



## Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández. Sancti Spiritus

### **Intervención educativa para mejorar prácticas de higiene bucal en infantes de 1er grado**

### **Educational intervention to improve oral hygiene practices in 1st grade infants**

**Maribel Acosta Cabezas<sup>1</sup>, Sandra Pérez de la Cruz<sup>2</sup>, Yosney Arbolaez Esponda<sup>3</sup>, Dra. Maritza Mursulí<sup>4</sup>, Dra. María C Cruz Milián<sup>5</sup>, Dra. Delsa E. Morgado<sup>6</sup>**

Estudiante de Estomatología. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández. Sancti Spiritus. Cuba.<sup>1</sup>

Estudiante de Estomatología. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández. Sancti Spiritus. Cuba.<sup>2</sup>

Estudiante de Estomatología. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández. Sancti Spiritus. Cuba.<sup>3</sup>

Especialista de 2do Grado de Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica Provincial. Sancti Spiritus. Cuba<sup>4</sup>

Especialista de 2do Grado de Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica Provincial. Sancti Spiritus. Cuba<sup>5</sup>

Especialista de 2do Grado de Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Centro de Educación y Superación de la Salud. Sancti Spiritus. Cuba<sup>6</sup>

## RESUMEN

Los conocimientos insuficientes sobre salud bucodental, favorecen la aparición de enfermedades. Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención grupal educativa con el objetivo de elevar la higiene bucodental a través de la modificación de prácticas inducidas por un incremento en el nivel de conocimientos en los escolares de 1er grado de la Escuela Primaria "Serafín Sánchez Valdivia" del municipio Sancti Spiritus en el período comprendido entre octubre 2006 – abril 2007. El universo y la muestra constituida por el total de escolares. Se analizaron las variables: edad, sexo, eficiencia, frecuencia y momentos del cepillado bucodental, hábitos, frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos y valoración de la intervención. La información fue recogida mediante una entrevista estructurada confeccionada por los autores y los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencias absolutas, relativas y tablas de contingencia. La edad que predominó fueron 6 años y el sexo femenino. Se encontró una estrecha relación entre la frecuencia del cepillado y la higiene bucal, comportándose de forma deficiente al igual que los conocimientos sobre salud bucal modificándose estos resultados luego de la intervención. La valoración de los estudiantes en relación a la intervención fue favorable, pues el mayor porcentaje manifestó haber aprendido.

**DeCS:** SALUD BUCAL /educación HIGIENE BUCAL /educación ESTADO DE SALUD NIÑO  
**Palabras clave:** salud bucal educación, higiene bucal, estado de salud, niño.

## SUMMARY

Insufficient knowledge about oral health, promote the onset of diseases. A quasi-experimental study of educational group intervention was performed with the aim of improving oral hygiene through the modification of induced practices by an increase in the level of knowledge in 1st grade "Serafín Sánchez Valdivia" Elementary school of Sancti Spíritus municipality from October 2006 to April 2007. The universe and sample were all the students. Variables: age, sex, efficiency, frequency and times of oral brushing, habits, frequency of intake of cariogenic foods and assessment of intervention were analyzed. The information was collected through a structured interview compiled by the authors and the results were presented in tables of distribution of absolute, relative frequencies and contingency tables. The predominant age was 6 years and females. A close relationship between the frequency of brushing and oral health was found to behave poorly as knowledge about oral health modifying these results after the intervention. The assessment of students in relation to the intervention was favorable, as the higher percentage said they had learned.

**MeSH:** ORAL HEALTH /education ORAL HYGIENE /education HEALTH STATUS CHILD  
**Keywords:** oral health education, oral higiene, health status, child

## INTRODUCCIÓN

En Cuba, las acciones de salud se encuentran integradas en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, a través de la vinculación con el médico de la familia, los cuales son responsables de la atención de una población determinada. La atención integral enfatiza aquellas acciones dirigidas a la promoción de salud y prevención de enfermedades. Este modelo se aplica con acciones orientadas hacia diferentes grupos priorizados: embarazadas madres con niños menores de un año, retrasados mentales e impedidos físicos, población de 60 años y menores de 19 años, alcanzándose en este último grupo indicadores de salud similares a otros países desarrollados<sup>1-3</sup>.

En estomatología existen enfermedades que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad constituyen un verdadero problema de salud pública. Dentro de las enfermedades bucales más comunes en el género humano y que no hay en el mundo, país o territorio que esté libre de ellas se encuentran la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones.

La caries dental, cuyo signo es la destrucción localizado de tejido duro presenta alta prevalencia en el mundo entero (afecta del 95 % al 99 % de la población), se sitúa como la principal causa de pérdida de los dientes pues de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que comienzan casi desde el principio de la vida y progresan con la edad<sup>4,5</sup>.

La enfermedad periodontal puede involucrar solamente la encía, afección que se denomina gingivitis, o puede involucrar estructuras más profundas, incluso hueso y denominarse periodontitis. La gingivitis afecta aproximadamente al 80 % de los niños de edad escolar y más del 70 % de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas<sup>6,7</sup>. Estas afecciones periodontales son la mayor causa de pérdida de los dientes después de los 35 años, a partir de esta edad los dientes se pierden más por dicha afección que por caries dental y en la actualidad constituyen un verdadero problema de salud pública<sup>8</sup>.

Las maloclusiones, junto con las caries y las enfermedades periodontales actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conllevan al acortamiento de la longitud del arco, lo que motiva irregularidades en las posiciones dentarias, acompañada de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estas y predispone a caries y lesiones en el periodonto<sup>4,9</sup>. La prevalencia y gravedad de estas afecciones varía en función de diversos factores como son el sistema de salud existente, la cultura, los hábitos de alimentación, la

economía, el medio ambiente y particularmente de la situación de higiene bucal individual<sup>6,10,11</sup>. En el conocimiento y manejo de estas enfermedades esta la base fundamental para que la población conserve todos sus dientes durante toda su vida de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de su problema y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo énfasis en la higiene bucal, dieta, visitas al estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales<sup>8,12,13</sup>.

