



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**VALIDACIÓN DEL MODULO DE INSTRUCCIÓN SOBRE SALUD
BUCAL, EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN BÁSICA, DE LA ESCUELA
FISCAL MIXTA “ORIENTE ECUATORIANO”.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA.**

DIRECTOR: Dr. Enrique Carpio Cordero.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

**CUENCA – ECUADOR
2003**

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

DEDICATORIAS

A Dios, hacedor de todo.

A mis padres y hermanos que con amor, sacrificio y paciencia representan un soporte invaluable en mi vida, acción que me impulsó hacia la culminación de una de mis metas.

A la memoria de mi abuelita, Efigenia, que con su ejemplo simbolizó la fuerza y unidad familiar.

A Jorge por su cariño.

Zulay.

A Dios.

A mis padres adorados, ya que con su ejemplo y apoyo incondicional hicieron posible la culminación de este sueño tan anhelado.

A la razón de mi vida, mi hija Andrea Estefanía y a mi esposo Esteban, quienes con su amor y comprensión me dieron fuerza y valor para terminar con éxito mi carrera.

A mis queridos hermanos, padres y hermanos políticos, por su gran cariño y colaboración.

Angélica.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades y docentes de la Facultad de Odontología por haber compartido y brindado sus más altos conocimientos y valores, en beneficio de nuestra formación profesional. Al personal administrativo y de apoyo y, a todos, quienes de una u otra manera hicieron posible la culminación de este trabajo.

De una manera muy especial, nuestro profundo agradecimiento y reconocimiento al Doctor Enrique Carpio Cordero, Director de la presente Tesis, por la acertada conducción en la realización de la misma.

Agradecemos también al Personal Docente y Administrativo de la Escuela Fiscal Mixta “Oriente Ecuatoriano”, de manera especial a la señora María Luisa Rivera M., Directora del Plantel, así como también a la señora Zoila Rojas I., y al señor Rafael Guallpa O., profesores del Séptimo Año de Educación Básica, por su valiosa e importante colaboración y por las facilidades que nos brindaron.



RESPONSABILIDAD:

Todas las ideas, opiniones y comentarios, vertidos en la presente Tesis, son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito apreciar el nivel de conocimientos en Salud Bucal. Siguiendo las normas de la moderna Odontología, hemos creído que el mejor instrumento de elaboración y multiplicación del conocimiento son los niños; por tanto, se desarrolló en la escuela “Oriente Ecuatoriano”, ubicada en la comunidad de Buil-Chacapamba. El trabajo fue desarrollado con la finalidad de presentar alternativas de carácter preventivo en la atención odontológica.

Nuestra investigación, la hemos estructurado en cuatro capítulos, cada uno de los cuales aborda un contenido específico.

En el Capítulo I, se tratan los Aspectos Generales del Problema de Investigación, considerando el planteamiento, los objetivos y la descripción socio cultural y económica de los habitantes de la Comunidad Buil-Chacapamba; además el marco teórico de la investigación, en donde se desarrollan los conceptos y definiciones fundamentales sobre Salud Bucal, que se tomaron en cuenta en el proceso de investigación, sobre la base del contenido del Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal.

El Capítulo II, constituye el Procedimiento de la Investigación, partiendo del análisis de la metodología utilizada con los niños, los materiales empleados y una descripción de la ejecución del proyecto que se llevó a cabo en diez días laborables con una duración de dos horas y media por sesión ; en los seis talleres educativos desarrollados.



El Análisis de los Resultados, se plantea como Capítulo III, en donde se hace constar la estadística y su interpretación respectiva.

Como Capítulo IV constan las Conclusiones y Recomendaciones.

Mediante el desarrollo de este proyecto esperamos haber dado un aporte a la educación en el ámbito de la Odontología Preventiva, con lo cual hemos cumplido con nuestros propósitos, como el de impartir conocimientos sobre los problemas de Salud Bucal y sus posibles soluciones en la comunidad, identificar los riesgos de patologías bucales, frecuencia o gravedad, cómo reconocerlas y de ésta manera promover acciones en el campo de la prevención.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA

I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

En vista de que existe un documento: “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal”¹, que se desarrolló en el año de 1995, el que se aplicó en el proyecto en el “Sistema Móvil de Atención Odontológica” (SIMAO), y en la jurisdicción de Paute, como ayuda social, por el desastre de la Josefina, creemos que es oportuno ponerlo en práctica en sectores poblacionales distintos, considerando los resultados positivos que se obtuvieron en su aplicación.

Con este antecedente, ha sido nuestra preocupación realizar un programa de mejoramiento de higiene bucal, basado en la aplicación del módulo, a un grupo de niños, de la escuela “Oriente Ecuatoriano”, la misma que cuenta con una población escolar de 260 alumnos distribuidos en siete cursos de Educación General Básica, cada uno de los cuales se subdividen en dos paralelos, que son atendidos por catorce maestros. Ellos fueron capacitados para multiplicar y elevar el nivel de conciencia sobre la importancia de Salud Bucal en su comunidad, con el fin de modificar o cambiar actitudes y prácticas deficientes de higiene oral; para identificar problemas de patologías en la cavidad bucal para la conservación de la Salud Bucal como un plan integral.

I.2 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

¹ Se refiere al folleto educativo desarrollado por los doctores Enrique Carpio Cordero y Oswaldo Muñoz, profesores de la Facultad de Odontología, titulado: *Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal*, Cuenca, 1995.



Utilizar el “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal”, para determinar su validez y eficiencia en programas de salud preventiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- * Realizar talleres con la metodología del módulo, con niños comprendidos entre los diez y doce años de edad.
- * Evaluar la metodología, a través de un test de conocimientos y guías de discusión, sobre salud bucal.
- * Evaluar el proceso del pre y del post test para establecer los cambios.

I.3 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE BULL-CHACAPAMBA:

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según cifras preliminares obtenidas por el VI Censo de Población y V de Vivienda, realizado el 25 de noviembre del 2001, la población total de la comunidad de Buill-Chacapamba es de 896 habitantes, ubicada en los cuatro sectores que pertenecen a la comunidad, según el mapa geográfico, ocupando 309 viviendas, con un marcado predominio de la población femenina cuyo número es de 591 mujeres, debido a la migración de la población masculina².

² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Las familias están compuestas de 3 a 5 miembros, encontrándose niños a cargo de sus abuelos o tíos en aquellos hogares en los que se han dado el fenómeno migratorio con ausencia del padre o de la madre, recibiendo una atención limitada en sus necesidades más esenciales, tanto físicas como mentales.

ASPECTOS SOCIO-CULTURALES Y ECONÓMICOS

La gran mayoría de las viviendas son propias y en muchos de los casos se encuentran abandonadas, ya que sus dueños han emigrado; en su mayoría son construidas de ladrillo y bloque, gracias a los dólares que llegan.

Otro efecto del fenómeno migratorio se ve reflejado en el abandono de los campos, siendo cada vez menor el número de personas que trabajan la tierra, provocando un déficit en la nutrición; además de una insuficiente educación comunitaria, porque la organización y cooperación es baja.

Gran parte de las viviendas cuentan con servicio de agua entubada y luz eléctrica, no así con alcantarillado, supliendo esta necesidad con la construcción de letrinas y pozos sépticos. La población no dispone de un servicio regular de recolección de basura y, la gente por necesidad de desalojarla, la arroja a las quebradas o la quema, convirtiéndose en un foco de contaminación.

Las vías de acceso a la comunidad se encuentran en mal estado por falta de mantenimiento y preocupación de las autoridades pertinentes y, en cierto sentido, por descuido de la comunidad en general.³

I.4 MARCO TEÓRICO

Habiéndose basado nuestro trabajo en el “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal”, en el que se encuentra una clasificación de enfermedades de tejidos duros y blandos, en orden a prevalencia e incidencia en nuestra población, con terminología común, por estar dirigido a niños y a personas de escaso nivel de conocimientos, hemos considerado conveniente dar una explicación específica y a la vez técnica sobre ciertas patologías bucales, entre las que citaremos: caries, gingivitis, periodontitis, pericoronitis, estomatitis herpética, candidiasis, estomatitis aftosa, faringitis y amigdalitis, mácula melanótica, nevos, melanoma maligno, abscesos apicales, pápula, leucoplasia, carcinoma de la mucosa bucal, maloclusión, labio y paladar hendido, subluxación y luxación mandibular; conceptos sobre los que se necesita tener conocimientos para revertirlos en el campo pedagógico de una enseñanza normativa y estratégica.

A continuación presentamos en forma pormenorizada los conceptos y definiciones de dichas enfermedades, en procura de una cabal comprensión por parte de quienes serían actores inmediatos en la

³ Información recabada de los archivos de la escuela “Oriente Ecuatoriano”, entrevistas y conversación directa con los profesores, alumnos, miembros de la comunidad y lectura de revistas como, “Guapán”.

aplicación del Módulo, como disciplina educativa en el campo de la Salud Bucal.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

CARIES:

La virulencia de la caries dental se debe a la interrelación de varios factores presentes para que se inicie la lesión. Dichos factores son: el huésped, las bacterias y la dieta, además, el factor tiempo, que permite esclarecer de una forma más precisa esta enfermedad. En la lesión cariosa están presentes varios microorganismos acidógenos, sin embargo evidencias clínicas y comprobaciones de laboratorio han demostrado como agente causal primario al *Streptococcus mutans*.

La microbiología de la caries de esmalte está representada por los *Streptococcus* del grupo *mutans*, en la desmineralización temprana o superficial, mientras que los *Actinomyces viscosus* y *Lactobacillus* se presentan en estadios tardíos de la formación de la lesión. A nivel de las superficies lisas predomina el *Streptococcus* del grupo *mutans*, así como también *Actinomyces* y otras especies de S., mientras en las fosas y fisuras predominan los S. del grupo *mutans*, principalmente, además S. *sanguis* y *Lactobacillus*. En las superficies interproximales encontramos S. del grupo *mutans* y *Lactobacillus*.

Una vez destruido el esmalte, la caries se disemina rápidamente, debido al bajo contenido mineral. A nivel de dentina la comunidad



microbiana es diversa, con anaerobios obligados, pertenecientes a los gérmenes *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Eubacterium*, *Lactobacillus* y *Propionibacterium*, en bajas proporciones se hallan los S. del grupo *mutans* en especial los que provienen de caries de fosas y fisuras, *Actinomyces naeslundii*, a nivel de raíz y *Capnocytophaga gingivalis*, que tienen el potencial de invadir los túbulos dentinarios.⁴

GINGIVITIS: Es la inflamación del tejido de la encía, se puede presentar en una forma aguda, subaguda o crónica. La gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de los irritantes locales y de la resistencia de los tejidos bucales. La gingivitis aguda o incluso subaguda, rara vez se presenta; en cambio la gingivitis crónica es muy común, especialmente en personas ancianas.

Etiológicamente la gingivitis es muy variada en ella se consideran factores locales y sistémicos.

Los factores focales están constituidos por la presencia de: microorganismos, placa bacteriana, sarro, impactación de comida, restauraciones o aparatos mal contruidos o irritantes, respiración bucal, mal posición dental, aplicación química o de drogas, etc.

Los factores sistémicos están representados por: alteraciones nutricionales, acción de drogas, embarazo, diabetes y otras disfunciones

⁴ SEIF, Tomas, Et. Al, Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental, 1ra Edición, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. C. A, Venezuela, 1997. Págs. 44, 45, 47, 48, 49.



endocrinas, alergia, herencia, fenómenos psíquicos, infecciones granulomatosas específicas, disfunción neutrofilia, inmunopatías.

Las primeras manifestaciones clínicas consisten en alteraciones en el color del borde o margen libre de la encía que va desde rosa profundo hasta rojo intenso a rojo azulado, conforme la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se hace más intenso. Otro signo es el sangrado que generalmente es espontáneo, el edema que siempre acompaña la respuesta inflamatoria y causa ligera hinchazón de la encía y pérdida del punteado normal característico. El aumento de tamaño de la encía favorece la colección de más desechos y bacterias, lo cual a su vez induce mayor irritación a nivel del surco gingival y al profundizarse origina la periodontitis.⁵

GINGIVITIS DEL NIÑO: Se presenta habitualmente durante la preadolescencia y la adolescencia, denominada también “gingivitis crónica o inespecífica”, se localizada en la zona anterior o aparece en forma generalizada; es asintomática y, puede persistir por largos periodos sin mejorar mucho.

Glauser y colaboradores, observaron que la lesión gingival color rojo fuerte no se acompaña de papilas vestibulares agrandadas ni asociadas con irritantes locales. Prevalece en las niñas asociada con alteraciones hormonales, descartándose una alteración bacteriana.

⁵ SHAFER, William g., Et al. “Tratado de Patología Bucal”. Cuarta edición, Interamericana, México 1987. Págs. 804, 805, 808.



Los factores etiológicos son de orden local y sistémicos como: higiene oral inadecuada, acumulación de materia alba y placa bacteriana, además contribuyen dietas inadecuadas (baja ingesta de hortalizas y frutas), maloclusión, caries con bordes filosos que comprometen a la encía, restauraciones defectuosas con bordes salientes. Los irritantes locales persistentes producen gingivitis hiperplásica en niños y adultos jóvenes.⁶

GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA: Este trastorno inflamatorio afecta al margen gingival y a la papila interdentaria, no es transmisible. Se puede presentar a cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes y edad media entre 15 y 35 años. Es causada por factores locales: infecciones pericoronarias, restauraciones sobresalientes, pérdida del punto de contacto, trastornos circulatorios y nutricionales, traumatismo local del margen gingival por cálculos. Factores generales: desnutrición, baja en la ingesta de vitamina C y Complejo B, enfermedades hematopoyéticas, trastornos digestivos y endocrinos, situaciones de tensión y fatiga externa.

