

Acciones educativas sobre salud bucal en estudiantes de la Escuela «René Fraga»

Educational actions on oral health in students from
"René Fraga" School

Sara Fé de la Mella Quintero¹ <https://orcid.org/0000-0003-0906-0758>

Zulma Díaz Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-7587-4429>

Maydelis Gálvez Moya¹ <https://orcid.org/0000-0003-4117-0922>

Yenicet Rodríguez Sotolongo¹ <https://orcid.org/0000-0001-8107-7285>

Alexander Jova García¹ <https://orcid.org/0000-0002-0987-6725>

Ana Ivis de la Mella Quintero¹ <https://orcid.org/0000-0003-4089-4937>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: sarafemq@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la mayoría de la población acepta como inevitable la pérdida de los dientes con la edad, pero si estuviera mejor informada y adoptara actitudes y prácticas favorables con relación a su salud bucal, la prevalencia y gravedad de estas afecciones se reduciría considerablemente; esto motiva a buscar soluciones a través de políticas de salud que implementen planes especialmente diseñados a tal efecto.

Objetivos: identificar el nivel de información sobre salud bucodental, diseñar y aplicar acciones educativas en escolares de preescolar a tercer grado de la Escuela «René Fraga».

Métodos: se realizó una investigación, con metodología cualitativa y cuantitativa, en el período comprendido entre marzo 2017 a mayo 2018. Se utilizaron varios métodos e instrumentos para la obtención de la información entre los que se destacan: la observación y la entrevista. La muestra estuvo conformada por 248 infantes, y fue seleccionada por criterios. La información se obtuvo a través de: la observación, la aplicación de una entrevista para explorar información sobre salud bucal en los niños y niñas, todo esto con previo consentimiento informado de instituciones y padres.

Resultados: los resultados obtenidos señalan entre otros aspectos: dificultades en la forma, frecuencia y orientación del cepillado, así como el nivel de información sobre salud bucodental; se diseñaron y aplicaron acciones en correspondencia con las necesidades educativas identificadas.

Conclusiones: las niñas y niños mostraron un nivel de información sobre salud bucodental no adecuado durante el diagnóstico; este mejoró considerablemente después de aplicadas las acciones educativas diseñadas.

DeCS: salud bucal; intervención educativa precoz; atención dental para niños.

ABSTRACT

Introduction: the majority of the population accepts tooth loss as inevitable as they age, but if they were better informed and adopted favourable attitudes and practices regarding their oral health, the prevalence and severity of these conditions would be considerably reduced; this motivates us to look for solutions through health policies that implement plans specially designed for this purpose.

Objectives: identifying the level of information on oral health, as well as designing and applying educational actions in schoolchildren from preschool age to third grade belonging to "René Fraga" School.



Methods: a qualitative and quantitative research was carried out from March 2017 to May 2018. Several methods and instruments were used to obtain information, among which observation and interview stand out. The sample consisted of 248 infants, and was selected by criteria. The information was obtained through observation and the application of an interview to explore information on oral health in children; all this with the prior informed consent of institutions and parents.

Results: the obtained results indicate, among other aspects: difficulties in shape, frequency and orientation of brushing, as well as in the level of information on oral health; actions were designed and applied in correspondence with the educational needs identified.

Conclusions: girls and boys showed an inadequate level of information on oral health during the diagnosis; this improved considerably after applying the designed educational actions.

MeSH: oral health; early intervention; educational; dental care for children.

Recibido: 21/04/2020

Aprobado: 16/02/2021

INTRODUCCIÓN

Mantener y preservar la salud del pueblo y elevar al máximo sus expectativas de vida, es tarea permanente y de mayor jerarquía social en Cuba, por ello, la estrategia de convertir la isla en uno de los principales centros de la Medicina a escala internacional, responde a este objetivo, y tiene sólidos antecedentes en lo realizado hasta hoy en materia de salud, lo cual se sustenta en la calidad revolucionaria, humana y científica de los trabajadores de este sector.⁽¹⁾

Amplio es el escenario donde debe actuar la Promoción de Salud y los niños y niñas no son solo una prioridad del Sistema Nacional de Salud, sino también un



recurso enorme como proveedores del cuidado de la salud, además en el ámbito escolar, es un derecho fundamental de todos los infantes.⁽²⁾

