados obtenidos mediante dichas ponderaciones permiten determinar el grado clínico de higiene bucal como predictor de caries:

Buena higiene bucal: 0,0 – 1,2

Regular higiene bucal: 1,3 – 3,0

Mala higiene bucal: 3,1 – 6,0

2.2.3 Enfermedades Periodontales

Según Lindhe y cols. (2009) la pérdida de los dientes pueden puede ser la consecuencia final de la enfermedad periodontal destructiva; dentro de las enfermedades periodontales tenemos la gingivitis y la periodontitis. La gingivitis, es el diagnóstico de los tejidos gingivales o periodonto de protección inflamados en torno a un diente que no ha sufrido pérdida de inserción anteriormente o a uno que perdió inserción y hueso pero en la actualidad no tiene pérdida de inserción aunque

exista inflamación. Respecto a, la periodontitis es el resultado de la extensión del proceso inflamatorio que ha iniciado en el tejido gingival, siendo gingivitis, y continúa hacia el periodonto de inserción hasta generar la destrucción del hueso alveolar.

2.2.4 Programas Educativos para la Prevención de la Caries

Según exponen Bordoni, Escobar y Castillo (2010), la aplicación de medidas preventivas requiere "...una fuerte participación de los niños, sus familias y las instituciones que los agrupan" (p.250); en efecto, esta condición se muestra indispensable para abordar la percepción de la salud y lograr prácticas saludables, especialmente en lo que a higiene oral se refiere. De hecho, la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a las familias como método para la prevención de la caries dental, según estos autores, ha sido claramente demostrada tanto en la praxis clínica como en programas comunitarios.

De hecho, la prevención odontológica se considera como un proceso integral que incluye estrategias diversas dirigidas a promover salud bucal y evitar problemas estomatológicos a través de actividades de promoción sanitaria, detección de riesgos, monitorización de grupos susceptibles según género, edad y condiciones socioeconómicas, así como la disponibilidad y uso de los recursos sanitarios, todo ello encaminado a disminuir el riesgo de caries y otras entidades bucodentales.

En este contexto Cisneros y Hernández (2011), advierten que entre las diversas afecciones bucales en las edades tempranas de la vida, las más comunes suelen ser "... la caries dental relacionada con malos hábitos higiénico-dietéticas y las maloclusiones, vinculadas a hábitos deformantes o patrones morfogénicos heredados" (p.1.146); sin embargo, las mismas pueden ser modificadas y son objetivo fundamental de todas las acciones de educación para la salud.

Martínez, Peña y García (2011), advierten que aun cuando los hogares son responsables de la educación para la salud bucal, no todos los padres están preparados para poder realizarla correctamente: "Muchos transmiten a sus hijos la cultura que

ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, perjudiciales para el niño” (p.500); tal realidad, muestra que el Odontólogo está llamado a ejercer acciones educativas puntuales en su ejercicio como gestor en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, así como contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la colectividad, todo lo cual comprende la implementación de estrategias para la promoción de la salud a través del desarrollo de aptitudes personales, creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria tanto a título personal como institucional e, inclusive, la reorientación de los servicios sanitarios.

De hecho Di Leo (2009), sugiere que las actividades de prevención para la salud en las instituciones educativas “En lugar de sustentarse en prácticas y perspectivas de los agentes a los saberes y normas institucionalizadas, deben partir de la primacía de sus acciones y potencialidades instituyentes” (p.381), lo cual significa que las acciones parten de la identificación y desnaturalización de los problemas presentes en las condiciones objetivas y subjetivas de los sujetos individuales y colectivos, dirigiéndose a su transformación a partir de cuatro momentos, que se retroalimentan en forma permanente:

1. Conocimiento: se propicia la construcción participativa de un conocimiento coherente acerca de la naturaleza y complejidad del problema visualizado por los sujetos. De esta forma, a diferencia de la mera adquisición pasiva de información, esta definición retoma el sentido constructivo y abierto de la educación, para el cual es fundamental partir de las experiencias y conocimientos anteriores de los sujetos.

2. Compromiso: se encuentra articulado con el anterior y constituye un puente fundamental para lograr la dialéctica entre conocimientos y práctica; por ello, el nivel de involucramiento y participación genuina de los agentes en las actividades educativas de prevención de la salud es uno de los principales objetivos.

3. Visiones/imágenes de futuro: resulta fundamental incorporar desde el inicio de las actividades las diversas visiones que tienen los sujetos en torno a cómo

deseñarían que fueran sus vidas y las condiciones socioestructurales en las que ellas se desarrollan.

4. Experiencias de acción: para ir profundizando y articulando las problematizaciones y conocimientos construidos con las visiones de futuro, aumentando el compromiso de los sujetos, resulta indispensable que durante todo el proceso de aprendizaje se desarrollen acciones concretas.

