

“ LA INFLUENCIA EN LA HIGIENE BUCAL DE UN HERMANO (A), DE UN GRUPO FAMILIAR, DE UN PROGRAMA EDUCATIVO IMPARTIDO AL HERMANO (A) MAYOR DEL GRUPO FAMILIAR ”

TESIS PRESENTADA POR

DORA AMELIA BARRIOS ARANGO

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE PRACTICO EL
EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, JULIO DEL 2000.

DL
09
T(1471)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barrillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. César A. Mendizabal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dra. Miriam Samayoa Sosa
Vocal tercero:	Dr. Ricardo Sánchez Avila
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A MIS PADRES:

Mario Enrique Barrios Juárez
Dora Alicia Arango de Barrios
Por todo el amor que me han brindado, sus múltiples esfuerzos y sacrificios siendo este acto un triunfo de ustedes.

A MIS HERMANOS:

Carlos Emilio y Mario Rubén. Por su amor y apoyo que me han ofrecido siempre.

A MI ABUELITA:

Amelia Juárez de Barrios. Con especial cariño y aprecio.

**A LA MEMORIA DE
MIS ABUELITOS:**

Mariano Barrios Meoño
Carlos Arango Fernández
Lupita Sánchez de Arango.

Y A MI FAMILIA EN GENERAL.

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**A TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON A MI FORMACIÓN
PROFESIONAL**

**A TODOS MIS AMIGOS Y AMIGAS POR SU AMISTAD SINCERA Y
APOYO EN TODO MOMENTO**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de Tesis titulado
‘LA INFLUENCIA EN LA HIGIENE BUCAL DE UN HERMANO (A), DE UN
GRUPO FAMILIAR, DE UN PROGRAMA EDUCATIVO IMPARTIDO AL
HERMANO (A) MAYOR DEL GRUPO FAMILIAR’, conforme lo demandan los
estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título
de:

CIRUJANO DENTISTA.

Expreso mi agradecimiento a la Dra. Miriam Samayoa Sosa, por la colaboración
prestada en la orientación y asesoramiento de mi trabajo de investigación, así
como a los Doctores Víctor Hugo Lima Sagastume, Mauricio Guillén Fernández y
Carlos Alvarado Cerezo.

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban
mis más altas muestras de consideración y respeto.

HE DICHO.

INDICE

	No. Página
1. Sumario.....	1
2. Introducción.....	3
3. Planteamiento del problema.....	4
4. Justificación.....	5
5. Revisión de literatura.....	6
5.1. La familia.....	6
5.1.1. Concepto de la familia.....	6
5.1.2. Importancia de la familia.....	6
5.1.3. Rol del niño.....	7
5.2. Educación.....	8
5.2.1. La comunicación y su relación con la salud bucal...	8
5.2.1.a. Obstáculos en la transmisión de un mensaje.....	9
5.2.1.b. Retroalimentación.....	9
5.2.2. Comunicación en el proceso enseñanza-aprendizaje	10

5.2.3. Principios y problemas de la comunicación en salud	
Bucal.....	11
5.2.4. Principios para persuadir al público.....	11
5.2.4.1. Crear una estructura cognoscitiva favorable.....	12
5.2.4.2. Factores que reducen la posibilidad de establecer una estructura cognoscitiva favorable.....	13
5.2.4.3. Crear una estructura motivacional adecuada.....	14
5.2.4.4. Crear una estructura de comportamiento apropiada	15
5.2.5. Promover apoyo al grupo.....	16
5.2.6. Fortalecer la decisión de cambiar la conducta.....	16
5.2.7. Algunos aspectos de la comunicación en relación a una buena salud bucal.....	17
6. Objetivos.....	20
6.1. Objetivo general.....	20
6.2. Objetivos específicos.....	20
7. Hipótesis.....	21
7.1. Variables de la hipótesis.....	21
7.1.1. Variable independiente.....	21
7.1.2. Variable dependiente.....	21

7.2. Definición de las variables.....	22
7.3. Indicadores de las variables.....	22
8. Metodología.....	23
8.1. Población de estudio.....	23
8.2. Tamaño de la muestra.....	23
8.3. Selección de la muestra.....	24
8.4. Ética de la investigación.....	25
8.5. Procedimiento de campo.....	25
8.5.1. Evaluaciones iniciales.....	25
8.5.2. Ejecución y realización del programa educativo.....	25
9. Presentación y discusión de resultados.....	26
10. Conclusiones.....	52
11. Recomendaciones.....	54
12. Anexos.....	55
13. Referencias Bibliográficas.....	69

SUMARIO

En el presente trabajo se evaluó la influencia que tiene en la higiene bucal en el hermano menor de un grupo familiar, un programa educativo impartido al hermano mayor.

Para ello se trabajó con una población escolar integrada por 120 niños siendo éstos hermanos mayores de un grupo familiar que cursan el 6to. Grado y sus hermanos menores (mayores de 7 años) que estudian en la misma escuela inscritos en el ciclo escolar del 2000.

El estudio se realizó en dos Escuelas Primarias Mixtas con similares características en ubicación, localización, y nivel socioeconómico de los escolares. Se establecieron dos grupos de estudio, un primer grupo en la Escuela " Oscar de León Palacios " denominado GRUPO EXPERIMENTAL integrado por 60 alumnos (30 hermanos mayores y 30 hermanos menores) y un segundo en la Escuela " Tipo Guatemala " denominado GRUPO CONTROL con el mismo número de integrantes ambas pertenecientes al municipio de Coatepeque, departamento de Quetzaltenango

Los hermanos mayores de un grupo familiar que integraron el grupo experimental, recibieron un Programa Educativo en Salud Bucal, hasta alcanzar una reducción del 50% del Índice de Placa Dentobacteriana del obtenido al inicio del estudio y aprobaron la evaluación teórica de conocimientos en salud bucal.

Los hermanos mayores del grupo control recibieron también el programa educativo en salud bucal a los quince días de concluido el mismo en el grupo experimental.

Luego se determinó la influencia que tiene el hermano mayor en la higiene bucal de su hermano menor, cuando los hermanos mayores han participado en un programa educativo en salud bucal, y han reducido sus niveles de placa dentobacteriana.

Se realizó una evaluación clínica inicial del índice de placa dentobacteriana y se obtuvo una mediana de 95 superficies con placa dentobacteriana en el grupo integrado por los hermanos menores del grupo experimental y en el grupo control hermanos menores una mediana de 97 superficies con placa dental; a la evaluación clínica a los 15 días se obtuvo una mediana de 28 superficies afectadas con placa dentobacteriana en los hermanos menores integrantes del grupo experimental, mientras que en los hermanos menores del grupo control se obtuvo una mediana de 78 superficies afectadas con placa dentobacteriana.

La diferencia entre las medianas de superficies con placa dentobacteriana de los hermanos menores del grupo experimental y control son estadísticamente significativas. La prueba de Mann Whitney presentó un valor de $z = 6.68$, a una probabilidad menor de 0.05

Los resultados obtenidos muestran un efecto reductor en los niveles de placa dentobacteriana encontrado en forma significativa en los niños cuyos hermanos mayores recibieron un programa educativo en salud bucal que en aquellos cuyos hermanos no lo recibieron.

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de problemas estomatológicos en Guatemala, hace indispensable el promover la divulgación de los conocimientos que se tienen actualmente sobre las principales afecciones en la cavidad bucal, como lo son la caries dental y la enfermedad periodontal. (1) En Guatemala los recursos dedicados a la Odontología, tanto humanos como económicos, son muy escasos, lo cual no permite llegar a los diferentes grupos de la población, entre estos los grupos familiares. Los Programas Educativos en Salud Bucal que busquen maximizar en recursos y que involucren grupos familiares son también escasos.

Es por eso que el presente estudio consistió en dirigir un programa en salud bucal a los hermanos mayores de una familia, con el propósito que a través de ellos se fomente la higiene bucal de sus demás hermanos menores. El estudio se realizó en los alumnos de 6to. grado y sus hermanos menores de las Escuelas "Oscar de León Palacios" y la "Tipo Guatemala" ambas en el municipio de Coatepeque, departamento de Quetzaltenango. Se estudiaron 120 alumnos inscritos en el ciclo escolar 2000, de los cuales 60 conformaron el Grupo Experimental de la Escuela "Oscar de León Palacios" y 60 del Grupo Control de la Escuela "Tipo Guatemala".

Los alumnos integrantes del grupo hermanos mayores del grupo experimental recibieron un programa educativo en salud bucal, el otro grupo de hermanos mayores del grupo control lo recibieron al finalizar el programa en el grupo experimental. Se realizaron evaluaciones clínicas de placa dentobacteriana en los niños de ambos grupos los cuales fueron analizados y comparados entre sí.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El grupo familiar es el soporte y base fundamental en el desarrollo del niño. Dentro de este núcleo familiar el niño va adquiriendo la conciencia de sí mismo y de su capacidad para vivir en la sociedad, en donde los padres y hermanos mayores son los agentes estimuladores naturales del desarrollo del niño. (18)

Estudios realizados en el país " Encuesta Nacional sobre Salud Bucal en los escolares de Guatemala " y " Programa de salud bucal dirigido a madres; su efecto en el control de la higiene bucal de sus hijos (5-7 años) " reportan que los niños indican a las madres como las principales proveedoras de información sobre salud bucal, pero también indican a otras personas como son los padres, hermanos, parientes. (10)

Actualmente en Guatemala la práctica odontológica debería enfatizar que es a través de la prevención que se logran los mejores resultados en cuanto a salud bucal se refiere, y que una de las principales formas de prevención de caries y enfermedad periodontal, es por medio de la educación en salud bucal. (18)

Es por ello que en este trabajo se estudió la influencia que tiene sobre la higiene bucal en el hermano menor de un grupo familiar un Programa Educativo impartido al hermano (a) mayor del grupo familiar.

JUSTIFICACION

El desarrollo del niño es un proceso continuo e integral, donde influyen factores ambientales, socioculturales y aquellos aportados propios de cada niño. (18)

La influencia de estos factores en el estado de salud de los niños es muy importante y puede darse en ambos sentidos: en favor o en contra de la salud integral. (19)

En Guatemala, la mayoría de estudios existentes del tema de Salud Bucal orientados a grupos de la población, se han dirigidos a los grupos preescolares, escolares y maternoinfantil y no se han enfocado o se han enfocado poco a los grupos familiares, entre éstos a los hermanos de un grupo familiar como portadores de conocimientos de salud bucal.

En un estudio reciente titulado " Programa de Salud Bucal dirigido a Madres; su efecto en el control de la Higiene Bucal de sus hijos (5-7 años) ", se ha recomendado evaluar al niño como multiplicador de salud bucal en su familia. (1)

Es por ello que se hace necesario determinar si se puede tomar al hermano (a) mayor de un grupo familiar, como monitor en salud bucal y si el hermano mayor influye significativamente en el mejoramiento de la higiene bucal de sus demás hermanos. Esta información es vital para poder así implementar programas de salud bucal a los hermanos mayores y utilizarlos como monitores de salud bucal en su grupo familiar.

Programas de esta índole son necesarios sobre todo en países donde los recursos económicos y odontológicos en salud bucal son escasos, tal como es el caso de Guatemala.

5. REVISION DE LITERATURA

5.1. LA FAMILIA.

5.1.1. CONCEPTO DE LA FAMILIA.

Si se piensa en la familia como en un " Conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, en un mismo domicilio, sirviendo la casa como un punto localizado de sus actividades y su vida, " o se la relaciona " Con los vínculos de la sangre, de donde se deriva propiamente el concepto: La familia es una rúbrica que une a los individuos que llevan la misma sangre " se está, en el primero, ante un concepto popular, y en el segundo ante el concepto propio de la familia (4)

5.1.2. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA.

Cualquiera sea el concepto que se considere más aceptable de la familia, es innegable que a través de los siglos y en las actuales estructuras sociales, avanzadas o más o menos avanzadas, ha tenido y tiene singular importancia como centro o núcleo, según criterio generalizado, de toda sociedad organizada. No cabe duda que la familia juega un papel muy importante, no solo en el sentido anteriormente indicado, sino en un cúmulo de actividades del individuo, derivadas en gran medida de su situación familiar. (4)

El enfoque familiar es de particular importancia en salud, bienestar y desarrollo del niño debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional y la fuerte influencia negativa

que una familia disfuncional tienen sobre la salud integral pasada, presente y futura del niño. La aplicación del enfoque muestra a las combinaciones de circunstancias (positivas y negativas) y ayuda a definir intervenciones necesarias. De hecho, las interrelaciones e interdependencias de los varios miembros de la familia y el papel social de esta estructura en la preservación y transmisión de valores e identidad cultural son de gran valor para la salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes. (19)

5.1.3. ROL DEL NIÑO.

El desarrollo del niño se ve influenciado en gran manera por el comportamiento de los padres dentro del hogar. El niño está atendido a los padres en cuanto al cuerpo y a la mente con que nace y esto es lo que se llama herencia. Sin embargo la herencia no denota que el niño al nacer ya tenga su vida determinada en todo sentido y para siempre. Cada niño lleva en sí dotes que pueden o no desarrollarse según el ambiente en que crezca. De ahí que valga la pena que los padres se esfuercen por dar a sus hijos ocasión de desarrollar lo mejor que llevan en sí. Nada puede cambiar la herencia biológica del niño, pero la forma en que el pequeño desarrollará las dotes que posea, dependerá de la oportunidad y adiestramiento que se le ofrezca en el ambiente doméstico, en el hogar.