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre la higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de dichas enfermedades, lo cual depende de los conocimientos, actitudes y comportamientos aprendidos adecuadamente<sup>14</sup>. Existen múltiples estudios epidemiológicos realizados en el mundo y en el país que muestran la alta prevalencia de caries dental y gingivitis en la niñez y adolescencia, fundamentalmente entre los 5 y 15 años<sup>15-17</sup>.

La educación para la salud bucal debe ser considerada como un pilar donde es sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia por los recursos disponibles y las necesidades existentes. El odontólogo debe desempeñar funciones de educador para motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y evitar la aparición de múltiples enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud<sup>18</sup>.

En la estomatología actual cada vez más preventiva y educativa, es necesario emplear diversas técnicas educativas haciendo uso de la creatividad y una efectiva comunicación bidireccional, teniendo presente que lo más importante es no tratar enfermos sino fomentar la salud de las personas, que los individuos se sientan responsables de su salud y se creen escenarios que promuevan la salud bucodental surgiendo un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo en los niños. Buscar la motivación de ellos mostrando los beneficios, hacerle ver que es posible vivir en salud, convertirlos en actores del Programa Educativo y no solo espectadores, impulsarán al éxito<sup>19</sup>.

En la edad escolar los niños adquieren la base de su comportamiento y conocimientos, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. En este período el niño adopta hábitos higiénicos que pueden durar toda la vida, descubre las potencialidades de su cuerpo y desarrolla habilidades y destrezas para cuidar de su salud y colaborar con la de su familia y comunidad<sup>20</sup>.

En la Clínica Estomatológica Provincial Docente de Sancti Spíritus se ha detectado con cierta frecuencia dificultades en la salud bucal de niños entre 6 y 7 años debido en gran medida al desconocimiento por parte de la población sobre la importancia de la misma, lo que motivó para realizar esta investigación, así como los resultados alcanzados en trabajos realizados anteriormente, con el objetivo de elevar la higiene bucodental a través de la modificación de prácticas inducidas por un incremento en el nivel de conocimientos en los escolares de 1er grado de la Escuela Primaria "Serafín Sánchez Valdivia" del municipio de Sancti Spíritus en el período comprendido entre el 2 de Octubre 2006 al 30 de Abril 2007.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención grupal educativa "Por una temprana sonrisa feliz". El universo y la muestra fueron todos los alumnos de 1er grado de la Escuela Primaria "Serafín Sánchez Valdivia" siendo un total de 60 escolares.

Para llevar a cabo la investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, ya que no constituyen daño ni riesgo a la salud. Se solicitó la autorización correspondiente a la dirección de la escuela, así como a la Dirección Municipal y Provincial de Educación. Este estudio forma parte del proyecto salud bucal de la provincia en niños y adolescentes. Se solicitó a los padres de los estudiantes su aprobación y apoyo a la intervención educativa de la que fueron objeto sus hijos. (Anexo 1)

Las variables fueron: edad, sexo, eficiencia del cepillado bucodental (higiene bucal según índice de Love); frecuencia del cepillado; momentos del cepillado; frecuencia de ingestión de alimentos cariogénico; hábitos, nivel de conocimientos sobre salud bucal de los niños, valoración de la intervención.

### **Planeamiento del estudio**

Por ser un estudio de intervención educativa constó de tres etapas:

1. Diagnóstica
2. Intervención propiamente dicha.
3. Evaluación

Se realizó una reunión inicial con todos los participantes, incluyendo el equipo de trabajo, donde se explicaron las características y la programación general de la intervención.

### **Etapas diagnóstica**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la higiene bucal en niños de 1er grado, en el cual los resultados obtenidos demostraron el grado de afectación que presentaban los mismos, producto al desconocimiento de mantener una adecuada salud bucal.

A la muestra seleccionada se le aplicó una entrevista estructurada de conocimientos y prácticas (Anexo 2), sobre la base de la encuesta que aparece en el Programa Nacional de Atención Estomatológica<sup>21</sup>, se seleccionaron y adaptaron preguntas acorde con el universo, siendo validada por criterios de expertos.

En la entrevista estructurada, se consideró las respuestas emitidas en cada pregunta en correctas e incorrectas, además se le otorgó una calificación a cada opción de respuestas, teniendo en cuenta los percentiles 60, 80, 100 y se creó una escala de calificación.

Pregunta # 1. Respuesta correcta: Enfermedad de los dientes, se otorgó 5 puntos. La pregunta tiene una puntuación de 5 puntos.

Pregunta # 2. Respuesta correcta: Si identificó la opción 4 veces al día, se otorgó 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si identificó las demás opciones, se otorgó 3 puntos a la opción 3 veces al día, las restantes no obtuvieron puntos. La pregunta tiene una puntuación de 5 puntos.

Pregunta # 3. Respuesta correcta: Si identificó la opción después de comida, recibió 4 puntos, la opción ninguna se le concedió 10 puntos.

Respuesta incorrecta: Las opciones restantes:

Una vez al día entre comidas -- 2 puntos

Dos veces al día entre comidas -- 1 punto

Tres veces al día entre comidas -- No recibió puntos

La puntuación de la pregunta fue de 10 puntos.

Pregunta # 4. Respuesta correcta: Si identificó la opción ninguna, recibió 5 puntos. Respuesta incorrecta: Las demás opciones, se resta 1 punto a cada una. La puntuación de la pregunta fue de 5 puntos.

Pregunta # 5. Respuesta correcta: Si identificó la opción de 5-6 años, recibió 5 puntos. Respuesta incorrecta: Las demás opciones, no se le otorgó puntuación. La puntuación de la pregunta fue de 5 puntos.

Además a los niños se determinó la eficiencia en el cepillado bucodental, (que se interpretó como la higiene bucal) a través del Índice de Love, para lo cual se procedió de la siguiente forma:

- Primero, para detectar la placa dento-bacteriana se utilizaron las tabletas de Plac- Dent, se le indicó al niño triturarla con todas las superficies oclusales y con la lengua expandir por todas las superficies dentales y después se le indicó enjuagarse.
- Segundo, con ayuda del espejo se comprueba las caras de los dientes que han sido coloreadas a la sustancia reveladora y se anota en registros el número de estas y el número de dientes presentes ayudado de la luz solar.
- Tercero, se halló el índice a través de la fórmula siguiente:

Índice de Love =  $N^{\circ}$  de superficies teñidas x 100.