En este orden de ideas, se hace necesario acotar que los programas educativo-preventivos de salud bucal hacen énfasis en las técnicas de higiene y su frecuencia de ejecución, así como en el uso apropiado de los implementos desarrollados con tal finalidad. Siguiendo las recomendaciones elaboradas por Cisneros y Hernández (2011), a continuación se describen los diversos procedimientos disponibles que se encuentran al alcance de los padres, quienes con la orientación del profesional Odontólogo las pondrán en práctica:

Técnicas de cepillado dental

Fones: Las celdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba.

Frotación: Movimientos en dirección anteroposterior; dirección de las cerdas conservando el cepillo en posición horizontal.

Barrido: Con las cerdas del cepillo apuntando paralelamente hacia apical, girarlo oclusalmente al eje longitudinal de los dientes, manteniendo contacto con la encía y luego con la superficie dental.

Bass: Apuntando las cerdas del cepillo hacia apical, hacer vibrar el cepillo sin cambiar longitudinalmente del diente la posición de las cerdas.

Stillman: Apuntando las cerdas en sentido apical, unos 45° grados al eje longitudinal de los dientes, aplicar presión produciendo isquemia gingival, luego eliminarla, repetir varias veces y girar un poco el cepillo hacia oclusal durante el movimiento.

Stillman modificada: Apuntando las cerdas en sentido apical, unos 45° grados al eje longitudinal de los dientes, aplicar presión como en el método anterior, pero al mismo tiempo vibrar el cepillo y moverlo de modo gradual hacia oclusal.

En relación a las técnicas descritas, Cisneros y Hernández (2011), sugieren que no existen pruebas de que una sea superior a otra; sin embargo, se cree que el método de frotación no penetra el surco gingival o las áreas interdentes tan fácilmente como otros, pero es el método usualmente recomendado para los niños más pequeños y aquellos que están aprendiendo a limpiar sus dientes; por ello, conforme crecen, deben enseñársele las otras técnicas, más complejas.

Por otro lado, la eficacia del cepillado dental radica en hacerlo con la frecuencia mínima, es decir, tres veces al día, a fin de tener un efecto en la prevención de la caries dental; en todo caso, es más importante la minuciosidad de la técnica de cepillado que el método utilizado, ya que la mayoría de los métodos descritos logran los resultados esperados para la eliminación de la placa bacteriana.

Hilo dental

Expertos en salud bucodental como Davies y Blinkhorn (2013), sostienen que el uso del hilo dental remueve la placa que se ubica entre los dientes; ciertamente, este material permite quitar el biofilm de las superficies proximales, generalmente inaccesibles al cepillo y especialmente conforme se cierran los espacios interdentes. Sin embargo, su empleo suele ser difícil para el niño/a y por tanto, durante los primeros años lo debe realizar un adulto: cuando el infante desarrolle su motricidad fina, estará en capacidad de iniciar el entrenamiento respectivo. El uso del mismo es recomendado aun durante la dentición primaria, sobre todo cuando la arcada dentaria no muestra espacios interdentes y en caso de apiñamiento dentario (Bordoni, 2010; pág.: 255) Es relevante para la propuesta que aquí se presenta, el hecho de que el especialista debe explicar a las madres y padres la técnica correcta para dar uso adecuado al hilo dental.

Es importante resaltar, que el responsable de educar al niño/a en el empleo del hilo dental puede dar ciertas modificaciones a la técnica, razón por la cual es relevante que sea orientado por un profesional para evitar traumatismos y errores en la remoción de la placa bacteriana. Todos estos aspectos, se tuvieron en cuenta al momento de diseñar la propuesta del programa educativo-preventivo, objetivo final de la presente investigación.

Enjuagues Bucales

Bordoni (2010), expresa que son usados en pacientes que presentan alto riesgo cariogénico y enfermedades periodontales, a su vez, también es usado como agente coadyudante para la higiene bucodental. Tienen una combinación de aceites esenciales como fenol, timol eucaliptol y mentol con un 26,9% de Alcohol y pH % y una presentación de diferentes sabores. Su mecanismo de acción se relaciona con la ruptura de la pared celular y la inhibición de las enzimas bacterianas. El empleo de dichos agentes se recomienda 20mL durante 60 segundos dos veces al día (pág.: 264)

2.3 Definición de Términos Básicos

- Caries: Enfermedad infecciosa que destruye los tejidos duros del diente (esmalte y dentina), produciendo cavidades que pueden llegar a hacer que la unidad dental afectada no sea recuperable.
- Educación para la Salud: Comprende las oportunidades de aprendizaje que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

- Empoderamiento para la Salud: Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.
- Placa bacteriana: Película conformada por microorganismos y bacterias que se deposita en la superficie de los dientes; primer agente etiológico de la caries dental.
- Prevención de la enfermedad: Conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.
- Promoción de la Salud: Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.
- Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
- Salud Bucal: Disciplina odontológica que se ocupa de la educación, promoción, prevención y control de las enfermedades dentales.
- Salud Pública: Ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Según Arias, F. (2012) la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento, miden la forma independiente de las variables y aun cuando ni formulen hipótesis las primeras aparecerán enunciadas. Por otra parte, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006), establece que un proyecto factible consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos (pág.: 13).

