

Artículo

## **Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños.**

### **Community Education for children's buccal health.**

**(1) Nerys Tayme Tan Suárez (2) Carmen U. Alonso Montes de Oca (3) Norys Tan Suárez.**

1. Especialista de 1er. Grado en Estomatología General Integral. Instructor de Estomatología General Integral. Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró Calle 1ra. E/ Río y Carretera Central Oeste Camagüey. Teléfono: 297922
2. Especialista de 1er. Grado de Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar de Estomatología General Integral.
3. Estomatólogo General Básico.

## **Resumen**

Con el objetivo de determinar la influencia de las técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en niños se realizó un estudio de intervención en el consultorio 61 área Oeste de la ciudad de Camagüey. La muestra quedó constituida por 35 infantes. Se realizaron dos exámenes; el primero antes de las actividades educativas y el segundo concluidas estas, se les tomó el Índice de Análisis de la Higiene Bucal de Love, el Índice MEDI-MED de Rossetti y una entrevista estructurada para valorar el nivel de información. Se ejecutaron dos sesiones educativas mensuales durante un trimestre. Como conclusión se obtuvo que dichas técnicas constituyeron una opción válida para la promoción de salud bucal porque después de ejecutadas casi la totalidad de los pequeños obtuvieron bien en la eficiencia del cepillado, predominando las mentes y encías sanas, el promedio de dientes permanentes sanos no sufrió cambios y el nivel de información satisfactorio fue alcanzado por la mayoría.

Palabras Clave: MEDICINA COMUNITARIA; SALUD BUCAL

## **Introducción**

El objetivo principal de la medicina no es como generalmente se cree, el de curar enfermedades, sino el de preservar el estado de salud general. De igual forma la estomatología se proyecta no solo hacia el tratamiento de las afecciones, sino sobretodo a la preservación del estado de salud bucal de la población (1-2).

Las acciones de promoción de salud no son recientes pues a nivel mundial varios autores de una manera u otra mencionan la realización de las mismas desde siglos atrás, en los últimos 20 años se han revitalizados estos conceptos. (3-5)

En Cuba a partir de la década de los 80 con el surgimiento del Médico de Familia y su vinculación con el Estomatólogo se desarrolla la atención con un enfoque promocional basado más en trabajar “con” y “para” que “sobre” la Comunidad. (4)

La promoción de salud alude a la ganancia de bienestar como un todo, es la modificación de estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades. (5-6) Debe comenzar desde edades tempranas, pues es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño que modificarlas en un adulto. Su instrumento fundamental es la educación para la salud y dentro de ella las técnicas afectivo-participativas ayudan a modificar actitudes pues el individuo participa en el proceso enseñanza-aprendizaje. Es más fácil educar que curar. (7-10)

Las afecciones estomatológicas más comunes (caries dental y enfermedad periodontal) originan el 98% de la pérdida de los dientes, comienzan desde edades tempranas y tienen como agente etiológico a la placa dentobacteriana cuyo control se logra de una forma eficaz mediante la limpieza mecánica (11-12). Pero para ello el paciente debe estar motivado y correctamente instruido y esto solo se logra mediante la Educación para la Salud, los dientes limpios no serán afectados. (13-15)

Para lograr resultados concretos a través de la promoción hay que actuar en edades susceptibles a los cambios. Si en el período de seis a 12 años se desarrolla el aprendizaje imitativo de la conducta y se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno y malo se consideraría el momento idóneo para el desarrollo de comportamientos saludables, el impacto sería mayor. (16) Motivados por ello decidimos realizar una investigación para determinar la influencia de las técnicas afectivo-participativas en la promoción de salud bucal en niños de seis a 12 años.

## **Objetivos**

### **GENERAL:**

- Determinar la influencia de las técnicas afectivo-participativas para la promoción de salud bucal en niños.

### **ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar el nivel cognoscitivo y psíquico de los niños de 6 a 12 años en el consultorio # 61 del área Oeste de la ciudad de Camagüey.
- Determinar la eficiencia del cepillado mediante el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores al inicio y al final de la investigación.
- Determinar el estado de salud mediante el Índice MEDI-MED de Rossetti al inicio y al final de la investigación.
- Determinar el nivel de información al inicio y al final de la investigación.

## **Método**

Se realizó una investigación en servicios de salud donde se estudió la intervención sobre la salud bucal en niños, pertenecientes al consultorio 61 del área oeste del municipio de Camagüey, desde Noviembre del 2000 hasta Mayo del 2002. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta que los niños pertenecieran a la clasificación epidemiológica de sano o sano con riesgo. Así la muestra quedó conformada por 35 infantes.

