

Universidad Mayor de San Andrés

Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica

Unidad de Post-Grado



***Conocimientos y Prácticas del Cuidado Dental de Culturas de 1ero a 8vo
Grado de la Unidad Educativa de Sachapera, el Segundo Semestre de la
Gestión 2011***

MUNICIPIO DE YACUIBA, COMUNIDAD SACHAPERERA 2011

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALIDAD EN
INTERCULTURALIDAD Y SALUD

**AUTOR
RICHARD TORRICO CLAROS**

**TUTOR:
Dr. OSCAR VELASCO**

Tarija– Bolivia

2011

DEDICATORIA

*A mis padres, hermanos, esposa e hijos: Sebastián
Quienes son la luz que iluminan mi camino,
& me brindan su apoyo incondicional
Para lograr una de las metas en mi vida*

AGRADECIMIENTO

A LA COOPERACIÓN TÉCNICA BELGA,
A LA DOCTORA NILA HEREDIA COORDINADORA NACIONAL
Y A LOS COORDINADORES DEPARTAMENTALES,
SIN ELLOS NO TENDRÍAMOS LA OPORTUNIDAD
DE SUBIR UN PELDAÑO MÁS,
EN NUESTRO APRENDIZAJE.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Resume	
1.1. Introducción	pág. 1
1.2. Planteamiento del problema.....	pág. 2
1.3. Pregunta de investigación.....	pág. 3
1.4. Objetivos de la investigación.....	pág. 3
1.4.1 Objetivo General.....	pág. 3
1.4.2 Objetivo específico.....	pág. 3
1.5. Justificación.....	pág. 3-4
1.6. Diseño de la investigación.....	pág. 5
1.6.1. Diseño.....	pág. 5
1.6.2. Tipo de investigación.....	pág.5
1.7. Población y muestra.....	pág. 5
1.7.1. Muestreo.....	pág. 5
1.8. Variables.....	pág. 6
1.9. Dependiente.....	pág. 6
1.10. Independiente.....	pág. 6
1.11. Operacionalización de variable.....	pág.7
1.12. Criterios de Inclusión.....	pág. 8
1.13. Criterios de Exclusión.....	pág. 8
1.14. Instrumento de Recolección de la Información.....	pág. 8
1.15. Metodica de Instrumento.....	pág. 8
1.16. Instrumento de Análisis de Información.....	pág. 8
1.17. Cuestionario Ético.....	pág.8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....	pág. 9
2. MARCO TEÓRICO SITUACIONAL.....	pág. 9
2.1. Histórico.....	pág. 9
2.2. Geográfico.....	pág. 9
2.3. Sanitario.....	pág.10
2.4. Estructura local de salud.....	pág. 10
2.5. Recursos naturales.....	pag.11
2.6. ganadería.....	pág. 11
2.6.1. Flora y fauna.....	pág. 11
2.6.2. Pesca.....	pág. 11
2.6.3. Servicios básicos.....	pág. 11
2.6.4. Tendencia al asentamiento.....	pág. 11
2.6.5. Aspectos agro económicos.....	pág. 12
2.6.6. antecedentes.....	pág. 12
3. Marco Conceptual.....	pág. 12
3.1 Descripción del Modelo de Atención en Salud Oral.....	pág. 12-16
3.1.1. Salud bucal.....	pág. 17
3.1.2. Morbilidad en Salud Oral.....	pág. 18

3.1.3. Principales Problemas que Determinan Salud Oral Económico Sociales.....	pág. 18
3.1.4. Factores Biológicos Psicológicos y Culturales.....	pág. 19
3.1.5. Institucionales Ministerio de Salud y Deportes.....	pág. 20
3.1.6. Promoción Salud.....	pág. 21
3.1.7. Salud Bucal.....	pág. 21
3.1.8. Factores Culturales.....	pág. 22
3.1.9. Biberón con Líquidos Azucarados.....	pág.22
3.1.10. Carenia y Deficiencia del Cepillado Bucal.....	pág. 22
3.1.11. Desinterés en Salud Bucal.....	pág. 23
3.1.12. Dieta.....	pág. 23
3.1.13. Factores Sociales.....	pág. 23
3.1.14. Factores del Medio Físico.....	pág. 23
3.1.15. Factores Económicos.....	pág. 24
3.1.16. Factores de Estilo de Vida.....	pág. 24
3.1.17. Definición de Higiene Dental.....	pág. 24
3.1.18. Enfermedades Periodontales.....	pág. 24
3.1.19. Evaluación de Caries.....	pág. 25
3.1.20. Caries 1er Grado.....	pág. 26
3.1.21. Caries 2do Grado.....	pág. 26
3.1.22. Caries 3er Grado.....	pág. 26
3.1.23. Hipertesia Dentinaria.....	pág. 26
3.1.24. Halitosis.....	pág. 27
3.1.25. Higiene bucal de niños.....	pág. 27
3.1.26. Conocimientos Prevención en Salud Oral.....	pág. 27
3.1.27. Programas de Salud.....	pág. 28
4. Marco Referencial.....	pág. 28-30
4.1. Resultados de la Investigación.....	pág. 31-48
4.2. Conclusiones.....	pág. 49
4.3. Recomendaciones y Acción.....	pag.50
CAPITULO III	
DIAGNOSTICO	
5.- PROYECTO DE INTERVENCIÓN	
5.1 Matriz Lógica.....	pág. 51-52
5.1.1. Árbol de Problemas.....	pág. 53
5.1.2. Árbol de Soluciones.....	pág. 54
5.1.3. Proyecto de Intervención.....	pág. 55
5.1.4. Cronograma.....	pág. 56-59
BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 61-63
ANEXOS	
Mapas Isócronas.....	pág. 64

RESÚMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen las culturas guaraní, los migrantes del norte, respecto a los criollos de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera, el segundo semestre de la gestión 2011?

OBJETIVOS:

a) De investigación. Determinar el nivel de conocimiento y prácticas de la salud bucal en los alumnos de la unidad educativa Sachapera de 6 a 14 años al segundo semestre de la presente gestión, para elaborar un programa que fortalezca los hábitos higiénicos de acuerdo a su origen cultural,

b) De intervención. Fomentar la educación de la salud oral en las unidades educativas con el fin de conseguir que los alumnos adquieran el hábito del cepillado diario de sus dientes y sigan una alimentación sana que colabore al mantenimiento de su salud bucal.

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó una investigación cuali cuantitativa de tipo descriptivo de corte transversal aplicando una encuesta con preguntas semi estructuradas implicando la recolección de datos en un solo momento de tiempo.

LUGAR: Unidad educativa Sachapera del municipio de Yacuiba del departamento de Tarija, de los cursos primero básico a octavo.

POBLACIÓN: 104 estudiantes de 1ero a 8° grado comprendidos entre las edades de 6 a 14 años de la unidad educativa Sachapera del municipio de Yacuiba del departamento Tarija.

INTERVENCIÓN: Se seleccionaron a 104 estudiantes del establecimiento educativo que asisten regularmente a clases, a los que les proporcionamos una encuesta sobre conocimientos y prácticas culturales que realizan para su salud bucal. También se aplicó la técnica de la observación estructurada para obtener evidencia real y natural sobre las prácticas y comportamientos en relación a la técnica de cepillado que se realizan. Los resultados obtenidos se vacían en el programa estadístico SPSS ver, que nos posibilita hacer cruce de datos y obtener los cuadros y gráficos requeridos para la presente investigación.

RESULTADOS: Los hallazgos dan cuenta de que es muy bajo el nivel de conocimientos y la práctica sobre salud bucal lo que condiciona a una deficiente higiene bucal, olvidando en muchos casos las medidas alternativas que acostumbraban sus antecesores.

CONCLUSIONES: Los resultados demuestran que hay deficiente conocimiento y poca práctica sobre salud bucal, se pudo evidenciar que pocos utilizan métodos alternativos culturales que existían en anteriores generaciones cuando hacía falta la pasta dental, los encuestados manifestaron que la orientación sobre el tema viene de colegio no es muy hablado en el hogar.

1.1 Introducción

El tema de la Salud oral es una de las preocupaciones y tareas pendientes que se tienen a nivel nacional, es bien conocido el hecho que gran parte de la población boliviana padece de algún tipo de caries o afecciones relacionadas a la cavidad oral, el presente trabajo pretende conocer cuáles son los conocimientos y prácticas que tienen las diferentes culturas de la comunidad de Sachapera se contó con alumnos comprendidos entre edades de 6 a 14 años donde se evidencio que si bien tenían bastante debilidades de practica en el cepillado dental, desconocen muchos elementos sobre el cuidado efectivo de la cavidad bucal, lo que nos sugiere la urgente necesidad de instaurar programas de capacitación debilidades de práctica en el cepillado dental, desconocen muchos elementos sobre el cuidado efectivo de la cavidad bucal, sobre, como resultados de 1ero a 2do básico se hizo un informe escrito del cual se hace necesario establecer un programa de capacitación en el tema del cuidado de la cavidad bucal, ya que la tarea de prevención de acuerdo a su origen cultural coincide casi exactamente con la educación, pues trata de promover el desarrollo de habilidades y capacitaciones de adaptación que constituyen factores de protección ante situaciones de riesgo. Por esto el ambiente escolar resulta el lugar apropiado para desarrollar intervenciones de prevención.

1.2.-Planteamiento del problema:

En Bolivia, nueve de cada 10 personas tienen al menos una caries debido a la falta de costumbre de asistir a consultas odontológicas periódicas, al consumo de alimentos que no contribuyen al fortalecimiento de los dientes y a sus deficientes hábitos de limpieza, según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2007¹. El problema es que a veces los padres acuden al dentista cuando sus hijos ya tienen dolor en uno de sus dientes comienzan a mostrar caries, lo mismo sucedió en ellos, y de esa forma se estabiliza una actitud generalizada, que ve la mutilación de las piezas dentales dañadas como una solución, y pospone o desconoce la prevención y cuidados de la cavidad oral.

La mayor parte de la población Sachapera, dada su condición socio-económica-cultural no tiene la debida información acerca de la salud bucal ni cómo conservarla. En general consideran como un proceso “normal” tener caries o enfermedades en las encías que comienzan en la niñez, piezas dentales sean más débiles, la falta de conocimientos de salud oral, siempre recibió muy poca atención fuera de las consultas odontológicas, lo que se debe lograr alcanzar es el cambio de pensamiento en la comunidad en general. El estudio se realizó en abril a junio de 2011 fue en este tiempo porque ya empezaron las clases de la unidad educativa de Sachapera en los cursos de 1ero a 8vo grado, cuando se habla de interculturalidad se hace referencia a las transformaciones que ocurren en nosotros y que compartimos con otros al entrar en contacto permanente con personas de diferentes culturas y grupos que suelen expresarse, actuar, pensar, o sentir de modo distinto al que acostumbramos. Se eligió, el tema de conocimientos y prácticas del cuidado dental en las diferentes culturas porque en la edad de 6-14 años se produce un proceso de cambios de piezas dentales, patologías gingivales de acuerdo a su erupción cronológica, placa bacteriana, caries dental por la falta de conocimientos, prácticas de higiene bucal de los adolescentes. Ellos/as tienen que aprender que el cuidado de sus piezas dentales es importante ya que a partir de los 6 años erupcionan sus primeros molares permanentes y es cuando se debe

¹Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia. 2008

dar la importancia posterior de realizarse una buena higiene dental hasta complementar sus dentadura definitiva hasta los 14 años. Este estudio tiene un componente cultural nada despreciable ya que, al ser todavía menores de edad, pueden ser influidos por las costumbre de sus padres, o, como es deseable, pueden asumir nuevas prácticas positivas que mejorarán sus vidas.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen alumnos de la cultura guaraní, los migrantes del norte, respecto a los criollos de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera, el segundo semestre de la gestión 2011?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 objetivo General

Determinar y sistematizar los conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen alumnos de las diferentes culturas (guaraní, migrantes del norte y criollos), de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera al segundo semestre de la gestión 2011.

1.4.2 Objetivo Específicos

- Identificar y sistematizar conocimientos que tiene el grupo estudiantes de 1ero. A 8vo. Grados de la unidad educativa Sachapera sobre salud bucal de acuerdo a su origen cultural.
- Analizar, diagnosticar las prácticas de higiene bucal en estudiantes de 1ero. A 8vo. Grados de la unidad educativa Sachapera
- Estructurar lo investigado para Elaboración de un Programa de Capacitación en Salud Oral Preventiva con enfoque intercultural, destinado a la población escolar.

1.5 Justificación

Una mala salud bucodental puede tener una profunda repercusión por el desconocimiento en la salud general y en la calidad de vida, el dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida prematura de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos

importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas. La evidencia científica muestra que muchas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, que sean de amplia cobertura. Los niños en edad escolar adolescentes son un grupo etario de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores. Es importante entonces saber qué conocimientos presentan los adolescentes para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables. Por estas razones la importancia de generar y/o reforzar los programas de educación sanitarias destinadas al buen cuidado de la cavidad bucal, principalmente en la población Sachapera del Municipio de Yacuiba. Consideramos que es factible realizar el presente trabajo ya que permanentemente no se realizan acciones de promoción, prevención en la comunidad de acuerdo a sus diferentes culturas. Esta tarea estará liderada por el Odontólogo del Puesto de Salud Sachapera, apoyada por agentes comunitarios, Red de Salud, profesores, personal de salud, padres de familia de la Comunidad. Esto servirá de base para mejorar los conocimientos, prácticas hábitos de la higiene dental en la unidad educativa de Sachapera, resultados aportaran para diseñar un programa de capacitación en salud oral preventiva.

Posiblemente llamara la atención como informantes a un grupo en edad escolar pudiera pensarse que no tienen una idea clara respecto del cuidado de su dentadura, sin embargo, la intención del autor es explorar los conocimientos que le dan sus padres a los niños, para que aprendan a cuidar las piezas dentales que están comenzando a erupcionar en esa edad. La hipótesis en este caso es que sepan muy poco y de manera inespecífica sobre el cuidado de sus piezas dentales, porque los padres no tienen buenos hábitos ni buenos conocimientos, es por esa razón precisamente que se hace tan importante generar un programa que cambie esa situación.

1.6 Diseño de la investigación

1.6.1Diseño

El presente estudio corresponde a una investigación de diseño no experimental debido a que solamente observamos los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir ni manipular ningún tipo de variable.

1.6.2Tipo de investigación

El presente trabajo es de tipo Cuanti Cualitativo, tiene como objetivo la descripción de las cualidades y magnitud de un fenómeno, no se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

Es de Tipo Descriptivo, puesto que solamente nos limitaremos a describir las características que observaremos en la presente investigación, sin hacer ninguna manipulación que alteren las variables del estudio.

Por el aspecto temporal es un estudio de tipo Transversal que implica la recolección de datos en un solo momento en el tiempo y con un determinado grupo poblacional.

1.7 Población y muestra

La población en estudio se encuentra en la comunidad de Sachapera-Yacuiba unidad educativa Sachapera.

Nuestro universo de estudio está constituido por la población estudiantil de la unidad educativa, la misma que se encuentra en el área de influencia del puesto de salud, corresponde a los alumnos comprendidos entre el 1ro básico y 8vo, de los cuales se realizó a todos los alumnos. (104 niños de por lo menos 3 grupos culturales).

1.7.1 Muestreo

Para dicha investigación no se realizó muestreo, se realizó a todos los estudiantes de 1ero a 8vo, de la Unidad Educativa Sachapera del municipio de Yacuiba en su totalidad, se seleccionó a los niños de 1ero a 8vo de la unidad educativa.

