

Análisis de la eficacia de dos técnicas educativas en salud bucodental, dirigidas a los padres o encargados de niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica, 2014.

Analysis of the effectiveness of two educational techniques in oral health, aimed at parents or guardians of children attending the Dental Clinic of the Universidad Latina de Costa Rica, 2014.

*Pamela Sánchez Monge. Universidad Latina. Costa Rica, pameemi02@hotmail.com
Joseph Ulate Jiménez. Universidad Latina. Universidad de Costa Rica, julatej@gmail.com*

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar la eficacia de dos técnicas educativas en salud oral dirigidas a los padres o encargados de niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Latina. Los resultados determinaron que con la técnica demostrativa hubo una mejor comprensión y se obtuvo una mejoría en la higiene bucodental de los niños en los que se aplicó a los encargados la técnica demostrativa.

PALABRAS CLAVE

Higiene oral, biofilme dental, educación en salud.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the effectiveness of two educational techniques to the parents or guardians of children attending the Clinic of Dentistry, Universidad Latina. The results determined that the demonstration was a better technical understanding (comprehension) and an improvement in oral hygiene of children in which was applied demonstrative technique.

KEYWORDS

Oral hygiene, dental biofilm, health education.

Recibido: 4 febrero, 2015

Aceptado para publicar: 5 junio, 2015

Sánchez. P. & Ulate, J. (2015). Análisis de la eficacia de dos técnicas educativas en salud bucodental, dirigidas a los padres o encargados de niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica, 2014. *Odontología Vital*, 2(23), 49-53. <https://doi.org/10.59334/ROV.v2i23.272>

INTRODUCCIÓN

En una investigación sobre técnicas en educación en una comunidad rural mejicana, se desarrolló un programa cuyo objetivo consistió en que las personas seleccionadas para el estudio conocieran, dominaran y erradicaran los principales problemas de salud bucal que la afectaban, se concluyó que es importante la transferencia tecnológica y la desmonopolización del conocimiento; además enfatizaron que la implementación de cualquier tipo de programas preventivos debe estar en relación con el contexto cultural de la población, la idiosincrasia del paciente y finalmente, que el proceso de educación es un fuerte recurso para lograr cambios positivos en el perfil de la salud bucal, y además se encontró una significancia estadística. (Yashine A, 1984).

En Israel en una investigación donde se comparó la eficiencia de cuatro programas educativos en niños de edad pre-escolar, estos programas se diferenciaban en los materiales de salud de cada grupo de pequeños. Además se realizó un estudio en 32 jardines de infantes, al comparar la eficacia de 4 abordajes educacionales en salud oral, y se encontró que aunque los resultados no demostraron diferencias significativas entre los 4 métodos educacionales, el cepillado dental de los niños mejoró notoriamente, así como los hábitos alimentarios y la concurrencia al odontólogo. (Schinder y col, 1992).

Asimismo, en el año 2006, Álvarez y col. analizaron la integración del componente educativo-recreativo-asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en los niños de preescolar. El estado de salud-enfermedad bucal se determinó en 32 menores al evaluar la caries inicial y manifiesta o índices de placa y

gingival. Se conocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente se diseñaron y aplicaron actividades para lograr la resignificación de los conceptos, con el fin de obtener conductas observables en padres y niños, al emplear actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. Se concluyó que el estado de salud bucal de los pequeños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relacionó directamente con las acciones mediadoras implementadas, el compromiso asumido por los padres y docentes (Álvarez y col. 2006).

La presente investigación trata de medir el impacto que produce la cita de prevención realizada a los padres o encargados de los niños de una edad entre 4 a 10 años, los cuales asisten a consulta en la Clínica de la Universidad Latina de Costa Rica, esto con el fin de educar tanto al acompañante como al menor para mejorar la higiene y la salud oral. Con esto se puede corroborar que el aprovechamiento de la cita de prevención se esté llevando a cabo adecuadamente y con ello se va a valorar cuál técnica educativa es más eficaz, ya que se evaluará el impacto al medir si disminuye la cantidad o porcentaje del biofilme dental en boca de los niños. Esto con el fin de informar y lograr un buen entendimiento, además de crear conciencia en la importancia de mantener una buena higiene, conservar los dientes temporales y permanentes de los niños, pues en muchos casos se ha visto un retroceso en la salud bucodental de los pequeños, ya que sus padres o encargados no dan la importancia necesaria a la salud oral, en muchos casos por falta de educación en el tema.