" No hay enseñanza que afecte tanto a los pequeños, como el comportamiento y la conversación de los familiares de más edad. Todo lo que el niño ve u oye o siente, es una experiencia de la cual agranda su mundo y se desarrolla. Es importante que el niño aprenda en cuanto sea posible haciendo algo. Es sorprendente que los niños a temprana edad pueden aprender, es por eso que la imitación es un factor tan importante en el desarrollo de un pequeño,

como la curiosidad. Casi todo lo que el niño hace, es por que ha visto a otro hacerlo. Los hábitos se adquieren por imitación. Un hábito es la tendencia a repetir un acto previamente realizado, una vez establecido, es fácil de seguir. Los hábitos se adquieren, no se heredan, por eso la importancia de enseñar por medio del ejemplo. (1)

Los hábitos de salud o higiene guardan relación con las otras tareas fundamentales del niño: comer, dormir, jugar, eliminar y mantener el cuerpo limpio y propiamente vestido. La mayor parte de estos hábitos deben ser adquiridos en los primeros años de la vida, y una vez aprendidos pueden durar toda la vida. (1)

5.2. EDUCACION.

5.2.1. LA COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL

Debido a la importancia que tiene para la presente investigación, a continuación se describen algunos aspectos fundamentales sobre el proceso de la comunicación.

La comunicación es un proceso fundamental y social que trata de todas las formas en que se efectúan el intercambio de las ideas y en que éstas se comparten.

En forma más simple el proceso de comunicación consiste en:

1. Un transmisor.
2. Un mensaje.
3. Un receptor o una serie de receptores.

Este es uno de los principios básicos de la teoría general de la comunicación: Que los signos pueden tener solamente el significado que la experiencia del individuo le permite leer en

ellos. Se puede elaborar un mensaje solamente con los signos que se conocen, y se puede dar a esos signos solamente el significado que se ha aprendido con respecto a ellos. A esta colección de experiencias y significados se le llama "Marco de Referencia" se dice que una persona puede comunicarse solamente en función de su propio marco de referencia. (2)

5.2.1.a. OBSTACULOS EN LA TRANSFERENCIA DE UN MENSAJE

El primer obstáculo que debe vencer el mensaje es que debe ser seleccionado entre todos los mensajes competidores. Si pasa esta prueba preliminar, puede ser aceptado o rechazado por parte del receptor lo cual dependerá de la forma que sea interpretada en función de su marco de referencia.

Pero existe todavía otro obstáculo que debe vencer el mensaje como lo es enfrentarse a la prueba de las normas y creencias del grupo al que pertenece el receptor, es decir, a su grupo de referencia integrado por su familia, su grupo de compañeros o trabajo, etc.

En una esfera nueva definida débilmente, hay una buena probabilidad de que un mensaje bien hecho logre lo que pretende. A esto se le llama aptitudes de canalización y deben tratar de orientarla en forma suave. Se recuerda que para lograr cualquier cosa de cierta importancia como un mensaje, el transmisor debe lograr que el receptor lo elija y le entienda, que le acepte y que pueda pasar la censura y las normas opuestas de los grupos aprendidos. (2)

5.2.1.b. RETROALIMENTACION:

Se entiende como la información que proviene, en retroceso del receptor al transmisor y le indica a éste como se desarrolla un mensaje. Hay una gran cantidad de retroalimentación en la comunicación personal y muy poca en la comunicación de medios de masas.

5.2.2. COMUNICACIÓN EN EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE:

El aprendizaje es sin lugar a dudas la piedra angular del fenómeno de la educación, consiste en un proceso de conexión de ideas y experiencias que tiene por objeto la información de hábitos y la adquisición de conocimientos. Puede afirmarse que el proceso de aprendizaje consta de tres etapas fundamentales:

1. La motivación.
2. La adquisición del contenido educativo.
3. La aplicación o transferencia de conocimientos.

Como se puede observar en estas tres etapas fundamentales, el emisor, es decir la persona que haga las veces de conferencista, profesor, etc. juega un papel muy importante en la primera etapa, ya que si no logra motivar lo suficiente a su auditorio, no podrá estar seguro que el contenido del mensaje que les envíe será bien recibido y consecuentemente no podrá llegar a la etapa de aplicación o transferencia a los mismos.

La motivación consiste en atraer y mantener la atención de la persona, e interesar al individuo o grupo de individuos en aprender algo. en crear una condición de ánimo especial, necesario para facilitar el mecanismo de la adquisición de los conocimientos.

La motivación tiene su fuente de origen y sus más sólidos fundamentos en las necesidades del hombre. La conservación de la salud, la protección de los peligros que encierra el medio ambiente, la utilidad de las cosas y el bienestar general, son motivaciones que despiertan, mantienen y vigorizan el interés y la atención.

Se debe tener cuidado que las intervenciones sean planeadas, dentro de un máximo de cuarenta y cinco minutos, ya que después de este periodo es imperativo un receso.

Es necesario lograr que el receptor utilice los conocimientos en salud bucal, la utilidad de las nociones y conceptos adquiridos es importante, ya que conviene señalar que el verdadero aprendizaje es aquel que procede de la experiencia, solo cuando se hace algo puede afirmarse que se sabe. (2)

5.2.3. PRINCIPIOS Y PROBLEMAS DE LA COMUNICACION EN SALUD BUCAL:

Educación sobre salud bucal: es proporcionar información y desarrollar habilidades en las personas de tal forma que las aplique en la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicología social los esfuerzos de educar en salud bucal constituyen una forma de influir en el público.

5.2.4. PRINCIPIOS PARA PERSUADIR AL PUBLICO:

A continuación se mencionarán cinco principios. Los tres primeros fueron formulados por Cartwright quien considera que para influir en la conducta de una persona no basta con que ella tenga información y motivación apropiada. Es necesario que éstos actúen sobre el comportamiento; solo cuando haya condiciones favorables con respecto a estos tres factores se inducirá una conducta nueva. (2)

Los factores los enuncian en la siguiente forma:

1. *Crear una estructura cognoscitiva favorable (información).*
2. *Crear una estructura motivacional favorable (motivación).*
3. *Crear una estructura favorable de conducta (acción).*

Zander a su vez menciona dos factores adicionales para asegurar que una vez se ha logrado un nuevo comportamiento, éste persista.

Los factores son:

1. Promover el apoyo o confirmación del grupo pertinente.
2. Fortalecer la decisión de cambiar la conducta.

5.2.4.1. CREAR UNA ESTRUCTURA COGNOSCITIVA FAVORABLE:

Se refiere a la forma como el individuo ve el mundo físico y social, incluye los hechos, conceptos, creencias y expectativas que posee una persona y las formas como se relacionan entre sí. En materia de salud bucal incluye las ideas e información que tiene una persona, por ejemplo lo que se sabe el paciente sobre la estructura y función de los dientes, causas de la caries dental y enfermedad de las encías, nociones o creencias sobre lo que piensa, lo que puede hacerse para corregir los defectos dentales y costos del tratamiento. Las personas actúan de acuerdo como ven los hechos y no necesariamente en términos de realidad objetiva se le puede informar a los pacientes sobre los riesgos de una higiene bucal deficiente o sobre los beneficios de la fluorización del agua potable y ocurre que él no acepte estos consejos.

A fin de establecer una estructura favorable deben ocurrir dos cosas:

1. El mensaje enviado debe llegar a los órganos de los sentidos de la persona.
2. Una vez que ha llegado a estos órganos el mensaje debe ser aceptado por la persona, como parte de su forma de pensar.

5.2.4.2. FACTORES QUE REDUCEN LA POSIBILIDAD DE ESTABLECER UNA ESTRUCTURA COGNOSCITIVA FAVORABLE:

Primero: Existe en la población un núcleo de personas resistentes a la comunicación, a las cuales es más difícil de alcanzar que cualquier otra persona, no importa el nivel o naturaleza de la información transmitida.

Segundo: Se observan patrones de uso de medios de educación en masa, en personas de diferentes condiciones sociales y educativas. Las personas menos educadas leen menos periódicos, revistas y libros, mas sin embargo éstas son las personas en cuyas ideas y comportamientos uno desea influir.

Tercero: Las personas interesadas son las que más información adquieren. Las personas a las cuales llegan programas educativos, son en gran parte los que menos los necesitarán.

Cuarto: Las personas interpretan la misma información en forma diferente.

El comunicador que trata de alterar la estructura cognoscitiva de otra persona debe presentar la información de manera que esté orientada hacia las creencias, opiniones y conocimientos del receptor. Si las ideas de una persona están debidamente organizadas y desprovistas de detalle, por ejemplo, la persona que tiene pocas ideas y escasa información sobre higiene bucal, al comunicador se le hace fácil presentar la información que pretende, como lo será, alcanzar una buena higiene bucal. Si por el contrario la persona a quien uno trata de influenciar, evidencia, poseer ideas e información bien organizada que contradicen el punto de vista del comunicador, es preferible usar otro enfoque, en este caso es preferible no intentar un cambio completo en las creencias, ideas e información del receptor.

En la enseñanza de pacientes dentales esto implica, que al tratar de modificar el pensamiento de alguien que tiene muchas ideas y hechos sobre el tópico, no importa cuantos errores posea, será relativamente inefectivo al tratar de atacar cada detalle de la información errónea. Es mejor determinar cuales son las principales nociones que posea la persona y que la ayuden a organizar su pensamiento en esta área, y abordar estas ideas para tratar de modificarlas.

(2)

5.2.4.3 CREAR UNA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL ADECUADA.

El segundo requisito de la persecución exitosa, es el de influir en los motivos de la audiencia, las personas solo actúan cuando están motivadas para ello, es decir cuando perciben que una acción determinada lo ayuda a lograr una meta trazada.

En relación a la salud bucal debido a una serie de factores motivacionales, el miedo al dolor resultante a la caries dental puede impulsar a ciertas personas a buscar servicios odontológicos preventivos. y a otras. el miedo al dolor asociado al tratamiento dental puede forzarlas a evadir el consultorio odontológico.

En vista que el receptor de un mensaje persuasivo debe ver la acción recomendada como una forma de lograr sus objetivos, el comunicador necesita:

1. Modificar las necesidades y objetivos de las personas, o cambiar su punto de vista u opiniones sobre qué acciones conducen a determinados objetivos.
2. Insistir en que acción determinada permitirá el logro de más de uno de los objetivos del receptor, aumentar la posibilidad de que se adopte a la estructura motivacional.

En el proceso de persuasión es muy importante que el comunicador se forme una imagen exacta del receptor, o por el contrario, tan simple, que pierda el interés. (2)

5.2.4.4. CREAR UNA ESTRUCTURA DE COMPORTAMIENTO APROPIADA.

Se considera la tercera tarea del comunicador, este principio, importante, estriba en que para obtener una acción deseada, es necesario que un sistema cognoscitivo y motivacional apropiado controlen la conducta de la persona por un tiempo determinado.

Hay personas que aceptan el curso sugerido en el mensaje, que evidencia el deseo de hacerlo y sin embargo no actúan, una razón es que la combinación de información y motivos que se deseen, controlen la conducta, constituyendo así el único sistema motivacional que posee el receptor.

Con mucha frecuencia hay que decidir entre diversos cursos de acción, hacer estos versus aquellos. Para ayudar a que el sistema cognoscitivo motivacional elegido, prevalezca y resulte en la conducta deseada existe tres pasos.

1. Conforme el mensaje defina con más especificidad el momento en el cual debe tomarse la acción, tanto más probable será que el sistema cognoscitivo motivacional apropiado guíe la conducta.
2. Conforme el mensaje defina con más especificidad la acción que conduzca a lograr la meta de la persona, habrá más probabilidad de que la estructura cognoscitiva y motivacional apropiada genere la conducta correcta.
3. La combinación apropiada de información y motivos puede hacer que controle el comportamiento confrontando a la persona con una situación que le obligue a decidirse a tomar o descartar la acción correcta.

5.2.5. PROMOVER APOYO AL GRUPO.

Esto es particularmente importante cuando se trata de influir en grupos de personas que cambien su conducta. Las presiones y normas del grupo pueden ser fuente de resistencia a las recomendaciones para pacientes individuales. Por ejemplo puede ser difícil de persuadir a un adolescente para hacerle un tratamiento de ortodoncia; cuando sus amigos y conocidos se burlen de pacientes que llevan esta clase de aditamentos en la boca.

5.2.6. FORTALECER LA DECISION DE CAMBIAR LA CONDUCTA.

En algunos casos el paciente después de cambiar la conducta, puede darse una situación de conflicto psicológico. A pesar de que puede reconocer la conveniencia de la decisión tomada, también puede estar consciente de que hay aspectos negativos de estas últimas y algunas características positivas de la alternativa rechazada.

Esto puede suceder aunque reconozca que hay ventajas obvias para su salud y apariencia. Un psicólogo le ha llamado a este estado Disonancia Cognoscitiva, ha postulado que es psicológicamente intolerable permanecer en esta situación y que la persona hará algo para olvidar la tensión resultante.

Cuando se está consciente puede ocurrir disonancia o conflicto post-decisión en los pacientes que ya han aceptado sus decisiones, puede tomar cierta medida la disonancia y preservar el cambio deseado. Por ejemplo se le puede dar algo de información al paciente y argumentos adicionales para aumentar la atracción de la alternativa escogida.

5.2.7. ALGUNOS ASPECTOS DE LA COMUNICACION EN RELACION A UNA BUENA SALUD BUCAL.

Para que los pacientes consigan un control excelente y una buena salud bucal es preciso que estén interesados, reciban las instrucciones pertinentes y puedan físicamente administrar los métodos prescritos.

En odontología preventiva existen cuatro postulados que determinan el éxito de los programas de control de placa bacteriana:

1. Que el paciente entienda.
2. Que las medidas recomendadas al paciente sean accesibles a él.
3. Que desarrolle habilidad manual.
4. Que exista motivación.

Para poder lograr un control efectivo de placa bacteriana se requiere del establecimiento de una efectiva relación paciente-dentista y de una instructoría propia.

