

Instituto Superior de Ciencias Médicas

“Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”

Facultad de Estomatología

Villa Cara

Modalidad: Tema Libre

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

MSc. Dra. Sara Fé de la Mella Quintero¹, MSc. Dra. Eva Josefina Quintero Fleites², MSc. Dra. Lilian Toledo Reyes³, Lic. Ana Ivis de la Mella Quintero⁴ y MSc. Dra. Lebsy Olivera Ramos⁵

1. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Instructora. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención Primaria. Profesora Consultante. UCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. UCM-VC.
4. Licenciada en Educación Preescolar.
5. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. UCM-VC.

Resumen

Se realizó una investigación de desarrollo con metodología cualitativa en el semiinternado "Orestes de la Torre" en Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre junio y noviembre de 2006, con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa; para ello se trabajó con un total de 50 niños de primero, cuarto y sexto grados. Se identificó el nivel de información sobre la salud bucal que poseían los niños y el personal docente, administrativo y de servicio. Mediante la observación participante se comprobó que no existían cepilleros para organizar y facilitar el cepillado de los dientes. Posteriormente, se desarrolló una estrategia educativa basada en las principales dificultades identificadas y en su análisis causal, con la participación activa de los padres y del personal docente, administrativo y de servicio del centro. Se propició el desarrollo del autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables, mediante la aplicación de un programa educativo, elaborado por la autora, que comprende actividades encaminadas a promover la salud bucal en edad escolar. Cada actividad fue apoyada por medios diseñados para esta investigación. Se creó un área de juego especial y se colocaron cepilleros en las aulas, lo que contribuyó a crear entornos saludables. Se logró que los niños y niñas utilizaran los mecanismos para la promoción de salud bucal y se convirtieran en promotores de esta, mediante la estrategia educativa desarrollada.

DESCRIPTORES CSC: ESTRATEGIA EDUCATIVA, AUTOCUIDADO, AYUDA MUTUA, PROGRAMA EDUCATIVO.

Tema libre: Póster electrónico

Introducción

Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso de mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, lo que constituye un reto de la estomatología, su extensión y logro. (1)

La caries, la enfermedad periodontal y las maloclusiones son tres de las enfermedades más extendidas y de mayor prevalencia en la población, así como una de las principales causas de pérdida dentaria, (2) por lo que se le ha concedido gran importancia al cuidado de los dientes de forma progresiva y el estudio del problema ha requerido de una amplia información sobre higiene bucal y el uso de métodos preventivos (3), y es una responsabilidad ineludible de los profesionales de los servicios estomatológicos aplicar estos métodos para lograr que las dos grandes enfermedades representadas por la caries y la enfermedad periodontal puedan reducirse en su intensidad y sean combatidas desde su comienzo. (4)

Por esto, se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no se ejecuta a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y, por último, que se creen, en las comunidades, ambientes saludables que promuevan la salud bucal (1). Aunque se han alcanzado logros importantes y cambios en los perfiles epidemiológicos en algunos países de la región americana, aún persiste una elevada prevalencia en cuanto a las enfermedades bucales, particularmente de la caries y de las periodontopatías, responsables de la mayor parte de las pérdidas dentarias, reconociéndose numerosos factores de riesgo relacionados con el progreso y desarrollo de estas afecciones, los cuales están presentes desde la niñez. Existe, además, un incremento en la demanda de atención odontológica en el mundo e interés por mantener la salud bucal, lo cual motiva cambios en los paradigmas de tratamiento y formación de recursos humanos en este sector.