1.8 Variables

1.9 Dependiente

Salud Bucal

1.10 independiente

Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Bucal

1.11 operacionalizacion de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Conocimiento, Actitudes y Prácticas culturales sobre Salud Bucal	Higiene Bucal	Aplicación de prácticas para el aseo de los dientes y prevención de daños	Frecuencia de aseo dental	Cepillado de dientes	0 veces/día = malo
					1 vez/día = Regular
					2 veces/día = Bueno
				3 veces/día = Óptimo	
				Otro tipo de prácticas	Descriptivo=abierto
	Consulta para Control odontológico	Periodicidad de consultas	Cuestionario	Número de respuestas correctas según escala de la investigación	0-30% Malo
					31%-50% Regular
					51%-70% Bueno
					71%-100%· Óptimo
	Prevención de caries	Uso de flúor	Cuestionario	Número de respuestas correctas	0-30% Malo
					31%-50% Regular
					51%-70% Bueno
					71%-100%· Óptimo
		Alimentos dañinos a los dientes	Cuestionario	Número de respuestas correctas	0-30% Malo
31%-50% Regular					
51%-70% Bueno					
71%-100%· Óptimo					
Conocimiento sobre Salud Bucal	Nivel de conocimiento	Conoce	Número de respuestas correctas	80 a más %	
		Parcialmente		41 - 79 %	
		Desconoce		Menos de 40 %	
Orientación recibida	Fuente de Información	Hogar	Número de respuestas	Descriptivo	
		Colegio			
		Centro de Salud			

1.12 Criterios de inclusión

- Alumnos inscritos a la unidad educativa de Sachapera.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos en edades comprendidas entre 6 y 14 años.

1.13 Criterios exclusión

Estudiantes que no sean parte del alumnado regular de este establecimiento o menores de 6 años, también de excluyen aquellos mayores de 14 años.

1.14 Instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información requerida se aplicará un cuestionario auto administrado, elaborado específicamente para este fin y aplicado con vigilancia y apoyo del investigador y un auxiliar de enfermería. Consta de 17 preguntas cerradas que nos facilita la tabulación de resultados, al margen de los datos de identificación generales. Pero también se hizo grupos focales en los cursos de 1ero a 2do con el fin de obtener información cualitativa, para posteriormente hacer un informe escrito.

1.15 Metódica del instrumento

El cuestionario responde a los requerimientos de identificar conocimientos y prácticas elementales sobre el cuidado de la cavidad oral. Este es un material que se entrega a los estudiantes y que será llenado en aproximadamente 10 minutos en el tiempo que tengan libre mientras se encuentren en la unidad educativa, debemos informar también colaboran los profesores de curso, un auxiliar de enfermería, con el control del investigador.

1.16 Instrumentos de análisis de la información

Los resultados obtenidos se vacían en el programa estadístico SPSS el que nos posibilita hacer cruce de datos y obtener los cuadros y gráficos requeridos para la presente investigación.

1.17 Cuestionamiento ético

Inicialmente se explicó y pidió el correspondiente permiso a la Dirección de la Unidad educativa Sachapera, luego, se hizo conocer sobre la actividad a la Gerencia de la Red de Salud Yacuiba. El Cuestionario se entrega a cada estudiante previa explicación y consentimiento y no se les presiona para la entrega

de resultados, por lo tanto al no existir presión y al mantener la confidencialidad en su identificación no se vulneran los derechos de los entrevistados. En suma este estudio no genera ningún cuestionamiento ético, existía algunas preguntas que requirieron explicar más detalladamente porque no se entendían, a fin de tener mejores resultados, la disposición de los escolares fue buena.

Marco teórico

2.- Marco situacional

2.1 HISTORICO

Tarija fue fundada el 4 de julio de 1574 por el capitán don Luis de Fuentes y Vargas, debido a una orden del Virrey Francisco de Toledo, su primer nombre fue "Villa de San Bernardo de Tarija", y su principal objetivo era defender a los españoles e indios vasallos del Rey de los ataques de los indios chiriguano. Al poco tiempo de fundada, se constituyó el primer Cabildo con los vecinos más notables, encabezados por el mencionado capitán. Los primeros habitantes fueron los "Tomatas", durante la guerra de la independencia, el 15 de abril de 1817 se llevó a cabo la batalla de La Tablada, que es la victoria más significativa de los guerrilleros tarijeños contra las fuerzas españolas, por lo que esa fecha se celebra como efemérides departamental.

La provincia Gran Chaco fue creada mediante Decreto supremo de fecha 12 de agosto de 1876, por el Presidente de la República Gral. Hilarión Daza, dicho decreto fue firmado en la ciudad de Potosí. El Decreto Supremo establece en su primer artículo creando la provincia Gran Chaco con su capital Caiza, y los cantones de Cara parí, Itaú, Yacuiba, Tartagal (Hoy Argentina) y las misiones de nueva fundación a la margen occidental del río Pilcomayo

2.2 Geográfico

La comunidad de Sachapera pertenece a la provincia Gran Chaco del departamento de Tarija-Bolivia Limites Al Norte. Con la comunidad de Palmar Grande Al Sur.con la comunidad del Yaguacua, Al Oeste.Con la Comunidad de Sanandita y Al Estecon la Comunidad de Las Abras.

2.3 Sanitario

El sistema de salud boliviano es altamente segmentado y está conformado por tres sub sectores: Sector Público, Seguridad Social, Sector Privado. El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deporte MSD de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud. Un 30% de la población Boliviana es cubierta por este subsector². Ministerio de salud deportes incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos (i) Acceso a los servicios de salud, (ii) Medicina tradicional, (iii) acceso a medicamentos, (iv) control y prevención de enfermedades, (v) fortalecimiento institucional³.

2.4 Estructura Local de Salud

El área de influencia del centro de salud abarca una extensión territorial de 3.678 Km². con una altitud de 3000 m.s.n.m., la mayor parte de su territorio se encuentra clasificado como de difícil acceso, debido a los aspectos topográficos propios de la región (terreno blando, árido, arenoso, inestables, netamente ganadera y agrícola también llamada la tierra del carbón etc.), también tiene accidentes geográficos naturales ubicada a las faldas del Aguarague formada con Colinas de arboles gigantes y quebradas.

El Gran Chaco es una región que pertenece a los llanos, su clima es cálido con temperaturas que fluctúan entre los 20° C y los 40 ° C; la época de lluvia dura 5 meses, entre noviembre y abril de precipitación anual.

² PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DESALUD BOLIVIA (Noviembre 2001), Programa de Servicios de Salud, OPS.

³Cárdenas, M (2004), Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud-Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Segunda edición.

2.5 Recursos Naturales

2.6. Ganadería.- Todas las comunidades son netamente ganaderas contamos con ganado Vacuno, caprinos, ovinos y porcino siendo la principal actividad y fuente de ingresos económicos de nuestra población.

2.6.1 Flora y Fauna.- La región Chaqueña posee una riqueza vegetal y animal diversa con variedades forestales maderables como ser quebrachos, urundel, quina, lapachos, cedros, robles y las conocidas Sachaperas que adornan la región. También la zona es productora de maíz, maní, cítricos (naranja, mandarina, pomelo sandía). La fauna silvestre aves de corral, Jabalí, quirquinchos, zorros, iguanas, acutí, corzuelas, tucanes, loros, caimanes en la laguna el Totoral y otros.

2.6.2 Pesca. Diversidad de peses en laguna el Totoral población Étnica de 200 Hbts. distribuidas en las diferentes lugares de la zona. Se puede considerar que la gran mayoría son guaraníes que ubicados en una mayoría en la comunidad de Sachapera siendo parte importante de la población del municipio de. Yacuiba.

2.6.3 Servicios Básicos

En el área de influencia del puesto de salud Sachapera, las comunidades de los Sotos, la Vertiente, Sunchalito, Sanandita viejo, Portón blanco y comunidad el Totoral, tienen acceso al servicio de agua tratada que tiene un bajo nivel de potabilidad con las características y consecuencias reflejadas en la salud de la población.

2-6-4 Tendencia al Asentamiento

Cabe resaltar que en esta comunidad existen, aproximadamente 35 viviendas alrededor del centro de salud, siendo que la demás viviendas se encuentran más al norte a lo largo del camino que va hacia Santa Cruz, también al sur existen algunas viviendas.

2.6.5 Aspectos Agro-Económicos

Según el relato de las personas más antiguas de la comunidad se dice que existían unas cuantas familias que tenían grandes extensiones de tierra que con la reforma agraria en el año 1952 en el gobierno del presidente Víctor Paz Estensoro se parcelaron estas tierras. Actualmente cada familia cuenta con terreno propios aptos para todo tipo de cultivo, también alquilan las tierras para sembrar, solo se riegan cuando llueve, los que se encuentran en los cerros y a lo largo de las diferentes comunidades.

2.6.6 Antecedentes

Por el estudio realizado en la población adolescente de la unidad educativa Sachapera, se pudo evidenciar que existe una alta preocupación por la salud oral, sin embargo las tasas de caries y pérdida de piezas dentales sigue siendo bastante elevada, el estudio nos demostró que no existen los adecuados conocimientos prácticos de higiene bucal, que la preocupación más importante radica en la funcionalidad, y no así en lo estético de la cavidad oral. Si bien los adolescentes tienen práctica en la higiene bucal, es necesario realizar ciertas puntualizaciones para poder hacer más efectivas estas acciones. En la comunidad de Sachapera anteriormente al 2009 no existía servicio de Odontología, siendo el autor el primer odontólogo que trabajó de manera permanente en la zona, por tanto, es a partir de esa gestión que se desarrollaron los primeros intentos de crear información sobre patologías orales, por lo cual no hay datos de epidemiología en salud oral.

3.- Marco conceptual

3.1 Descripción de un Modelo ideal de Atención en Salud Oral

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha participado en actividades preventivas de salud oral de la región, principalmente impulsando el programa de fluoración de la sal, las cuales han reducido de forma importante la morbilidad, oral en los países que lo han implementado⁴. La fluoración del agua ha sido reconocida como una de las medidas de salud pública más importantes en la

⁴OPS. *El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director*. Washington: OPS; 2000.

[[Links](#)]

historia, no sólo porque ha conseguido disminuir de forma importante la presencia de caries en la población, sino porque asegura que sus efectos se extiendan a toda la población y, por tanto, es una medida efectiva para contrarrestar los vínculos entre desigualdades sociales y salud oral. Si bien la fluoración del agua disminuye desigualdades, la región latinoamericana debe tener en cuenta que municipios más pobres y menos desarrollados pueden no recibir agua fluorada por falta de desarrollo⁵ y que aún se debate el riesgo/beneficio entre el flúor como agente protector de caries y como agente causante de fluorosis oral, esquelética y sistémica. Además, es evidente que, inclusive con medidas de flúor, la población aún sufre un elevado índice de morbilidad y mortalidad por las dos enfermedades orales más comunes, caries y enfermedad periodontal, las cuales son previsibles. Recientemente se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales⁶; sin embargo, el flúor y los aspectos conductuales se siguen considerando como los más importantes cuando se habla de promoción y prevención en salud oral. El enfoque en los comportamientos individuales hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones se vea reducido de forma inapropiada a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales. Sin restar importancia a la educación como estrategia en prevención, la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, no se han planteado alternativas sobre cómo contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales. La literatura odontológica sobre factores de riesgo y su énfasis en los comportamientos individuales más que en las condiciones sociales podría beneficiarse de nuevas teorías en medicina social y enfermedades infecciosas, que reconocen que la vulnerabilidad de personas y grupos poblacionales, de ser un factor individual exclusivamente y sí se trata de

⁵23. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil-the inverse equity hypothesis revisited. *Social Science & Medicine* 2004; 58, 1181-1189. [[Links](#)]

⁶Hobdel M, Sinkford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(3): 167-178. [[Links](#)]

una compleja relación entre factores individuales, institucionales y sociales⁷. En esta nueva línea teórica se entiende que cuando se enfatiza la responsabilidad individual de forma exagerada se termina culpando a las víctimas de sus enfermedades⁸. La literatura en salud oral sigue comentando sobre los factores de riesgo individual, los hábitos alimenticios y medidas de higiene, e insiste en que cambios de mentalidad mediante educación van a resultar en éxitos preventivos⁹. Tal estrategia se ha mostrado históricamente muy poco efectiva y las nuevas teorías sociales nos permiten entender que educación sin condiciones que garanticen que lo aprendido pueda ser llevado a la práctica no alcanza sus objetivos. Dos mitos de la odontología costosos y preventivos, la estrategia global para la salud oral de la OMS plantea que los tratamientos tradicionales para las enfermedades orales son muy costosos en los países industrializados e imposibles en la mayoría de países de bajos y medianos ingresos. Frente a los costos en aumento y los recursos limitados, la OMS insiste en la prevención y el control de las enfermedades orales¹⁰. Sin embargo, no existe un análisis de costos adecuado que permita analizar cómo se distribuye el lucro generado en la consulta odontológica y si, de verdad, es imposible ofrecer tratamientos odontológicos adecuados a toda la población. Si hacemos un paralelo con las nuevas investigaciones en medicina social que apuntan al lucro excesivo y la influencia de la industria farmacéutica en la práctica clínica, podríamos pensar que otro tanto ocurre con las compañías multinacionales de materiales dentales en odontología y que los costos reales de los tratamientos odontológicos son desconocidos, ya que dependen de tales leyes del mercado. La nueva meta de la estrategia regional de la OPS incluye servicios de salud oral eficaces en función del costo, destinados a eliminar las disparidades en el tratamiento y aumentar el acceso de la población a los servicios¹¹. Sin embargo, no es muy claro cuál es la estrategia planteada, ya que se ha mostrado que ciertas propuestas en salud pública, basadas en análisis

⁷Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, Ltd; 1999. [[Links](#)]

⁸. Castro A, Farmer P. El SIDA y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*2003; 17: 31-49.

⁹20. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: WHO: 2003. [[Links](#)]

¹⁰20. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: WHO: 2003. [[Links](#)]

¹¹OPS. *El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director*. Washington: OPS; 2000.

"costo-beneficio-efectividad", no son adecuadas, porque éstas siguen los intereses de los que manejan los mercados de salud para asegurar el mayor margen de lucro posible, no responden a las necesidades en salud de la población y, en vez de aumentar, reducen el acceso a los tratamientos de las poblaciones.¹² Una base de partida para actuar el modelo de atención en salud oral propuesto es integral, con énfasis en la promoción y prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica; además busca articularse a los demás sectores del desarrollo (social, económico y medio ambiental) a fin de contribuir al desarrollo humano para mejorar la calidad de vida y eliminar las disparidades sanitarias facilitando la colaboración entre los individuos, los profesionales en salud, las comunidades y los políticos en todos los niveles de la sociedad para sacar el máximo partido de las iniciativas existentes. La atención en salud oral debe estar dirigida a impactar a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables y con discapacidades de todo tipo, además debe estar basada en el principio de la atención de calidad y ser accesible a todos, el énfasis de las intervenciones debe estar puesto en acciones educativas en salud oral integral y de apoyo a controlar la morbilidad oral más común: la caries dental, para lo cual se deben adoptar algunas reglas básicas como el acceso a alimentos ¹³baratos y nutritivos, el control de la propaganda de productos nocivos a la salud oral, el acceso a la información, a la recreación y a las actividades físicas, así como la promoción de una nutrición adecuada e higiene buco dental correcta. La investigación en salud oral debe ser continua y los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información gerencial deben ser estables y partir de la comunidad. La epidemiología es la herramienta más importante para el desarrollo y evaluación de los planes y programas de salud bucal, por tanto se deben elaborar nuevos indicadores de salud oral que permitan facilitar el procesamiento de datos y de esa manera tener conocimiento sobre la salud oral en los grupos de riesgo de la población; a partir de esto, se podrán planificar actividades de supervisión y evaluación de la calidad de la atención

¹². Pellegrino ED. The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy* 1999; 24(3): 243-266.