Ahora bien, basándose en esos conceptos se puede decir que la presente investigación es de tipo descriptivo con modalidad de proyecto factible, ya que, logra la descripción de la necesidad y factibilidad de talleres de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017, para posteriormente ser diseñados.

3.2 Diseño de la Investigación

Gómez (2006), se refiere al diseño de la investigación como el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desee, es decir, es el plan de acción a seguir en el trabajo de campo. A su vez, establece que la investigación no experimental, como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Por otra parte, define la investigación transeccional o transversal, como aquella capaz de recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Gómez, 2006). En este sentido, el siguiente estudio se considera una investigación no experimental transversal, ya que busca obtener información de cuáles las patologías bucales de mayor prevalencia en el paciente pediátrico de la clínica del niño y del adolescente, como también, los hábitos de higiene bucal más idóneos para la prevención de las patologías bucales.

3.3 Población y Muestra de la Investigación

3.3.1 Población

Según Hernández (2008), la población “es el conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan, los elementos, unidades o personas involucradas en la investigación” (pág.: 82). En este sentido, se puede decir que la población de la presente investigación estuvo constituida por los padres y representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar que asisten a la clínica del niño y del adolescente II de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, al igual que sus padres y representantes, específicamente durante el periodo 2016-2017.

3.3.2 Muestra

Según Hernández (2008), “la muestra es el subconjunto representativo de un universo o población” (pág.: 173). Para el estudio fueron seleccionados 50 padres y representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar comprendida entre 5 a 8 años de edad, que asisten a la clínica del niño y del adolescente II del área de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, al igual que sus padres y representantes, durante el periodo 2016-2017.

3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Para Arias (2012), la técnica de recolección de datos:

es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información en la que se puede ubicar la encuesta escrita, mientras, que el instrumento de recolección de datos, es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información, como es el cuestionario y lista de cotejo, también denominada lista de control o de verificación (pág: 70).

Así mismo, define el cuestionario como, la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contenido de una serie de preguntas. Mientras que la lista de cotejo, es un instrumento en el que se indica la presencia o ausencia de un aspecto o conducta a ser observada” (Arias, F. 2012; pág: 70).

En el siguiente trabajo de investigación, se realizó como una encuesta escrita, que consta de una cuestionario de preguntas cerradas con opción de respuestas dicotómica, siendo aquellas que establecen previamente las opciones de respuesta que puede elegir el encuestado, donde se ofrece sólo dos opciones de respuesta, la cual fue dirigida a los padres y representantes de los niños para determinar el grado de conocimiento sobre la salud bucal.

3.4.1 Validez del Instrumento de Recolección de Datos

Según Hernández, Fernández y Baptista (2008), se refiere al “grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (pág.: 201). A su vez exponen que la validez de contenido, es el “grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, Fernández y Baptista 2008; pág.: 201).

Para la validación del contenido del cuestionario se entregó a tres (03) expertos, quienes lo analizaron y realizaron sus observaciones, los cuales fueron consideradas en el instrumento de recolección de datos definitivo entregado a los padres y representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar que asisten a la clínica del niño y del adolescente II de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, al igual que sus padres y representantes, específicamente durante el periodo 2016-2017.

3.5 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Según Arias (2012), son el conjunto de técnicas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos. Una vez aplicado el cuestionario y recogidos los datos, se procedió a su ordenación, tabulación y análisis a través de estadística descriptiva. Para llevar a cabo tal procedimiento se realizó un análisis de frecuencia y porcentaje que se agruparon e interpretaron en base a las dimensiones de la variable, y se encuentran presentados en cuadros y gráficos.

