

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**ESTRATEGIA AUDIOVISUAL PARA REFORZAR ENSEÑANZA
DE AUTOCUIDADO BUCAL EN CLÍNICA DEL NIÑO I
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS**

Mayra Alejandra Useda Useda, Astrid Milena Becerra Becerra

Trabajo de grado para optar el título de odontólogos

Director
Carmen Alodia Martínez López

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2015

Dedicatoria

A Dios por haberme dado inteligencia, paciencia y ser guía en mi vida y a mis padres que siempre han estado ahí, brindándome su apoyo incondicional durante mi formación profesional, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí quienes han destinado su tiempo para enseñarme cosas nuevas.

Astrid Milena Becerra

A Dios por la alegría, tranquilidad y serenidad que me dio en cada momento de esta etapa de mi vida. A mis padres, todos los días agradezco a Dios por haberme colocado entre ustedes, la fortuna más grande es tenerlos conmigo, a mi esposo e hijo por su amor y cariño y ser mi motivación constante.

Mayra Alejandra Useda

Agradecimientos

Agradezco a Dios porque bajo su Bendición nos permitió presentar ante ustedes este Trabajo de Grado, a mis padres quienes depositaron su confianza y me brindaron el respaldo que requerí durante mi proceso, a mi directora la doctora Carmen Alodia López Martínez por su coordinación, asesoría en el proyecto y tiempo dedicado para lograr los objetivos propuestos.

Astrid Milena Becerra

Agradezco a Dios y a mis padres. A Dios por ser el forjador de mi camino y por darme fuerza para vencer todos los obstáculos que se me presentaron durante mi proceso como profesional y a mis padres, por apoyarme porque han velado por mi bienestar y educación en todo momento, por su amor y sacrificio. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. A la doctora Carmen Alodia López Martínez por su coordinación y dedicación en este proyecto.

Mayra Alejandra Useda

RESUMEN

OBJETIVO: Aplicar una estrategia audiovisual, para reforzar conocimientos sobre autocuidado en salud bucal para niños entre los 4 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

METODOLOGÍA: Estudio cuasi-experimental de antes y después, sin grupo control. De un universo de 213 niños que asistieron a la Clínica Integral del Niño I, en el segundo periodo de 2014. El tamaño de la muestra fue de 30 niños, que asistieron a la Clínica Integral del Niño I en el primer periodo de 2015. Para la obtención de los datos se utilizó un instrumento tipo encuesta en modo entrevista con el propósito de obtener información de los conocimientos que los niños tenían antes y después de ver el material educativo. Para la encuesta se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar las preguntas, la comprensión y la adecuación de las respuestas. Para los resultados se utilizó el coeficiente estadístico χ^2 para el análisis bivariado procesado en la base de datos SPSS 21.

RESULTADOS: Para promocionar el autocuidado de la salud bucal, en niños entre los 4 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica Integral del Niño I en la Universidad Santo Tomás, se diseñó y aplicó un video educativo. La muestra estuvo conformada por 30 niños entre los 4 a 8 años de edad. La edad de mayor prevalencia estuvo entre los 7 y 8 años (30%) cada uno. Los conocimientos que tenían los niños respecto a la higiene oral antes de ver el video eran: buenos, (14 niños), Regulares, (13 niños), malos, (3 niños). Se procedió a los 8 días después de la aplicación del video, a realizar la segunda entrevista a los niños de manera individual, Los conocimientos después de visto el video resultaron ser: Buenos, (24 niños), regulares, (4 niños), malos, (2 niños). En definitiva 24 niños reforzaron su nivel de conocimiento.

CONCLUSIÓN: La evaluación del material audiovisual incidió positivamente en los conocimientos de los niños encuestados antes y después de la socialización del video, porque definió y explicó los conceptos básicos de una buena higiene bucal. El diseño de programas de promoción y prevención en salud bucal enfocados a la población infantil con metodologías apropiadas, es una buena alternativa para mejorar los conocimientos y la salud bucal de la comunidad infantil.

Palabras clave: Promoción, prevención, salud bucal, video animado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Apply an audiovisual strategy to strengthen knowledge on oral health self-care for the children being 4-8 years old, who attend childhood clinic I in Santo Tomas University.

METHODS: A quasy-experimental approach before and after the audiovisual exposition. Without group of control. A universe of 213 children attending the pediatric clinic in the second period of 2014, was calculated the sample size of 30 children that attended the pediatric clinic I in the period of 2015. The selection of this sample was possible thanks to the calculation realized in the program EPI-INFO version 3.2.2 of 2004 in the subprogram "Stata. One survey instrument was used for data collection in mode of interview to get the data of the knowledge that children had before and after watching the instructional video. To validate a survey format was realized a pilot test in order to assess the questions, understanding and adequacy of responses. For results was used the Chi2 statistical coefficient for bivariate analysis processed with database in SPSS 21.

RESULTS: The knowledge children had about oral hygiene before watching the video was: good, (14 children), Regular, (13 children), bad, (3 children). The knowledge of children after seen the video, seemed to be: Good, (24 children), regular, (4 children), bad, (2 children). Definitely 24 children of the sample size changed their level of knowledge.

CONCLUSION: The evaluation of the audiovisual material impacted positively on the knowledge of the children surveyed before and after the video socialization because defined and explained the basic concepts of a good oral hygiene. The design of programs to promote oral health and prevention focused at children population with appropriate methodologies is a good alternative to improve the knowledge and the oral health of children.

KEYWORDS: Promotion, prevention, oral health, animated video

TABLA DE CONTENIDO

Resumen

<u>I.INTRODUCCIÓN</u>	13
<u>I.B. Justificación</u>	14
<u>I.C. Objetivos</u>	15
<u>I.C.1. Objetivo general</u>	15
<u>I.C.2. Objetivos específicos</u>	15
<u>II.MARCO TEÓRICO</u>	16
<u>II.A. Marco referencial</u>	16
<u>II.A.1. Marco Histórico</u>	16
<u>II.A.2. Marco de antecedentes</u>	17
<u>II.A.3. Marco conceptual</u>	18
<u>II.A.4. Marco Legal</u>	23
<u>III. MÉTODO</u>	26
<u>III.A. Selección y Descripción de Participantes</u>	26
<u>III.A.1. Tipo de estudio</u>	26
<u>III.A.2. Población</u>	26
<u>III.A.3. Tipo de muestreo</u>	26
<u>III.A.4. Muestra</u>	26
<u>III.A.5. Criterios de selección</u>	27
<u>III.B. Estadística y tratamiento de datos</u>	27
<u>III.B.1. Variables para el análisis del problema de investigación</u>	27
<u>III.B.2 Plan de análisis estadístico</u>	30
<u>III.C. Información técnica</u>	30
<u>III.C.1. Instrumentos para la recolección de datos</u>	30
<u>III.C.2. Procedimiento de investigación</u>	31
<u>III.D. Implicaciones bioéticas</u>	32
<u>III.D.1. Principio de no maleficencia</u>	33
<u>III.D.2. Principio de justicia</u>	33

<u>III.D.3. Principio de beneficencia</u>	33
<u>III.D.4. Principio de autonomía</u>	33
<u>III.D.5. Principio de confidencialidad</u>	33
<u>III.D.6. Principio de reciprocidad</u>	33
<u>IV. RESULTADOS</u>	34
<u>V. DISCUSIÓN</u>	41
<u>V.A. Conclusiones</u>	44
<u>V.B. Recomendaciones</u>	45
<u>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	46
<u>Apéndice</u>	50

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Definición de variables.....	29
---------------------------------------	----

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de los niños entre los 4 y 8 años de edad que asistieron a la Clínica Integral del Niño I en la Universidad Santo Tomás34

Cuadro 2. Conocimientos básicos relacionados con autocuidado de la salud bucal, que tienen los niños que asistían a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás, antes y después de la aplicación de un video de promoción en salud.....35

Cuadro 3. Conocimientos de los niños acerca mala higiene y su relación con caries y mal aliento... Antes y después de la aplicación de un video de promoción en salud Antes y después se la aplicación del video de promoción en salud bucal.....36

Cuadro 4. Apreciaciones generales de los niños sobre el video promocional.....39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pantallazo de los cálculos realizados.....	28
--	----

LISTA DE APÉNDICE

Apéndice A. Operacionalización de variables.....	50
Apéndice B Encuesta antes de visto el video	46
Apéndice C Encuesta después de visto el video	50
Apéndice D Plan de análisis.....	53
Apéndice E Consentimiento informado.....	57
Apéndice F Guión.....	61
Apéndice G Prueba Piloto.....	63

I. INTRODUCCIÓN

I.A. Planteamiento del problema.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucodentales como la caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y faríngeo, son un problema que afecta con mayor frecuencia a los países en vías de desarrollo, en especial las comunidades más pobres (1).

En Colombia, cifras entregadas por la Dirección de Salud Pública, indican que el estado de higiene bucal de los colombianos 88,4 % es deficiente, muy pocos 7,7% realizan de forma regular la higiene y solo el 2,9 % tiene buena técnica de limpieza (2). Por otra parte, el Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV, reporta que en los niños de 3 y 5 años, la experiencia de caries dental se incrementó hasta 47,10% y 62,10% respectivamente. Estos datos indican la imposibilidad de obtener el 50% de los niños de esta edad libres de caries dental según lo propuesto por la OMS. La experiencia de caries dental reporta mayor incremento entre el primer y segundo año de vida por lo que invita a dar importancia a la implementación de acciones promocionales, preventivas y resolutivas desde el primer año de vida. (3).

Enfermedades dentales comunes como la caries dental, inician proceso de degradación del esmalte dental a edad temprana, por esta razón la educación juega un papel muy importante para generar cambios hacia estilos de vida saludables (7). La educación de los niños en los primeros años de vida favorece un adecuado crecimiento y desarrollo. Teniendo en cuenta que la salud bucal forma parte integral de la salud general y su deterioro está asociada a problemas de salud que van afectar su correcto crecimiento, se establece la importancia de educar y reforzar la educación en cuanto al mantenimiento de buenos hábitos de higiene bucodental (8).

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Dentro de lo posible debe crecer al amparo, responsabilidad y cuidado de sus padres, en un ambiente de afecto, seguridad moral y material; salvo por circunstancias excepcionales, el niño no debe ser separado de su madre.

Es responsabilidad de los padres guiarlos y fomentar en ellos esos buenos hábitos de salud oral y desarrollo de una buena personalidad; pues somos conscientes que nuestros niños no tienen, en sus primeros años de vida, la destreza suficiente para realizar las actividades de

aseo y demás menesteres por sí solos, por lo que es necesario una buena enseñanza y guía por parte de sus padres o del respectivo adulto que esté a cargo de él.

La responsabilidad de prevenir enfermedades bucales recae en el odontólogo. Promocionar la salud bucal y prevenir enfermedades futuras en sus pacientes se convierte en la estrategia número uno en el plan de tratamiento odontológico y esto se logra creando conciencia en que se deben asumir conductas de higiene aplicables desde el hogar. La enseñanza y aprendizaje en los niños se logra con sesiones de motivación en donde se refuercen actividades higiénicas orientadas a promover la aplicación de técnicas de autocuidado bucal y que involucren a los padres o cuidadores. Definitivamente para que los niños puedan afianzar y aprovechar el conocimiento se requiere su aplicación desde edades tempranas, lo cual permite establecer hábitos correctos de higiene bucal para toda la vida. (9)

En la Clínica Integral del Niño I la promoción y prevención de la salud ha sido parte fundamental en la consulta. Los estudiantes de clínicas utilizan diferentes estrategias para educar al paciente en lo que hace referencia al autocuidado bucal.

La investigación se orientó a dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Un material educativo audiovisual logra reforzar los conocimientos sobre autocuidado bucal que adquieren los niños de la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás?

I.B. Justificación

En la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Ontario, Canadá en 1985, se dió a conocer que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los elementos necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (10).

La promoción de la salud tiene tres componentes fundamentales: educación para la salud, comunicación e información, y a través de ellas se busca socializar el conocimiento y el autocuidado, correspondiendo a los estados y a los servicios médicos adelantar las acciones de divulgación y prevención.