Para poder establecer dicha relación es necesario seguir un proceso determinado.

- Establecer la filosofía del programa: Es necesario señalar al paciente hacia donde vamos. Prevenir antes de lamentar.
- Establecer los objetivos: las metas que nos proponemos con nuestros pacientes.
- El uso de la psicoterapia: el entendimiento de las características de la personalidad de cada paciente, incluye conocimiento de la estructura cognoscitiva que en materia de salud bucal tiene.

Con respecto al postulado No. 1 es necesario la utilización de un lenguaje odontológico apropiado, para comunicarse es necesario usar el mismo lenguaje, existe una tendencia marcada a usar lenguajes diferentes en la comunicación de la salud bucal, con frecuencia el dentista utiliza

un lenguaje especializado que el paciente no entiende, aquí se hace necesario obtener la retroalimentación para completar el ciclo comunicativo, si el dentista no lo tiene espontáneamente lo deberá conseguir a través de preguntas directas, para obtener la retroalimentación del paciente no basta con preguntar si comprendió lo dicho. Lo deseable es que el dentista interroge al paciente de tal manera que éste tenga que utilizar constantemente la información, en vez de limitarse a expresarse verbalmente para que la comprenda.

Con relación al segundo postulado hay que tomar en consideración las condiciones sociales, económicas y culturales que prevalezcan en la mayoría de la población guatemalteca, por ejemplo: recetar un cepillo muy caro, cuando en el mercado local existen cepillos dentales tan buenos y durables como aquél.

Con relación al tercer postulado, que desarrolla habilidad manual, con mucha frecuencia se le dice al paciente: practique buenas medidas de higiene bucal, pero no se le dice cuales son en el momento, ni como hacerlo, ni mucho menos se evalúa si se hace o se aprendió.

Con relación al tercer postulado, que desarrolla habilidad manual, con mucha frecuencia se le dice al paciente: practique buenas medidas de higiene oral, pero no se le dice cuales son en el momento, ni como hacerlo, ni mucho menos se evalúa si se hace o se aprendió. '

Con relación al control de placa bacteriana se requiere de una participación activa del paciente. El paciente debe de ser un sujeto activo del aprendizaje, "se aprende haciendo", debe recordarse que el aprendizaje controlado por recompensa, es preferible al controlado por castigo.

Con relación al postulado No. 4 de la motivación, consiste en crear en el paciente, una conducta favorable a sus necesidades de salud bucal, las personas solo actúan motivadas para ello, es decir cuando aprecien que una acción determinada los ayudará a lograr una meta personal. (2, 3)

Numerosos estudios realizados han definido con precisión el papel que desempeñan los diversos sentidos como conductos a través de los cuales se realiza el aprendizaje.

La mayor parte de los autores sostienen que la participación porcentual de los sentidos en el hecho educativo es como sigue:

- a). Sentido de la Vista45 %.
- b). Sentido del Oído.....25 %.
- c). Sentido del Tacto.....15 %.
- d). Sentido del Olfato.....10 %.
- e). Sentido del Gusto.....5 %.
- Adquisición de los conocimientos.....100 %.

El valor de la educación espontanea radica en el cúmulo de experiencias objetivas que despiertan, atraen y mantienen el interés de los individuos y predisponen el ánimo para la adquisición del saber. Los auxiliares didácticos son el componente necesario indispensable de las modernas técnicas educativas, su objetividad, su aplicación práctica y su poder sugestivo se asemeja y se familiarizan a la enseñanza con la vida real. (2)

Antes de enseñar al paciente que hacer, debe saber por que lo hace, la enseñanza de las técnicas adecuadas de la higiene bucal no es suficiente, es preciso que el paciente comprenda que es la caries y la enfermedad periodontal, sus efectos, que él es propenso a éstos y que puede hacer para protegerse. Debe ser motivado para que desee mantener limpia su boca, para su propio beneficio y no para agradar al odontólogo. Hay que dejar totalmente claro que la finalidad del control de placa bacteriana es la salud bucal y no simplemente el desarrollo de la habilidad manual.

Los pacientes pueden abstenerse tanto en tratar de imitar las técnicas de higiene bucal que pierden de vista sus propósitos.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL.

- 6.1.1. Determinar la influencia que ejerce un Programa Educativo, impartido al hermano (a) mayor de una familia, sobre la Higiene Bucal de su hermano menor.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 6.2.1. Reducir el índice de placa dentobacteriana al menos en un 50% del índice Inicial en los escolares hermanos mayores del grupo experimental.
- 6.2.2. Determinar si los índices de placa dentobacteriana del hermano menor de los escolares del grupo experimental se reducen significativamente comparados con la reducción de los índices de placa dentobacteriana del hermano menor en el grupo control.
- 6.2.4. Describir los resultados de acuerdo a : Sexo, edad y número de hermanos.

7. HIPOTESIS

El Índice de Placa dentobacteriana se reduce significativamente en el hermano menor de un grupo familiar después de impartirse un Programa Educativo en Salud Bucal a su hermano mayor.

7.1. VARIABLES DE LA HIPOTESIS

7.1.1. Variable Independiente :

Programa Educativo en Salud Bucal dirigido al hermano mayor de un grupo familiar.

7.1.2. Variable Dependiente :

El Índice de Placa Dentreobacteriana .

7.2. DEFINICION DE LAS VARIABLES

7.2.1. Programa Educativo en Salud Bucal dirigido al hermano mayor.

7.2.2. El número de superficies dentales con placa dentobacteriana en el escolar hermano menor.

7.3. INDICADORES DE LAS VARIABLES

7.3.1. PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD BUCAL:

Que el hermano mayor en el grupo experimental participe en un programa educativo en salud bucal teórico-práctico hasta alcanzar una reducción de por lo menos un 50 % del Índice de IPB inicial y aprobación de la evaluación teórica de conocimientos en Salud Bucal.

7.3.2. NUMERO DE SUPERFICIES CON PLACA BACTERIANA.

La suma de las superficies con placa dentobacteriana encontradas en las evaluaciones clínicas.

8. METODOLOGIA

8.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población de este estudio la integraron los escolares de 6to. grado que son hermanos mayores de un grupo familiar y sus hermanos menores (mayores de 7 años), hijos de madres con un nivel de conocimiento bajo en salud bucal y que estudian en el año 2000 en las Escuelas "Oscar de León Palacios" y "Tipo Guatemala" pertenecientes al municipio de Coatepeque del departamento de Quetzaltenango.

8.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se determinó en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N c^2 * Var}{Le^2 * \left[\frac{N-1}{1} \right] + \left[\frac{N c^2 * Var}{N} \right]}$$

DESCRIPCION DE LA FORMULA.

n = tamaño de la muestra.

$N c$ = nivel de confianza deseado.

Var = variabilidad estimada a partir de los parámetros conocidos.

Le = limite de error deseado.

N = número total de escolares que sean hermanos mayores, de 6° y que sus madres tengan bajo nivel de conocimientos en Salud Bucal.

Obteniéndose como número mínimo de escolares a estudiar de 30 hermanos mayores y 30 hermanos menores en el grupo experimental y similar número en el grupo control, dando un total de 120 escolares.

8.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para la selección de los escolares participantes en el estudio, inicialmente se citó a las madres de todos los niños de 6to. grado primaria, de las escuelas participantes y a dichas madres se les realizó una evaluación teórica de conocimientos en salud bucal, y se clasificó a las madres de acuerdo a los resultados obtenidos como:

Pobre conocimiento si obtiene de 0 a 59 puntos, mediano conocimiento de 59 a 79 puntos, alto conocimiento de 80 a 100 puntos.

Para la selección de los niños, se tomaron en cuenta solamente a aquellos cuyas madres tuvieron un pobre conocimiento en salud bucal.

Se seleccionaron un total de 60 escolares de sexto grado de ambos sexos, que eran hermanos (a) mayores de un núcleo familiar y sus hermanos menores (mayores de 7 años) que estudiaban en la misma escuela.

La selección y asignación de los escolares participantes de ambas escuelas se realizó en forma aleatoria y en dos grupos, un Grupo Experimental de la Escuela Oscar de León Palacios y el otro Grupo Control de la Escuela Tipo Guatemala.

8.4. ETICA DE LA INVESTIGACION.

Previo a la realización del trabajo de investigación se sostuvo pláticas con los respectivos Directores y Maestros encargados, y los padres de familia de los niños que integraron los grupos de estudios de cada institución donde se realizó el trabajo de campo de la tesis, informándoles en lo que consistiría el estudio, haciendo énfasis en que solo abarcaría pláticas y prácticas con relación a su higiene bucal y no se pondría en riesgo alguno la vida del niño. Así mismo se les pidió consentimiento escrito para autorizar la participación de sus hijos.

8.5 PROCEDIMIENTO DE CAMPO.

8.5.1. EVALUACIONES INICIALES.

Inicialmente se realizó una evaluación teórica de conocimientos en salud bucal en todos los escolares que eran hermanos mayores tanto del Grupo Experimental como del Grupo Control.

Se determinó por medio de una evaluación clínica el índice de placa dentobacteriana en todos los escolares tanto hermanos mayores como menores en ambos grupos experimental y control, luego se les obsequió un cepillo y pasta dental a los niños integrantes de ambos grupos. (Anexo 3, ficha de control de IPB).

8.5.2. EJECUCION Y REALIZACION DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD BUCAL.

Se implementó un programa educativo teórico-práctico en salud bucal, en los hermanos mayores del Grupo Experimental, se impartieron charlas y se realizaron prácticas de cepillado dental diariamente, hasta alcanzar una reducción de por lo menos un 50% del Índice de IPB

inicial y obtener 60 puntos en la evaluación teórica de conocimientos en salud bucal. (Anexo 1, Programa Educativo, Anexo 2 Evaluación teórica de conocimientos).

Concluido el Programa Educativo en los hermanos mayores del Grupo Experimental se realizaron durante un período de 8 días prácticas de cepillado dental diariamente, período en el cual hubo una reducción del 50 % del Índice de IPB en los hermanos mayores del Grupo Experimental de la obtenida al inicio del programa educativo realizándose también una evaluación clínica en todos los hermanos mayores y menores de ambos grupos y a los 15 días de haber concluido en programa educativo se realizaron controles de placa dentobacteriana por medio de una evaluación clínica en los hermanos mayores y menores en los dos grupos experimental y control en ambas escuelas para poder así determinar la influencia del hermano mayor en la higiene bucal de su hermano menor.

Después se impartió el Programa Educativo en los escolares integrantes del Grupo Control.

9. PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Se estudiaron 120 alumnos inscritos en el ciclo escolar 2000, de los cuales 60 conformaron el Grupo Experimental de la Escuela “ Oscar de León Palacios ” y 60 del Grupo Control de la Escuela “ Tipo Guatemala ” del municipio de Coatepeque del departamento de Quetzaltenango.

Los grupos experimental y control se integraron en 30 niños que eran hermanos mayores y los otros 30 niños hermanos menores inscritos en la misma escuela.

Los resultados se presentan a continuación organizados a través de cuadros y gráficas y se analizan estadísticamente.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION Y PORCENTAJE DE LOS ESCOLARES HERMANOS MAYORES DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL POR EDAD Y SEXO.

Edad	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Masc.	%	Fem.	%	Masc.	%	Fem.	%
10	0	0	0	0	2	6.66	0	0
11	3	10	1	3.33	2	6.66	0	0
12	5	16.66	5	16.66	4	13.33	4	13.33
13	3	10	9	30	5	16.66	3	10
14	0	0	1	3.33	2	6.66	2	6.66
15	1	3.33	0	0	3	10	0	0
16	1	3.33	1	3.33	1	3.33	2	6.66
Total	13	43.32	17	56.65	19	63.33	11	36.65

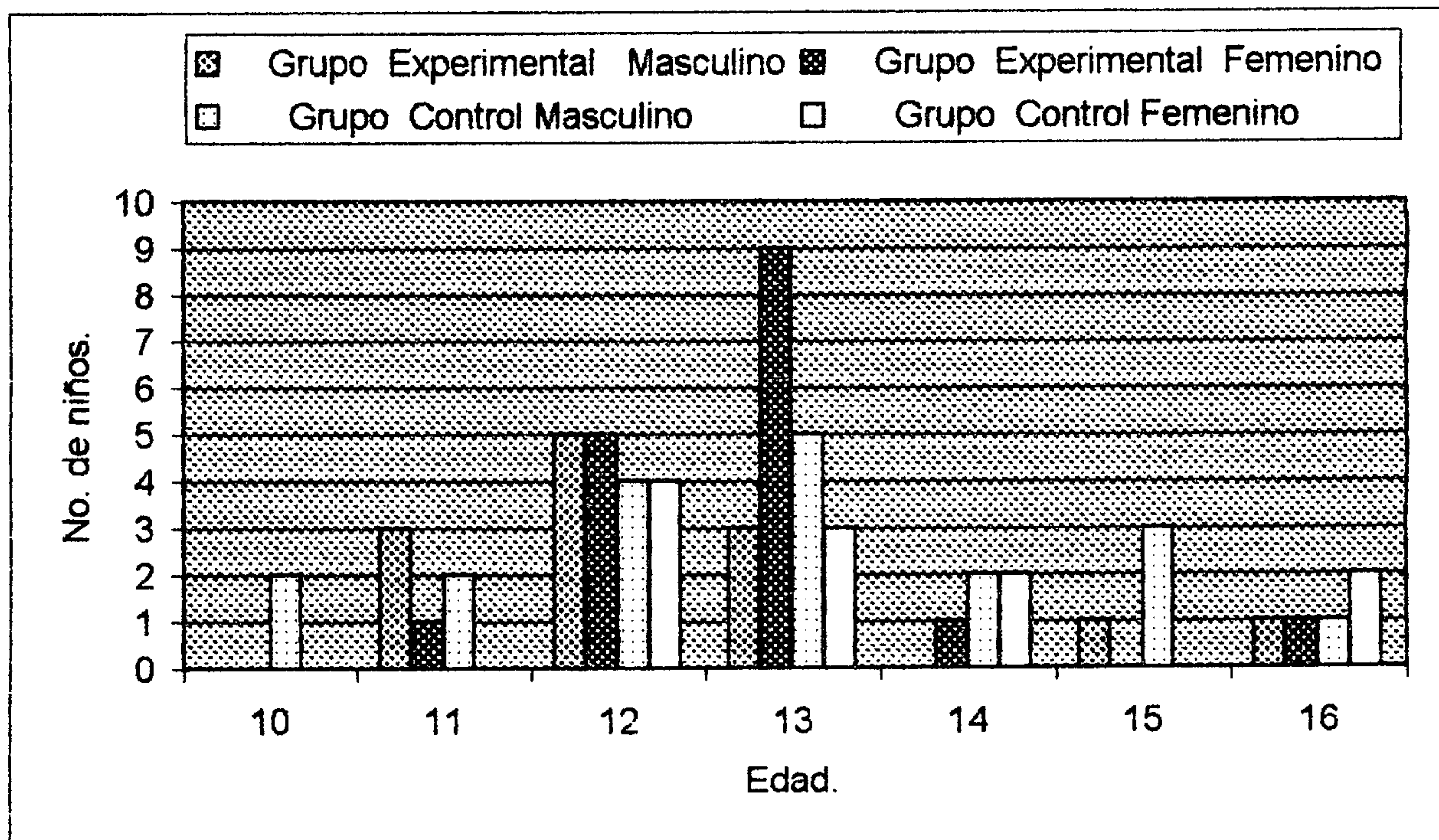
n = 30

n = 30

Fichas: Fichas Clínicas.

