Descargado el: 19-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros
Oral Health Educational Intervention for Children and Teachers

Alain Soto Ugalde[1] Nora M. Sexto Delgado[2] NIvia Gontán Quintana[3]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[3] Policlínico Área I, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Soto-Ugalde A, Sexto-Delgado N, Gontán-Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 19]; 12(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571

Resumen

Fundamento: Las pocas posibilidades de acceso a una adecuada atención estomatológica en determinadas comunidades, unidas a la ausencia de programas preventivos, se asocian al deterioro del estado de salud de la población venezolana, en particular de la infantil.
Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables.
Métodos: se realizó un estudio de intervención en 80 niños y diez maestros, de una escuela de Río Chico, Estado Miranda, Venezuela, en el periodo enero-septiembre de 2010. Se realizó un diagnóstico enfocado al índice de higiene bucal de los niños, y a las necesidades de aprendizaje de estos y sus maestros. Se elaboró un programa que incluyó como medios de enseñanza juegos didácticos y un software educativo. La información se obtuvo por medio de encuestas y grupos focales.
Resultados: se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también con respecto al índice de higiene bucal. Quedó evidenciada la aprobación del programa por parte de los niños, quienes consideraron su importancia con respecto a la salud bucal.
Conclusión: la intervención, mediante el programa educativo, logró cambios satisfactorios en los modos de actuar y pensar de los niños, en términos de salud bucal, resultados que avalan su validez.

Palabras clave: autocuidado, salud bucal, educación en salud dental, higiene bucal

Abstract

Background: inadequate access to an appropriate dental care in certain communities, together with the absence of prevention programs, is associated with health status deterioration in the population of Venezuela, especially in children.
Objective: to assess the effectiveness of an oral health educational program for developing attitude changes and healthy oral habits.
Methods: an intervention study was conducted in 80 children and 10 teachers from a school in Rio Chico, Miranda State, Venezuela, during January-September, 2010. A diagnosis focused on the oral hygiene index of the children, their learning needs, as well as those of their teachers was performed. A program including teaching materials such as educational games and software was developed. Information was obtained through surveys and focus groups.
Results: significant differences between the initial and the final level of knowledge were observed, as well as in the oral hygiene index. Children's approval of the program was demonstrated, considering its relevance regarding oral health.
Conclusions: by means of the educational program, the intervention led to satisfactory changes in children's behaviour and way of thinking, in terms of oral health; results that confirm its validity.

Key words: self care, oral health, health education, dental, oral higiene

Aprobado: 2013-10-31 11:23:03

Correspondencia: Alain Soto Ugalde. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos
resasu810719@residentes.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La promoción de salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta.[1]

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.[1]

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.[1]

La educación en salud de niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para el mantenimiento de su salud, constituye un buen camino para la educación familiar.[2]

El uso de juegos didácticos en estrategias educativas es eficaz y económico y el esfuerzo realizado implica el beneficio de muchas personas a la vez, las cuales crean o modifican actitudes favorables para el bienestar físico y mental,[3] de ahí la motivación para aplicar un conjunto de acciones educativas. También la utilización de la Informática puede aportar mucho a la motivación del aprendizaje. Específicamente, los *softwares educativos* pueden ser de gran utilidad en determinados niveles de enseñanza.[4]

Buena parte del poblado Río Chico, Municipio Páez, Estado Bolivariano Miranda, carece del acceso a una adecuada atención estomatológica, lo que unido a la ausencia de programas preventivos, ha conducido a un deterioro del estado de salud bucal de sus habitantes, en particular de la población infantil. Ante la necesidad de contribuir a la educación para la salud bucal en los niños y maestros de la enseñanza primaria de esa comunidad, se realizó una investigación con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables, en niños de sexto grado y maestros de la Escuela Bolivariana Rafael Arévalo González.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención en la Escuela Bolivariana Rafael Arévalo González, de la Parroquia Río Chico, Municipio Páez, Estado Bolivariano Miranda, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de enero a septiembre de 2010.

Se trabajó con una muestra no probabilística de 80 niños de sexto grado, distribuidos en cuatro grupos de igual número. También fueron incluidos diez maestros: seis maestros de sexto grado, dos profesores de deporte de la misión deportiva cubana Barrio Adentro y dos profesoras de Computación.