El material audiovisual que hace referencia al cuidado de la salud bucal, puede generar efectos positivos a nivel individual, puesto que mejorará el conocimiento sobre salud bucal del niño durante la revisión del video, de la misma manera se puede esperar que sucedan cambios a nivel familiar ya que, el video se presenta a los niños y a los padres ó acudientes quedando algún aprendizaje en la aplicación de técnicas de autocuidado bucal que propenden por una mejor calidad de vida, que se refleje en su aplicación en el hogar. El

hecho de que se repita varias veces, el video, mientras se está en la sala de espera, fortalece el objetivo; cumpliendo el rol de enseñanza a diferentes personas.

La creación y socialización del video educativo refuerza la actividad odontológica individual de educar en salud bucal incluida en el plan de tratamiento y será beneficiosa porque:

- a) Centra la atención en el contenido del mensaje que se desea proyectar.
- b) Motiva a los niños de manera animada hacia la adquisición de conocimientos.
- c) Refuerza la instrucción individual programada por el estudiante que atiende a cada niño.
- d) Permite mejorar el aprendizaje en salud bucal a base de repetición del video en cada cita mientras está en sala de espera.
- e) Hace partícipe a los padres o acudientes que están en sala de espera.
- f) Permite evaluarse y corregirse según los datos obtenidos por parte de la población intervenida.

I.C. Objetivos

I.C.1. Objetivo general

Aplicar una estrategia audiovisual con fines de socialización comunitaria, para reforzar conocimientos sobre autocuidado en salud bucal para niños entre los 4 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica Integral del Niño I en la Universidad Santo Tomás.

I.C.2. Objetivos específicos

- Diseñar una estrategia educativa audiovisual que promocióne el auto cuidado de la salud bucal.
- Evaluar los conocimientos que sobre salud bucal tienen los niños entre los 4 a 8 años de edad, que asisten a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás, antes y después de la socialización del video.

II. MARCO TEÓRICO

II.A. Marco referencial

II.A.1. *Marco Histórico*

El inicio de la promoción en salud se dio con “Henry Sigerest” quien definió cuatro funciones de la medicina así:

- ✓ La promoción de la salud
- ✓ La prevención de la enfermedad
- ✓ La restauración del enfermo
- ✓ La rehabilitación

Sigerest “propuso un programa de promoción en salud donde decía que” la educación en salud debía ser un tema en la educación donde se dictará de forma gratuita y sugirió un sistema donde la salud fuese accesible para todo el mundo ayudando a mantener la salud y previniendo la enfermedad; también hizo referencia en tener mejores condiciones de vida para la gente, los trabajadores, mejores medios de recreación y descanso y crear centros médicos de investigación (11).

El científico Thomas Mckeown, demostró que en el año de 1840 se redujo la mortalidad en Inglaterra debido a los cambios de estilo de vida de las personas y no por intervenciones médicas, su argumento ha sido importante en la promoción en salud que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (11).

Después de esto surgieron documentos, informes, declaraciones con planteamientos hacia la nueva salud pública (promoción en salud) y que quedaron incluidos en la Carta de Ottawa de 21 de Noviembre de 1986, este documento es conocido como el marco de referencia de máxima excelencia tanto en lo conceptual como en lo instrumental de la promoción en salud (11).

Leavell y Clark, formularon los niveles de medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud (12):

- Prevención primaria: su objetivo era promover y evitar la aparición de enfermedades, por medio de educación para la salud.
- Prevención secundaria: su objetivo era evitar que las enfermedades progresaran y limitar su invalidez, por medio de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

- Prevención terciaria: su objetivo era la rehabilitación del enfermo.

El informe Lalonde por Marc Lalonde de 1974 titulado "una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" destacó que si se quería mejorar la salud de las personas, se tenía que mirar más allá de la atención de la enfermedad, nombrando cuatro determinantes de la salud: la biología y genética en un 27%, el medio ambiente y los entornos en un 19%, los estilos de vida en un 43% y el sistema de salud en un 11% (13).

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en 1978 en Alma Ata, Rusia, que hablaba acerca de tomar acciones urgentes por parte del gobierno y los profesionales en la salud para proteger y promover la salud de todos los países del mundo; así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han marcado el camino y la dirección sobre el desarrollo de Promoción de la Salud en el mundo (14).

La carta de Ottawa de 1986 dice que la promoción de la salud constituye un proceso político social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones ambientales, sociales y económicas con el fin de disminuir el impacto en la salud de cada persona. Esta carta menciona que el promocionar la salud permite incrementar a las personas el control en los determinantes de la salud y mejorarlas. Las áreas de acción que plantea esta carta son crear políticas públicas saludables, ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud (15).

La carta de Bangkok, conferencia acerca de la promoción de la salud realizada en 2005, brinda una orientación y se hacen compromisos donde los gobiernos, las organizaciones internacionales, el sector público y privado incluyan la promoción de la salud en la agenda de desarrollo mundial, que sea responsabilidad de los gobiernos, que forme parte de las practicas institucionales, y que sea de iniciativa para las comunidades (16).

II.A.2. Marco de antecedentes

Graciela Edith García Crimi, en el trabajo titulado "Promoción de salud buco-dental en establecimientos de educación media del Valle de Uco, en la provincia de Mendoza" concluyó que la voluntad por parte de la comunidad educativa en este compromiso ha dado una gran satisfacción al comprobar el impacto que ha tenido en los adolescentes el esfuerzo. La motivación que hemos logrado en ellos testifica la sustentabilidad de las metas propuestas. La buena evolución que tuvo el adolescente con respecto al control de la placa bacteriana acompañado de un cambio personal, ya que no solo incorporó una correcta técnica de cepillado sino que se concientizó de los problemas que trae aparejado el uso de piercing. Los resultados mostraron que desde el comienzo del proyecto la comunidad respondió de manera muy positiva, un promedio de 90% de los adolescentes participaron en el. Con respecto a los objetivos planteados podemos decir que se lograron en un 100%. Los índices de placa disminuyeron; con respecto a este objetivo concluyeron que el control de

placa en superficies de caras libres fue logrado ampliamente. Los resultados de los cuestionarios finales resaltan una dirección positiva acerca de la interacción de los participantes y su conocimiento en los problemas de salud oral (17).

Patricia Di Nasso, en su artículo titulado “Educación para la salud bucal mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación” concluyó: Realizar educación para la salud bucal a través, de la producción de páginas web con temáticas de grado, adaptadas para las necesidades de la comunidad, resulta un logro y una satisfacción para los estudiantes de odontología. Los actores directos involucrados, responsables de la construcción de estrategias innovadoras de promoción de salud, fueron pares de estudiantes que construyeron páginas web mediadas a los destinatarios. Los actores receptivos del proceso de enseñanza-aprendizaje fueron los padres con información acerca de la discapacidad, las características bucales y las patologías frecuentes, los niños con discapacidad con la inclusión de videos sobre higiene bucal y los profesionales odontólogos con información científica de interés bajo el ítem “odontología basada en la evidencia”. Resulta una enriquecedora estrategia de enseñanza aprendizaje donde el estudiante, mediante un trabajo independiente, construye “salud”, se convierte en un verdadero mediador de saberes, se responsabiliza de los contenidos y, en definitiva, se convierte en el responsable de la salud de una comunidad desde su propia página, desde sus propios saberes, desde su propio compromiso con los otros, sus pacientes sus familias y su entorno (18).

Sandra González Ariza, María Cristina Giraldo, Janneth Varela y demás colaboradores en su trabajo titulado “Saluteca oral con el enfoque familiar: hacia una nueva orientación en educación de la salud bucal “ concluyeron que el proporcionar a los niños y a sus padres un lugar apropiado para el aprendizaje a través de una propuesta de intervención comunitaria mediante la utilización de métodos lúdicos de enseñanza y refuerzo de conocimientos, permitió el desarrollo de estrategias adecuadas para instruirlos y reforzar hábitos positivos sobre temas de salud bucal(19).

II.A.3. Marco conceptual

II.A.3.a. Salud Pública

La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, para la protección de la comunidad (HANLON, 1974) (20).

La salud pública ha existido desde los años más remotos de la antigüedad, introduciendo la medicina preventiva, dirigida al individuo propio y a las comunidades (20).

II.A.3.b. Promoción De La Salud

La promoción de la salud puede ser definida como una forma de control de los determinantes de ésta, para así mejorar las condiciones de vida de cada persona; de esta

manera, cada individuo tiene capacidades para luchar por las aspiraciones que tenga, enfrentar obstáculos y superarlos para así tener mejor bienestar en general.

La promoción de la salud tiene una dimensión cultural, por la existencia de las diferentes formas de ver de ésta y el bienestar de las diferentes culturas, deduciendo que el análisis de los determinantes de la salud son fundamentales como ejes para la acción (21).

Los determinantes de la salud son:

- Condiciones dignas, que permitan satisfacer las necesidades del ser humano.
- Decisiones de forma colectiva para el bienestar de la vida cotidiana de grupos e individuos.
- La toma de decisiones individuales en aspectos que tienen que ver los estilos de vida de cada persona.

De acuerdo a estos determinantes, aparecen nuevas estrategias de acción para la salud entre los que están: compromisos a nivel político donde el tema de la salud debe estar contemplado en toda agenda política como objetivo necesario y debe ser un recurso que se dé en todos los sectores; creación de ambientes, conservándolos para que no sean perjudiciales para la salud; participación social y ciudadana en temas de condiciones de salud y acceso a servicios adecuados; cambios en los estilos de vida para cuidar la salud.

Sin embargo es necesario aclarar que la promoción de la salud también tiene otra dimensión que es la prevención de la enfermedad (21).

II.A.3.c. Niveles De Prevención

Existen tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: dirigida al individuo sano, su objetivo es la promoción y prevención de la enfermedad, con educación para la salud, evitando la aparición de enfermedades.
- Prevención secundaria: su objetivo es evitar que la enfermedad avance mediante un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado.
- Prevención terciaria: su objetivo es la rehabilitación tanto física como mental y social.

La medicina preventiva puede aplicarse tanto a las personas sanas como a las enfermas, ya que el personal de salud debe ampliar su campo de acción, tomando medidas de promoción y prevención de la salud, y rehabilitando, realizando acciones para que la enfermedad no avance, promoviendo y mejorando así la salud (20).

II.A.3.d. Comunicación Para La Salud

La comunicación tiene como objetivo educar, informar, explicar, escuchar, permitiendo obtener o ampliar los conocimientos, además de permitir participar de una forma activa en

comunidad logrando fomentar el autocuidado de la salud. La comunicación para la salud es un proceso social y educativo, en el que promueve estilos de vida a favor de la salud, brindando oportunidades y permitiendo a la gente ejercer sus derechos para crear ambientes, sistemas, y políticas favorables a la salud y al bienestar (22).

El uso de los medios de comunicación para la salud permite dar información y concientizar a las personas sobre un tema específico y su importancia, ayudando a mejorar las condiciones de vida y haciéndolas más saludables y logrando que estos programas, convengan, fortalezcan y eduquen (22).

II.A.3.e. Metodología De La Comunicación Para La Salud

Para poder diseñar y poner en práctica programas de comunicación para la salud, es necesario contar con una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas, es decir, debe tener un orden lógico en la secuencia de los pasos, para que sea un programa efectivo y logre un cambio de conductas positivas (22).

La realización de un programa para la comunicación en salud cuenta con los siguientes pasos:

- Diagnóstico: permite identificar el problema de salud, realizar un análisis de la situación y el contexto o ambientes que intervienen.
- Estrategia: de acuerdo al diagnóstico obtenido, permite formular los objetivos, elaborar mensajes y seleccionar los medios en que se llevará a cabo el programa para la educación.
- Intervención: en esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuanto a mensajes y materiales para la elaboración y producción del material.
- Monitoreo y evaluación: el monitoreo provee la información necesaria sobre la marcha del proceso y las actividades. La evaluación permite medir los resultados obtenidos para tomar decisiones y correcciones necesarias (22).