Se caracteriza por el desarrollo de una encía hiperémica dolorosa, aumenta el flujo salival, hay sangrado espontáneo al ser presionada, y si aumenta considerablemente, el diente se torna de color gris superficial, sin presencia de cálculos, el paciente pierde el sentido del gusto. Entre las lesiones que parten de ella tenemos: úlcera en forma de sacabocados, a nivel de las papilas interdentarias y encías marginales, en mejillas, labios

⁶Mc Donal Ronal Odontopediatría, 1998.



y lengua, también en el paladar y faringe, a veces en las amígdalas. Los ganglios de la región crecen ligeramente.

En los casos avanzados puede existir manifestaciones generalizadas o sistémicas, como leucocitosis, alteraciones gastrointestinales y taquicardia.⁷

PERIODONTITIS: Es una enfermedad bucal muy común que se asocia con una irritación local, su periodo de formación empieza como una gingivitis marginal, la cual debe ser tratada a tiempo, aplicando un tratamiento adecuado, contrario a ello la afección progresa hasta llegar a una periodontitis crónica destructiva. Es más común en el adulto, aunque en ocasiones se encuentra en los niños, en especial cuando no hay buena higiene bucal o en ciertos casos de mala oclusión.

El periodonto se inflama, por la destrucción progresiva de los tejidos que sostienen al diente, el cambio destructivo del periodonto conlleva a la pérdida del hueso y ligamento periodontal, por lo cual los dientes se aflojan y caen. Los factores etiológicos son los mismos que afectan a la gingivitis, pero más intensos.⁸

PERICORONITIS: Con este término se designa a una infección bastante típica de la encía pericoronaria en sentido distal al molar mandibular en erupción generalmente. Es frecuente en los jóvenes durante los periodos eruptivos de un tercer molar. La mayor incidencia se da en la zona mandibular. El orificio pericoronar actúa como una bolsa que

⁷ BURKET, *Medicina Bucal*, 6ta edición. Editorial Interamericana, México, 1995. Págs. 31-39.

⁸ SHAFER, Ob,Cit. Págs. 820-822, 824.

facilita la acumulación de detritus alimenticios favoreciendo el desarrollo bacteriano.

Características clínicas: Este tipo de inflamación se caracteriza por el aumento en el volumen del tejido in situ, enrojecimiento y dolor local al contacto con el diente antagónico, que puede irradiarse hacia el oído, faringe y piso de boca; existe sensibilidad dolorosa al palpar el colgajo y al descubrirlo se nota la presencia de una zona roja y sangrante. Sus signos son patognomónicos, con disfagia y cierto grado de trismus muscular, que limita la traslación de la mandíbula.⁹

INFECCIONES EN LA BOCA

ESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA: Es una enfermedad común que se desarrolla en niños, adolescentes y adultos, su modo de transmisión es a través de la saliva. El causal etiológico es el Virus del Herpes Simple tipo I. El ataque primario en niños se caracteriza por fiebre, irritabilidad, dolor de cabeza, dolor en la zona afectada, linfadenopatía regional. Se presenta en labios, lengua, mucosa bucal, paladar, faringe y amígdalas. Las vesículas son de color amarillento, llenas de líquido, éstas se rompen y forman úlceras superficiales, desiguales, hipersensibles, cubiertas por una membrana grisácea y rodeada por un halo eritematoso.

Es importante reconocer que la inflamación precede por varios días a la formación de vesículas, las que varían en tamaño, pudiendo ir de

⁹ ZEGARELLI, Edward, Salvat editores, Pág. 133.



milímetros hasta varios centímetros de diámetro, sanan de manera espontánea en un lapso de siete a catorce días y no dejan cicatriz, cuando esto ocurre el virus pudo emigrar hasta el ganglio trigémino y permanecer latente.

La Estomatitis Herpética Primaria, presenta un grado de mayor intensidad en su sintomatología, originando la Estomatitis Herpética Labial Recurrente o Secundaria, lesión característica en adultos que no han desarrollado anticuerpos, presentándose también en los dedos, manos y ojos. La recurrencia se asocia con traumatismo, fatiga, menstruación, embarazo, infección de vías respiratorias, problemas emocionales, alergia, exposición solar o a lámparas de luz ultravioleta o alteraciones gastrointestinales. Las lesiones son pequeñas aproximadamente de un milímetro de diámetro, que tienden a presentarse en racimos localizados y se unen para formar lesiones grandes de color gris o blanco, las vesículas sanan gradualmente en un lapso de siete a diez días y no dejan cicatriz. Pudiendo recurrir al mes o al año de presentarse¹⁰.

CANDIDIASIS: La candidiasis llamada también moniliasis o algodoncillo es causada por un hongo, denominado *Cándida (Monilia) albicans*, que habita comúnmente en la cavidad bucal, aparato digestivo y vagina, de personas que clínicamente no están afectados, generalmente se presentan en individuos con defensas bajas, niños y pacientes que reciben tratamiento continuo de antibióticos, los cuales destruyen la flora

¹⁰ SHAFER, Ob. Cit. Págs. 71-73



bacteriana normal; y el uso de medicamentos inmunosupresivos en particular los corticoesteroides y citotóxicos.

La candidiasis bucal se clasifica en aguda y crónica. Así en el tipo agudo tenemos a:

1. **CÁNDIDA BUCAL PSEUDOMEMBRANOSA AGUDA**

(ALGODONCILLO): Es la variedad más común de la enfermedad, se origina a cualquier edad, por lo regular en personas débiles o crónicamente enfermas, o en lactantes. Las lesiones se caracterizan por la aparición de coágulos o placas ligeramente elevadas, blancas, blandas, en la mucosa bucal y lengua pero también se observan en el paladar, encía y piso de la boca, éstas placas pueden ser eliminadas con una gasa y dejan ya sea una mucosa de aspecto relativamente normal o una área eritematosa.

2. **CANDIDA BUCAL ATROFICA AGUDA:** Se presenta como secuela de la Cándida Bucal Pseudomembranosa Aguda, las lesiones son más rojas que blancas, pudiendo aparecer en cualquier sitio. Según Lehner es la única variedad de Cándida Bucal que causa dolor.

La clase crónica a su vez se subdivide en tres tipos :

1. **CÁNDIDA HIPERPLASICA CRÓNICA:** Es del tipo “Leucoplásico” de la Candidiasis, las lesiones bucales consisten en placas firmes de color blanco, persistentes que se localizan en labios, lengua y carrillos. Estas lesiones pueden durar años.

2. **CÁNDIDA MUCOCUTANEA CRÓNICA:** Presenta lesiones bucales de todos los tipos, es similar a la Cándida Hiperplásica Crónica.
3. **CÁNDIDA ATRÓFICA CRÓNICA:** Es sinónimo de “boca ulcerada por el uso de prótesis total”, es una inflamación difusa del área que soporta la dentadura y que a menudo se presenta con queilitis angular.¹¹

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE.- Es una enfermedad común que se caracteriza por el desarrollo de ulceraciones dolorosas de la mucosa bucal que recurren solitarias o múltiples. Los factores etiológicos son: infecciones bacterianas especialmente por *Streptococcus sanguis*, alteraciones inmunitarias, deficiencia de hierro, de vitamina B12 o ácido fólico, traumatismos, factores alérgicos. Clínicamente al inicio se presenta unos nódulos pequeños, edema generalizado en la cavidad bucal, parestesia, indisposición, fiebre, linfadenopatía localizada y vesículas que son superficiales, cubiertas por una membrana grisácea, rodeada de un halo eritematoso; su tamaño varía de 2 a 3 mm. hasta 10 mm. de diámetro, estas úlceras herpetiformes recurrentes se caracterizan por el crecimiento de múltiples úlceras pequeñas, edematizadas, siendo más de 100. Se presentan en la mucosa bucal y faringe, excepto en el paladar duro; persisten de siete a catorce días y después sanan sin dejar cicatrices.

¹¹ SHAFER, Ob, Cit. Págs. 401-403.

La Estomatitis Aftosa Recurrente presenta úlceras más grandes, dolorosas, persisten durante más de seis semanas y dejan cicatriz después de sanar¹².

FARINGITIS Y AMIGDALITIS: Es una infección de la mucosa y tejido linfoide de la faringe y amígdalas y puede ocurrir como un incidente aislado o coincidir con una afección respiratoria superior. El agente etiológico puede ser un virus, el Virus Herpes Simple Tipo I, o bacterias como el *S. hemolítico beta del grupo A (S. pyogenes)* y muy rara vez la difteria. La diferencia entre faringitis y amigdalitis es muy arbitraria, ya que la mayoría de los pacientes con amígdalas que tienen una infección faríngea presentan amigdalitis. Así mismo si se han extraído estas estructuras no habrá amigdalitis. En la sintomatología el paciente presenta dolor de garganta con disfagia. Pueden estar presentes los síntomas concurrentes de un resfriado común si el agente etiológico es el virus. Rara vez ocurre un absceso periamigdalino como complicación de una amigdalitis caracterizado por reacción sistémica notable con dolor intenso, tumefacción amigdalina, notable disfagia y leucocitosis alta. El diagnóstico etiológico igualmente se lo hará mediante un cultivo de garganta.¹³

LESIONES MELANÓNICAS PARDAS:

MACULA MELANOTICA, EFÉLIDES BUCALES: Es una peca cutánea de color parda o negra, caracterizada por el aumento de síntesis

¹² SHAFER, Ob. Cit. Págs. 375-379.

¹³ LYNCH, M, Medicina Bucal de Burket, 9na Edición, Editorial McGraw-Hill, México 1996, Págs. 441-442.



de pigmentación de melanina, originándose de la exposición actínica o a la luz solar aparece en ambos sexos, no en niños, se presenta generalmente en labios, la lesión macular es asintomática, también se encuentran en encías, paladar y mucosa vestibular. El diagnóstico diferencial deberá realizarse con nevos, melanomas tempranos de amalgamas, diseminación superficial, tatuajes y equimosis focales. Una vez que se extirpa, no requiere cirugía adicional.¹⁴

NEVOS:

NEVOCELULAR: Es la proliferación benigna de melanocitos, según su histología existen dos variedades: los nevo nevocelular y los nevos azules. Los N. Nevocelular surgen de melanocitos de la capa basal al inicio de la vida, con el tiempo los melanocitos forman racimos en la unión epitelio-mesenquimatoso y proliferan hacia el tejido conjuntivo, sin invadir vasos y linfáticos, al final de la pubertad éstos pierden su continuidad con el epitelio superficial y las células se localizan en tejidos conjuntivos más profundos llamándose nevos intramucosos en la boca, y nevos intradérmicos en la piel, viéndose como nódulos elevados que con frecuencia sobresalen pelos.

NEVO AZUL: Como su nombre lo indica, es de color azul en la piel porque las células melanocíticas se encuentran en la profundidad del tejido conjuntivo y los vasos suprayacentes oscurecen la coloración parda de la melanina, proporcionando un tinte azul.

¹⁴ LYNCH, M, Ob. Cit. Pág. 126, 127

En la mucosa bucal estos nevos tienden a ser de color pardo y pueden ser maculares o nodulares, aparecen a cualquier edad, con mayor frecuencia en el paladar, encías, mucosa vestibular y labios.¹⁵

MELANOMA MALIGNO: Se presenta en áreas sujetas a exposición solar como la piel de la cara y región malar. Estos melanomas cutáneos faciales pueden ser maculares o nodulares y de coloración muy variable, desde parda a negra, hasta azul con zonas de despigmentación, presentan bordes desgarrados e irregulares. Los melanomas mucosos son muy raros y los que surgen se localizan en la encía labial anterior y parte delantera del paladar duro. Su diseminación es radial o superficial y también en sentido vertical hacia el tejido conjuntivo, pudiendo existir metástasis involucrando regiones linfáticas y hematógenas.¹⁶

ABSCESOS:

ABSCESO APICAL: Es una concentración localizada de pus, en una cavidad formada por la desintegración de tejidos. Según el grado de formación tiene descarga de exudado, intensidad de dolor y presencia o ausencia de signos y síntomas generales, los abscesos apicales pueden dividirse en fases “aguda” y “crónica”.

ABSCESO APICAL AGUDO: Es una inflamación de los tejidos periapicales del diente, con formación de exudado dentro de la lesión. Su causa es la penetración rápida de microorganismos o sus productos, desde el sistema de conductos radiculares. Se ha demostrado que un absceso puede surgir sin la presencia de bacterias, llamado “Absceso

¹⁵ LYNCH, MOb. Cit. Pág. 127, 128

¹⁶ Íbidem



Estéril”, también puede ser resultado de infección y destrucción tisular rápida, causada por periodontitis apical crónica, llamándose “Absceso Fénix”.

Presenta edema, pudiendo ser localizado o difuso, el examen clínico de un diente con absceso apical agudo, revela diversos grados de sensibilidad a la percusión y a la palpación, no existe reacción pulpar al frío, calor o a estímulos eléctricos, ya que la pulpa del diente afectado está necrosada. Las características radiográficas varían desde un engrosamiento del espacio del ligamento periodontal hasta la presencia de la lesión periapical franca. La sintomatología es dolorosa debido a la presión causada por la acumulación de exudado dentro de los tejidos limitantes. También se pueden presentar síntomas generales como la fiebre, malestar general y aumento en la cuenta de leucocitos.