Un elemento importante para lograr los objetivos en materia de salud es conocer las debilidades en cuanto al aprendizaje, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que se alcance a desarrollar en los individuos y poblaciones sobre la que se debe sustentar el trabajo de los profesionales de salud.⁽³⁾

Actualmente, son complejos los problemas de salud bucal, por la deficiente higiene bucal, hábitos nocivos y deformantes, el consumo excesivo de azúcares entre otros, además se conocen los factores de riesgo y los daños a la salud general, y la importancia de eliminar estos agravantes al identificar deficiencias en el nivel de información, así como al implementar procedimientos que eleven el nivel de educación sanitaria.⁽⁴⁾ Por ende, todavía constituye un reto para la Estomatología garantizar, desde edades tempranas, un nivel de información sobre salud bucodental adecuado y el compromiso que deben asumir todos los profesionales, también se incluyen los estudiantes de la carrera en tal sentido, que logre mejorar el estado de salud bucal y general de la población; que permita una correcta visión integral de la situación de salud para establecer, a partir de ella y de forma conjunta, los planes de acción para su modificación positiva.

Los objetivos de esta investigación son caracterizar la muestra según edad y sexo, identificar el nivel de información sobre salud bucodental en escolares de preescolar a tercer grado, diseñar acciones educativas en correspondencia con el diagnóstico realizado, y determinar el nivel de información sobre salud bucodental después de aplicadas las acciones educativas.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, con metodología cuantitativa y cualitativa, en la Facultad de Estomatología de Villa Clara en el período comprendido entre marzo de 2017 a mayo de 2018.



La población de estudio estuvo constituida por 266 niños, matrícula regular de los niños y niñas de preescolar a tercer grado de la Escuela «René Fraga». No se involucró a otros grupos de estudiantes para poder dar seguimiento a estos niños en los años sucesivos en la investigación. La muestra se tomó de forma intencional, con criterios de inclusión y exclusión, y finalmente quedó conformada por 248 niños.

Criterios de inclusión:

1. Estar comprendidos entre el grado preescolar a tercer grado.
2. Estar presentes el día que se realizó la encuesta inicial.

Criterios de salida:

- Niños o niñas que se trasladen de la escuela por cualquier motivo.

Para el cumplimiento de los objetivos se obtuvo la información a través de: la observación y la aplicación de una entrevista para explorar información sobre salud bucal en los niños y niñas objeto de estudio, todo esto previo consentimiento informado de instituciones y padres.

Todos los escolares del grupo de edad en estudio fueron entrevistados en sus áreas de estudio; se utilizaron como materiales necesarios el modelo para entrevistar del investigador, lo que permitió evitar errores en la recogida de la información. La entrevista fue guiada convenientemente hacia el logro de los objetivos propuestos.

La investigación se realizó en tres etapas:

1. Diagnóstico (identificación del nivel de información)
 - Entrevista a niños y niñas.
 - Observación encubierta del horario de ingestión de alimentos por los niños y las niñas (dígase horario de merienda y almuerzo)



2. Diseño y aplicación de las acciones: para el diseño se tomaron en consideración aspectos sobre salud bucodental que se encontraron deficientes en la entrevista y observación. Se tuvo en cuenta la edad para lograr técnicas de educación para la salud acordes a esta. La aplicación de las acciones se realizó en un ambiente adecuado y se cumplieron con los requisitos de tiempo y metodología con la que fueron creadas.

