

MARC
67075
R/17452.

J
C 796 E
2015



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE
Escuela de Odontología



**EVALUACIÓN DEL FORO - TEATRO COMO HERRAMIENTA DE REFUERZO
EN LA PROMOCIÓN DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE PRIMERO BÁSICO DE
COLEGIOS PARTICULARES DE CHORRILLOS VIÑA DEL MAR**

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Moisés Córdova Rivera
Priscila Gómez San Martín

Docente Guía: Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso - Chile
2015

Dedicado en primer lugar a mis padres que han sido un pilar fundamental en todo este proceso universitario, a mi familia en general por el cariño y el apoyo desde siempre, a mis amigos del colegio por ser parte de mi familia en esta región y por su comprensión incondicional. A mis amigos de la U, por su gran apoyo para poder llevar estos 7 años de carrera y gracias a la vida por darme la oportunidad de conocer de ella y de aprender y seguir aprendiendo en cada una de sus pruebas.

Moisés Córdova R.

Gracias a Dios y a San Expedito.

Gracias a mi Madrina, a tía Ruth y a Daniela.

Gracias a Dr. Jamett por todo su apoyo.

Dedicado a todos ellos... quienes creyeron en mí, incluso antes que yo.

Ha sido un largo camino, para nada fácil... muchas veces uno se pregunta...¿habrá valido el esfuerzo?... y mi respuesta hoy es Sí!... Agradezco poder ejercer esta maravillosa profesión de servicio, que llena mi corazón de gozo.

Priscila Gómez S.

Agradecemos en forma especial a todas las personas que fueron parte de esta tesis, a Claudia Jerez y la compañía de teatro "Pasos y Señas" por enseñarnos acerca del Foro-Teatro y mostrarnos su gran trabajo en esta disciplina. A las directoras del ciclo básico de los colegios Deutsche Schule Valparaíso, Sra. Loreto Yáñez, y Seminario San Rafael, Sra. Carolina Chamás. A las profesoras a cargo de los cursos, por su gran apoyo para el desarrollo de las actividades. A nuestro docente guía por mostrarnos esta temática dentro del área de salud pública, y a los funcionarios que fueron parte importante en la logística de todo gran trabajo, en especial a nuestra querida Verito de biblioteca y a los niños que formaron parte como espect-actores, ya que en ellos se verán los verdaderos resultados de este hermoso proyecto.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	MARCO TEÓRICO	
	1. La salud y sus determinantes sociales	6
	2. Prevención y Promoción en salud	7
	3. Psicología del desarrollo en el niño	9
	4. Métodos de educación para la salud	12
	5. Prevención en Odontología	14
	6. Promoción de salud en Odontología	17
	7. Teatro del Oprimido y el Foro-Teatro.	23
III.	MATERIALES Y MÉTODO	
	1. Pregunta de investigación	26
	2. Hipótesis de estudio	26
	3. Objetivo general	26
	4. Objetivos específicos	26
	5. Diseño y tipo de estudio	26
	6. Muestra/Universo	27
	6.1 Tamaño de muestra y tipo de muestreo	
	6.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	
	7. Recolección de datos	28
	7.1 Definición conceptual y operacional de las variables	
	7.2 Trabajo de Campo	
IV.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
V.	RESULTADOS	33
VI.	DISCUSIÓN	37
VII.	CONCLUSIONES	40
VIII.	RESUMEN	41
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
X.	ANEXOS	48

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la caries dental, enfermedad periodontal y las desarmonías dentomaxilares continúan siendo focos de interés en salud pública debido a su alta prevalencia, constituyendo un problema en salud. Por tanto, medidas para mejorar esta situación por parte del estado y los servicios de salud involucrados son fundamentales.

En relación a lo anterior, es necesaria la educación y promoción en salud oral como medida preventiva, ya que en la patogénesis de la caries juegan un rol fundamental los hábitos higiénicos y estilos de vida saludables, como el consumo de una dieta no cariogénica y el uso correcto de elementos de higiene bucal.

Dentro de los menores de 20 años, el grupo de 6 años es una de las edades GES priorizadas, debido a que a esta edad los niños inician la dentición mixta, siendo necesario un buen diagnóstico que permita aplicar medidas para la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados, junto con la entrega de información para el cuidado de su salud bucal ¹. Además, a esta edad el niño de 6 años ya ha adquirido cierta autosuficiencia motriz y psicológica ², por lo que herramientas educativas son imprescindibles para ellos.

Las técnicas actuales de promoción en salud oral, si bien es cierto, buscan modificar hábitos, no promueven la participación de la población objetivo en forma activa, sino que se basan principalmente en una relación más vertical y unidireccional. Es por esto, que el foro-teatro busca integrar al espectador como un ente activo en su proceso de aprendizaje, ya que promueve la participación de éste durante la intervención teatral, buscando lograr con esto reforzar el aprendizaje.

Debido a que no se conocen estudios en Chile, ni en el extranjero respecto al efecto de esta técnica como herramienta de refuerzo educativa, nuestro seminario de tesis está enfocado a responder la siguiente pregunta de investigación ¿Es el Foro-Teatro una herramienta efectiva para el refuerzo del aprendizaje en la Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Chorrillos, Viña del Mar?

II. MARCO TEÓRICO

1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES.

La salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ³. Conseguir el estado de salud es condicionado por los determinantes de la salud, que serán tratados a continuación.

El concepto determinantes sociales de salud se originó en los años setenta, a partir de una serie de publicaciones centradas en la crítica a las insuficiencias de las intervenciones de salud orientadas en los riesgos individuales de enfermar y morir, pues éstas fueron consideradas poco efectivas al no tomar en cuenta una serie de variables relacionadas con la dimensión social ⁴.

Chile asume el Modelo de Determinantes en Salud que postula la Comisión del mismo nombre de la OMS en el año 2005. Este Modelo incorpora elementos relevantes a considerar como factores asociados y predictores en la adopción de estilos de vida promotores de salud: al contexto social, la estratificación social, la vulnerabilidad diferencial y los sistemas de salud. Desde esta mirada, los determinantes de la salud incluyen: el ambiente social y económico, el ambiente físico, y las características individuales y comportamientos de la persona ⁵.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos ⁶.

Los determinantes sociales de la salud, se pueden clasificar en aquellos modificables y no modificables, entendiéndose éstos últimos como los factores constitucionales de cada individuo, la edad y el sexo. Dentro de los factores modificables, uno de los que más influye en la salud y el más controlable mediante actividades de promoción son los estilos de vida del individuo. Luego con menor influencia, pero no menos importante, son las redes sociales y comunitarias donde éste se desenvuelve. Con menor influencia respecto a los determinantes en salud, y con menor posibilidad de ser controlados, se encuentran aquellos relacionados con la vivienda, el ambiente laboral, los servicios de atención en salud y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (ver figura 1).



Figura 1: Determinantes sociales de la salud de Dahlgren & Whitehead, extraído de Dahlgren & Whitehead, 1991⁷.

2. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD.

En sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento.

Sin embargo, la prevención, en su sentido estricto y más generalizado, comprende todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad, esto es, aquellas actuaciones aplicables en el período pre-patogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad.

La historia natural de la enfermedad consta de tres períodos ordenados secuencialmente; el pre-patogénico, patogénico y el resultado. En el período pre-patogénico se produce una interacción entre el agente patógeno, el medio ambiente y el huésped. De esta interacción puede resultar un huésped que ha sido superado por ambos factores y pasar a un período patogénico, en donde el individuo de una patogénesis temprana no tratada puede derivar a una enfermedad avanzada. Cabe destacar que los signos de la enfermedad, en la mayoría de los casos, se manifiestan durante la patogénesis temprana, sin embargo, muchos de los síntomas se manifiestan posteriormente. En la enfermedad avanzada, de continuar sin tratamiento, su desenlace será la muerte, la discapacidad o permanecer en un estado crónico. Ahora bien, si existe el tratamiento adecuado, el resultado será la cura de la enfermedad (ver figura 2).

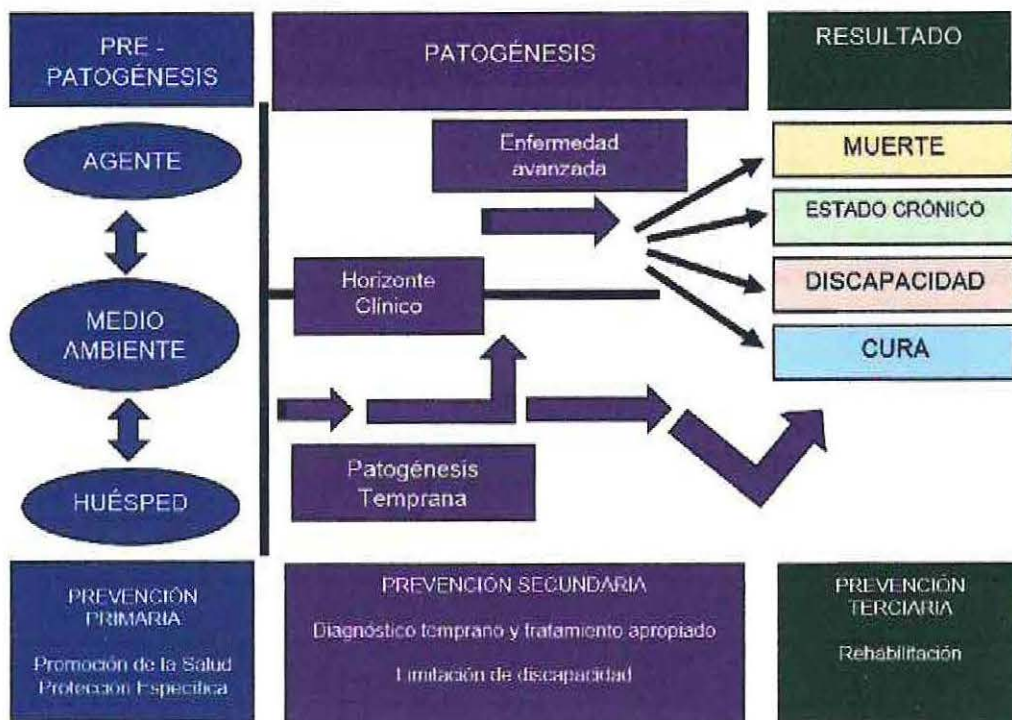


Figura 2: Diagrama de la Historia Natural de la Enfermedad y su correspondiente nivel de prevención de Leavell y Clark (Extraído de Parker & Sommer, 2010)⁸.

De acuerdo al período en que se encuentre la enfermedad hay un tipo de prevención, que puede ser Primaria, Secundaria o Terciaria, las cuales serán explicadas a continuación:

- **Prevención primaria:** Previene la enfermedad o daño en personas sanas. Dentro de ésta se encuentra la promoción de la salud como la educación sanitaria, y la protección específica como por ejemplo, la vacunación antitetánica, los sellantes preventivos de puntos y fisuras y el uso de fluoruros.
- **Prevención secundaria:** va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión, como por ejemplo los sellantes terapéuticos.
- **Prevención terciaria:** comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ejemplo las restauraciones de resinas compuestas o amalgamas.

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para alcanzar un estado completo

de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él ⁹.

Conceptualmente, tanto la prevención como la promoción buscan lograr un estado de salud, la diferencia entre éstos es que la primera busca evitar la enfermedad y la segunda busca mantener y maximizar el estado de salud de la persona o comunidad. Para lograr ésto, la promoción se enfoca en que la población adopte estilos de vida saludables, es decir, en los determinantes de la salud que son modificables.

3. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO EN EL NIÑO.