Superficies examinadas

La aplicación del instrumento de recogida de la información y la determinación del índice de Love a los niños, fueron realizados por los autores, al inicio y al final de la investigación.

Previo a la aplicación del programa educativo se realizaron dos capacitaciones dirigidas a los maestros de primer grado escolar con el objetivo de elevar sus conocimientos sobre salud bucal e incorporarlos a la ejecución del programa. Los temas abordados fueron: enfermedades bucales más frecuentes, métodos para prevenir la caries dental, cepillado bucodental (forma correcta, frecuencia y momento oportuno).

### **Etapas de intervención**

Se realizó un programa de actividades educativas subdividiéndolos en 10 grupos de forma aleatoria, cada uno estuvo constituido aproximadamente por 6 escolares para garantizar que todos los niños recibieran y participaran en todas las técnicas y/o juegos didácticos diseñados y que recibieran los conocimientos de los temas escogidos que trataron sobre :

Tema 1. La caries dental.

Tema 2. El cepillado bucodental.

Tema 3. Hábitos deformantes.

Las sesiones tuvieron una duración de tres meses.

## **Desarrollo de la intervención**

### **Primera sesión ¿Quiénes somos?**

#### **Objetivos**

1. Conocer el objetivo general del programa.
2. Crear una atmósfera positiva de participación.

#### **Métodos y procedimientos**

Bienvenida al grupo.

Técnica de presentación: Pelota caliente.

La coordinadora dice: esta pelota está caliente, tan caliente que se quema la persona que capture la pelota, tienen que presentarse rápido y lanzarla a otra para no quemarse, el niño que atrapa la pelota debe decir su nombre después lanza la pelota a otro participante y por último se presenta la coordinadora y le explica el objetivo general del programa educativo.

#### **Recursos necesarios**

- Humanos
- Pelota

**Duración:** 45 minutos.

### **Segunda sesión: ¿Qué es la caries dental?**

#### **Objetivos**

1. Definir el concepto de caries dental.
2. Explicar brevemente la importancia de los alimentos azucarados en la formación de la caries dental.
3. Valorar la importancia de la higiene bucal (frecuencia y momento oportuno)

#### **Método y procedimientos**

Se realiza una charla educativa dialogada, utilizando diferentes láminas con dibujos que representan alimentos azucarados, Estreptococos mutans, dientes.

Se emplea un lenguaje sencillo y claro. Para dar cumplimiento al objetivo 1 y 2.

Para el objetivo 3

Se invita a la dramatización del cuento original de la cucarachita Martina, mediante el cual también se motiva la próxima sesión.

### **Cuento: la cucarachita Martina**

Pues, señor, esta era una cucarachita muy trabajadora y limpia, que es llamaba Martina Un día, barriendo en la puerta de su casa se encontró un centavo y pensó:

- ¿Qué me compraré? ¿Qué me compraré? Me compraré caramelos.

¡Ay, no, no, porque se me picarán los dientes! Me compraré galleticas. ¡Ay, no, no, porque se me ensuciará la boca! Ya sé, me compraré un cepillo de dientes.

- Y la cucarachita se compró un cepillo de dientes, se bañó, se lavó la boca y se sentó en la puerta de su casa. Y pasó por allí un torito:
- Cucarachita Martina, que linda estás.
- Como no soy bonita te lo agradezco más.
- ¿Te quieres casar conmigo?
- A ver, enséñame tus dientecitos... ¡Ay, no, no, que tienes tu boca sucia de comer hierba!

Y pasó por allí un perrito

- Cucarachita Martina, que linda estás.
- Como no soy bonita te lo agradezco más.
- ¿Te quieres casar conmigo?
- ¡Ay, no, no, que tienes la carita hinchada y no vas al dentista para que te la curen!.

Y pasó por allí un gatico:

- Cucarachita Martina, que linda estás.
- Como no soy bonita te lo agradezco más.
- ¿Te quieres casar conmigo?
- ¡Ay, no, no, que tienes olor a pescado porque comes y no te cepillas los dientes!

Y pasó por allí un conejito:

- Cucarachita Martina, que linda estás.
- Como no soy bonita te lo agradezco más.
- ¿Te quieres casar conmigo?

¡Ay, no, no, que tienes los dientes grandes y feos y no vas al dentista para que se te pongan bonitos!

Y era muy tarde cuando pasó el ratoncito Pérez:

- Cucarachita Martina, que linda estás.
- Como no soy bonita te lo agradezco más.
- ¿Te quieres casar conmigo?
- A ver, enséñame tus dientecitos.

Y el ratoncito Pérez le enseñó la boquita, la tenía muy limpia y bonita, porque el ratoncito Pérez se lavaba sus dientecitos cuatro veces al día y visita al estomatólogo dos veces al año. Y así, la cucarachita Martina y el ratoncito Pérez se casaron y vivieron muy felices y saludables.

## **Retroalimentación**

1. ¿Qué ocurre si no cepillamos los dientes?
2. ¿Qué ocurre si comemos muchos dulces y con bastante frecuencia?
3. ¿Qué se compró la Cucarachita Martina?
4. ¿Qué es lo que más le importa a la Cucarachita Martina para casarse?

## **Recursos necesarios**

- Humanos.
- Carteles y láminas.
- Plumones.
- Colores.
- Cepillo.
- Pancartas con figuras de animales.

**Duración:** 45 minutos.

## **Tercera sesión “Aprendemos cantando”**

### **Objetivos**

1. Motivar a los niños y las niñas a la realización del cepillado bucodental.
2. Explicar y demostrar la forma correcta del cepillado bucodental.
3. Lograr la realización correcta del cepillado dental en los niños y las niñas.