En Cuba, también se han logrado importantes cambios en los patrones epidemiológicos de salud bucal en los últimos años, como resultado de acciones de promoción y prevención específicas, pero aún no se logran los índices deseados y estas no alcanzan a desarrollarse en todos los sectores. (5)

La filosofía preventiva en la práctica diaria ha cumplido un lugar preponderante en la actualidad y comprende la necesidad de prestar mayor atención a los factores causales de las enfermedades bucales para evitar el impacto que estas puedan producir sobre la salud del paciente, así como para diagnosticar y tratar los problemas incipientes. (6)

A pesar de los importantes cambios acontecidos en la estomatología revolucionaria, que se expresan en metas de salud bucal comparables con las de países desarrollados, por contar con recursos humanos con alta preparación científica reconocidos internacionalmente, los problemas de salud bucal no han sido solucionados. La altísima morbilidad de las enfermedades bucales, particularmente de la caries, las periodontopatías y las maloclusiones, originan grandes necesidades de tratamiento en la población.

Todo esto pudiera estar dado porque todavía son insuficientes la educación para la salud que se brinda y la promoción de salud que demanda la participación de la comunidad en las acciones, por lo cual sería oportuno trabajar desde edades tempranas para lograr la disminución o erradicación de estas enfermedades.

Se necesita, por tanto, de una educación para la salud con participación comunitaria, de infantes, padres, maestros, entre otros, para poder llevar a cabo acciones de promoción.

La estomatología, integrada al proyecto comunitario de las ciencias médicas, reclama una mentalidad integradora, donde primero es el individuo y después el paciente, en la que debe existir una permanente actitud de observación y acción sobre la comunidad, desde el comienzo de la vida hasta el término natural y lógico de ella. (5)

Si se parte del diagnóstico de una población de edad escolar, que presenta caries y no posee elementos que propicien el cepillado en las horas de permanencia en las escuelas, y el personal tiene un nivel insuficiente de preparación en la labor de

promoción de salud bucal, necesario en estas edades, resulta necesario el desarrollo de una estrategia educativa con enfoque estratégico, que permita elevar la preparación de profesionales de salud y educación con participación de padres y trabajadores que contribuyan al incremento de acciones de promoción que a la larga permitan elevar la salud bucal.

Metodología

Se realizó una investigación de desarrollo de tipo cualitativa, aplicándose una estrategia de intervención educativa en la escuela semiinternado “Orestes de la Torre”, perteneciente al área de salud del policlínico “José Ramón León Acosta” del municipio de Santa Clara, provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre junio de 2006 y noviembre de 2008.

Dicha investigación se realizó con la participación de los alumnos con matrícula y asistencia regular al primer y sexto grado, así como con el personal docente, administrativo y de servicio. Además, por decisión de la autora del trabajo, participaron diez alumnos de cuarto grado que integraron un círculo de interés de salud bucal bajo la supervisión de la educadora Arlenis Rojas, líder informal que trabajó durante el proceso de intervención de conjunto con los antes mencionados. La matrícula de primer y sexto grado estuvo constituida por veinte niños en cada uno de los grupos, según orientaciones del Ministerio de Educación, lo cual facilitó y garantizó el cumplimiento y desarrollo óptimo de la intervención realizada.

Selección del grupo a intervenir.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de los alumnos de la escuela semiinternado “Orestes de la Torre”. La muestra intencional, según decisión de la autora, estuvo constituida por los alumnos con asistencia regular a los grupos de Primero C, Sexto A y 10 alumnos de Cuarto A.

Fueron tomados en cuenta los criterios que la autora consideró oportunos por ser una investigación cualitativa, y se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

La investigación se desarrolló en tres etapas, de acuerdo con los objetivos propuestos.

Primera etapa: Diagnóstica

Segunda etapa: Diseño de la estrategia educativa basada en el programa de promoción de salud bucal para la edad escolar y la participación de la comunidad de la escuela.

Tercera etapa: Valoración de los resultados con posterioridad a la estrategia de intervención.

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos fueron: entrevistas a los niños y entrevistas a profundidad a los padres, docentes, y al personal administrativo y de servicio, también se emplearon las lluvias de ideas, la composición, completar frases y el dibujo libre.