Para la ejecución del estudio, y mayor entendimiento de lo que se refiere a la población objetivo, es necesario conocer la psicología del desarrollo del niño y las teorías del aprendizaje que se describen en la literatura.

a. Etapas del desarrollo del niño ¹⁰:

1. Período prenatal, que comprende la fase intrauterina.
2. Periodo neonatal, que comprende la fase desde el nacimiento hasta fines del primer mes de vida extrauterina.
3. Primera infancia, comprende desde el primer mes de vida hasta los tres años.
4. Segunda infancia o Etapa preescolar, período que va desde los tres a los seis años.
5. Tercera infancia, comprende desde los seis a los diez años.
6. Adolescencia, desde los diez a los dieciocho – veinte años.
7. Adulthood, desde los dieciocho años en adelante.

La segunda infancia es la etapa de vida de nuestro grupo de estudio. En la cual, si el desarrollo afectivo ha transcurrido con normalidad, podemos decir que el niño "ha zanjado una etapa que le permite sentirse una pequeña personita con autosuficiencia motriz, lingüística y sobre todo con un mundo interno con representaciones, escenarios y símbolos, que van adquiriendo mayor consistencia en la medida que juega y sueña, despierto y dormido. Dramatiza la realidad y ahora se encuentra en forma para afrontar cuestiones, esbozadas en su mente, pero que eludía. Prefería pensar que el mundo se componía de grandes y pequeños (diferenciación de generaciones), pero ahora empieza a plantearse en serio la diferenciación de género. No es una investigación científica, es una investigación con pensamiento mágico, pensamiento en el que todo es posible, los principios de la realidad no son tenidos en cuenta, el mundo de los deseos planea sobre todo" ².

b. Teorías del aprendizaje.

Entendemos por aprendizaje como el proceso de los individuos de interpretar y transformar la experiencia en conocimientos, destrezas, actitudes, valores, creencias, emociones y sensaciones ¹¹.

No existe una sola teoría para explicar el verdadero sentido de la psicología del desarrollo, lo cual es muy importante en lo que se refiere a la educación en los niños, por lo tanto, será necesario abordar algunas teorías que expliquen el desarrollo humano, dentro de éstas encontramos:

◆ Teoría Psicoanalítica.

Esta es la teoría de Freud y es del tipo dinámica, es decir, motivacional del comportamiento, en donde el desarrollo de la personalidad requiere de una secuencia de etapas, y donde en cada etapa, el individuo debe resolver un conflicto de desarrollo. Si este conflicto no es resuelto, el individuo queda fijado en esta etapa. Cabe mencionar que esta fijación puede deberse a la inconformidad de la gratificación, lo que deja al niño deseando poner fin a este conflicto buscando más gratificación ¹².

Sin embargo, esta teoría no es satisfactoria, pues no considera las influencias sociales ni culturales las cuales actuarían en el desarrollo de la personalidad ¹².

◆ Teoría conductista.

Watson, definió el concepto de "estímulo - respuesta", dándole importancia a los determinantes ambientales del comportamiento humano. Para Watson, el niño desde que nace es un objeto pasivo sobre el cual el ambiente actúa sobre él y lo modela casi por completo, por lo tanto, la conducta es modificable cuando se controla de manera eficaz y directa ¹³.

◆ Teoría del aprendizaje social.

La teoría del aprendizaje social empieza por la premisa de que todo comportamiento es aprendido y donde la adquisición de una conducta, va a ser el resultado de un nuevo comportamiento el cual se encuentra vinculado a un comportamiento anterior ¹⁴.

Esta teoría no es una extensión del conductismo de Watson, puesto que requiere de un organismo activo, que debe ser capaz de evaluar el comportamiento de otros (aprendizaje social) en relación consigo mismo, en otras palabras, el niño centra su atención en la conducta manifiesta y no en la solución de problemas ¹⁴.

◆ Teoría Cognoscitiva.

Esta es la teoría desarrollada, por Jean Piaget, que se inserta en el campo de la cognición, es decir, el interés primordial del desarrollo está en los problemas del pensamiento, los niños buscan continuamente el sentido de su mundo al relacionarse con objetivos y personas, de este modo captan sus experiencias, comprendiéndolas y organizándolas en ideas coherentes para su nivel de desarrollo ¹⁵.

En la teoría de Piaget el aprendizaje se concibe a partir de la reestructuración de las estructuras cognitivas internas del niño, de sus esquemas y estructuras mentales, de tal forma que al finalizar un proceso de aprendizaje deben aparecer nuevos esquemas y estructuras como una nueva forma de equilibrio ¹⁶. Los períodos del desarrollo cognitivo de Piaget se clasifican en:

1. **Sensoriomotor:** Desde el nacimiento hasta los 2 años, El niño utiliza los sentidos y las habilidades motoras para entender el mundo. El aprendizaje es activo; no hay pensamiento conceptual o reflexivo.
2. **Preoperacional:** de 2 – 7 años, el niño desarrolla un sistema representacional y utiliza símbolos que representan personas, lugares y eventos. El lenguaje y el juego imaginativo son manifestaciones importantes de esta etapa. El pensamiento aún no es lógico, es egocéntrico, y eso hace que el niño entienda al mundo sólo desde su propia perspectiva.
3. **Operaciones concretas:** 7 – 11 años, el niño entiende y aplica operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional. Su pensamiento se encuentra limitado por lo que puede ver, oír, tocar y experimentar personalmente, pero no puede pensar en términos abstractos.
4. **Operaciones formales:** a partir de los 12 años el adolescente y el adulto son capaces de pensar acerca de abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica y no sólo emocionalmente. Pueden incluso pensar en forma lógica ante hechos que nunca experimentaron.

Según el enfoque piagetiano los niños de 6 años, se encuentran en la etapa de desarrollo cognitivo preoperacional, donde los avances en pensamiento simbólico se acompañan de una creciente comprensión de la causalidad, identidad, categorización y número ¹⁶. Las cuales se detallan a continuación:

1. **Causalidad:** Piaget sostenía que los niños razonan por medio de la transducción, es decir, mentalmente conectan dos sucesos, en especial sucesos cercanos en el tiempo, que tengan o no una relación causal lógica.
2. **Identidad:** El mundo se vuelve más ordenado y predecible a medida que los niños en esta etapa desarrollan una mejor comprensión de las identidades, el que se entiende como el concepto de que las personas y muchos objetos son básicamente iguales,

aun si cambian de forma, tamaño o apariencia.

3. **Categorización o Clasificación:** El niño identifica semejanzas y diferencias, para ordenar muchos aspectos de sus vidas, entre los cuales encontramos personas u objetos.
4. **Número:** Para el momento en que los niños ingresan a la escuela, la mayoría ya desarrolló un "sentido numérico" básico ¹⁷. Este nivel básico de capacidades numéricas incluye contar, conocimiento de los números (ordinalidad), transformaciones numéricas (sumas y restas simples), estimación y reconocimientos de patrones numéricos.

4. MÉTODOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

El Método de la Educación Sanitaria es definido como el proceso o la técnica mediante el cual el mensaje elaborado por el agente de educación sanitaria alcanza al individuo o grupo individuo ¹⁸.

Los métodos de educación para la salud se emplean para transmitir los mensajes educativos, y varían dependiendo del número y las características de las personas a las que van dirigido. Si tenemos en cuenta la relación entre el educador y el educando, se clasifican en directos o indirectos (ver tabla I).

Diferentes Métodos de Educación Sanitaria	
Directos	Entrevista Clase Charla, conferencia Grupos de discusión
Indirectos	Carteles Folletos Cartas personalizadas Prensa Radio Televisión Cine, video Internet

Tabla I: Métodos de educación sanitaria ¹⁹.

Métodos directos.

Son los más eficaces, por la estrecha relación entre educador y educando, y por la utilización de la palabra hablada. Al existir contacto entre ambas partes, la comunicación puede ser bidireccional, lo que permite aclarar las posibles dudas. Además, pueden servirse de medios técnicos de ayuda como diapositivas o sistemas audiovisuales. Los principales métodos empleados son la entrevista, las clases, las charlas o conferencias y los grupos de discusión.

Métodos indirectos.

Son los métodos educativos en los que existe una distancia entre educador y educando, interponiéndose algún medio técnico entre ellos. Los medios que suelen utilizarse pueden ser sonoros, visuales o audiovisuales.

Al no haber intercambio de información, son poco eficaces en educación sanitaria, aunque sirven para transmitir información a un gran número de personas y a bajo coste, por lo que se utilizan en el inicio de programas, cuando se quiere sensibilizar a grandes grupos de población, o como refuerzo de actitudes positivas ya alcanzadas. Sin embargo, su capacidad para modificar conductas es muy reducida. Los métodos indirectos más utilizados son las cartas, los folletos, los carteles, internet, los periódicos, la radio, la televisión y el cine ¹⁹.

Cualquier programa educativo en esta edad requiere de un lenguaje sencillo, acompañado de grandes contenidos gráficos, con alto grado de creatividad plasmado en el juego. Si la intención es realizar una retroalimentación sobre conceptos referentes a salud bucal, apropiados por el niño menor de 7 años, la mejor manera es formular preguntas sencillas, intercalando actividades lúdicas entre ellas²⁰.

Otra forma de clasificar los métodos de educación es según el tipo de enseñanza¹⁰:

1. Enseñanza Individual.

El objeto de ésta es considerar el desarrollo individual del educando de manera que le permita progresar a su propio ritmo, previo diagnóstico de sus conductas iniciales. Por ejemplo: los módulos de autoaprendizaje.

2. Enseñanza Sociabilizada.

Su objetivo es la interacción social y el desarrollo de una actitud de trabajo en grupo y sentimiento comunitario. Este tipo de educación fomenta el respeto y cooperación entre los participantes. Se dividen por lo general en dos tipos de grupos según el número de personas que la integran: grupos pequeños (10 a 15 personas) o grupos grandes (más de 20). Dentro de este tipo de enseñanza, se distinguen tres tipos de técnicas¹⁰:

2.1 Técnicas de actuación: A través de la expresión corporal se representan situaciones de comportamiento y/o formas de pensar.

2.2 Técnicas auditivas y audiovisuales: consiste en presentar un tema basado en una investigación, análisis y ordenamiento específico de quienes la produjeron.

2.3 Técnicas visuales, donde existen dos tipos:

a. Técnicas visuales escritas: las cuales usa la escritura como elemento central, por ejemplo, folletos, revistas, etc.

b. Técnicas visuales gráficas: las cuales utilizan los símbolos y dibujos, por ejemplo, afiches, juegos didácticos, etc.

5. PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA.

En un intento por prevenir las enfermedades bucales más comunes, surgen diversas estrategias y actividades; entre éstas, las más comunes son aquellas orientadas al control de la placa bacteriana, esto es, la remoción de factores mecánicos que pudieran favorecer la retención, así como el uso de agentes quimioterapéuticos y medidas específicas como los sellantes. También ocupan un papel importante los esfuerzos por modificar comportamientos relacionados con las enfermedades, como son ciertas características de la dieta y el hábito de fumar²¹.

Otro asunto fundamental, y con frecuencia olvidado, tiene que ver con la educación. Gran parte de las estrategias preventivas apuntan a un cambio en los patrones de comportamiento; sin embargo, se asume en muchos casos que la simple información al paciente o a la comunidad será suficiente para lograrlo. El componente educativo de las intervenciones se reduce entonces a la transmisión vertical de conocimiento, con el objetivo de cambiar comportamientos "indeseables" desde la óptica de los profesionales, desconociendo las implicaciones que lo cultural, lo socioeconómico y lo educativo tienen sobre los mismos²².

De allí que la evidencia apunta a que muchas de las intervenciones educativas fracasen, por su enfoque alejado de las necesidades, saberes y significados de las personas. Un nuevo enfoque preventivo debería avanzar en propuestas educativas que no dejen de lado el contexto en el cual se dan las prácticas en salud²³.