GRAFICA No 1

**DISTRIBUCION DE ESCOLARES HERMANOS MAYORES DE LOS
GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL POR EDAD Y SEXO**



Fuente: Fichas Clínicas.

Tal como se aprecia en el cuadro No. 1 y gráfica No. 1, en el grupo experimental la mayoría de escolares o sea 12 (40%) tenían 13 años, de ellos 9 alumnos o sea el 30% eran del sexo femenino y 3 alumnos el 10% del masculino, siguiendo 10 (33.32%) alumnos de 12 años con igual número 5 alumnos el 16.66% en el sexo femenino y masculino con 5 alumnos el 16.66%, en los 11 años 4 (13.33%) alumnos siendo 3 alumnos el 10% del sexo masculino y uno el 3.33% del femenino, en los 16 años 2 (6.66%) alumnos siendo 1 alumno el 3.33% en el femenino y uno el 3.33% en el masculino, en los 14 años un alumno el 3.33% del sexo femenino y en los 15 años un alumno o sea el 3.33% del sexo masculino.

En el grupo control se encuentran a los 12 años 8(26.66%) distribuidos en 4 alumnos el 13.33% tanto en el sexo femenino como masculino, a los 13 años 8 (26.66%) alumnos siendo 3 alumnos (10%) del sexo femenino y 5 alumnos (16.66%) del masculino, a los 14 años vemos 4 (13.32%) alumnos siendo 2 alumnos (6.66%) en el sexo masculino y 2 alumnos (6.66%) en el femenino, a los 16 años 3 (10%) alumnos siendo 2 alumnos (6.66%) en el sexo femenino y 1 alumno (3.33%) del masculino, a los 15 años 3 alumnos el (10%), a los 11 años 2 alumnos el (6.66%), y a los 10 años 2 alumnos (6.66) todos del sexo masculino.

Se aprecia que los dos grupos eran similares en cuanto a la edad y en cuanto a sexo en el grupo experimental la mayoría 17 (56.65%) alumnos eran del sexo femenino, mientras que en el grupo control el 19 (63.33%) alumnos eran del sexo masculino.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION Y PORCENTAJE DE LOS ESCOLARES HERMANOS MENORES DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL POR EDAD Y SEXO.

Edad	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Masc.	%	Fem.	%	Masc.	%	Fem.	%
8	2	6.66	2	6.66	1	3.33	0	0
9	3	10	3	10	3	10	2	6.66
10	3	10	5	16.66	7	23.33	5	16.66
11	3	10	4	13.33	1	3.33	6	20
12	4	13.33	1	3.33	1	3.33	3	10
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	1	3.33
Total	15	49.99	15	49.99	13	43.32	17	56.65

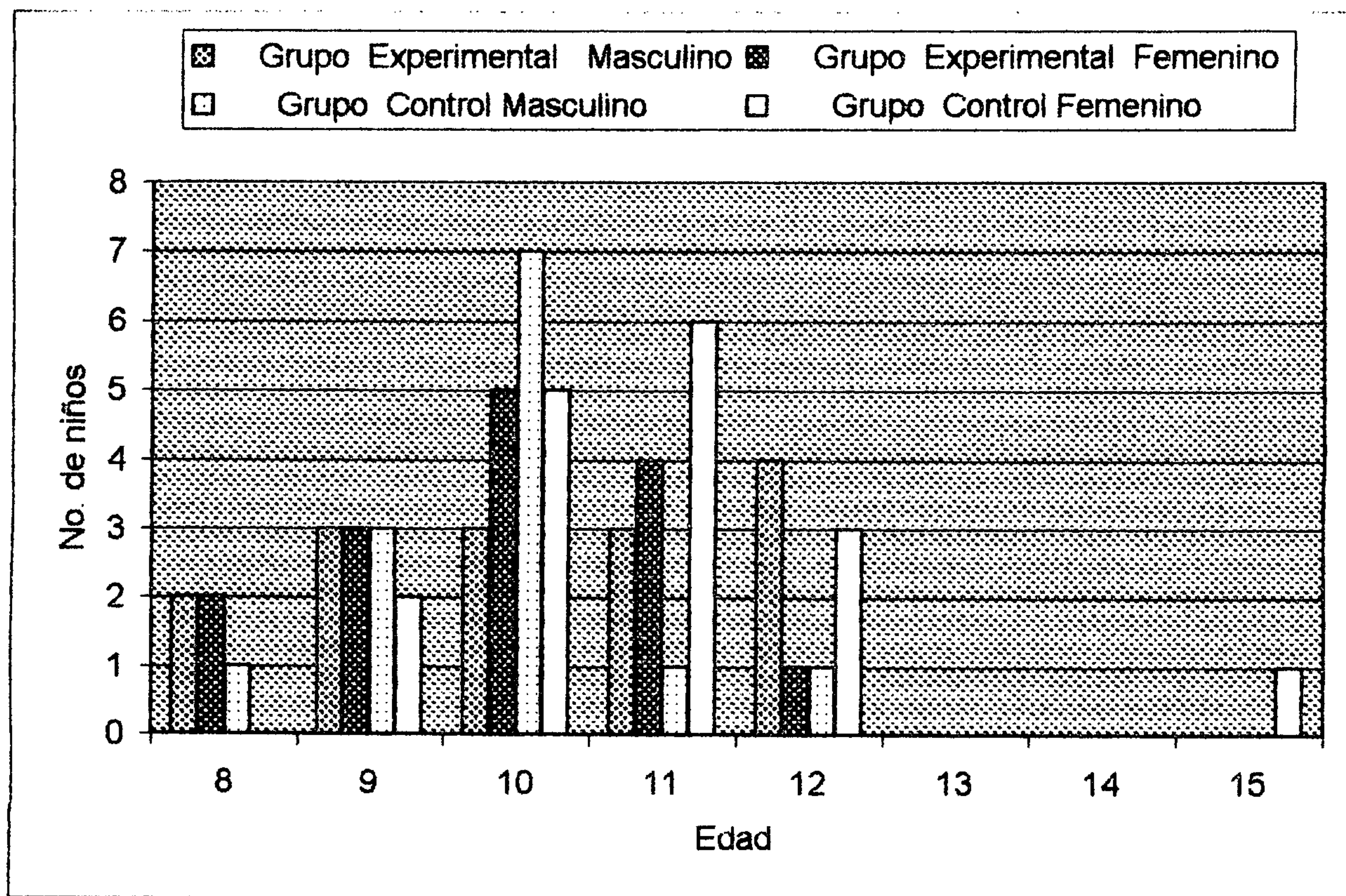
n = 30

n = 30

Fuente: Fichas Clínicas.

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION DE LOS ESCOLARES HERMANOS MENORES DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL POR EDAD Y SEXO.



Fuente: Fichas Clínicas.

En el cuadro No. 2 y la gráfica No. 2 en el grupo experimental la mayoría de escolares o sea 8 (26.66%) alumnos tenían 10 años, de ellos 5 alumnos (16.66%) eran del sexo femenino y 3 alumnos (10%) en el masculino, siguiendo 7 (23.33%) alumnos con 11 años siendo 4 alumnos (13.33%) del sexo femenino y 3 alumnos (10%) en el masculino, a los 9 años 6 (20%) alumnos siendo 3 alumnos (10%) en el femenino y 3 alumnos (10%) del masculino, a los 12 años 5 (16.66%) alumnos siendo 4 alumnos (13.33%) del masculino y un alumno (3.33%) al femenino, a los 8 años 4 (13.32%) alumnos siendo 2 alumnos (6.66%) en ambos, masculino y femenino.

En el grupo control la mayoría de escolares en los 10 años siendo 7 alumnos (23.33%) del masculino y 5 alumnos (16.66%) en el femenino, a los 11 años 6 alumnos (20%) al femenino y un alumno (3.33%) del masculino, a los 9 años 3 alumnos (10%) del sexo masculino y 2 alumnos (6.66%) del femenino, a los 12 años 3 alumnos (10%) del femenino y 1 alumno (3.33%) del masculino, en los 8 años 1 alumno (3.33%) del masculino y en los 15 años 1 alumno (3.33%) del femenino.

Se puede apreciar que los dos grupos eran similares en cuanto a edad y en cuanto a sexo en el grupo experimental se encuentra una igual proporción de alumnos, siendo 15 (49.99%) tanto del sexo femenino como del masculino, mientras que en el control la mayoría 17 (56.65%) alumnos eran del sexo femenino.

CUADRO No. 3

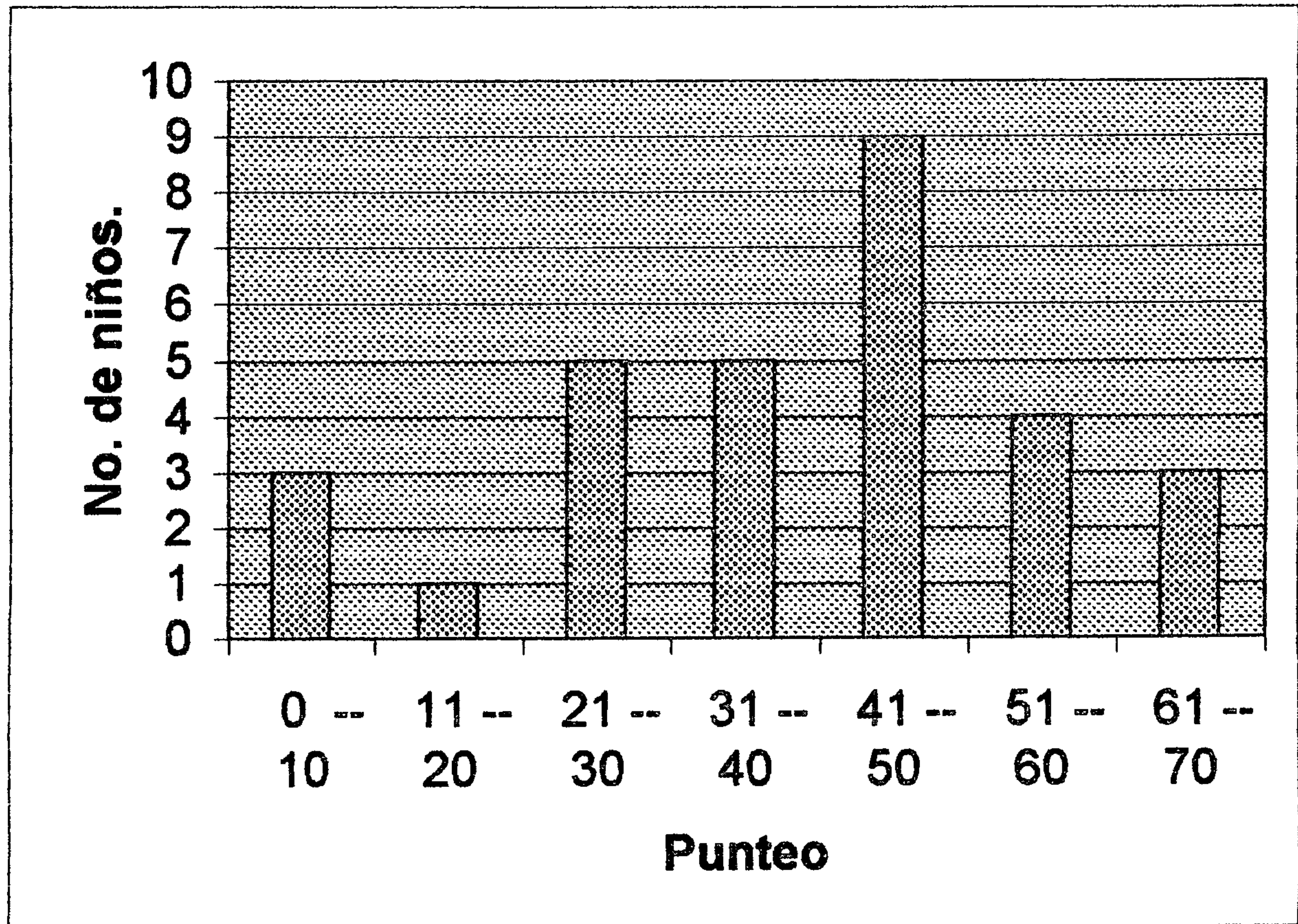
**RESULTADO DE LA EVALUACION TEORICA INICIAL DE LOS
HERMANOS MAYORES DEL GRUPO EXPERIMENTAL**

Punteo 0 -- 100	No. de niños	Porcentaje
0 -- 10	3	10
11 -- 20	1	3.33
21 -- 30	5	16.66
31 -- 40	5	16.66
41 -- 50	9	30
51 -- 60	4	13.33
61 -- 70	3	10
TOTAL	30	99.98

Fuente: Evaluaciones Teóricas.