La propagación de la reacción inflamatoria hacia el hueso esponjoso da como resultado la resorción del hueso periapical, originando una osteitis aguda. Además la lesión perfora los tejidos hacia la superficie; la erosión del hueso cortical y la extensión del absceso a través del periostio hacia los tejidos blandos, suelen acompañarse de hinchazón y cierto alivio. Con frecuencia la hinchazón es local, aunque también puede tornarse difusa y diseminarse en forma amplia, originándose la Celulitis.

ABSCESO APICAL CRÓNICO: También llamado periodontitis apical supurativa. Un absceso apical crónico está relacionado con la salida gradual de irritantes del sistema de conductos radiculares hacia los



tejidos periapicales y la formación de un exudado. Este tipo de absceso se asocia con un trayecto fistuloso que drena en forma continua o intermitente hacia la mucosa bucal o piel de la cara. El exudado también puede drenar a través del surco gingival del diente afectado, imitando una lesión periodontal similar a una “bolsa”. Sin embargo, esta no es una verdadera bolsa periodontal, ya que no existe una separación del tejido conectivo respecto a la superficie radicular. Sin embargo, si no es tratada puede cubrirse con epitelio y convertirse en un verdadera bolsa periodontal.

Suele ser asintomático; es la respuesta inflamatoria a una reacción por bacterias de baja virulencia, provenientes del conducto radicular. Mediante la anamnesis, el paciente indicará que tuvo una molestia o un traumatismo en el área afectada, siendo esta la causa de la necrosis pulpar, está frecuentemente asociado con restauraciones dentales antiguas, grandes obturaciones de resina o de amalgama y un gran número de puentes. En ocasiones una radiografía de rutina revelará el absceso apical crónico asociado con un diente anterior que ha cambiado de color. Esto puede aparecer como un área de radiolucidez difusa alrededor del ápice del diente en cuestión, y puede variar desde una lesión menor hasta una pérdida masiva de hueso. La resorción externa de la raíz también es un hallazgo frecuente.¹⁷

¹⁷ INGLE, J, *Endodoncia*, 3ra. edición. Editorial Interamerica, México, 1999. Pág. 441-444, 545-546.

PÁPULA: Es una lesión elevada, eruptiva, sólida, circunscrita, con un diámetro de cinco milímetros, puede ser palpada como acné, termina generalmente por descamarse¹⁸.

LEUCOPLASIA: Es una alteración que pertenece al grupo de lesiones “pre malignas” de origen epitelial, se presenta como una placa blanca en la mucosa que no se puede raspar o eliminar. Los factores etiológicos más frecuentes han sido el tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, alteraciones endócrinas, galvanismo y radiación actínica en caso de leucoplasia labial. Clínicamente la lesión presenta una variación en tamaño, localización y apariencia yendo desde un área blanca, no palpable, bastante translúcida, hasta lesiones induradas, gruesas, fisuradas, papilomatosas.

Restrup señaló que a menudo se afectaba la mucosa bucal y las comisuras labiales, seguido en orden decreciente por mucosa alveolar, lengua, labios, paladar duro y blando, piso de la boca y encía. El diagnóstico final es histopatológico presentándose una displasia del epitelio superficial¹⁹.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL Y LA ENCÍA:

Corresponden a cada una de ellas, por separado, el 10% de los cánceres de células escamosas. El grupo más afectado es el de varones que se encuentran en la séptima década de vida. El tabaco masticable es la

¹⁸ JABLONSKI, Stanley. Diccionario Ilustrado de Odontología, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1992.

¹⁹ SHAFER, Ob, Cit. Págs. 92-98

principal causa de la lesión. La presentación clínica varía y puede encontrarse placas blancas, ulceradas que no cicatrizan o lesiones exfolíticas, estas últimas corresponden a un subtipo de carcinoma de células escamosas, el Carcinoma Verrugoso, que presenta base amplia, de crecimiento lento muy bien diferenciado que en raras ocasiones produce metástasis, por lo que el pronóstico es favorable. El diagnóstico definitivo es histopatológico, presentando perlas de queratina y queratinización de las células²⁰.

MALOCLUSIÓN: Mal posición y contacto de los dientes superiores e inferiores que interfiere en la máxima eficiencia durante los movimientos excursivos de los maxilares que son esenciales para la masticación. Originalmente clasificada por Angle en cuatro grupos principales que dependen de la relación maxilar ántero-posterior indicada por la interdigitación de los primeros molares: la Clase IV ya no se usa.

CLASIFICACIÓN DE ANGLE DE LA MALOCLUSIÓN:

CLASE I (NEUTROCLUSIÓN): Relación ánteroposterior normal de los maxilares, indicada por la interdigitación correcta de los molares superiores e inferiores, pero con apiñamiento y rotación de dientes en otras partes; por ejemplo: displasia dental o deficiencia de longitud del arco.

²⁰ SCIUBBA, James y REGEZI, Joseph. "Patología Bucal" McGraw- Hill, Interamericana, 1991, Págs. 77, 80.



CLASE II (DISTOCLUSIÓN): El arco dental inferior es posterior al superior en uno o ambos segmentos laterales; el primer molar inferior es distal al primer molar superior.

División 1: Bilateralmente distal con arco superior estrecho e incisivos superiores en protrusión.

Subdivisión: Unilateralmente distal con las demás características iguales.

División 2: Bilateralmente distal con arco superior normal o cuadrado, retrusión de los incisivos centrales superiores, mal posición labial de los incisivos laterales superiores y sobre mordida excesiva.

Subdivisión: Unilateralmente distal con las demás características iguales.

CLASE III (MESIOCLUSIÓN): El arco inferior es anterior al superior en uno o ambos segmentos laterales; el primer molar inferior es mesial al primer molar superior.

División: Los incisivos inferiores están ligeramente en mordida cruzada anterior.

Subdivisión: Unilateralmente mesial, con las demás características iguales.

CLASE IV: Las relaciones oclusales de los arcos dentales presentan oclusión distal en una mitad lateral de la boca, y oclusión mesial en la otra.²¹

MALFORMACIONES, LABIO LEPORINO, FISURA DEL PALADAR: Es una deformidad congénita orofacial que consiste en fisura del labio, con o sin hendidura en el paladar o hendiduras aisladas en el paladar duro o en el paladar blando, debido a diferentes factores embriológicos, etiológicos y epidemiológicos, el labio leporino y el paladar hendido están asociados a menudo con una deformidad o síndrome orocraneal y con otras deformidades del cuerpo.

En el caso de labio leporino hay preponderancia masculina en los casos severos o con fisuras bilaterales o completas; en el caso del paladar hendido la preponderancia es femenina.

ETIOLOGÍA: Los factores etiológicos se clasifican en tres categorías:

- Genes mutantes: conocidos generalmente como patrones de herencia mendelianos del tipo del síndrome Treacher-Collins.
- Aberraciones cromosómicas, como los trisomas más comunes u otros síndromes cromosómicos asociados de eliminación o duplicación.

²¹ JABLONSKI, Stanley, Ob. Cít.



- Síndromes teratológicos secundarios por la ingestión de fármacos (corticosteroides) o alcohol.

SISTEMAS Y ÓRGANOS AFECTADOS:

- Paladar primario (premaxilar, tabique anterior, labio y cresta dentoalveolar) de forma unilateral, bilateral, completo o incompleto.
- Paladar secundario (detrás del foramen incisivo o papila incisiva: paladar duro y blando y úvula), unilateral, bilateral, completo o incompleto; también fisura submucosa que no se observa en inspección oral.
- Anodoncia o ausencia congénita de dientes, en particular de los incisivos superiores laterales en la hendidura; también los segundos premolares inferiores o superiores, o ambos. Es usual la presencia de dientes supernumerarios erupcionados o no; fusión de dientes; variación en su tamaño o situación y mal posición dentaria.
- Deformidad maxilar, con deficiencias en sus dimensiones vertical y antero posterior, fisura oro nasal después de la reparación del paladar posterior. En ocasiones encontramos prognatismo mandibular relativo²².

SUBLUXACIÓN MANDIBULAR: Es un desequilibrio en la fisiología masticatoria de la mandíbula, puede resultar a consecuencia de restauraciones defectuosas, mal posición dentaria, prótesis desadaptadas, ausencia de órganos dentales, originando poco a poco un

²² HUPP, V, Vademécum Clínico Odontológico, Editorial McGraw- Hill, México, 1999. Págs, 342-343.



constante estiramiento y elongamiento de los diferentes elementos capsulares, ligamentos y músculos del aparato estomatognático, resultando una subluxación viciosa de la Articulación Temporo-Mandibular, con sintomatología dolorosa.

Entre la sintomatología, el paciente demuestra mayor amplitud al abrir la boca de lo normal, tanto en forma clínica como radiográfica se determina que el cóndilo está por delante de la raíz transversa del cigoma del hueso temporal. Para cerrar la boca la persona realiza movimientos especiales para acomodar estas viciosas posiciones, pues el cóndilo tendrá que transponer al cóndilo del temporal que ha quedado por detrás de él.

LUXACIÓN MANDIBULAR: La luxación de la Articulación Temporo-mandibular, ocurre cuando la cabeza del cóndilo se desplaza hacia adelante sobre la eminencia articular en una posición tal que no puede regresar voluntariamente a su posición normal. Originariamente este problema traumático se presenta por acción violenta, haciendo que el cóndilo mandibular se desplace por delante del cóndilo del temporal, venciendo violentamente a la acción de los elementos de sostén de la articulación, entrando en juego la acción muscular y de los ligamentos para ser mantenido el mismo fuera de la cavidad glenoidea; el paciente con este cuadro deberá asistir ante un profesional, el mismo que deberá reducir esta luxación, lo más pronto posible, en algunos casos por el tiempo que puede pasar sin atención se cumplirá la reducción bajo la acción de anestesia general. Transcurrido un tiempo de tres a cuatro



semanas, la reducción tendrá que ser atendida dentro del plano quirúrgico.²³

CAPITULO II

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1 METODOLOGÍA DE TRABAJO UTILIZADA CON LOS NIÑOS

El proceso de trabajo seguido para el cumplimiento de los propósitos de nuestra investigación para el mejoramiento de la Salud Bucal, se desarrollaron sobre la base de la metodología diseñada en el Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal, cumpliéndose además con determinados pasos protocolarios establecidos así:

²³ LYNCH, MOb. Cit. Pág. 321.

- DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA.
- PRESENTACIÓN CON EL PERSONAL DOCENTE Y ALUMNADO DEL PLANTEL.
- APLICACIÓN DE LA FICHA DEL PRE-TEST.
- EJECUCIÓN DE TALLERES EDUCATIVOS.
- DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE DISCUSIÓN.
- PRÁCTICAS DEMOSTRATIVAS Y DE INTERVENCIÓN COLECTIVA SOBRE HIGIENE ORAL.
- OBTENCIÓN DE LA FICHA DEL POST-TEST.

DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo estuvo conformado por los alumnos de la Escuela Fiscal Mixta “Oriente Ecuatoriano”, de la comunidad de Buill-Chacapamba, matriculados en dicho establecimiento, para el año lectivo 2002-2003. La muestra lo constituyó un grupo de 30 escolares, conformada por 14 hombres y 16 mujeres; pertenecientes a los paralelos “A” y “B” del Séptimo año de Educación General Básica, en edades comprendidas entre los diez y doce años.

PRESENTACIÓN CON EL PERSONAL DOCENTE Y ALUMNADO DEL PLANTEL



Nuestra presentación a la Señora Directora, Personal Docente y alumnado del Establecimiento, constituyó el paso inicial de nuestro trabajo, a través de la cual se logró establecer un vínculo de acercamiento favorable, tanto para nosotras, cuanto para los niños y niñas participantes, garantizando una interacción positiva de los escolares seleccionados, en un medio confiable para un desenvolvimiento natural y franco, características vitales que persigue nuestro estudio, quedando de esta manera establecido el compromiso de trabajo.

APLICACIÓN DE LA FICHA DEL PRE-TEST.

Constituyó el siguiente paso planificado dentro de la metodología de trabajo; la aplicación de la ficha nos llevó a conocer el grado de educación sobre Salud Bucal que poseían los estudiantes en ese momento. La ficha la desarrollaron en forma personal los escolares y, los datos nos sirvieron para la posterior información del conocimiento científico, su memorización y práctica; comparaciones y la respectiva verificación de los cambios esperados; sirviéndonos también este documento como material de apoyo, y respaldo de lo conseguido.

DESCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS TALLERES EDUCATIVOS:

El siguiente paso dentro de los lineamientos metodológicos establecidos y, como parte central del trabajo, fue la ejecución de los Talleres Educativos. Estos se desarrollaron durante seis sesiones, en las cuales se trataron los diversos contenidos del “Módulo de Instrucción



Sobre Salud Bucal”, poniendo énfasis en el campo preventivo. Para esto se realizaron exposiciones y demostraciones gráficas, apoyándonos en la utilización de material didáctico llamativo como: cuadros sinópticos, trípticos y papelógrafos; logrando así la mejor atención, motivación, captación y asimilación, de los niños, garantizando de esta manera elevar el grado de conocimientos sobre Salud Bucal.

El desarrollo de los talleres educativos se llevó a efecto de la manera siguiente:

PRIMERA SESIÓN:

En esta sesión se les informó a los niños sobre las causas que contribuyen al deterioro de la salud bucal y cómo prevenirlas. Se las identificó de origen social, biológico, económico y cultural, ante el problema de enfermedad, la curación y rehabilitación limitadas, al no ofrecer solución, llevan a la mortalidad de la pieza dental, con afección en cavidad bucal y repercusiones orgánicas.