La prevención en la práctica odontológica debería adquirir un carácter de integralidad y continuidad, en donde más allá de las actividades que implica, se convierta en una actitud profesional y en un esfuerzo continuo. Por tanto, debería iniciarse desde la gestación y continuar durante toda la vida del individuo, con acciones que no se dirijan exclusivamente a detectar, controlar o tratar enfermedades específicas, sino también a fomentar el adecuado desarrollo de todo el componente bucal de la salud y de sus funciones, con un enfoque de salud positiva²¹.

Las estrategias del sector han sido principalmente enfocadas en la prevención primaria. Una de ellas ha sido la fluoración del agua potable, con cobertura cercana al 83% de la población urbana nacional. En zonas rurales se implementó el programa de alimentación escolar con leche fluorada (PAE/F), dirigido a escolares rurales de 1° a 8° básico. Actualmente este programa beneficia a 240 comunas, con un total aproximado de 3.520 escuelas y 210.000 niños ¹.

En el ámbito de la protección y limitación del daño, se ha focalizado la acción en los períodos de erupción dentaria, tanto en dentición temporal como definitiva. Por esta razón, se ha priorizado la atención odontológica integral de niños de 2, 4, 6 y 12 años, y de mujeres embarazadas ¹.

Se ha incorporado además el Modelo de Intervención Preventivo Promocional, a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares. Esta iniciativa ha reforzado la estrategia de instalación temprana de hábitos saludables de higiene y alimentación. Actualmente cuenta con dos componentes, el de establecimientos de educación parvularia (cobertura de 30.000 párvulos de 81 comunas distribuidas en 14 regiones) y el componente en centros de salud de Atención Primaria (realizado por el equipo pediátrico en el Control del Niño) ¹.

Muchos actores fuera del sector salud tales como: La Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y el Ministerio de Educación (MINEDUC), han facilitado el desarrollo de programas en establecimientos educacionales y apoyan la formación de hábitos de salud bucal. Por otro lado, las empresas sanitarias son responsables de la implementación, desarrollo y autocontrol del Programa de Fluoración del Agua Potable para prevenir caries dentales ¹.

En el área de diagnóstico y tratamiento, los municipios, JUNAEB y los prestadores asociados a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) participan en proteger y limitar el daño de la salud bucal. Junto con ello, las universidades y sociedades científicas, en colaboración con el Colegio de Cirujanos Dentistas y empresas privadas del rubro de higiene bucal, realizan capacitación del recurso humano para mejorar sus competencias, junto con el desarrollo de campañas de educación con contenidos de autocuidado en salud bucal ¹.

Entre las estrategias que se proponen, se encuentran: (1) refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar; (2) reforzamiento del componente de Salud Bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; y (3) disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica ¹.

Dentro de la primera línea estratégica se propone reforzar el componente educativo para la instauración de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, y expandir el programa de preescolares a todos los establecimientos de

educación preescolar y básica que acogen a los niños más vulnerables del país. En niños pequeños, la promoción de hábitos saludables debe ser realizada a través de múltiples intervenciones y programas de promoción dirigidos a los padres. Las patologías bucales son evitables con simples medidas de autocuidado aplicadas desde la gestación^{24,25}.

La evidencia indica que en las intervenciones en centros de enseñanza, se consigue un mayor grado de eficiencia cuando los programas son de máximo alcance y "holísticos", relacionando a los centros escolares con los organismos públicos y con los sectores encargados del cuidado de la salud, y cuando se desarrollan durante varios años. Se debe prestar especial atención a la formación de los profesores en promoción de la salud bucal²⁶.

En la misma línea estratégica, se plantea mejorar el acceso a los fluoruros de la población más vulnerable. Actualmente la población urbana cuenta con flúor en el agua y la población escolar rural con flúor en leche. La fluoración del agua se asocia con un aumento de la proporción de niños libres de caries y con una disminución en el número de dientes afectados por caries²⁷.

Sin embargo, es necesario mejorar el acceso a fluoruros tópicos en la población más vulnerable, específicamente con dos medidas de probada eficacia: el cepillado con pasta fluorada y la aplicación de barniz de flúor. El cepillado de dientes con pasta fluorada en establecimientos educacionales al menos 2 veces al día resulta eficaz para la prevención de caries^{28,29}. La efectividad aumenta con la concentración de fluoruros disponibles, especialmente en poblaciones de mayor riesgo cariogénico. Revisiones sistemáticas indican que el uso de pastas dentales fluoradas reducen sustancialmente la prevalencia e incidencia de caries dental³⁰. Además, el acceso a barniz de flúor a los niños de más alto riesgo, como elemento inhibidor de caries²⁸, es recomendado tanto para pacientes de alto riesgo cariogénico (menores de tres años con caries temprana de la niñez) y escolares con dientes definitivos en erupción, como para tratamiento de remineralización en lesiones incipientes, entre otros³¹. Según el consenso internacional vigente, el acceso universal a los fluoruros es parte de los derechos humanos básicos en salud³².

La segunda línea estratégica propone el reforzamiento del componente de Salud Bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, para lo cual se elaborarán orientaciones técnicas basadas en las mejores experiencias disponibles. El enfoque familiar y comunitario permite abordar al individuo y su familia como un sistema en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural y, a través de intervenciones costo efectivas, lograr satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad respecto a mantenerse saludable^{33,34}.

La tercera y última estrategia permitirá evaluar de manera integrada el impacto de los programas odontológicos, mediante la mejoría y monitoreo de los registros existentes, y realización de estudios epidemiológicos para evaluación de cumplimiento de metas de impacto de la Estrategia Nacional de Salud¹.

6. PROMOCIÓN DE SALUD EN ODONTOLOGÍA.

La promoción de la salud se basa en una concepción positiva de salud, en la cual se asume la estrecha relación entre salud y desarrollo. Es considerada como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, lo que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar. En donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño. Se convierten en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor contribuyendo a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud ²⁰.

En esta perspectiva, es importante resaltar que la situación de salud, y con ella el componente bucal, son reflejo tanto de determinantes sociales y económicos como de factores de riesgo ³⁵.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad son entonces complementarias y el campo de acción de la práctica odontológica se amplía cuando se concibe al odontólogo como un actor social, comprometido en acciones para mejorar la calidad de vida de las comunidades. Pero, además de esto, se requiere también que la profesión preste especial atención al componente bucal de la salud, mediante estrategias preventivas concretas. Lo anterior permitirá aprovechar los conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para evitar la aparición de las enfermedades, aportando al desarrollo económico y social al permitir al individuo desempeñarse productivamente en su entorno ³⁶.

El año 2010, se hizo una capacitación, a nivel nacional, a padres y funcionarios de jardines INTEGRA y JUNJI, sobre promoción y prevención en salud oral de preescolares. En una evaluación a dos años de la intervención, se evidenció que en 10 comunas de Santiago, de los encuestados, sólo un 56% de funcionarios y 22,8% de apoderados participaron en la capacitación. Los que participaron presentaron un conocimiento suficiente para mejorar la salud oral de sus niños a cargo ³⁷.

El año 2011 el SEREMI de Salud en cargo, Dr. Jaime Jamett, como parte del programa elige vivir sano, promueve la capacitación de funcionarias de la región mediante Magicoterapia, que consta de ilusiones y juegos de magia para apoyar la labor de educación y prevención de lesiones dentales ^{38,39}.

Actualmente, si bien existe un manual respecto a la higiene oral y cuidados de los niños, desarrollado por el MINSAL, recae en la voluntad y conocimiento de las educadoras el tiempo y dedicación hacia estas competencias ³⁹.

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y un importante problema por su alta prevalencia, su impacto en los individuos y en la sociedad, y por el alto costo de su tratamiento ⁴⁰. Dentro de éstas, las más prevalentes

en el mundo y en nuestro país son: la caries dental, las enfermedades periodontales y las anomalías dentomaxilares.

La caries dental puede definirse como un proceso dinámico que causa la destrucción progresiva de los tejidos duros del diente, que implica la desmineralización de la porción inorgánica y la disolución de la porción orgánica de éste⁴¹.

En relación a lo anterior y según el esquema clásico de Keyes la enfermedad es el resultado de la interacción de 4 factores fundamentales, microbiota cariogénica, hospedador susceptible y sustrato (dieta), que necesitan ejercer su influencia a lo largo del tiempo para que se desarrolle la enfermedad.

Otros autores proponen dentro de los factores de riesgo de caries aquellos relacionados a la placa dental, saliva, dieta, así como factores sociales, culturales, económicos y de susceptibilidad individual⁴²⁻⁴⁵.

Hay factores del entorno que no son considerados habitualmente por los autores, como el acceso a programas y servicios de salud, nivel socioeconómico, cultural, educación, entre otros, presentando factores de riesgos sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos⁴⁶.

Los estilos de vida, tales como los hábitos higiénicos y alimenticios, tienen gran impacto en la salud bucal de los individuos, siendo los más importantes el control de la placa bacteriana y la restricción del consumo de alimentos cariogénicos como las bebidas gaseosas y golosinas. También cobra especial importancia, como factor protector, el consumo de agua, especialmente en nuestro país en que está fluorada³¹.

Observaciones en humanos, en animales e in vitro han demostrado claramente que la frecuencia y exposición oral prolongada a ciertos carbohidratos son fundamentales para la actividad de caries. El mecanismo por el cual la dieta influye en el proceso de caries dental consiste en que la bacteria unida al diente, o también llamada placa dental, utiliza monosacáridos y disacáridos (como la glucosa, fructosa, sacarosa) en su vía glicolítica para producir energía, y el ácido es un subproducto de este metabolismo. Consecuentemente, la acidez de la placa dental puede decaer hasta el punto en que ocurre la desmineralización del diente⁴⁷.

Los condicionantes de los estilos de vida tienen que ver con cambios culturales, y para tener éxito en ello es necesario trabajar en forma intersectorial, siendo el sector educación fundamental en esta tarea⁴⁸.

Como se dijo anteriormente los estilos de vida de los individuos están fuertemente asociados con la Salud Bucal de los mismos, sin embargo, estos se ven muy influenciados por factores sociales, ya que los hábitos se aprenden en la familia, el colegio y la comunidad, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano rural²⁰.

En la actualidad, no existen los recursos necesarios para controlar las enfermedades orales en toda la población, ya que el daño de los adultos es muy severo. Por esto, se ha priorizado la atención a menores de edad, que es cuando las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes. La modalidad de atención odontológica, en el sistema público de salud, es integral, considerando la educación, aplicación de medidas de protección específica (según riesgo del paciente) y tratamiento restaurador en caso que exista daño. Sin embargo, el componente educativo que se otorga no es sostenido en el tiempo, logrando un menor impacto en la prevención de las enfermedades orales. Este punto es crucial, ya que no tiene mayor sentido el tratamiento restaurador si no existe un cambio en las condiciones que llevan a enfermarse, siendo los más importantes el control de la placa bacteriana y el control del consumo de alimentos cariogénicos. La restauración de los dientes no impide que estos vuelvan a enfermarse, por lo que es imprescindible cambiar los hábitos del paciente para realmente tener éxito en el tratamiento otorgado²⁰.

El conocimiento de los factores etiológicos y de riesgo ha llevado a una visión de la caries dental como una enfermedad que está presente en la boca de un individuo mucho tiempo antes de dar lugar a manifestaciones visibles en forma de lesiones de caries, que son la secuela o consecuencia de la enfermedad. El riesgo cariogénico, es la probabilidad de que se desarrolle una lesión o que progrese una lesión preexistente durante un período específico de tiempo; por lo tanto éste es dinámico⁴.