GRAFICA No. 3

**RESULTADO DE LA EVALUACION TEORICA INICIAL DE LOS
HERMANOS MAYORES DEL GRUPO EXPERIMENTAL**



Fuente: Evaluaciones Teóricas.

Como se puede observar en el cuadro No. 3 y gráfica No. 3, los 9 alumnos (30%) se encontraron entre los 41 a 50 pts., siguiendo 5 alumnos (16.66%) entre los 31 a 40 pts., 5 alumnos (16.66%) entre los 21 a 30 pts., 4 alumnos (13.33%) entre los 51 a 60 pts., 3 alumnos (10%) entre los 61 a 70 pts., 3 alumnos el (10%) entre los 0 a 10 pts. y un alumno el (3.33%) entre los 11 a 20 puntos sobre 100 puntos de nota.

Se aprecia que la mayoría de los alumnos 23 (76.66%) sus punteos fluctuaban entre los 21 a 50 puntos de nota en la evaluación teórica de conocimientos de salud bucal, encontrándose una mediana de 42 puntos en esta prueba inicial, por lo que era necesario reforzar los mismos.

CUADRO No. 4

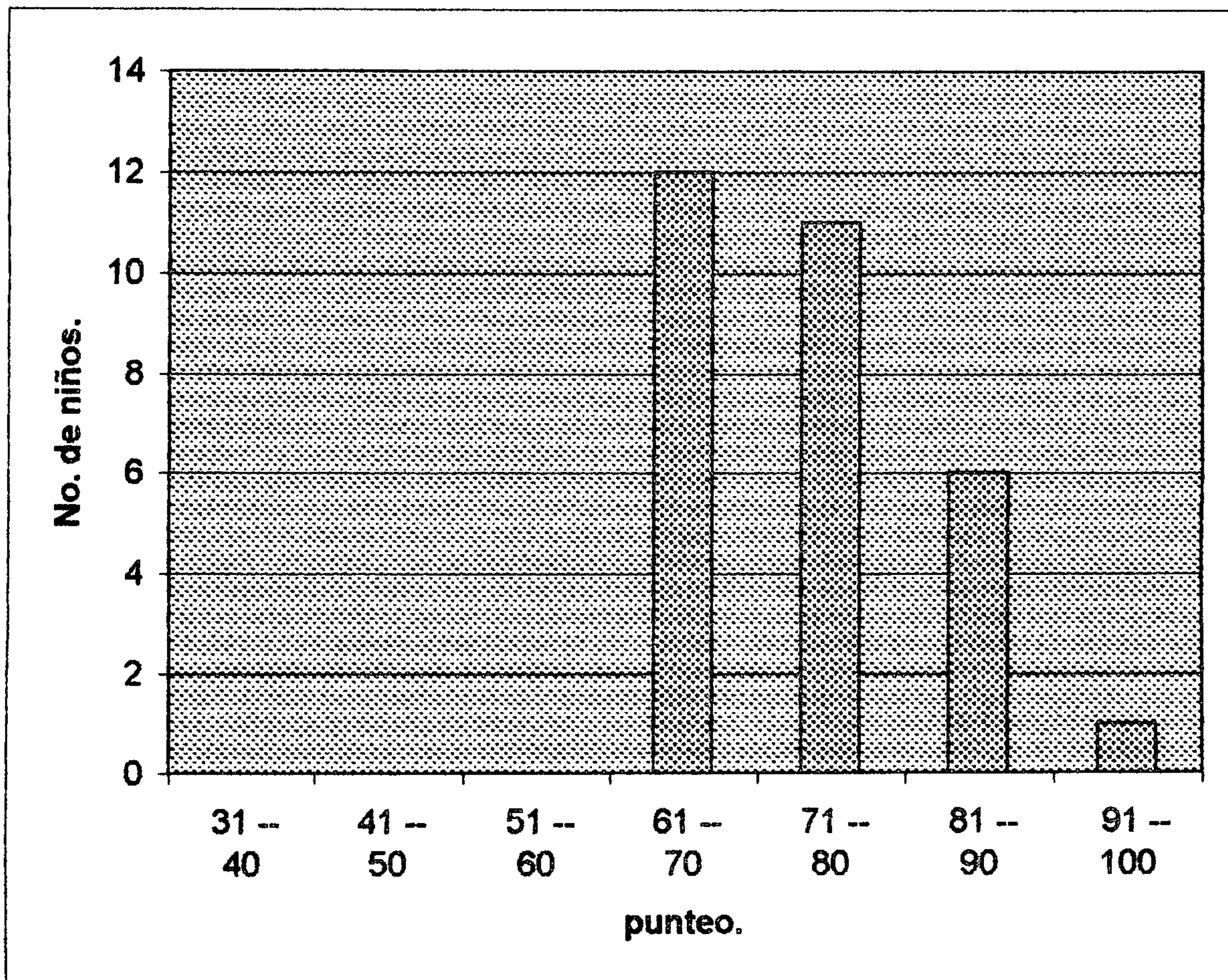
RESULTADO DE LA EVALUACION TEORICA FINAL DE LOS HERMANOS MAYORES DEL GRUPO EXPERIMENTAL

Punteo 0 -- 100	No. de niños	Porcentaje
31 -- 40	0	0
41 -- 50	0	0
51 -- 60	0	0
61 -- 70	12	40
71 -- 80	11	36.66
81 -- 90	6	20
91 -- 100	1	3.33
TOTAL	30	99.99

Fuente: Evaluaciones Teóricas.

GRAFICA No. 4

RESULTADO DE LA EVALUACION TEORICA FINAL DE LOS HERMANOS MAYORES DEL GRUPO EXPERIMENTAL



Fuente: Evaluaciones Teóricas.

En el cuadro No. 4 y gráfica No. 4 se puede apreciar que la mayoría de los alumnos de los 30 integrantes del grupo experimental hermanos mayores siendo un número de 12 alumnos (40%) sus notas se encontraron entre los 61 a 70 pts., siguiendo 11 alumnos (36.66%) entre los 71 a 80 pts., 6 alumnos (20%) entre los 81 a 90 pts. y 1 alumno (3.33%) entre los 91 a 100 puntos. Notándose un aumento en las calificaciones que al inicio del programa educativo.

Encontrándose una mediana de 42 puntos a la evaluación teórica de conocimientos en salud bucal inicial en comparación a la mediana de 63 puntos a la evaluación teórica final de conocimientos en salud bucal.

CUADRO No. 5

**NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MAYORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA INICIAL.**

Superficies dentales	Grupo Experimental		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
11-20	0	0.00	0	0.00
21-30	0	0.00	0	0.00
31-40	0	0.00	0	0.00
41-50	0	0.00	0	0.00
51-60	0	0.00	0	0.00
61-70	0	0.00	0	0.00
71-80	0	0.00	0	0.00
81-90	6	20.00	2	6.66
91-100	7	23.33	2	6.66
101-110	10	33.33	8	26.66
111-120	7	23.33	18	60.00

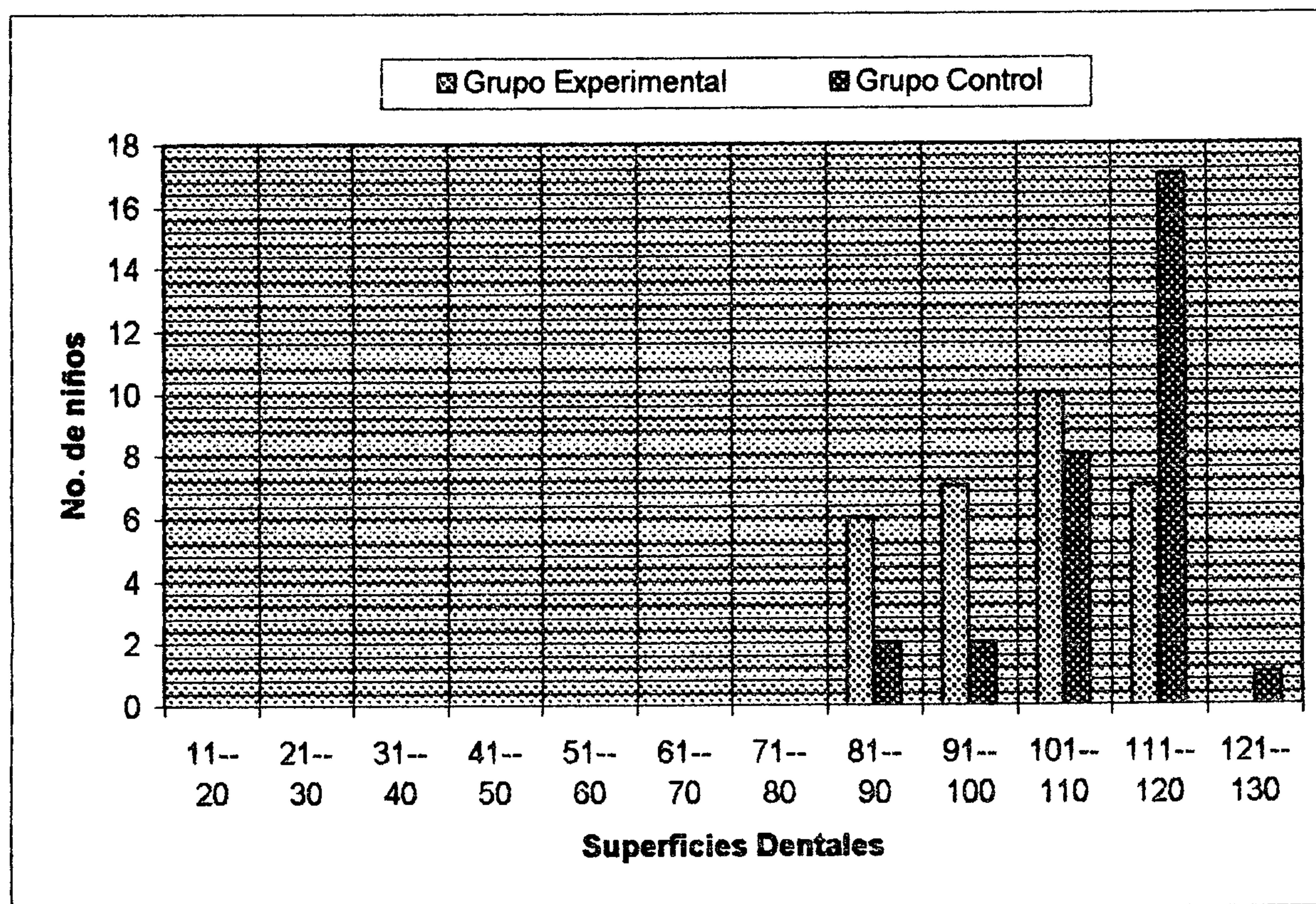
n = 30

n = 30

Fuente: Fichas Clinicas.

GRAFICA No. 5

NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MAYORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA INICIAL.



Fuente: Fichas Clínicas.

Tal como se aprecia en el cuadro No. 5 y gráfica No. 5, con relación al número y porcentaje de superficies dentales con placa dentobacteriana en los niños hermanos mayores a la evaluación clínica inicial se encontró un alto porcentaje en ambos grupos.

En el grupo experimental los valores más altos se encontraron en el intervalo de 101 a 110 superficies con placa dentobacteriana siendo 10 niños (33.33%) de 30 niños estudiados, siguiéndole 7 niños (23.33%) entre las 111 a 120 superficies afectadas, teniendo como valores medios 7 niños (23.33%) entre las 91 a 100 superficies afectadas y los valores más bajos con 6 niños (20%) encontrándose entre las 81 a 90 superficies afectadas con placa dentobacteriana.

En el grupo control de 30 niños estudiados, la mayoría 18 niños (60%) estuvieron entre las 111 a 120 superficies afectadas, siguiéndole 8 niños (26.67%) entre las 101 a 110 superficies con placa dental siendo 2 niños (6.67%) los valores más bajos entre las 81 a 90 superficies con placa dentobacteriana.

El grupo experimental de hermanos mayores presentó una mediana de 104 superficies y el grupo control una mediana de 114 superficies, todas éstas sobre un total de 121 a 130 superficies dentarias presentes, lo que estadísticamente no es una diferencia significativa como también se demostró que en ambos grupos su higiene bucal es deficiente y similar. .