MÉTODO

La presente investigación se efectuó a partir de una muestra 40 personas; esta comprende a los padres

o encargados y los niños. La información se recolectó mediante el uso de fichas (contiene 2 índices de Green- Vermillon) para la observación cuantitativa; además por el uso de un cuestionario que posee 5 preguntas abiertas y 17 preguntas cerradas, el cual fue respondido con el conocimiento adquirido en la cita preventiva.

La metodología de la investigación consistió en analizar una primera cita (diagnóstica), el Índice de biofilme dental (índice de Green-Vermillon) de los niños, posteriormente se dividió en dos grupos (A y B) la población de los padres o encargados de los menores, donde al grupo A se le aplicó una técnica educativa informativa y al B una técnica educativa demostrativa. Al transcurrir al menos una semana de la capacitación se revalora el índice de biofilme dental de los niños de ambos grupos para corroborar cuál técnica es más eficaz. Igualmente se les aplicó en la segunda cita un cuestionario a los padres o encargados para analizar el entendimiento que tuvieron los adultos con las charlas educativas realizadas previamente.

En estas técnicas se utilizaron diferentes materiales de tipo educativo, recreativo o didáctico; esto con el fin de lograr un buen entendimiento y crear conciencia sobre la importancia de una buena higiene bucodental y la importancia de conservar los dientes temporales y permanentes. En la técnica informativa se impartió la información de manera oral y además se usó un tríptico con información sobre cómo tener una buena higiene bucodental y hábitos de alimentación saludable; en la técnica descriptiva se utilizó el dentoformo y cepillo dental para educar a los padres o encargados de los niños sobre cómo realizar en ellos una correcta higiene bucodental.

RESULTADOS

La muestra probabilística estuvo conformada por un total de 80 niños y la misma cantidad de padres o encargados; cada grupo estudiado (A y B) estuvo compuesto por 40 sujetos de estudio.

La edad de los menores en la investigación varió de los 4 a los 10 años, ya que en la Clínica Odontológica de la Universidad Latina ese es el rango de edades para poder ser atendido en la Cátedra de Odontopediatría. En el cuadro 1 se observa la distribución de edades y la cantidad de pacientes estudiados.

En el cuadro 2 se observa la distribución de frecuencias absolutas y relativas según la higiene oral al inicio del estudio, donde se obtiene que la higiene buco dental es deficiente tanto en el grupo A como en el B, en el 90% de los niños.

Después de aplicar ambas técnicas educativas, se realiza nuevamente el índice de biofilme dental para analizar si el estado de la higiene oral del niño varió con respecto a la primera medición. En el gráfico 1, se puede observar una mejoría en la higiene oral que presentan los niños, en la técnica informativa un 52,5% de la muestra presentó buena higiene oral, un 42,5% mostró una higiene deficiente. El grupo al que se le aplicó la técnica demostrativa el 62,5% presentó una buena higiene oral, y el restante 32,5% con higiene oral deficiente.

Al obtener el cálculo del promedio de las variables del estudio, los valores más importantes por resaltar es la disminución en el porcentaje de biofilme dental del inicio del estudio hasta su final; en la técnica informativa se obtuvo una disminución del 31,45%, mientras que en la demostrativa se obtuvo en promedio una disminución del

Cuadro 1
Distribución de frecuencias absolutas y relativas según la edad del niño y técnica utilizada. Universidad Latina, 2014.

Edad	Informativas		Demostrativa	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
4	2	5,0	1	
5	5	12,5	3	7,5
6	4	10,0	8	20,0
7	10	25,0	5	12,5
8	8	20,0	13	32,5
9	8	20,0	5	12,5
10	3	7,5	5	12,5
Total	40	100	40	100

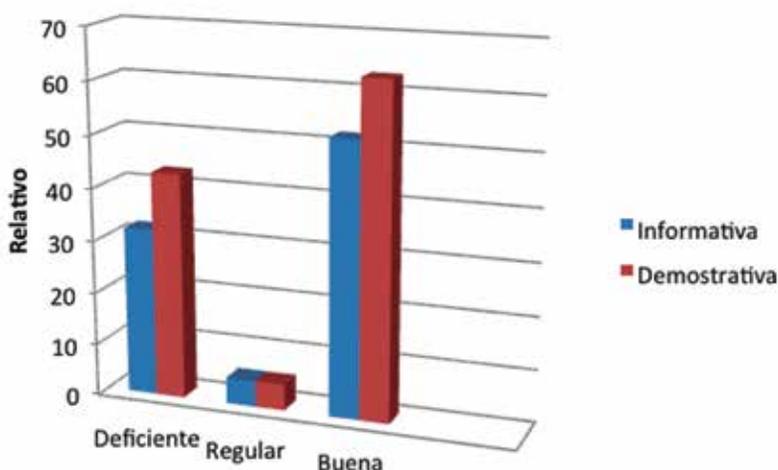
Fuente: Ficha de índice de control de placa

Cuadro 2
Distribución de frecuencias absolutas y relativas según la higiene oral al inicio y técnica utilizada. Universidad Latina, 2014.