En Chile, según el análisis de situación de salud bucal, la prevalencia de la caries aumenta sostenidamente con la edad, llegando casi al 100% en la población adulta (ver figura 3).



Figura 3: Prevalencia de caries en Chile⁴⁹.

A los 6 años, la prevalencia de caries es de 70,4%. Siendo el índice ceo-d y COP-D (que indican el número de dientes con caries, obturados y perdido/exfoliados) de 3,71 y 0,15 respectivamente a la misma edad. En la dentición definitiva, el 62,5% de adolescentes de 12 años presentan caries, en dientes definitivos que posee el de mayor antigüedad cerca de 6 años, con un índice COPD de 1,9. 12 de cada 100 niños ya presentan extracciones por caries. En adultos, entre 35 y 44 años, el 98 a 100% presentan caries, con un desdentamiento parcial del 79,7%. En los adultos mayores, de 65 a 74 años, el 100% presentan historia de caries, y el 29,1% es desdentado total ⁴⁹.



Figura 4: Perfil epidemiológico de Salud Bucal en ciclo vital⁴⁹.

Un estudio realizado en jardines infantiles JUNJI de la Región Metropolitana muestra el impacto de la calidad de vida de los niños con caries temprana severa. Los resultados indican que los niños relatan significativamente más dolor, problemas de alimentación y de sueño, así como alteraciones de conducta y ausentismo escolar ($p < 0.005$) que los niños que no presentan caries⁴⁸.

La caries dental produce un impacto considerable en el bienestar psicosocial de los niños y puede afectar el desarrollo de actividades del diario vivir. Dentro de las principales consecuencias de la caries dental no tratada se encuentran deficiencias en el crecimiento, dolor, limitación, minusvalía social y funcional¹.

Actualmente en nuestro país, las políticas gubernamentales, incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) y en programas odontológicos específicos, temporales y esporádicos, son insuficientes para solucionar el problema de las enfermedades orales. Dentro del GES, la Salud Oral Integral para niños de 6 años, consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de este grupo etario, para mantener una buena

Salud Bucal (ver figura 5). A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su Salud Bucal¹.

La garantía de acceso es para los beneficiarios de 6 años, es decir, desde los 6 años 1 día hasta los 6 años 11 meses y 29 días. El alta se otorga una vez erupcionados los cuatro primeros molares definitivos. La garantía de oportunidad, hace alusión a que el inicio del tratamiento es dentro de 90 días desde la solicitud de atención de la persona beneficiaria o su representante. La garantía de protección financiera corresponde a que los beneficiarios pertenecientes a FONASA A y B tiene un copago \$0 del valor del arancel, y FONASA C con un copago del 10% del valor del arancel¹.

Dentro de las enfermedades orales que cubre este programa son: caries dental, pulpitis, necrosis, periodontitis apical aguda y crónica, absceso periapical agudo y crónico, gingivitis inducida por biofilm, gingivitis hiperplásica, pericoronaritis aguda e hipoplasia de esmalte¹.

Resultados

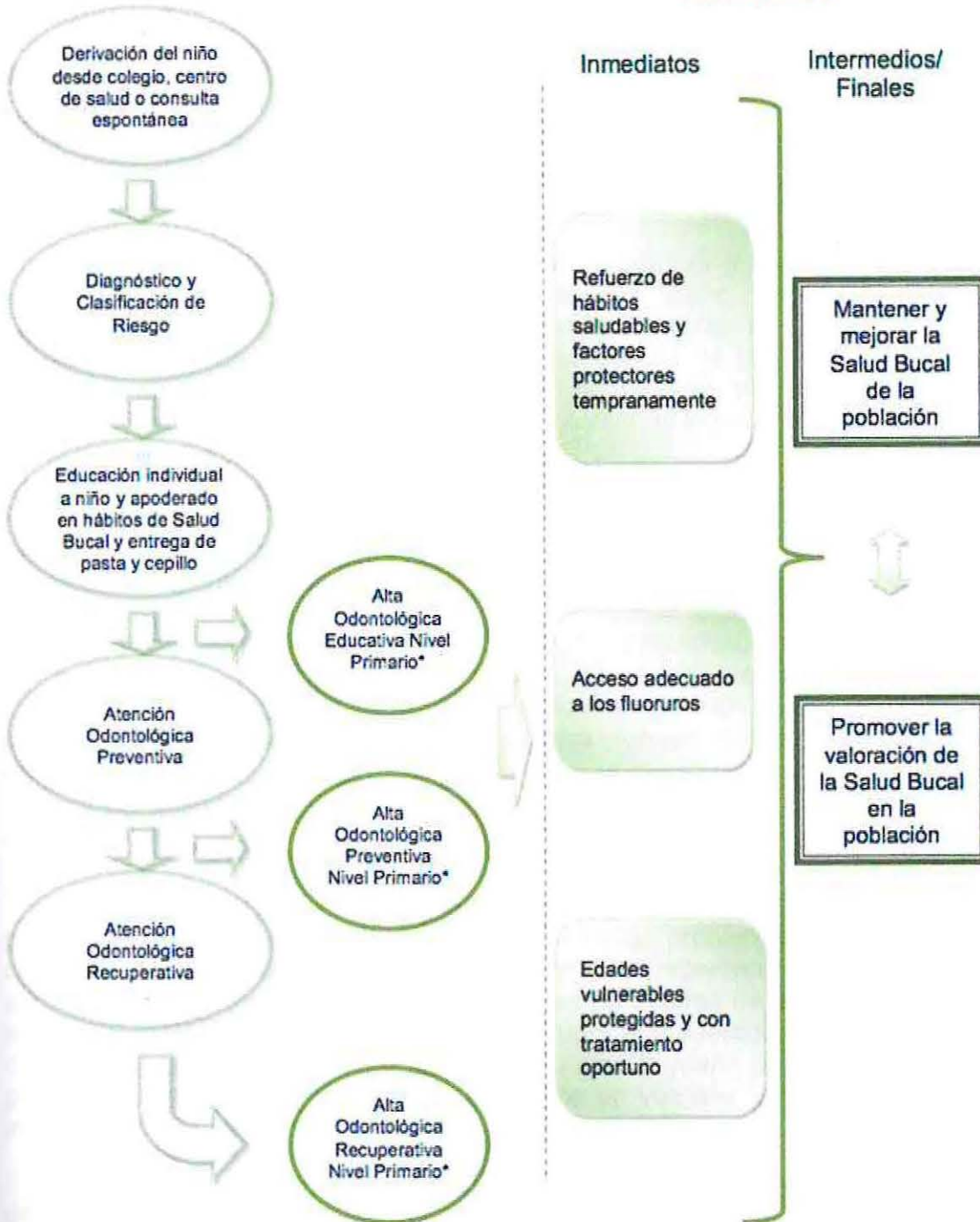


Figura 5: Flujograma de la atención de Salud Oral Integral para niños de 6 años⁵⁰.

7. TEATRO DEL OPRIMIDO Y EL FORO-TEATRO

El Teatro del Oprimido, es una formulación teórica y un método estético, basado en diferentes formas de arte y no solamente en el teatro. Reúne un conjunto de ejercicios, juegos y técnicas teatrales que pretenden la desmecanización física e intelectual de sus practicantes y la democratización del teatro. Tiene por objetivo utilizar el teatro y las técnicas dramáticas como un instrumento eficaz para la comprensión y la búsqueda de alternativas a problemas sociales e interpersonales⁵¹.

Se trata de estimular a los participantes no actores a expresar sus vivencias de situaciones cotidianas de opresión a través del teatro. Desde sus implicaciones pedagógicas, sociales, culturales, políticas y terapéuticas se propone transformar al espectador –ser pasivo- en espect-actor, protagonista de la acción dramática –sujeto creador-, estimulándolo a reflexionar sobre su pasado, modificar la realidad en el presente y crear su futuro. El espectador ve, asiste; el espect-actor ve y actúa, o mejor dicho, ve para actuar en la escena y en la vida⁵¹.

Con el Teatro del Oprimido se pretende que los participantes reflexionen sobre las relaciones de poder, mediante la exploración y representación de historias entre opresores y oprimidos, en las que el público asiste y participa de la pieza. Las obras teatrales son construidas en equipo, a partir de hechos reales y de problemas típicos de una comunidad, tales como la discriminación, los prejuicios, la violencia, la intolerancia y otros. El Teatro del Oprimido es, ante todo, un espacio de acción que se vale de las técnicas de representación con el propósito de analizar y proponer soluciones de cambio ante la opresión que bajo distintas formas sufren los individuos y las comunidades⁵¹.

Dentro del Teatro del Oprimido hay varias modalidades y técnicas: Teatro Foro, Teatro de la Imagen, Teatro Periodístico y Teatro Invisible⁵¹.

Esta forma teatral está entroncada con la creación colectiva. Las obras que se presentan parten del análisis de las inquietudes, problemas y aspiraciones de la comunidad a la que la van dirigidas. Una vez representado el espectáculo, los espectadores pueden participar convirtiéndose en actores de la obra. El procedimiento es muy sencillo: uno de los miembros del grupo, el moderador, que hace de animador de sala, cuando alguno de los espectadores alza la mano porque quiere expresar su punto de vista sobre la escena en curso, dice en voz alta "alto", se para la escena e invita al espectador a sustituir al actor en el escenario⁵¹.

La condición esencial para que este tipo de teatro se dé, es que el espectador ha de ser el protagonista de la acción dramática y se prepare también a serlo de su propia vida⁵¹.

Se utiliza el teatro como un arma de liberación con el objetivo de desarrollar en los individuos la toma de conciencia social y política⁵¹.

El Foro-Teatro es el teatro de la primera persona del plural, es decir, se refiere a un

teatro colectivo que involucra a los espectadores. Por tanto, es necesario que el público sea homogéneo para que el tema de la opresión elegido revele algún aspecto de la cotidianidad ⁵².

Es importante que cada personaje sea caracterizado por acciones significativas, de modo que los espect-actores a la hora de sustituir a un personaje puedan fácilmente identificar sus movimientos y gestos. Cada personaje debe ser representado visualmente con una manera de ser y actuar fácilmente reconocida independientemente de su discurso. Por su parte, cada escena deberá contener la expresión exacta del tema abordado y utilizar lo estrictamente esencial de escenografía. El vestuario será un elemento caracterizador de los rasgos esenciales del personaje, para que los espect-actores puedan utilizarlo cuando sustituyan a los actores ⁵¹.

Puesto que el Foro-Teatro es una modalidad teatral que utiliza una concepción de obra inacabada, el moderador insta a los espectadores a que hablen sobre lo que significa para ellos la escena vista, lo que les sugiere la historia representada, y les estimula para que al identificarse con el tema debatido, participen de la trama de la pieza convirtiéndose en protagonista de esta historia. La escena es un esbozo de acto, que no tiene un final determinado y prescrito. La intervención del público es la que define el final de la obra. De esta manera, los asistentes dejan de ser espectadores y se convierten en participantes, presentando alternativas a la cuestión debatida e implicándose en la discusión del problema. El público puede hacer varias intervenciones sobre una misma escena, si el debate así lo requiere ⁵¹.

Actualmente, el Foro-Teatro en Chile ha sido utilizado en áreas referente a la promoción para la salud, como por ejemplo, las dramatizaciones que se llevaron a cabo en el Cerro Mariposa a los habitantes de los cerros afectados por el incendio de Valparaíso, con el objetivo de entregar a los pobladores las medidas sanitarias para evitar el contagio en relación a enfermedades respiratorias, y de cómo tratar las afecciones durante la época de invierno. Actividad organizada por la unidad de Promoción del Departamento de Salud Pública del MINSAL ³⁸.