¹³ Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *P Los Med* 2005; 2(5): e138.

odontológica y de los servicios de salud que cuenten con Odontología. Pero para que un programa de salud bucal alcance sus objetivos, es fundamental que la comunidad se comprometa, entendiendo su importancia como parte integrante y activa del proceso social, económico y cultural para la promoción de la salud bucal, dentro del concepto de mejoría de la calidad de la salud general. No se podrá llegar a buen resultado sin que primero pase por una etapa de adaptación a los requerimientos de las comunidades necesitadas a las que se orienta el programa. Los servicios y campañas de salud oral deberán ser modificados de acuerdo a las necesidades específicas de cada comunidad. Esto exige revisiones constantes de las bases científicas para los métodos de educación oral, tales como, entrenamiento y formación profesional, historia de las enfermedades bucales, patología bucal, estrategias de prevención, tratamiento, control de infecciones, métodos de investigación y ciencias sociales para salud bucal y programas comunitarios. La salud está directamente relacionada a los problemas sociales. La participación y la integración de las comunidades son fundamentales. dos principios básicos de la atención primaria: Manual de Normas en Salud Oral, la salud deben tenerse en cuenta, en casi todos los programas de salud oral colectivos, para que se obtengan soluciones durables, la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando estructuras injustas perpetuadas por servicios de mala calidad, que no enfrenten los problemas como el desempleo, alto costo de vida y falta de vivienda, la integración y el tratamiento de factores de riesgo comunes, deben ser la pieza fundamental para las actividades de promoción en salud, las medidas de prevención deberán ser simples y efectivas y no contradecirse unas con otras, ni confundir a la comunidad. La cobertura del modelo propuesto es creciente y partiendo de aumentar su propio esfuerzo, se apoya en la inter sectorial dad y en las redes locales de salud oral, que deben ser conformadas de acuerdo a las redes de salud establecidas en cada departamento. La gestión del modelo debe ser descentralizada y de responsabilidad compartida, la gerencia institucional debe ser participativa como garantía de adecuación del modelo a las necesidades del

entorno, los servicios de salud oral se deben prestar continuamente en los establecimientos de salud y en la comunidad apoyado por personal comunitario debidamente entrenado y supervisado, disponiendo de tecnología apropiada a un costo sostenible para la familia y la comunidad. Se debe realizar de manera periódica una medición del desempeño para tener un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su más amplio concepto, esto es incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamiento necesarios para su buen desempeño¹⁴, de esta manera se podrá conseguir un mejoramiento continuo de la calidad en salud oral. Los recursos humanos del modelo comprenden personal académico alto y medio, combinado con personal comunal profesional y voluntario que responda en su formación al perfil epidemiológico y demográfico local, la formación profesional debe ser continuamente reforzada mediante programas de capacitación para profesionales en salud oral, en temas referentes a enfermedades que tiene mayor incidencia en la región donde se encuentran desempeñando sus funciones, el desarrollo de los recursos humanos debe responder a una planificación que eleve su profesionalismo, calidez y capacidad adquisitiva. Entre el odontólogo(a), personal auxiliar y los pacientes se establece una relación de igualdad y colaboración, buscando que la población asuma la responsabilidad que le compete su propio proceso de salud-enfermedad, los insumos necesarios deben responder a una planificación y normas de calidad, tener un adecuado almacenamiento, control de vigencia (fecha de vencimiento) y estar en correlación con la capacidad de atención odontológica que se otorga.

3.1.1 Salud Bucal

Es el resultado de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que proporcionan una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permite la mejor función con los órganos involucrados en la digestión.¹⁵

¹⁴/ La salud en las Américas. 2002. Volumen I

¹⁵/Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, cap. # 1,pág. #

3.1.2 Morbilidad en Salud Oral

La situación en salud oral, no aparece registrada en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Deportes desde el año 1995¹⁶, El 95% de la población padece de caries dental La prevalencia de caries no tratadas alcanza al 84.6% en niños(as) a los 12 años de edad. El Índice CPOD-12 (dientes cariados /perdidos /obturados para niños de 12 años) es de 6.68, considerado como muy alto¹⁷. En Bolivia, casi todos han padecido la enfermedad oral más común, la caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia 5 veces más común que el resfrío y 7 veces más común que la fiebre¹⁸. Es una enfermedad infecto contagiosa, progresiva que si no se atiende debidamente puede dar lugar a la pérdida de los órganos dentarios.

3.1.3 Principales problemas que determinan la Salud Oral. Económico sociales

El desempleo y los bajos salarios, que limitan el acceso a la educación, alimentación y a la atención sanitaria que en caso de las patologías bucales implica costos de tratamiento muy elevados. La condición de pobreza en la cual sobreviven el 58.6% de la población boliviana (4,695,464 personas), que dificulta el encontrar alternativas para eliminar las diferencias de clases sociales y por tanto coadyuva a que los factores no deseables para la salud bucodental predominen en la población, los bajos niveles de escolaridad y el analfabetismo (670,075 personas de la población de 15 años y más no saben leer ni escribir)¹⁹, lo que no permiten que esta población tenga accesibilidad a una suficiente información que ayude a prevenir el apareamiento de las patologías bucales, el destino de los ingresos familiares al consumo de alimentos de bajo valor nutricional y de alto contenido cario génico (azúcares refinadas, alimentos pegajosos, gaseosas), que afectan a la salud oral y al organismo en su conjunto y que eliminan de la dieta las fuentes nutritivas como las de vitamina C (limones, naranjas, etc.) y por tanto condicionan a una baja resistencia de los tejidos periodontales y a la Instalación de enfermedades en los tejidos bucales de la población que vive en la Pobreza.

¹⁶/Programa de Fluoración de la sal en Bolivia. Secretaría Nacional de Salud. OPS/OMS. UNICEF. 1997.

¹⁷ /Anexos: Cuadro 1. Índice CPOD, por grupo etáreo, región y estrato socioeconómico. 1995

¹⁸/ La salud oral en América. Departamento de salud de los EEUU.

¹⁹/ Bolivia: Características sociodemográficas de la población. INE 2003

3.1.4 Factores Biológicos, psicológicos y culturales

La alimentación de la mayoría de los(as) bolivianos(as), se basa en carbohidratos de bajo valor nutricional, lo cual no proporciona los nutrientes suficientes (calcio, flúor, Vitaminas A, C, etc.) que fortalezcan los tejidos bucales; así mismo, la dieta deficiente en fibra que no proporciona los elementos de arrastre mecánico que contribuyen a la Higiene bucal. La morbilidad prevalente en el país, estados debilitantes disminuyen y condicionan el requerimiento nutricional necesario para el adecuado desarrollo de los tejidos de la cavidad oral, el elevado estrés de vida que repercute en el apareamiento y agravamiento de los Problemas estomatológicos (bruxismo, peridontopatías, etc.) Las diferentes patologías bucales y sus tratamientos, que pueden disminuir la Autoestima y la propia imagen personal, además, pueden interferir en las funciones vitales como la respiración, la alimentación, la deglución, y el habla, así como actividades diarias como las laborales, educativas y familiares. La falta de comprensión de lo multiétnico y pluricultural, que influye en el momento de realizar la educación e información en salud oral ya que no se toma en cuenta que existen múltiples lenguas y tradiciones culturales que caracterizan a la diversidad Boliviana, y a la cual se debe llegar con mayor incidencia. La falta de articulación de los conocimientos eficaces de las medicinas tradicional y moderna para el mejoramiento de conocimientos de la salud oral en la población, tomando en cuenta que es la única alternativa para aliviar las enfermedades de miles de bolivianos, principalmente en el área rural. La discriminación en la prestación de los servicios odontológicos, al no existir accesibilidad geográfica, económica ni cultural; esta última debido a la escasez de personal indígena capacitado en su realidad.²⁰ El conjunto de estos problemas ha conformado una cultura pobre en salud oral, en particular por la gran pérdida de piezas dentarias y por consecuencia de la estética facial, que ve la solución en la prótesis dental.

3.1.5 Institucionales (Ministerio de Salud y Deportes)

El no reconocimiento real de la caries dental y los problemas periodontales como problemas de salud pública, pese a las graves consecuencias funcionales,

²⁰ /Bolivia: Características sociodemográficas de la población. INE 2003

estéticas y de autoestima que producen a toda la población. La limitada capacidad e importancia que se da a la ejecución de programas de prevención de la caries como el de la Fluorización de la sal, por no ser una prioridad dentro de las políticas de salud del gobierno, ya que la caries dental no es causa de mortalidad; pero que, sin embargo, de acuerdo a la OMS, la fluorización de la sal es estrategia más prometedora para mejorar la salud oral de millones de personas y es el factor clave para cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral en un periodo relativamente corto²¹. La falta de incorporación del odontólogo al equipo multidisciplinario de salud, reflejada en la ausencia del manejo de la interconsulta por parte del médico que al parecer desconoce que la cavidad bucal forma parte del organismo y que un examen detallado de la cavidad oral puede detectar signos de deficiencias nutricionales, así como infecciones microbianas, desórdenes inmunitarios, traumatismos e incluso algún tipo de cáncer. Por tanto, el profesional odontólogo puede determinar el diagnóstico inicial de diversas enfermedades que afectan de manera sistémica a todo el organismo. Las pocas oportunidades de capacitación, entrenamiento y educación que se le da al personal de salud oral (odontólogos), que debe integrarse a las estrategias de salud sin un conocimiento correcto de las mismas. De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, se tiene el siguiente resumen los principales problemas que determinan la salud oral de la población boliviana:²²

3.1.6 Promoción de la Salud

La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente²³. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. por consiguiente, dado que el concepto

²¹ /OPS/OMS. Documento CE 120/12

²² /OPS/OMS. Documento CE 120/12

²³ Restrepo E.H. La Promoción de la Salud y la Nueva Práctica de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1996

de salud como bienestar trasciende la idea de formar vidas sanas, la Atención Primaria de Salud es una estrategia destinada a promover salud, así como prevenir y curar enfermedades en familias, comunidades e individuos a través de acciones en individuos sanos y enfermos, en estos últimos la finalidad es devolverles el estado de salud e impedir o reducir la posibilidad de recurrencia de problemas de salud. El fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades²⁴. En la educación para la salud participan varias disciplinas claramente diferenciadas como las ciencias de la salud, conducta, educación y de la comunicación, que serán el núcleo básico sobre el que se sustenta el programa tanto teórico como práctico de la Educación para la Salud²⁵. Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada²⁶.

3.1.7 Salud Bucal

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal²⁷.

3.1.8 FACTORES CULTURALES

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos las diferentes culturas que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. Algunos investigadores consideran que el nivel de conocimiento está

²⁴ República bolivariana de Venezuela. Ministerio de educación superior. Misión Sucre Programa Nacional para la Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre. Medicina Integral y Comunitaria. 2004

²⁵ Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población 2002:69-106

²⁶ OMS, SBSC, ACSP. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ontario. Canadá. 1986

²⁷ OMS. Nota informativa N°318 Febrero de 2007

asociado al grado de instrucción de la madre, como lo demuestran varios estudios, entre ellos uno realizado en México²⁸.

3.1.9 Biberón con líquidos azucarados

Es uno de los problemas dentales más severos y que afecta a los niños en la etapa de lactancia y preescolar, produciendo caries. Consiste en una destrucción rápida de los dientes y los molares temporales, se caracteriza porque, éstos se comienzan a cariar a medida que erupcionan las piezas dentales permanentes llegando a producir daños en los dientes permanentes.

3.1.10 Carencia y deficiencia del cepillado bucal

La carencia y deficiencia del cepillado es un factor muy importante a la que se refiere la caries y enfermedad periodontal. Se considera un factor cultural, debido a que las conductas que llevan a las personas a tener conciencia sobre lo que es tener una dentadura sana se encuentran en directa relación con la educación que ha tenido el sujeto respecto a estos temas.

Entre los malos hábitos tenemos:

- Cepillado rápido: Causa acumulación de alimentos.
- Cepillado brusco: Produce irritación y sangramiento de las encías.
- Cepillado sin pasta dental: Poco eficiente para la prevención de caries y enfermedad periodontal.
- Cepillado con un cepillo inadecuado: Irritación y sangrado de las encías, además cepillado poco eficiente.

²⁸Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. Juan Antonio Córdova Hernández, Rosa María Bulnes López,

3.1.11 Desinterés en Salud Bucal

Es bien sabido que para tener y mantener una buena salud bucal hay que tener hábitos mecánicos y conscientes que nos permitan gozar de ella.

La falta de estos hábitos y el desconocimiento de las más comunes patologías dentarias como las caries y la enfermedad periodontal por parte de la comunidad produce un desinterés general en el ámbito de salud bucal.

3.1.12 Dieta

Malos hábitos en la ingesta de alimentos, la ingesta de alimentos que poseen una calidad nutritiva inadecuada, tanto por deficiencia de nutrientes, como también la ingesta de una dieta desbalanceada (en sus nutrientes presentes).

3.1.13 FACTORES SOCIALES.

Bajo nivel de conocimiento, grupos con escolaridad primaria, grado escolar menor al que corresponde por edad.

Bajo nivel de conocimientos específicos. No poseen información sobre autocuidado para la Salud Bucal.

Aumento de la tasa de participación femenina en la población económicamente activa.

3.1.14 FACTORES DEL MEDIO FÍSICO.

Existencia de viviendas precarias; viviendas económicas.

Existencia de Sal Fluorada como medida preventiva masiva.

Gran consumo de Hidratos de Carbono.

3.1.15 FACTORES ECONÓMICOS.

Bajo ingreso a nivel individual y grupal. Baja asignación para Salud preventiva. El acceso a los servicios de salud es altamente desigual. Las personas que sólo se atienden en el sistema público son el 76,3% y la demás personas no tienen atención en salud.

3.1.16 FACTORES DE ESTILO VIDA.

Pautas familiares- Familias con 3 o 4 hijos, pautas laborales- multiempleo, crecimiento de actividades informales, inseguridad laboral. El avance científico ha proporcionado conocimientos para controlar las enfermedades bucales prevalentes (caries y enfermedad periodontal), rehabilitar sus secuelas y mantener el estado de salud. De ahí la importancia de fomentar espacios de capacitación en el cuidado de la salud oral, especialmente, en la población joven del Municipio de Yacuiba.

3.1.17 Definición De Higiene dental

Higiene es el conjunto de normas²⁹ y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.

La placa dento bacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes: caries y periodontopatías por eso es fundamental eliminarlo.

3.1.18 Enfermedades Periodontales

Para entender cómo se inicia y progresa esta enfermedad, primero es necesario conocer cómo son esos tejidos en salud y en enfermedad.

En una boca sana los dientes están sostenidos por las encías, el hueso mandibular, la membrana periodontal que rodea las raíces de los dientes y el cemento³⁰ que los une con el hueso.

²⁹ <http://www.monografias.com/trabajos4/leyes/leyes.shtml>

³⁰ <http://www.monografias.com/trabajos4/concreto/concreto.shtml>

La encía está constituida por un tejido fibroso y compacto que cubre la región alveolar. Una de sus funciones³¹ es defender al ligamento periodontal de la agresión que implica la masticación de los alimentos.

- Producir aliento fresco.
- Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales
- Enfermedades Bucales

Existen dos tipos de factores que predisponen al individuo³² a sufrir afecciones bucales:

- De origen endógeno (microbiano)
- De origen exógeno (por la dieta)
- Una deficiente higiene bucal provoca la acumulación de suciedad (placa bacteriana) en la superficie de nuestros dientes.
- La placa acumulada en nuestros dientes, si no se elimina, va calcificando formándose así el sarro o cálculo dental.
- La placa dental se puede definir como una película formada por colonias bacterianas que se pegan a la superficie de los dientes y a la encía cuando una persona no se cepilla bien los dientes.

3.1. 19EvaluaciónCaries

La caries puede definirse como la destrucción progresiva de la estructura³³ dental, la placa bacteriana (bacterias, saliva y restos alimenticios) que se adhiere permanentemente a la superficie del esmalte dental, genera ácidos³⁴ que destruyen primero al esmalte, luego a la dentina y, finalmente a la pulpa. Ésta última posee vasos sanguíneos y nervios; si la infección llega hasta la pulpa genera un intenso dolor. Las bacterias aprovechan para formar colonias y

³¹<http://www.monografias.com/trabajos7/mafu-mafu.shtml>

³²<http://www.monografias.com/trabajos28/aceptación-individuo/aceptación-individuo/.shtml>

³³<http://www.monografias.com/trabajos15/todorov/todorov.shtml#intro>

³⁴<http://www.monografias.com/trabajos5/aciba/aciba.shtml>

convierten los azúcares en ácidos, si la placa bacteriana se remueve después de cada comida, las bacterias no tienen material alimenticio para degradar, entonces, no se producen ácidos. Los síntomas evidentes de aparición de una caries son sensaciones dolorosas al consumir alimentos muy dulces, muy fríos o muy calientes.

Caries

Podemos evaluar la caries en tres grados distintos:

3.1.20 Caries de primer grado:

Afecta únicamente al esmalte. Por lo general no duele y por tanto es más difícil de detectar. En este momento es cuando un buen tratamiento puede asegurar mejores resultados, ya que es poca la cantidad de tejido dañado.

3.1.21 Caries de segundo grado:

Afecta al esmalte y la dentina. Puede reconocerse a simple vista por cambios en la transparencia del diente.

Todavía no es un tipo de caries excesivamente dolorosa, lo cual es un inconveniente, puesto que se buscan los servicios³⁵ profesionales demasiado tarde.