Cuadro de Operacionalización de Variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
Diagnosticar la necesidad de un material de apoyo de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.	Falta de conocimiento acerca de educación preventiva sobre salud bucal	Aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena para todo individuo.	Conocimiento básico sobre salud	Alimentación Cepillado Bucodental Agentes Fluorados Caries dental Visita al Odontólogo	1 2, 3,4 5,6 7 8
Determinar la factibilidad de diseñar un material de apoyo de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez en el Municipio San Diego durante el período Enero-Marzo 2017.	Factibilidad de diseñar material de educación preventiva sobre salud	Disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas	Factibilidad de educación preventiva sobre salud bucal	Necesidad Acceso al material	9,10 11

Fuente: Fernández y Vergara (2017)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

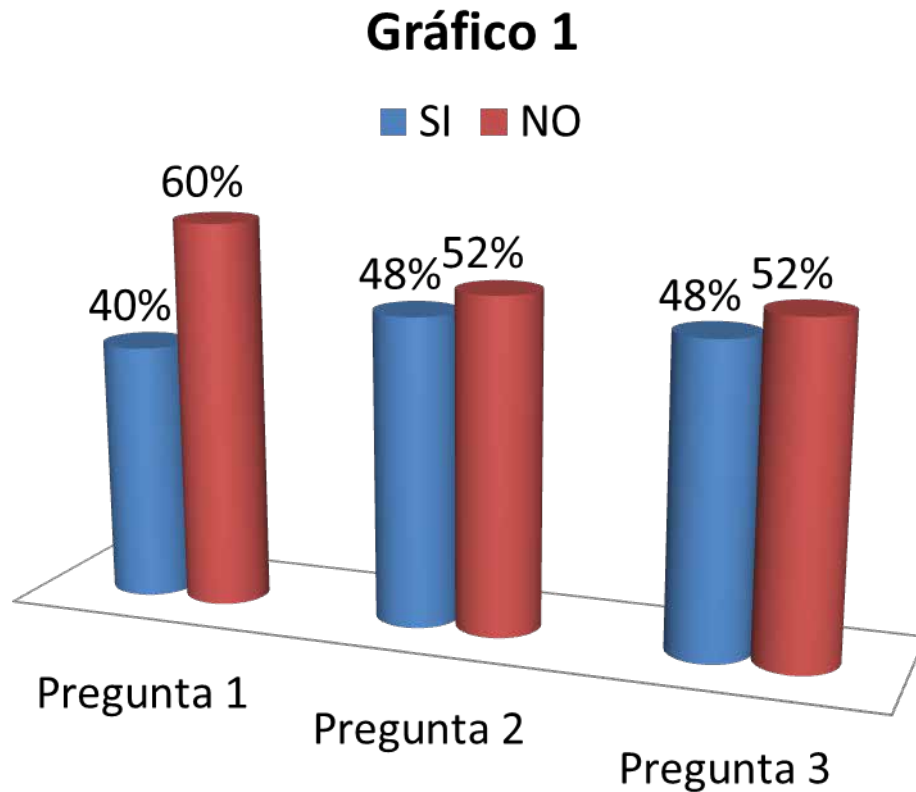
4.1 Análisis de los Resultados

El abordaje de esta etapa es un momento de significativa relevancia en la investigación, ya que es donde se obtienen las repuestas a las diferentes interrogantes en cuanto a la problemática planteada, como lo son, ¿cuál será la necesidad de diseñar talleres de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente? y ¿será factible diseñar talleres de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente?.

Se seleccionaron de manera aleatoria 50 padres y/o representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar que asisten a la clínica del niño y del adolescente II del área de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, durante el periodo Enero-Marzo 2017, a los cuales se les desarrollaron 11 preguntas de respuesta cerradas dicotómicas, con el objetivo de evaluar la necesidad y factibilidad del diseño de folletos de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a dichos padres y/o representantes.

Tras haberse realizado las respectivas preguntas, 30 padres y/o representantes, es decir el 60% de ellos, exponen no poseer el conocimiento de cuales son los alimentos hidrocarbonados y cariogénicos, por lo que no pueden evitar o disminuir el consumo de dichos alimentos en la dieta de sus hijos o representados (ver gráfico 1). Por otra parte, el 52 % de los padres y/o representantes afirman que sus hijos y/o presentados no se cepilla los dientes más de dos veces al día, lo que evidencia que es necesario el

reforzamiento de los hábitos de higiene bucodental (ver gráfico 1); al igual, que 26 de los padres y/o representantes no sabía que la técnica de cepillado que debe emplea su hijo y/o representado será dependiendo de la edad y desarrollo psicomotriz del mismo (ver gráfico 1).