Otra de las técnicas aplicadas con el objetivo de cualificar los resultados obtenidos, fue la observación, en este caso, fue utilizada la variante participativa, puesto que el objetivo fue interactuar con los niños, conocer el nivel de información adquirido en cada tema de salud, valorar si las acciones desarrolladas por las educadoras fueron efectivas y comprensibles para los niños y, sobre todo, observar si en juegos de roles y conductas cotidianas los niños fueron capaces de manifestar los conocimientos adquiridos y hábitos de vida saludables. Todo esto se realizó mediante la guía de observación.

Con el fin de analizar los resultados encontrados mediante las diferentes técnicas utilizadas, y para garantizar la veracidad y concordancia de la información obtenida, se utilizó la triangulación, una metodología de la investigación cualitativa que consiste en establecer las posibles relaciones entre los resultados obtenidos con varios métodos o técnicas cualitativas de evaluación. (7)

En esta investigación de tipo cualitativa se realizó, en primer lugar, el acceso al campo (8), el vagabundeo (9) y la construcción de mapas (10), la primera se utilizó para lograr un acercamiento de carácter informal, para recoger información previa, aspectos exteriores, opiniones, características del entorno y todo aquello que pudiera beneficiar la recogida de información. Por otro lado, se había decidido en el inicio de la investigación, el énfasis en la ayuda mutua como mecanismo

para promover salud, por lo cual fue necesario que participaran niños de sexto grado que pudieran recibir información y adiestramiento para aumentar su nivel de información y desarrollar correctas habilidades en el cepillado dental, de modo que pudieran desarrollar enseñanza de pares y, de esta manera, poner en práctica la experiencia niño a niño descrita por David Morley, referida por David Werner y Hill Bower en su libro “Aprendiendo a promover salud”.(8) Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la directora de la escuela, quien se mostró muy interesada, dada su aprobación se le hace llegar una carta en la que se le indicaban los propósitos, la metodología a utilizar para dicho proyecto, así como una carta oficial que contenía su aprobación como cliente con la investigación.

Con la finalidad de mostrar las causas que contribuyen al efecto (problema) se realizó un diagrama de espina de pescado o diagrama causa – efecto (Diagrama de Ishikawa), y una Red explicativa de Rovere (12) para determinar los nudos críticos. Para identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades se utilizó la matriz DAFO. En todo el transcurso de la intervención educativa, se tuvo presente la participación de todos los trabajadores, maestros, padres y niños de la institución, así como de la autora como estomatóloga general integral, que de conjunto propiciaron la participación y la acción de los líderes formales e informales, ofrecieron siempre sus opiniones y contribuyeron al éxito de la estrategia desarrollada con un enfoque estratégico.

Resultados

Primera etapa

Esta etapa tiene la finalidad de realizar un diagnóstico del nivel de información sobre salud bucal de niños, padres, personal docente, administrativo y de servicio. Se partió de un análisis de la situación de salud de la escuela, el cual se realiza en todas las instituciones escolares de Cuba, con las particularidades de un centro escolar.

Se realizó un análisis documental que abarcó diferentes temas como promoción de salud, escuelas promotoras de salud, el juego en la infancia, entre otros.

Se utilizó la observación como método de recogida de datos y, dentro de ella, la observación participante como método interactivo de recogida de información, que requiere la implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando, esta fue empleada por la autora al visitar la escuela en los horarios de merienda y almuerzo, mediante ella se detectaron los siguientes aspectos: los niños ingerían alimentos pastosos, pegajosos y dulces, sobre todo en el horario de merienda y después del almuerzo, no se cepillaban los dientes, y ninguno de los maestros intervino para recordarles que debían cepillarse los dientes. No se observaron cepilleros ni áreas de juego relacionadas con la higiene bucal. Los niños refirieron que llevaban los cepillos dentales, pero no los utilizaron en ninguna de las ocasiones antes mencionadas. Además, no existían mensajes de salud al respecto.