3.1. 22 Caries de tercer grado:

Es la que afecta a la pulpa dentaria. El proceso³⁶ ha ido avanzando en profundidad hasta llegar a la pulpa. En este momento ya es muy dolorosa.

La mayoría de las veces el dentista, si quiere mantener la pieza, debe extirpar el nervio y reconstruir luego la corona del diente. Cuando esto no es posible se debe proceder a la exodoncia.

3.1.23 Hiperestesia dentinaria

Es un problema común que padecen una de cada siete personas.

³⁵<http://www.monografias.com/trabajos14/verific-servicios/verific-servicios.shtml>

³⁶<http://www.monografias.com/trabajos14/administ-procesos/administ-procesos.shtml#proce>

Sensación de hipersensibilidad provocada por la exposición³⁷ de la dentina a estímulos externos, debido a un deterioro del esmalte.

3.1.24 Halitosis

Halitosis, o mal aliento, es una afección de la que se da cuenta muy a menudo. Sea en forma de mal aliento ocasional que siente casi todo adulto sano al levantarse en la mañana, o sea en forma de problemas más serios o graves, desde trastornos.

3.1.25 Higiene Bucal del Niño

La higiene bucal es de los hábitos que hay que inculcar en el niño desde que está recién nacido. Aunque no tenga dientes, es importante que los residuos de leche³⁸ materna o de fórmula sean eliminados, para que no causen infecciones. Por otro lado, acostumbrarlo al hábito por más tiempo, para que el niño lo aprenda de verdad y realmente se le vuelva un hábito.

3.1.26 Conocimientos preventivos en salud oral

El conocimiento de cada persona está almacenado en la mente en una cierta estructura en forma ordenada, la cual vamos aprendiendo a lo largo de nuestras vidas³⁹. Estos conocimientos proceden a menudo de la experiencia, pero también de la información proporcionada por nuestros padres, maestros, amigos, etc.⁴⁰La prevención temprana de muchas enfermedades y afecciones bucales, es posible mediante la dieta, la nutrición, la higiene bucal, y las costumbres saludables, se deben utilizar diariamente pastas dentales con flúor para evitar la caries dental, cepillarse y usar el hilo dental diariamente para evitar gingivitis⁴¹. Estas observaciones han llegado a concluir que el flúor dinámicamente, es importante, al estar presente constantemente en la cavidad bucal.⁴²La mayoría de las lesiones

³⁷<http://www.monografias.com/trabajos7/expo/expo.shtml>

³⁸<http://www.monografias.com/trabajos6/lacte/lacte.shtml#comp>

³⁹ Zavaleta C, "Conocimientos actitudes y prácticas de consumo de tabaco de estudiantes de Odontología de dos Universidades Peruanas Lima – Ica, año 2002". Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista 2004

⁴⁰ Del Puerto C, Concepción M, Del Puerto A, Prieto V. "Conocimientos y actitud de la población en relación con el saneamiento básico ambiental". Rev Cubana HigEpidemiol 2000; 38(2):137-144

⁴¹ Misrachi C, Spag. R. "factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 a 8 años ". CuadMéd-Soc 1992; 4:43-51

⁴² Villena R, Issao M, Cury J. "Estudio de la Disponibilidad y estabilidad del flúor de los dentífricos comercializados en el Perú". RevEstomatol. Herediana 1994; 4:12-20

cariosas ocurren en las fosas y fisuras profundas de las molares permanentes (que aparecen a los 6 años de edad) y en las segundas molares permanentes (que aparecen a los 12 años de edad)⁴³.

3.1.27 Los programas de salud

Por programa de salud se entiende un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida⁴⁴.

4.-Marco Referencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.⁴⁵

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos.⁴⁶ Afecta primordialmente a la primera edad mientras que las periodontopatías se manifiestan principalmente en los adultos.⁴⁷ En Venezuela se han realizado numerosas investigaciones para conocer la prevalencia de la caries dental. En su mayoría han sido estudios regionales con los cuales se ha puesto de manifiesto la situación en la que se encuentra la población infantil en el ámbito nacional.

⁴³ Programa de Salud dental de Florida. Departamento de Salud Florida (2 pantallas) ubicado en URL: http://www.doh.state.fl.us/Family/dental/materials/brochure_sp.pdf

⁴⁴ Revista electrónica de Odontología: www.encolombia.com/odontología/focXXI-Situacion1.htm

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. (1987). Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra: Autor.

⁴⁶ Varela M y col. (1999). Problemas Bucodentales en Pediatría. (1ªed.) España: Ergon, S.A.

⁴⁷ Irigoyen M.; Zepeda A.; Sánchez Leonor.(2001). Prevalencia e Incidencia de Caries Dental y Hábitos de Higiene Bucal en un Grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México. Investigación Revista ADM.53(3):98-104

Encontrándose la región Nor-Oriental con el mayor número de casos,⁴⁸ la presente investigación tiene como objetivo general determinar la prevalencia de caries dental en los escolares de 6 a 12 años de edad de las Escuelas Básicas "Cruz Millán García", "Dr. Luis Ortega" y "Dr. Cayetano García" ubicadas en el Municipio Antolín del Campo del Estado Nueva Esparta. Así como también, conocer el nivel de información sobre algunos aspectos de la salud bucal que tienen los padres y representantes de las escuelas anteriormente mencionadas.

La Salud Pública en Cuba tiene entre sus funciones fundamentales la promoción, prevención, recuperación-curación y la rehabilitación, su principal escenario es el espacio de Atención Primaria de Salud, donde se insertan la promoción de salud y como una de sus partes la educación para la salud. Hoy se ha hecho evidente que la Promoción de Salud resulta esencial para el desarrollo de las distintas funciones de Salud Pública y que a largo plazo, sus efectos sobre la salud de la población serán los más estables y los de mayor impacto⁴⁹. Uno de los principios que caracterizan la salud, es la orientación profiláctica, considerada como la orientación general de la promoción de salud y como uno de los factores poderosos de transformación del entorno en que viven las personas en su comunidad, en el desarrollo de sus ambientes escolares, laborales o de recreación⁵⁰. La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, en la cuál se suceden cambios sistemáticos relacionados con las actitudes asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. Representa el paso de una etapa de la vida a otra, ya que estamos en presencia de un período donde comienza la transición entre la niñez y la adultez⁵¹. Las patologías dentales agudas provocan una serie de problemas para los trabajadores incluyendo una restricción de la actividad, días en cama, pérdida de trabajo y pérdida de días de escuela para los niños. Además, algunas patologías como el cáncer oral o faríngeo provocan una muerte prematura que puede ser

⁴⁸ Acevedo A. y Fernández C. (1999). Efecto de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 2% en la Incidencia de Caries Dental en una Población Escolarizada. Acta Odontológica Venezolana. Facultad de Odontología, U.C.V., 36 (3):77-84.

⁴⁹ Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 : 34

⁵⁰ Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005; 8: 493- 494.

⁵¹ González García M, Sánchez Acosta ME. Psicología General y del Desarrollo. Ciudad de la Habana: Editorial Deportes; 2004 :123 -28.

medida por los años de vida perdidos⁵². Los valores culturales influyen la salud oral y el bienestar, y juegan un papel importante en la utilización de prácticas curativas y en la adopción de normas aceptables de salud oral y facial.

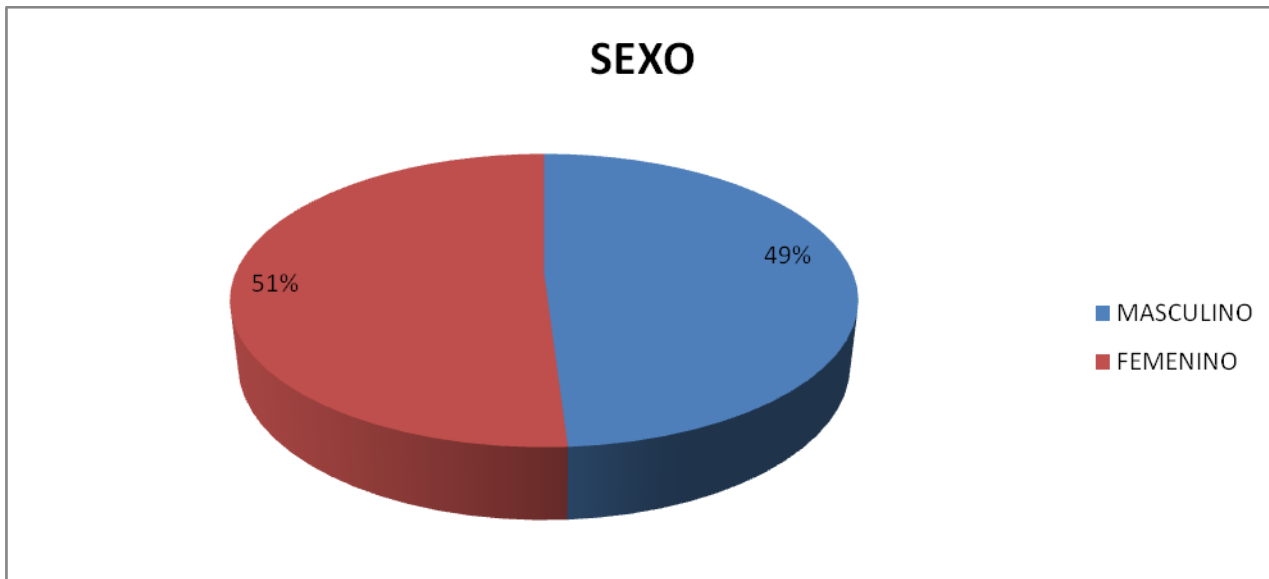
⁵² /Instituto nacional para la investigación oral y craneofacial de los Estados Unidos.

Resultados de la investigación

TABLA Nº 1

PARTICIPACION DE LAS ENCUESTAS SEGÚN SEXO

	PORCENTAJE
MASCULINO	49%
FEMENINO	51%

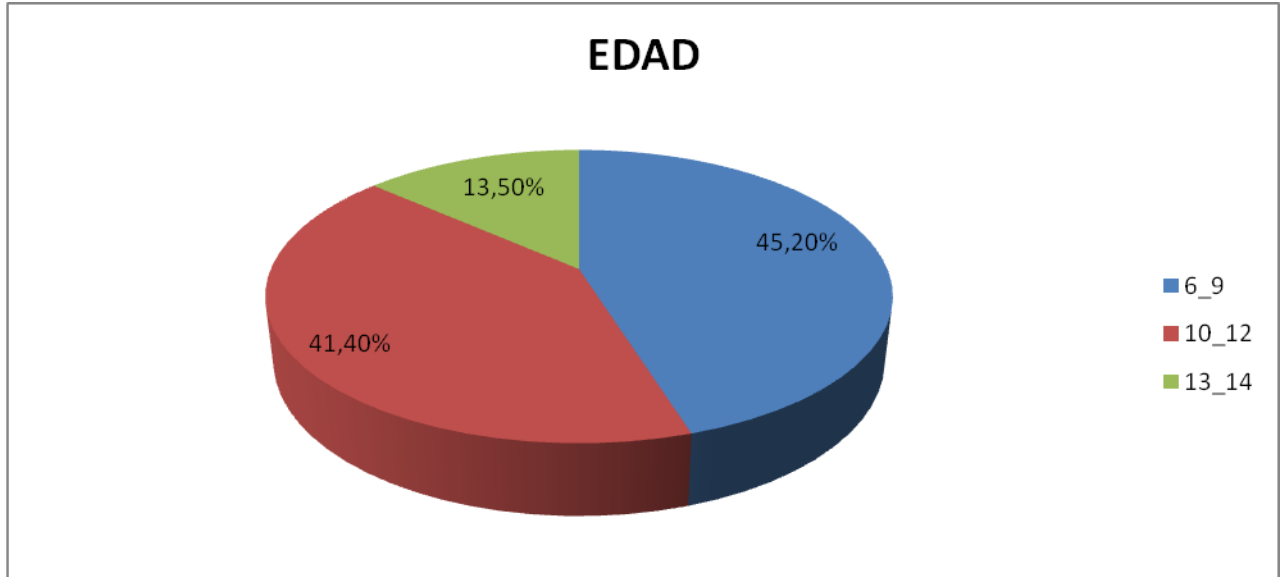


La participación femenina fue mayoritaria 51% contar con un 49% de participación masculina, a nivel general existe un equilibrio entre los dos grupos encuestados en la unidad educativa.

TABLA Nº 2

PARTICIPACION DE LAS ENCUESTAS SEGÚN EDAD

	PORCENTAJE
6_9	45,20%
10_12	41,40%
13_14	13,50%

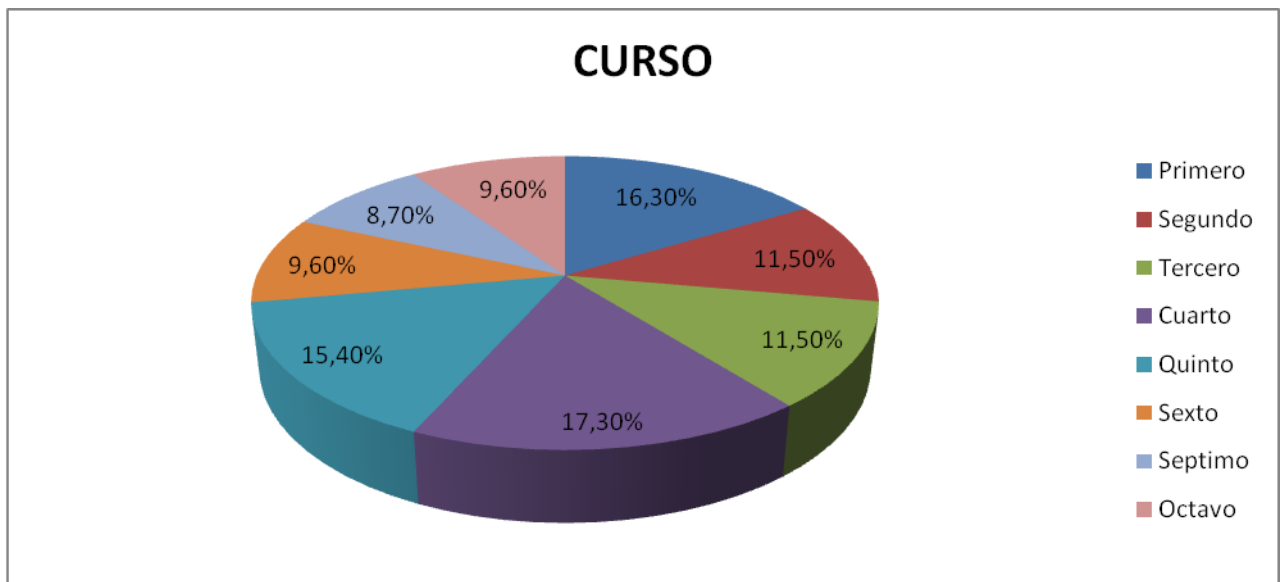


Por lo visto en los resultados obtenidos de las entrevistas, tenemos una participación mayor de adolescentes de 6 a 9 años de edad, siendo notoria la presencia de un pequeño grupo de jóvenes de 13 a 14 años que se encuentran en los grados abordados.