### **Método y procedimiento**

El objetivo 1 se cumple a través de la interpretación de canciones infantiles adaptadas.

La canción Alánimo, Alánimo.

### **Canción**

Alánimo, Alánimo.

El cepillo va a pasar

Alánimo, Alánimo

Los dientes va a limpiar

Uri, uri, urá

De adelante hacia atrás

De arriba hacia abajo

Limpiecitos quedarán

Alánimo, Alánimo

Sonrisas tu tendrás

Alánimo, Alánimo

Feliz te sentirás.

Para los objetivos 2 y 3, los niños se sientan en semicírculo y la coordinadora explica auxiliándose de diferentes medios de enseñanza, el cepillado bucodental de forma pausada, con lenguaje claro y sencillo para que los niños puedan comprender, posteriormente se le pide a los niños que se sienten en el centro y demuestren el mismo en el type-odont. Seguidamente todos lo practican con su cepillo por lo que la coordinadora se dirige a cada caso para corregir los errores y/o reforzarle la acción si lo realizan correctamente.

### **Recursos necesarios**

-Humanos

-Type-odont

-Carteles

-Cepillo

-Láminas

**Duración:** 45 minutos.

### **Retroalimentación**

- Observación de las técnicas del cepillado buco dental.

Diferentes preguntas

1. ¿Cuántas veces al día hay que cepillarse?
2. ¿En qué momentos durante el día?
3. ¿Si te cepillas los dientes después de comida tienes que hacerlo antes de acostarte?

### **Cuarta sesión: “Jugando reflexionamos”**

#### **Objetivo**

1. Explicar brevemente algunos hábitos perjudiciales.

#### **Método y procedimiento**

Para el cumplimiento del objetivo propuesto se desarrolla el juego de cartas Soldenti. En este juego se representa por pareja los diferentes hábitos como por ejemplo succión digital, onicofagia, chupar tete, tomar leche en pomo, ingestión de caramelos y la solterona es la carta impar, que es una niña fea que no se cepilla y se chupa el dedo. A medida que se casan las parejas se explican a través

de las láminas los perjuicios que pueden ocasionar los hábitos deformantes en los dientes, resaltando los beneficios de no tener el hábito.

### **Recursos necesarios**

-Humanos

-Láminas

**Duración:** 45 minutos.

### **Retroalimentación**

- Convocar a un concurso de dibujo referente a todo lo aprendido en las diferentes sesiones.

### **Quinta sesión: “Ya sé cuidar mi salud bucal”**

#### **Objetivos**

1. Consolidar los conocimientos aprendidos.
2. Valorar la efectividad del programa.

#### **Métodos y procedimientos**

Para el objetivo 1: primeramente la coordinadora recoge los concursos y establece una discusión entre todos de los diferentes dibujos realizados, manifestando que todos han ganado **UNA TEMPRANA SONRISA FELIZ.**

Se invita a interpretar la canción “Un día de paseo”.

Canción

Un día de paseo una boquita

Olvidó de cepillarse sus muelitas

La caries apareció

Y todo feo quedó

Y los pobres dienteitos

Empezaron a llorar

Porque el cepillo no volvió a pasar

En ese momento llamaron al doctor

Quien con mucho amor

El problema resolvió

Tomó el cepillo en la mano

Y los dientes cepilló

Dejó boca sana

Para siempre sonreír yo.

Para el cumplimiento del objetivo # 2 se procede a realizar la entrevista estructurada a cada niño.

### **Recursos necesarios**

- Humanos

- Papel

- Impresora.

**Duración:** 45 minutos.

### **Etapas evaluativa**

Las reuniones y consolidaciones de conocimiento se efectuaron en un período de duración de seis meses, al cabo del cual, en la última reunión de estudio citada al efecto por el grupo se procedió a determinar el índice de Love y aplicar la entrevista estructurada que se utilizó en la etapa diagnóstica evaluándose bajo los mismos criterios, los cambios producidos en este fueron considerados como el efecto o consecuencia de las labores educativas sobre el grupo. Además se determinó la valoración de los estudiantes sobre la intervención.

### **Procedimientos y técnicas para la recolección de la información**

La información se recolectó mediante una entrevista estructurada confeccionada por los autores a tales efectos y validada por consulta a expertos, aplicada al inicio y al final de la intervención. (Anexo 2).

Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa y tablas de contingencia.

Para el análisis de la información y aplicación de las pruebas estadísticas, esta fue introducida en una base de datos automatizada. Para la significación estadística se aplicó la prueba estadística no paramétrica ji cuadrado que es adecuada para el análisis de datos cualitativos.

## **RESULTADOS**

Se observó un predominio de la edad de 6 años representando más de la mitad de la muestra, así como del sexo femenino (Tabla 1).

Tabla # 1. Distribución de los niños según edad y sexo. Escuela primaria “Serafín Sánchez Valdivia”. Sancti Spiritus. 2 Octubre 2006 –30 Abril 2007.

| Edad          | Sexo      |      |          |      |       |      |
|---------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|               | Masculino |      | Femenino |      | Total |      |
|               | No        | %    | No       | %    | No    | %    |
| <b>6 años</b> | 18        | 40,9 | 26       | 59,1 | 44    | 73,3 |
| <b>7 años</b> | 6         | 37,5 | 10       | 62,5 | 16    | 26,7 |
| <b>Total</b>  | 24        | 40,0 | 36       | 60,0 | 60    | 100  |

Antes de la intervención la octava parte de los niños presentaban deficiente higiene bucal, invirtiéndose estos resultados luego de la intervención. (Tabla 2)

Tabla # 2. Distribución de los niños según eficiencia del cepillado antes y después de la intervención.

| Edad          | Eficiencia del cepillado |      |            |      |           |      |            |      |
|---------------|--------------------------|------|------------|------|-----------|------|------------|------|
|               | Antes                    |      |            |      | Después   |      |            |      |
|               | Eficiente                |      | Deficiente |      | Eficiente |      | Deficiente |      |
|               | No                       | %    | No         | %    | No        | %    | No         | %    |
| <b>6 años</b> | 8                        | 18,2 | 36         | 81,8 | 38        | 86,4 | 6          | 13,6 |
| <b>7 años</b> | 4                        | 25,0 | 12         | 75,0 | 11        | 68,8 | 5          | 31,2 |
| <b>Total</b>  | 12                       | 20,0 | 48         | 80,0 | 49        | 81,7 | 11         | 18,3 |

$$X^2=0,34 \quad p=0,359$$

$$X^2=2,43 \quad p=0,119$$

La mayoría de los niños realizan el cepillado entre 2 y 3 veces al día y ninguno lo hacía con la frecuencia correcta. Después de aplicado el programa se logró que la mitad lo hicieran las 4 veces indicadas (Tabla 3).