Esta modalidad también fue utilizada por el Seremi de Salud O'Higgins enmarcado en el programa de salud integral de adolescentes y jóvenes. En la cual se realizó un foro-teatro a los alumnos de enseñanza media del Liceo Víctor Jara de la comuna de Peralillo, que tuvo como objetivo central la prevención de embarazos no planificados y la prevención del SIDA e infecciones de transmisión sexual ³⁸.

Las actividades desarrolladas propician en los grupos comunitarios los siguientes resultados ⁵³:

1. Estimular la reflexión sobre la noción de colectividad y cooperativismo en la búsqueda de alternativas para problemas sociales.
2. Sensibilizar al poder público y a la sociedad civil para la implantación de políticas y recursos que legitimen los derechos ciudadanos de las personas.

3. Incentivar la práctica teatral y estimular la reflexión sobre los temas abordados durante la realización de actividades.
4. Buscar la construcción y apropiación colectiva de procesos de sociabilidad.
5. Posibilitar la apertura de espacios para la práctica de acciones educativas con la introducción de cambios que permitan a los participantes la construcción de una interacción social.

III. MATERIALES Y MÉTODO

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Es el Foro-Teatro una herramienta efectiva para el refuerzo del aprendizaje en la promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Chorrillos, Viña del Mar?

De acuerdo al estado de arte expuesto, se presenta la siguiente hipótesis de investigación:

2. HIPÓTESIS.

“Niños que reciben una sesión única de Foro-Teatro tienen un nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado mayor a los 7 y 21 días, que los niños que no la recibieron”.

3. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado utilizando el Foro-Teatro en sesión única como herramienta de refuerzo del aprendizaje en la Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Chorrillos, Viña del Mar.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado del grupo Foro-Teatro y el grupo control a los 0, 7 y 21 días.
2. Comparar el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado entre el grupo Foro-Teatro y el grupo control a los 0, 7 y 21 días.
3. Comparar el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado entre los 0 y 7 días, y entre los 0 y 21 días en cada grupo.

5. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio Analítico de tipo Cohorte Prospectivo, en donde los individuos estudiados se siguen en el tiempo (0, 7 y 21 días). Se formaron dos grupos, el grupo de “expuesto”, aquellos individuos con los que se realizó la actividad de Foro-Teatro quienes, y el grupo “no expuesto”, aquellos individuos que conforman el grupo control con los que no se realizó dicha actividad.

6. MUESTRA / UNIVERSO.

El universo corresponde a todos los niños de primero básico de los colegios particulares del sector Chorrillos, Viña del Mar (N= 158). Se trabajó con colegios particulares debido a que éstos tiene una menor cantidad de alumnos por curso, lo cual facilita realizar la actividad de Foro-Teatro.

La muestra fue conformada por los niños de los cursos 1ºA y 1ºC del colegio Deutsche Schule Valparaíso (DSV), y los cursos 1ºC y 1ºD del colegio Seminario San Rafael (SSR), que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

6.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

La muestra fue seleccionada en forma no probabilística, por agrupación decisional, considerando la autorización del director del establecimiento y disponibilidad horaria de los cursos (ver figura 6).

Los dos colegios particulares del sector de Chorrillos son, el colegio Seminario San Rafael (SSR) con dos primeros básicos, y el colegio Deutsche Schule Valparaíso (DSV) con cuatro primeros básicos.

Participaron dos cursos de cada colegio. Los cursos 1ºC del SSR y 1ºC del VDS conformaron el grupo Foro-Teatro, y los cursos 1ºD del SSR y 1ºA del VDS el grupo control. La selección de los cursos que conformaron el grupo Foro-Teatro fue de acuerdo a la disponibilidad horaria indicada por la directora del ciclo básico de cada establecimiento. Una vez aplicados los criterios de inclusión/exclusión, el tamaño de la muestra fue de 88 niños (ver tabla II).

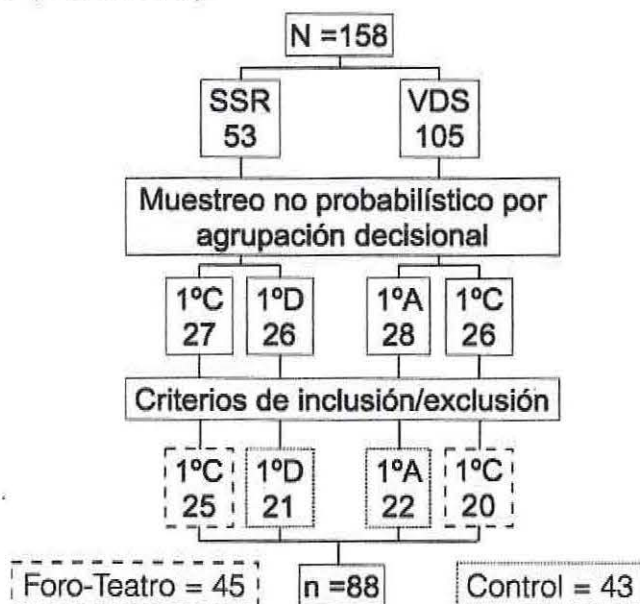


Figura 6: Esquema de la selección de la muestra.

Grupo	Mujeres	Hombres	Total
Foro-Teatro	19	26	45
Control	23	20	43
Total	42	46	88

Tabla II: Caracterización de la muestra.

6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de Inclusión	Descripción
Asistencia	Niño que está presente durante todo el estudio.
Autorización	Apoderados que acepten y firmen el consentimiento informado.
Asentimiento	Niños que asientan participar en el estudio

Criterios de Exclusión	Descripción
Patologías	Niños que presenten disfunciones audiovisuales y /o enfermedad que les impidan participar en el estudio.
Comportamiento	Niños con mal comportamiento que impida el normal desarrollo de la actividad.

7. RECOLECCIÓN DE DATOS.

La duración del estudio fue de 21 días desde la charla educativa (día 0) hasta la última evaluación (día 21).

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

7.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición
Nivel de conocimiento	<p>Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.</p> <p>Conceptual: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.</p> <p>Operacional: Será clasificado en Logrado (respuesta correcta) y No Logrado (respuesta incorrecta) en cada pregunta.</p>
Tiempo	<p>Tipo de variable: Cualitativa, ordinal.</p> <p>Conceptual: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, presente y futuro. Se considera el día como unidad de medida.</p> <p>Operacional: Puede tomar los valores 0, 7 y 21 días, considerando el día 0 cuando se realiza la charla educativa.</p>

7.2 TRABAJO DE CAMPO.

La ejecución del estudio cuenta con las siguientes etapas, que luego serán explicadas en detalle: solicitar autorización a directores de los colegios para realizar el estudio en su establecimiento, validar el instrumento de medición, informar a los apoderados sobre el estudio, entregar el consentimiento informado a los apoderados, realizar charla educativa en salud oral, realizar actividad de refuerzo del aprendizaje a través de la herramienta Foro-teatro y aplicar el instrumento de medición a ambos grupos (al día 0, a los 7 y 21 días).

Se calendarizó una entrevista con la directora del ciclo básico de cada colegio, en la cual se presentó, en power point, el proyecto de tesis, la charla educativa dirigida a los alumnos y el guión de la dramatización F-T. Además, se envió vía mail el proyecto de tesis, consentimiento informado, instrumento de medición, carta de autorización visada por el director de escuela de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y el cronograma de las actividades del proyecto de investigación.

La validación del instrumento de medición y de la charla fue realizada por la directora y profesora de básica del Colegio DSV. Quien evaluó que el contenido y la modalidad de éstos sean apropiados para niños de primero básico.

Los consentimientos informados (ver anexo 1) fueron entregados a las directoras de los colegios 1 mes antes de comenzar con el estudio, quienes los hicieron llegar a los apoderados y posteriormente los recibieron. Duplicaron dichos documentos y entregaron los originales para el estudio.

La charla educativa (día 0) fue realizada en modalidad power point, titulada "Prevención en Odontología" (ver anexo 3), y fue dictada en todos los cursos por el mismo investigador, trató los temas: "¿Qué son las caries?, ¿Cómo puedo cuidar mis dientes?, haciendo énfasis en los hábitos modificables que forman parte de la patogénesis de la caries dental: dieta saludable (definición y ejemplificación de alimentos cariogénicos y no cariogénicos), frecuencia de cepillado y frecuencia de visitas al dentista.

Se explicó que la caries es una enfermedad que ataca los dientes y que se produce por las bacterias que todos tenemos en la boca, sumado a comer alimentos azucarados y a no cepillarnos los dientes después de cada comida.

Respecto a la dieta cariogénica, se identificaron los alimentos cariogénicos y los no cariogénicos; refiriéndose a éstos como los alimentos que producen caries y los que no producen caries, respectivamente.

En cuanto a los elementos de higiene oral, se indicó que corresponden al cepillo, pasta de dientes y seda dental, y que su uso después de cada comida es muy importante para mantener los dientes sanos.

Se aplicó el instrumento de evaluación a ambos grupos después de finalizada la charla, después de finalizada la sesión de F-T a los 7 días y finalmente a los 21 días de la charla (ver figura 7). Cada vez que se entregó la evaluación (ver anexo 2), las instrucciones fueron: Escribir nombre y apellido en hoja de evaluación, en la 1° pregunta dibujar 2 alimentos que no producen caries y en la 2° pregunta se indicó encerrar en un círculo la respuesta a ¿cuántas veces al día debemos cepillarnos los dientes? y se leyeron las alternativas en voz alta indicando con el dedo cada una de ellas. En caso de dudas, los tesistas aclaraban éstas y a medida que entregaban la evaluación, se les preguntaba a qué correspondía cada dibujo y era anotado junto a éste.

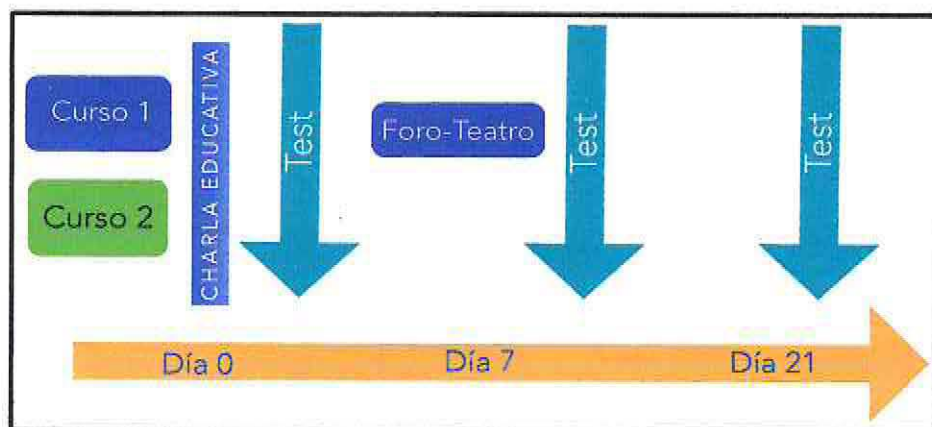


Figura 7: Diseño del estudio.

La charla educativa (día 0) fue realizada en modalidad power point, titulada "Prevención en Odontología" (ver anexo 3), y fue dictada en todos los cursos por el mismo investigador, trató los temas: "¿Qué son las caries?, ¿Cómo puedo cuidar mis dientes?, haciendo énfasis en los hábitos modificables que forman parte de la patogénesis de la caries dental: dieta saludable (definición y ejemplificación de alimentos cariogénicos y no cariogénicos), frecuencia de cepillado y frecuencia de visitas al dentista.