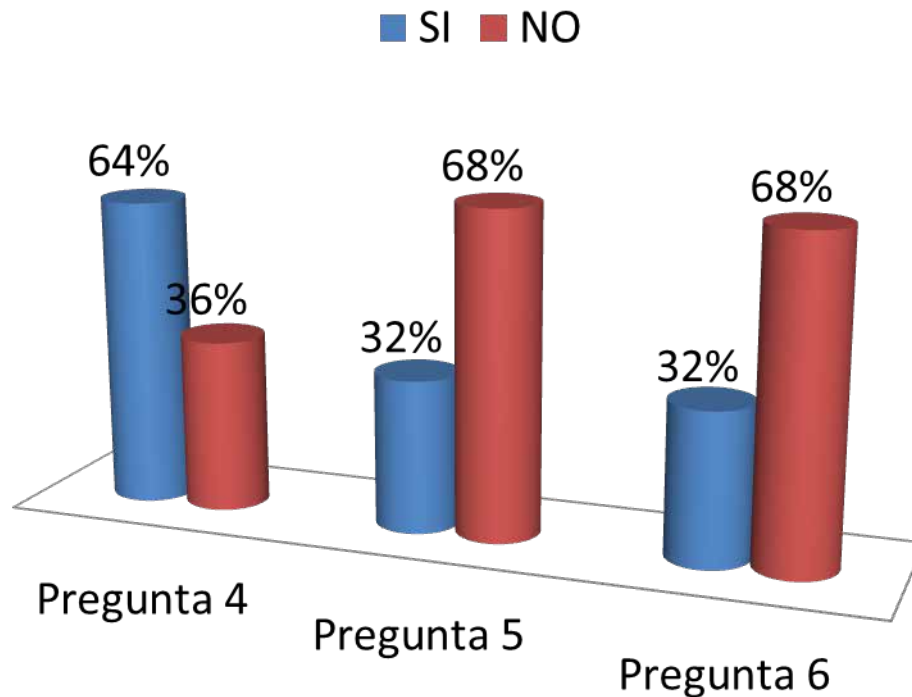


Fuente: Fernández y Vergara (2017).

Mientras, el 64% de los padres y/o representantes, es decir, 32 de ellos, consideran que es factible que el padre o representante supervise el cepillado dental, ya que de este modo podrán asegurarse que lo hagan de la manera más idónea (ver gráfico 2). Por otro lado, 34 de los padres y/o representantes expresan no conocer cuáles son los agentes fluorados (ver gráfico 2); del mismo modo, el 68% de ellos, no empelan el usa frecuentemente de agentes fluorados, lo que indica que en muchos

casos no son protegidas adecuadamente las estructuras dentarias contra la Caries dental (ver gráfico 2).

Gráfico 2

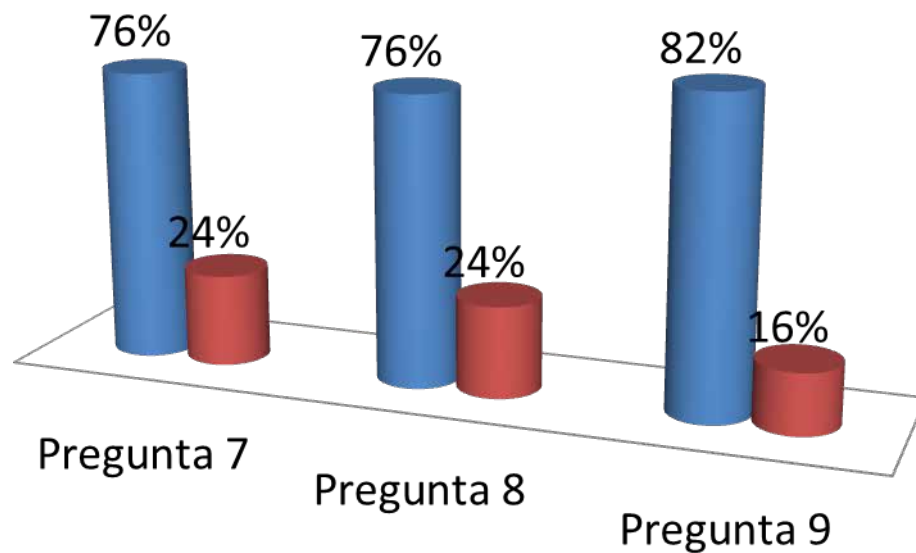


Fuente: Fernández y Vergara (2017).

Con respecto a que sus hijos y/o representados han presentado en alguna ocasión caries dental, el 76% de los padres y/o representantes lo han afirmado, lo que indica la alta prevalencia o invidencias de alteraciones de la salud bucodental en dichos niños (ver gráfico 3). A su vez, 38 de los entrevistados creen que visitando al odontólogo dos veces al año contribuye a la prevención bucal en los niños (ver gráfico 3). No obstante, el 82% de los padres consideran que es necesario adquirir información básica sobre prevención bucal para disminuir la incidencia de caries en su hijo o representado (ver gráfico 3).