3. Determinación del nivel de información después de aplicadas las acciones.

Operacionalización de variables:

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Frecuencia del cepillado adecuada	Se tomará en consideración la respuesta en cuanto al número de veces que lo realiza al día.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: responde de 3 a 4 veces al día • No: responde 1 vez, 2 o nunca.
Forma del cepillado adecuada	Se tomará en consideración la respuesta en cuanto a la forma en que lo realiza.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: responde de forma vertical. • No: responde de forma horizontal o mixta.
Orientación sobre el cepillado	Se tomarán en consideración las respuestas correctas de acuerdo a si la orientación del cepillado fue recibida por parte de profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: si ha recibido la información por parte de algún estomatólogo o técnico de atención estomatológica. • No: si no ha recibido la información por parte de algún estomatólogo o técnico de atención estomatológica.
Hábitos bucales incorrectos reconocidos	Se tomará en consideración la respuesta del entrevistado.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: si es capaz de reconocer cuáles hábitos son incorrectos y perjudican la salud bucal. • No: si no es capaz de reconocer cuáles hábitos son incorrectos y perjudican la salud bucal.
Hábitos bucales incorrectos	Se tomará en consideración la respuesta del entrevistado y la presencia o no de estos hábitos.	<ul style="list-style-type: none"> • Onicofagia • Queilofagia • Succión digital • Biberón • Alimentos azucarados • Tete • Respirador bucal
Nivel de información sobre salud bucodental en niños y niñas.	Medirá el nivel de información que tengan los niños y niñas sobre salud bucodental.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado: Si responde más del 50 % de las preguntas correctamente. • No adecuado: Si solo responde el 50 % o menos de las preguntas correctamente, o no responde.



RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede observar que la muestra total fue de 248 estudiantes, 121 del sexo masculino y 127 del femenino, lo que representa un 48,79 % y 51,20 %, respectivamente. En cuanto a la distribución de la muestra, según grupo de edades, se encontró que en el grupo de 8-9 años de edad había un total de 84 estudiantes (33,87 %) y que el grupo 5-6 años posee la menor cantidad con solo 43 estudiantes.

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo

Edad	Sexo								Total			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	M		M		F		F					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
4-5	24	9,67	24	9,67	26	10,48	26	10,48	50	20,16	50	20,16
5-6	22	8,87	22	8,87	21	8,46	21	8,46	43	17,33	43	17,33
7-8	38	15,32	38	15,32	33	13,30	33	13,30	71	28,62	71	28,62
8-9	37	14,91	37	14,91	47	18,95	47	18,95	84	33,87	84	33,87
Total	121	48,79	121	48,79	127	51,20	127	51,20	248	100	248	100

Fuente: Entrevista $p < 0,005$

Inicialmente, 109 estudiantes respondieron correctamente, para un 43,95 %, y se constató que 139 estudiantes (56,04 %) realizaban incorrectamente la frecuencia del cepillado (inferior a 2 veces). El promedio más alto en la frecuencia de cepillado incorrecta fueron los estudiantes de 4 a 5 años de edad con un total de 48 estudiantes (19,35 %) (Tabla 2). Luego de aplicadas las acciones educativas se obtuvo una notable mejoría en los niños que realizaban incorrectamente la frecuencia del cepillado y se redujo la cantidad a solo 54 estudiantes (21,77 %). Por otra parte, 194 estudiantes refirieron que lo realizaban correctamente.



Tabla 2. Frecuencia del cepillado según edad

Edad	Frecuencia del cepillado								Total			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	SÍ		SÍ		NO		NO					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
4-5	2	0,80	25	10,08	48	19,35	25	10,08	50	20,16	50	20,16
5-6	8	3,22	30	12,09	35	14,11	13	5,24	43	17,33	43	17,33
7-8	33	13,30	64	25,80	38	15,32	7	2,82	71	28,62	71	28,62
8-9	66	26,61	75	30,24	18	7,25	9	3,62	84	33,87	84	33,87
Total	109	43,95	194	78,22	139	56,04	54	21,77	248	100	248	100

Fuente: Entrevista p < 0,005

En la Tabla 3 se muestra que 144 estudiantes (58,06 %) respondieron positivamente, y los restantes 104 estudiantes lo hicieron negativamente (41,93 %). Resultó destacable el grupo de 8-9 años de edad, en el cual 80 estudiantes (32,25 %) reconocieron los malos hábitos para la salud bucal. Posteriormente a las acciones aplicadas, se encontró que 45 estudiantes más, para un total de 189, lograron reconocer los malos hábitos, lo que representa un 76,20 %.