Luego de coordinar con la dirección de la escuela y obtener su aprobación, se convocó un encuentro con padres y niños para explicar las características de la investigación, objetivos e importancia, motivándoles a participar en el proyecto, cumpliendo de esta manera con el aspecto bioético que debe respaldarlo. Se obtuvo así el consentimiento de todos y su disposición a colaborar en las actividades.

La ejecución de las actividades fue llevada a cabo por el estomatólogo autor de la investigación, con la ayuda de dos estomatólogos cubanos de la Misión Barrio Adentro, que laboraron en la misma parroquia y de diez maestros. La estrategia consideró los siguientes momentos:

1. Diagnóstico de las necesidades de aprendizaje sobre Salud Bucal.
2. Intervención: Aplicación del Programa Educativo sobre Salud Bucal.
3. Evaluación de los resultados: 1) Comprensión de la teoría; 2) Desarrollo de hábitos de higiene.

Diagnóstico

Se aplicó una encuesta (Anexo 1) a los maestros y otra a los niños (Anexo 2), previamente validadas por criterio de expertos (psicólogos, epidemiólogos, metodólogos y estomatólogos dedicados a la atención infantil). En el caso de los maestros, permitió conocer las necesidades de aprendizaje, las cuales debían ser resueltas

mediante el programa educativo encaminado a enriquecer sus conocimientos sobre salud bucal, con vistas a que fueran partícipes en la estrategia educativa aplicada a los niños. La valoración de los conocimientos sobre salud bucal se hizo al aplicar nuevamente la encuesta luego de hecha la capacitación.

En el caso de los niños, la encuesta estuvo encaminada a obtener información sobre las siguientes variables:

- Nivel de conocimiento sobre caries dental
- Nivel de conocimiento sobre cepillado y uso del hilo dental
- Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal
- Nivel de conocimiento sobre hábitos perjudiciales
- Nivel de conocimiento sobre salud bucal

También se calculó el índice de higiene bucal de Love (IHB).[5]

Sobre esta base se diseñó un Programa Educativo nombrado Para una linda sonrisa, destinado a desarrollar conductas favorables a la salud bucal en los niños.

Intervención

La intervención propiamente dicha, consistió en la aplicación de un programa educativo mediante juegos didácticos y el software educativo Quiero sonreír.[4] El objetivo principal fue desarrollar en el niño conocimientos, habilidades y hábitos para proteger su salud bucal y ejercer el autocuidado. Estuvo conformada por tres temas fundamentales: Cuido mi salud bucal, Viajemos por la boca y Cuando la boca no está bien. Estos fueron desarrollados mediante la consulta del software educativo Quiero sonreír situado en las computadoras de la escuela.

Evaluación

La evaluación de los resultados obtenidos luego de la intervención mediante la aplicación del programa educativo para la salud bucal, se desarrolló de diferentes formas: a través del desempeño de los niños durante la participación en los diferentes juegos didácticos, a través del módulo de comprobación del software educativo, en las actividades prácticas para mejorar el IHB y con la aplicación de la encuesta inicial una vez más. También el IHB fue calculado después de aplicar el programa.

A cada cuestionario de preguntas aplicadas a los niños y a maestros, se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base de 10 puntos, se evaluó de: bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta.

El resultado del cuestionario se calificó de la siguiente forma:

- Bien: 7 – 10 (más del 70 %)
- Regular: 5 – 6 (de 51 % a 69 %)
- Mal: 1-4 (menos del 50 %)

También se evaluó el grado de satisfacción de los niños (dos grupos de diez niños cada uno) con respecto al programa, lo cual se desarrolló mediante el instrumento grupo focal.

Para el análisis e interpretación de los resultados, se empleó el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas. Se aplicó la Prueba de Wilcoxon a muestras pareadas. Para determinar si existían diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos, se aplicó el Test de Mc Nemar, fijando un margen de error en 0,05.