Después de haber realizado las entrevistas y encuestas se procedió a la identificación de problemas por el método de la lluvia de ideas. Finalmente, después de realizar una priorización de los problemas, por el método de ranqueo, quedaron como los más importantes los siguientes:

- Caries
- Mala higiene bucal
- Hábitos no saludables
- Antecedentes de caries
- Maloclusiones
- Ingestión de alimentos azucarados

Segunda etapa

Estrategia de intervención educativa con enfoque estratégico.

Para su realización fueron tomados los momentos de Mario Rovere, ya señalados:

- Análisis de situación,
- Análisis de problemas,
- Identificación de la visión,
- Construcción de viabilidad,
- Diseño de proyectos y operaciones,
- Programa operacional táctico-operativo.

También los considerados por C. Matus:

- Momento explicativo
- Momento normativo
- Momento estratégico
- Momento táctico-operacional

Momento explicativo: Análisis de la situación de salud e identificación de problemas

Luego de la identificación y priorización de los problemas, se realizó su explicación mediante el análisis causal, el diagrama causa efecto y la red explicativa de Mario Rovere, estos, con el criterio de todos los implicados, contribuyeron al desarrollo de la estrategia.

Análisis causal.

Espina de pescado o Diagrama de Ishikawa.

Para su realización se siguieron los siguientes pasos:

Se colocó el principal problema encontrado en la zona de la cabeza del pescado que resultó ser la caries. Los participantes coincidieron que entre las causas primarias ubicadas en la parte superior de la espina de pescado se encontraban la falta de información sobre la salud bucal, el desconocimiento sobre la frecuencia y la forma del cepillado dental, la falta de cepilleros y de exigencia y sistematicidad por parte de los padres, maestros y personal de salud, así como la no existencia de un programa de educación para la salud.

Las causas secundarias fueron ubicadas en la parte inferior de la espina de pescado, destacándose las siguientes: falta de apoyo de la comunidad en las acciones de promoción de salud, idiosincrasia de padres, docentes y administrativos en el desarrollo de actividades de promoción de salud bucal, escasa capacitación del personal docente, administrativo y de servicios y de actividades de promoción de salud.

Dentro de las causas externas se encontraron la crisis económica, el déficit de recursos humanos y de materiales para promover salud.

Matriz o red explicativa de Mario Rovere.

Se utilizó la matriz o red para la búsqueda de explicaciones al problema tomando como referencia la relación causa efecto y los posibles nudos críticos, dividiendo la explicación en planos y espacios; quedó conformada como se presenta a continuación y se identificaron dos nudos críticos: las escasas actividades de promoción de salud bucal y el desconocimiento sobre la frecuencia y forma del cepillado dental, lo que determina el incremento de la caries.

Momento normativo: Definición de visión, construcción de escenarios y diseño de actividades

Definición de visión

Visión. El estomatólogo general integral brinda una atención de excelencia, con una sólida preparación y reconocido prestigio, capaz de elevar el nivel de información de nuestra comunidad, en especial, el de nuestros niños y prestar un servicio de calidad según las estrategias del Ministerio de Salud Pública.

La misión expresa la finalidad o propósito.

Misión. El Estomatólogo General Integral se encarga de la atención al paciente dispensarizado, con una sólida preparación científica, altamente comprometido, que le permite realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, de curación y rehabilitación, con énfasis en las acciones de promoción, mediante la aplicación de los programas diseñados según las políticas y estrategias del MINSAP

Construcción de escenarios. Además de la construcción de escenarios se procedió, para garantizar su viabilidad, a realizar una matriz DAFO que permitió la identificación de las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades que posteriormente hicieron posibles las diferentes alternativas para darle solución a los problemas encontrados.

Diseño de actividades.

Momento estratégico: Construcción de la viabilidad.