CUADRO No. 6

**NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MAYORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA A LOS 15 DIAS.**

Superficies Dentales	Grupo Experimental		Grupo control	
	No.	%	No.	%
11--20	13	43.33	0	0.00
21--30	15	50.00	0	0.00
31--40	2	6.67	0	0.00
41--50	0	0.00	0	0.00
51--60	0	0.00	1	3.33
61--70	0	0.00	0	0.00
71--80	0	0.00	10	33.33
81--90	0	0.00	11	36.67
91--100	0	0.00	7	23.33
101--110	0	0.00	1	3.33
111--120	0	0.00	0	0.00

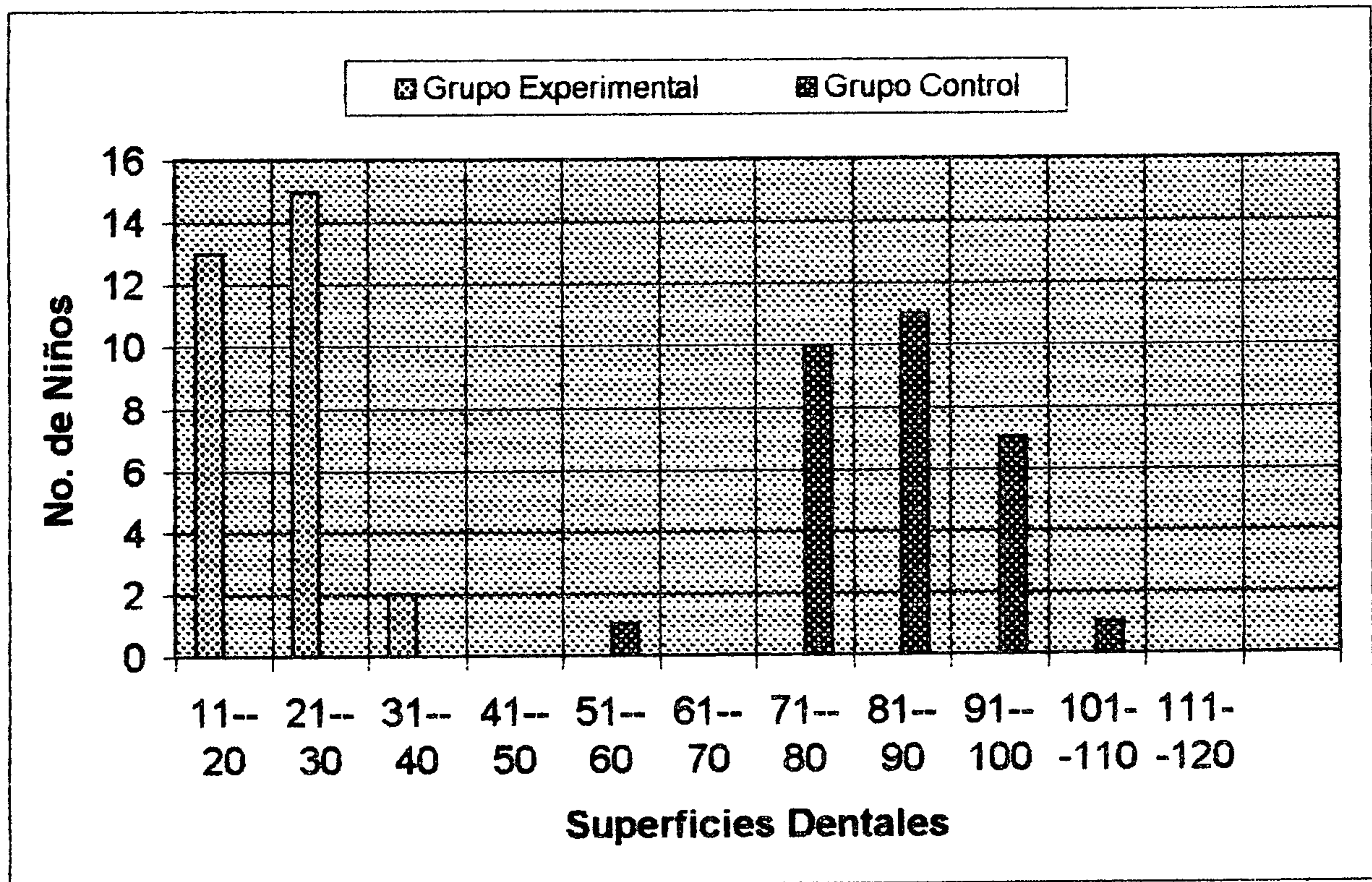
n = 30

n = 30

Fuente: Fichas Clínicas.

GRAFICA No. 6

NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MAYORES CON SUPERFICIES CON PLACA DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL A LA EVALUACION CLINICA A LOS 15 DIAS.



Fuente: Fichas Clínicas.

Tanto en el cuadro, como en la gráfica No. 6, se hace una comparación de los resultados obtenidos entre los hermanos mayores de ambos grupos experimental y control a los 15 días de concluido el programa educativo en salud bucal en el grupo experimental. Con relación al grupo experimental disminuyó la cantidad de superficies con placa dentobacteriana, 15 alumnos (50%) se ubicaron entre las 21 a 30 superficies, siguiendo 13 alumnos (43.33%) con 11 a 20 superficies con placa dentobacteriana y solamente 2 (6.67%) con 31 a 40 superficies con placa dentobacteriana de 120 superficies dentales presentes.

En comparación con los hermanos mayores del grupo control que no recibieron el programa educativo sino hasta los 15 días de concluido en el grupo experimental, la reducción de superficies dentales con placa dentobacteriana disminuyó relativamente poco siendo 11 alumnos (36.67%) con 81 a 90 superficies y 10 alumnos (33.33%) con 71 a 80 superficies, habiendo solo un alumno (3.33%) con 51 a 60 superficies con placa bacteriana.

Aquí se puede observar que hay diferencias marcadas entre ambos grupos debido que en el experimental 15 alumnos el 50% están entre las 21 a 30 superficies con placa, mientras en el control los 11 alumnos el 36.67% entre las 81 a 90 superficies con placa dentobacteria, presentándose en el grupo experimental una mediana 22 superficies con placa dental, siendo menor al del grupo control con 84 superficies con placa dentobacteriana.

Al hacer una comparación en el grupo experimental de la evaluación clínica inicial se presentó una mediana de 104 superficies con placa dentobacteriana, mientras que en la evaluación clínica a los 15 días se presentó una mediana de 22 superficies afectadas con placa dental, mientras que en el grupo control a la evaluación inicial la mediana fue de 114 superficies afectadas y a la evaluación a los 15 días la mediana fue de 84 superficies con placa dental atribuyéndosele esta mejoría en dicho grupo al efecto de Haethorne.

CUADRO No. 7

**NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MENORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA INICIAL**

Superficies dentales	Grupo Experimental		Grupo control	
	No.	%	No.	%
11--20	0	0.00	0	0.00
21--30	1	3.33	0	0.00
31--40	0	0.00	0	0.00
41--50	0	0.00	0	0.00
51--60	0	0.00	0	0.00
61--70	0	0.00	0	0.00
71--80	2	6.67	2	6.67
81--90	2	6.67	4	13.33
91--100	21	70.00	14	46.67
101--110	1	3.33	6	20.00
111--120	3	10.00	4	13.33

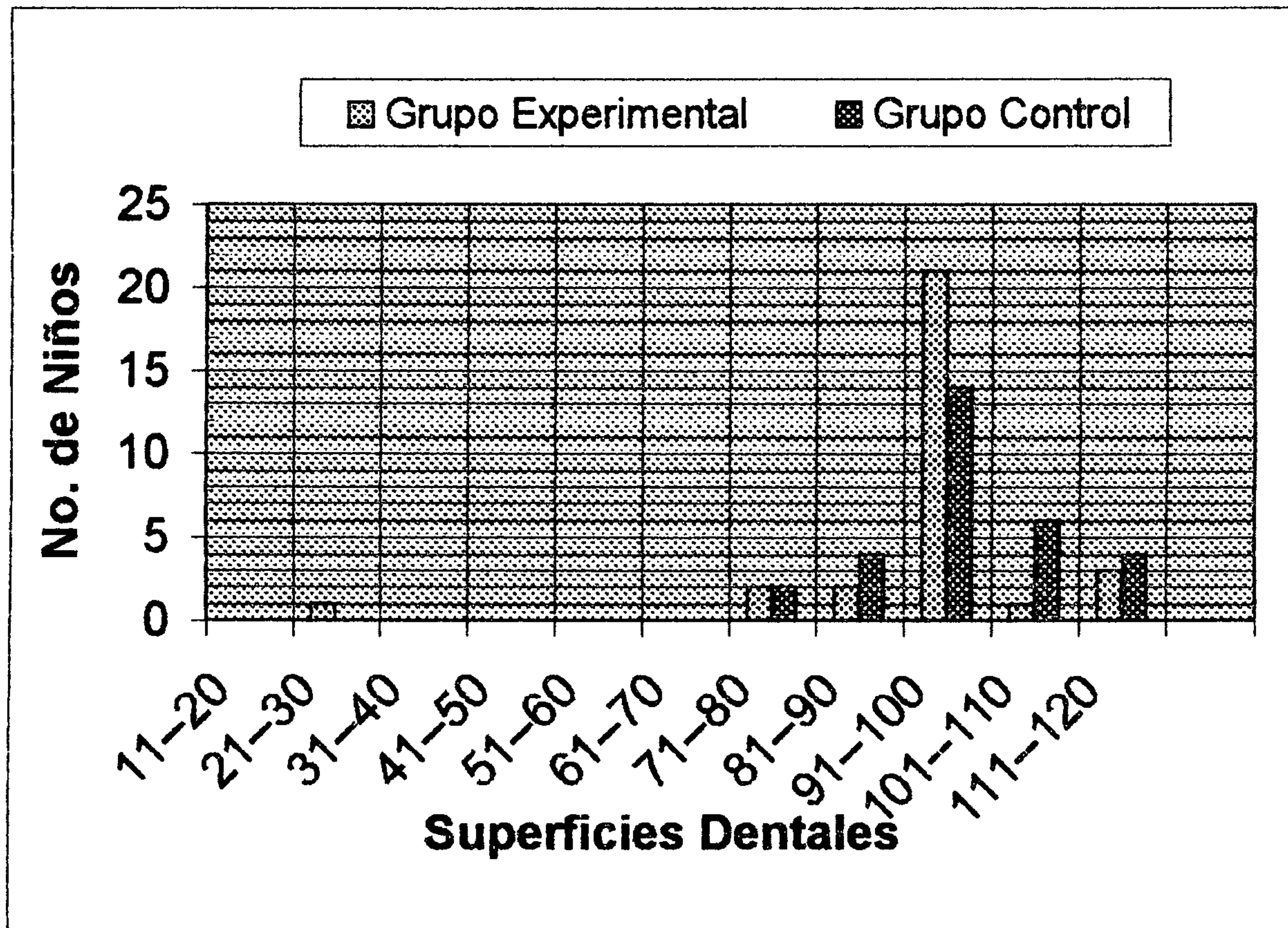
n = 30

n = 30

Fuente: Fichas Clínicas.

GRAFICA No. 7

**NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MENORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA INICIAL**



Fuente: Fichas Clínicas.

De los 30 alumnos del grupo experimental podemos apreciar en el cuadro y la gráfica No. 7 que 21 alumnos (70%) tienen de 91 a 100 superficies con placa dental, 3 alumnos (10%) en las 111 a 120 superficies afectadas como valores medios 2 alumnos (6.67%) en las 81 a 90 superficies afectadas, otros 2 alumnos (6.67%) entre las 71 a 80 superficies afectadas y uno (3.33%) en las 21 a 30 superficies con placa dentobacteriana.

En el grupo control los valores más altos son de 14 alumnos (46.67%) tuvieron de 91 a 100 superficies con placa dentobacteriana, 6 alumnos (20%) en las 101 a 110 superficies afectadas, 4 alumnos (13.33%) entre las 111 a 120 superficies afectadas, 4 alumnos (13.33%) entre las 81 a 90 superficies con placa dental y los valores más bajos son 2 alumnos en las 71 a 80 superficies con placa dentobacteriana.

El grupo experimental hermanos menores presentó una mediana de 95 superficies con placa dentobacteriana y el grupo control una mediana de 97 superficies afectadas; por lo cuál su higiene bucal no es la óptima ya que deberían de ubicarse entre las 11 a 20 superficies con placa, siendo su higiene bucal deficiente y similares en ambos grupos.

CUADRO No. 8

**NUMERO DE ESCOLARES HERMANOS MENORES CON SUPERFICIES CON PLACA
DENTOBACTERIANA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
A LA EVALUACION CLINICA A LOS 15 DIAS.**

Superficies dentales	Grupo Experimental		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
11--20	1	33.33	0	0.00
21--30	25	83.33	0	0.00
31--40	4	13.33	0	0.00
41--50	0	0.00	0	0.00
51--60	0	0.00	3	10.00
61--70	0	0.00	3	10.00
71--80	0	0.00	12	40.00
81--90	0	0.00	8	26.67
91--100	0	0.00	4	13.33
101--110	0	0.00	0	0.00
111--120	0	0.00	0	0.00

n = 30

n = 30

Fuente: Fichas Clinicas.

Se puede apreciar que en el grupo experimental a los 15 días de concluido el programa educativo, si hubo una reducción en la cantidad de superficies con placa dentobacteriana de 21 a 30 superficies en 25 alumnos (83.33%), 4 alumnos (13.33%) entre las 31 a 40 superficies afectadas y un alumno (3.33%) entre las 11 a 20 superficies con placa dentobacteriana.

Mientras en el grupo control en el cual no se había impartido el programa educativo en los hermanos mayores a la evaluación clínica hubo una leve reducción en las superficies con placa dentobacteriana encontrándose 12 alumnos (40%) en 71 a 80 superficies afectadas, 8 alumnos (26.67%) tenían de 81 a 90 superficies con placa, 4 alumnos (13.33%) entre las 91 a 100 superficies afectadas, 3 alumnos (10%) entre las 61 a 70 superficies afectadas y el más bajo fue de 3 alumnos (10%) tuvieron de 51 a 60 superficies con placa dentobacteriana.

Al final del estudio la mediana en los hermanos menores del grupo experimental fue de 26 superficies con placa dentobacteriana, valor menor a la mediana del grupo control que fue de 78 superficies con placa.