Gráfico 3

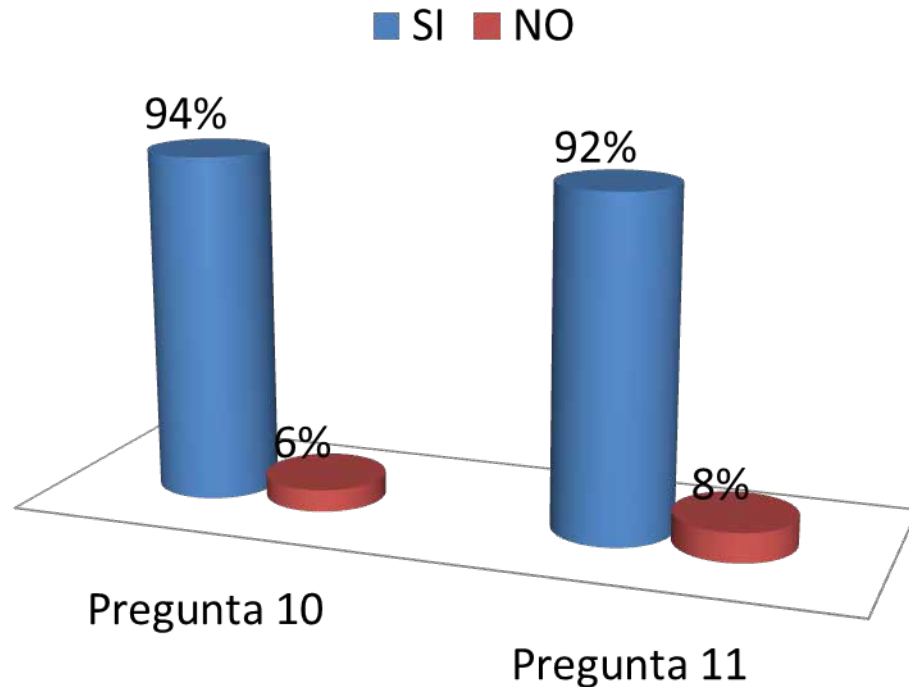
■ SI ■ NO



Fuente: Fernández y Vergara (2017).

El 94% de los encuestados creen que es necesario la aplicación de folletos de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente II y III en la universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero-Marzo 2017 (ver gráfico 4). Por último, el 92% resaltaron que si acudirían a la Universidad José Antonio Páez para recibir folletos de educación preventiva sobre salud bucal.

Gráfico 4



Fuente: Fernández y Vergara (2017).

4.2 Interpretación de los resultados

Luego de analizar cada uno de los resultados arrojados en la encuesta realizada a la muestra objeto de estudio, constituido por los padres y/o representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar que asisten a la clínica del niño y del adolescente II del área de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, durante el periodo Enero-Marzo 2017, se evidenciaron los la necesidad y la factibilidad del diseño de folletos de educación preventiva sobre salud bucal dirigida a dichos padres y/o representantes, ya que no en la actualidad no cuentan con la información necesaria para mantener una salud bucodental adecuada en los niños.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Posterior al análisis e interpretación de los resultados arrojados por el cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas aplicada a los 50 padres y/o representantes de los pacientes pediátricos en edad escolar que asisten a la clínica del niño y del adolescente II del área de odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser atendidos, durante el periodo Enero-Marzo 2017, podemos concluir:

§ Los padres y/o representantes no poseen el conocimiento de cuáles son los alimentos hidrocarbonados y cariogénicos, que aumentan la prevalencia de las Caries dental, ya que la mayoría de las bacterias bucales se alimentan de los hidratos de carburo produciendo así desechos metabólicos como lo son, el ácidos acético, láctico y de alcohol, generando una desmineralización del tejido calcificado del diente.

§ Los niños no se cepilla los dientes más de dos veces al día, lo que ocasiona que se depositen una gran cantidad de materia alba y calculo dental, lo que acondiciona un ambiente o medio bucal para la proliferación de las bacterias bucales que desestabilizan la salud bucodental.

§ Los padres y/o representantes no saben que la técnica de cepillado que debe emplear su hijo y/o representado es determinada por la edad y desarrollo psicomotriz del mismo, ya que mientras mayor edad tenga el niño, posee mejor destreza y es capaz de ejecutar una técnica de cepillado más eficaz contra la prevención de enfermedades o alteraciones bucodentales.

§ Los padres y/o representantes no poseen conocimiento de cuáles son los agentes fluorados, como también, cuáles son las ventajas de y beneficios de su uso.

§ Los hijos y/o representados no emplean el uso frecuentemente de agentes fluorados, lo que indica que en muchos casos no son protegidas adecuadamente las estructuras dentarias contra la Caries dental.

§ Los hijos y/o representados han presentado una gran incidencia de Caries dental, lo que indica la alta prevalencia o incidencias de alteraciones de la salud bucodental en dichos niños, como también, la necesidad de la prevención de dichas alteraciones.