TABLA Nº 3

PARTICIPACION DE LAS ENCUESTAS POR GRADO ESCOLAR

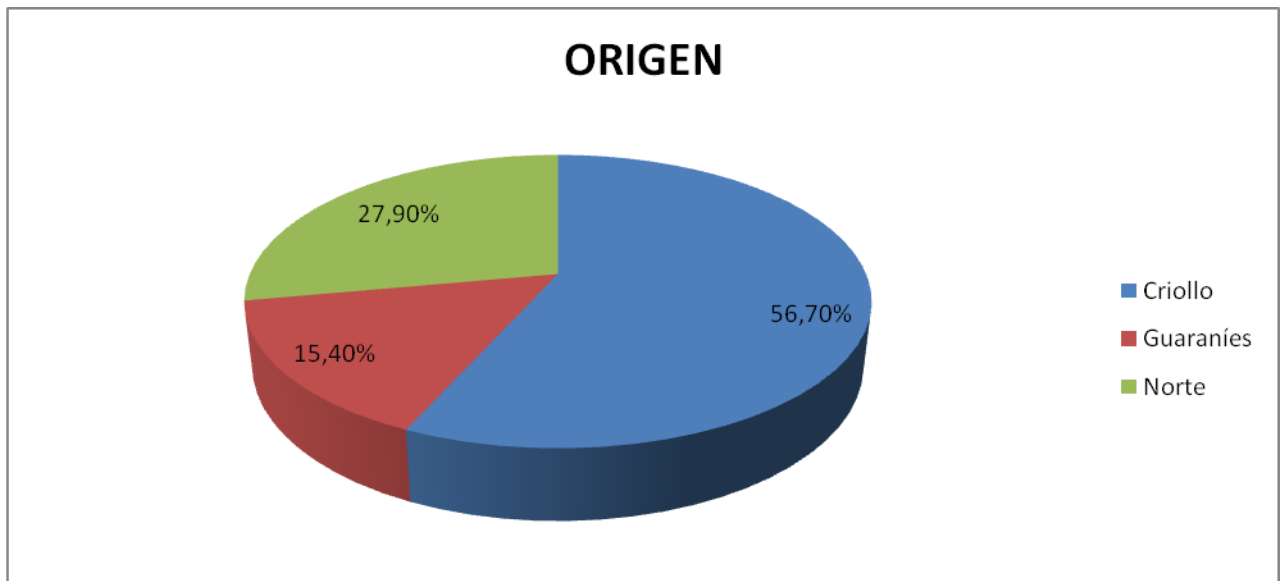
	PORCENTAJE
Primero	16,30%
Segundo	11,50%
Tercero	11,50%
Cuarto	17,30%
Quinto	15,40%
Sexto	9,60%
Septimo	8,70%
Octavo	9,60%



La participación mayor es cuarto básico con 17,30% y el menor séptimo con 9,60% de alumnos en la unidad educativa Sachapera

TABLA Nº 4
CONOCIMIENTO DE NIÑOS DE ACUERDO A SU ORIGEN

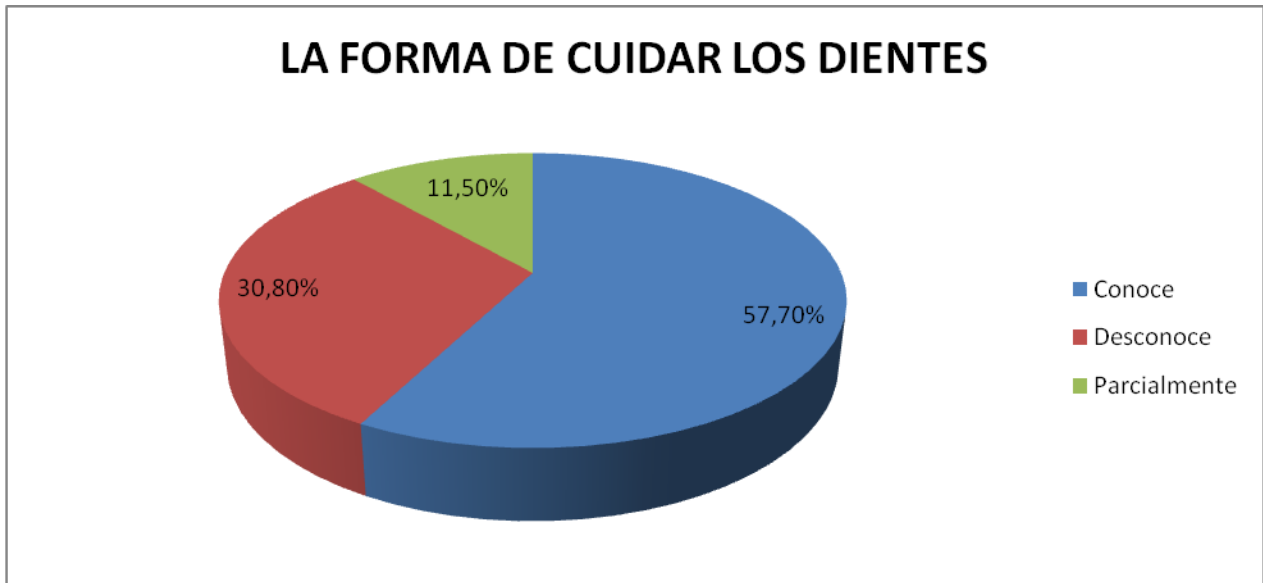
	PORCENTAJE
Criollo	56,70%
Guaraníes	15,40%
Norte	27,90%



En relación a la pregunta el origen de escolares para realizar el estudio de Salud Bucal para realizar las diferencias que existe son 56,70% criollos 15,40% guaraníes.

TABLA Nº 5
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

	PORCENTAJE
Conoce	57,70%
Desconoce	30,80%
Parcialmente	11,50%

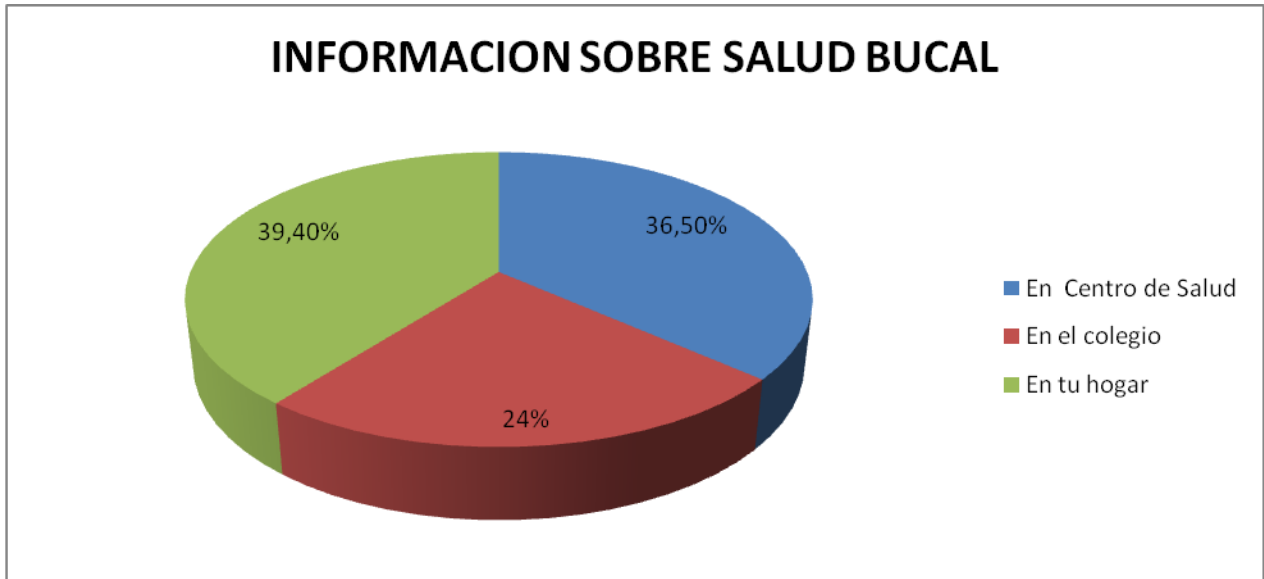


En relación a la pregunta, " Indicamos qué entiendes por Salud Bucal" la misma que buscaba indagar sobre el conocimiento y percepción que tienen sobre el tema solamente el 11,50% pudo darnos un concepto próximo a lo correcto. Se desconoce o no pudieron explicar este concepto la mayoría de los entrevistados, muchos de los participantes consideran como sinónimos a Salud Bucal y el Cepillado Dental. 30,80% desconoce o no es capaz de darnos un concepto o idea general sobre este aspecto Comentario... es probable que el resultado de conocimiento de 57,70% como "Buenos" no refleja la realidad ya que no refleja su conocimiento por lo que aclara.

TABLA Nº 6

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL

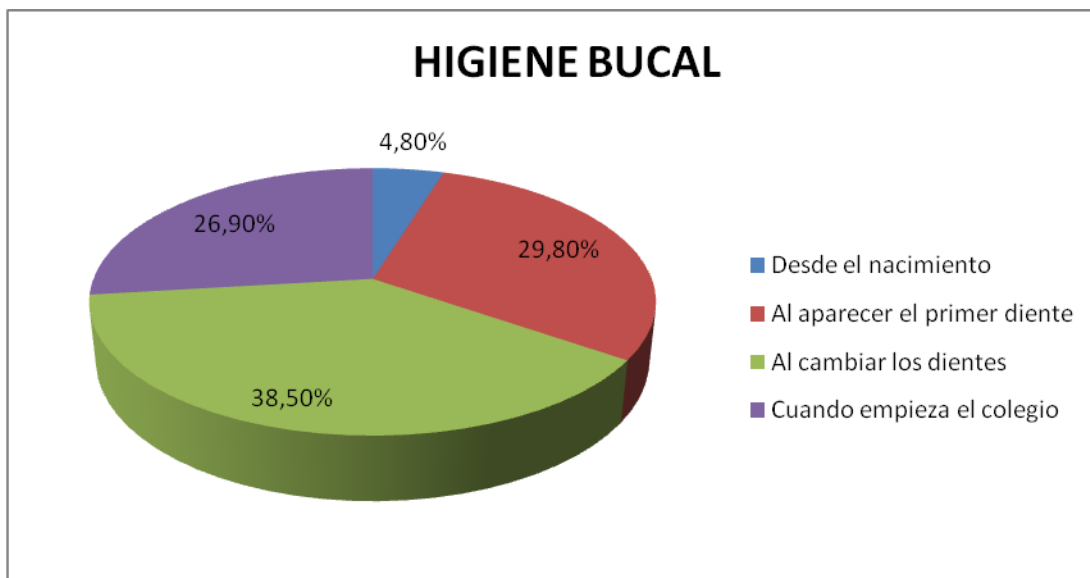
	PORCENTAJE
En Centro de Salud	36,50%
En el colegio	24%
En tu hogar	39,40%



En el cuadro podemos destacar que las dos fuentes principales de información sobre Salud Bucal son el Centro de Salud con 36,50% seguido del hogar con 39,40% lo que nos muestra que a nivel familiar el tema de Salud Bucal no siempre es bien comunicado o no es considerado con la debida importancia la unidad educativa como fuente de información es de 24%

TABLA 7
INICIO DE LA HIGIENE BUCAL

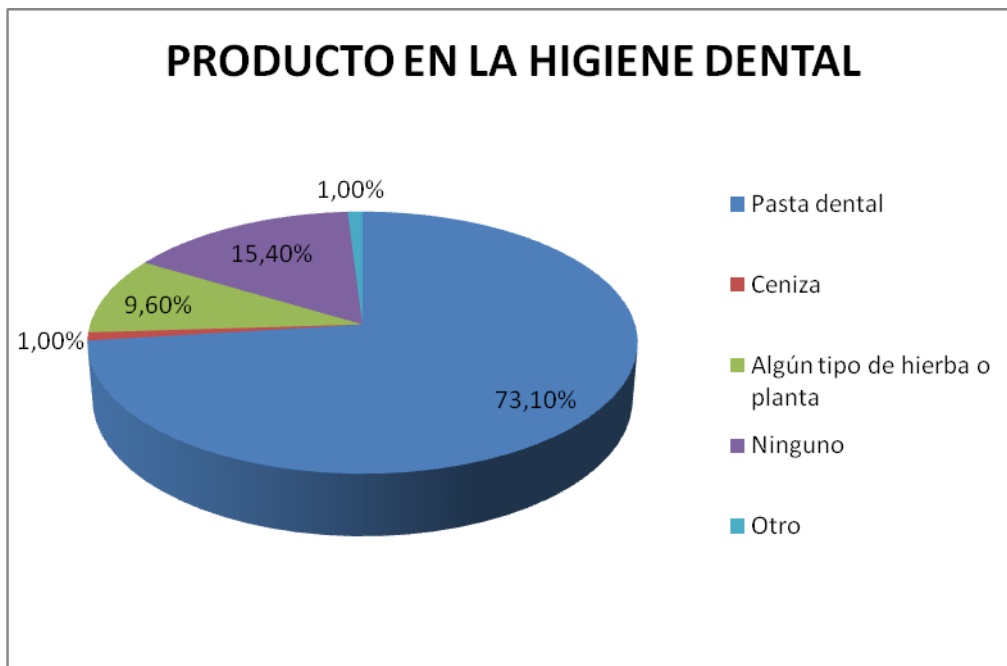
	PORCENTAJE
Desde el nacimiento	4,80%
Al aparecer el primer diente	29,80%
Al cambiar los dientes	38,50%
Cuando empieza el colegio	26,90%



La limpieza de la boca es cuando cambian los dientes 38.5%, solamente el 4.8 % dio con la respuesta esperada que era desde el momento del nacimiento. Esto nos muestra que previo al cambio de los dientes aún no se piensa en medidas de cuidado bucal. Se sigue asociando limpieza bucal solo si existen dientes, situación que no es correcta

TABLA 8
PRODUCTO USADO EN LA HIGIENE DENTAL

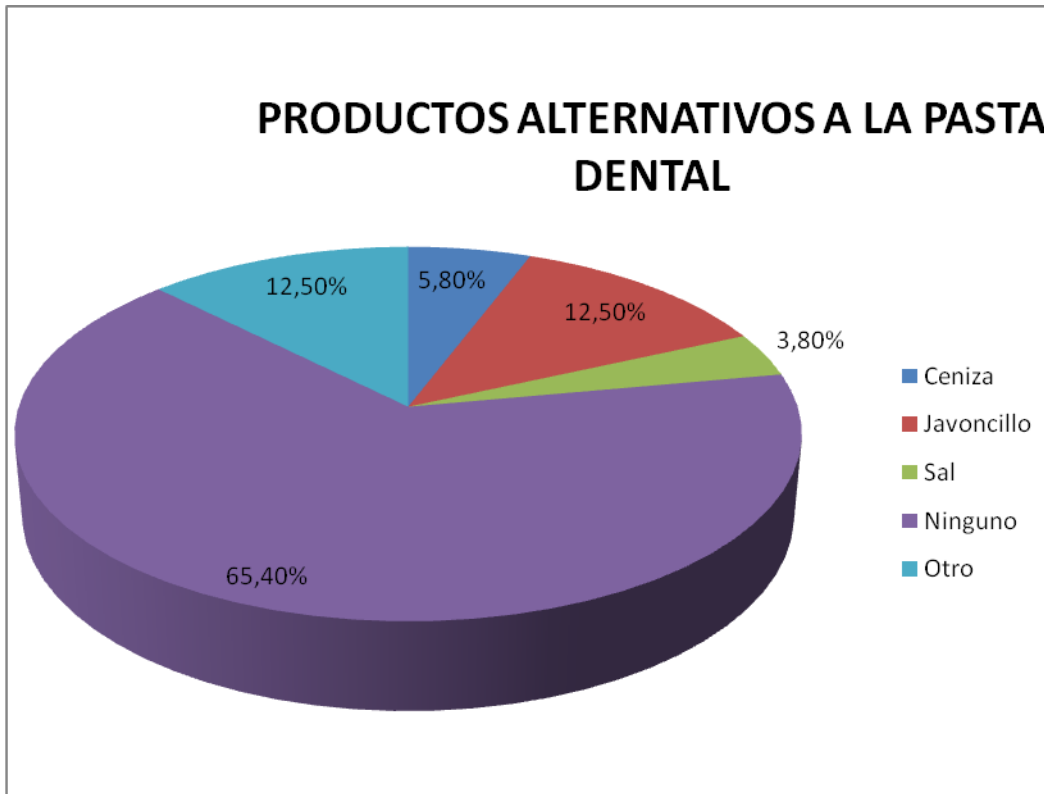
	PORCENTAJE
Pasta dental	73,10%
Ceniza	1,00%
Algún tipo de hierba o planta	9,60%
Ninguno	15,40%
Otro	1,00%



El producto mencionado por excelencia para la higiene dental es la pasta dental, 73.1 % lo afirman de esta manera. Un porcentaje muy pequeño, 9.6 %, indica usar algún tipo de antiséptico como enjuagues para realizar la higiene bucal

TABLA 9
PRODUCTOS ALTERNATIVOS A LA PASTA DENTAL

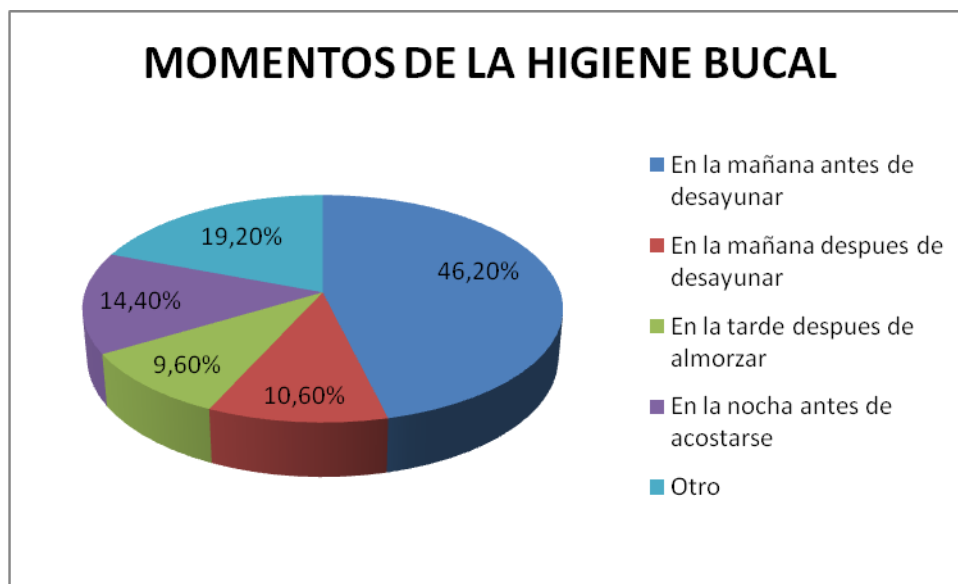
	PORCENTAJE
Ceniza	5,80%
Javoncillo	12,50%
Sal	3,80%
Ninguno	65,40%
Otro	12,50%



Cultural y tradicionalmente existen algunas hierbas o plantas para el cuidado dental, de los cuales los entrevistados no supieron explicar, ya que no forma parte de sus costumbres actuales. El 65.4 nos respondió que no sabían elemento sustituto a la pasta dental.