RESULTADOS

Con respecto a los conocimientos sobre caries dental, donde más deficiencias se encontraron fue en lo referente a los alimentos que favorecen la aparición de la caries, aspecto en el que se obtuvo una mejoría notable. (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de conocimiento de los niños sobre caries dental

Conocimiento	Antes						Después						Wilcoxon
	Bien		Regular		Mal		Bien		Regular		Mal		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Necesidad de asistir al odontólogo	29	36,3	47	58,7	4	5,0	62	77,5	17	21,3	1	1,25	P=0,000
Importancia de curar la caries dental	5	6,3	39	46,2	36	45	42	52,5	33	41,2	5	6,3	P=0,000
Alimentos que favorecen la aparición de la caries	24	30,0	6	7,5	50	62,5	76	95,0	3	3,8	1	1,25	P=0,000
Medida más útil para evitar la caries dental	68	85,0	5	6,2	7	8,8	79	98,7	0	0	1	1,25	P=0,000

Antes de la intervención educativa, el 72,5 % de los niños fue calificado de mal en cuanto al conocimiento sobre la forma correcta del cepillado; luego de aplicado el programa, el 86,2 % se calificó de bien. (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los niños sobre cepillado y uso del hilo dental

Conocimiento	Antes						Después						Wilcoxon
	Bien		Regular		Mal		Bien		Regular		Mal		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Forma correcta del cepillado	8	10,0	14	17,5	58	72,5	69	86,2	8	10,0	3	3,8	P=0,000
Frecuencia del cepillado	10	12,5	3	3,8	67	83,7	74	92,5	0	0	6	7,5	P=0,000
Uso del hilo dental	2	2,5	24	30,0	54	67,5	50	62,5	27	33,7	3	3,8	P=0,000

Analizando el aspecto sobre las causas de que enfermen las encías, se observó que el 70,0 % de los niños contestó mal antes de aplicado el programa educativo y luego de aplicado nuevamente el cuestionario, el 87,2 % respondió correctamente. (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los niños sobre enfermedad periodontal.

Conocimiento	Antes						Después						Wilcoxon
	Bien		Regular		Mal		Bien		Regular		Mal		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Causas de la enfermedad periodontal	9	11,3	15	18,7	56	70,0	70	87,2	9	11,5	1	1,25	P=0,000
Característica de la encía enferma	10	12,5	7	8,8	63	78,7	56	70,0	14	17,5	10	12,5	P=0,000

Antes de aplicado el programa educativo solo el 7,5 % de los niños conocía las causas que provocan las maloclusiones y luego de aplicado este, el 88,7 % las identificó correctamente. (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los niños de sobre hábitos perjudiciales

Conocimiento	Antes						Después						Wilcoxon
	Bien		Regular		Mal		Bien		Regular		Mal		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Causas de las maloclusiones	6	7,5	13	16,2	61	76,3	71	88,7	6	7,5	3	3,8	P=0,000
Factores que dañan los tejidos blandos	6	7,5	34	42,5	40	50,0	66	82,5	12	15,0	2	2,5	P=0,000

En un primer momento el IHB se calificó de mal en la mayoría (73,7 %) de los niños, de regular en el 20,0 % de ellos, y de bien en el 6,3 %. Esto logró revertirse en buena medida, luego de aplicar el programa, mostrando diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 5).

Tabla 5. Índice de higiene bucal de Love en los niños

Evaluación	Antes		Después		Wilcoxon
	No.	%	No.	%	
Bien	5	6,3	65	81,3	
Regular	16	20,0	14	17,4	p=0,000
Mal	59	73,7	1	1,25	

Se observaron diferencias moderadamente significativas (p=0,06) para las variables concepto de promoción y malos hábitos como causa de alteraciones, entre otras, al comparar los resultados antes y después de la intervención. En lo concerniente a las acciones estomatológicas, si deben ser curativas o preventivas y a la finalidad de la aplicación del flúor, se obtuvo una variación altamente significativa p=0.13. (Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de conocimiento de los maestros sobre salud bucal

Conocimientos		No.	McNemar
Antes	Después		
Concepto promoción	Concepto promoción	10	0,06
Imparte la educación para la salud bucal	Imparte la educación para la salud bucal	10	0,02
Las acciones estomatológicas deben ser curativas o preventivas	Las acciones estomatológicas deben ser curativas o preventivas	10	0,13
Importancia de la promoción de Salud bucal	Importancia de la promoción de Salud bucal	10	0,06
Los malos hábitos provocan alteraciones	Los malos hábitos provocan alteraciones	10	0,06
Finalidad del flúor	Finalidad del flúor	10	0,13
La caries es la enfermedad más frecuente	La caries es la enfermedad más frecuente	10	0,06
Alimentos cariogénicos	Alimentos cariogénicos	10	0,03

De forma general, la evaluación del nivel de conocimientos de los niños fue satisfactoria, pues la categoría de bien se elevó del 28,7 % al 97,5 %, para una diferencia estadística altamente significativa. (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel de conocimiento de los niños sobre salud bucal

Evaluación	Antes		Después		Wilcoxon
	No.	%	No.	%	
Bien	23	28,7	77	96,3	
Regular	18	22,5	2	2,5	p=0.000
Mal	39	48,7	1	1,2	

Se elevó a la categoría de bien al 100 % de los maestros que participaron. (Tabla 8).