§ La visita constante al odontólogo, por lo menos, dos veces al año contribuye a la prevención de las enfermedades y alteraciones bucodentales en los niños.

§ Los padres y/o representantes consideran necesario que les sea suministrada información básica sobre prevención bucal para así disminuir la incidencia de caries en su hijo y/o representado.

§ Los padres y/o representantes consideran adecuado la aplicación de material de apoyo para promover la educación preventiva sobre salud bucal en sus hijos y/o representados, como para así mismo.

§ Los padres y/o representantes están dispuestos acudirían a la Universidad José Antonio Páez para recibir folletos de educación preventiva sobre salud bucal.

§ Es viable que el padre o representante supervise el cepillado dental, ya que de este modo podrán asegurarse que los hijos y/o representados lo hagan y apliquen una adecuada técnica de cepillado y la ejecuten de la manera más idónea, para así poder prevenir enfermedades y/o alteraciones bucodentales.

5.2 Recomendaciones

Dentro de este marco, tras haber analizado los resultados y realizar las conclusiones, podría recomendarse lo siguiente:

§ Facilitar a los padres y/o representantes cuáles son los alimentos hidrocarbonados y cariogénicos, como también, cuáles son las consecuencias que conlleva su consumo en el medio de la cavidad bucal.

§ Los padres y/o representantes deben asegurar de que sus hijos y/o representados tengan buenos hábitos de higiene bucodental y que realicen por lo menos tres veces al día el cepillado bucodental.

§ Explicar a los padres y/o representantes cuales son las ventajas, indicaciones y contraindicaciones de cada una de las técnicas de cepillado según sea la edad y el desarrollo psicomotriz de su hijo y/o representado.

§ Brindar el conocimiento de cuáles son los agentes fluorados, como también, cuáles son las ventajas de y beneficios de su uso, los padres y/o representantes

§ Promover el uso frecuentemente de los agentes fluorados en los hijos y/o representados, para así reforzar la estructuras de las piezas dentales.

§ Prevenir la formación de Caries dental en los niños, y en caso de ya estar presentes limitar su daño.

§ Visitar constante al odontólogo, por lo menos, dos veces al año, para contribuir con la prevención de las enfermedades y alteraciones bucodentales en los niños.

§ Suministrar información básica sobre prevención bucal a los padres y/o representantes para así disminuir la incidencia de caries en su hijo y/o representado.

§ Diseñar y distribuir material de apoyo para promover la educación preventiva sobre salud bucal dirigido a los padres y/o representantes de los pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente en la Universidad José Antonio Páez.

§ Invitar a los padres y/o representantes a acudirían a la Universidad José Antonio Páez para recibir material de educación preventiva sobre salud bucal.

§ Los padres o representantes deben supervisar la técnica y frecuencia del cepillado bucodental de su hijos y/o representados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ana Cecilia Cupé-Araujo y Carmen Rosa García-Rupaya (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. [Internet]. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun;25(2):112-121. [Citado: 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
- Arias (2012). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Sesta Edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.
- Ausubel, D. (2002). Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva. Madrid: Paidós Ibérica S.A.
- Betancourt, M.J., Arredondo, V. (2012). Diseño de un Protocolo de Aprendizaje de Técnicas de Higiene Bucal dirigido a niños de edad pre-escolar del Centro de Educación Inicial Teodosa Benita Flores, Morón Edo. Carabobo Febrero-Marzo 2012. Trabajo de Grado no publicado. San Diego: Universidad José Antonio Páez.
- Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Cameron, A., Widmer, R. (2011). Manual de Odontología Pediátrica. 13 edición. Madrid: Harcourt Brace.
- Cisneros, G., Hernández, Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN; 15(10): 1445-1458

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. [Artículo en línea]. Newsletter eLAC; 12: 2-3. Descargado de la red el 7 de diciembre de 2014 desde: <http://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter12.pdf>

Davies, R.M., Blinkhorn, A.S. (2013). Preventing dental caries: Part 1. The scientific rationale for preventive advice. *Dental Update*; 40(9):719-726.

De la Fuente, G. (2012). Impacto del tratamiento con enfoque de riesgo en indicadores de salud oral asociados al autocuidado de pacientes de la Clínica de Pregrado de Odontopediatría de la Universidad de Chile, entre 2009 y 2012. [Tesis en línea]. Santiago: Universidad de Chile. Descargado de la red el 28 de enero de 2017 desde: <http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112779/de%20la%20fuentes%20alvarez%20gonzalo.pdf?sequence=1>.

Delva, E. (2010). *Lecturas de psicología del niño. El desarrollo cognitivo y afectivo del niño y del adolescente*. México: Alianza Editorial.