II.A.3.f. Educación Para La Salud

La educación para la salud se le considera como el primer requisito para la promoción de ésta, puede ser definida como la transmisión de lo que se conoce, influyendo en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y grupal. Se debe tener un proceso educativo, el cuál pueda cambiar los hábitos o conductas de cada persona para el mejoramiento de su salud (20).

- El primer paso para la educación es la información; cualquier persona que este capacitada para dar información acerca de algún tema, debe hacerlo con el propósito de que ésta información sirva para el aprendizaje en este caso de la salud, éste es el primer requisito para ser motivo de cambios de los estilos de vida de cada persona (20).

- La motivación es el segundo paso de la educación; con ésta se pretende que cada persona analice las ventajas de un cambio de estilo de vida y se interese en prevenir enfermedades y complicaciones a futuro (18). Cuando la información ha llegado a cada persona, es completa e interesante, se puede llegar a un grado de motivación y así se puede lograr un cambio de conducta y va a favorecer al estilo de vida de cada individuo (20).

II.A.3.g. La Educación Desde La Promoción De La Salud

La formación educativa en las áreas de la salud, debe hacer todo lo posible para lograr la participación de la comunidad con ellos, se debe hacer énfasis por parte de los profesionales en la salud hacia las personas, en tener comportamientos que potencialicen las conductas saludables, informando así los factores que conservan, protegen y controlan el factor de riesgo que conducen a la pérdida de la salud y del bienestar. Se debería tener permanencia y así mismo continuidad en el tiempo y desde la misma motivación generada en la población a través de los actores: institucionales y comunitarios (23).

La salud deja de ser una educación que se trasmite de conocimientos científico-técnicos o conocimientos médicos minimizados de control de enfermedades, y pasaría a ser un proceso de interacción humana mediado por la acción comunicativa de diálogos de saberes integrando conocimientos y lógica con el saber científico disciplinar, buscando la globalización de dichos conocimientos logrando que estos pasen a ser adaptados y aplicados en los sujetos, según sus particularidades (23).

II.A.3.h. Técnicas En Educación Para La Salud

Para llevar a cabo el proceso en educación para la salud se debe contar con una serie de técnicas que permitan de una forma entretenida, socializar, generalizar y apropiarse el conocimiento, beneficiando a cada individuo (23).

Existen varias técnicas de educación como son; dinámicas de interacción grupal, títeres, teatro, charlas, discursos, técnicas visuales, técnicas auditivas, técnicas audiovisuales, todas con el fin de contribuir al aprendizaje (23).

II.A.3.i. El Video Como Estrategia Didáctica

El concepto de estrategias didácticas se involucra con la selección de actividades y prácticas pedagógicas en diferentes momentos formativos, métodos y recursos de la docencia. La estrategia es primeramente una guía de acción, en el sentido de que la orienta en la obtención de ciertos resultados. La estrategia da sentido y coordinación a todo lo que se hace para llegar a la meta. (24)

Planear la realización de un video como estrategia didáctica tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

Presentación: que es lo que el orientador o profesor quiere que se diga. Es decir cuál es el objetivo claro en la utilización del video. Qué aspectos debe resaltar, que otros aspectos debe aclarar y si la terminología que emplea el video va a ser entendida por la población a la cual va dirigida. Tener en cuenta además cuales son los términos nuevos que necesitan explicación (25, 26).

Condiciones de visionado: Cuantas veces, de qué forma y en qué condiciones se va a exhibir el programa, para que sea suficiente en el propósito de enseñar un tema (26).

Actividades del alumno: Una de las barreras que dificulta la asimilación y la comprensión de los contenidos de los videos educativos la constituye la pasividad que el medio genera en la audiencia, que identifica el video lección con la contemplación de un programa de televisión que no exige ningún esfuerzo para su asimilación. Romper la pasividad es fundamental para que el alumno asimile y comprenda el contenido (26).

Actividades del orientador: cuando el video es programado por un orientador este debe tener muy claro que es lo que va a hacer antes, durante y después que pase del video en su clase.. (26). Pero debe reflexionarse que desde el punto de vista educativo el video reemplaza al profesor u orientador permitiendo el aprendizaje a través la canalización de la atención del educando (26, 27).

Guión de la puesta en común: Es muy interesante que una vez finalizado el pase, o los pases del programa, el orientador propicie una puesta en común con todos los asistentes. Esta puesta en común, además de aclarar las dudas que hayan surgido, servirá para poner en manifiesto los puntos más importantes que el programa haya tratado, recordarlos y hacer un esquema que facilite su estudio y asimilación. Esta puesta en común también propicia que el nivel de lectura de la imagen, que recordemos sea siempre polisémica, sea similar para todos los alumnos (26).

Las virtudes que posee el video en cuanto a facilidad de elaboración, corrección y cambio que permite el proceso de construcción, lo hace un método didáctico renovable de fácil manejo y bajo costo.

II.A.3.j. Características De Los Videos Educativos

Características que los hacen diferentes de otros medios educativos:

- Permite intercambio y conservación de los mensajes.
- Da permanencia a los mensajes que se desean transmitir.
- Permite ser reutilizado.
- Permite la reproducción instantánea de lo que se ha grabado a fin de reforzar un concepto.
- Puede convertirse en un medio de expresión y aprendizaje en cualquier medio educativo.

- Puede servir como antecedente, refuerzo o complemento de una actividad educacional.
- No existe un esquema especial para la elaboración es decir que posee muchas posibilidades expresivas y no es necesario que posea una determinada estructura narrativa.
- Utilice ciertos elemento expresivos basta con que la información sea clara y sea considera útil por el educador (27).

II.A.3.k. Evaluación Del Programa De Educación Para La Salud

La evaluación de un programa de educación consiste en determinar la evolución del programa, determinar las dificultades de su realización, fallas y aciertos que se tuvo, saber cómo hacer los cambios, y el impacto alcanzado. Para la evaluación del programa, es necesario que entre los participantes de éste programa y los coordinadores haya comunicación, estén interesados, implicados, y colaboren para poder hacer una valoración y así hacer cambios y dar soluciones, para realizar un muy buen programa educativo. La información sobre los conocimientos se puede hacer mediante una encuesta formal y a través de entrevistas informales (23).

Para obtener datos que permitan la valoración del programa se pueden utilizar varias técnicas:

- Observación de los talleres: se determina los elementos que se interesa evaluar cómo saber si la utilización de ese material es pertinente, comprensible, tiene un lenguaje fácil de entender, es creativo, llamativo.
- Entrevistas con los monitores: para saber su opinión acerca del material de acuerdo a sus propios conocimientos, y así comprender si la información transmitida en el material es pertinente y puede llegar a tener algún impacto en los participantes.
- Entrevistas con los participantes: se llevará a cabo después de visto el material, para ver que comprendieron, si les interesó y si lo ponen en práctica el tema tratado (23).

Para los materiales didácticos es necesario ponerlos a prueba antes de considerarlos listos, así se puede determinar si son pertinentes, si son comprensibles, si son informativos, si resultan interesantes, llamativos. La evaluación y adaptación de los materiales debe hacerse a lo largo del desarrollo del programa para la educación, para que al final cumpla con las necesidades y cambios de los participantes (23).

II.A.4.Marco Legal

- a. La Constitución Política de Colombia de 1991, Define a Colombia como un Estado Social de Derecho organizado en forma de República Unitaria, Descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (28).

- b. Las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 715 de 2001, Desarrollan los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinan su dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras, de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación bajo los fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (29,30,31,32).
- c. El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el Cuatrienio 2007 – 2010 que será de estricto cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los Regímenes Especiales y de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud. Este Decreto estableció la Salud Oral como la tercera prioridad nacional en salud. Allí se consignan las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral, en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud (33).
- d. La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, Estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta Norma Técnica se incluyeron, para la atención preventiva en salud bucal, las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de fosetas y fisuras; y el detartraje supragingival. El Programa de Adición de Flúor a la Sal para Consumo Humano, fue aprobado mediante Decreto 2024 de 1984 reglamentado por la Resolución 15200 del mismo año. En el Artículo 4° del Capítulo II, define que la sal para consumo humano debe contener Yodo como Yoduro en proporción de 50 a 100 partes por millón y Flúor en proporción de 180 a 220 partes por millón junto, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias de proceso, reempaque o reenvase y comercialización de la sal para consumo humano, se deben acoger a las normas en el Decreto 2333 de 1982 y los que los modifiquen (34).
- e. Ley 1438. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Esta Ley tiene como objeto el *fortalecimiento* del Sistema General de Seguridad Social en Salud *a través de un modelo* de prestación del servicio público en salud que en el marco de la *Estrategia Atención Primaria en Salud* permita la acción coordinada del *Estado, las instituciones y la sociedad* para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean *los residentes* en el país (35).

- f. Decreto 3616 de octubre 10 de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones. En este Decreto se unifica al auxiliar de consultorio dental y al auxiliar de higiene oral en un solo perfil denominado Auxiliar de Salud Oral, el cual con un año de capacitación cumple con las funciones administrativas y clínicas que tenían los dos auxiliares anteriores. En cuanto a la delegación de funciones que se puede hacer a este personal, se encuentran las actividades de promoción y prevención contempladas en la Resolución 412 del 2000, siempre bajo la supervisión y responsabilidad del odontólogo. Tal como se recomienda en las Guías de Manejo Clínico, esta delegación debe partir del diagnóstico que realiza el profesional y no previa al diagnóstico como se acostumbra en algunas instituciones (36, 34).
- g. Resolución 1101 de noviembre de 2009. Por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública. Entre sus objetivos está, el de construir conjuntamente, Secretaría Distrital de Salud, universidades, organizaciones académicas, Organización Panamericana de la Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y otros actores sociales del Distrito Capital, propuestas para el fortalecimiento en la formación y capacitación del talento humano en salud pública, que articule las Políticas, Planes, Programas y estrategias de salud pública y educación superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo (37).
- h. Resolución 3577 de 2006: Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. Su Propósito Integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud las condiciones que permitan el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema (38).
- i. Resolución 0004505 de 2012: Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (39).

III. MÉTODO

III.A. Selección y Descripción de Participantes

III.A.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuasi-experimental de antes y después, sin grupo control; el cual se creó y aplicó una estrategia audiovisual para reforzar conocimientos sobre autocuidado en salud bucal para niños entre los 4 a 8 años de edad, que asistieron a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

III.A.2. Población

El universo estuvo constituido por 213 niños que asistieron a la Clínica Integral del Niño I del segundo período de 2014, según los datos obtenidos a partir del Sistema de Información de Procesos Clínico Odontológico (SIPCO).

III.A.3. Tipo de muestreo

Este tipo de estudio es no probabilístico ya que se van a escoger grupos por conveniencia y no de manera aleatoria.

III.A.4. Muestra

La muestra estuvo integrada por 30 niños y niñas. Para definir el tamaño de muestra se empleó la rutina Statcal del paquete estadístico EpiInfo versión 6 de 1993 considerando las siguientes especificaciones de diseño tamaño de la población de 213 niños y niñas que acudieron a las Clínicas Integrales del Niño I en el segundo semestre de 2014, con una frecuencia de buenos conocimientos en salud oral después de la intervención de 70% y 54% como peor resultado esperado, definido con base en el estudio de “Lidia Doce Sánchez”(41), por lo que se incluyeron 30 menores de edad.