Tabla 8. Nivel de conocimiento de los maestros sobre salud bucal

Evaluación	Antes		Después		Wilcoxon
	No.	%	No.	%	
Bien	2	20,0	10	100	
Regular	3	30,0	0	0	p=0.000
Mal	5	50,0	0	0	

Al aplicar el instrumento grupo focal, la mayoría de los niños expresó que consideraban importante la salud bucal una vez que se les había instruido; del primer grupo, 7 manifestaron lo interesante de los temas con frases como “no sabía que la caries la causaban las bacterias”, “creía que los dientes de leche se podían extraer sin importancia”, “es importante no fumar ni comer muy caliente”; dos de los niños del segundo grupo expresaron que los dientes son muy importantes para el desarrollo del cuerpo y las relaciones entre las personas. En cuanto al análisis del software, todos manifestaron que les gustaba aprender a través de la computadora, porque podían ver figuras relacionadas con lo que aprendían y videos de cómo cepillarse, además de contestar preguntas acerca de lo aprendido.

DISCUSIÓN

En la literatura científica, tanto cubana como extranjera, pueden encontrarse muchas estrategias similares, con variaciones en cuanto a población y ubicación geográfica. La esencia suele ser siempre la misma: lograr cambios en el pensar y actuar de los sujetos, sobre la base de una concepción preventiva más que curativa de la estomatología. En el caso de esta investigación, los autores se han nutrido de experiencias precedentes, aunque también se incluyen nuevos elementos.

Al analizar los conocimientos de los niños acerca de algunos aspectos puntuales relacionados con la caries dental, se observaron cambios significativos al contrastar las respuestas antes y después de la intervención, los cuales denotaron el aprendizaje adquirido mediante los métodos empleados. Con respecto a esta variable otros autores cubanos han publicado similares resultados.[4,6] De igual manera sucedió con los conocimientos sobre cepillado y uso del hilo dental, hábitos que el niño debe desarrollar de manera correcta para que el resultado sea efectivo. Específicamente el uso de hilo dental es un tema poco tratado, tal vez por ser un aspecto difícil de manejar, al ser más complicado para los niños el hecho de lograr acceder a zonas de difícil acceso y para cuya limpieza no basta con el cepillado.[7]

El conocimiento de los niños sobre la enfermedad periodontal, es ya un aspecto más complejo, al

estar relacionado con los factores de riesgo y síntomas de esta enfermedad, es decir, supone un conocimiento más profundo y más difícil de encontrar en la mayoría de las personas; así, los niños se encuentran también desprovistos de esa información. Existe un estudio relacionado con esto de manera específica, cuyo propósito fue determinar la efectividad de un programa educativo sobre prevención de gingivitis asociada a placa bacteriana utilizando títeres como ayuda educativa, en 110 niños de cinco, seis y siete años de edad;[8] dicho estudio mostró buenos resultados, al igual que el nuestro, pues fue posible constatar, por parte de los niños, el reconocimiento de los factores de riesgo y en especial de la placa dentobacteriana. También adquirieron nociones sobre las características de la encía enferma, lo que los pone en condiciones de detectar a tiempo estadios tempranos de la enfermedad periodontal, como la gingivitis.

También fueron analizados los hábitos perjudiciales que afectan el equilibrio del aparato estomatognático, en especial los que causan las maloclusiones y los que dañan los tejidos blandos. Para evitar las maloclusiones es necesario conocer las causas que las provocan, como son la pérdida prematura de los dientes temporales, el uso del tete o biberón, el hábito de succión digital y la respiración bucal. Estos contenidos también fueron transmitidos a los niños mediante las diferentes acciones didácticas desarrolladas, quedando así en condiciones de evitar algunas de estas deformidades del aparato estomatognático. También se trabajó con las causas que dañan los tejidos blandos de la cavidad bucal; luego de aplicada la estrategia los niños estuvieron en condiciones de reconocer como factores de riesgo asociados el hábito de fumar, el alcohol y los alimentos calientes. En un estudio similar, Fernández Martínez[9] intervino en niños con hábitos deformantes y expuso resultados similares a los de este estudio.