Higiene Oral	Informativas		Demostrativa	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Deficiente	36	90,0	36	90,0
Regular	4	10,0	4	10,0
Buena	0	0,0	0	0,0
Total	40	100	40	100

Fuente: Ficha de índice de control de placa

Gráfico 1
Distribución de frecuencias absolutas y relativas según la higiene oral al final y técnica utilizada. Universidad Latina, 2014.



Fuente: Ficha de índice de control de placa

43,93% en el índice de biofilme dental hacia el final del estudio.

DISCUSIÓN

Los programas de salud bucodental son importantes para disminuir la incidencia y prevalencia de problemas orales que pueden presentarse tanto en los individuos como en las poblaciones en general, desde el punto de vista de la salud pública los programas educativos han mostrado su eficacia en el control de estos problemas, el aplicar diferentes técnicas educacionales a los diferentes tipos de población implica una mejor transferencia del conocimiento para que sean los mismos individuos los responsables de su propia salud, empoderar a los individuos y a las poblaciones en cuanto a el autocuidado, debe ser una meta de los profesionales en salud oral ya

que esto traerá como consecuencia una disminución en los problemas bucales. Según se logró demostrar en la presente investigación las técnicas demostrativas tienen mayor relevancia en la educación que las técnicas informativas, esto sin quitar mérito a estas últimas, por lo que se insta a que se utilicen las demostraciones a los individuos, ya que con ello se mejora la interiorización del conocimiento y la puesta en práctica de las técnicas de higiene oral, que es uno de los objetivos de la educación al paciente.

CONCLUSIONES

Después de la aplicación de las dos técnicas educativas se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en los índices de higiene bucodental de los niños, esto coincidiendo así con investigaciones

previas donde existe una disminución en estos índices después de aplicar las diferentes técnicas de educación.

En esta investigación la higiene oral evaluada después de la aplicación de las técnicas educativas mejoró; donde en el grupo A (técnica informativa) un 52,5% de los niños presentan una buena higiene oral y en el grupo B (técnica demostrativa) un 62,5% de los menores tienen buena higiene bucodental; estadísticamente esto es un cambio muy significativo. Se observó que la técnica demostrativa, tuvo una reducción de la placa bacteriana en boca en comparación con la informativa; con un 43,93% de mejoría en la higiene bucodental de los pequeños. Por lo tanto, la técnica educativa que presentó mayor eficacia fue la técnica demostrativa. ■■■

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C., Navas, R., Rojas, T. (2006). *Componente educativo–recreativo–asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Revista Cubana Estomatología. 43 (2).*

Carranza, F. (2004). *Periodontología clínica de Glickman. México, Ed. Interamericana S.A., 7ma. Ed. 1993: 739-741; 744-755.*

Díaz, L., Ferrer, S., García, R., Duarte, A., (2001). *Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto sueño. Revista Medisan 5(2):4-7*

Irigoyen, M., Luengas, I., Yashine, A., (1984). *La caries dental en escolares experimentan mexicanos de las comunidades rurales y urbanas. Int Dent Journal. 50: (4) 1-5.*

Miller, G. (1974). *Estrategias educativas para los profesionales de la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.*

Schinder, E. Rosemberg, M. Zangwill, L. (1992). *Ensayo educacional de modificación de los hábitos dentales en niños de edad pre-escolar. Revista Asociación Odontológica Argentina. 80 (4).*

Serrano, J. (2005). *La placa como biofilm ¿Cómo eliminarla? Revista Scielo.10(4).*
<https://doi.org/10.4321/S1138-123X2005000400005>

Viteri, R. (1988). *Repercusión de un Método de Educación para la Salud Oral aplicable en Centros Educativos Primarios en Zonas Rurales de Sierra sobre las Condiciones Clínicas Periodontales. Lima-Perú.*

Zeron, A. (2006). *Biofilm Microbiano, Nuevas perspectiva en el control de placa bacteriana. Revista. Odontología Actual • Año IV. No. 43*



Derechos de Autor © 2015 Pamela Sánchez Monge y Joseph Ulate Jiménez. Esta obra se encuentra protegida por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)