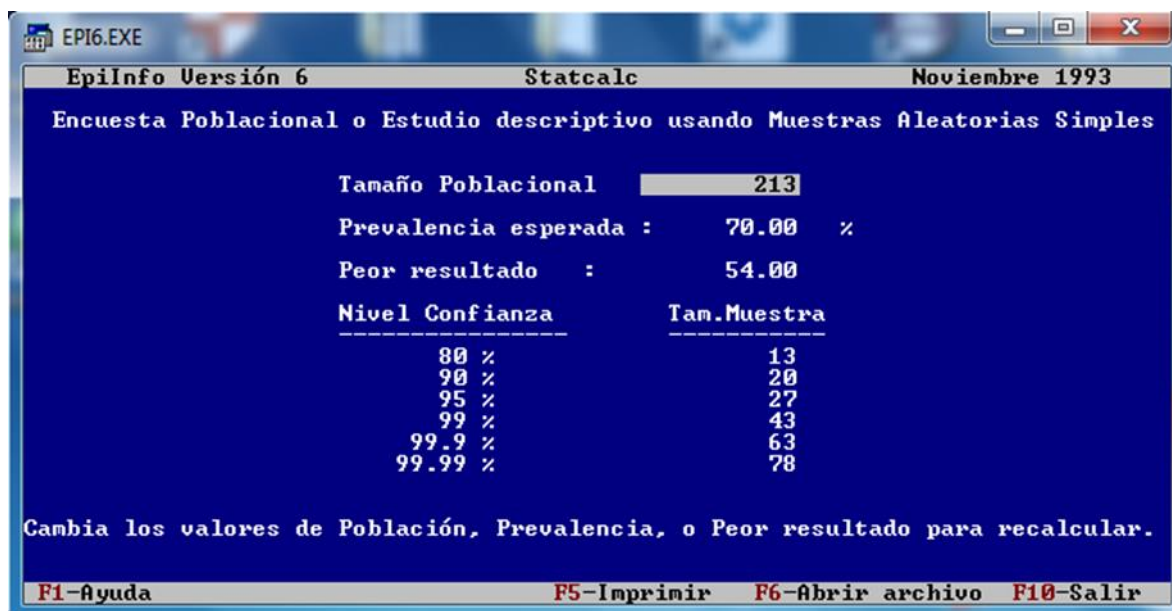


Figura 1: Pantallazo de los cálculos realizados. Fuente: Tomada de Rutina Statcal del paquete estadístico EpiInfo versión 6 de 1993

III.A.5. Criterios de selección

III.A.5.a. Criterios de Inclusión

1. Niños entre 4 a 8 años de edad de ambos sexos que asistieron a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás en el primer periodo de 2015.

III.A.5.b. Criterios de Exclusión.

1. Niños con problemas de aprendizaje.

III.B. Estadística y tratamiento de datos

III.B.1. Variables para el análisis del problema de investigación

Variable: Género

Definición conceptual: Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Edad.

Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Naturaleza: Cuantitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica

Variable: Visita al odontólogo

Definición conceptual: Las visitas al dentista no sólo son para intervenciones, sino mayormente como prevención.

Definición operativa: ¿Cuándo se debe ir al odontólogo?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Elementos de cuidado dental.

Definición conceptual: la correcta higiene oral también depende de los instrumentos que se empleen para la misma.

Definición operativa: ¿Cuáles elementos de cuidado dental conoces?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Cepillado dental

Definición conceptual: El cepillado de dientes diario en los niños es fundamental para cuidar su salud dental desde pequeños, ya que será posible prevenir la formación de placa dental y eliminar las bacterias.

Definición operativa: ¿Cada cuánto se deben cepillar los dientes?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Cambio de cepillo dental

Definición conceptual: Después de 3 meses, un cepillo es menos efectivo para remover la placa. Las cerdas pierden resistencia y efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes.

Definición operativa: ¿Cuándo se debe cambiar el cepillo dental?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Variable: Qué es la seda dental.

Definición conceptual: La seda dental es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes.

Definición operativa: ¿Qué es la seda dental?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Uso de la seda dental.

Definición conceptual: A diferencia del cepillo dental, el hilo dental limpia zonas, en las cuales el cepillo no puede llegar.

Definición operativa: ¿Cuándo se usa la seda dental?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Para qué sirve la seda dental.

Definición conceptual: Elimina con cuidado los residuos de alimentos y la placa depositada entre los dientes.

Definición operativa: ¿Para qué sirve la seda dental?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Qué es la placa bacteriana.

Definición conceptual: Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes.

Definición operativa: ¿Qué es la placa bacteriana?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Concepto de caries.

Definición conceptual: La caries dental causa destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.

Definición operativa: ¿Para ti qué es la caries dental?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Por qué se produce el mal aliento.

Definición conceptual: Halitosis es el término científico para definir el mal aliento, es decir el mal olor en la boca.

Definición operativa: ¿Por qué se produce mal aliento?

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Variable: Conocimientos.

Definición conceptual: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Definición operativa: Se expresará como la cantidad de respuestas correctas sobre la desinfección de impresiones dentales.

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Variable: Apreciaciones acerca del video

Definición conceptual: Valoración objetiva o subjetiva de algo.

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

III.B.2 Plan de análisis estadístico

Los datos obtenidos mediante los instrumentos de medición fueron debidamente copiados en la base de datos del programa Excel y exportados al programa estadístico SPSS versión 15.0 Aplicación de prueba de chi² de independencia de criterios.

III.B.2.a. Plan de análisis Univariado

Para el análisis univariado se calcularon las medidas de resumen según la naturaleza de las variables, para variables cualitativas se calculó proporciones y para las cuantitativas medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango y varianza), a través del programa estadístico SPSS versión 15.0. El plan de análisis univariado se detalla en el apéndice C.

III.B.2.b. Plan de análisis Bivariado

Para la comparación de los cambios en los conocimientos antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar. Considerando un nivel de significancia de alfa menor o igual 0,05 (Apéndice C).

III.C. Información técnica

III.C.1. Instrumentos para la recolección de datos

Con el propósito de verificar cuantitativamente un número de variables, realizando un paralelo del antes y después de una intervención educativa en niños, se aplicó un método de recolección de datos basado en dieciséis preguntas sencillas a modo de entrevista, como instrumento que permitiese recolectar en compañía de los padres o acudientes, información acerca de la higiene bucal necesaria para la realización del estudio. (42, 43)

Se utilizó un formato de consentimiento informado el cual explicaba el objetivo de la investigación, procedimiento educativo y los beneficios que se adquieren al participar en el mismo (Apéndice D).

III.C.2. Procedimiento de investigación

a. Se accedió a la base de datos, Sistema de información de procesos clínico odontológico (SIPCO), información suministrada por la ingeniera Maribel Jaimes Valencia, de la Universidad Santo Tomás, sede Floridablanca. Para ello se necesitó pasar un permiso a la Institución educativa, mediante una carta dirigida al Director de las clínicas; quién autorizó el ingreso al sistema y proporcionó información acerca de cuántos niños asistieron a la Clínica Integral del Niño I, en el segundo período del año 2014. Esta información fue necesaria para calcular la población y tamaño de la muestra del presente estudio.

b. Se solicitó permiso a los docentes de la Clínica Integral del Niño I, correspondiente al primer periodo del 2015, a fin de poder realizar las pruebas necesarias en la presente investigación.

c. Con la finalidad de hacer ajustes requeridos a los instrumentos utilizados para la recolección de datos, lograr una comprensión alta del personal infantil que asiste como paciente a las Clínicas Integrales del Niño I (evaluado) y del investigador que aplica el estudio (evaluador), se aplicó el instrumento elaborado para medir conocimiento a 3 Niños que asisten a clínica del niño I en el segundo semestre de 2014, quienes no estuvieron incluidos en la investigación.

d. Al inicio de la hora de atención, dentro de la Clínica Integral del Niño I, se confirmó que los niños eran pacientes y luego de explicar a los padres o acudientes sobre el estudio, se obtuvo el consentimiento informado. El entrevistador procedió a aplicar el cuestionario básico acerca del cuidado bucal. Posteriormente, se presentó el material educativo a cada niño de forma individual para lograr una efectiva captación del mensaje.

d. El tiempo de aplicación entre una y otra encuesta fue corto, debido a que el trabajo fue demorado por el comité de ética, por esta razón, se procedió a los 8 días después de la aplicación del video, a realizar la segunda entrevista a los niños de manera individual, con el fin de determinar qué conocimientos afianzaron, adquirieron o cambiaron después de visto el video.

e. Además, se planeó dejar a la coordinadora de Clínica Integral del Niño, el CD correspondiente al video educativo sobre "promoción en salud bucal", para la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás, sede Floridablanca, con la finalidad de que sea un material educativo para todos los niños que asistan a consulta.

f. El instrumento elaborado para medir conocimientos sobre cuidado de la salud bucal de los niños que asisten a la Clínica Integral del Niño I se construyó teniendo en cuenta los conceptos descritos por Martingnon (2008) (44) Sobre la medición de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal, simplificando al máximo su cometido, tenido en cuenta la edad de la población objeto de estudio. El instrumento y el video educacional fueron validados en su contenido mediante el juicio de tres expertos (un docente de la Universidad con experiencia de más de 10 años en aplicación de programas de promoción y

prevención en salud bucal, 2 docentes con experiencia de más de 10 años en el área de atención referida). Sobre las consideraciones y sugerencias brindadas se reajustaron el instrumento y el video, para su mayor claridad y precisión.

Las preguntas presentan diferentes alternativas de respuesta, dando valor de 1 si fue acertada. Y categorizando según el número de respuestas acertadas en:

Nivel bueno: (9 a 11)

Nivel regular: (5 a 8)

Nivel malo: (menor o igual a 4)

III.D. Implicaciones bioéticas

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

Consentimiento informado: se anexó el consentimiento informado escrito a cada instrumento, el cual contempla los objetivos de la investigación. Se tuvo en cuenta la Resolución 8430 del 4 octubre de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”.

La importancia de dar a conocer a las personas que participaron en las investigaciones los riesgos mínimos, que la investigación sea por profesionales con experiencia en el área, y respaldado de una institución.

Se consideraron las normas nacionales e internacionales del Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki por parte de la Asociación Médica Mundial (AMM) 609, estas normas tratan de la información que se debe proporcionar a los pacientes sobre la investigación, el consentimiento informado para la realización de experimentos en humanos, y garantía de confidencialidad de los datos.

La investigación fue analizada y aprobada por el Comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga. Se cumplieron con las recomendaciones surgidas en las presentaciones sobre los avances de la tesis por parte del comité.

- El tipo de estudio según la resolución del Ministerio de Salud, correspondió a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo fue obtener información sobre conocimientos que tienen las personas y no de realizar intervenciones que pusieran en riesgo su salud física, psicológica y emocional.

- Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas se respetaron, al examinar las implicaciones que la información obtenida pudiese tener, así mismo se guardó la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes se protegió. Anterior a la aplicación de las encuestas y de la intervención se ofreció a los padres o acudientes

responsables de los niños en un lenguaje sencillo que les facilitara su comprensión, y la posibilidad de ejercer su derecho de autonomía, la información pertinente acerca de la justificación y objetivos de la investigación; los beneficios por su participación, fueron principalmente el apoyo educativo sobre promoción en salud bucal para pacientes pediátricos que asisten a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

Los principios éticos que se garantizaron en este estudio fueron:

III.D.1. Principio de no maleficencia

No se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los participantes en este estudio.

III.D.2. Principio de justicia

La muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.

III.D.3. Principio de beneficencia

Se aplicará, cuando durante la entrevista la investigadora pone en relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de la investigación.

III.D.4. Principio de autonomía

En el estudio, sólo se incluirán los niños, padres o acudientes que acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de querer permanecer dentro del mismo.

III.D.5. Principio de confidencialidad

El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Este principio reconoce que las personas tienen derecho de excluirse y/o mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su nivel de conocimientos.

III.D.6. Principio de reciprocidad

El material educativo de promoción en salud bucal para pacientes pediátricos se entregará a la facultad, al finalizar la investigación.

IV. RESULTADOS

Para promocionar el autocuidado de la salud bucal, en niños entre los 4 a 8 años de edad, que asistieron a la Clínica Integral del Niño I en la Universidad Santo Tomás, se diseñó y aplicó un video educativo. La muestra estuvo conformada por 30 niños de los cuales 17 (56,7%) fueron niñas. La edad de mayor prevalencia estuvo entre los 7 y 8 años (30%) cada uno.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los niños entre los 4 y 8 años.

Género	No.	%
Masculino	13	43,3
Femenino	17	56,7
Total	30	100,0
Edad		
4 años	2	6,7
5 años	2	6,7
6 años	8	26,7
7 años	9	30,0
8 años	9	30,0
Total	30	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Las respuestas a la encuesta de conocimientos básicos relacionados con autocuidado de la salud bucal, antes y después de la intervención educativa, permitió evidenciar cambios positivos así:

Tabla 2. Conocimientos básicos relacionados con autocuidado de la salud bucal, que tienen los niños que asistían a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás, antes y después de la aplicación de un video de promoción en salud.