En el primer examen: (antes de cualquier intervención) se tomaron los índices de Análisis de la Higiene Bucal (I.A.H.B) de Love y colaboradores, y el MEDI-MED de Rossetti, para medir eficiencia del cepillado y el estado de salud bucal respectivamente.

- Para el IAHB de Love y colaboradores.

**IAHB = (Número de superficies teñidas / Número de superficies examinadas) x 100**

Bien: valores de 0-20 %.

Regular: valores de 21-60 %.

Mal: valores de 61-100 %.

- Para el índice MEDI-MED de Rossetti.

**M:** indica la relación con el Estomatólogo, varió de Ms (mente sana) a Me (mente enferma) . Se consideraron mentes sanas aquellas que contestaron que si a la pregunta ¿te gusta ir al estomatólogo?.

**E:** indica el estado de salud de las encías, varió de Es (encía sana) a Ee (encía enferma). Se consideraron sanas aquellas encías que no sangran al cepillado.

**D:** indica el estado de salud de los dientes, varía de 0 a 32 siendo el 32 el valor de una boca con todos sus dientes permanentes sanos y disminuyendo por cada diente enfermo.

- Para la entrevista estructurada se le asignó un punto a cada respuesta correcta. Luego se sumaron los puntos para ver el total de posibilidades y a ese valor hallarle el 70% que corresponde con la categoría de satisfactorio.

**X= Nro de puntos x 70 / 100%**

No satisfactorio: 0-60%

Satisfactorio: 70-100%.

- Posteriormente se dividieron los niños en 3 grupos según su nivel cognoscitivo y psíquico; preescolares (6 años), escolares (7-9 años) y

adolescencia temprana. (10-12 años) Se impartieron las técnicas por separado a cada grupo con el objetivo común de explicarles las partes de la cavidad bucal, la acción de la placa dentobacteriana y la necesidad de su eliminación para prevenir las caries y periodontopatías. Los temas desarrollados fueron:

- ¿Qué son los dientes?
- La pantera rosa.
- Mi amigo el estomatólogo.
- Dientes y encías limpios, sonrisa feliz.
- Cepillo y sus amigos.
- Guardianes de la salud.

Se ejecutaron dos sesiones mensuales durante un trimestre con un promedio de una hora de duración; en ellas se fue profundizando en el nivel de conocimientos, reforzando el propósito establecido en la sesión anterior.

A los 6 meses se realizó el segundo examen de la misma forma que el anterior y se obtuvieron los resultados finales de la eficiencia del cepillado, el estado de salud bucal y el nivel de información. Los resultados se hallaron por estadística descriptiva mediante distribución de frecuencia en valores absolutos y porciento y se presentaron en tablas.

## **Resultados**

A la etapa escolar correspondió el 45.7 % y solo un 17.2% a los preescolares porque este último abarcaba únicamente a los niños de seis años y no un rango de edades. Al no abandonar ningún pequeño la investigación coincidió la caracterización inicial y final. (Tabla 1)

En la eficiencia del cepillado predominaron las calificaciones de regular y mal con un 45.7% y 31.5% respectivamente. Después de haber recibido las orientaciones sobre la higiene bucal correcta solo un niño se mantuvo en la calificación de mal para un 28% y 29 para un 82.9% obtuvieron bien (Tabla 2).

A pesar de que realizaban el cepillado al comenzar el estudio, un 42.9% solo lo hacía una vez al día y el 28.6 % dos veces al día. Al interrogar sobre los motivos planteaban que la permanencia en la escuela les imposibilitaba realizarlo con mayor frecuencia. Resultó significativo que al finalizar se logró un incremento, el 42.9% y 48.5% realizaban el cepillado tres y más veces al día respectivamente y ningún pequeño una sola vez. (Tabla 3)

Antes de la investigación predominaron la mente y encía enfermas en 26 y 21 niños respectivamente y después solo tres y nueve niños se mantenían en estas categorías.

El promedio de dientes sanos se mantuvo en ambos momentos, sí hubo diferencias entre el promedio de dientes temporales enfermos de seis al principio a dos al final. (Tabla 4)

Al relacionar el nivel de información antes y después de la investigación apreciamos que al inicio solo un 31.4% alcanzaba un nivel satisfactorio y al finalizar un 94.3%. (Tabla 5)