Se explicó que mediante exámenes de laboratorio y de campo, las enfermedades más frecuentes son caries y gingivitis.



La atención en el campo preventivo en estos sectores es reducida, sin hacer un correcto uso de lo que existe, por lo que no se evita la enfermedad, siendo más costoso tratar dicha alteración que hacer prevención.

Por tanto se les advirtió que no se puede mejorar el estado de salud de la población, si las personas son pasivas y no participan en la actividades que los servicios de salud y los odontólogos realizan, y si la comunidad en general no desarrolla sus propias ideas en la obtención de soluciones y deja de contribuir al bienestar de la salud.

Los riesgos de enfermedad bucal representan condiciones que permiten que aparezca una patología, aumenten o agraven las enfermedades, como es la mala calidad de vida, producida entre otras cosas, por la falta de trabajo, condiciones inadecuadas de trabajo, bajo nivel de ingresos, mala alimentación, falta de vivienda, falta de servicios, falta de atención de salud, mala practica de salud, malas costumbres y condiciones desfavorables del medio ambiente o ecosistema.

Algunos riesgos de enfermedad bucal son las propias conductas que por el poco interés, o falta de información, y por no ponerlas en práctica correctamente, se convierten en inadecuadas y hasta perjudiciales; por ejemplo: buscar atención en los servicios de salud, o atención odontológica solo cuando se presenta la enfermedad, sin haber realizado prevención como el cepillado de los dientes que hubiera evitado esta calamidad.

En ciertas situaciones la persona deja que avance la enfermedad bucal hasta que se convierte en grave, cayendo bajo el temor de asistir al servicio de atención odontológica.

Otros riesgos de patologías bucales son: inadecuada alimentación y mala higiene que atenta contra el estado de salud de la boca, sobre todo si se encuentra placa bacteriana, cálculos, o sarro, deficiente uso del cepillado, piezas dentales cariadas, perdidas, traumatismos, convirtiéndose en focos de infección e inflamación a nivel de tejidos duros y blandos.

Determinadas enfermedades generales afectan a la boca: alcoholismo, tabaquismo, desnutrición, infecciones, algunos medicamentos y, ciertos estados fisiológicos como el embarazo que, al no ser vigilado, acentúa una enfermedad.

SEGUNDA Y TERCERA SESIONES:

El desarrollo de estas sesiones, partió de la explicación de las partes del diente y de sus anexos, utilizando un lenguaje adaptado a las posibilidades de entendimiento de los niños, previa una indicación sobre el factor etiológico de mayor prevalencia en las enfermedades que se describieron; el factor mencionado fue:

- Placa bacteriana: Sustancia pegajosa que se une al diente y encías formada por bacterias y restos de comida. Esta al petrificarse da



origen a la formación de los cálculos o sarro, que producen la inflamación de la encía.

Las principales enfermedades de la boca son:

- Caries: enfermedad infecciosa que causa la destrucción del diente formando orificios que se tornan negros, de mal olor y al ampliarse provocan dolor.
- Gingivitis: las encías se presentan rojas sangrantes y engrosadas, es producida por cálculos que si no se les eliminan se profundizan y aparece la Periodontitis, alterándose las partes que rodean al diente provocando su caída.
- Infecciones de la boca:
Herpes labial o fuegos, hongos o candidiasis, estomatitis, aftas, abscesos, pus, molestias en la garganta: amigdalitis, faringitis, manchas lunares, pápulas, leucoplasias, cáncer bucal, maloclusión, malformaciones, labio leporino, fisura del paladar, mal posición dentaria, dientes torcidos, ruptura y pérdida de piezas dentales, erupciones dentarias normales y anormales (cuchiquireos), afecciones de la mandíbula: subluxación y luxación (dislocamiento de la Articulación Témporo Mandibular).

CUARTA SESIÓN:

En la cuarta sesión se recalcó sobre la importancia de reconocer las enfermedades una vez que estas se presentan en boca, gracias al



Autoexamen Bucal, el cual les va a permitir a los alumnos, de una forma fácil, observar signos y síntomas de patologías, así como de reconocerlas con facilidad; y, de estar presentes, tomar las medidas necesarias para que no se desarrolle la enfermedad, caso contrario insistir en la forma de prevenirlas.

AUTOEXAMEN BUCAL: Consiste en examinarse la boca frente a un espejo y buscar signos y síntomas patológicos aprendidos, que al ser reconocidos se buscará la forma de evitar su desarrollo y de ser posible eliminarlos.

En consecuencia, se dieron las pautas para que aprendan a identificar las manifestaciones patológicas; para ello se realizó una demostración práctica, tomando como ejemplo, a un escolar; luego se efectuó la misma ante un espejo, de alumno en alumno; posteriormente se la ejecutó de compañero a compañero para confirmar y ampliar lo antes captado; consiguiendo de esta manera un eficaz adiestramiento en la realización del autoexamen bucal, por parte de los alumnos, cuyo propósito es de que lo realicen en sus casas y se transmita a otros esta práctica preventiva aprendida en forma sencilla.

De este modo, se les entrenó en la forma de reconocer las enfermedades más comunes y destructivas según sus manifestaciones como: caries, encías rojas, dolorosa, sangrantes, agrandadas, con presencia de placa bacteriana y sarro (gingivitis), gingivitis no tratada, dientes flojos, encía disminuida (periodontitis). Por su parte, los niños y las

niñas nos indicaron también síntomas como: dolor en la pieza dental cariada al hacer buches con agua fría o caliente, al masticar dulces, y alimentos agrios (patologías pulpares), al tocarse (palpación y percusión), visualizaron dientes torcidos, cuchiquiros (mal oclusión), dientes rotos, perdidos, calzados (extracción-traumatismos-obturación), lengua sucia (lengua saburral), mal aliento (halitosis), presencia de hinchazones y postemillas (absceso apical agudo y crónico), llagas y fuegos (estomatitis herpética), lunares y pecas en la cara (nevus y léntigos), masas agrandadas en el cuello (tumefacción ganglionar).

Además se les ilustró sobre patologías bucales ausentes en los estudiantes como: labio y paladar hendido, cáncer bucal, luxación y subluxación mandibular, asimetrías faciales y bucales por ejemplo: celulitis.

Luego de capacitarlos en la correcta identificación de patologías bucales y en especial de uno de los factores etiológicos de mayor importancia como la placa bacteriana y el sarro dental, se utilizaron elementos de ayuda para su reconocimiento como la sustancia reveladora de placa bacteriana; además, se les enseñó a utilizar un método práctico-preventivo-alternativo, descrito en el Módulo, de elaboración y obtención sencilla, combinando el jugo de dos remolachas cocidas con una gota de ácido acético; los resultados son similares a los que se obtienen con la sustancia reveladora antes mencionada, utilizada en la consulta odontológica. La puesta en práctica de este método casero evidenció positivamente, de forma visible, la presencia de placa bacteriana por su

gran afinidad con la misma, ofreciéndoles a los niños una asequible herramienta, para el control de placa bacteriana.

QUINTA SESIÓN:

En la 5ta sesión se les informó sobre la erupción dental, indicándoles que aproximadamente hasta los 5 años de edad ya están presentes en boca los veinte dientes temporarios (de leche), y que a partir de los 6 años generalmente empiezan a erupcionar los dientes permanentes, en un número de 32; recalcando que si estos se pierden, ya no son reemplazados; se insistió sobre la importancia del cuidado e higiene de los dientes en sus dos etapas de erupción; ya que la presencia cronológica normal de los temporarios mantienen el espacio adecuado para los que vienen, evitando así la presencia de manifestaciones patológicas por la pérdida anormal temprana de éstos, por diversos factores como caries, traumatismos, entre otros, factores que van a repercutir en la integridad y ubicación de los dientes definitivos, originando problemas tales como: alteraciones en el desarrollo y crecimiento de los maxilares, debido entre otras cosas a la falta de espacio con su consecuente apiñamiento dental posterior, lo cuál repercutirá en los dientes permanentes en sus funciones esenciales como son : masticación deglución, fonética y estética.

SEXTA SESIÓN:

Cómo prevenir las enfermedades de la boca.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

Como motivación para el trabajo, se les indicó a los estudiantes que es necesario conocer las maneras de prevenir las enfermedades, para evitar que se presenten y causen problemas en la salud bucal.

La mejor manera de mantener una boca sana previniendo las enfermedades; para esto se pueden ejecutar las siguientes acciones:

- Ante el desconocimiento de los problemas se les informó y se les enseñó a difundir y multiplicar la información recibida sobre los problemas de salud bucal indicados, así como también participar en la educación y acción comunitaria.
- Frente a conceptos y conductas erradas la solución sería asimilar los conceptos y conductas impartidos, en el taller educativo, para que favorezcan a la salud.
- En presencia de riesgos de enfermedad dental disminuir los mismos.
- En cuanto a evitar la acumulación de placa bacteriana, como factor etiológico que provoca diferentes patologías bucales, como la caries principalmente, recomendamos el cepillado dental tres veces al día, después de cada comida y muy especialmente antes de acostarse; profilaxis dental (limpieza dental) y aplicación de flúor, sellantes y cariostáticos en la consulta odontológica.
- Llevar un adecuado régimen alimenticio, reduciendo la ingesta de dulces entre comidas (momentos de azúcar).

- El autoexamen bucal se lo debe realizar cada mes en presencia o no de signos y síntomas de enfermedad, o ante la presencia de lesiones sospechosas de cáncer.
- Acudir al odontólogo por lo menos dos veces al año, para la respectiva revisión.
- Practicar la prevención.

DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE DISCUSIÓN:

Luego de la capacitación brindada a los niños se llevó a cabo las Guías de Discusión con un sistema de trabajo grupal, para lo cual se establecieron seis grupos de cinco escolares respectivamente, con lo que se pudo constatar el desenvolvimiento y capacidad para responder las preguntas.

En el desarrollo del trabajo se pudo verificar el aprendizaje logrado por los estudiantes, siendo evidente la utilización de un nuevo vocabulario, con un matiz técnico. La participación dinámica, sirvió para reforzar los conocimientos, llevar a la práctica algunas actitudes y conductas aprendidas en las diferentes sesiones de trabajo. Esta apreciación nos permite aseverar que nuestro trabajo de educación en salud bucal basado en los talleres, fue asimilado por los estudiantes, de una manera óptima, sobrepasando nuestras expectativas.

Los resultados de las guías de discusión, fueron resumidos y constan en el Capítulo IV, de conclusiones y recomendaciones.

PRÁCTICAS DEMOSTRATIVAS Y DE INTERVENCIÓN COLECTIVA SOBRE HIGIENE ORAL

Como una forma didáctica se realizó el adiestramiento intra y extra bucal del cepillado dental en el patio de recreo, como una forma de motivación se les donó para esta práctica, cepillos y pastas dentales; luego se procedió a impartir las explicaciones respectivas sobre la técnica de cepillado que se indica en el Módulo.

La práctica se llevó a cabo como se describe a continuación:

Se escogió un alumno al azar, de entre los participantes, que se encontraban formando un círculo, en el lugar de recreo, cerca de los lavaderos; se indicó el manejo y la utilización de la sustancia reveladora de placa bacteriana de uso odontológico; así como también la utilización del método casero que reemplaza a la anterior, que es el agua de remolacha con lo cual se comprobó su eficacia en cuanto a que teñía de muy buena manera la placa bacteriana, al igual que la sustancia reveladora de uso odontológico; luego, un grupo de alumnos procedieron a colocarse el revelador de placa; y, otro el agua de remolacha. Después de esto se señaló la manera de realizar un correcto cepillado, contando con la ayuda de macromodelos, y la participación directa del niño seleccionado. Se puntualizó a los niños que la tinsión debería desaparecer completamente y así se eliminaría la placa dental; luego los

escolares procedieron a imitar las demostraciones dadas, con nuestra supervisión y respectiva corrección..

Por último, se volvió a enfatizar en la importancia del cepillado dental, también se informó de algunos sustitutos de la pasta dental como: carbón vegetal, bicarbonato de sodio, que se podrían emplear en caso de no contar con la anterior.

OBTENCIÓN DE LA FICHA DEL POST-TEST.

Constituyó el último paso planificado dentro de la metodología de trabajo; la aplicación y desarrollo personal de la ficha del post test nos sirvió para la comparación y la respectiva verificación de los cambios obtenidos en el proceso de educación impartida a los escolares, lo cual nos sirvió en la evaluación de los logros obtenidos en nuestra investigación.

La aplicación del post- test se efectuó luego de un día de haber completado la capacitación descrita anteriormente, cabe indicar que para la obtención de estos resultados, los alumnos desconocían del post-test.

EVALUACIÓN :

Sabemos que el “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal” está dirigido a personas adultas, involucrando así a los miembros de su familia y a la comunidad en general, que carecen de asistencia en los aspectos básicos



de saneamiento y salud integral, a más de aquellos problemas tradicionales, tal es el caso de la migración, falta de empleo y desatención estatal en los sectores campesinos a donde los servicios sanitarios apenas llegan, a lo cual se suma la falta de educación para la Salud, tornándose en una población de alto riesgo; siendo menester en estos casos la intervención emergente de atención en cuanto a Salud Bucal se refiere, para estas situaciones, se creó el “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal”, empleado en el Sistema Móvil de Atención Odontológica (SIMAO) como ayuda social inmediata al desastre de la Josefina.