VARIABLE	Antes		Después		P
	No	%	No	%	
1. ¿Cuándo se debe ir al odontólogo?					0,553
Una vez al año	10	33,3	6	20,0	
Dos veces al año	11	36,7	24	80,0	
Nunca	2	6,7	0	0	
Cuando duele un diente	7	23,3	0	0	
2. ¿Cuáles elementos de cuidado dental conoces?					0,604
Crema, cepillo	24	80,0	1	3,3	
Crema, cepillo, seda	1	3,3	7	23,3	
Crema, cepillo, seda, enjuague	5	16,7	22	73,3	
3. ¿Cada cuánto se deben cepillar los dientes?					0,316
Una vez al día	13	43,3	4	13,3	
Después de cada comida	11	36,7	26	86,7	
Después de la cena	2	6,7	0	0	
De vez en cuando	4	13,3	0	0	
4. ¿El cepillo dental se debe cambiar?					0,241
Si	15	50,0	28	93,3	
No	15	50,0	2	6,7	
5. ¿Cuándo se debe cambiar el cepillo?					0,556
A los tres meses	9	30,0	25	83,3	
Al año	4	13,3	1	3,3	
Más de un año	1	3,3	0	0	
Cuando se rompe o se daña	16	53,3	4	13,3	

Continuación tabla 2. Conocimientos básicos relacionados con autocuidado de la salud bucal, que tienen los niños que asisten a la Clínica Integral del Niño I antes y después de la aplicación de un video de promoción en salud

VARIABLE	Antes		Después		Valor de <i>p</i>
	No	%	No	%	
6. ¿Qué es la seda dental?					0,612
Aditamento para limpiar los dientes	6	20,0	26	86,6	
No se	24	80,0	4	13,3	
7. ¿Para qué sirve la seda dental?					0,429
Para atar los dientes	10	33,3	0	0	
Limpia los espacios entre los dientes	3	10,0	26	86,7	
No se	17	56,7	4	13,3	
8. ¿Cuándo se usa la Seda dental?					0,736
Después de alguna comida	4	13,3	19	63,3	
Una vez al día	9	30,0	7	23,3	
Cuando sientes molestia entre los dientes	17	56,7	4	13,3	

Fuente: Elaboración propia

Cuando se preguntó 1. *¿Cada cuánto se debe ir al odontólogo?*, De los 30 niños, 11(36,7%) respondieron correctamente diciendo que se debe ir dos veces al año antes de ver el video, destacándose que 7 (23,3%) de los 30 estaban de acuerdo en que se asiste al odontólogo cada que hay dolor dental. Después de ver el video 24 de los 30, contestaron que se debe asistir dos veces al año.

La prueba Chi² arrojó un valor de *p* de 0,553 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Al preguntar, 2. *¿Cuáles elementos de cuidado bucal conoces?* Solo conocían el cepillo y la crema dental, como materiales para realizar higiene bucal 24 (80%) de los 30 niños. Después de ver el video, 22 (73,3%) de los 30 hablaban de que los elementos básicos para realizar higiene de la cavidad bucal son cepillo, seda, crema y enjuague bucal,

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,604 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Los conocimientos sobre higiene bucal, reflejaron deficiencias antes de intervenir a los niños con el video educativo. Por ejemplo a la pregunta de 3. *¿Cada cuánto se deben cepillar los dientes?* Las respuestas estuvieron distribuidas así: después de la cena 2 (6,7%), de vez en cuando 4 (13,3%), una vez al día 13 (43,3%). Sin embargo, 11 (36,7%) de los 30 niños estaban de acuerdo en que se deben cepillar los dientes después de cada comida. Esta respuesta fue dada después de visto el video, por 26 (86,7%) de los 30 niños. La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,316 en la primera encuesta lo que no se encuentra una asociación entre ellas.

En cuanto a 4. *¿El cepillo dental se debe cambiar?* la mitad de los niños (15 de 30) aseguran que el cepillo no se debe cambiar. La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,241 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Al preguntarles que 5. *¿Cuándo se debe cambiar el cepillo de dientes?*, 16 (53,3%) de los 30 niños, respondieron que cuando se rompe o se daña. Después de visto el video, se observó un cambio en el conocimiento de los niños acerca de este ítem ya que 25 (83,3%) de los 30 niños entrevistados, contestaron que se debe cambiar el cepillo cada 3 meses.

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,556 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Al preguntarles 6. *¿Qué es la seda dental?*, 24 (80,0%) niños manifestaron no tener conocimiento de ella. La mayoría 17 (56,7%) no saben. La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,612 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

7. *¿Para qué sirve la seda dental?* existe el conocimiento de que la seda sirve para atar los dientes 10 (33,3%) y solamente 3 (10%) reconocen que sirve para limpiar entre los dientes. Estos datos tuvieron variación marcada después la aplicación del video educacional, ya que 26 (86,7%) niños contestaron correctamente a la pregunta.

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,429 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

El conocimiento acerca de 8. *¿Cuándo se usa la seda dental?*, también tuvo variaciones positivas, ya que antes de la intervención predominó la respuesta de cuando se siente molestia entre los dientes 17 (56,7%), mientras que posteriormente contestaron que después de cada comida 19 (63,3%).

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,736 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Tabla 3. Conocimientos de los niños acerca mala higiene y su relación con caries y mal aliento... Antes y después de la aplicación de un video de promoción en salud Antes y después se la aplicación del video de promoción en salud bucal.

VARIABLE	Antes		Después		Valor de P
	No	%	No	%	
9. ¿Qué es la placa bacteriana?					0,536
Materia pegajosa que se adhiere al diente	1	3,3	22	73,3	
Inflamación de las encías	1	3,3	0	0	
Destrucción del diente debido a la caries	3	10	0	0	
No se	25	83,3	8	26,7	
10. ¿Para usted que es la caries?					0,190
Inflamación de las encías	1	3,3	0	0	
Destrucción del diente	7	23,3	23	76,7	
Sangrado en las encías	2	6,7	1	3,3	
No se	20	66,7	6	20	
11. ¿Porque se produce mal aliento?					0,817
Falta de limpieza de la boca	4	13,3	26	86,6	
Comer muchos dulces y harinas	11	36,6	4	13,3	
Dormir con la boca abierta	9	10,0	0	0	
No se	6	20,0	0	26,7	
Nivel de conocimiento					0,057
Bueno (9 – 11)	14	46,7	24	80	
Regular (5 – 8)	13	43,3	4	13,3	
Malo (≤4)	3	10	2	6,7	

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la pregunta: 9. ¿Qué era la placa bacteriana?, antes de ver el video 25 de 30 niños respondieron no saber; después de visto el video 22 niños contestaron acertadamente, mostrando una mejoría en sus conocimientos.

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,536 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Respecto a 10. *¿Qué es la caries dental?*, antes de visto el video, 20 (66,7%) niños de la muestra respondieron no saber. Después de visto el video, 23(76,7%) niños contestaron correctamente, evidenciando una percepción amplia de lo que observaron en el video. La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,190 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

Las respuestas a la pregunta 11. *¿Qué produce el mal aliento?*, estuvieron distribuidas con cierta uniformidad entre los distractores, solamente 4 de los 30 niños acertaron a contestar que por falta de higiene bucal. Después de ver el video, 26 (86,6%) de los niños respondieron correctamente en la respuesta. La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,817 en la encuesta lo que sugirió que no se encuentra una asociación entre ellas.

En conclusión, el nivel de conocimiento de los niños antes y después de ver el video tuvo cambios positivos: Los conocimientos que tenían los niños respecto a la higiene oral antes de ver el video eran: buenos, (14 niños), Regulares, (13 niños), malos, (3 niños). Los conocimientos de los niños después de visto el video resultaron ser: Buenos, (24 niños), regulares, (4 niños), malos, (2 niños). Un total de 24 niños reforzaron su nivel de conocimiento.

La prueba χ^2 arrojó un valor de p de 0,057 en la encuesta lo que sugirió que se encuentra una asociación entre ellas.

Tabla 4. *Apreciaciones generales de los niños sobre el video promocional*

VARIABLE	No	%
<i>¿Cómo te parecieron los dibujos del video?</i>		
Bonitos	28	93,3
Regulares	2	6,7
Feos	0	0
<i>¿Cómo te pareció el video con respecto al tema?</i>		
Bueno	28	93,3
Regular	2	6,7
Malo		
<i>¿Entendiste la narración del video?</i>		
Si entendí todo	28	93,3
Solo entendí algunas cosas	2	6,7
No entendí	0	0
<i>En general ¿te gustó la historia de Sarita?</i>		
Si me gustó mucho	30	100
Me gustó un poquito	0	0
No me gustó	0	0

Fuente: Elaboración propia

La evaluación general acerca del video dejó resultados satisfactorios, 28 (93,3%) de los niños estuvieron de acuerdo en que los dibujos de los personajes estaban muy bonitos, que el tema de enseñanza estuvo bien planteado, los diálogos fueron entendidos. A todos 30 (100%) los niños les gusto la historia planteada en el video.

V. DISCUSIÓN

El uso de herramientas audiovisuales, como instrumento y mecanismo de socialización, permite generar escenarios de aprendizaje, en contextos de comunidad, con muestras heterogéneas, especialmente enfocadas a grupos etarios específicos (45). La sala de espera de la consulta odontológica, propicia el espacio para divulgar permanente elementos audiovisuales con fines educativos. Generar material audiovisual atractivo para niños entre 4 y 8 años de edad logra momentos de recreación que orientan y educan en cuanto a higiene bucal.

Cuando se planea la construcción de un video educacional, se requiere conocer o por lo menos suponer los pre saberes del grupo a educar, para organizar el contenido temático con el objetivo de enseñar lo que se desconoce, llenar los vacíos (productos de detalles omitidos u olvidados) y esclarecer los conceptos que no han sido comprendidos anteriormente (45). El hecho de que el nivel de conocimiento acerca de aspectos que se relacionan con autocuidado de salud bucal evidencie cambios positivos después de haber implementado el video educativo en el grupo de estudio, significa que se ha cumplido con el propósito de reforzar la actividad de enseñanza de autocuidado de la salud bucal que provee el estudiante en la práctica clínica.

San Filippo, sugiere que “el video educativo puede llegar a constituirse en una herramienta autónoma”. Bajo esta condición el educador logra hacer que el educando aprenda sobre un determinado tema. El video con ese objetivo debe obedecer a una clara intencionalidad didáctica. Entre otras características debe ser corto para no permitir la distracción del receptor después de cierto tiempo. A su vez el tema debe estar ilustrado, explicado y esquematizado de forma clara sencilla y amena, lo suficiente para que no requiera complementación externa. (25)

Se recomienda hacer promoción de la salud con estrategias variadas que logren la atención de la población a la cual va dirigida. (46) Yepes y colaboradores, comentan acerca de cómo educar menores que un programa educativo enfocado a edad temprana (menores de 7 años) requiere de tres aspectos importantes: "el primero es el cuidado del lenguaje el cual debe ser sencillo"; segundo, "la atracción de la atención para lo cual debe tener buenos contenidos gráficos"; tercero, “poseer una gran creatividad que invite a aprender jugando”. Por lo tanto, mencionan que, si se tiene como objetivo realizar enseñanza y retroalimentación sobre conceptos de salud bucal, una apropiada forma es la de preguntar de manera sencilla, implementar actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal.(47) Algunas ciudades del país han realizado, históricamente programas de promoción y prevención en salud bucal, un ejemplo está en Medellín que desde el año 1968 hasta el 2010, ha realizado y publicado siete estudios acerca de la salud bucal de los escolares de la ciudad.(48). Destacando características: una, el monitoreo de los factores causantes de la caries dental y otra, que los estudios hacen uso de la práctica clínica e implementan metodologías de promoción similares a la del presente estudio. Desde ese

punto, de vista el recurso audiovisual ha permitido permear el conocimiento en los niños sobre los conceptos básicos de cuidado de la salud bucal. Al aclarar que de manera directa se estaba acompañando la atención odontológica completa en la Clínica Integral del Niño I. Los resultados positivos de este estudio garantizan además la proyección de utilizar el video educacional elaborado u otros elementos audiovisuales como recurso de enseñanza en las campañas de promoción en salud bucal, para la población infantil que visita las Clínicas Integrales del Niño.