Posteriormente se llevó a cabo la elaboración de la matriz DAFO previa lluvia de ideas, para identificar todas las fuerzas actuantes sin tratar de organizarlas o de valorarlas, solamente listando las condiciones externas e internas que afectan nuestras actividades, después se clasificaron las fuerzas en externas e internas,

positivas y negativas, y de este modo obtuvimos los cuatro grupos de fuerzas que a continuación se muestra.

Matriz DAFO. Fuerzas internas.

Fortalezas

F₁ - Sistema de salud único y accesible.

F₂ - Intersectorialidad

F₃ - MINED comprometido con la promoción de salud.

F₄ - Servicios de estomatología con prioridad para escolares.

F₅ - Existencia de áreas de juego.

Debilidades

D₁ - Idiosincrasia de padres, docentes y administrativos en el desarrollo de actividades de promoción de salud bucal.

D₂ - Falta de motivación de padres y empleados en temas sobre salud oral.

D₃ - Tiempo dedicado a la intervención.

D₄ - Necesidad de aprendizaje del cepillado dental.

D₅ - No existía un programa de salud bucal en las escuelas, cepilleros ni áreas de juego de salud bucal.

Fuerzas externas

Oportunidades

O₁ - Voluntad política consciente del personal docente, de los padres y de la administración.

O₂ - Ambiente favorable: Escuela con buena higiene y locales adecuados.

O₃ - Niños que saben leer y escribir.

Amenazas

A₁ - Crisis económica.

A₂ - Desinformación sobre temas relacionados con la salud bucal.

A₃ - Escasa capacitación del personal docente.

--	--

Matriz DOFA	Ambiente interno		
	Fortalezas F ₁ F ₂ F ₃ F ₄ F ₅		Debilidades D ₁ D ₂ D ₃ D ₄ D ₅
Ambiente externo	Oportunidades O ₁ O ₂ O ₃	Alternativa (FO) (F ₁ - F ₅) – (O ₁ - O ₃)	Alternativa (DO) (D ₁ - D ₅) (O ₁ - O ₃)
	Amenazas A ₁ A ₂ A ₃	Alternativa (FA) (F ₁ - F ₅) (A ₁ A ₂ A ₃)	Alternativa (DA) (D ₁ - D ₅) (A ₁ A ₂ A ₃)

Basada en la etapa diagnóstica y apoyada en las herramientas que ayudan al análisis causal: Espina de pescado o diagrama de Ishikawa, así como en la determinación de las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades (Matriz DAFO), y que mostraron la necesidad de aplicar un programa de promoción de salud bucal, de poner cepilleros y de adquirir los conocimientos necesarios de la técnica correcta del cepillado dental; se procedió a la aplicación de un Programa de Promoción de Salud Bucal para la edad escolar de la autora, Dra. Sara Fé de la Mella Quintero, que incluyó actividades y aspectos que dieron respuesta a los problemas identificados anteriormente.

Por otro lado, el programa fomentó en los niños y niñas el autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables como mecanismos para la promoción de salud, donde se incluyeron actividades que motivaron y estimularon a los niños y niñas a lo antes mencionado.

La autora del trabajo y la comunidad escolar participaron de conjunto, “nosotros y los otros”, donde se realizaron diferentes actividades educativas en relación con la promoción de la salud bucal que incluyeron juegos, cuentos, poesías y dibujos que se incluyeron dentro del programa, también se confeccionó el área de juego, los

cepilleros y carteles alusivos a la promoción de salud bucal y al cuidado de la salud en general.

Se trabajó para propiciar un entorno saludable, basado siempre en las reflexiones de padres, maestros y directivos, en la observación participante y en las lluvias de ideas, métodos que revelaron el déficit, antes mencionado, de cepilleros y áreas de juego de promoción de salud bucal.

Los niños, en su conjunto, desarrollaron sus iniciativas y creatividad; con la cooperación de líderes formales e informales se confeccionaron maquetas, frases, mensajes de salud para el comedor y se creó el área de juego con materiales estomatológicos, sin hacer alusión a la enfermedad sino solo a la salud bucal.