Tabla 3. Hábitos bucales incorrectos que los niños y niñas reconocen según la edad

Edad	Hábitos bucales incorrectos								Total			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	SÍ		SÍ		NO		NO					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
4-5	3	1,20	18	7,25	47	18,95	32	12,90	50	20,16	50	20,16
5-6	13	5,24	22	8,87	30	12,09	21	8,46	43	17,33	43	17,33
7-8	48	19,35	66	26,61	23	9,27	5	2,01	71	28,62	71	28,62
8-9	80	32,25	83	33,46	4	1,61	1	0,40	84	33,87	84	33,87
Total	144	58,06	189	76,20	104	41,93	59	23,79	248	100	248	100

Fuente: Entrevista p<0,005

En la evaluación de los niveles de información de salud bucodental (Tabla 4), se encontró que de un total de 248 entrevistados solo 95 estudiantes (38,30 %)



tienen un nivel adecuado, y 153 estudiantes (61,69 %) presentaron un nivel no adecuado. Luego de aplicadas las acciones educativas se logró obtener un nivel adecuado de información en 191 estudiantes (77,01 %). Se obtuvo como dato relevante que solo 57 estudiantes presentaban un nivel de información no adecuado, con nivel de $p < 0,005$.

Tabla 4. Nivel de información de los niños y niñas

Nivel de información	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	95	38,30	191	77,01
No adecuado	153	61,69	57	22,98
Total	248	100	248	100

Fuente: Entrevista $p < 0,005$

Durante la observación se detectaron los siguientes aspectos:

- Los niños ingerían alimentos pastosos, pegajosos y dulces, sobre todo en el horario de meriendas y después del almuerzo.
- No se cepillaban los dientes mientras estaban en la escuela.
- Ninguno de los maestros intervino para recordarles que debían cepillarse los dientes.
- La escuela no cuenta, como los círculos infantiles, con cepilleros ni áreas de juego relacionadas con la higiene bucal.
- Los niños y niñas no llevaban cepillos dentales a la escuela a no ser cuando la estomatóloga del área visitaba el centro y les recordaba que había que llevarlo.
- No existían mensajes de salud en ninguna parte de la escuela en relación a la salud bucal, la importancia del cepillado, o temáticas similares.

Cada una de las acciones está diseñada con sus objetivos, procedimientos, materiales, contenidos, técnicas y evaluación. Así como el tiempo de realización que fue de aproximadamente 20 minutos.



Acción # 1

Primera Actividad: Introducción y presentación de las acciones.

Tema 1: Presentación de las acciones y conocimiento del grupo. Técnica: Conociéndonos mejor.

Tema 2: ¿Qué debemos comer? En este momento se hace alusión a la influencia de una mala alimentación en la higiene bucal. Técnica: Dibujo libre.

Tema 3: Cuento: «El sapo dentado». Se narra el cuento y luego se explica la importancia de comer saludable y mantener la boca limpia. Técnica: cuento.

Tema 4: Mi visita al estomatólogo. Los principales objetivos son evidenciar la necesidad de la asistencia de los niños al estomatólogo y fomentar la relación entre ellos. Técnica: en pro o en contra.

Tema 5: ¿Qué tengo que hacer para mantener mis dientes sanos? Se hablará sobre higiene bucal, hábitos deformantes, y actividades positivas ante el estomatólogo. Técnica: Tarjetas con preguntas.

Acción # 2

Tema 1: Mis dientes, mi responsabilidad. Técnica: Sociodrama.

Tema 2: Cuento: «Juanchito y los dulces». Aquí se presentan los dulces como enemigos de los dientes. Técnica: Cuento dramatizado.

Tema 3: Amigos y enemigos de los dientes. Se habla de los alimentos cariogénicos y no cariogénicos. Técnica: Observo e identifico.

Tema 4: El ganador de la sonrisa. Se establece la relación entre la alimentación y la higiene bucal. Técnica: las 4 bolsas.

Acción # 3

Tema 1: Amigo secreto. Técnica: Amigo secreto.

Tema 2: Cuento: «Cita con el doctor cepillo». Se demuestra la importancia del cepillado dental.

Tema 3: Juego de participación y un cuento. Técnica: Corre, diviértete y aprende.

Tema 4: Conferencia y juegos de agilidad mental.