En una institución educativa la interacción que se logra entre el docente y el niño y la inclusión de temas relacionados con la salud bucal se constituyen en un elemento fundamental en la promoción de la salud. Es imprescindible usar esta matriz pedagógica como un recurso que se convierta en estrategia sostenible por un largo periodo de tiempo para que el objetivo se cumpla de forma entendible, amena y constructiva. (49) De alguna manera este recurso pedagógico permite la continuidad en la enseñanza fuera del aula de clase pero en el ambiente específico de atención en salud, generando una excelente distracción audiovisual.

Patricia Di Nasso comenta que es muy enriquecedor utilizar estrategias de enseñanza aprendizaje donde el autor, mediante trabajo independiente, con las bases adquiridas en su formación profesional, construye “salud”, se convierte en un verdadero mediador de saberes, se responsabiliza de los contenidos y se hace responsable de la salud de una comunidad desde su propia creación. (19). Este comentario se acerca a la realidad en la ejecución del presente trabajo, pues aun cuando se establece como muy sencillo señala fortalezas en la metodología de enseñanza, la atracción que ejerce en la población hacia la cual está dirigido, la oportunidad que ofrece de mantener continuidad en el proceso de enseñanza, y el respaldo que brinda a los estudiantes de clínica en el momento de ejecutar acciones de promoción y prevención en sus pacientes.

Los resultados obtenidos con este estudio concuerdan con los de otros autores como Montoya y colaboradores. En el año 2003, quienes diseñaron una guía para el programa de una campaña escolar de Colgate, orientada a la promoción de la higiene bucal y la prevención de enfermedades bucales. Estudio que aplicó técnicas de higiene bucal en instituciones educativas, en un periodo de tres meses, demostrando que era posible cambiar la conducta hacia la higiene oral de los niños en edad escolar mediante técnicas educativas con ayudas audiovisuales que les permitieron a los niños, captar los temas de forma clara y poderlos utilizar en su diario vivir. (48)

En cuanto al cambio generado en los conocimientos se destacan en estudios como el Limonta y Araujo, quienes publican que la mayor parte de la muestra (94,3%) reportó un conocimiento deficiente antes de la intervención educativa, mejorando notablemente el nivel de conocimiento después de dicha intervención en el 87,98% de la población. (50). La adquisición del conocimiento genera cambios según comentan Gonzales y colaboradores quienes a través de los docentes administraron un programa de promoción y prevención a niños de 3 a 6 años. (51) Los resultados de la educación a docentes creó cambios positivos en la salud bucal de los niños. Los logros de los autores mencionados al igual que los

obtenidos con la intervención educativa, validan el hecho de que se sigan utilizando estrategias de promoción en salud que mantengan alerta la motivación personal de autocuidado. La continuidad de aplicación de programas de este tipo aumentará gradualmente la población intervenida y se reflejará en mejor salud bucal en los jóvenes y adultos del mañana.

Desde las limitaciones de este estudio se pueden citar:

1. El corto tiempo que hubo entre una y otra encuesta fue debido a que el trabajo fue demorado por la exigencia del comité de ética, y ya no se contaba con el tiempo apropiado para la realización de las encuestas, pudiendo ser los resultados no válidos.
2. Se excluyeron los niños que asistieron a las Clínicas Integrales del Niño II y III; ya que en la Clínica Integral del Niño I se hace principal énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. El rango de edad de 4 a 8 años fue muy largo y el nivel cognitivo de los niños entre estas edades no es la misma, por lo que algunas preguntas resultaron confusas para los niños de menor edad, aunque con ayuda del entrevistador, en forma dirigida, porque el nivel de entendimiento hacia algunos términos contenidos en la entrevista no era el de los niños de menor edad, entonces había que guiarles la palabra como por ejemplo: al hablarles de mal aliento se podía decir mal olor u olor a feo de la boca, y como la edad de los niños no toda era la misma, las preguntas se hicieron lo más sencillas posibles para que fueran entendibles.
4. El tamaño de la muestra fue pequeño, ya que se calculó solo con la población que asistió a la Clínica Integral del Niño I del segundo periodo de 2014 de la Universidad Santo Tomas.

V.A. Conclusiones

- Se logró diseñar, realizar y aplicar una estrategia educativa tipo video educacional con el cual se reforzaron conocimientos sobre auto cuidado en salud bucal en niños ente 4 a 8 años de edad, que asistieron a Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás en el primer periodo de 2015.
- El cambio positivo en el nivel conocimientos de los niños después de la intervención educativa a través del video, avala el hecho de utilizar estrategias educativas de instrucción que inviten a mejorar habilidades y destrezas en la práctica diaria.
- El diseño de programas de promoción y prevención en salud bucal enfocados a la población infantil con metodologías llamativas y apropiadas, son una buena alternativa para mejorar los conocimientos y a partir de ellos generar una población libre de patologías en cavidad bucal.

V.B. Recomendaciones

- Para próximas investigaciones, parecidas a esta, se debe escoger un rango de edad más corto, de acuerdo al nivel cognitivo entre edades, con el fin de que el estudio tenga mayor validez en cuanto a resultados.
- Se sugiere que al realizar investigaciones de promoción, se tenga en cuenta el tiempo disponible para la aplicación de las encuestas, con el fin, de que se pueda dar un seguimiento durante las intervenciones educativas.
- Presentar el video educativo a los niños que asisten a las Clínicas Integrales del Niño I, II, III de la Universidad Santo Tomás, incluyendo los padres y/o acudientes en la intervención educativa de manera que la información amplíe la cobertura en torno a la familia.
- Se sugiere la participación activa de los estudiantes que atienden a los niños en la clínica hacer un espacio de cinco minutos, que dure la presentación del video.
- Evaluar a mediano y largo plazo los resultados de la intervención educativa.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, Salud Bucodental, norma informativa No 318, septiembre 2012 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre>
2. Colombia. Dirección de salud pública ¿Cuál es el estado de salud bucal de los colombianos? Disponible en <http://www.colombia.com>
3. Colombia. Estudio Nacional de Salud bucal. Informe especial. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/salud>
4. Carosella, M., Milgram, L., Della Rica, M., Ayuso, M. S., Fainboim, V., Llorens, A., Hiebra, M. D. C. (2003). Análisis del estado de la salud bucal de una población adolescente. Arch Argent Pediatr, 101(6), 454-459.
5. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatología 2012; 28(1):17-23.
6. Piaget's Theory. En MUSSEN, P.H. (Ed.) Carmichael's Manual of child psychology. John Wiley and Sons, Inc. New York. 1970.
7. Tan Suárez NT, Alonso Montes de Oca CU, Tan Suárez N. Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños. RevHumMed 2003 May - Ago; 3 (2).
8. Franco Á, Ramírez B, Ochoa E, Díaz P, Roldan O. Salud bucal en la ciudad de Medellín: Monitoreo de los indicadores de caries dental en escolares y evaluación de la apropiación del modelo educativo en salud bucal como objeto de aprendizaje en el escenario escolar, 2009, (90). Disponible en: <http://www.ehu.es/zer/hemeroteca/pdfs/zer04-07-montoya.pdf>.
9. Balda GM. Prevención y mantenimiento de la salud bucal. En: Río Highsmith 1 del. Odontología integrada para adultos. Madrid: Editorial PUES; 1999.p.299-315.
10. Martínez Pérez M; Sanabria Ramos G; Prieto Silva R. Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. [Revista en línea], 2009 Marzo. [acceso 12 de Abril de 2015]; 26(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi14409.htm
11. Restrepo H E. Promoción de la salud: como construir vida saludable, 1ª ed., Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2002.
12. Álvarez Ala Rafael, Salud pública y medicina preventiva, 3ª ed, México, editorial el manual moderno S.A, 2003.
13. Lalonde Marc, A new perspective on the health of Canadians, [revista en internet], Abril 1974, [Citado el 9 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf>
14. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
15. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986.
16. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia.

17. Crimi GA. Promoción de salud buco-dental en establecimientos de educación media del Valle de Uco, en la provincia de Mendoza. Revista de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo 2010; 4(1):30-35.
18. Di Nasso P, Lopresti W, Inaudi, Mesa L. Educación para la salud bucal mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs): Experiencia de las cátedras Clínica del Paciente Discapacitado y Práctica Profesional Supervisada. Revista de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo 2012 06; 6(2):15-19.
19. Ariza SG, Giraldo MC, Varela J, Peña EM, Giraldo JP, Orozco JJ. Saluteca oral enfoque familiar hacia una nueva orientación en educación de la salud bucal. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2012; 23(2):306-320.
20. Álvarez Alva Rafael, Salud pública y medicina preventiva, 3ª ed, México, editorial el manual moderno S.A, 2003.
21. Secretaria Distrital de Salud, Lineamientos de política de salud para los menores de diez años en Bogotá, D.C, 1ª ed. Bogotá, editorial Bogotá. La secretaria. 2002.
22. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Diciembre 2005. Lima, Perú. [Citado el 9 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
23. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud principios y métodos, 2ª Ed, México, editorial Pax México, librería Carlos Césarman, S.A.1992.
24. Herrán A. Técnicas didácticas para una enseñanza más formativa. Camagüey (Cuba): Universidad de Camagüey (ISBN: 978-959-16-1404-9) 2011. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/fprofesorado/agustind/textos/teuniv.pdf
25. San Filippo J. Algo sobre las técnicas para impartir clases y conferencias. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. 2006. Disponible en: www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/may03_ponencia.html
26. Bravo L. ¿Qué es el video educativo? Revista Comunicar. 1996; (6): 100-105. Disponible en: <http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentacion/QueEsVid.pdf>
27. Cabero AJ. Propuesta para utilización del video en centros educativos. Ballesta Barcelona. 1994; 89-121. Disponible en: <http://www.ugr.es/~sevimeco/biblioteca/tecnologias/documentos/iteoricas/it01d.htm>
28. La Constitución Política de Colombia de 1991. [Internet], Disponible en: <http://www.constitucion.co.gov.co/>
29. Ministerio de Protección Social. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
30. Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
31. Ministerio de la Protección Social Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
32. Ministerio de Protección Social. Ley 715 de Diciembre 21 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

33. Ministerio de protección social, Decreto Numero 3039 de 2007. Por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010.
34. Ministerio de Protección Social. Resolución 412 del 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
35. Ministerio de Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones
36. Ministerio de Protección Social. Decreto 3616 de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.
37. Ministerio de Protección Social. Resolución 1101 de noviembre de 2009. Por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública.
38. Ministerio de Protección Social. Resolución 3577 de 2006: Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB.
39. Ministerio de Protección Social. Resolución 0004505 de 2012: Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
40. Grimes DA, Schulz KF. The Lancet Epidemiology Series. Lancet 2002; 359: 57-61.
41. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YDC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Ago 28]; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000200014&lng=es.
42. Stanton, William J, Etzel, Walker, Bruce J. Fundamentos de Marketing, 13a. Edición. México; 2004, Págs. 212-219.
43. Shenoy RP, Sequeira PS. Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12- to 13-year-old school children. Indian J Dent Res 2010; 21:253-9.
44. Martignon S, Bautista- Mendoza G, González-Carrera MC, Lafaurie-Villamil GI, Morales V, Santamaria R. Instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. Rev. Salud Pública. 10(2):308-314, 2008
45. Martinez E, Agudelo A, González Ariza. El mercadeo social: una disciplina que fortalece el fomento de la salud bucal en Colombia. Revista CES Odontología Vol.22- No 2 2009
46. Coulon A. Etnometodología y educación. Buenos Aires: Paidós; 1995. p. 119 y 375. Disponible en <file:///D:/Carmen/Downloads/Unidad3aCoulon.pdf>
47. Yépez Zambrano MA. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazaret. Bogotá, D.C., 2000. Disponible en:

<http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf>. Fecha de consulta: 07/12/2005.)