Anteriormente se han desarrollado trabajos de promoción de salud bucal, como el Mural de mami y papi, mediante el cual se brindan orientaciones a los niños y padres sobre la salud bucal, con el objetivo de lograr modificaciones en el comportamiento entre estos, el mural contiene algunas informaciones sobre el tema. Aunque este estudio demostró tener un impacto satisfactorio, no introduce el juego como método fundamental en esta etapa de la vida y utiliza solamente la observación como método de enseñanza, sin embargo, mediante el programa de promoción de salud bucal para edad escolar, descrito por la autora, los niños incorporan mediante el juego los conocimientos necesarios, ya que esta actividad constituye, en esta etapa, un aspecto muy importante para el aprendizaje y desarrollo. (13)

También, en el entorno, se trabajó en la colocación de cepilleros que facilitarían la formación del hábito del cepillado dental, como ya se ha explicado, mediante las entrevistas y la observación participante se demostró que los niños y niñas llevaban cepillos dentales pero no los utilizaban.

Al estar los cepilleros al alcance, los infantes pueden cepillarse, incluso después de la merienda, pues de esta hora a la hora de almuerzo median tres horas, tiempo durante el cual los dientes estarían sin cepillarse por lo que se facilita la acumulación de placa dentobacteriana. Lo mismo sucedía en el horario de merienda de la tarde con la diferencia de que entre ambas comidas median más

horas, pues los niños y niñas no se cepillarán hasta después de comer, en el horario de la noche.

En nuestro país, los círculos infantiles que utilizan cepilleros, usan alguna figura que identifique a cada niño o niña, pues a esta edad los infantes aún no saben leer pero identifican una figura como suya si se les enseña, este elemento contribuye a la construcción de entornos saludables (14), por ello, nuestro empeño en extender la aplicación de esta idea a escuelas donde los niños pasan la mayor parte del día, lo que no solo contribuiría al mejoramiento de su salud sino al condicionamiento de un entorno más saludable y agradable para el niño o la niña, además de contribuir para que la escuela se declare como escuela promotora de salud bucal.(15)

El hecho de que en el comedor se colocaron materiales alusivos a técnicas y horarios de cepillado dental favoreció al reforzamiento de hábitos y habilidades adquiridos, así como a la creación de entornos saludables, mecanismo para la promoción de la salud.

Se consideró oportuno dentro de estos mecanismos de promoción de salud la ayuda mutua y, para ello, los niños y niñas de sexto grado, así como los de cuarto grado fueron capacitados y preparados con técnicas de cepillado dental, aspecto primordial dentro de la salud bucal, además, recibieron capacitación, de manera coordinada con la líder no formal, sobre los fundamentos de hábitos perjudiciales, mecanismos de formación de caries y de enfermedades periodontales en correspondencia con su nivel de entendimiento.

Se utilizaron tantas sesiones de trabajo como fueron necesarias, hasta comprobar que los niños y niñas tenían dominio de los aspectos teóricos y de las habilidades para transmitir los conocimientos adquiridos.

Estos niños y niñas fueron los que llevaron a cabo la enseñanza de primer grado, aunque apoyados por la autora del trabajo, por maestros y facilitadores.

Aunque la ayuda de pares se plantea que debe realizarse entre personas de igual sexo o edad, método utilizado sobre todo en la prevención de VIH, así como en el trabajo con personas enfermas (16), nosotros utilizamos la variante de niños y niñas de diferentes edades y sexos, aunque hace muchos años se había

desarrollado la enseñanza niño a niño, esto constituye, en este momento, un aspecto relevante no solo en la prevención de VIH, como señalamos anteriormente, sino, también, en el trabajo con personas alcohólicas y con otras enfermedades.

Se entregaron marcadores con frases de salud bucal, así como tarjetas para mejorar la salud bucal y general, con gran estímulo y motivación para niños y niñas.