Las acciones educativas se desarrollaron con las frecuencias previstas y se mantuvo la flexibilidad en horarios con más o menos tiempo en correspondencia con los debates, los cuales no se forzaron a terminar. Se mantuvo la evaluación sin hacer alusión a la palabra solo a manera de intercambio, lo que facilitó la reflexión, el diálogo y el análisis, a partir de los debates que se generaron.

Se empleó un lenguaje sencillo mediante el cual los niños lograron comprender los objetivos trazados en cada una de las acciones. Se mantuvo una buena disciplina por parte de los estudiantes y la comunicación estudiante-profesor-estomatólogo; las actividades fueron muy productivas.

En cada una de las aplicaciones de las acciones educativas la asistencia fue buena; participaron en su gran mayoría todos los estudiantes que estaban involucrados en la investigación. Luego de aplicadas las acciones se evaluaron correctamente los conocimientos en salud bucal de los estudiantes, mediante los medios y métodos trazados.

DISCUSIÓN

El cepillado dental constituye hoy una de las formas más eficientes para la disminución de la placa dental. Por esta razón, enseñarles a los niños cómo realizarlo debe ser una tarea diaria de los adultos. En el estudio realizado existe dicotomía en este sentido, así mismo se debe enfatizar en que el profesional de la salud no solo es el responsable de que el escolar adquiriera este conocimiento, sino también la familia, que debe inculcar hábitos y costumbres basados en estilos de vida adecuados que garanticen un mejor desarrollo de la salud bucal.

Las acciones educativas son de gran valor cuando es necesario influenciar en cambios de la salud bucal; ^(5,6,7) Por ello, Cuba es uno de los pocos países que cuenta en sus programas de estudio de las enseñanzas primarias con temas relacionados con la salud del individuo, específicamente en segundo grado, en la asignatura El mundo en que vivimos. En esta asignatura se les recuerda a los niños y niñas que no se deben realizar algunos hábitos como: succión del pulgar,



tomar leche en biberón y evitar el empuje lingual. También se presenta una imagen de un niño con un cepillo dental sin hacer alusión a su importancia o frecuencia correcta.

Queda a la espontaneidad de los maestros el hablar sobre el tema e interpretar la lámina. Es importante en este aspecto garantizar la preparación adecuada de los educadores para cumplir esta y otras funciones correspondientes a la salud bucal de los niños y niñas, debido a que la escuela, como institución social, ha de potenciar la preparación más acabada del individuo para enfrentar los retos que la sociedad le impone a su tiempo.

Si se tiene en cuenta que en la escuela se presentan diversos factores de riesgos que afectan la salud del infante debido a que se considera un factor de riesgo, un atributo, o característica que le confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer las enfermedades,^(8,9) estos se presentan continuos y gradualmente en el proceso salud-enfermedad. Por tanto, el personal calificado tiene la misión de influir en promoción de modos y estilos de vida favorables a la conservación de la salud, lo que contrarresta las consecuencias negativas de estos.^(1,7)

De ahí la importancia de realizar labores de educación para la salud en vistas a identificar y disminuir la presencia de hábitos bucales perjudiciales conocidos como factores de riesgo, en especial cuando se sabe que estos juegan un papel primordial en la incidencia, aparición de afecciones bucales y en el estado de salud bucal en la población objeto de estudio. Se conoce que las experiencias que tiene el niño, promueven su desarrollo cognitivo, por lo que se debe proporcionar un ambiente rico en experiencias positivas, adaptadas a su grado de madurez.⁽⁸⁾

El proceso de asimilación, en esta etapa del aprendizaje, es el reflejo de los nuevos objetos, fenómenos, conductas y de la formación de representaciones y conceptos correctos sobre ellos, en la mente del que aprende.⁽⁷⁾