Tabla # 3. Distribución de los niños según frecuencia del cepillado antes y después de la intervención.

| Frecuencia del cepillado | Antes |      | Después |      |
|--------------------------|-------|------|---------|------|
|                          | No    | %    | No      | %    |
| <b>1 vez</b>             | 9     | 15,0 | 3       | 5,0  |
| <b>2 veces</b>           | 32    | 53,3 | 9       | 15,0 |
| <b>3 veces</b>           | 19    | 31,7 | 18      | 30,0 |
| <b>4 veces</b>           | 0     | 0    | 30      | 50,0 |
| <b>Total</b>             | 60    | 100  | 60      | 100  |

$$X^2=28,45$$

$$p=0,000$$

La tercera parte de las personas de la muestra refirieron como momentos propicios para cepillarse al menos dos de los recogidos en la entrevista. (Tabla 4)

Tabla # 4. Distribución de los niños, momentos del cepillado antes y después de la intervención.

| Momentos del cepillado | Antes |      | Después |      |
|------------------------|-------|------|---------|------|
|                        | No    | %    | No      | %    |
| Después del desayuno   | 25    | 41,7 | 56      | 93,3 |
| Después del almuerzo   | 8     | 13,3 | 42      | 70,0 |
| Después de la comida   | 39    | 65,0 | 58      | 96,7 |
| Antes de acostarte     | 6     | 10,0 | 46      | 76,7 |

$$X^2=18,11$$

$$p=0,000$$

\*Se analiza el número de niños con respecto al total de la muestra para cada ocasión por eso no se calcula el total.

En relación a la frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos antes de la intervención más de la mitad lo hacían dos veces entre las comidas situación que se revierte al ingerirlos después de las mismas existiendo significación estadísticas. (Tabla 5)

Tabla # 5. Distribución de los niños según la frecuencia de ingestión de alimentos cariogénicos antes y después de la intervención.

| Frecuencia de ingestión      | Antes |      | Después |      |
|------------------------------|-------|------|---------|------|
|                              | No    | %    | No      | %    |
| Una vez entre las comidas    | 15    | 25   | 25      | 41,7 |
| Dos veces entre las comidas  | 32    | 53,3 | 12      | 20,0 |
| Tres veces entre las comidas | 18    | 30,0 | 6       | 10,0 |
| Después de las comidas       | 12    | 20,0 | 30      | 50,0 |

$$X^2=68,17$$

$$p=0,000$$

\*Se analiza el número de niños con respecto al total de la muestra para cada ocasión por eso no se calcula el total.

En cuanto a los hábitos de los niños, prevalecieron aquellos que toman leche en pomo seguidos por los que se succionan el dedo. (Tabla 6)

Tabla # 6. Distribución de los niños según hábitos antes y después de la intervención.

| Hábitos         | Antes |      | Después |     |
|-----------------|-------|------|---------|-----|
|                 | No    | %    | No      | %   |
| Onicofagia      | 2     | 3,3  | 1       | 1,7 |
| Succión digital | 6     | 10,0 | 2       | 3,3 |

|                            |   |      |   |     |
|----------------------------|---|------|---|-----|
| <b>Chupar tete</b>         | 3 | 5,0  | 0 | 0   |
| <b>Tomar leche en pomo</b> | 9 | 15,0 | 4 | 6,6 |

\*Se analiza el número de niños con respecto al total de la muestra para cada ocasión por eso no se calcula el total.

El nivel de conocimientos sobre salud bucodental era deficiente antes de la intervención en más de la cuarta parte seguido del regular, luego del programa educativo se obtuvo una modificación del mismo obteniendo que más del sesenta por ciento de los niños alcanzan buenos conocimientos. (Tabla 7).

Tabla # 7. Distribución de los niños según nivel de conocimientos antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Antes |      | Después |      |
|------------------------|-------|------|---------|------|
|                        | No    | %    | No      | %    |
| <b>Bueno</b>           | 10    | 16,7 | 41      | 68,3 |
| <b>Regular</b>         | 21    | 35,0 | 10      | 16,7 |
| <b>Mal</b>             | 29    | 48,3 | 9       | 15,0 |
| <b>Total</b>           | 60    | 100  | 60      | 100  |

$\chi^2=33.27$

$p=0,000$

Tabla # 8. Valoración por parte de los estudiantes de la intervención.

La mayoría de los niños expreso que aprendió cosas nuevas. (Tabla 8).

| Opinión                     | No | %    |
|-----------------------------|----|------|
| <b>Me gustó</b>             | 10 | 16,7 |
| <b>Aprendí cosas nuevas</b> | 38 | 63,3 |
| <b>Me divertí</b>           | 12 | 20,0 |
| <b>Total</b>                | 60 | 100  |

\* No se encontró ningún caso en que los niños opinaran que no le había gustado la intervención.

## DISCUSIÓN

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: respuestas a la exposición de determinados agentes bacterianos, dieta rica en carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otros<sup>22,23</sup>. Por estas razones se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido

a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos, grupos y colectividades<sup>24</sup>. Las actitudes se adquieren durante toda la vida, no se nace con ellas, sin embargo, es de suma importancia que en la niñez y la adolescencia se guíe convenientemente el trabajo de educación para la salud, pues si eres capaz de formar comportamientos positivos al respecto en estas etapas, no tendrás que modificarlos después, lo cual se convierte en un proceso mucho más difícil y complejo<sup>25</sup>.