Se explicó que la caries es una enfermedad que ataca los dientes y que se produce por las bacterias que todos tenemos en la boca, sumado a comer alimentos azucarados y a no cepillarnos los dientes después de cada comida.

Respecto a la la dieta cariogénica, se identificaron los alimentos cariogénicos y los no cariogénicos; refiriéndose a éstos como los alimentos que producen caries y los que no producen caries, respectivamente.

En cuanto a los elementos de higiene oral, se indicó que corresponden al cepillo, pasta de dientes y seda dental, y que su uso después de cada comida es muy importante para mantener los dientes sanos.

Se aplicó el instrumento de evaluación a ambos grupos después de finalizada la charla, después de finalizada la sesión de F-T a los 7 días y finalmente a los 21 días de la charla (ver figura 7). Cada vez que se entregó la evaluación (ver anexo 2), las instrucciones fueron: Escribir nombre y apellido en hoja de evaluación, en la 1° pregunta dibujar 2 alimentos que no producen caries y en la 2° pregunta se indicó encerrar en un círculo la respuesta a ¿cuántas veces al día debemos cepillarnos los dientes? y se leyeron las alternativas en voz alta indicando con el dedo cada una de ellas. En caso de dudas, los tesistas aclaraban éstas y a medida que entregaban la evaluación, se les preguntaba a qué correspondía cada dibujo y era anotado junto a éste.

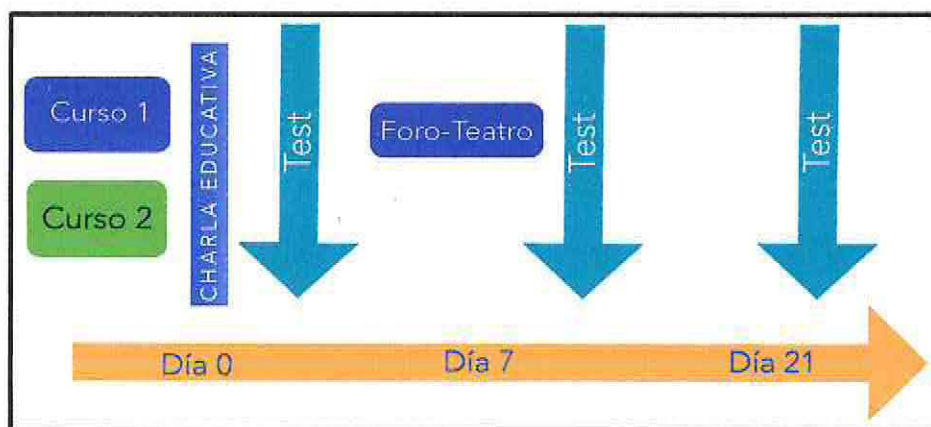


Figura 7: Diseño del estudio.

La actividad de F-T fue realizada a los 7 días de la charla por la compañía de teatro "Pasos y Señas" y moderada por la Psicóloga Claudia Jerez, especialista en esta modalidad teatral. La actividad consistió en 2 actos, el primero se trató de dieta cariogénica y el segundo sobre la importancia de la frecuencia de cepillado (ver anexo 4). Una vez terminada la dramatización de los 2 actos, se procedió al foro en donde la moderadora guía a los espect-actores (niños) a que identifiquen los conflictos y durante la repetición de la dramatización, la moderadora otorga la palabra a los espect-actores para que propongan soluciones a los conflictos tratando de convencer al personaje sobre qué es lo correcto.

IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos será codificada y tabulada utilizando el software Microsoft® Office Excel® 2007 (12.0.4518.1014). Se utilizó para el análisis de datos el test estadístico de X^2 **Chi-cuadrado** para variables cualitativas con distribución no paramétrica mediante el software Minitab® 15.1.30.0. Fue considerado un valor estadísticamente significativo de $p < 0,05$.

Con un nivel de significancia estándar del 95% y grados de libertad =1. Para una región crítica:

$$RC = \{ X' > X^2_{1-a; (r-1)(k-1)} \} \text{ donde } a=0,05$$

Se obtiene en el caso la hipótesis estadística:

H₀ : Las variables A y B son independientes.

H₁ : Las variables A y B son dependientes.

Siendo A la variable Nivel de Conocimiento (porcentaje de logrados) y B la variable tiempo, para comparar el nivel de conocimiento entre el grupo Foro-Teatro y control a los 0, 7 y 21 días.

V. RESULTADOS

El nivel de conocimiento obtenido a lo largo del tiempo (0, 7 y 21 días) en el grupo Foro-teatro y en el grupo control tuvieron un comportamiento diferente tanto en la pregunta sobre dieta cariogénica (pregunta 1) como en la pregunta sobre frecuencia de cepillado (pregunta 2). En la primera el porcentaje de logrados fue cercano al 100% en ambos grupos a lo largo del tiempo. En cambio, en la segunda el nivel de conocimiento dado por el porcentaje de logrados fue aumentando en ambos grupos a lo largo del tiempo (ver figura 8,9,10 y 11).

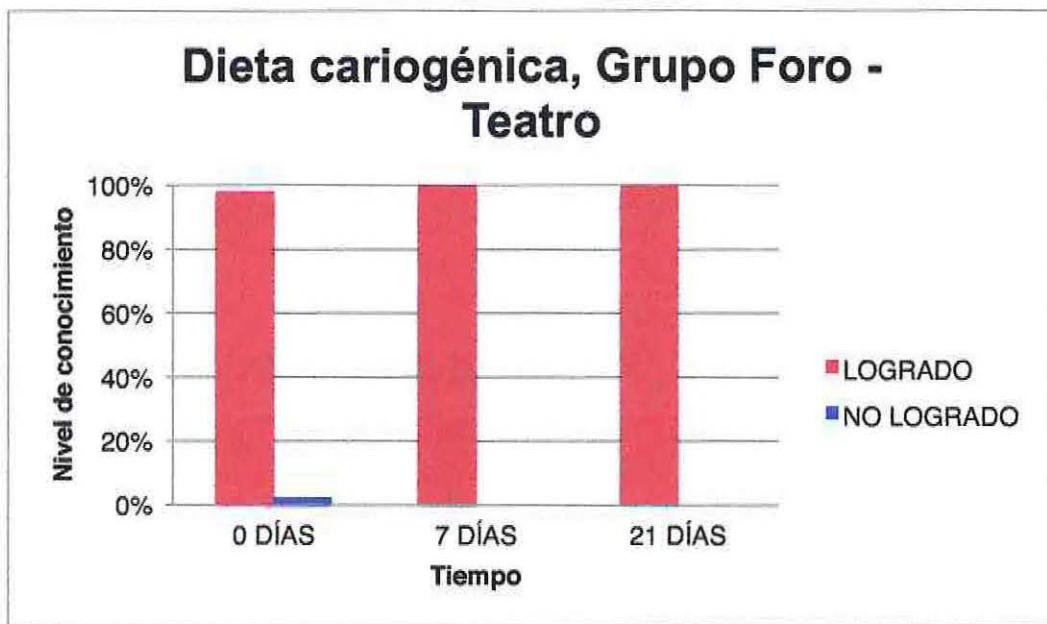


Figura 8: Nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica del grupo F-T a los 0, 7 y 21 días.

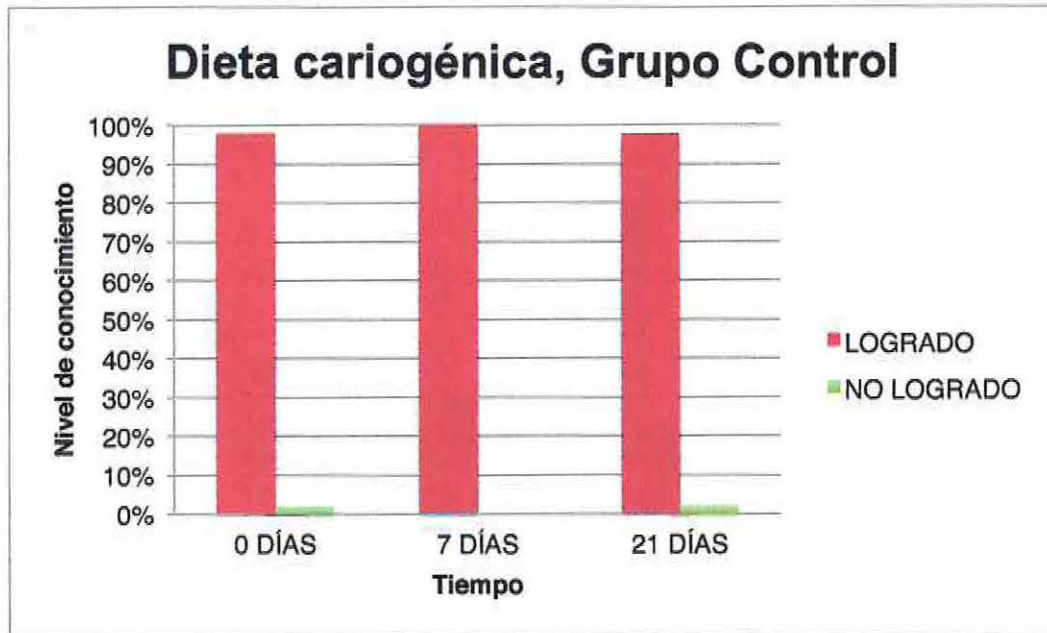


Figura 9: Nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica del grupo Control a los 0, 7 y 21 días.



Figura 10: Nivel de conocimiento sobre frecuencia de cepillado del grupo F-T a los 0, 7 y 21 días.

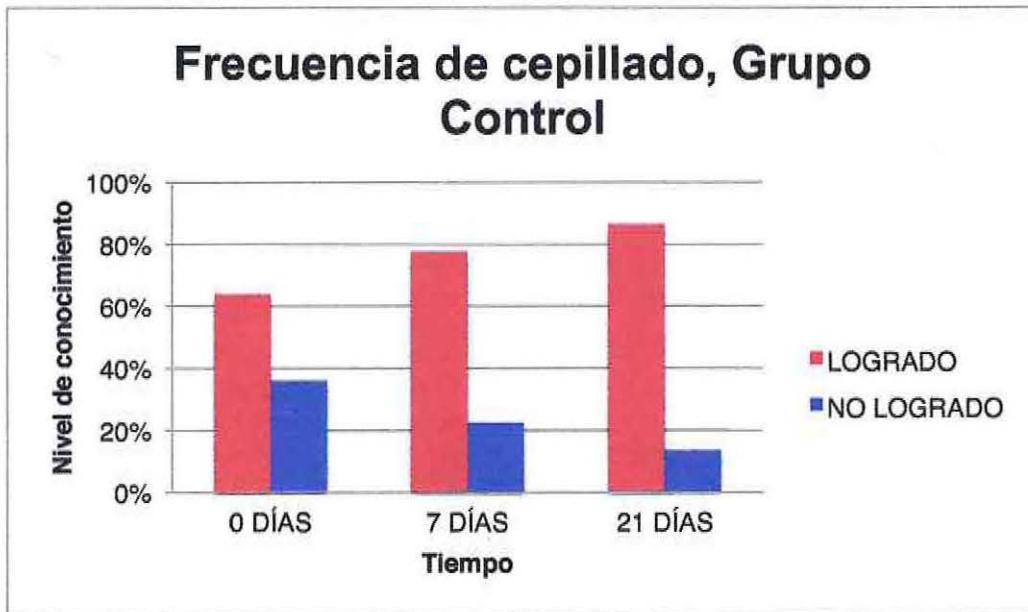


Figura 11: Nivel de conocimiento frecuencia de cepillado del grupo Control a los 0, 7 y 21 días.