Por ello, esta categoría fue utilizada en la entrevista con los niños y las niñas, donde se les preguntó acerca de los hábitos perjudiciales como fueron nombrados para la mejor comprensión de los infantes. Varios estudios han demostrado que



cuando aumenta el consumo de azúcar se produce un aumento de la caries dental y de otras afecciones bucales debido a la presencia de la placa dentobacteriana.⁽⁹⁾ Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado la asociación entre caries y carbohidratos refinados o azúcares, especialmente la sacarosa o azúcar común. Los azúcares consumidos con la dieta constituyen el sustrato de la microflora bucal que da inicio al proceso de cariogénesis. Los nutrientes de mayor acción cariogénica son los tres disacáridos más importantes cuantitativamente de la alimentación occidental: sacarosa, lactosa y maltosa. Se puede reducir la incidencia de caries si se reduce el consumo de azúcar, se evitan los dulces entre las comidas y no se consumen alimentos pegajosos.^(5,10)

Este tema ha sido de especial debate en muchas ciudades del mundo. En Madrid se realizó un estudio de salud bucal para garantizar la prevención de las enfermedades bucales, donde se le ofrecen recomendaciones a padres y escolares como disminuir los alimentos y bebidas que contengan azúcar.⁽¹⁰⁾ Las enfermedades bucales en infantes se atribuyen a hábitos de lactancia, dieta e higiene bucal inadecuada y ausencia de medidas preventivas.⁽⁷⁾

Díaz⁽¹¹⁾ y Siquero⁽¹²⁾ informaron que los principales factores de riesgo encontrados según sexo, advierten que todos los niños y las niñas ingerían una dieta cariogénica, lo que es similar a los datos encontrados en esta investigación.

El hábito de ingerir alimentos azucarados (así como otros hábitos que interfieren en una salud bucal adecuada) es muy difícil de modificar, aun cuando se trabaje arduamente pues su componente afectivo no permite su total erradicación. Igual sucede con la succión digital, el cual es uno de los más tempranos y comunes de los hábitos en la infancia ya que pueden afectar gran cantidad de los infantes desde el nacimiento hasta la adolescencia. La mayoría corresponde a la succión del pulgar. Los cambios dentoalveolares relacionados con la succión digital incluyen mordida abierta anterior y un aumento en la prevalencia de la vestibuloversión de los incisivos superiores.⁽¹³⁾

Se ha observado que tanto la succión digital como la respiración bucal, cuando actúan de forma conjunta, producen con mayor frecuencia mordida abierta



anterior, pero también pueden asociarse a: mordidas cruzadas, relación de distoclusión, vestibuloversión de incisivos y micrognatismo transversal.^(14,15,16)

La dentición temporal ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente, por lo que hay que vigilar su crecimiento y desarrollo y la influencia sobre factores de riesgo que pueden modificar notablemente la morfología cráneo facial y que provoca, desde edades tempranas, relaciones oclusales inadecuadas. La experiencia ha demostrado que el tratamiento de las maloclusiones en edades tempranas es eficiente y con resultados más estables que en edades más avanzadas.⁽¹⁴⁾

Muchas enfermedades en la actualidad aparecen por el inadecuado estilo de vida y los hábitos insanos adquiridos a lo largo del tiempo, por lo que el mecanismo más eficaz para generar en las personas un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables, lo constituye la educación para la salud en todos sus ámbitos de acción. Si se enfoca la instrucción sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá responsabilidad en su aprendizaje, que no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.⁽¹⁰⁾

La edad escolar es la etapa donde los niños aprenden y refuerzan valores y prácticas que proporcionarán la buena salud durante el resto de sus vidas, adquieren la base de su comportamiento y conocimiento, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar; además desarrollan habilidades y destrezas para el cuidado de su salud y del medio ambiente.

El entorno que rodea a los pequeños debe ser potenciador de aprendizajes en materia de salud, creándose las condiciones necesarias, mediante actividades educativas que le permitan al niño ampliar sus conocimientos en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que le permitan crear mecanismos para afrontar los problemas de la vida, factor esencial para mantener un buen estado de salud. La mayoría de los factores de riesgo de las enfermedades bucales son prevenibles. En su gran mayoría dependen de los conocimientos, aptitudes y costumbres adquiridas en edades tempranas, de ahí la importancia de



trabajar con este grupo escolar a fin de lograr acciones que conduzcan a la preservación de su salud y de manera específica la salud bucal. En este proceso, los profesionales de la salud y los educadores juegan un papel principal mediante las acciones educativas y los conocimientos necesarios para el fomento de modos y estilos de vida saludables. Se toman como iniciativa el trabajo con grupos de padres de familia, y de esta manera, se lleva el trabajo a la comunidad.⁽¹⁷⁾