En este trabajo se encontró un predominio de la edad de 6 años representando más de la mitad de la muestra, así como del sexo femenino, coincidiendo estos resultados con los obtenidos por Tayme en su estudio<sup>26</sup>.

La odontología moderna está orientada a la prevención de las enfermedades más comunes que afectan a la cavidad bucal y desde el punto de vista preventivo, las acciones llevadas a cabo en infantes tendrá un efecto de por vida<sup>27</sup> por lo tanto, la mayoría de los estudios han sugerido la práctica de hábitos de higiene bucal para la preservación de la salud bucal desde los primeros años de vida, tomando en cuenta que la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica del hábito posee gran relevancia.<sup>28-31</sup>.

En la eficiencia del cepillado antes de la intervención se pudo constatar que de los 60 niños examinados, la octava parte presentaban deficiente higiene bucal, invirtiéndose estos resultados luego de la intervención significativamente, lo que coincide con los resultados obtenidos por otro estudio donde se evaluó la modificación de la higiene bucal después de una intervención de este tipo<sup>32,33</sup> se observó al inicio un elevado porcentaje de personas con higiene bucal inadecuada representado por el ochenta y ocho por ciento.

Los autores creen que en su mayoría, el poco conocimiento sobre aspectos de higiene bucal se deba a que en los últimos tiempos ya sea por falta de tiempo o por el reducido personal de estomatología, la labor preventiva ha pasado a un segundo plano, aún estando conscientes de que éste es el aspecto más importante para lograr cambiar actitudes.

La frecuencia del cepillado es fundamental para la prevención de la caries dental, pues la placa dentobacteriana se forma 6h después de realizar esta práctica y si no se efectúa las veces indicadas se corre el riesgo de que el agente causal se organice y se instaure la enfermedad. La efectividad de las técnicas educativas en relación a la importancia de la frecuencia, oportunidad del cepillado bucodental e importancia de las medidas de prevención de las enfermedades bucales fueron planteadas por Tan Suárez<sup>34</sup>, Suárez Estévez<sup>35</sup>, en este estudio se evidenció que la mayoría de los niños realizan el cepillado entre 2 y 3 veces al día y ninguno lo hace con la frecuencia correcta (4 veces), lo que coincide con lo planteado por esos autores. Después de aplicado el programa se logró que la mitad de la muestra lo hiciera las veces indicadas, diferencia esta que resultó estadísticamente significativa similar a lo encontrado en esos estudios donde logró que el ochenta y cinco por ciento de los infantes realizaran el cepillado 4 veces al día.

En términos del momento del cepillado quien asiste al niño durante la práctica de hábitos de higiene bucal indudablemente es la madre quien lo supervisa y ayuda, lo que da a entender que son las más preocupadas en lo que concierne a la salud general del bebé y la salud bucal en particular<sup>36</sup>.

La realización del cepillado antes de acostarse es fundamental, pues en este horario la cavidad bucal permanecerá mucho tiempo sin realizar función lo que puede traducirse, si no se realiza esta práctica oportunamente en un acúmulo de placa dentobacteriana, lo que llevaría a un aumento del riesgo a padecer caries dental. Al analizar los momentos del cepillado se observó que sólo el diez por ciento de los niños se cepillaban antes de acostarse logrando elevar esta cifra a más de la séptima parte de ellos siendo estadísticamente significativa y similar a un estudio realizado en

Jordania que mostró las dificultades de la realización del mismo en este horario<sup>37</sup>. Es importante señalar que la tercera parte de las personas de la muestra refirieron como momentos propicios para cepillarse al menos dos de los recogidos en la entrevista.

Es conocido que la ingestión de alimentos azucarados de acuerdo a la forma, consistencia y frecuencia de consumo guarda una relación directamente proporcional con las caries y periodontopatías debido a que son el sustrato para que los microorganismos actúen sobre la superficie del diente y si estos no son eliminados con un correcto cepillado estarán en la boca el mayor tiempo, contribuyendo a un medio más propenso para la aparición de estas enfermedades, con relación a esto en este estudio se evidenció que antes de la intervención más de la mitad lo hacían dos veces entre las comidas situación que se revierte al ingerirlos después de las mismas existiendo significación estadísticas. Ferrer Mustelier<sup>38</sup>, en su intervención educativa dedicó gran parte de su tiempo a los consejos dietéticos en relación con el azúcar para preservar la salud bucal logrando que el setenta y nueve por ciento de los niños lo ingirieran una vez entre las comidas.

Los malos hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral pueden alterar el normal desarrollo facial, produciendo deformaciones dentoalveolares, estos hábitos se presentan en edad temprana y pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente, si estos no son atendidos debidamente se pueden presentar en la adolescencia o en la edad adulta, síntomas de problemas orgánicos algunos de ellos de repercusión psicológica. Los hábitos son la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente, considerados como un factor etiológico en el desarrollo de maloclusiones; sin embargo, no se debe formular la conclusión de que todos los hábitos son perjudiciales<sup>39</sup>. Varios autores<sup>40,41</sup> señalan que la edad de 3 a 4 años es donde más prevalecen los hábitos deformantes.

En la muestra estudiada se pudo constatar que existía un grupo de niños con diferentes tipos de hábitos prevaleciendo aquellos que toman leche en biberón seguidos por los que se succionan el dedo, similar a la investigación de Suárez y Bidopia<sup>42</sup>, lo que difiere de Cortes<sup>39</sup> debido a que en su estudio predominaron los infantes que se succionaban el labio y los respiradores bucal.

Al realizar un análisis del nivel de conocimientos sobre salud bucodental según grupos de edad se puede apreciar que era deficiente antes de la intervención en más de la cuarta parte seguido del regular, luego de las enseñanzas y recomendaciones para mejorarlos mediante el programa educativo se obtuvo una modificación del mismo obteniendo que más del sesenta por ciento de los niños alcanzan buenos conocimientos al respecto demostrando un aumento significativo similares resultados a los obtenidos en el Programa Educativo aplicado por Yépez<sup>43</sup> y Diéguez<sup>44</sup> haciendo uso de la actividad lúdica obtuvieron modificación de los conocimientos y prácticas de manera favorable.