En los hermanos menores del grupo experimental a la evaluación clínica inicial se presentó una mediana de 95 superficies con placa dentobacteriana y a la evaluación clínica a los 15 días una mediana de 26 superficies afectadas, observándose la influencia que hubo del hermano mayor en la higiene bucal de su hermano menor, mientras que en los hermanos menores del grupo control a la evaluación clínica inicial la mediana que presentó fue de 97 superficies afectadas y a la evaluación a los 15 días la mediana fue de 78 superficies con placa dentobacteriana atribuyéndosele leve mejoría al efecto de Heathorne.

Para poner a prueba las hipótesis estadísticas:

Ha. “ Los hermanos menores del grupo experimental quienes sus hermanos mayores recibieron el programa educativo, reducen significativamente el número de superficies con placa dentobacteriana que los niños del grupo control ”.

Ho. “ Los hermanos menores del grupo experimental quienes sus hermanos mayores recibieron el programa educativo tendrán igual número de superficies con placa dentobacteriana que los niños del grupo control”. Se utilizó la prueba estadística de U-DE MANN WHITNEY para realizar la prueba de la hipótesis.

La de U de Mann Whitney comparó la última evaluación clínica del grupo experimental con el del grupo control, obteniéndose un valor $z = 6.68$ esto permite rechazar la hipótesis nula a una probabilidad menor del 0.05.

Aceptándose así la hipótesis alterna la cual dice que hermanos menores de un grupo familiar cuyos hermanos mayores recibieron un programa educativo en salud bucal, demostraron una reducción estadísticamente significativa en el número de superficies con placa dentobacteriana que los niños cuyos hermanos mayores no recibieron el programa en salud bucal.

CONCLUSIONES

1. A la evaluación clínica inicial de superficies con placa dentobacteriana, la higiene bucal de los niños integrantes hermanos mayores y menores tanto de los grupos experimental y control era deficiente, presentándose altos valores en el número de superficies con placa dentobacteriana, un 42% de los niños tenían todas las superficies dentales afectadas, demostrando así su higiene bucal deficiente.
2. A los 15 días de terminado el programa educativo en salud bucal en los hermanos mayores del grupo experimental redujeron significativamente sus índices de placa dentobacteriana. La mediana inicial en este grupo fue de 104 superficies afectadas en comparación a la mediana de superficies con placa dentobacteriana a los 15 días que fue de 22 superficies afectadas.
3. En el grupo control, los hermanos mayores redujeron sus índices de placa dentobacteriana. La mediana a la evaluación inicial fue de 114 superficies afectadas en comparación con la mediana a la evaluación clínica a los 15 días fue de 84 superficies con placa dentobacteriana. Esta reducción es debida posiblemente al efecto Haethorne.

4. Los índices de placa dentobacteriana en los hermanos menores del grupo experimental se redujeron drásticamente, de una mediana inicial de 95 superficies con placa dentobacteriana a una mediana final de 26 superficies con placa dentobacteriana.
5. En el grupo control, los hermanos menores redujeron ligeramente los índices de placa dentobacteriana, de una mediana inicial de 97 superficies con placa dentobacteriana, a una final de 78 superficies con placa dentobacteriana.
6. La diferencia entre las medianas de superficies con placa dentobacteriana de los hermanos menores del grupo experimental y control es estadísticamente significativa. La prueba de Mann Whitney presentó un valor de $z = 6.68$, a una probabilidad menor de 0.05.
7. Un programa educativo en salud bucal impartido al hermano mayor de un grupo familiar, influye significativamente en el mejoramiento de la higiene bucal de sus hermanos menores.

RECOMENDACIONES

1. Involucrar al hermano mayor de un grupo familiar en la educación para salud bucal de él y su grupo familiar, para optimizar recursos en la prevención de caries y enfermedad periodontal.
2. Elaborar e implementar programas preventivos de enfermedades bucales que puedan ser compartidos entre hermanos que estudien en un mismo centro educativo y que ellos a su vez puedan compartirlo con los miembros de su familia.
3. Implementar programas educativos en salud bucal dirigido a hermanos mayores de un grupo familiar y que puedan ser aplicados por los maestros de los centros educativos.
4. Fomentar y / o fortalecer tanto a nivel del Ministerio de Salud Pública de Guatemala como a las Facultades de Odontología del país la realización de programas de salud bucal orientados a grupos familiares.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA

EDUCATIVO DIRIGIDO A

ESCOLARES

PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD BUCAL DIRIGIDO A ESCOLARES

DEFINICION:

Este programa educativo describe las actividades a las cuales el escolar se someterá para recibir los conocimientos teóricos y prácticos, necesarios para tener una buena higiene bucal especialmente lo relacionado a caries dental y enfermedad periodontal.

El programa educativo en salud bucal es dirigido a escolares, con lo que se pretende que el niño continúe empleando las medidas preventivas que habrá aprendido durante la duración del programa educativo.

OBJETIVO GENERAL.

Mejorar las condiciones de higiene bucal en los escolares participantes en el programa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Informar, desarrollar y discutir los siguientes temas:
 - 1.1. Importancia de las piezas dentales sanas.
 - 1.2. Enfermedades que más afectan a la cavidad bucal.
 - 1.3. Técnica de cepillado dental y uso de seda dental.
 - 1.4. Prevención de enfermedades.
 - 1.5. Mantenimiento de la higiene bucal.

2. Realizar control de placa dentobacteriana.
3. Reducir el índice de placa dentobacteriana inicial.
4. Aprobar evaluación teórica de conocimientos.

METODOS Y TECNICAS DE ENSEÑANZA A UTILIZAR.

- ♦ Lectura de documento.
- ♦ Discusión en grupos.
- ♦ Clase magistral dinamizada (Carteles, taypodonto, cepillo dental, seda dental, etc.).
- ♦ Practicas de cepillado dental.
- ♦ Practicas de uso de la seda dental.
- ♦ Practicas de control de placa bacteriana.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. Importancia de las piezas dentales sanas.
2. Enfermedades que más afectan a la cavidad bucal.
 - 1.1. Caries dental.
 - 2.2. Enfermedad periodontal.

3. Técnica de cepillado y uso de seda dental.
4. Prevención de enfermedades:
 - 4.1. Control de la dieta.
 - 4.2. Flúor.
5. Mantenimiento de la higiene bucal.

DURACION.

El programa educativo tendrá una duración aproximada de un mes y se implementará en Enero del año 2,000.

HORARIO.

Las actividades de enseñanza-aprendizaje, se realizarán en las escuelas en el horario asignado para el efecto por el Director y profesores encargados de los alumnos.

De ser posible se realizarán de 8:00 a 9:00 A.M. de Lunes a Viernes.

LUGAR.

Se implementará en los escolares de sexto grado primaria, integrantes del grupo Experimental en la Escuela "Oscar de León Palacios", al terminar el estudio en el grupo Experimental, se impartirá en los escolares del grupo Control de la Escuela "Tipo Guatemala" del municipio de Coatepeque, departamento de Quetzaltenango.

TIEMPO.

14 y 15 de Enero del 2,000.

- ♦ Evaluación teórica de conocimientos de salud bucal e Índice de Placa dentobacteriana en todos los escolares en estudio tanto del grupo Experimental como del Control, en ambas escuelas.

Del 17 al 21 de Enero.

- ♦ Charla educativa por medio de actividades y prácticas a realizar referentes al tema impartido.

Del 24 de Enero al 4 de Febrero.

- ♦ Controles de placa bacteriana hasta alcanzar una reducción de la misma en un 50% de la obtenida al inicio del programa en el grupo Experimental.

4 de Febrero.

- ♦ Control de placa bacteriana en los dos grupos Experimental y Control (hermanos mayores y menores).

11 y 18 de Febrero.

- ♦ Control de placa bacteriana y evaluación teórica de conocimientos en los dos grupos Experimental y control (hermanos mayores y menores).

ANEXO 2

EVALUACION TEORICA DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL.

EVALUACION TEORICA DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL.

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Grado Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

SERIE 1. RESPONDE LOS ESPACIOS EN BLANCO DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1). ¿ Por qué es importante una buena higiene bucal ? _____

2). ¿ Conoces lo que és la Caries Dental ? SI NO y cómo la describes: _____

3). ¿Por qué es producida la Caries Dental? _____

4). ¿Cómo te limpias los dientes? _____

5). ¿A qué se le llama enfermedad de las encías? _____

6). Indica alguna forma de volver más duros los dientes: _____

7). ¿Conoces el hilo dental? SI NO

8). ¿Para qué se usa el hilo dental? _____

9). Escribe los tres instrumentos más utilizados para alcanzar una buena higiene bucal:

10). Escriba qué alimento puede llegar a producir más caries dental: _____

SERIE II. SUBRAYA LA RESPUESTA QUE CONSIDERES CORRECTA.

11). ¿Qué es para ti placa bacteriana?

- a) Microbios o bacterias que se pegan al diente junto con restos de comida.**
- b) Es una enfermedad de la lengua.**
- c) Es una estructura dura que forma parte del diente normal.**
- d) No sabe.**

12). ¿Qué harás para evitar la caries dental y la enfermedad de las encías?

- a) Quitarse los dientes para evitar problemas con ellos.**
- b) Dejar de comer alimentos o no tomar alimentos con azúcar.**
- c) Limpiarse los dientes después de ingerir alimentos.**
- d) No sabe.**

13). Lo mejor que puedes hacer por la salud de tu boca es:

- a) Esperar que te duelan los dientes.**
- b) Darle importancia sólo al tratamiento dental y no a su limpieza.**
- c) Lavarse los dientes, usar hilo, cepillo y pasta dental.**
- d) No sabe.**

14). Para ti, limpiarte bien los dientes es:

- a) Que te sangren las encías al cepillarte.**
- b) Ponerle bastante pasta al cepillo dental.**
- c) Quitar la placa bacteriana de la superficie dental, sin importar lo que utilices.**
- d) No sabes.**

15). ¿Que utilizas para tu higiene bucal?

- a) Solo cepillo.
- b) Cepillo y pasta dental.
- c) Cepillo, hilo y pasta dental.
- d) Ninguno.

16). ¿Cuántas veces al día limpias tus dientes?

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres veces.
- d) Más de tres veces al día.

17). ¿Cuántos tiempos de comida haces al día?

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres veces.
- d) Más de tres veces.

EXPLICACION DE LA EVALUACION TEORICA.

Datos Generales

Nombre: Se anotará el nombre completo del escolar.

Edad: Se anotará en números arábigos los años completos del escolar.

Sexo: Se anotará si es sexo masculino o femenino.

Grado Escolar: Se anotará el año que cursa el escolar evaluado.

Nombre de la escuela: Se escribirá el nombre del establecimiento escolar al que pertenece el evaluado.

Las preguntas No. 1, 13, 14, 15 y 16; darán información a cerca de los conocimientos que tiene el niño con relación a la higiene bucal, la limpieza de los dientes y lo que utiliza para realizarla.

Las preguntas No. 2, 3, 4, y 12; servirán para averiguar si el niño tiene algún conocimiento sobre lo que es: La caries dental, como se produce y los mecanismos para evitarla.

Las preguntas No. 6 y 12; servirán para averiguar si el niño tienen algún conocimiento sobre enfermedad periodontal y como evitarla.

La pregunta No. 7 servirá para conocer si el niño sabe la importancia del flúor, la protección y el fortalecimiento de los dientes.

Las preguntas No. 8 y 9; servirán para averiguar los conocimientos del niño a cerca del hilo dental y de que otras opciones tiene además del cepillo dental para lavarse los dientes.

La pregunta No. 10; dará información que sabe el niño acerca de la relación entre la dieta y caries dental.