TABLA N° 10
MOMENTOS MAS IMPORTANTES DE LA HIGIENE DENTAL

	PORCENTAJE
En la mañana antes de desayunar	46,20%
En la mañana despues de desayunar	10,60%
En la tarde despues de almorzar	9,60%
En la nocha antes de acostarse	14,40%
Otro	19,20%

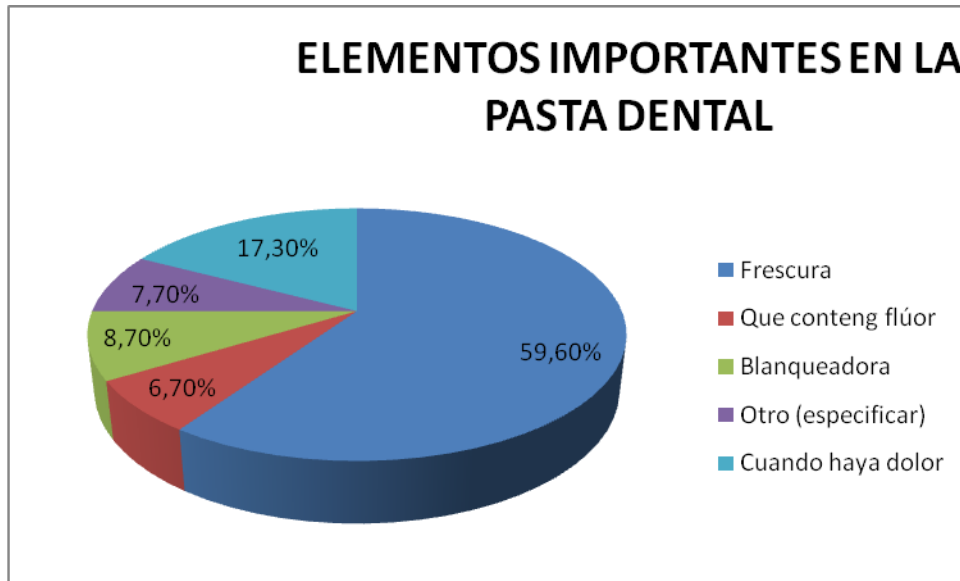


Si bien es cierto que lo recomendable es realizar la higiene dental luego de cada comida, en nuestro medio no siempre se da esta situación, por diferentes factores entonces al solicitar a los entrevistados elegir un momento al día en que se realice esta actividad, más del 46.2 % manifiestan que el momento más importante de la higiene bucal se la debe realizar en la mañana, situación que no es evidente. Solo el 14.4 % dio con la respuesta correcta que es por la noche, poco antes de acostarse.

TABLA Nº 11

CONSIDERACIÓN DEL ELEMENTO MÁS IMPORTANTE EN LA PASTA DENTAL

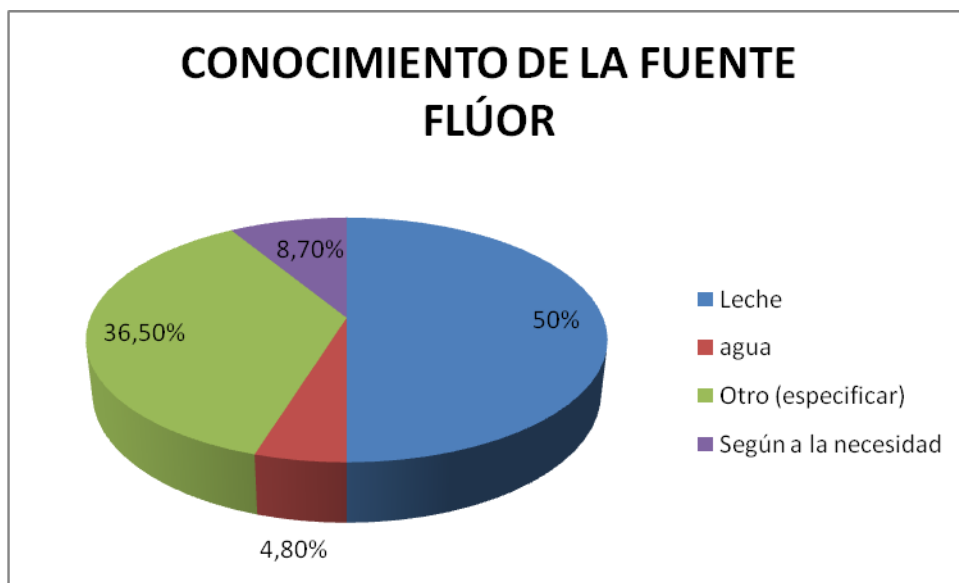
	PORCENTAJE
Frescura	59,60%
Que conteng flúor	6,70%
Blanqueadora	8,70%
Otro (especificar)	7,70%
Cuando haya dolor	17,30%



El 6.7% de los entrevistados dieron la respuesta esperada, que la pasta dental contenga flúor; que es el elemento que protege a los dientes de las placas bacterianas y refuerza la resistencia del esmalte. Es destacable la respuesta que indica que la propiedad de emblanquecer los dientes (8.7%) sea la más importante para este grupo, esto debido a la importancia estética que en su momento es más importante para los adolescentes, ya que los dientes blancos son más atractivos y llamativos.

TABLA Nº 12
CONOCIMIENTO SOBRE LA FUENTE FLÚOR

	PORCENTAJE
Leche	50%
agua	4,80%
Otro (especificar)	36,50%
Según a la necesidad	8,70%



La respuesta que indica que la leche es la principal fuente de flúor está en más de la mitad de las respuestas, 50 %; mientras que la respuesta esperada de fuente de flúor en el agua está solamente en 5% de los entrevistados.

TABLA Nº 13
ALIMENTOS CONSIDERADOS DAÑINOS A LOS DIENTES

	PORCENTAJE
Acidos	8,70%
Fibrosos	1,00%
Dulces	82,70%
Salados	1,00%
Otro	6,70%



En este ítem más del 82.7 % de las respuestas indican que los dulces son los alimentos más dañinos para los dientes, coincidiendo con la respuesta esperada. Este pensamiento es común a la gran parte de la población de nuestro país, ya que de manera tradicional se asocia lo dulce o el azúcar con generador de caries.

TABLA Nº 14
GOLOSINAS MÁS DAÑINAS

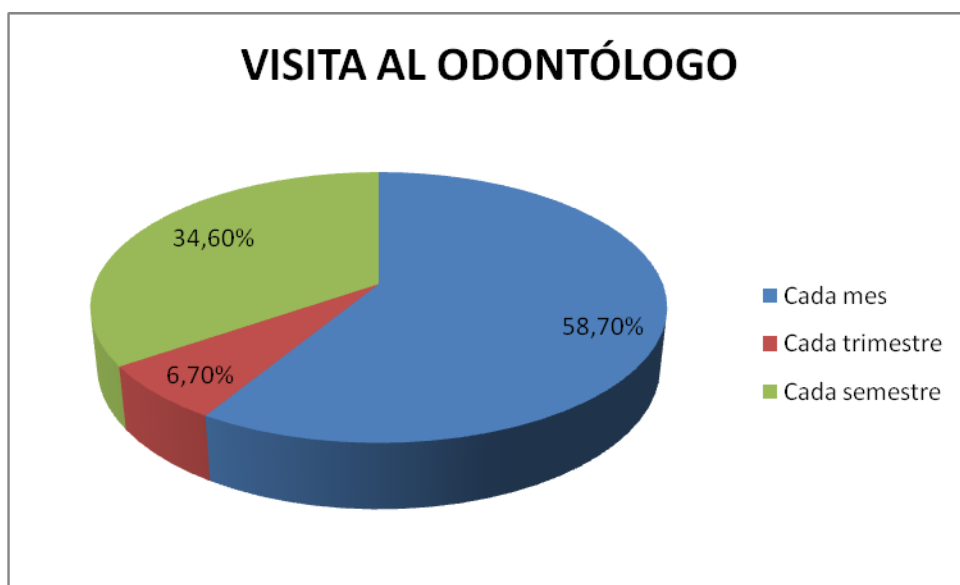
	PORCENTAJE
Chocolates	37,50%
Caramelos	61,50%
Chisitos	1,00%



La gran mayoría de los encuestados sostienen que los caramelos son las más perjudiciales para los dientes (64.5%), en concordancia con el ítem anterior; sin embargo y paradójicamente productos como los chisitos que realmente producen mayor daño a los dientes ya que al disolverse parcialmente no son eliminados fácilmente generando la posibilidad de que se almacenen en los espacios existentes entre los dientes y o la encía ocasionando fermentación y mayo posibilidad de caries, solo son mencionados por casi el 1% no son considerados como muy dañinos.

TABLA Nº 15
CUANDO SE DEBE VISITAR AL ODONTÓLOGO

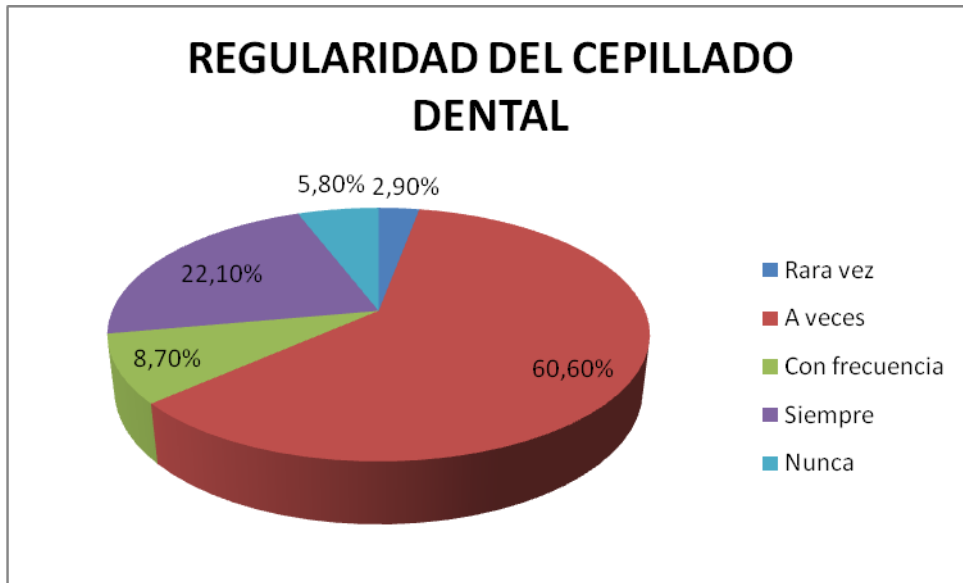
	PORCENTAJE
Cada mes	58,70%
Cada trimestre	6,70%
Cada semestre	34,60%



Más del 58.7% de los adolescentes indican que se debe realizar una consulta odontológica cada mes, situación que si bien sería ideal no se practica en la realidad, ni siquiera por quienes dieron esta respuesta, ya que el hábito de visitas al odontólogo no es parte de las costumbres de nuestra población. Las consultas semestrales, que son las recomendables fueron manifestadas por sólo el 34.6 % de los entrevistados.

TABLA Nº 16
REGULARIDAD DEL CEPILLADO DENTAL

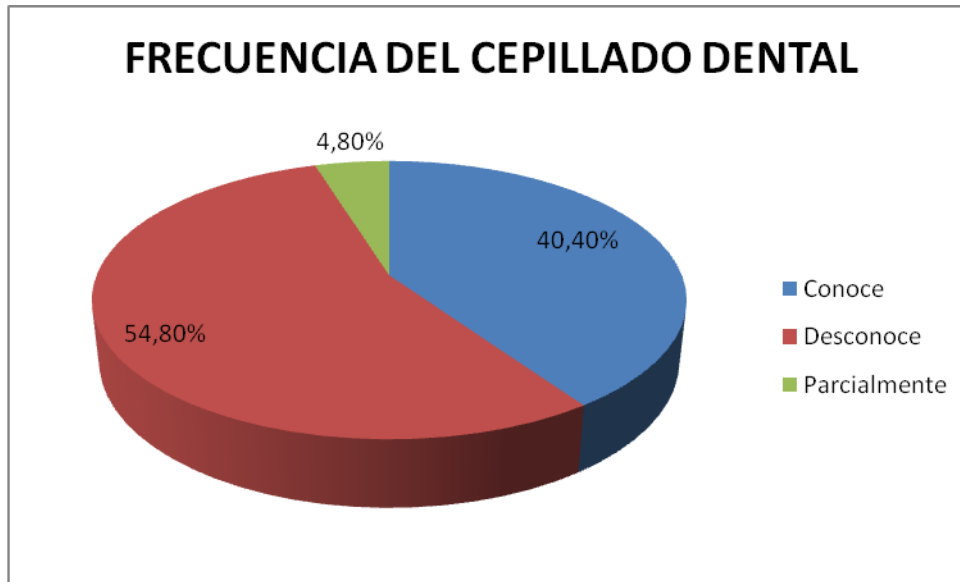
	PORCENTAJE
Rara vez	2,90%
A veces	60,60%
Con frecuencia	8,70%
Siempre	22,10%
Nunca	5,80%



Un alto porcentaje de los encuestados (60.6%) sostiene que se lavan los dientes a pasos incorrectos, como tiempo insuficiente, movimientos no adecuados, etc. Por lo que deducimos que si bien se lavan los dientes diariamente, probablemente no lo hagan de la manera correcta.

TABLA Nº 17
FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL

	PORCENTAJE
Conoce	40,40%
Desconoce	54,80%
Parcialmente	4,80%



Por las respuestas obtenidas se nota la preocupación por el cuidado de las piezas dentales en particular, sin embargo los encuestados no pudieron mencionarnos los pasos correctos para un buen cepillado dental, las respuestas más frecuentes fueron: de arriba abajo y de adentro para afuera. Esta situación nos demuestra el

grado de desconocimiento que se tiene al respecto y la urgente necesidad de subsanar esta falencia.

No se obtuvieron respuestas alternativas a la limpieza dental que provengan de las prácticas tradicionales del hogar o la comunidad, esto nos demuestra claramente que en el tema de Salud Bucal las recomendaciones vienen de las ciencias de la Salud, la odontología en particular y que culturalmente ya no se practican las estrategias tradicionales en la región relacionadas con la higiene dental.

RESÚMEN DE GRUPO FOCALES

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen alumnos de las culturas guaraníes, los migrantes del norte, respecto a los criollos de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera, el segundo semestre de la gestión 2011?