El personal docente de escuelas e instituciones infantiles debe estar familiarizado y dotado de conocimientos sobre salud bucal que le facilite impartir educación sanitaria a los niños, además esto propiciaría su participación en la creación y aplicación de medios didácticos encaminados a promover la salud y prevenir las enfermedades bucales.

Teniendo en cuenta la valoración cualitativa de los estudiantes en relación a la intervención, el mayor porcentaje aprendió cosas nuevas que era el principal objetivo y no se encontró que ningún niño manifestara no haberle gustado el programa.

## **CONCLUSIONES**

El grupo etáreo predominante fue el de 6 años siendo el sexo femenino el más representado. El nivel de conocimientos y prácticas de los niños en relación a la salud bucal aumentó después de

la intervención. La valoración de los estudiantes en relación a la intervención fue favorable, pues el mayor porcentaje manifestó haber aprendido cosas nuevas. Con la aplicación de la intervención se logró elevar la higiene bucodental a través de la modificación de prácticas inducidas por un incremento en el nivel de conocimientos en los escolares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral de la Población. La Habana: Minsap;2002.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Indicadores de Salud Bucal del 2001 La Habana: Minsap;2002.
3. Rodríguez Calzadilla A, Duque de Estrada RJ. Factores de riesgo en predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomat. 2002;39(2):111-9.
4. Gillespie GM, Gómez A. Aportes al proceso de desarrollo de la Odontología en América Latina .Estados Unidos: OPS/ OMS;2004.
5. Llanes Llanes E, Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Álvarez Pérez MC, et al. Guías Práctica Clínica de Enfermedades Gingivales y Periodontales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.195-222.
6. Carranza FA. Compendio de Parodoncia. 5ta ed. Madrid. Buenos Aires : Panamericana; 1996
7. Proenza CO, Ortuela IZ, Calzadilla RA. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Rev Cubana Estomatol. 2002,39(3).
8. Vega MY. El equipo básico de salud escolar y su participación en Programa de Prevención de maloclusiones en el distrito sanitario 4, Secretaría de salud de la alcaldía Metropolitana de Caracas, 1999. Acta odont Venezuela. 2003 Abr;4(1):9-11.
9. Garrido Adreu MI, Sardiñas Alayon S, Gisper Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuente Balido, et al .Guías Prácticas Clínicas de caries dental. En: Guías Prácticas Clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2003.p.23-36.
10. Alfonso BN, Martínez NT. Salud Bucal de la población .Policlínico Plaza de la revolución y héroes del 1999-2001Rev Cubana Estomatol. 2004;41(1).
11. Sosa RM, Salas AMR. Promoción de salud bucal y prevención de enfermedades. En: Colectivo de autores .Guías prácticas de de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2003p.493-9.
12. Murguuerza HV, López JM. Encuesta sobre hábitos dietéticos, en particular hidratos de carbono. Arch Pediatr Urug. 2001;72(4),266-9.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral en la población. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
14. Ordaz Hndez E, Ordaz Hndez N, Rdguez Morffi L, García Cardoso L. Estado de Salud Bucal de la escuela Merencure. Municipio Cedeño. Estado Monagas. [CD ROM]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología;2005.
15. Gispert Abreu E, Herrera Nordent M, Felipe Lazo I, Ramos Cardoso L, Díaz Váldez JL. Factores de riesgo de la afectación anual por caries dental en niños de 6-14 años, municipio Habana Vieja. 2000-2002. [CD ROM]. La Habana:Congreso Internacional de Estomatología;2005.
16. Isla Zarazua R, Rosa Santillana R, Pontigo Loyola AP, Heredia Ponce, Antón de la Concha JL, Borges Yáñez A. Caries dental, nivel de higiene oral en escolares de 5-12 años residentes de las 4 principales localidades de San Agustín, Thaxiaca. Hidalgo. México. [CD ROM]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología;2005.
17. Morgado Marrero DE, Hernández Quiñones S, Díaz Pacheco G. El ABC para un buen promotor de salud. La Habana: Minsap;2004.