Por similares circunstancias que se presentan en diversos sectores poblacionales, considerados de alto riesgo, nos propusimos llevar adelante este proyecto de educación en Salud Bucal, entendiendo que se podría sentar bases de conocimiento odontológico para modificar conceptos y conductas erradas a temprana edad; por ello, nuestra investigación al estar dirigida a niños, hemos creído conveniente adaptar la metodología del manual para lograr la mejor asimilación posible de los escolares, garantizando así los resultados.

- * Mediante la explicación de ciertas patologías bucales con importantes signos visibles en la cavidad bucal, logramos elevar niveles de conocimiento en forma positiva; para su identificación y de ser posible su eliminación.



- * En el Módulo se anota una conducta primordial a seguir, siendo esta de fácil aprendizaje, la cual es el **autoexamen bucal**, práctica con la cual conseguimos adiestrar al estudiante a buscar signos y síntomas bucales patológicos, comprobando que este examen es un método de gran importancia en el campo de la prevención; además algo de notable apreciación, es la presentación de una alternativa para la eficaz detección de placa bacteriana, como es el caso del agua de remolacha, siendo de elaboración y obtención sencilla; en tanto que para la eliminación de la placa bacteriana, factor etiológico común de diversas patologías bucales, recalcamos en la importancia del cepillado dental como un valioso método preventivo; y, con las respectivas demostraciones conseguimos excelentes resultados.

- * Informamos también de la gran importancia del mantenimiento de las piezas dentales tanto permanentes como temporarias, para evitar consecuencias negativas que repercutirán en las funciones más esenciales de la cavidad bucal.

- * Se indicó también la utilización de métodos preventivos como: la aplicación de flúor, sellantes y carioestáticos; consecuentemente a esto, la importancia de las visitas periódicas al odontólogo, siendo esto captado de buena manera, lo cual se refleja en el desarrollo de las guías de discusión..



- * Como apreciación de las prácticas demostrativas y de intervención colectiva sobre higiene oral, las calificaríamos de exitosas, ya que los niños aprendieron de una forma muy dinámica, lo cual se manifestó en la atención prestada por ellos a todas las indicaciones impartidas, así como en la manera de llevar a la práctica lo aprendido en el proceso de capacitación. A nuestro entender la estrategia que jugó un papel fundamental en este proceso fue la participación directa de los alumnos, durante todo el desarrollo de los talleres, que involucraron tanto el conocimiento teórico como la acción práctica.

- * Hemos comprobado que las guías de discusión constituyen un paso complementario de gran importancia, que ofrecen un espacio para que los escolares exterioricen sus pensamientos, dándoles sobre todo la oportunidad de discutir acerca de la información impartida, para que lleguen a dar conclusiones concretas, reforzando lo asimilado en los talleres. En síntesis, pudimos elevar su grado de conciencia, sobre los problemas de Salud Bucal, a través de la capacitación recibida en el desarrollo de dichas guías enunciadas en el “Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal”.

II.2 MATERIALES EMPLEADOS:

Módulo de instrucción sobre Salud Bucal: Descripción:

El módulo al que hacemos referencia es el que fue editado por la Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología, cuyos autores son los doctores: Enrique Carpio Cordero y Oswaldo Muñoz Avilés. Constituye el principal material en el que se fundamenta el trabajo investigativo; este documento consta de las instrucciones sobre el uso del módulo; el test de conocimientos sobre salud bucal; una descripción del estado de salud bucal de la población; los riesgos de enfermedad bucal; las principales enfermedades de la boca; así mismo, contiene las guías de discusión; indicaciones de cómo reconocer las enfermedades de la boca y el autoexamen bucal y, las formas de prevención.

OTROS MATERIALES:

- Materiales de exposición (papel, marcadores, láminas)
- Set de diagnóstico bucal (espejo, pinza, explorador)
- Macro modelos para visualización objetiva.
- Cepillos dentales
- Dentífrico
- Agua de remolacha (método de diagnóstico casero que consiste en agua de dos remolachas cocidas, con una gota de ácido acético o vinagre)
- Revelador de placa
- Algodoneras

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



- Torundas o rollos de algodón
- Campos
- Agua limpia
- Vasos plásticos
- Espejos manuales
- Basureros

II.3 TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL

DATOS INFORMATIVOS:

NOMBRE: _____

EDAD:

SEXO: _____ **FECHA:** _____

FICHA No:

ENCIERRE CON UN CÍRCULO, LA LETRA CORRESPONDIENTE A VERDADERO O FALSO, SEGÚN SU CONOCIMIENTO.

1. Las Enfermedades de la boca afectan a todo el organismo? V. F.
..... V. F.
2. Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y V. F.
gingivitis? ... V. F.
3. Se pueden prevenir las enfermedades de la boca?
..... V. F.
4. La placa bacteriana y el sarro demuestran mala higiene bucal? V. F.
..... V. F.
5. La falta de cepillado dental es un riesgo para que se presenten V. F.
enfermedades en la boca? V. F.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



- V. F.
6. La caries es la principal causa par perder los dientes?
..... V. F.
7. La gingivitis es producida por el sarro? V. F.
..... V. F.
8. Hay cáncer de la boca? V. F.
..... V. F.
9. Los dientes torcidos pueden curarse? V. F.
..... V. F.
10. Las enfermedades generales pueden producir daño en la boca? V. F.
..... V. F.
11. El alcoholismo y el tabaquismo producen enfermedad o agravan V. F.
las de la boca? V. F.
..... V. F.
12. Un autoexamen bucal descubre enfermedades de la boca? V. F.
..... V.
13. En una boca sana producen molestias el agua fría o caliente? F.²⁴
.....
14. El sarro produce enfermedad en las encías?
.....
15. Las úlceras (llagas) o las manchas blancas pueden ser cáncer?
.....
16. Las encías enrojecidas son normales?

²⁴ EL Test está tomado del Módulo de Instrucción sobre Salud Bucal.



.....
17. La dentadura postiza es mejor que propia?

.....
18. La caries se previene cepillando los dientes?

.....
19. Los enjuagatorios del flúor sirven para prevenir la caries?

.....
20. Se puede dislocar (luxar) la mandíbula?

.....
21. Se obturan (calzan) los dientes de leche?

.....
22. Se debe visitar al Odontólogo cada seis meses?

.....
23. Se debe realizar un autoexamen bucal cada mes?

.....
24. Es más fácil prevenir las enfermedades de la boca, que curarlas?

.....
25. Es más caro curar las enfermedades de la boca que prevenirlas?

.....
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos en la capacitación impartida a los niños, podemos realizar las siguientes apreciaciones:

En lo que se refiere al apoyo recibido por parte del personal docente del establecimiento educativo, este fue un pilar importante para el desarrollo positivo, facilitando nuestro trabajo investigativo.

Respecto a los niños, su interés y dinamismo permitió realizar el trabajo de la forma más eficiente posible.

En lo que respecta a los objetivos del estudio y las actividades realizadas para su logro, estos se cumplieron en la forma en la que estuvieron previstos.

Pensando en lograr mayor objetividad en la evaluación, nos valdremos de un análisis estadístico sobre los resultados del test tomando en cuenta los puntajes obtenidos en la primera y segunda aplicación, cuya comparación nos servirá de base para establecer un porcentaje de los logros obtenidos.

Conocimiento de los alumnos sobre salud bucal, según las respuestas a las preguntas:

¿Las enfermedades de la boca afectan a todo el organismo?

CUADRO No 1

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-T E S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	23	76.67	30	100.00
FALSO	7	23.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Al momento que se aplicó el Pre-test, el 76.67% de los niños, sabían que las enfermedades de la boca afectan a todo el organismo y el 23.33% no. En el Post-test, es decir, luego de haber realizado un trabajo de educación, el porcentaje subió al 100%.

¿Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y gingivitis?

CUADRO No 2

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-T E S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	28	93.33	30	100.00
FALSO	2	6.67	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Según el cuadro, se ve que los niños conocían sobre las enfermedades más frecuentes en la boca, en un porcentaje del 93.33%; luego de haber realizado nuestro trabajo de educación, este porcentaje subió al 100%, lo cual significa haber logrado transmitir de manera eficaz los conocimientos.

¿Se pueden prevenir las enfermedades de la boca?

CUADRO No 3

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	23	76.67	30	100.00
FALSO	7	23.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En cuanto a saber si se podían prevenir las enfermedades bucales, el 76.67% afirmaron que sí; y el 23.33% lo negaba. En el Post-test la totalidad de los niños estaban concientes de que existe la forma de lograr la prevención.

¿La placa bacteriana y el sarro demuestran mala higiene bucal?

CUADRO No 4

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	22	73.33	30	100.00
FALSO	8	26.67	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Como se puede observar, el 73,33% de los niños conoce que la placa bacteriana y el sarro son signos de mala higiene bucal, este conocimiento se elevó al 100% de respuestas positivas, luego del trabajo de educación realizado con los alumnos.

¿La falta de cepillado dental es un riesgo para que se presenten enfermedades en la boca?

CUADRO No 5

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	29	96.67	30	100.00
FALSO	1	3.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Según el cuadro la mayoría de los niños estaban conscientes de que la falta de cepillado de los dientes implica un riesgo para que se presenten enfermedades en la boca, esto es 96,67%. Solamente un niño contestó en forma negativa, el cual en el Post-test, cambió su opinión.

¿La caries es la principal causa para perder los dientes?**CUADRO No 6**

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	29	96.67	30	100.00
FALSO	1	3.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En el cuadro podemos observar que el 96,67% sabe que la caries es la causa para perder los dientes; únicamente el 3,33% no tenía este conocimiento. Luego del Post-Test, se llega al 100% de conocimiento de este caso.

¿La gingivitis es producida por el sarro?

CUADRO No 7

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	8	26.67	30	100.00
FALSO	22	73.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En cuanto a la pregunta sobre el conocimiento que tienen los niños de la gingivitis como producto de la presencia de sarro, estas fueron las respuestas: un 26,67% manifiesta conocer, en cambio un 73,33% su respuesta es negativa. En el Post-test, la respuesta de su conocimiento llega al 100%.

¿Hay cáncer de la boca?**CUADRO No 8**

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	21	70.00	30	100.00
FALSO	9	30.00	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

A la pregunta ¿Hay cáncer en la boca?, los niños contestan en un 70% afirmativamente, el 30% no tiene conocimiento; luego del trabajo de educación y como respuesta al Post-test, se llega al 100% de conocimiento.

¿Los dientes torcidos pueden curarse?

CUADRO No 9

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-T E S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	19	63.33	29	96.67
FALSO	11	36.67	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

El 63,33% de los niños respondieron a la pregunta afirmativamente, el 36,67% no tienen conocimiento de que los dientes torcidos pueden curarse. Realizado el programa educativo, las respuestas mejoraron notablemente, con el Post-test se tiene el 96,67% en forma afirmativa y el 3,33% responde falso.

¿Las enfermedades generales pueden producir daño en la boca?

CUADRO No 10

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-T E S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	6	20.00	30	100.00
FALSO	24	80.00	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

El cuadro nos da a conocer las respuestas de los alumnos a la pregunta: ¿Las enfermedades generales pueden producir daño en la boca? El 20% de respuestas son afirmativas y el 80% son negativas; Las respuestas afirmativas llegan al 100% en el Post-test.

¿El alcoholismo y el tabaquismo producen enfermedad o agravan las de la boca?

CUADRO No 11

RESPUESTAS	PRE-TEST		POST-TEST	
	No	%	No	%
VERDADERO	28	93.33	30	100.00
FALSO	2	6.67	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Ante el conocimiento de si el alcoholismo y tabaquismo agravan las enfermedades de la boca, fue respondido por los alumnos afirmativamente en el 93,33%; el 6,67% de los alumnos respondieron en forma negativa. Con la aplicación del programa educativo, en el Post-test se llega al 100% de respuestas afirmativas.

¿Un autoexamen bucal descubre enfermedades de la boca?

CUADRO No 12

RESPUESTAS	PRE-TEST		POST-TEST	
	No	%	No	%
VERDADERO	27	90.00	30	100.00
FALSO	3	10.00	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Durante el Pre-test, los niños responden a la pregunta afirmativamente en un 90%, y negativamente en un 10%; en cambio en el Post-test se llega a un 100% de respuestas verdaderas.

¿En una boca sana producen molestias el agua fría o caliente?

CUADRO No 13

RESPUESTAS	PRE-TEST		POST-TEST	
	No	%	No	%

VERDADERO	10	33.33	6	20.00
FALSO	20	66.67	24	80.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En contestación a la pregunta: ¿En boca sana producen molestias el agua fría o caliente, el 66,67% de los alumnos responden que es falso y el 33,33% responden que es verdadero. Con la evaluación del Post-test. La apreciación mejora, respondiendo falso el 80% de los niños y verdadero el 20%.

¿El sarro produce enfermedad en las encías?

CUADRO No 14

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	28	93.33	29	96.67
FALSO	2	6.67	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En los resultados de la aplicación del Pre-test a los alumnos se observa que el 93,33% conocen que el sarro enferma las encías; el 6,67% manifiesta desconocer. Con la aplicación del Post-test la respuesta de verdadero llega al 96,67%, es únicamente un niño el que responde en forma negativa.

¿Las úlceras (llagas) o las manchas blancas pueden ser cáncer?

CUADRO No 15

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	17	56.67	29	96.67

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
 Angélica Vázquez Calle.

FALSO	13	43.33	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

La presencia de úlceras o manchas blancas pueden ser cáncer, es respondido en un 56,67% como afirmativa, y el 43,33% negativamente. Luego del Post-test la respuesta afirmativa llega al 96,67% y en forma negativa al 3,33%.