CONCLUSIONES

Existió un predominio del sexo femenino y de la edad de 8-9 años. Se identificó el nivel de información sobre salud bucal de los estudiantes involucrados en la investigación, el cual resultó no adecuado en la primera etapa. Se diseñó y aplicó, de manera satisfactoria, un conjunto de acciones educativas en correspondencia con el diagnóstico inicial de la investigación; se tuvo en cuenta los grupos de edades para su aplicación. Después de aplicadas las acciones se determinó el nivel de información y este resultó adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu EG. Abordaje de la salud bucal en Cuba. *Odontol Sanmarquina*. 2020;23(2):197-202.
2. González RC, Martín DL, Guerra YE, Guerra YE, Paz LG, Pacheco JM. Repercusión social de la aplicación del Programa de Asistencia Estomatológica Incremental en la población del Policlínico «Belkis Sotomayor Álvarez». *MEDICIEGO*. 2017;23(1):43-8.
3. González M. LG, Arroyo JC. Programa educativo de higiene dental en preescolares de contextos vulnerables. La preparación psicológica parental y el rol docente. *Rev Iberoam Educ*. 2017;75:165-80.
4. Plua NSA, Parra Cruz A, Espinosa Estrella WJ, Santos Zambrano TB. Salud bucodental de los escolares. Unidad Educativa Fiscal «Franklin Delano Roosevelt». *Rev San Gregorio*. jul.-sep. 2018;(24):90-7.



5. Macías L. AG, Carballo LC. Estrategias preventivas en salud oral para niños en edad escolar. Rev UNIANDES. 2019;23:213-29.
6. Lucente R, Briceño M. El software educativo como herramienta para la formación de los docentes de preescolar en la promoción de la salud bucal. Invest Postgrado. 2017;32(1):9-32.
7. Castellanos K, Simancas Y, Adriana R. Efectividad de un programa preventivo-educativo en niños en edad escolar sobre aspectos relacionados a la higiene bucal. Odous Cient. 2015;16(1):37-46.
8. Muñoz-Cabrera WE, Mattos-Vela MA. Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Int J Odontostomat. 2015;9(2):321-7.
9. Reinoso-Vintimilla N, Castillo-López CD. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca. Ecuador. Rev Estomatol Herediana. 2017;27(4):227-34.
10. Alba JM, Alba LM. Salud bucodental en los niños. ¿Debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:e173-e8.
11. Díaz M, Azofeifa AL, Ballbé L, Cahuana A. Caries de primera infancia en una población preescolar. Estudio del perfil socio-demográfico y de los hábitos nutricionales. Odontol Pediátr. 2018;26(3):182-92.
12. Siquero-Vera KNS, Mattos-Vela MA. Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana severa. Kiru. 2018;15(3):146-53.
13. Pardo MC, Araya FM, Prado AG, Miranda M. AC. Prevalencia de anomalías dentomaxilares en dentición primaria y mixta primera fase en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, 2018. Odontol Sanmarquina. 2019;22(3):181-6.
14. Sfeir Oyarzún B, Silva García M. Prevalencia de anomalías dentomaxilares en niños de 4 a 12 años del Colegio Puelmapu, Fundación OPTE año 2018 [tesis]. Chile: Universidad Finis Terrae; 2018.



15. Vidal LB, Gil DO, Suarez V. OR, Castañeda JC. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años con respiración bucal. Rev Cienc Méd La Habana. 2015;21(3):1-4.
16. Cantú E. IH, Silva A. KSR, Pineda M. AG, Montalvo AG, Amaya L. JS. Hábitos de higiene bucal y caries dental en escolares de primer año de tres escuelas públicas. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(3):179-85.
17. Echeverría-López S, Henríquez-D'Aquino E, Werlinger-Cruces F, Villarroel-Díaz T, Lanás-Soza M. Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. Int J Interdiscip Dent. 2020;13(1):26-9.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