Momento operacional: Ejecución de la estrategia

Se utilizó el programa de promoción de salud para la edad escolar con el apoyo de todos y las actividades fueron plasmadas en la planificación correspondiente, con responsabilidades definidas, horarios específicos y lugar de realización, entre otros aspectos.

Posterior al desarrollo de la estrategia, se realizó una evaluación preliminar para determinar si los niños y niñas habían asimilado los aspectos teóricos y prácticos introducidos, para garantizar las impresiones y opiniones de los participantes en este trabajo, para ello se realizaron las siguientes técnicas: composición, completar frases y dibujos.

Como investigación cualitativa se realizó la triangulación de estas técnicas para corroborar la efectividad y veracidad de los contenidos.

Composición. Mediante ella, los niños expresaron los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa.

Completar frases. Mediante esta técnica los maestros, padres y el personal de servicio expresaron sus opiniones sobre el programa aplicado. Se destacan expresiones favorables de padres que refirieron lo siguiente:

- La aplicación del programa resultó interesante y muy provechosa.
- Los niños se divirtieron y han incorporado conocimientos muy valiosos para su salud.
- Las áreas de juego se han utilizado y los niños están muy contentos con ellas.
- Resultó interesante que todos aprendimos con nuestros niños y llevaron mensajes de salud a nuestras casas.

Dibujo libre. Los dibujos se desarrollaron por alumnos de primero, cuarto y sexto grado, quienes fueron capaces de incorporar los mensajes de salud transmitidos durante la aplicación del programa.

En otros países se han instaurado diferentes acciones para lograr que los niños tengan acceso a la promoción de salud, es así como en el libro “Aprendiendo a promover salud” se le demuestra al niño cómo hacer cepillos dentales con ramas y medios rústicos, efectivos en un medio donde no existan los recursos para cuidar su salud bucal y general. (11)

Tercera etapa

Después de la estrategia de intervención, las entrevistas a los niños y niñas reflejaron lo siguiente:

Un aumento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los infantes, ya que ellos, con claridad, valentía y disposición, expresan todo lo aprendido durante el programa, recuerdan perfectamente el horario del cepillado dental, con gran destreza señalan la frecuencia (cuatro veces al día) y los momentos en que deben realizarse, muchos dicen sonrientes: mis dientecitos ya están contentos como los de las barajas, porque no tienen al bichito pica muelas, de ahí la importancia de la aplicación de programas para la promoción de salud bucal con el objetivo de disminuir la incidencia de caries y enfermedades bucales que acarrearán problemas de índole biológico y social.

Al finalizar la intervención, en la categoría de hábitos perjudiciales, los niños sabían identificar claramente aquellos que resultaban dañinos para la salud bucal y la general; mediante la ayuda mutua como mecanismo para la promoción de salud, se logró que poco a poco aquellos niños que tenían alguno de estos hábitos, lograra eliminarlo, no todos alcanzaron la meta de erradicar el hábito pero aquellos que no lo lograron, se esmeran por hacerlo, además, conocen ya los daños que esto les puede ocasionar. Específicamente, en cuanto al hábito de comer dulces, algunos refieren que lo más importante es lavarse los dientes después de comer caramelos y, como dice Jesús: ahora yo se los pido a mi mamá de postre para después poder lavar mis dientes

Con los niños y niñas succionadores del pulgar, aunque pocos, se trabajó de conjunto con sus padres y mejoraron este aspecto, algunos de ellos ya no tienen este hábito.

Después de la intervención, los niños se habían convertido en fieles promotores de salud bucal, muchos padres se acercaban y me decían: se pasa el día en la casa fijándose para ver quien hace algo incorrecto, y enseñan a todos a cepillarse los dientes.