48. Montoya E, Tamayo D, Ruiz J, Vargas J, Arango M. Desarrollo de una nueva estrategia para el programa de campaña escolar Colgate. Instituto de Ciencias de la Salud – Ces, Medellín; 2003
49. Martínez CA, Quintero AA. Tellez NY. Sarmiento E. Tarazona LP. Matriz pedagógica aplicada a escolares de grado cuarto y quinto, para promocionar estrategias de cuidado bucal. Trabajo de grado. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. 2010
50. Limonta ER, Araujo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000;4(3):9-15
51. González S. Giraldo MC. Torres M. Tamayo C. Arias M. Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta – Antioquia, 2006. Rev Ces, 2007; 20(2).
52. Jerome M. Sattler. Evaluación infantil. Fundamentos cognitivos vol. 1, 5ª ed. México; 2010. p.473.

Apéndice

Apéndice A. Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Categorización	Definición operativa
Género	Cualitativa Nominal Dicotómica	(1)Hombre (2)Mujer	Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.
Edad	Cuantitativas Continuas	4 años 5 años 6 años 7 años 8 años	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo
Visita al odontólogo	Cualitativa nominal Politómica	(1)Una vez al año (2)Dos veces al año (correcta) (3)Nunca (4)Cuando me duele un diente	Las visitas al dentista no sólo son para intervenciones, sino mayormente como prevención.
Elemento de cuidado dental	Cualitativas nominal Politómica	(1)Crema, cepillo. (2)Crema, cepillo, seda dental. (3)Crema, cepillo, seda dental y enjuague.(correcta)	la correcta higiene oral también depende de los instrumentos que se empleen para la misma
Cepillado dental	Cualitativa Nominal Politómica	(1)Dos veces al día. (2)Después de alguna comida.(correcta) (3)Después de cenar. (4)De vez en cuando. Nunca- casi nunca	El cepillado de dientes diario en los niños es fundamental para cuidar su salud dental desde pequeños, ya que será posible prevenir la formación de placa dental y eliminar las bacterias.

Cambio de cepillo dental	Cualitativa Ordinal	(1)A los 3 meses (Correcta) (2)Al año (3)Más de un año (4)Cuando se rompe	Después de 3 meses, un cepillo es menos efectivo para remover la placa. Las cerdas pierden resistencia y efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes.
Qué es la seda dental	Cualitativa Nominal Dicotómica	(1)Aditamento para limpiar los dientes (2)No se	La seda dental es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes.
Uso de la seda dental	Cualitativa Nominal Politómica	(2)Después de cada comida (correcta) (2)Una vez al día (3)De vez en cuando (4)Nunca-casi nunca (5)No sé qué es	A diferencia del cepillo dental, el hilo dental limpia zonas, en las cuales el cepillo no puede llegar
Para qué sirve la seda dental	Cualitativa nominal Politómica	(1)Pescar (2)Atar los dientes (3)Limpiar los espacios entre los dientes(correcta) (4)No se	Elimina con cuidado los residuos de alimentos y la placa depositada entre los dientes
Concepto placa bacteriana	Cualitativa nominal Politómica	(1)Materia pegajosa que se adhiere a los dientes(correcta) (2)Inflamación de las encías (3)Destrucción del diente debido a la caries	Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros

		(4)No se	dientes. Principal causa de la caries y pueden endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente.
Concepto de caries	Cualitativa nominal Politómica	(1)Inflamación de las encías (2)Destrucción del diente(correcta) (3)Sangrado en las encías (4)No se	La caries dental causa destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.
Por qué se produce el mal aliento	Cualitativa nominal Politómica	(1)Falta de limpieza de la boca (2)Comer muchos dulces y harinas (3)Dormir con la boca abierta (4)No se	Halitosis es el término científico para definir el mal aliento, es decir el mal olor en la boca.
Conocimientos	Cualitativa Ordinal	(1)Bueno (2)Regular (3)Malo	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje
Apreciaciones acerca del video	Cualitativa nominal Politómica	¿Cómo le parecieron los dibujos del video? ¿Cómo le pareció el video con respecto al tema? ¿Entendió los diálogos del video? Si entendí todo ¿Te gustó la historia de Sarita?	Valoración objetiva o subjetiva de algo

Apéndice B. Encuesta antes de ver el video educativo.**ESTRATEGIA AUDIOVISUAL PARA REFORZAR LA
ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADO BUCAL EN CLÍNICA
INTEGRAL DEL NIÑO I DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS****Registro:** _____**INSTRUCCIONES**

En estas preguntas tienes que marcar con un "X" encima de una letra.

Por ejemplo:

¿Qué te gusta comer más? MARCA SÓLO UNA LETRA.

a. Helados.

b. Chocolates.

Entonces, si te gusta comer más chocolates marcarás así:

a. Helados.

X. Chocolates.

Entrevista ANTES: _____

Entrevistador: _____

Nombre: _____

GENERO: Femenino ☐

Masculino ☐

¿Cuántos años tienes?: _____

1. ¿Cuándo se debe ir al odontólogo?

- a. Una vez al año
- b. Dos veces al año
- c. Nunca

☐

d. Cuando duele un diente

2. ¿Cuáles elementos de cuidado dental conoces?

- a. Crema, Cepillo
- b. Crema, cepillo, Seda
- c. Crema, cepillo, seda, enjuague

☐

3. ¿Cada cuánto se deben cepillar los dientes?

- a. Una vez al día
- b. Después de alguna comida
- c. Después de la cena
- d. De vez en cuando

☐

4. ¿El cepillo dental se debe cambiar?

- a. Si
- b. No

☐

5. ¿Cuándo se debe cambiar el cepillo dental?

- a. A los 3 meses
- b. Al año
- c. Más de un año
- d. Cuando se rompe o se daña

☐

6. ¿Qué es la seda dental?

- a. Aditamento para limpiar los dientes.
- b. No sé.

☐

7. ¿Para qué sirve la seda dental?

- a. Para atar los dientes
- b. Limpiar los espacios entre los dientes.
- c. No se

☐

8. ¿Cuándo se usa la seda dental?

- a. Después de alguna comida
- b. Una vez al día.
- c. Cuando sientes molestia entre los dientes

☐

9. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a. Materia pegajosa que se adhiere al diente
- b. Inflamación de las encías
- c. Destrucción del diente debido a la caries dental
- d. No se

☐

10. ¿Para ti qué es la caries dental?

- a. Inflamación de las encías
- b. Destrucción del diente
- c. Sangrado en las encías
- d. No se

☐

11. ¿Por qué se produce mal aliento?

- a. Falta de limpieza de la boca
- b. Comer muchos dulces y harinas
- c. Dormir con la boca abierta
- d. No se

☐

12. Nivel de conocimiento

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

☐

Apéndice C. Encuesta después de ver el video.**ESTRATEGIA AUDIOVISUAL PARA REFORZAR LA
ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADO BUCAL EN CLÍNICA
INTEGRAL DEL NIÑO I DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS**

Registro: _____

INSTRUCCIONES

En estas preguntas tienes que marcar con un "X" encima de una letra.

Por ejemplo:

¿Qué te gusta comer más? MARCA SÓLO UNA LETRA.

a. Helados.

b. Chocolates.

Entonces, si te gusta comer más chocolates marcarás así:

a. Helados.

 b. Chocolates.

Entrevista DESPUÉS: _____

Entrevistador: _____

NOMBRE: _____

GENERO: Femenino ☐Masculino ☐

¿Cuántos años tienes?: _____

1. Según el video animado, ¿Cuándo se debe ir al odontólogo?

- a. Una vez al año
- b. Dos veces al año
- c. Nunca
- d. Cuando duele un diente

☐

2. ¿Cuáles elementos de cuidado dental conoces?

- a. Crema, cepillo
- b. Crema, cepillo, seda.
- c. Crema, cepillo, seda, enjuague.

☐

3. ¿Cada cuánto se deben cepillar los dientes?

- a. Una vez al día
- b. Después de alguna comida
- c. Después de la cena
- d. De vez en cuando

☐

4. ¿El cepillo dental se debe cambiar?

- a. Si
- b. No

☐

5. ¿Cuándo se debe cambiar el cepillo?

- a. A los tres meses
- b. Al año
- c. Más de un año
- d. Cuando se rompe o se daña

☐

6. ¿Qué es la seda dental?

- a. Aditamento para limpiar los dientes.
- b. No se

☐

7. ¿Para qué sirve la seda dental?

- a. Para atar los dientes.
- b. Limpiar los espacios entre los dientes.
- c. No se

☐

8. ¿Cuándo se usa la seda dental?

- a. Después de alguna comida.
- b. Una vez al día.
- c. De vez en cuando.

☐

9. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a. Materia pegajosa que se adhiere al diente
- b. Inflamación de las encías
- c. Destrucción del diente debido a la caries
- d. No se

☐

10. ¿Qué es la caries?

- a. Inflamación de las encías
- b. Destrucción del diente
- c. Sangrado en las encías
- d. No se

☐

11. ¿Por qué se produce mal aliento?

- a. Falta de limpieza de la boca
- b. Comer muchos dulces y harinas
- c. Dormir con la boca abierta
- d. No se

☐

12. Nivel de conocimiento

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

☐

13. ¿Cómo te parecieron los dibujos del video?

- a. Bonitos
- b. Regulares
- c. Feos

☐

14. ¿Cómo te pareció el video con respecto al tema?

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

☐

15. ¿Entendiste la narración del video?

- a. Si entendí todo
- b. Solo entendí algunas cosas

☐

c. No entendí

16. En general ¿te gustó la historia de Sarita?

a. Si me gustó mucho

b. Me gustó un poquito

c. No me gustó

☐

Apéndice D. Plan de análisis

A. Plan de análisis Univariado

Para las variables cualitativas como género, cambio de cepillo dental, cepillado de dientes, utilización de seda dental, consumo de alimentos azucarados, elementos de higiene Oral, visita al odontólogo, uso de la seda dental, concepto de placa bacteriana, consecuencia de la caries dental se calcularán proporciones. Mientras que para la variable edad (cuantitativa) se calcularán medidas de tendencias central (promedio y mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango y varianza).

B. Plan de análisis Bivariado

Para el análisis bivariado se compararán las respuestas antes y después de la intervención para las variables cambio de cepillo dental, cepillado de dientes, utilización de seda dental, consumo de alimentos azucarados, elementos de higiene Oral, visita al odontólogo, uso de la seda dental, concepto de placa bacteriana, consecuencia de la caries y para ello se aplicará el test de McNemar, considerando un nivel de significancia de alfa (α)=0,05. La variable conocimiento se comparará con las variables sociodemográficas, considerando el estadístico Chi-Cuadrado.

Apéndice E. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar (o permitir participar a su hijo/hija, familiar o representado), -o no-, en una investigación médica. Evaluación de un video de promoción de salud bucal en niños que asisten a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al médico o al personal del estudio.

Este estudio está siendo financiado por Mayra Alejandra Useda y Astrid Milena Becerra.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Su hijo/a o niño/a a cargo ha sido invitado/a a participar en este estudio porque: el propósito de este estudio es evaluar los conocimientos y hábitos de cuidado por medio de un video de promoción de la salud bucal a los niños de 4 a 8 años de edad que asisten a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- Se realizará una prueba piloto cuyo objetivo es evaluar el material con el que se llevará a cabo esta investigación: este material es un video de promoción en salud bucal y una encuesta en modo entrevista que se le hará a cada niño/a, en compañía de sus padres o acudientes, que incluirá 10 preguntas con opciones diferentes de respuesta, siendo 1 la respuesta correcta, la prueba se llevará a cabo en la sala de espera de las clínicas de odontología de la Universidad Santo Tomás y cuyos padres o acudientes hayan firmado el consentimiento y los niños hayan aceptado entrar en el estudio.

-Después de esto, se hará una primera encuesta en modo entrevista a los niños, para determinar el grado de conocimientos que tienen acerca de la higiene bucal, seguidamente se mostrará un video animado el cual habla de la higiene bucal.