Inicialmente, se observó que la mayoría de los niños presentó un IHB deficiente; una vez que se implementó el programa, los resultados se invirtieron para bien, similar a lo ocurrido en el estudio de García Álvarez[4] al emplear técnicas afectivo-participativas con el mismo fin. Este factor es muy importante pues tanto la caries como otras enfermedades de la cavidad bucal, tienen como base una mala higiene bucal.

Durante la niñez debe guiarse adecuadamente el trabajo de educación para la salud, pues si se fomentan comportamientos positivos en esta etapa, no habrá que modificarlos en etapas posteriores de la vida, lo cual se convierte en un proceso más difícil y complejo; de aquí la importancia de aplicar programas educativos que se hagan extensivos a maestros, educadores en general. Los conocimientos de los maestros acerca de la salud bucal, evaluados antes y después de la intervención, muestran diferencias moderadamente significativas para las variables concepto de promoción, relación de hábitos y caries. En cuanto al concepto de promoción, muchos lo relacionaron antes de la intervención con los resultados numéricos obtenidos de las evaluaciones en sus clases, logrando después de la intervención resultados favorables. También mejoró la apreciación de los maestros respecto a la aplicación de la promoción de salud bucal en las escuelas, la correcta apreciación de la influencia negativa de los malos hábitos bucales y de la caries dental en los problemas de salud del niño. Otros estudios[4,6] también han analizado este aspecto al examinar los conocimientos sobre salud bucal del personal docente, y han expuesto el bajo índice de información, evidenciado por las encuestas. Ello justifica que las estrategias de intervención educativa estén dirigidas también a los maestros.

De forma general, la evaluación del nivel de conocimientos de los niños después de aplicar el programa, fue satisfactoria, lo cual demuestra la efectividad de las acciones realizadas en esta investigación. Así mismo ocurrió en el caso de los maestros, lo cual reviste una gran importancia, pues son ellos junto con la familia los responsables de la educación y la formación integral de los pequeños. Otros autores[4,10,11] también lograron elevar el nivel de conocimiento de los niños al realizar intervenciones educativas, con similares medios y técnicas de aprendizaje; lo mismo para el caso de maestros, cuidadores, padres,[4,6,12] convertidos en algunos casos en promotores de salud, como en este estudio.

Puede concluirse que la intervención fue efectiva, ya que con la aplicación del programa educativo, los niños y maestros adquirieron nuevos conocimientos de salud bucal, referentes a alimentación adecuada, cepillado y uso del hilo dental, enfermedad de las encías, maloclusión y causas que dañan los tejidos bucales, poniéndolos en condiciones de realizar acciones de autocuidado y mantener así la salud bucal.

ANEXO I

Encuesta dirigida a los maestros

La presente encuesta tiene como finalidad realizar una investigación sobre salud bucal. Agradecemos su cooperación y sinceridad al responderla.

1. Exprese lo que entiende por:
   a) Salud
   b) Enfermedad
   c) Promoción
   d) Prevención de enfermedades
2. ¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud bucal?
3. En su opinión, las acciones odontológicas deben ser:
   _____Principalmente curativas
   _____Principalmente preventivas
4. ¿Considera importante hacer promoción de salud bucal en la escuela?
   _____Sí
   _____No
5. Los malos hábitos bucales están relacionados con otros problemas de salud del niño.
   _____Sí
   _____No
6. El flúor que se aplica a los niños y niñas en buchadas al 2% tiene como finalidad:
   _____Eliminar las bacterias que producen las caries.
   _____Hacer el diente resistente a la acción de las bacterias.
7. En nuestro medio la enfermedad bucal más frecuente es la caries.
   _____Sí
   _____No
8. Complete las frases:
   a) La causa fundamental de la aparición de la caries y enfermedad de la encía es_____.
   b) Los alimentos que más favorecen la formación de caries son _____.