De investigación. Se realizó grupos focales a niños 1ero a 2do básico ya que las preguntas eran complejas realizando palabras fáciles para los niños ,con colaboración de un auxiliar de enfermería ya que no se podía controlar a los niños, se aplicó el mismo cuestionario pero haciendo comprender de mejor manera y tratando de que las respuestas sean verdaderas para dicha investigación ya que nos graficara resultados atravez del cual nos proporcionaran resultados para poder mejorar la salud de acuerdo a su interculturalidad que tienen los escolares de la unidad educativa Sachapera .La importancia de los resultados de estos niños es fundamental para la toma de decisiones ya que se encuentran iniciando sus conocimientos escolares con complementariedad en la salud bucal y sus conocimientos del mismo desde su punto de vista de los niños

De intervención. Fomentar la educación de la salud oral en las unidades educativas con el fin de conseguir que los alumnos adquieran el hábito del cepillado diario de sus dientes y sigan una alimentación sana que colabore al mantenimiento de su salud bucal.

POBLACIÓN: 29 estudiantes de 1ero a 2do grado basico comprendidos entre las edades de 6 a 8 años de la unidad educativa Sachapera del municipio de Yacuiba del departamento Tarija.

Análisis.

Se debe comentar que fue una experiencia buena trabajar con los escolares ya que se encuentran en proceso de aprendizaje y la inquietud que demuestran al preguntar sobre el tema es importante. Mi persona lo que hizo en primer momento que empecé a trabajar fue ganarse la confianza de los escolares es así que ellos tienen facilidad de preguntar las dudas al odontólogo lo que servirá para mejorar su salud bucal de los niños en las edades comprendidas.

4.2 Conclusión

En función a las respuestas obtenidas podemos observar lo siguiente:

Deficiente conocimiento sobre lo que constituye la Salud Bucal, casi la mitad de los/as entrevistados manifiestan poco conocimiento al respecto. La mitad de las orientaciones en este tema vienen del colegio, lo que nos indica que el tema de Salud Bucal no es muy hablado en el hogar. En ausencia de la pasta dental, se recurre al jaboncillo como un sustituto para realizar la limpieza dental, en muy poca cantidad se usa sal, como recomendación de los padres y abuelos/as fundamentalmente, es destacable que no figura ningún otro tipo de alternativa, como plantas de la región para el aseo bucal. Lo que nos indica que las prácticas tradicionales de cuidado bucal prácticamente ya no se utilizan, por lo menos en el grupo de estudio. De manera general se identifican a los alimentos y golosinas dañinas para los dientes, pero es importante destacar que los chisitos son potencialmente más dañinos si no se limpian los dientes luego de consumirlos.

se considera que las primeras visitas al servicio de Odontología deben ser cuando asisten a la escuela. También se cree que los controles odontológicos se los debería realizar cada mes, situación que no se da en la realidad, porque las consultas odontológicas se las hace en función a la necesidad del momento, este comportamiento quizá reforzado todavía por el estereotipo de “visita al dentista es igual a dolor o sufrimiento”.

Si bien es cierto que hay un conocimiento sobre la necesidad e importancia del cepillado dental, éste no se lo hace de manera adecuada, se desconocen algunos pasos del correcto cepillado dental.

En síntesis podemos inferir que existe una pobre cultura de protección a la cavidad oral, la que no se practica en el hogar y es poco reforzado en el colegio

también debemos mencionar que en las respuestas de ciertas preguntas no reflejan la realidad de la salud oral en la comunidad de Sachapera ,lo que preocupa en realidad es que los escolares acuden solo cuando existe dolor o inflamación en la cavidad bucal y no llegan prevenir estas patologías.

También debemos hacer conocer el temor de los escolares al tema odontológico ya que no aceptan venir a la consulta por lo que se trabaja en este programa de promoción prevención de la salud ya que cuando hablamos de salud empieza en la cavidad bucal para luego proseguir con los demás órganos del cuerpo humano, debemos mencionar que los criollos tienen mejor cuidado en los conocimientos se salud bucal que las demás culturas.

4.3 Recomendación acción

Programa de Educación Bucal en adolescentes y niños principalmente, el mismo que apunte no sólo a resolver el problema de patologías existentes, sino fundamentalmente a educar para que se valore la salud bucal, a enseñar el auto cuidado, pilar fundamental de la prevención, perder el miedo al odontólogo, el mismo que debe convertirse en una figura educativa de ayuda constante, de actitud positiva.

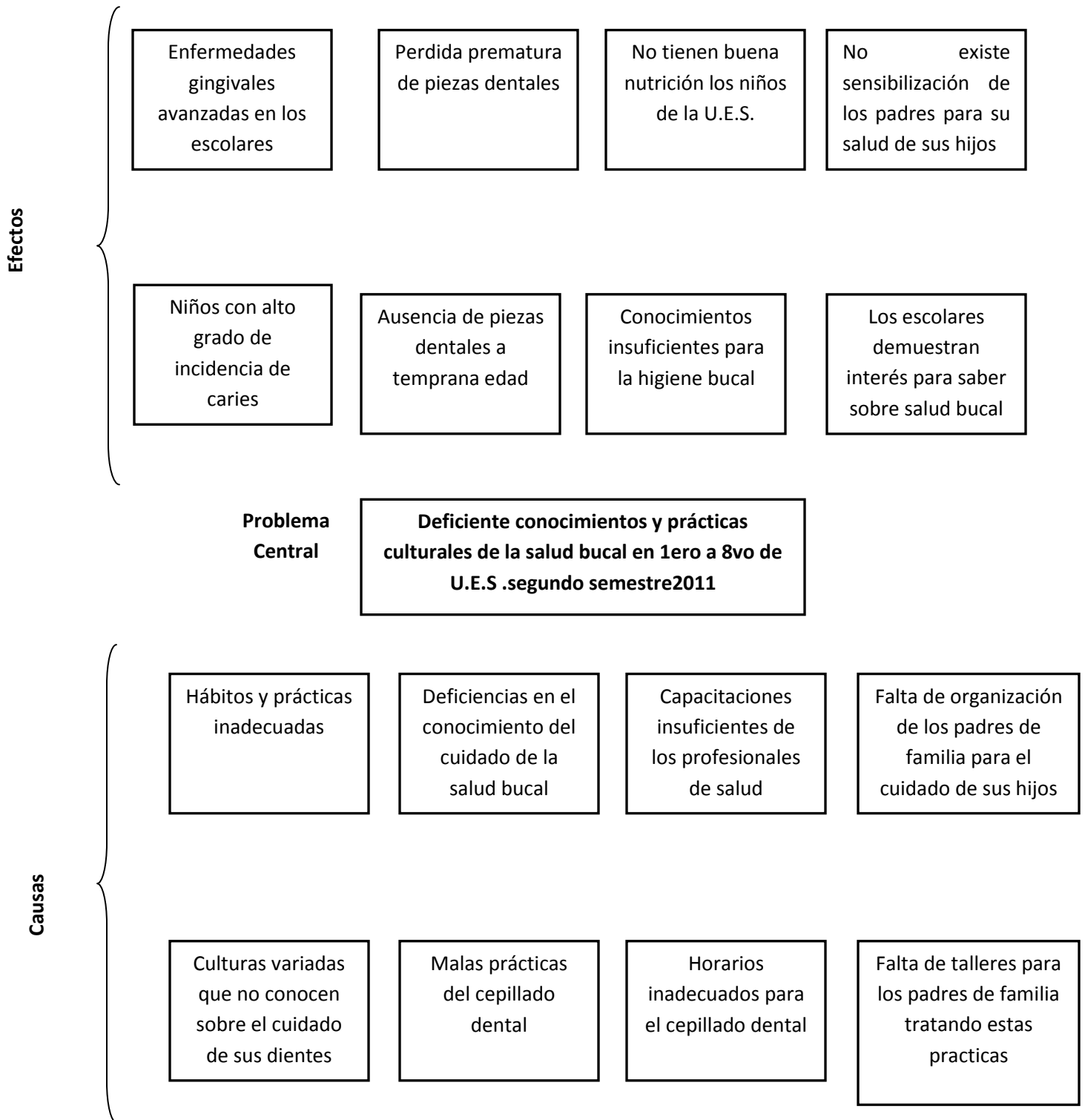
Este programa debe llegar a los niños, adolescentes, maestros y padres de familia con un lenguaje claro y concreto al ser realizado en la escuela y durante los horarios escolares solucionamos el problema de acceso al puesto de salud. (Adjuntamos una propuesta en anexos).

5.1.MATRIZ LOGICA

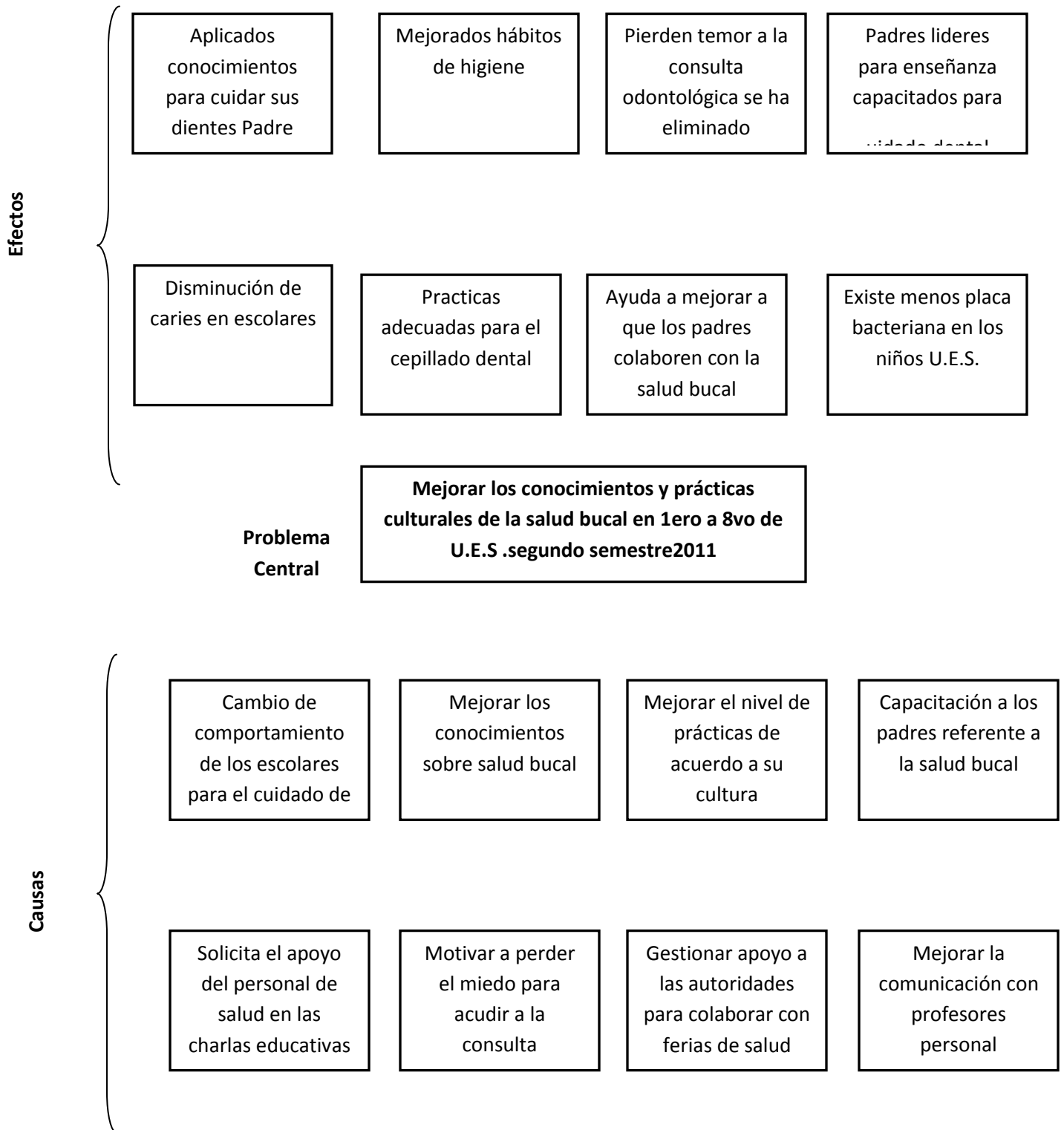
LÒGICA DE INTERVENCIÒN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÒN	HIPÒTESIS O SUPUESTOS
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar y sistematizar los conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen las culturas de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera a fin de elaborar un plan para fortalecer los hábitos saludables de la gestión 2011?</p>	<p>El 75 % de los escolares de diferentes culturas tendran conocimientos en salud bucal en articulacion con el odontologo P.s.Sachaperra gestion 2011.</p>	<p>A través de las encuestas.</p> <p>Libro de actas.</p>	<p>Incorporación de conocimientos en escolares en 100 %.</p> <p>Desempeño de trabajo en equipo entre personal de salud y profesoras.</p>
<p>OBJETIVO ESPECÌFICO</p> <p>Identificar y sistematizar conocimientos que tiene el grupo encuestado sobre salud de acuerdo a su origen</p> <p>diagnosticar los hábitos de higiene bucal en estudiantes.</p> <p>unidad educativa Sachapera</p> <p>Elaboración de un Programa de Capacitación en Salud Oral Preventiva con enfoque intercultural.</p>	<p>Se tendrà una disminucion de incidencia de caries del 35 % en los escolares.</p> <p>Sus hahitos cambiaran durante la enseñanza de talleres</p> <p>Seguimiento al programa de capacitacion en salud de acuerdo a su cultura</p>	<p>Registro del cuaderno de consultas.</p> <p>Historias clínicas.</p>	<p>Falta de participación de padres de familia por alguna causa.</p> <p>Personal de salud eficiente con calidad y calidez.</p>
			51

<p>RESULTADO</p> <p>Disminución de conocimientos de salud bucal.</p> <p>Incorporación en la educación en la unidad educativa.</p>	<p>Escolares satisfechos.</p> <p>Mayor demanda de capacitaciones,talleres.</p>	<p>Historias clinicas.</p> <p>Libro de visitas seguimiento.</p>	<p>Conocimientos elevadas en salud bucal.</p> <p>Indicadores de incidencia de caries menores.</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Organización para talleres en salud oral.</p> <p>Capacitación de los padres de familia.</p> <p>Información a la comunidad sobre participación del odontologo para programa , actividades U.sachapera .</p>	<p>MEDIOS</p> <p>Talleres de capacitación.</p> <p>Elaboración de encuestas.</p> <p>Entrevistas personales.</p> <p>Elaboración de informes.</p>	<p>COSTOS</p> <p>Transporte. 290.-</p> <p>Papelógrafos. 50.-</p> <p>Videos. 100.-</p> <p>Refreigerios. 150.-</p> <p>Computadora portatil 8500.-</p> <p>15% imprevistos 350.-</p> <p>TOTAL 9440.-</p>	

5.1.1 Árbol de Problemas



5.1.2 Árbol de Soluciones



5.1.3PROYECTO DE INTERVENCION

ACTIVIDADES DE APLICACIÓN

RESULTADO ESPERADO I:

Personal de Unidad Escolar capacitados en el cuidado de la salud bucal ,para mejorar su salud oral

ACTIVIDADES:

- Realizar un Taller de capacitación al personal de la Unidad Educativa para mejorar sus conocimientos respecto a la importancia de la Salud Oral, de acuerdo a su interculturalidad.
- Realizar un curso de capacitación personal del Colegio para difundir información relacionada a la atención que brinda el Puesto de Salud Sachapera, particularmente en el área odontológica.

RESULTADO ESPERADO II:

Que los y las alumnas de la Unidad Educativa intervenida tengan conocimientos generales acerca de la salud bucal y sepan las técnicas de cuidado de los dientes.

ACTIVIDADES:

- Realizar Talleres y Visitas a la unidad Educativa socializando la importancia de la Salud Oral.
- Realización de Materiales de apoyo visual Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares.

RESULTADO ESPERADO III:

Comunidad con conocimiento sobre los diferentes servicios que ofrece el Puesto de salud sachapera, particularmente en el área odontológica.