Al finalizar, muchos expresaron cómo le habían enseñado a sus abuelos a cepillarse los dientes y como fueron las experiencias al enseñarle a otros niños de la escuela, de esta forma se aprecia el cambio de los niños no solo en el enriquecimiento de sus conocimientos y habilidades adquiridos durante el programa sino también en que se sienten seguros y felices de lo que pueden hacer por otros niños y personas adultas en materia de promoción de salud bucal y general.

Después de la intervención muchos padres apreciaron un cambio en la conducta de sus hijos referente al cepillado dental: al menos no hay que empujarlos tanto, comentan.

De acuerdo con el comportamiento de los hábitos después de la intervención, los padres señalan que aunque algunos no lograron eliminar el hábito, al menos sí tienen el conocimiento incorporado y el mensaje de salud adquirido fue muy beneficioso.

Después de la intervención, los padres estaban contentos, se mostraban interesados en saber qué actividades hicimos para que los niños hablaran a toda hora de lo que sabían, incluso manifestaron que en sus juegos incluyeron el del dentista, que explicaba lo que se debía hacer para no enfermarse, muchos llevaban a sus casas los materiales que les regalamos y les explicaron a sus padres por qué se debían cepillar y en qué momentos era más importante hacerlo.

De esta manera se cumplía uno de nuestros objetivos: lograr que los niños se convirtieran en promotores de salud e incorporar la escuela al movimiento de escuelas promotoras de salud, también, trabajar con los líderes de la comunidad

para ayudarles a entender cómo pueden fomentar la salud y la educación. (17).
Todo esto puso en evidencia el carácter formativo del programa aplicado.

Referencias bibliográficas.

1. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2003. p. 493.
2. Rodríguez M; Muños Brequet. Estudios de la necesidad de tratamiento bucodental. Rev. Avances de Odontoestomatología. 1999; 15 (9): 495-498.
3. Reyes Yansón, Llemeney López. AT de Estudios de determinación de fluoruros. Rev. Avances de Odontoestomatología. 1999; 15 (8): 434.
4. Barrancos Money J. Introducción a la operatoria dental. Operatoria dental. Tercera Edición. Buenos Aires. Editorial Medicina Panamericana; 1999: 1-9.
5. Colectivo de autores. CD-ROM de la Maestría de Salud Bucal Comunitaria. Curso 6 y 9. ISCMH 2004.
6. Buelav P. Buelav MI. ARNO e odontología. Bol informativo ASS Bras Pedro Planas de Rehabilneuroclusal. (en línea) 2001, (fecha de acceso) 10-7-2003; 4(1):17-20. URL disponible en: <http://www.abpprno.com>.
7. Colectivo de autores. Metodología de la investigación educacional. Desafíos y polémicas actuales. Ecimed 2006.
8. Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover salud. Fundación Hesperia. 1692. California 94302. 1992. p.445.
9. Rodríguez Gómez G, Gil Flores G, García Jiménez E. Acceso al campo. En: Metodología de la Investigación Cualitativa; 2000 p (72-74), (103-108).
10. Rodríguez Gómez G, Gil Flores G, García Jiménez E. Vagabundeo. En: Metodología de la Investigación Cualitativa; 2000 p (110-112).
11. Rodríguez Gómez G, Gil Flores G, García Jiménez E. Construcción de mapas. En: Metodología de la Investigación Cualitativa; 2000 p (113-117).
12. Artiles Visual, L; Otero Iglesias, J; Barrios Osená, I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2007
13. Para la vida: El desarrollo infantil y el aprendizaje temprano. URL disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/ffl/04>.
14. En busca de la calidad en la atención educativa. Unidad y diversidad. URL disponible en <http://www.worldbank.org/children/nino/basico/siverio/04.htm>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual. Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud. En: Escuelas promotoras

- de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, DC. OPS, 2003.p.38-43.
16. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual. Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud. En: Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, DC. OPS, 2003.p.38-43.
 17. Programa niño a niño en la escuela nueva. URL disponible en: <http://www.cinde.arg.co/innovaciones.com/Prum.htm.2003>.