ANEXO II

Encuesta de conocimientos sobre salud bucal para estudiantes del 6to grado

Querido amiguito, necesitamos que contestes las siguientes preguntas que nos permitirán conocer lo que sabes sobre tu salud bucal y así poder enseñarte cómo mantener saludables tus dientes y otras partes de la boca. Marca con una cruz la respuesta que consideres correcta (solo una). Gracias.

1. ¿Cuando crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?
   _____Cuando tienes dolor de muelas.
   _____Dos veces al año a revisarte.
   _____Cuando tienes caries dental (diente o muela picada) y no te duele.
2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?
   ____Hay que curarla porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, hablar, y lucir bien.
   ____No importa curarla porque luego te sacas la muela.
   ____Hay que curarla porque luego duelen los dientes y muelas.
3. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?
   ____Refrescos, batidos.
   ____Dulces, caramelos, panes.
   ____Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos.
4. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?
   ____Cepillarse todos los dientes dos veces al día después de las comidas.
   ____Cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, o sea, después de cada comida y antes de acostarse.
   ____Masticar chicles.
5. El cepillado correcto se realiza:
   _____De izquierda a derecha (horizontal).
   _____De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (de encía a diente) incluyendo la lengua.
   _____De forma circular por todos los dientes.
6. El cepillado basta con realizarlo:
   ____Al levantarse y acostarse.
   ____Después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.
   ____Antes de desayunar.
7. El hilo dental se usa para:
   ____Limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos.
   ____Limpiar solamente entre las muelas.
   ____Limpiar todos los dientes, entre uno y otro, donde no penetra el cepillo.
8. Las encías se enferman por:
   ____Masticar los caramelos.
   ____Los microbios que quedan sobre la encía al no cepillarse.
   ____Comerse las uñas.
9. Las encías están enfermas cuando:
   ____Están muy pálidas.
   ____Son rosadas y pegadas al diente.
   ____Están rojas, sangran, y se inflaman.
10. Las malas posiciones (dientes botados) o malas oclusiones pueden ser provocadas por:
    ____Solo comer alimentos blandos y no masticar.
    ____Succionar el tete, biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo.
    ____Respirar correctamente por la nariz.
11. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan (se forman llaguitas) por:
    ____Comer alimentos muy calientes, fumar, e ingerir bebidas alcohólicas.
    ____Tomar alimentos muy fríos como helados.
    ____Tener los dientes cariados (picados).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. In: Sosa Rosales M. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

2. Sosa MC. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población [Internet]. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2009. [cited 21 Jun 2013] Available from: http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-atenc-estomatol-integr-2009.pdf.

3. Albert Díaz JF, Blanco Díaz B, Otero Rodríguez I, Afre Socorro A, Martínez Núñez M. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria Gerardo Medina. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2009 [cited 21 Jun 2013] ; 13 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200010&lng=es.

4. García Álvarez OL, Sexto Delgado NM, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur [revista en Internet]. 2008 [cited 21 Jun 2013] ; 6 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020309006.pdf.

5. Carranza FA, Perry DA. Periodontología Clínica de Glickman. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982.

6. Díaz Y, Hidalgo I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2011 [cited 21 Ene 2011] ; 33 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/ano 2011/vol1 2011/tema08.htm.

7. Salud Bucal del preescolar y escolar [Internet]. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2011. [cited 21 Jun 2013] Available from: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf.

8. Ávila Herrera SR. Influencia del programa educativo Sonríe feliz sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio José Olaya Balandra, distrito de Mala, 2009 [Tesis]. Lima: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal; 2011. [cited 21 Jun 2013] Available from: http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILAHERRERA.pdf.

9. Fernández Martínez J. Evaluación de la intervención de salud bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 2008. [cited 30 Abr 2010] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/habitosdeformantes.pdf.

10. González Ariza S, Gonzalo Álvarez L, Amaya Bustamante A, Atuesta Durán C, Betancur Salgado G, Maya Uran D, et al. Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. Revista Colombiana de Investigación en Odontología [revista en Internet]. 2009 [cited 21 Jun 2013] ; 1: [aprox. 20p]. Available from: http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/49.

11. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [cited 21 Jun 2013] ; 14 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014&lng=es.

12. Martínez González F, Barrios Sierra CC, Salinas Morales LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2011 [cited 21 Jun 2013] ; 53 (3): [aprox. 20p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es.