## **Discusión**

Mediante el aprendizaje por técnicas de dinámicas de grupo y control y verificación del cepillado se logró una modificación en la conducta de los infantes con respecto a su propio bienestar lo que se corresponde con lo planteado en otras investigaciones realizadas (17-18). La higiene bucal adecuada está relacionada con la frecuencia y calidad del cepillado. Según algunos autores cualquier interferencia en la compleja estructura organizativa de la placa dentobacteriana puede ser suficiente para alterar por ejemplo la glucólisis; por tanto si esta se realiza con mayor frecuencia los depósitos desorganizados de la placa no presentan peligro inminente. Así el interés tradicional de la higiene bucal es el control de las dos enfermedades más comunes de la cavidad bucal, la caries, y las periodontopatías tienen como punto de partida el control de la placa como elementos esenciales para la salud. (19-21) (Tablas 2 y 3)

Resultados similares han sido encontrados por Hugo Rossetti y colaboradores en sus investigaciones. El hecho de que una persona aumente su motivación para asistir al Estomatólogo significa a su vez que será más colaboradora para el aprendizaje de técnicas de higiene oral. Estudios realizados en Estados Unidos y por Løe desde 1965 muestran una relación inversa entre el incremento de las actividades educativas y la enfermedad gingival. La ausencia de variación del promedio de dientes permanentes sanos nos habla a favor de que estamos llevando la salud a los dientes permanentes, se trata de crear sanos en la comunidad, es mejor educar que curar. En cuanto a los dientes temporales la diferencia se debe a que los niños se encuentran en la fase más activa de exfoliación-erupción, los dientes valorados inicialmente fueron recambiados lo que hace que no sea posible la comparación pero sí es importante en la dentición temporal crear un hábito para que los permanentes no enfermen. (22-24) (Tabla 4)

El resultado final de un proceso de promoción debe ser la modificación en la conducta, para ello se requiere elevar el nivel de información junto con la motivación. (25) (Tabla 5)

## **Conclusiones**

1. Las técnicas afectivo-participativas constituyen una opción válida para la promoción de salud en niños.
2. Predominaron los niños incluidos en el nivel de escolares.
3. Al inicio del estudio aproximadamente la tercera parte de los infantes presentaron calificaciones de mal en la eficiencia del cepillado, al concluir casi la totalidad obtuvieron una calificación de bien.
4. Según el índice MEDI-MED al inicio las mentes y encías enfermas afectaron a más de la mitad de los niños los resultados finales mostraron un gran descenso.
5. El promedio de dientes permanentes sanos fue similar en ambos momentos.

6. Inicialmente predominó el nivel de información insatisfactorio en algo más de las dos terceras partes del grupo y al final casi la totalidad se incluyó en el nivel satisfactorio.

## **Summary**

With the objective of determining the influence of the affective-participative techniques for the promotion of buccal health in children, an intervention study in clinic 61, West area of Camagüey city was carried out. The sample was constituted by 35 infants. Two exams were carried out; the first one before the educational activities and the second one after concluding these. The Index of Buccal Hygiene Analysis of Love, the MEDI-MED Index of Rossetti and an interview structured in order to value the level of information of these children were used. Two monthly educational sessions were made during a trimester. To sum up, these techniques constituted a valid option for the promotion of buccal health because after applying them almost all children obtained a good mark in the efficiency of teeth brushing, prevailing healthy minds and gums, the average of healthy permanent teeth didn't suffer any changes and a satisfactory level of information was reached by most.

Key words: COMMUNITY MEDICINE; ORAL HEALTH.

Recibido: 29/6/03    Aprobado: 15/8/03

## **Referencias bibliográficas**

1. Uribe CM, Arbelaez MC. El mito de salud colectiva. Rev Fac Odontol Univ Antioquia 1997; 9 (9): 29-33.
2. Menéndez OR, Córdón Portillo JA. Agenda 21: Qué debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro. Rev Brasi Odont Saúde Colectiva 2000; 1 (2): 30-44.
3. Menéndez Otto R. Reflexiones sobre Educación para la Salud en Estomatología. ACAO Colectiva 1999; 2 (2): 1-3
4. Rodríguez Calzadilla A, Baly Baly MI. Atención Primaria en Estomatología, su articulación con el Médico de la Familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.