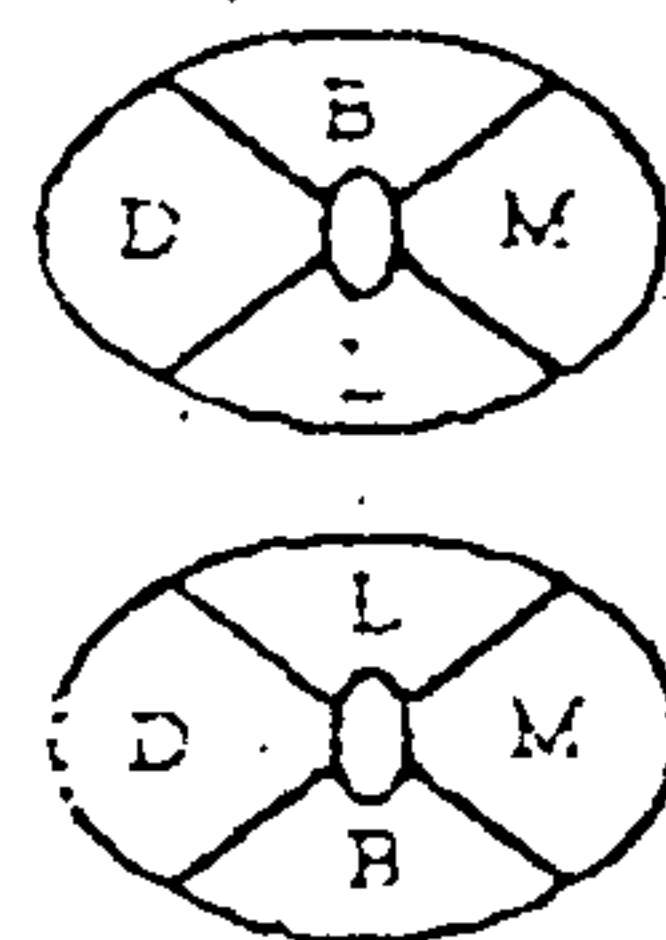
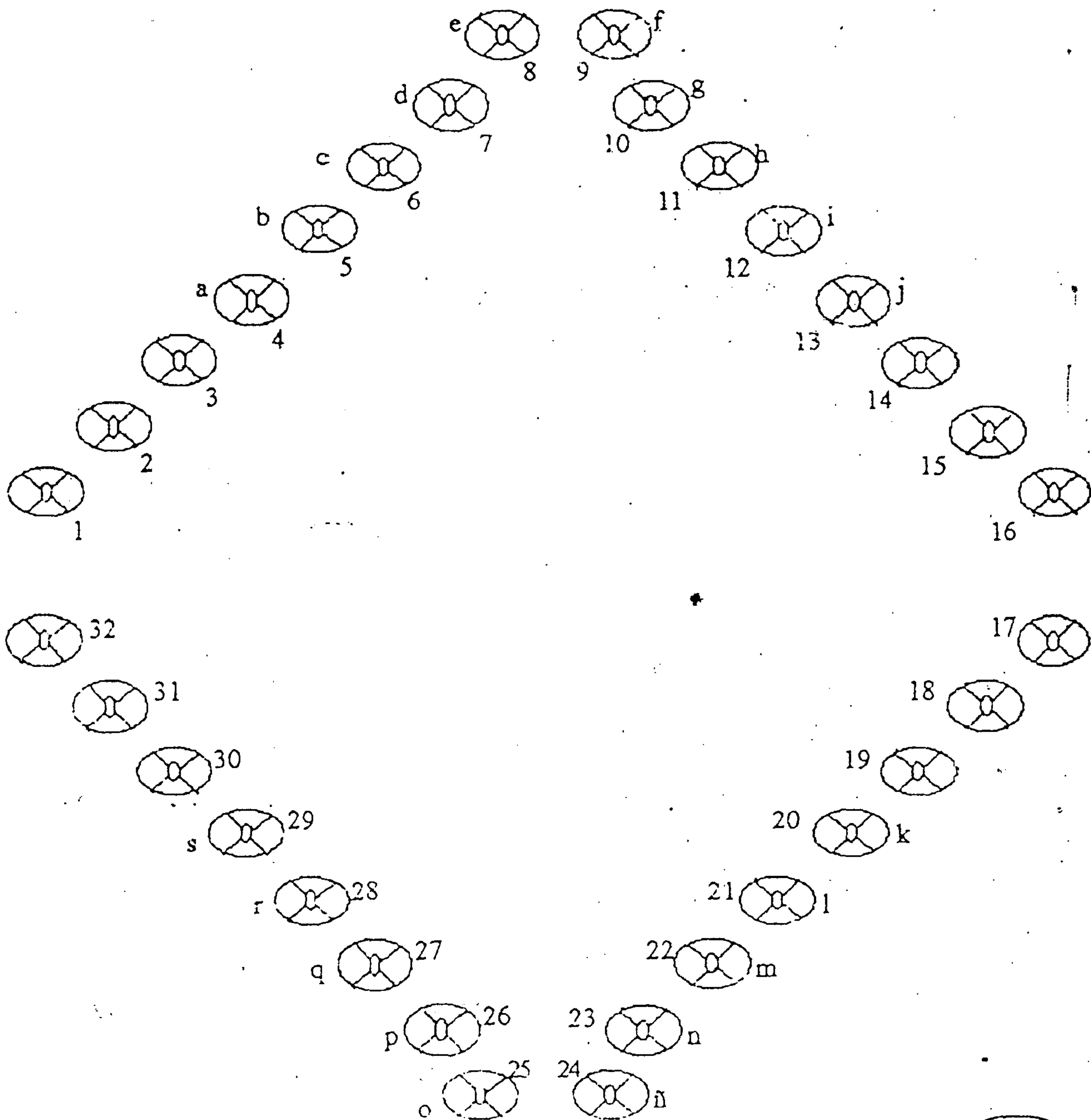
La pregunta No. 11; dará información acerca de los conocimientos del niño sobre lo que es placa bacteriana.

ANEXO 3

FICHA DE CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA.

Nombre: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Escuela: _____

Control No: _____
Fecha: _____



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albizures Castro, Silvia Marisol .-- Programa de salud bucal dirigida a madres; su efecto en el control de la higiene bucal de sus hijos (5 - 7 años).-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1998. pp. 7 - 8.
2. Aguilar Armas, Sergio Herlindo -- Evaluación de la transmisión de conocimientos sobre fisioterapia bucal en niños preescolares que asisten a la escuela nacional de párvulos " Domingo Faustino Sarmiento " de la ciudad de Guatemala. -- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. pp. 15 - 31.
3. Aquino Esteban, N. -- Motivación en el control de placa bacteriana.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico-Quirúrgica, 1977. pp. 1 - 6. (mimeografiado).
4. Brañas, Alfonso. -- Manual de Derecho Civil / Alfonso Brañas. -- Tomo I, Parte 1 y 2. Primera Edición. -- Guatemala : Editorial Estudiantil Fenix, Panamericana, 1996.-- pp. 104 -105.
5. Chávez, Mario.-- Odontología Sanitaria.-- Organización de la Salud, 1962. -- pp. 136 - 149. (Publicaciones Científicas, No. 63).
6. Chavarría, R.-- Manual de Fisioterapia Oral.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología , Area Medico-Quirúrgica, S.F. pp. 1 - 18. (mimeografiado).
7. Del Compare, Roberto Antonio.-- Transferencia de los conocimientos y técnicas del control de placa bacteriana en niños de la escuela Ricardo Castañeda Paganini.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1985.-- pp. 5 - 70.
8. Escalante Leiva, Sergio Fernando.-- Manual de autoaprendizaje sobre salud bucal para maestros de áreas rurales.-- Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 1986. pp. 1 - 6.



12 MAYO 2000

9. Fagiani Torres, M. R.-- Programa de periodoncia preventiva.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Medico-Quirurgica, S.F. pp. 1 -21.

10. Gonzalez Avila Manuel, Arnulfo Noguera, Ricardo Sanchez.-- Informe final de la encuesta nacional sobre salud bucal en las escuelas de Guatemala. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Incap.—1989.-- pp. 25 - 35.

11. Gonzalez Avila, M y C. López. Placa microbiana, placa bacteriana o placa dental y su relación con la enfermedad de periodontal. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Medico-Quirurgica S.P. pp. 1 - 9. (mimeografiado).

12. Gereda, R.-- Medicinas preventivas de caries dental y enfermedades de la encías.- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Medico-Quirurgica, 1982. pp. 1 - 17.

13. Katz, S.-- Odontología preventiva en acción / Simon Katz, JL Macdonald, G.K Stookey; traducido por Simon Katz 5ta. Edición.-- Buenos Aires : Medica ; Panamericana, 1975.-- pp. 145 - 146., 402 - 434.

14. Lima Portillo, Telma Janina.-- Impacto de un programa de prevención de caries dental y placa dentobacteriana en escolares considerados de alto riesgo, de los Ingenios Concepción y el Salto, Escuintla.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1992. -- pp. 10.

15. Mcdonald, Ralph E.-- Odontología para el niño y el adolescente / Traducido por Horacio Martinez.-- 2da. edición.-- Buenos Aires : Mundi, 1974. pp. 247 - 251.

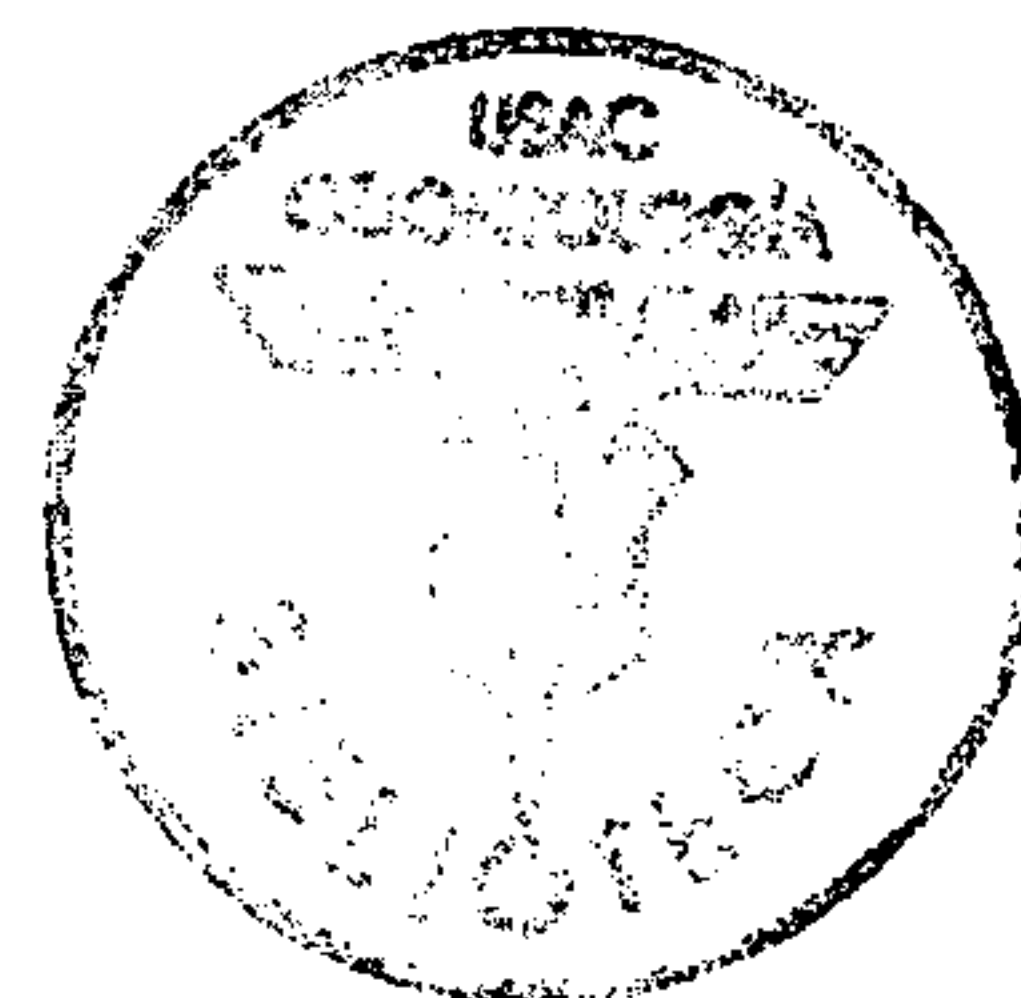
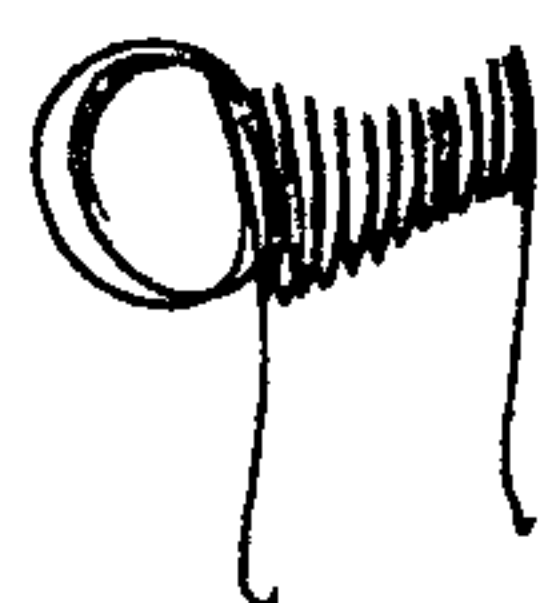
16. Martínez Carissini, Jorge Toledo.-- Eficiencia clínica enel control de la placa bacteriana con el uso de gluconato de clorhexidina. Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universisdad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1983.-- pp. 6 - 15.



12 MAYO 2000

17. Mendez, O y López, C.-- Anatomía clínica de la cavidad oral.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area de Patología, 1978.-- pp. 15. (mimeografiado)
18. Organización Panamericana de la Salud.-- Guía sobre educación y participación comunitaria en el crecimiento y desarrollo del niño.-- Washington : OPS/OMS, 1988. pp. 39 -41.
19. Organización Panamericana de la Salud.-- Reunión regional sobre salud del adolescente. Iro. 1991: 1-5 de abril, Informe Final. Montevideo |.-- Programa de salud Maternoinfantil, OPS.-- pp. 10-11.
20. Palencia Sepulveda, Jose Eduardo.-- Elaboración y evaluación de un programa preventivo piloto de higiene bucal en pacientes integrales adultos atendidos durante 1993 en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.--Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1994. -- 5.p.
21. Ramírez Silva, Jorge Enrique.-- Transferencia de conocimientos sobre tecnicas de control de placa bacteriana en pacientes adultos que ingresan a la Facultad de Odontología.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1984.-- pp. 31 - 34.
22. Rosales Farfán, Lourdes.-- Adecuación de un programa de salud bucal, llevada a cabo a una población (niños y adolescentes), de una zona precaria de la ciudad de Guatemala, conocida como la linea del tren.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1996.-- pp. 21,39 - 47.
23. Sanchez, Ricardo.-- Epidemeología de la enfermedades y trastornos clínicos en el aparato estomatognático de los escolares del nivel primario de Guatemala, estudio por regiones.-- Guatemala, universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Educación, 1992.-- 287 p.
24. Universidad de San Carlos de Guatemala. -- Placa bacteriana.-- Facultad de Odontología Area Medico-Quirurgica, S.F.-- 6p.

Vo. Bo.



12 MAYO 2000

Barrios Arango

Br. Dora Amelia Barrios Arango.

SUSTENTANTE

Miriam Samayoa

Dra. Miriam Samayoa Sosa.

ASESOR

Victor Hugo Lima Sagastume

Dr. Victor Hugo Lima Sagastume
COMISION DE TESIS



Mauricio Guillen Fernandez

Dr. Mauricio Guillen Fernández
COMISION DE TESIS

IMPRIMASE:

Vo.Bo.

Carlos Alvarado Cerezo

Dr. Carlos Alvarado Cerezo
SECRETARIO FACULTAD DE ODONTOLOGIA