El nivel de conocimiento dado por el porcentaje de logrados en la pregunta 2 (ver figura 12) al día 0 corresponde a 67% para el grupo F-T y 64% para el grupo Control (p valor = 0,727); al día 7 aumenta a un 91% y 78% (p valor = 0,073), para lograr al día 21 un 93% y un 86% respectivamente (p valor = 0,276).

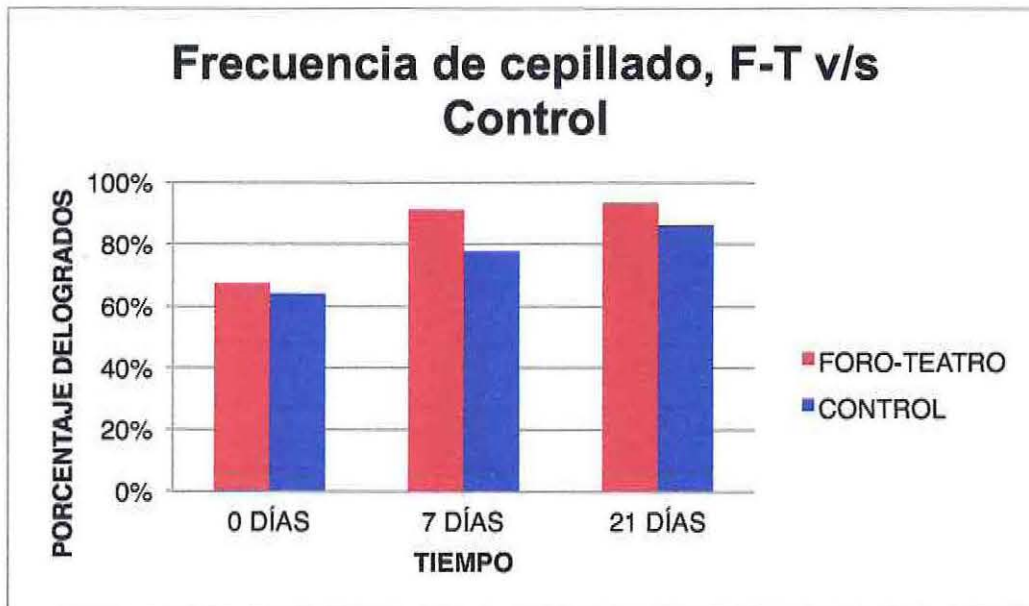


Figura 12: Porcentaje de logrados de la pregunta sobre frecuencia de cepillado en ambos grupos en el tiempo.

El nivel de conocimiento dado por el porcentaje de logrados en la pregunta 2 (ver tabla III) en el grupo F-T entre el día 0 y el día 7 el coeficiente de variación corresponde a un 36% (**p valor = 0,005**); y entre el día 0 y 21 el coeficiente de variación corresponde a un 39% (**p valor = 0,002**).

El nivel de conocimiento dado por el porcentaje de logrados en la pregunta 2 (ver tabla III) en el grupo Control entre el día 0 y el día 7 el coeficiente de variación corresponde a un 22% (**p valor = 0,139**); y entre el día 0 y 21 el coeficiente de variación corresponde a un 34% (**p valor = 0,013**).

Grupo	Pregunta	Porcentaje de Logrado			Días 0 Y 7		Días 0 Y 21	
		Día 0	Día 7	Día 21	Coef. de variación	Diferencia	Coef. de variación	Diferencia
F-T	1	98%	100%	100%	2%	2%	2%	2%
	2	67%	91%	93%	36%	24%	39%	26%
Control	1	98%	100%	98%	2%	2%	0%	0%
	2	64%	78%	86%	22%	14%	34%	22%

Tabla III: Porcentaje de logrado de ambos grupos en el tiempo y su coeficiente de variación entre los 0 y 7 días y entre los 0 y 21 días.

VI. DISCUSIÓN

Actualmente existen diversos métodos utilizados en la promoción de salud oral, desde charlas educativas, medios audiovisuales, afiches, trípticos y otras intervenciones didácticas como la magicoterapia o el teatro. A pesar de esto, la evidencia científica que los respalda es escasa o ausente.

En relación al presente estudio acerca del foro-teatro como herramienta de refuerzo en promoción de salud oral, se observa que en la pregunta 1 respecto a dieta, ambos grupos llegan a un 100% del nivel de conocimiento. Esto puede deberse en parte a que este aprendizaje ya ha sido integrado tempranamente bajo el concepto de dieta saludable. Además de ser una pregunta relativamente sencilla, ya que sólo había que dibujar 2 alimentos que no produjeran caries.

Tanto el grupo control (que recibió sólo charla educativa) como el grupo F-T, mostraron un aumento del nivel de conocimiento en el tiempo, tal como se expone en el estudio de Galdés et al. (2005), en el cual se sostiene que las charlas educativas son válidas para modificar favorablemente conocimientos y actitudes sobre salud oral.

Según Morris et al. (2004), el profesional debe establecer una comunicación bidireccional con la persona que atiende, a fin de ganarse su confianza. Es aquí donde puede iniciarse la estrategia de educar, pues si el paciente tiene dudas, el odontólogo debe aclararlas y a la vez realizar un refuerzo positivo. En relación a lo anterior, es que el hecho de realizar únicamente una charla educativa manteniendo este principio de bidireccionalidad, da paso a que exista una mejor recepción de la información que se desea entregar.

De acuerdo al grupo foro-teatro se observan diferencias significativas entre los 0 y 21 días para la pregunta relacionada con la frecuencia de cepillado, sucede lo mismo aunque en menor medida con el grupo control. Esto puede deberse a que al ser el mismo instrumento de medición durante las 3 instancias de evaluación, éste actúa como un elemento de refuerzo del aprendizaje per se, o bien, que en el caso del foro-teatro al mantener el principio de bidireccionalidad de la charla, ayudaría a reforzar el aprendizaje.

Según el presente estudio se estableció que no existen diferencias significativas entre ambos grupos a lo largo del tiempo, por lo que elegir hacer una charla educativa o una actividad de foro-teatro no tendría relevancia en el resultado, sin embargo, utilizar una combinación de estas técnicas didácticas nos asegura un refuerzo del aprendizaje, así lo indica Kaplún (2006) quien plantea que lo que importa, más que enseñar cosas y transmitir contenidos, es que el sujeto aprenda, que sea capaz de razonar por sí mismo, porque solo participando, investigando, haciéndose preguntas y buscando respuestas se llega al conocimiento.

Otros autores como Ruiz (2004), Dávila (2008) y Crespo (2009) sostienen que la implementación de un programa educativo consistente en un conjunto de actividades didácticas tienen resultados significativos al comparar el antes y el después de la implementación de éstos ($p < 0,05$), ($p = 0,001$) y ($p < 0,01$) respectivamente. Estos resultados podrían explicarse debido a que el proceso aprendizaje de cada individuo es diferente. Para unos, cierta actividad puede contribuir en este proceso en mayor medida, que para otros. Entonces, al realizar variadas actividades se busca abarcar el proceso de aprendizaje desde distintas aristas.

Algunas limitantes de esta investigación en relación a la parte metodológica, fue que el tamaño muestral no fue el adecuado para poder extrapolar estos resultados a un universo, por lo que se sugiere trabajar con un tamaño muestral mayor y más representativo de la población, que sea determinado mediante aleatorización.

Se sugiere mejorar el instrumento de medición, en relación a la pregunta 1, ya que sólo dibujar 2 alimentos que no producen caries no necesariamente implica un conocimiento que ayude a diferenciar un alimento cariogénico de uno no cariogénico. Podría pedirse dibujar al menos 3 alimentos que no producen caries y 3 que si lo hagan. En relación a la pregunta 2 (ver anexo), la alternativa 3 veces al día y después de cada comida llevan a confusión, ya que si bien es cierto se enseña en la charla que debe ser el cepillado después de cada comida, se podría pensar que si tomo desayuno, almuerzo y cena me debo lavar los dientes 3 veces al día, lo cual también es correcto de ser así el caso. Por lo que se sugiere eliminar esta alternativa.

Otra sugerencia metodológica importante sería agregar una evaluación posterior a los 21 días, por ejemplo 3 o 6 meses después de realizada la charla, con el objetivo de evaluar de mejor manera la mantención del conocimiento en la población estudiada.

Se propone crear futuras líneas de investigación en relación a esta variante teatral como herramienta de refuerzo en salud oral para ser considerada como un elemento constituyente de algún programa odontológico preventivo en nuestro país no sólo como un refuerzo educativo, sino que también como un componente motivacional, pues al reflejar los contextos y conflictos propios de los individuos, ellos se sienten más cercanos a este tipo de técnicas, además de ser ellos mismo quienes proponen las soluciones a sus conflictos.

Si bien es cierto, en un análisis cuantitativo, el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado entre ambos grupos, en el tiempo, no presentó diferencias estadísticamente significativas. En el ámbito cualitativo, si se reportan beneficios, tanto para los alumnos que solo recibieron la charla como los que recibieron la charla mas el Foro-Teatro.

Algunos de estos beneficios fueron, la motivación de los alumnos para participar en las actividades, la capacidad de escuchar a los demás compañeros y exponer sus puntos de vista para lograr una solución en conjunto. El incentivo de la creatividad y pensamiento crítico para dar resolución a las problemáticas presentadas, y el

compromiso y colaboración con las actividades realizadas.

Ejemplo de lo expuesto se dio en el curso 1ºC del colegio DSV, en que uno de los alumnos manifestó lo siguiente en su intervención durante la dramatización del Foro-Teatro:

- “(...) - Madre: ¿Por qué estás viendo TV a esta hora? Tienes que ir a dormir y lavarte los dientes. ¡No te lo voy a volver a repetir!
- Alumno: Ya!
- Madre: ¿En serio me vas a hacer caso, hijo?
- Alumno: Sí!
- Madre: Y, ¿aunque sea tu programa favorito, hijo?
- Alumno: Sí, lo puedo grabar. (...)”

VII. CONCLUSIONES

Al evaluar el Foro-Teatro como herramienta de refuerzo del aprendizaje en la promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Chorrillos, Viña del Mar, podemos concluir que:

El nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado, tanto en el grupo Foro-Teatro como en el Control, es directamente proporcional al paso del tiempo hasta llegar a una constante que se mantiene al día 21.

El nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado entre el grupo Foro-Teatro y Control a los 0, 7 y 21 días no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la pregunta sobre frecuencia de cepillado, en el grupo Foro-Teatro mejoró significativamente el nivel de conocimiento entre el día 0 y 7 ($p=0,005$) y entre el día 0 y 21 ($p=0,001$). En la misma pregunta, el grupo Control tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el día 0 y 21 ($p=0,013$).

La utilización del Foro-Teatro como herramienta de refuerzo del conocimiento no reporta mejores resultados al día 21 que únicamente la charla. Por lo tanto, no se cumple la hipótesis de investigación, es decir, los niños que recibieron la sesión única de Foro-teatro, no tuvieron un nivel de conocimiento mayor a los 7 y 21 días que los niños que no la recibieron.

VIII. RESUMEN

Introducción: Las técnicas actuales de promoción de salud oral como charlas que se limitan a una relación unidireccional entre el emisor y el/los receptor(es), no involucran activamente al receptor durante la actividad. Es por esta razón que el Foro-Teatro busca integrarlo como un ente activo en su proceso de aprendizaje. Debido a que en Chile no se conocen estudios que lo respalden, es la finalidad de la siguiente investigación.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado utilizando el Foro-Teatro en niños de primero básico de colegios particulares de Chorrillos, Viña del Mar.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico de cohorte prospectivo, en el cual se obtuvo una muestra de 88 alumnos. Las variables utilizadas fueron nivel de conocimiento y tiempo (0,7 y 21 días). La ejecución del estudio se realizó en 3 días diferentes en un plazo de 21 días. Día 0, ambos cursos recibieron una charla (ppt) sobre dieta cariogénica y frecuencia de cepillado, y una evaluación escrita. Día 7, los expuestos recibieron la actividad de Foro-Teatro y la misma evaluación escrita fue aplicada tanto a los expuestos y al control. Día 21, aplicación de la misma evaluación escrita a toda la muestra. Se considera $p < 0,05$ como diferencia estadísticamente significativa.