ACTIVIDADES:

- Realizar talleres de capacitación de los recursos humanos de la comunidad (autoridades del municipio, maestros, Promotoras de salud) para difundir conocimientos básicos acerca de la importancia del cuidado de la salud oral.
- Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.
- Realizar un taller de socialización el marco normativo legal sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y personal de salud del sector para generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la problemática de la salud bucal.

METODOLOGÍA

El Programa consta de dos componentes:

1. Componente de Promoción y Educación.

Se desarrollará en el colegio y a través del cual se procurará generar conciencia de la importancia de la preservación de la salud bucal en niños y niñas, y por extensión en su ámbito familiar, incidiendo en la práctica de hábitos saludables tales como el cepillado de la dentadura, la no ingesta de azúcares en forma indiscriminada a través del día, el uso de sal fluorada en caso de utilizarse sal, el uso de dentífricos fluorados, etc.

En este componente trabajarán principalmente los/as maestros/as de aula, con el apoyo de adolescentes voluntarios del mismo establecimiento con quienes se trabajará a fin de que adquieran la calificación como Brigadistas de Salud Bucal.

2. Componente de Prevención y Asistencia.

Se desarrollará prioritariamente con el personal del puesto de Salud, Promotores voluntarios y/o Brigadistas de Salud Bucal.

Este componente implementará visitas periódicas al colegio a fin de detectar y remitir casos de atención dental al Puesto de Salud.

Se trabajará en forma de taller con participación activa de maestros, alumnos/as y padres de familia, además del personal del puesto de Salud.

I. ACTIVIDADES:

- Talleres con temas según a la edad (Alumnos, Docentes y Padres de Familia)
- Muestra de videos
- Realización de carteleras educativas, cuentos y dibujos.
- Orientaciones individuales según necesidad y requerimiento.
- Formar “Brigadas de Salud” con alumnos de cursos superiores para educar a los más pequeños y motivarlos en el cepillado dental.
- Control de placa Bacteriana
- Control del Recambio Dentario
- Promover el uso de Dentífricos Fluorados
- Promover el uso de Sal Fluorada

II. TEMAS

SESIÓN	TEMAS	CONTENIDO
1	Presentación	Aplicación de Pre Test
2	Mis Dientes:	Dentición, Cepillado de Dientes. Su importancia
3	Mis dientes no deben enfermar	Caries dental y enfermedades de las encías.
4	Cuidando a mis dientes	El flúor y su función en la prevención de la caries. Dieta cariogénica y su control
5	Mis dientes: parte importante de mi belleza	Hábitos deformantes de la cavidad bucal
6	Conclusiones.	Graduación de promotores de salud. Premiación concurso de dibujos, cuentos, etc.

RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCION:

Se realizó un diagnóstico de conocimientos y prácticas del cuidado dental que tienen alumnos de las culturas guaraní, los migrantes del norte, respecto a los criollos de 1ero a 8vo grado de la unidad educativa de Sachapera, gestión 2011 por lo que antes de realizar dicha investigación se tenía la iniciativa de dejar un instrumento para mejorar los conocimientos del cuidado de la salud bucal ya que como profesionales se cambia de lugar de trabajo y no se deja nada a la comunidad la cual nos recibe de buena manera y espera que se realice trabajos que ayuden a toda la comunidad por lo cual se empezó a trabajar .

1.-Se realizar diagnóstico de conocimientos y prácticasde cuidado dental de acuerdo a su interculturalidad

2.-Se realizaron charlas educativas sobre salud oral(métodos cepillado dental, dietas cario génica y no cario génica, placa bacteriana, halitosis y sus causas,hilo dental, erupción clínica de piezas dentales, sellado de fosas y fisuras en escolares,)

3.-Se realizó evaluación a determinados niños sobre sus conocimientos de salud oral

4.-Se diagnosticar e identificar las piezas permanentes con caries dental de 6 a14 años

5.-Se realizó obturaciones, restauración a niños comprendidos en esta edad a través del seguro SUSAT

6.-Seguimiento a los niños con cero caries, aplicación de flúor a estos escolares

-Realizamos un resumen de las actividades de dicha investigación, pero debemos mencionar las dificultades que se presentaron: no contar con rota folios maquetas para dar charlas educativas sobre salud oral por lo que se gestionó para prestarse del hospital Rubén Zelaya.

- Las maquetas y prótesis totales cepillo dental por parte de investigador, tratamos de contribuir con algo que sirva en común a los escolares como primer fase referente a su salud dental.

- En cuanto las evaluaciones de los niños fueron en consultorio odontológico donde se realizó la evaluación de lo que aprendieron de las charlas en general, y de la importancia de sus dientes permanentes y su funcionalidad que cumple

-En cuanto a la parte restaurativa, profilaxis de los escolares no se tuvo que recurrir a ninguna institución ya que con el SUSAT (Seguro Universal de Salud Tarija) se puede modificar ciertas restauraciones de amalgama por resina foto polimerizable el cual se trabaja en piezas dentales anteriores ,posteriores, realizando obturaciones de caries 1er.2do 3er grado biopulpectomia , pupectomia, tratamientos de conductos en los escolares.

Se trabaja de una manera en la cual el futuro de los escolares pueda cambiar referente a su salud bucal y con la alegría y satisfacción de que cuando se quiere brindar algo a su comunidad si se puede hacer desde nuestro lugar de trabajo.

5.1.4Cronograma

N o	ACTIVIDAD	MESES															
		ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración de cronograma			x	x												
2	Se hace recopilación de información sobre conocimiento					x	x										
3	Se revisa la información recopilada									X							
4	Se elabora una propuesta de intervención									x			x				
5	Revisión de proyecto													x			
6	Se ha aprobado la propuesta														x		
7	Gestión de recursos humanos y económicos															x	
8	Se implementa la propuesta																x
9	Se realizará el seguimiento																x
10	Evaluación intermedia																
11	Evaluación final																

Bibliografía

- 1.-Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia. 2008
- 2.-PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD BOLIVIA (Noviembre 2001), Programa de la Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud, OPS
- 3.-Cárdenas, M (2004), Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud-Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Segunda edición.
- 4.- OPS. *El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director.* Washington: OPS; 2000. [[Links](#)]
- 5.- Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil-the inverse equity hypothesis revisited. *Social Science & Medicine* 2004; 58, 1181-1189. [[Links](#)]
- 6.-Hobdel M, Sinkford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(3): 167-178. [[Links](#)]
- 7.-Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues.* Berkeley and Los Angeles: University of California Press, Ltd; 1999. [[Links](#)]
- 8.-Castro A, Farmer P. El SIDA y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* 2003; 17: 31-49.
- 9.- Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003.* Geneva: WHO: 2003. [[Links](#)]
- 10.-Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003.* Geneva: WHO: 2003. [[Links](#)]
- 11.-OPS. *El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director.* Washington: OPS; 2000.
- 12.-Pellegrino ED. The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy* 1999; 24(3): 243-266.
- 13.-Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *P Los Med* 2005; 2(5): e138.
- 14.- La salud en las Américas. 2002. Volumen I
- 15.-Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc Graw-Hill Interamericana 2000, cap. # 1, pág. #
- 16.-Programa de Fluoración de la sal en Bolivia. Secretaría Nacional de Salud. OPS/OMS. UNICEF. 1997.
- 17.-Anexos: Cuadro 1. Índice CPOD, por grupo etáreo, región y estrato socioeconómico. 1995
- 18.-La salud oral en América. Departamento de salud de los EEUU.
- 19.- Bolivia: Características sociodemográficas de la población. INE 2003
- 20.- Bolivia: Características sociodemográficas de la población. INE 2003
- 21.-OPS/OMS. Documento CE 120/12
- 22.-OPS/OMS. Documento CE 120/12
- 23.- Restrepo E.H. La Promoción de la Salud y la Nueva Práctica de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1996
- 24.-República bolivariana de Venezuela. Ministerio de educación superior. Misión Sucre Programa Nacional para la Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre. Medicina Integral y Comunitaria. 2004

- 25.-**Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población 2002:69-106
- 26.-**OMS, SBSC, ACSP. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ontario. Canadá. 1986
- 27.-** OMS. Nota informativa N°318 Febrero de 2007
- 28.-**Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. Juan Antonio Córdova Hernández, Rosa María Bulnes López,
- 29.-** <http://www.monografias.com/trabajos4/leyes/leyes.shtml>
- 30.-**<http://www.monografias.com/trabajos28/aceptación-individuo/aceptación-individuo.shtml>
- 31.-**<http://www.monografias.com/trabajos15/todorov/todorov.shtml#intro>
- 32.-**<http://www.monografias.com/trabajos5/aciba/aciba.shtml>
- 33.-**<http://www.monografias.com/trabajos14/verific-servicios/verific-servicios.shtml>
- 34.-**<http://www.monografias.com/trabajos14/administ-procesos/administ-procesos.shtml#proce>
- 35.-**<http://www.monografias.com/trabajos4/concreto/concreto.shtml>
- 36.-**<http://www.monografias.com/trabajos7/mafu-mafu.shtml>
- 37.-**<http://www.monografias.com/trabajos7/expo/expo.shtml>
- 38.-**<http://www.monografias.com/trabajos6/lacte/lacte.shtml#comp>
- 39.-** Zavaleta C, “Conocimientos actitudes y prácticas de consumo de tabaco de estudiantes de Odontología de dos Universidades Peruanas Lima – Ica, año 2002”. Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista 2004
- 40.-**Del Puerto C, Concepción M, Del Puerto A, Prieto V. “Conocimientos y actitud de la población en relación con el saneamiento básico ambiental”. Rev Cubana HigEpidemiol 2000; 38(2):137-144
- 41.-**Misrachi C, Spag. R. “factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 á 8 años “. CuadMéd-Soc 1992; 4:43-51
- 42.-** Villena R, Issao M, Cury J. “Estudio de la Disponibilidad y estabilidad del flúor de los dentífricos comercializados en el Perú”. RevEstomatol. Herediana 1994; 4:12-20
- 43.-** Programa de Salud dental de Florida. Departamento de Salud Florida (2 pantallas) ubicado en URL: http://www.doh.state.fl.us/Family/dental/materials/brochure_sp.pdf
- 44.-** Revista electrónica de Odontología: www.encolombia.com/odontología/focXXI-Situacion1.htm
- 45.-** Organización Mundial de la Salud. (1987). Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra: Autor.
- 46.-** Varela M y col. (1999). Problemas Bucodentales en Pediatría. (1ªed.) España: Ergon, S.A.
- 47.-** Irigoyen M.; Zepeda A.; Sánchez Leonor. (2001). Prevalencia e Incidencia de Caries Dental y Hábitos de Higiene Bucal en un Grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México. Investigación Revista ADM. 53(3):98-104
- 48.-** Acevedo A. y Fernández C. (1999). Efecto de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 2% en la Incidencia de Caries Dental en una Población Escolarizada. Acta Odontológica Venezolana. Facultad de Odontología, U.C.V., 36 (3):77-84.

49.-Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública 1.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 : 34

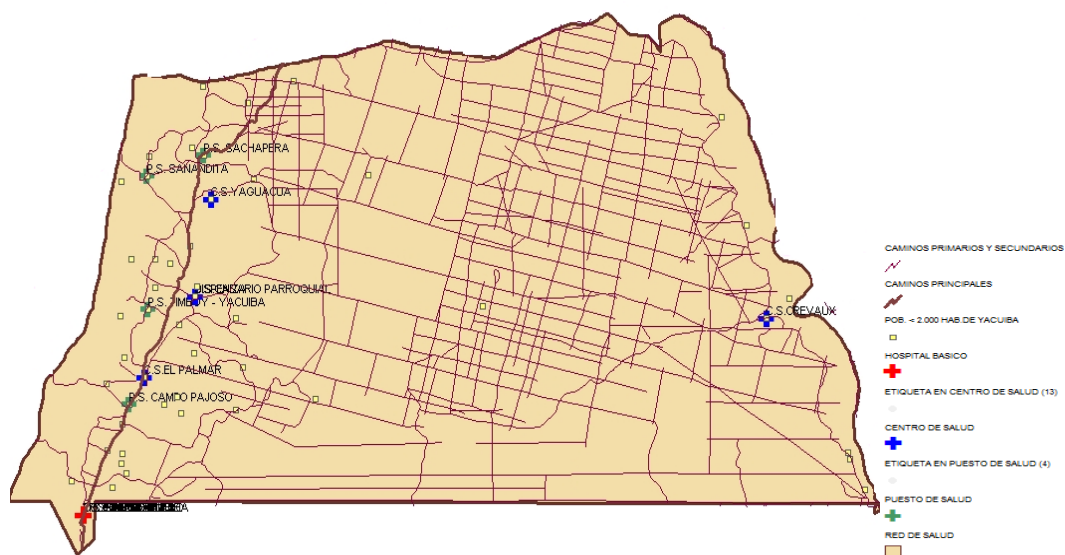
50.- Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005; 8: 493- 494.

51.- González García M, Sánchez Acosta ME. Psicología General y del Desarrollo. Ciudad de la Habana: Editorial Deportes; 2004 :123 –28.

52.-/Instituto nacional para la investigación oral y craneofacial de los Estados Unidos

ANEXOS

ISOCRONAS MUNICIPIO DE YACUIBA



DESDE	HASTA	DISTANCI A EN KM	TIEMPO EN HRS	MEDIO DE TRANSPORTE
P.S SACHAPER A	HOSPITAL RUBEN ZELAYA YBA.	42,7	55 MIN	TRANSPORTE PUBLICO

CUESTIONARIO

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS CULTURALES, EN ESTUDIANTES DE 1ERO. A 8VO. GRADOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DE SACHAPERÁ, PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DURANTE EL TERCER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2011”

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales nos gustaría que respondas de la manera más honesta posible. Agradecemos tu colaboración.

DATOS GENERALES

Edad: Sexo: M F Curso:

1.-Procedencia ,Origen

a) guaraní b) migrante del norte c) criollo

2.-¿Cuál es la forma de cuidar los dientes para evitar que se dañen?

a) conoce b) desconoce c) parcialmente

3.-¿Dónde te enseñaron sobre salud oral?

a) En el Centro de SALUD
b) En el Colegio
c) En tu Hogar

4.-¿A qué edad debe empezar la higiene de la boca?

a) Desde el nacimiento
b) Al aparecer el primer diente
c) Al cambiar los dientes
d) Cuando empieza el colegio

5.-¿Qué utilizas generalmente para cepillarte los dientes?

- a) Pasta dental
- b) Ceniza
- c) Algún tipo de planta o Hierba
- d) Ninguno
- e) Otro

6.-¿Si se acaba la pasta dental que utilizas para cepillarte los dientes?

- a) Ceniza
- b) jaboncillo
- c) Sal
- d) Ninguno
- e) Otro

7.-¿En qué momento es más importante realizar la higiene bucal?

- a) En la mañana, antes de desayunar
- b) En la mañana, después de desayunar
- c) En la tarde, después de almorzar
- d) En la noche, antes de acostarse
- e) Otro: (Especificar)

8.-¿Qué es lo más importante de una pasta dental?

- a) Frescura
- b) Anti sarro
- c) Que contenga flúor
- d) Blanqueadora
- e) Otro: (Especificar)
- f) Cuando haya dolor

9.-¿Sabes que alimento en nuestro medio contiene flúor?

- a) Leche
- b) Azúcar
- c) Sal

- d) Agua
- e) Otro: (Especificar)
- Según a la necesidad

10.-¿Qué alimentos son dañinos para los dientes?

- a) Ácidos
- b) Fibrosos
- c) Dulces
- d) Salados
- e) Otro: (Especificar)

11.-¿Qué golosinas son las más dañinas para los dientes?

- a) Chocolates
- b) Caramelos
- c) Tortas y pasteles
- d) Chisitos
- e) Otras: (Especificar)

12.-¿En qué momento se debe realizar la primera visita al odontólogo?

- a) Desde el nacimiento
- b) Al aparecer el primer diente
- c) Al cambiar los dientes
- d) Cuando empieza el colegio
- e) Cuando haya dolor

13.-¿Cada cuánto tiempo deben realizar los controles odontológicos?

- a) Cada Mes
- b) Cada Trimestre
- c) Cada Semestre

14.-¿Con qué regularidad cepillas tus dientes?

- a) Rara vez
- b) A veces
- c) Con frecuencia
- d) Siempre
- e) Nunca

15.-¿Menciona los pasos de un correcto cepillado dental?

- a) conoce
- b) desconoce
- c) parcialmente