- Se realizará la segunda encuesta en modo entrevista a los 8 días de visto el video, al mismo grupo de niños/as, en compañía de sus padres o acudientes, en la sala de espera de la Universidad Santo Tomás para saber que conocimientos adquirieron o afianzaron después de visto el video.

Los resultados obtenidos serán usados únicamente para el propósito de esta investigación. Si en el futuro son usados para propósitos diferentes a los de esta investigación, se le solicitará un nuevo consentimiento.

BENEFICIOS

Su hijo/hija, familiar o representado no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca de la salud bucal y mejorar, cambiar o adquirir hábitos de higiene bucal.

RIESGOS

Este estudio no representa ningún tipo de riesgo ya que no habrá ningún tipo intervención al niño/a.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, el nombre de su hijo/hija, familiar o persona a cargo no será conocido.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a retirar a su hijo/hija, familiar o representado de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, su hijo/hija, familiar o representado no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención médica que merece.

Si usted retira su consentimiento, se analizarán los datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar o llamar a los estudiantes Mayra Useda y Milena Becerra, investigadores responsables del estudio, a los teléfonos 3017850683 o 3213915449.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten (o a mi hijo/hija, familiar o representado) y que me puedo retirar (o a mi hijo/hija, familiar o representado) de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante el estudio y que pueda tener importancia directa para la condición de salud de mi hijo/hija, familiar o acudiente.

- Yo autorizo a los investigadores responsables a acceder y usar los datos contenidos en mi ficha clínica para los propósitos de esta investigación.
- Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 (octubre 17) reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS

Participante:

Nombre_____Firma_____

Fecha_____

Padre, madre o representante/ tutor legal:

Nombre_____Firma_____

Fecha_____

Investigador:

Nombre_____Firma_____

Fecha_____

ASENTIMIENTO

Se realizará un estudio con el fin de evaluar los conocimientos y hábitos de cuidado bucal por medio de un video educativo de promoción en salud bucal a los niños de 4 a 8 años que asistan a la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.

PROCEDIMIENTO

-Lo primero que se va hacer es realizar una entrevista, en compañía de sus padres o acudientes donde se preguntará qué conocimientos y hábitos tiene acerca de la salud bucal, luego se mostrará un video educativo con imágenes animadas donde mostrará los implementos de higiene bucal, como se usan, y enseña qué hábitos de higiene bucal se debe tener. Después de haber visto el video, a los 15 días se le volverá hacer la misma entrevista en compañía de sus padres o acudientes para ver si por medio de este video aprendió nuevas cosas acerca de la higiene bucal.

BENEFICIOS Y RIESGOS

Los beneficios de ver este video y de contestar las preguntas que se le van hacer son que va aprender mucho más acerca de cuáles son los implementos de higiene bucal y cómo usarlos, y se pretende que adquiera hábitos de higiene bucal que ayuden a conservar su salud bucal.

No existe ningún riesgo ya sólo va ver un video educativo y no se le hará nada a su cuerpo por parte de las personas que le estén mostrando el video y que lo afecte.

Las entrevistas y el video educativo se harán en compañía de la persona a cargo del niño, en la sala de espera de la Clínica Integral del Niño I.

Este estudio realizará con la aprobación de los padres, familiares o persona a cargo del niño y que el niño también este de acuerdo en participar en este estudio.

Apéndice F. Guion.

LOCUTORA OF.

Hola, yo soy Karen ama de casa y mamá de Sarita y Daniel.

LOCUTORA OF.

Mis dos hijos a quienes amo con toda mi alma.

LOCUTORA OF.

Y estoy aquí para contarles una historia un poco triste pero también llena de enseñanza y de cosas importantes para nuestras vidas.

LOCUTORA OF.

Cierto día llegué como siempre a recoger a Sarita al colegio y me encontré con una sorpresa muy desagradable.

LOCUTORA OF.

Sarita se encontraba muy triste en un rincón del colegio y con una lágrima en su rostro, al verla yo también me puse triste y le pregunté qué ocurría.

LOCUTORA OF.

Ella me comentó que los compañeros del salón, esos a quienes ella quiere tanto y con los que comparte tantas cosas, no habían querido jugar con ella en el recreo, como siempre lo hacían.

LOCUTORA OF.

Pero por qué razón Sarita si a ellos les encanta compartir contigo todo lo que hacen.

LOCUTORA OF.

Seguidamente me comentó. Mira mamá hoy salimos a recreo y cuando los invité a jugar, se miraron, se taparon su nariz, salieron corriendo y me gritaron que yo tenía mal aliento y se fueron burlándose de mí.

LOCUTORA OF.

Ustedes no saben la cantidad de sentimientos que pasaron por mi cabeza en ese momento: tristeza, preocupación, vergüenza y otros más, pero como mamá responsable, tomé una decisión inmediata.

LOCUTORA OF.

Sarita vamos ya mismo al odontólogo y él nos dirá que es lo que pasa y nos dará una solución para que nunca más nos vuelva a pasar esto.

Ella inmediatamente aceptó y a cambio de ponerse nerviosa como pasa casi siempre, sonrió y se apresuró a venir conmigo.

LOCUTORA OF.

Una vez llegamos al consultorio el Dr. Nos recibió amablemente y lo primero que preguntó cuándo vio a Sarita fue: ¿Por qué te veo triste?

LOCUTORA OF.

Es que mis compañeros del colegio no quisieron jugar conmigo porque tengo mal aliento según ellos.

LOCUTORA OF.

Y el Dr. Le preguntó ¿Sarita, tú te cepillaste tus dientes hoy? porque si tienes mal aliento.

LOCUTORA OF.

Ella respondió, no Dr. esta mañana se me hizo tarde y no tuve tiempo.

LOCUTORA OF.

¡Eso está mal Sarita! le comentó el Dr. Y seguidamente le hizo una serie de recomendaciones

LOCUTORA OF.

Es muy importante que limpies muy bien tu boca después de cada comida, cuando te levantes en la mañana, después de almorzar y en la noche antes de acostarte

LOCUTORA OF.

Así no tendrás mal aliento y evitarás la caries.

LOCUTORA OF.

¿Caries Dr. y eso qué es? Preguntó Sarita, a lo que seguidamente el Dr. Contestó.

LOCUTORA OF.

La caries es una enfermedad que debilita los dientes, por eso aparecen huecos y se destruyen.

LOCUTORA OF.

Luego el Dr. le recomendó... Sarita debes de lavarte muy bien la boca cepillándote no solo los dientes, sino las demás partes de ella: la lengua, los carrillos y las encías y debes hacer uso de la seda dental varias veces al día para retirar los residuos que quedan en medio de los dientes, así eliminas las bacterias que hay en tu boca.

LOCUTORA OF.

Recuerda que en la boca de todas las personas existen microorganismos que se alimentan de residuos de comida y entre más comen más crecen y se reproducen. Muchas de estas bacterias generan el mal aliento y otras las caries, además producen placa bacteriana, que es una sustancia pegajosa que se adhiere a los dientes.

LOCUTORA OF.

Además debes hacer por lo menos dos enjuagues bucales al día, para mantener tu aliento fresco y una salud dental adecuada.

LOCUTORA OF.

Sarita le reclamó... pero Dr. Se me va a hacer tarde todos los días haciendo todo esto y voy a llegar tarde al colegio.

LOCUTORA OF.

Sarita... con un pequeño esfuerzo y orden el tiempo te alcanzará y recuerda que no tendrás mal aliento, comentó el Dr.

LOCUTORA OF.

Entonces Dr. Con una buena rutina diaria puedo cuidar perfectamente mis dientes y no tendré mal aliento y no tendré que preocuparme por mis amigos, comentó Sarita.

LOCUTORA OF.

Exacto Sarita y así todos querrán jugar contigo.

LOCUTORA OF.

Además Sarita y usted señora Karen recuerden que debemos visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año, y cambiar el cepillo mínimo cada 3 meses, ahora pueden irse tranquilas a cas

LOCUTORA OF.

Sarita se despidió del Dr. Y me dijo mamá vamos a casa y le enseñamos a mi hermano Daniel como nos debemos lavar bien los dientes.

LOCUTORA OF.

Daniel saca tu cepillo y tu crema de dientes y vamos a empezar.

LOCUTORA OF.

Los dientes de arriba debes cepillar.

De arriba hacia abajo, por delante y por detrás.

Y los dientes de abajo debes cepillar.

De abajo hacia arriba y también la lengua cepillar.

Tú seda dental no olvides usar.

Cortando un trozo y envolviéndolo en tus dedos medios es la forma ideal.

Entre cada dientecito de arriba hacia abajo debes limpiar.

Y para terminar.

No debes olvidar el enjuague bucal.

En un recipiente deberás echar.

Y enjuagando tu boca completarás.

Tu higiene bucal y al terminar.

Tendrás que escupir y así tu boca limpia quedará.

Apéndice G. Prueba piloto

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó a 3 niños entre edades de 6 y 8 años que se encontraban presentes en la Clínica Integral del Niño I de la Universidad Santo Tomás.. El procedimiento utilizado fue la explicación de la entrevista a los padres y acudientes de los niños y cuál era el objetivo de la prueba piloto, con la aceptación de entrar al estudio y haciendo firmar el consentimiento informado. La hora de inicio fue a las 7:20 am y la hora de terminación fue a las 7:40 am. Se les explicó a los niños en qué consistía la encuesta y se procedió a realizarla. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, género, visita al odontólogo, cepillado de dientes, cambio cepillo dental, seda dental, elementos de higiene bucal, que es la placa bacteriana, consecuencia de la caries, por qué se produce el mal aliento, como le parecieron los dibujos del video, como le pareció el video respecto al tema, entendió los diálogos del video, en general le gustó la historia de Sarita.

Resultados antes de la intervención educativa

- Género: 2 femenino- 1 masculino.
- Visita al odontólogo: el 66.7 % de los niños visitan al odontólogo una vez al año.
- Cuando se deben cepillar los dientes: el 100% de los niños respondieron acertadamente.
- El cepillo dental se debe cambiar:
- Cambio cepillo dental: el 66.7 % de los niños respondieron cambiar el cepillo de dientes cada tres meses.
- Qué es la seda dental: el 100% de los niños respondieron no saber.
- Cuando se usa la seda dental: el 80% de los niños respondieron que se usa después de cada comida.
- Para qué sirve la seda dental: el 100% de los niños respondieron no saber.
- Elementos de cuidado dental: el 100% de los niños no respondieron de forma correcta.
- Que es la placa bacteriana: el 100% respondieron no saber.
- Consecuencia de la caries: el 100% respondieron no saber.
- Por qué se produce el mal aliento: El 66.7% de los niños respondieron por comer muchos dulces y harinas.

Resultados después de la intervención educativa

- Género: 2 femenino- 1 masculino.
- Visita al odontólogo: el 66.7%de los niños dijeron que se debe visitar al odontólogo dos veces al año.
- Cuando se deben cepillar los dientes: el 100% de los niños respondieron acertadamente.
- El cepillo dental se debe cambiar: el 93,3% de los niños respondieron acertadamente.
- Cambio cepillo dental: el 100% de los niños respondieron acertadamente.

- Qué es la seda dental: el 33.3% respondieron acertadamente.
- Cuando se usa la seda dental: el 100% de los niños respondieron acertadamente.
- Para qué sirve la seda dental: 66.7% de los niños respondieron acertadamente.
- Elementos de cuidado dental: 66.7% de los niños respondieron acertadamente.
- Qué es la placa bacteriana: el 33.3% respondieron acertadamente.
- Consecuencia de la caries: el 100% respondió acertadamente.
- Por qué se produce el mal aliento: el 100% de los niños respondieron acertadamente
- Cómo le parecieron los dibujos del video: el 100% de los niños respondieron que los dibujos les parecieron bonitos
- Cómo le pareció el video respecto al tema: el 100% de los niños dijeron bueno
- Entendió los diálogos del video: el 66.7% de los niños respondieron haber entendido todo.
- En general ¿Te gustó la historia de Sarita? El 100% de los niños respondieron haberles gustado mucho.