¿Las encías enrojecidas son normales?

CUADRO No 16

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	9	30.00	5	16.67
FALSO	21	70.00	25	83.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Los resultados de la aplicación del Pre-test de conocimientos a los niños, nos da a conocer que el 30% responde afirmativamente y el 70% en forma negativa. Luego del Post-test, las respuestas afirmativas llegan al 16,67% y las negativas al 83,33%.

¿La dentadura postiza es mejor que propia?

CUADRO No 17

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	9	30.00	4	13.33
FALSO	21	70.00	26	86.67
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Al preguntarles a los niños: si la dentadura postiza es mejor que la propia, contestan el 30% en forma afirmativa y el 70% en forma negativa. Con la aplicación del programa de educación las respuestas cambian y únicamente el 13,33% responde verdadero a la presunta y falso el 86,67%.

¿La caries se previene cepillando los dientes?**CUADRO No 18**

RESPUESTAS	PRE-TEST		POST-TEST	
	No	%	No	%
VERDADERO	10	33.33	27	90.00
FALSO	20	66.67	3	10.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En respuesta al cepillado de los dientes como medida concerniente a la prevención de la caries el 33,33% afirma como verdadero y el 66,67% falso; con la aplicación del Post-test la apreciación cambia, llegando a un 90% como verdadero y al 10% como falso.

¿Los enjuagatorios del flúor sirven para prevenir la caries?**CUADRO No 19**

RESPUESTAS	PRE-TEST		POST-TEST	
	No	%	No	%
VERDADERO	15	50.00	29	96.67
FALSO	15	50.00	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
 Angélica Vázquez Calle.

Frente a esta pregunta, los niños responden el 50% como verdadero y el otro 50% como falso, luego de aplicado el programa educativo, las respuestas cambian, considerando el 96,67% como verdadero y el 3,33% como falso.

¿Se puede dislocar (luxar) la mandíbula?

CUADRO No 20

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	8	26.67	30	100.00
FALSO	22	73.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Los resultados del análisis de la pregunta: ¿Se puede dislocar la mandíbula? Tiene las siguientes respuestas durante la aplicación del Pre-test: el 26,67% responde con verdadero y el 73,33% como falso. En cambio la apreciación varía luego de aplicado el programa de educación, llegando al conocimiento afirmativo del 100% de los alumnos.

¿Se obturan (calzan) los dientes de leche?

CUADRO No 21

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	12	40.00	29	96.67
FALSO	18	60.00	1	3.33
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

El 40% de los niños conocen que si se obturan los dientes de leche, y el 60% desconoce este procedimiento. Con la aplicación del Post-

test. Se llega al 96,67% de respuestas afirmativas y únicamente al 3,33% de negativas.

¿Se debe visitar al Odontólogo cada seis meses?

CUADRO No 22

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	29	96.67	30	100.00
FALSO	1	3.33	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

El mayor porcentaje de respuestas son afirmativas a la pregunta, se tiene el 96,67% de respuestas afirmativas, y el 3,33% de negativas; con la aplicación del Post-test, se llega al 100% de conocimiento de que se debe visitar al odontólogo cada seis meses.

¿Se debe realizar un auto examen bucal cada mes?

CUADRO No 23

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	25	83.33	30	100.00
FALSO	5	16.67	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

Las respuestas a esta pregunta son las siguientes: el 83,33% manifiesta en forma afirmativa y el 16,67% en forma negativa: Con la aplicación del Post-test se responde positivamente en su totalidad.

¿Es más fácil prevenir las enfermedades de la boca, que curarlas?

CUADRO No 24

RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	24	80.00	30	100.00
FALSO	6	20.00	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

El análisis de los resultados a la pregunta de que si es más fácil prevenir las enfermedades de la boca que curarlas , el 80% responde afirmativamente y el 20% en forma negativa. Luego del programa de educación se llega al 100% de respuestas afirmativas.

¿Es más caro curar las enfermedades de la boca que prevenirlas?

CUADRO No 25

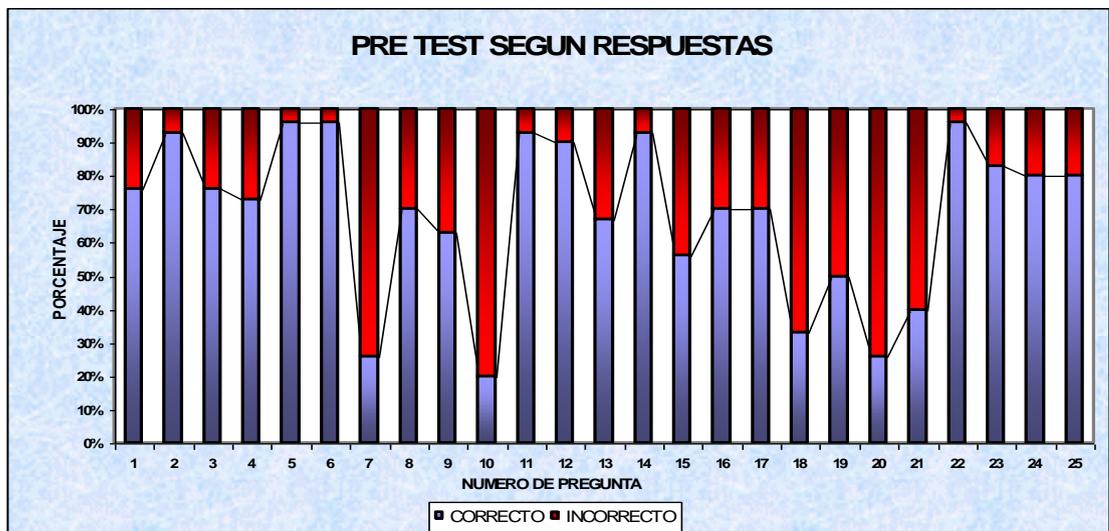
RESPUESTAS	PRE-T E S T		POST-TE S T	
	No	%	No	%
VERDADERO	24	80.00	30	100.00
FALSO	6	20.00	0	0.00
TOTAL	30	100.00	30	100.00

ANÁLISIS:

En cuanto a la aplicación de la pregunta de que es más caro curar las enfermedades de la boca que prevenirlas, el 80% manifiesta afirmativamente, y el 20% en forma negativa. Con la aplicación del Post-test se llega al 100% de respuestas afirmativas.

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL

GRÁFICO No 1



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.

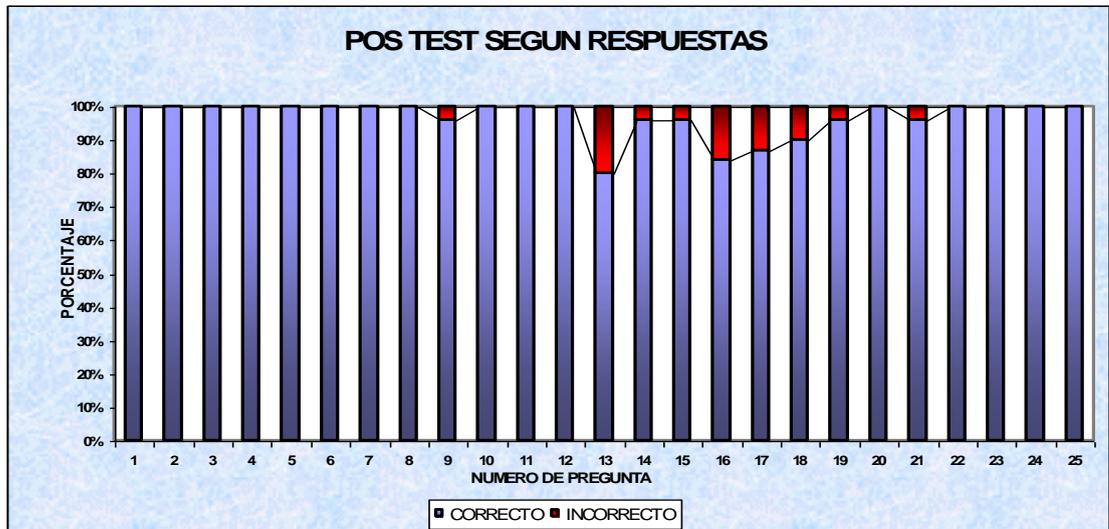
ELABORACION: Las autoras.

Al momento que se aplicó el Pre-Test, el 68.93% de los niños, contestaron afirmativamente, en tanto que el 31.07% respondieron en forma incorrecta.

GRÁFICO No 1-A

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.

Angélica Vázquez Calle.



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
ELABORACIÓN: Las autoras.

Al momento que se aplicó el Post-test, el 88.90% de los niños, contestaron afirmativamente, en tanto que el 11.10% respondieron en forma incorrecta.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV.1 CONCLUSIONES:

- * Según los datos del pre-test, y otorgando un calificativo al valor numérico, se puede ver que, previamente se tenía un conocimiento que, podríamos calificarlo de regular y bueno; al final del trabajo se logró alcanzar un puntaje muy alto equiparable a una apreciación de sobresaliente.



* El método contenido en el Módulo de Instrucción sobre Salud Bucal, puede ser puesto en práctica, con escolares, de manera muy satisfactoria, lo cual significa que es un valioso método que resume el material para lograr la prevención, en lo referente a Salud Bucal, posibilitando que aquellos participen activamente, asimilen los conocimientos con mucha facilidad y los lleven a la práctica en forma muy natural; además es un elemento motivador que despierta inquietudes para nuevas conductas y así, estén en mejores condiciones de enfrentar los problemas de salud.

* Mediante las Guías de discusión se pudo conocer el pensamiento de los niños y niñas sobre los problemas de salud bucal, el cual lo sintetizamos de la siguiente manera:

Según los niños, constituyen factores que inciden sobre la salud bucal, la falta de trabajo, las malas condiciones de la vivienda, los malos hábitos de higiene, la falta de educación, la desnutrición (falta de alimentos), la falta de vías de comunicación en buen estado.

Respecto de las soluciones a los problemas, plantean: organizarse en la comunidad para conseguir trabajo; apoyarse mutuamente para la construcción de más viviendas y mejorar los servicios de las existentes; cultivar y proveerse de productos alimenticios variados, para mejorar el nivel nutricional; atender a los maestros y a las maestras para asimilar los conocimientos sobre salud y protegerse de las enfermedades. Se plantean además, difundir y multiplicar los



conocimientos a todos los compañeros, miembros de la familia y, a la comunidad en general.

Como enfermedades más frecuentes han identificado la caries, la gingivitis, dientes torcidos(mal posición dentaria), y como agente causal sobresaliente a la placa bacteriana. Las soluciones dadas han sido la visita al odontólogo para la curación.

- * En cuanto a la guía de discusión No 2, en la que se pide un autoexamen bucal, se nota un mayor conocimiento de los niños y niñas, sobre la detección del daño; y, esto se manifiesta en la medida que utilizan un vocabulario más técnico para identificar las enfermedades, tales como gingivitis, sarro, halitosis, desnutrición. De la misma manera, en cuanto a la solución elegida, hacen referencia de la visita al odontólogo para una limpieza dental; hablan del cepillado de los dientes luego de cada comida, en especial antes de ir a dormir, y del cepillado de la lengua. La práctica la realizaron viéndose en un espejo, aparte de haber realizado una revisión mutua de compañero a compañero.

- * En síntesis, se puede afirmar que los niños y niñas elevaron su grado de conciencia, sobre los problemas de Salud Bucal, a través de la capacitación recibida en los talleres educativos aplicando el Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal.

IV.2 RECOMENDACIONES

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



- * Se recomienda insertar al sistema educativo, a través de programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y Ministerio De Educación Pública (MEP) la prevención en el campo de la Salud Bucal, capacitando a los maestros, para que ellos sean los gestores de los cambios en las costumbres, en lo referente a la salud, con capacitación y asesoramiento sobre aspectos de salud preventiva, aprovechando del ascendiente que tienen en las comunidades en las que prestan su servicios.

- * La Facultad debe sugerir al Ministerio de Educación, la creación de una cartilla educativa, que contenga un mínimo de conocimientos sobre aspectos de salud en general y, específicamente sobre salud bucal, como medio de prevención de las enfermedades, desde edades muy tempranas.

- * La formación de Comités de Salud Pública en las comunidades, con el asesoramiento de profesores y de promotores de salud, que serían miembros de la comunidad.

- * Recomendaríamos que luego de cualquier trabajo educativo que se realice; se de el seguimiento necesario, cuya finalidad sería la de reforzar los conocimientos adquiridos afianzándolos con una práctica constante.

BIBLIOGRAFÍA

BURKET, *Medicina Bucal*, 6ta edición. Editorial Interamericana, México, 1995.

CARPIO CORDERO, Enrique y MUÑOZ, Oswaldo, *Módulo de Instrucción Sobre Salud Bucal*, Universidad de Cuenca, 1995.

HUPP, V, *Vademécum Clínico Odontológico*. Editorial McGraw-Hill, México, 1999.

INGLE, J, *Endodoncia*, 3ra. edición. Editorial Interamerica, México, 1999.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



JABLONSKI, Stanley. *Diccionario Ilustrado de Odontología*, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1992.

LYNCH, M, *Medicina Bucal de Burket*, 9na Edición, Editorial McGraw-Hill, México 1996.

McDONAL, Ronal, *Odontopediatría*, 1998.

SCIUBBA, James y REGEZI, Joseph, *Patología Bucal*, McGraw-Hill, Interamericana, 1991.