5. World Health Organization. Jakarta declaration on health promotion into the 21<sup>st</sup> century. Rev Panam Salud Pública 1998; 3 (1): 58-61.
6. Aristimuño CC. Educación para la salud. Reflexiones. Acta Odontol Venez 2000; 30 (3): 21- 3.
7. Flores O. Educação en ou practica de saúde enquanto practica social? ACAO Coletiva 1999; 2 (2): 19-24.
8. Cordón J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontología. ACAO Coletiva 1998; 1 (1): 7-26.
9. Andrade M. Ensinando a pessar. Abo Nac 1998; 6 (2): 70-3.
10. Rigel R. Cánepa C. Suelfi C, Visconti M. Enseñanza-aprendizaje en servicios de salud y comunidad. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2000; (julho): 75-85.
11. Fernández Blanco AS. Vacunas anticaries: nuevas estrategias contra la caries dental. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 1999; 28 (2): 14-7.
12. Palomba S, Napoli A, Fuks J, Tosi P. Programa de salud bucal en escolares. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 1999; 28 (4): 11-4.
13. González M, Balda Zavarce R, González Blanco O, Solórzán Peláez AL, Loyo Molina K. Estudio comparativo de tres métodos de diagnóstico de caries. Acta Odontol Venez 1999; 37 (3): 53-8.
14. Bordoni N, Squassi A, Bella Gamba H. Caries dental en niños de diferente nivel socioeconómico. Bol Asoc Argent P Niños 2001; 30 (4): 11-5
15. Andrade M. Prevencao á sueca. Abo Nac 1999; 7 (2): 76-8
16. Miranda JI de, Limas MMC, Torres MG, Sovieiro V, Cruz R de A. Promocao de saúde bucal en odontología uma questãa de conhecimento e motivacãa. Rev CROMG 2000; 6 (3): 154- 7
17. Rocha Ramos A, Ribeiro Pomarico de Souza I. Percepcao e practica de saúde bucal de escolares de primeiro grau no municipio de Río de Janeiro. ACAO Coletiva 1999; 2 (4): 37-9.
18. Bordón N, Bella Gamba H, Doño R, Piovano S, Marcántoni M, Squassi A. Efecto del autocepillado con Fosfato de Fluor Acidulado ph. 5,6. bol Asoc Argent Odontol P Niños 1999; 28 (1): 14-8.

19. Fernández Parra A, Gil Roales-Nieto J. Educación para la salud e intervención conductual en el desarrollo de hábitos de cepillado dental en la escuela. *An Modif Conducta* 1998; 14 (41): 383-99.
20. Sanz Pérez J. Influencia de la ingesta de alimentos dulces y de la higiene bucal en la caries dental. *Gac Dent* 1997; Septiembre (80): 54-6.
21. Hugoson A, Mordeyrd O, Slotte C, Thorstensson H. Distribution of periodontal disease in a Swedish adult population 1973, 1983 and 1973. *J Clin Periodontal* 1998; 25 (10): 542-8.
22. Rivas Gutiérrez J. Soler Luevano M, Treviño Rebollo M. Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la ciudad de Zacateca, México. *Rev ADM* 2000; 57 (6): 218-21.
23. Restrepos CC. Efecto de un programa de promoción en salud oral en la reducción del riesgo a caries en escolares del municipio de Angelópolis, Antioquía. *Rev Fac Odontol Univ Antioquía* 1999; 11 (1): 61-8.
24. Ramírez BS, Torres LS. Perfil buco-dental de los niños matriculados en el grado preescolar área urbana del municipio de Caldas. *Rev Fac Odontol Univ Antioquía* 2000; 11 (2): 51-8.
25. Freitas BC. Aspectos psicológicos de acondicionamiento en Odontología pediátrica. *ACAO Colectiva* 1999; 2 (1): 22-4. ç

## ANEXOS

**Tabla 1**

**Caracterización de los niños según su nivel cognoscitivo y síquico.  
Consultorio 61 área Oeste. Municipio Camagüey. 2002.**

Nivel cognoscitivo y síquico	No	%
Preescolares	6	17.2
Escolares	16	45.7
Adolescentes	13	37.1
Total	35	100

Fuente: Formulario

**Tabla 2.**

**Eficiencia del cepillado según el Índice de Análisis de la higiene Bucal  
(IAHB) de Love y col.**

I A H B	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Bien	8	22.8	29	82.9
Regular	16	45.7	5	14.3
Mal	11	31.5	1	2.8
Total	35	100	35	100

**Tabla 3**

**Frecuencia del cepillado al inicio y al final del estudio.**

<b>Número de veces al día</b>	<b>Inicio</b>		<b>Final</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
0	3	8.5	0	0
1	15	42.9	0	0
2	10	28.6	3	8.6
3	5	14.3	15	42.9
Más de 3	2	5.7	17	48.5
Total	35	100	35	100

**Tabla 4.**

**Estado de salud según Índice MEDI-MED de Rossetti.**

Índice MEDI-MED	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Mente sana	9	25.7	32	91.4
Menta enferma	26	74.3	3	8.6
Encía sana	14	40.0	31	88.6
Encía enferma	21	60.0	4	11.4
Promedio de dientes	30.7		30.7	

**Tabla 5**

**Distribución de los niños según el nivel de información**

Nivel de información	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Satisfactorio	11	31.4	33	94.3
Insatisfactorio	24	68.6	2	5.7
Total	35	100	35	100