18. Manttila ML, Rautava P, Paunio p, Ojanlatva UN, Hyssala L, Helenius H, Sillanpa AM. The quality of the healthcare dental of children that uses several measures of the result. *Acta Odontol Scand.* 2003 Mar; 60(2):113-6.
19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud; entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington: OPS/ OMS;1998.
20. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral en la población. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
21. Delgado Méndez, Rodríguez Calzadilla A, Rosales Sosa M, Felipe Alonso A. Estado de Salud de la población cubana,1995. *Revista Cubana de Estomat.* 1999;37:(3):217-219.
22. Regina Sinkoc C. Educacao en Salud Bucal e a motivacao do paciente. *Rev Odontol Univers Santo Amaro.* 2001;6(12):40-3.
23. Ruiz Fera N, González Heredia E, Soverat Zaldivar M, Amaró Guerra. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal Ecuador en Enseñanza Primaria. *Medisan.* 2004;8(3).
24. Tayme Suárez N, Alonso Montes de Oca C, Tan Suárez N. Educación Comunitaria en salud bucal para niños. Clínica Estomatológica Provincial Docente. Camagüey. *Rev Hum Med.* 2003 May-ago;3(2).
25. López MI. Programa de Educación para la Salud el Departamento de Odontopediatría de la UNAM, México.Convención Internacional de SP 2002. La Habana: Palacio de las Convenciones;2002.
26. Pinkham, JR. Odontología Pediátrica. México: Editorial Mc Graw Hill;2001.
27. Karjalainen S1, Eriksson AL, Ruokola M, Toivonen A. Caries development after substitution of supervised fluoride rinses and toothbrushings by unsupervised use of fluoride toothpaste. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 Dec;22(6):421-4.
28. Unkel J, Fenton SJ, Hobbs G, Frere C. Tooth brushing ability related to age. *ASDC J Dent Child.* 1995 Sep-Oct;62(5):346-8.
29. Franzman MR, Levy SM, Warren JJ, Broffitt B. Tooth brushing and dentifrice use among children ages 6 to 60 months. *Pediatr Dent.* 2004 Jan-Feb;26(1):87-92.
30. Duque Estrada RJ, Rodríguez Calzadilla A, Countin MG, Riverón HF. Factores de riesgo asociados con la Enfermedad de Caries Dental en niños. *Rev Cubana Estomatol* 2003; 40(2).
31. Isla Zanazua R, Santillana R, Pontigo Loyola AP, Heredia Ponce, Antón de la Concha JL, Borges Yanes A. Caries dental, nivel de higiene oral en escolares de 5- 12 años residentes de las 4 principales localidades de San Agustín, Thaxiaca . Hidalgo. México. [ CD ROM ].La Habana: Congreso de Estomatología;2005.
32. Rojab LD, Peterson PE, Bakacen G, Hamdan MA.Oral health behaviour of school children and parents in jordan. *Int j Piadiatr Dent* 2004;(3): 68- 6.
33. Cortes segura b, hurtado jacinto y l, lira murillo s, nuño martínez w. Presencia de malos hábitos en niños de 5 a 14 años de edad. [Tesis diplomado de ortopedia maxilar]. Facultad de estudios superiores;2008.
34. Yamaguchi H, Sueishi K. Malocclusion associated with abnormal posture. *Bull To Kyo Dent Coll.* 2003; 44 (2):43-54.
35. Lyle KC. Airway compromise and dentofacial abnormalities. *J Gen Orthod.* 2000;11(4):9-18.
36. Suárez Portelles A, Bidopia Ríos D. Cura sugestiva nocturna y auriculopuntura en el tratamiento de hábitos bucales deformantes. *Correo Científico Médico de Holguín.* 1998;2(4).
37. Yépez Zambrano MA. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. Bogotá: proyectoclub de la sonrisa feliz;2003.
38. Diéguez Valencia E, et al. Educación dental infantil. Guía para profesionales de educación y de salud. 2 ed. Junta de Andalucía, Sevilla. Sevilla: Juntadeandalucia;2004.

---

## ANEXOS

### Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que mi hijo (a) participe en la intervención educativa para elevar los conocimientos sobre salud bucodental que se desarrollará en la escuela pudiendo salir de la misma en el momento que yo lo decida.

---

Firma de la madre o tutor

## ANEXO 2

### Entrevista estructurada de conocimientos y prácticas

Edad ----- Sexo: F----- M -----

1. ¿Qué es la caries dental?

----- Un huequito

----- Un bichito

----- Una enfermedad de los dientes

2. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?

----- 1 vez

----- 2 veces

----- 3 veces

----- 4 veces

3. ¿Cuántas veces al día comes alimentos cariogénicos?

----- 1 vez entre comidas

----- 2 veces entre comidas

----- 3 veces entre comidas

----- Después de las comidas

----- Ninguna

4. ¿Te comes las uñas?                      Sí -----                      No -----

¿Te chupas el dedo?                      Sí -----                      No -----

¿Chupas tete?                                      Sí -----                      No -----

¿Tomas leche en pomo?                      Sí -----                      No -----

5. ¿Cuándo sale tu primera muelita permanente?

---- 5-6 años                      ---- No sabe

---- 6-7 años

---- 7-8 años

### **ANEXO 3**

#### **Encuesta de conocimientos dirigida a los maestros**

Edad -----    Sexo: F-----    M-----

1. ¿Para qué considera que los dientes son importantes?

1.1 ----- Para masticar    1.2----- Para la estética    1.3-----Para hablar

1.4 -----Para poder relacionarse con los demás    1.5-----No sé

1.6 -----Otra respuesta

2. ¿Cuáles son las enfermedades de los dientes que tú conoces?

2.1 -----Caries                      2.2 ---- Enfermedades de las encías

2.3 ---- Mal posición de los dientes    2.4-----No sabe

3. ¿Cómo llegas a saber que tienes caries en los dientes?

3.1----Por visitar al estomatólogo    3.2----- Dolor

3.3----- Mal olor en la boca                      3.4----- Mal sabor

3.5----- Porque tú mismo te la ves      3.6----- Otra respuesta

3.7----- No sabe

4. ¿Qué tipo de dentición tienes en este momento?

4.1 -----Temporal o de leche    4.2-----Permanente

4.3 ----- Mixta (unión de las dos denticiones en la boca)

4.4 ----- No sabe    4.5-----Otra respuesta

5. ¿Cuántos dientes tiene la dentición temporal o de leche?

5.1 ----- 20 dientes    5.2 -----24 dientes    5.3 ----- 28 dientes

5.4 ----- No sabe

6. ¿A qué edad te salió la primera muela permanente?

6.1 ----- A los 5 años    6.2 ----- A los 6 años    6.3 ----- A los 7 años

6.4 ----- A los 8 años    6.5 ----- No le ha salido    6.6 ----- No sabe

7. ¿En qué lugar de la boca aparece este molar?

7.1 ----- Sustituyendo una muelita de leche

7.2 ----- Después de la última muelita de leche

8. ¿Por qué es importante una muela permanente? (Marque con una X la o las respuestas correctas)

8.1 ----- Contribuye a ubicar los demás dientes en la boca

8.2 ----- Evita mal posición dentaria

8.3 ----- No tiene importancia ese molar en a boca

8.4 ----- No sabe

9. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes?

9.1 ----- Al levantarse      9.2 ----- Después del desayuno

9.3 ----- Después del almuerzo    9.4 ----- Después de la comida

9.5 ----- Al acostarse      9.6 ----- Otra respuesta ¿Cuándo?

9.7 ----- No sabe

10. ¿Qué conoce sobre la influencia de las golosinas y dulces sobre los dientes?

10.1 ----- Favorecen la formación de caries

10.2 ----- Son buenas

10.3 ----- No tienen ninguna influencia

10.4 ----- Otra respuesta

10.5 ----- No sabe