SEIF, Tomas, y otros, *Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental*, 1ra Edición, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. C. A, Venezuela, 1997.

SHAFER, William, y otros, *Tratado de Patología Bucal*. Cuarta edición, Interamericana, México 1987.



ANEXOS

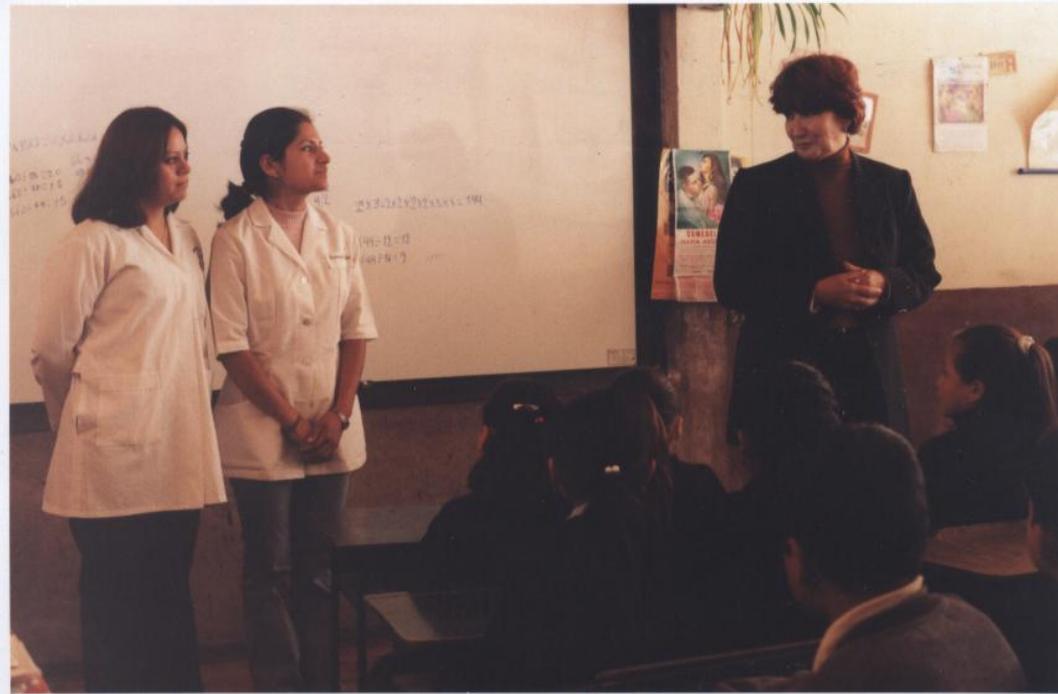


Personal Docente y Administrativo de la Escuela Fiscal “Oriente Ecuatoriano”.



Alumnado de la Escuela “Oriente Ecuatoriano”, listo para ingresar a las aulas.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



Momentos en que la Directora del Plantel da la bienvenida a las investigadoras.



Las investigadoras se dirigen a las maestras y alumnas en uno de los salones de clases

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



Niños y niñas desarrollando el test de conocimientos sobre salud bucal.



AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

Momentos en los que se dan explicaciones y se motiva a los alumnos para el desarrollo de los talleres.



Instantes en que los niños realizan preguntas y participan activamente en los talleres.

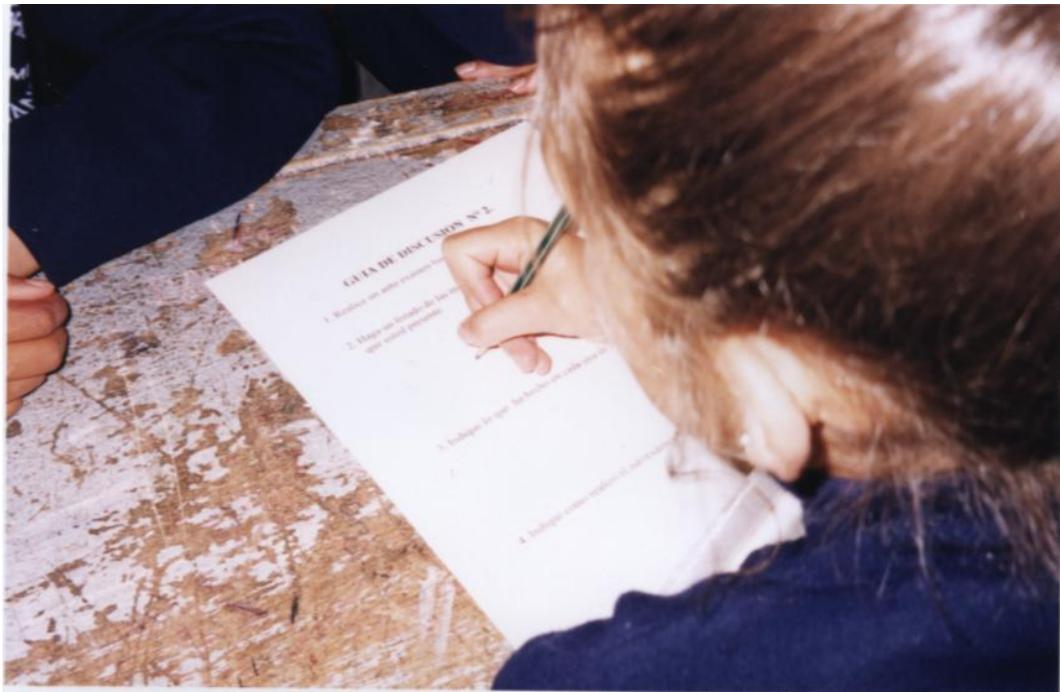


Puesta en común de los conocimientos logrados por los alumnos, dirigida por una de las investigadoras.



Trabajo en grupo, con las guías de discusión.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



Niña que hace de secretaria, tomando nota sobre la guía de discusión.



AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

Instrumental y materiales utilizados en el trabajo de educación sobre salud bucal.



Demostración del efecto del revelador de placa. El niño fue seleccionado al azar.



Enseñanza de higiene bucal. Práctica de la destreza del cepillado



Momento de llevar a la práctica el cepillado dental.



Observando los cambios obtenidos luego del adiestramiento en técnicas de salud bucal.

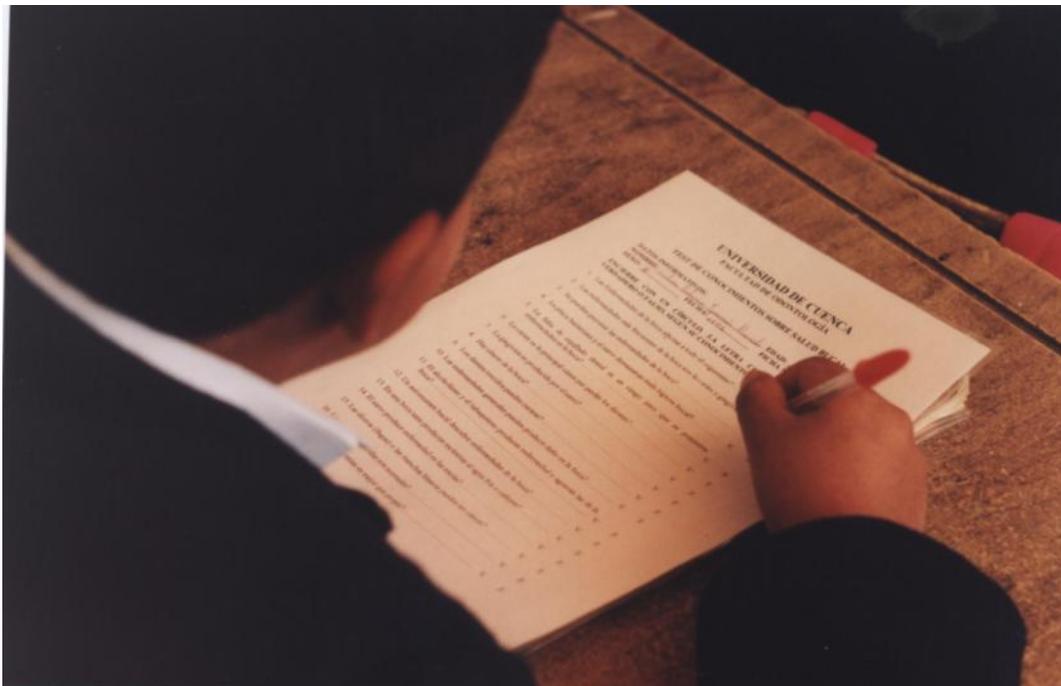


Observación de cambios positivos. Se nota felicidad en los niños y niñas.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



Repartición de las fichas para el post-test.



Niño desarrollando el post-test.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



GUÍAS DE DISCUSIÓN

GUÍA DE DISCUSIÓN No 1

Lea las siguientes preguntas, piense, converse y discuta con su grupo de trabajo. Escriba sus conclusiones.

1. Identifique 5 problemas sobre salud bucal y ordénelos según su importancia:

2. Escoja uno de los cinco problemas anteriores, discuta las causas de ese problema y escriba cuáles serían las soluciones.

3. Indique qué podría hacer usted, su familia, su grupo o su comunidad para solucionar los problemas principales.



4. Haga un listado de enfermedades de la boca que hayan padecido los miembros de su familia y las soluciones que dieron en cada una de ellas.

GUÍA DE DISCUSIÓN No 2

1. Realice un autoexamen bucal:
2. Haga un listado de las manifestaciones de alteraciones bucales que usted presente:

3. Indique lo que ha hecho en cada una de ellas:

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



4. Indique cómo realizó el autoexamen bucal.

GUÍA DE DISCUSIÓN No 3

1. Haga un listado de lo que hace su familia para prevenir enfermedades de la boca.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



2. Piense y escriba, qué otras cosas puede hacer para prevenir enfermedades de la boca y compare con lo que realmente hace.

3. Cepille sus dientes de acuerdo a las instrucciones dadas y enseñe a que se cepillen todos los días al resto de su familia y comunidad.

TEST DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

**DATOS INFORMATIVOS:****NOMBRE:** _____**EDAD:** _____**SEXO:** _____ **FECHA:** _____**FICHA No:** _____

ENCIERRE CON UN CÍRCULO, LA LETRA CORRESPONDIENTE A
VERDADERO O FALSO, SEGÚN SU CONOCIMIENTO.

26. Las Enfermedades de la boca afectan a todo el organismo? V. F.
..... V. F.
27. Las enfermedades más frecuentes de la boca son la caries y VI. F.
gingivitis? ... V. F.
28. Se pueden prevenir las enfermedades de la boca?
..... V. F.
29. La placa bacteriana y el sarro demuestran mala higiene bucal? V. F.
..... V. F.
30. La falta de cepillado dental es un riesgo para que se presenten V. F.
enfermedades en la boca? VI. F.
..... V. F.
31. La caries es la principal causa par perder los dientes?
..... V. F.
32. La gingivitis es producida por el sarro? V. F.
..... V. F.
33. Hay cáncer de la boca? V. F.
..... V. F.



34. Los dientes torcidos pueden curarse? V. F.
 V. F.
35. Las enfermedades generales pueden producir daño en la boca? V. F.
 V. F.
36. El alcoholismo y el tabaquismo producen enfermedad o agravan
 las de la boca? V. F.
 V. F.
 . V. F.
37. Un autoexamen bucal descubre enfermedades de la boca? V. F.
 V. F.
38. En una boca sana producen molestias el agua fría o caliente?

39. El sarro produce enfermedad en las encías?

40. Las úlceras (llagas) o las manchas blancas pueden ser cáncer?

41. Las encías enrojecidas son normales?

42. La dentadura postiza es mejor que propia?

43. La caries se previene cepillando los dientes?

44. Los enjuagatorios del flúor sirven para prevenir la caries?

45. Se puede dislocar (luxar) la mandíbula?



.....
46. Se obturan (calzan) los dientes de leche?

.....
47. Se debe visitar al Odontólogo cada seis meses?

.....
48. Se debe realizar un autoexamen bucal cada mes?

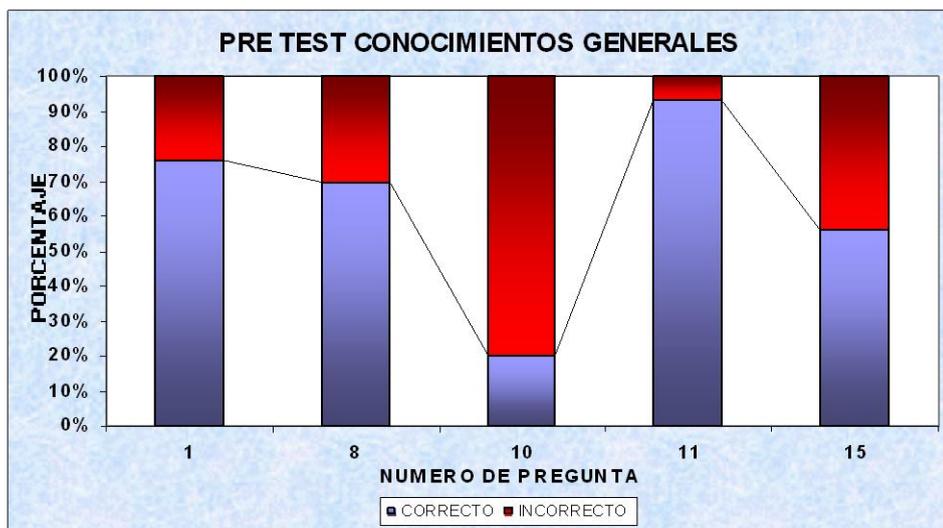
.....
49. Es más fácil prevenir las enfermedades de la boca, que curarlas?