Dewey, M. (2009). *Las tareas de la profesión de enseñar. Manuales de Educación*. 6ª edición. Madrid: Siglo XXI de España.

Di Leo, P. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. [Artículo en línea]. *Salud colectiva*; 5(3): 377-389. Descargado de la red el 26 de febrero de 2014 desde: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851826520090000

Felipe Pardinás (2005), Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales, Trigésima octava edición, Editorial Siglo XXI Editores. México D. F.

Gómez, Marcelo (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Brujas, Córdoba.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F.

Higashida, B. (2008). Odontología Preventiva. 3ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Kinder S., Newman, M., Nissengard, R., Sanz, M. (2010). Microbiología periodontal. En: Newman, M., Takei, H., Carranza, F. Carranza (eds.). Periodontología Clínica. 10ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Lanata, E., Chiappara, B. (2008). Nomenclatura y clasificación de las cavidades. En: Lanata, E. (ed.). Operatoria Dental. 2ª reimpresión. Buenos Aires: Grupo Guía.

Lindhe, Lang, Karring (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Capítulo 9 Infecciones Periodontales. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. Buenos Aires, Argentina.

María Elena Guerra Gamboa (2014). Epidemiología de la caries dental en América Latina. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. [Internet]. Revista de Odontopediatría Latinoamericana; Volumen 4, No. 2, Año 2014 [Citado: 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/>

- Marilín E. Rangel V. (2015). Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial. [Internet]. UC [Citado: 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1992/mrangel.pdf?sequence=1>
- Martínez, J., Peña, T., García, A. (2011). Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. [Artículo en línea]. Revista Médica Electrónica; 33(4): 499-508. Descargado de la red el 28 de enero de 2017 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242011000400012&lng=es.
- Ministerio de Salud de Chile (2007). Análisis de la Situación Bucal. [Internet]. MINSAL CHILE [Citado: 28 Ene 2017] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2005). Oficina eneral de epidemiología y dirección general de salud de las personas. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Lima: Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Problema mundial de las enfermedades bucodentales. [Internet]. [Citado: 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Palomer, I. (2006). Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. [Artículo en línea]. Rev Chil Pediat; 77(1): 56-60. Descargado de la red el 28 de enero de 2017 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es.

Romero, Y., Vásquez, N., Couto, M. (2009). Propuesta para la calibración en el diagnóstico de Salud Bucal. Valencia, Venezuela: Corporación Graph.

Tagliaferro, E., Ambrosano, G.M., Meneghim, M., Pereira, A.C. (2008). Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. [Artículo en línea]. J. Appl. Oral Sci; 16(6): 408-413. Descargado de la red el 28 de enero de 2017 desde: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167877572008000600010&lng=en&nrm=iso.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas: Venezuela. María Teresa Hernández.

Vygotsky, L. (2009). El desarrollo de procesos psicológicos superiores. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/198533003/Vygotsky-El-Desarrollo-de-Los-Procesos-Psicologicos-Superiores-PDF>.

Anexos



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PLAN DE EDUCACIÓN PREVENTIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDA
A PADRES Y REPRESENTANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta un cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas la cual está relacionada con la educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos. Para su respuesta debe marcar con una X la alternativa que considere correcta. Su contribución resultará valiosa para el desarrollo de este trabajo, el cual es fundamental para optar al título de odontólogo.

1. ¿Conoce usted cuales son los alimentos hidrocarbonados y cariogénicos?
Si___ No___

2. ¿Su hijo o representado se cepilla más de dos veces al día?
Si___ No___

3. ¿Sabía usted que la técnica de cepillado que debe emplear su hijo o representado será dependiendo de la edad y desarrollo psicomotriz?
Si___ No___

4. ¿Cree usted que es factible que el padre o representante supervise el cepillado dental?
Si___ No___

5. ¿Conoce usted cuales son los agentes fluorados?
Si___ No___
6. ¿Su hijo o representado usa frecuentemente agentes fluorados?
Si___ No___
7. ¿Su hijo o representado a presentado en alguna ocasión caries dental?
Si___ No___
8. ¿Considera usted que visitando al odontólogo dos veces al año contribuya a la prevención bucal en los niños?
Si___ No___
9. ¿Considera usted que es necesario adquirir información básica sobre prevención bucal para disminuir la incidencia de caries en su hijo o representado?
Si___ No___
10. ¿Cree usted que es necesario la aplicación de material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal dirigida a padres y representantes de pacientes pediátricos que acuden a la clínica del niño y del adolescente II y III en la universidad José Antonio Páez durante el periodo Enero-Marzo 2017?
Si___ No___
11. ¿Acudiría usted a la universidad José Antonio Páez para recibir material de apoyo referente a educación preventiva sobre salud bucal?
Si___ No___