.....
50. Es más caro curar las enfermedades de la boca que prevenirlas?

.....
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Para una mejor apreciación de los resultados obtenidos, hemos creído conveniente clasificar las preguntas según su semejanza en cuatro gráficos que se presentan a continuación:

GRÁFICO No 2

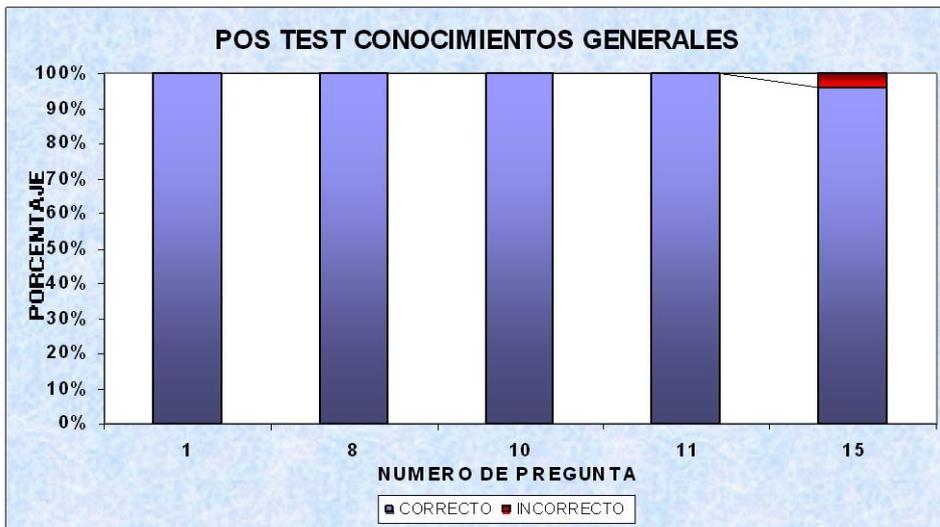


FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
ELABORACIÓN: Las autoras.

Al momento que se aplicó el Pre-Test, el 63.33% de los niños, contestaron correctamente, en tanto que el 36.67% respondieron en forma incorrecta.

GRÁFICO No 2-A

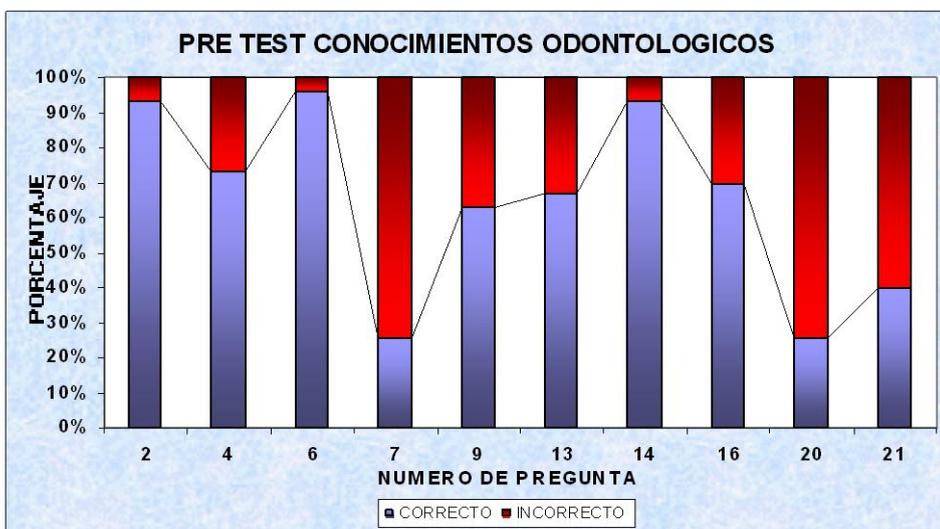
AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
 ELABORACIÓN: Las autoras.

Al aplicarse el Post-test, el 99.33% de los alumnos, contestaron correctamente, en tanto que el 0.67% no lo hizo.

GRÁFICO No 3

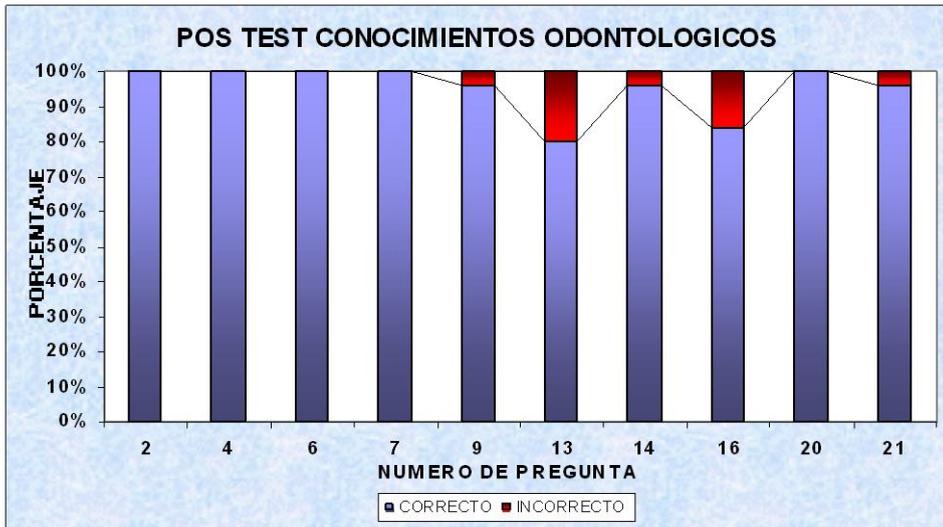


FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
 ELABORACIÓN: Las autoras.

Al aplicar el Pre-Test, el 65% de los escolares, contestaron correctamente, en tanto que el 35% respondieron en forma incorrecta.

GRÁFICO No 3-A.

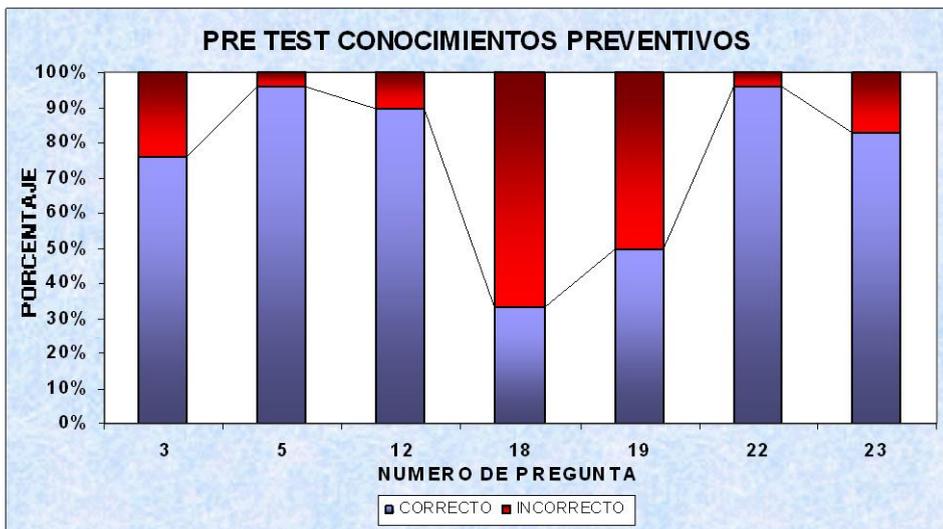
AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
 Angélica Vázquez Calle.



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
 ELABORACIÓN: Las autoras.

Al aplicarse el Post-test, el 95.33% de los estudiantes, contestaron en forma correcta, en tanto que el 04.67% respondieron en forma incorrecta.

GRÁFICO No 4.

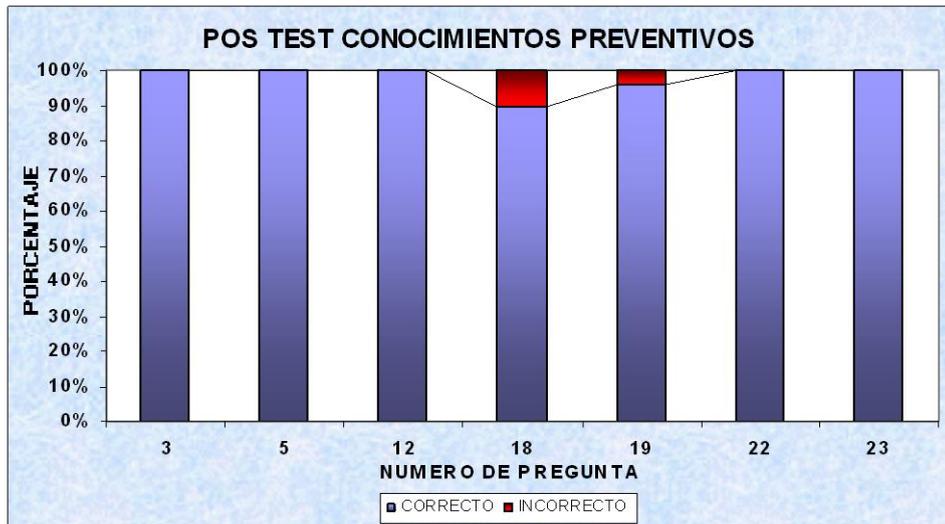


FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
 ELABORACIÓN: Las autoras.

Al momento que se aplicó el Pre-Test, el 75.24% de los niños, contestaron correctamente, en tanto que el 24.76% respondieron en forma incorrecta.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
 Angélica Vázquez Calle.

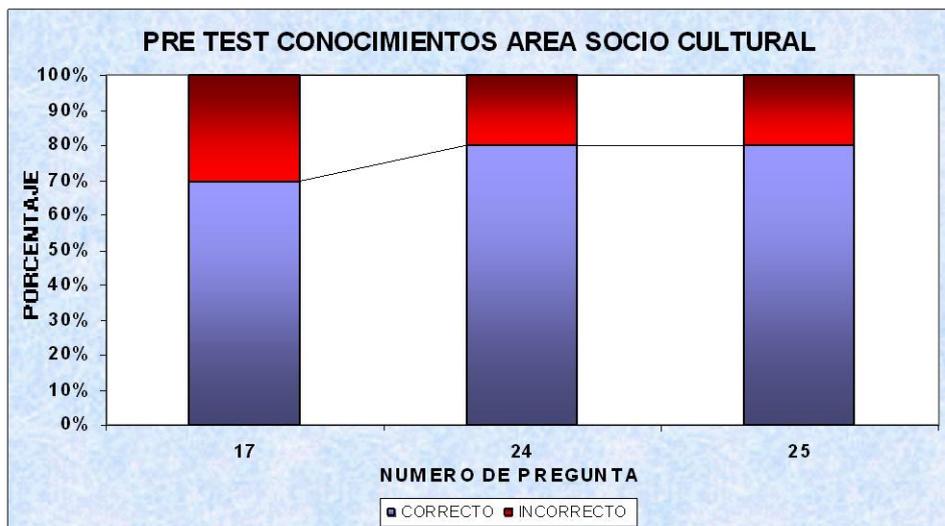
GRÁFICO No 4-A.



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
ELABORACIÓN: Las autoras.

Al aplicarse el Post-test, el 98.10% contestaron en forma correcta, en tanto que el 01.90% respondieron en forma incorrecta.

GRÁFICO No 5.

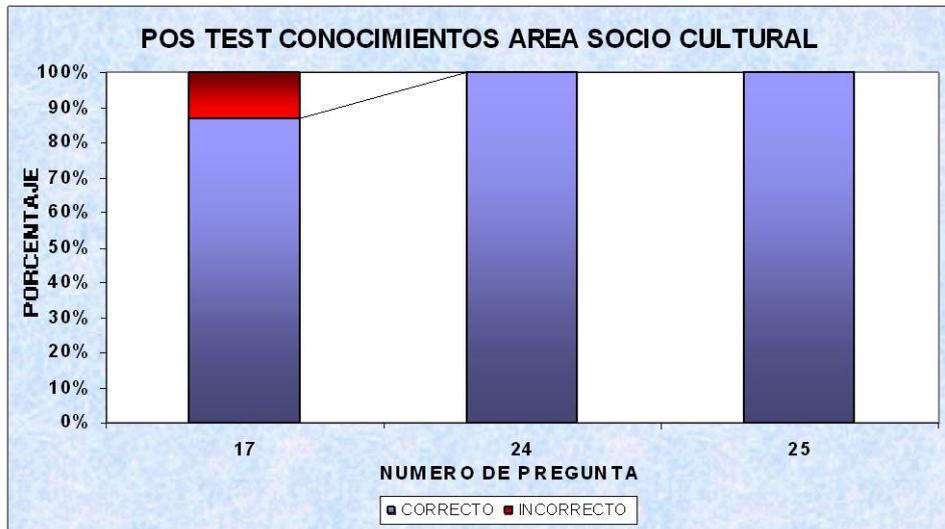


FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
ELABORACIÓN: Las autoras.

Al momento que se aplicó el Pre-Test, el 76.67% de los alumnos, contestaron correctamente, en tanto que el 26.67% respondieron en forma incorrecta.

AUTORAS: Zulay Pinzón Alejandro.
Angélica Vázquez Calle.

GRÁFICO No 5-A



FUENTE: Test de conocimientos sobre Salud Bucal.
ELABORACIÓN: Las autoras.

Al aplicarse el Post-test, el 95.56% de los escolares, contestaron correctamente, en tanto que el 04.44% respondieron en forma incorrecta.