Resultados: El nivel de conocimiento sobre dieta cariogénica no presentó gran variación en el tiempo. A diferencia del nivel de conocimiento sobre frecuencia de cepillado que fue en aumento; en los expuestos tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el día 0 y 7 ($p = 0,005$) y entre el día 0 y 21 ($p = 0,001$). En los no expuestos esta diferencia estuvo entre el día 0 y 21 ($p = 0,013$).

Conclusión: El Foro-teatro no reporta mejores resultados al día 21 que únicamente la charla educativa. Pero sí presenta diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento sobre frecuencia de cepillado entre los días 0 y 7 ($p = 0,005$), 0 y 21 ($p = 0,013$).

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020. *Elige Vivir Sano* 2013; Capítulo 2, 81-83.
2. Ortiz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infantojuvenil (II): el desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15(57): 89e41-89e55.
3. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Official Records of the World Health Organization*. 1946; 2,100.
4. Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. España: Elsevier Masson; 2005.
5. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: equidad y determinantes de la salud. *Rev Chil Salud Pública* 2005; 9 (2): 103- 110.
6. SotoL, TapiaRycol. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. MINSAL, Gobierno de Chile. 2007;1-7.
7. WHO. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*. 2005; 5,10.
8. Parker R, Sommer M. *Routledge Handbook of Global Public Health*. New York: Taylor & Francis; 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. OMS. *Glosario de Promoción de Salud*. Ginebra. 1999.
10. Basté M, González C, Wohl P. *Formulación, diseño y evaluación de un programa educativo en salud bucal de 6 a 8 años*, Tesis de Pregrado, Universidad de Valparaíso; 2001.
11. Jarvis P. *Universidades corporativas: nuevos modelos de aprendizaje en la sociedad global*. Madrid, España: Narcea; 2006.

12. Giler M, Nieto J. Los problemas de aprendizaje en el aula de clases y su incidencia en el proceso de enseñanza - aprendizaje de los niños y niñas de la escuela fiscal mixta Vicente Rocafuerte del Cantón Portoviejo durante el período 2012. Tesis de grado Universidad Técnica de Manabí; 2012.
13. Guerra, L. Modelo para el análisis del comportamiento de estudiantes durante actividades colaborativas a través de internet. Tesis presentada para obtener el título de Doctor por la Universidad Politécnica de Cataluña; 2012.
14. Majluf, A. Desarrollo de la conciencia moral en el niño. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Departamento de Psicología; 2012.
15. Rodríguez, M. La teoría del aprendizaje significativo y el lenguaje, Serie- Estudios. Periodico do Mestrado em Educação da UCDB. 2006; 21: 33-52.
16. Piaget J, Inhelder B. Memory and intelligence. Londres: Rutledge y Kegan Paul. 1973.
17. Jordan N, Kaplan D, Nabors L, Locuniak M. Number sense growth in kindergarten: A logitudinal investigation of children at risk for mathematics difficulties. 2006; 77(1): 153 – 175.
18. Salleras Sanmartín L. Educación Sanitaria. Segunda Edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1990.
19. Smyth E, Fernández C. Educación para la salud. Principios, métodos y aplicaciones en salud oral. En: Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Santo Domingo: SESPAS; 2005;452-69.
20. Yépez Zambrano M. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en la salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. 2000; Bogotá: D.C.
21. Escobar G. El reto de la prevención en la práctica odontológica. Revista Facultad de Odontología Universidad Antioquia. 2006;17 (2), 58-66.
22. Organización Panamericana de la Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington. 1992.

23. Primosch R, Balsewic C, Thomas C. Outcomes assesment and intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a medicaid population. *ASDC Journal Of Dent Child*. 2001; 63 (2): 102-108.
24. AAPD, The American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children and Adolescents. 2012.
25. Minah G, Lin C, Coors S, Rambob I, Tinanoff N, Grossman LK. Evaluation of an early childhood caries prevention program at an urban pediatric clinic. *Pediatr Dent*. 2008; 30(6), 499-504.
26. International Union for Health Promotion and Education. The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission. 1999.
27. McDonagh M, Whiting P, Wilson P, Sutton A, Chestnutt I, Cooper J, et al. Systematic review of water fluoridation. *BMJ*. 2000; 321 (7): 855-859.
6.1
28. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (1):CD002278.
29. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Källestål C, Lagerlöf F, et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2003; 61(6):347-55.
30. Jones S, Burt B, Petersen P, Lennon M. The effective use of fluorides in public health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83:670-676.
31. MINSAL Gobierno de Chile. Norma de uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica. Norma General Técnica N°105. 2008.
32. WHO, FDI, IADR. Global Consultation on Oral Health Through Fluoride. Geneva (Switzerland) /Ferney-Voltaire (France). 2006.
33. Douglass AB, Douglass JM, Krol DM. Educating Pediatricians and Family Physicians in Children's Oral Health. *Acad Pediatr*. 2009; 9, 452-6.

34. Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*. 2000; 79(3), 875-81.
35. Peres M., Latorre M., Sheiham A., Peres, K. Barros, F., Hernández P. (2005). Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiology* (33), 53-63.
36. Eslava J. Dos dimensiones fundamentales en la política de salud. *Memorias Simposio Internacional de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. 2006.
37. Revello V, & Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el "Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares". *Revista Chilena de Salud Pública*. 2013; 17 (1), 40-47.
38. Colegio médico de Valparaíso. Cerca de 2 mil párvulos de JUNJI pierden el miedo al dentista con la ayuda de la magia. Valparaíso (6 de julio de 2011) Disponible en: colegiomedicovalpo.blogspot.com
39. Alvarado V. & Zamora N. Evaluación del efecto de la Magicoterapia como herramienta educativa grupal en jardines infantiles particulares de la ciudad de Valparaíso. Tesis pregrado Facultad Odontología Universidad de Valparaíso. 2013; 12-16.
40. Sheiham A. Oral Health, General Health and Quality of Life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 9, 83.
41. Yip K, Smales R. Oral diagnosis and treatment planning: part 2. Dental caries and assessment of risk. *British Dental Journal*. 2012; 213:59-66.
42. Fejerskov. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiology*. 1997; 25:5-12.
43. Saunders R, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin*. 2005; 49 (2), 293-308.
44. Tenovou J. Salivary parameters of relevance for assessing caries activity in individuals populations. *Community dent oral epidemiology*. 1997; 25, 82-6.

45. Zero D. Sugars. The arch criminal? *Caries Research*. 2004; 38 (3), 277-85.
46. González A, González B, González E. Dental health: the relationship between tooth decay and food consumption. *Nutrición Hospitalaria*. 2013; 28 (4), 64-71.
47. Larsen MJ, Bmun C. Enamel/saliva-inorganic chemical reaction. Ln: Thystrup A, Fejerskov O. *Textbook of cariology*. Copenhagen. Munksgaard. 1986:181-98.
48. Echeverría S, Henríquez E, Sepúlveda R, Barra M. Caries Temprana de la Infancia Severa: Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares. *Revista Dental de Chile*. 2010; 110 (2), 15-21.
49. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Salud Bucal. *Análisis de Situación de Salud Bucal en Chile*. 2010.
50. *Guía Clínica Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años*. Santiago: Minsal, 2013; 7.
51. Boal A. *Declaración de Principios Preámbulo*. Organización Internacional del teatro del Oprimido (ITO), Río de Janeiro. 2004.
52. Laferriere G, Motos T. *Palabras para la acción: términos de teatro en la educación y en la intervención sociocultural*. Editorial a. Madrid: Ñaque Editora; 2003.
53. Baraúna T. *Dimensiones socioeducativas del teatro del oprimido: Paulo Freire y Augusto Boal*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona: Departamento de Pedagogía Sistemática y Social. 2008.
54. Morris RE, Al Zábabi F, Behbehani J, Gallespe G, Al Mahmeed B. Community based schoolchildren's, oral health programmes. *Int Dent J* 2004; 54 (5):241-9.
55. Galdés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino Gracia A, Galán Arévalo S, et al. ¿Una intervención educativa en niños de sexto grado de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? *Au Odontoestomatol*. 2005; 21 (3):12-7.
56. Kaplún M. *Modelo de educación y modelos de comunicación*. En: Saladadrign Medina H. *Introducción a la teoría de la investigación en comunicación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006:35-179.

57. Dávila M, Mujica de GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odont. Venezo. 2008;46 (3):1-7.
58. Crespo M, Riesgo Y, Laffita Y, Rodriguez A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria " Lidia Doce Sánchez". Santiago de Cuba. 2009.
59. Ruiz N, González E, Soberats M, Amaro I. Modificación del nivel de conocimientos sobre Salud Bucal en Educandos de la Enseñanza Primaria. MEDISAN. 2004; 8(3):24-26.

X. ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado.

Título de la Investigación:

"Evaluación del Foro-Teatro como herramienta de refuerzo del aprendizaje en la Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Viña del Mar"

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano Dentista.

Investigador responsable:

Dr. Jorge Godoy Olave (Docente guía. Escuela de Odontología, Universidad de Valparaíso).

Lugar de realización del estudio: Colegio Particular "NOMBRE DEL COLEGIO" durante los meses de Abril y Mayo de 2015.

Justificación del estudio: dentro de las patologías más prevalentes (más comunes) en los menores de 20 años se encuentran la caries, gingivitis y desarmonías dentomaxilares. La caries es una patología multifactorial que afecta los dientes y tiene secuelas a nivel sistémico, intraoral y social. Su prevención es posible si se modifican los hábitos de higiene y la dieta; de ahí la importancia de la promoción y su refuerzo para motivar cambios de hábitos.

Objetivo del estudio: Evaluar el efecto del Foro-Teatro en una sesión única como herramienta de refuerzo del aprendizaje en la Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Viña del Mar.

Beneficios del Estudio:

La técnica Foro-Teatro ha sido utilizada en Brasil y Argentina, en donde sus resultados han sido muy buenos. Con el presente estudio se podría evaluar su efecto como herramienta de refuerzo en la promoción de salud oral en niños de primero básico, grupo etario al cual están dirigidos esfuerzos económicos como en el GES de 6 años

Procedimientos del Estudio:

1. Las intervenciones consisten en la aplicación de una novedosa técnica para el refuerzo del conocimiento en la prevención en salud, el Foro-Teatro.

2. El "Foro-teatro": consiste en una intervención grupal realizada por un equipo de actores especialistas en la implementación de esta herramienta educativa ("Teatro Museo"). En esta intervención se exhibirán presentaciones en vivo, en donde se les mostrará a los niños, cómicas dramatizaciones de situaciones problemáticas reales, en donde ellos podrán participar de las dramatizaciones con el objetivo de dar solución a estos problemas por ellos mismos. De esta manera reforzar los conocimientos sobre "Dieta cariogénica" y "Frecuencia de visitas al dentista"

Para mayor información acerca del "Foro-teatro" como herramienta de refuerzo del aprendizaje, puede visitar el siguiente link informativo, con material multimedia explicativo: <https://www.youtube.com/watch?v=GkO8dpob2JM>

3. Este procedimiento no representa riesgo para la salud de los niños, ni se corre peligro alguno, ya que se busca reforzar mensajes educativos de forma entretenida, usando el teatro para ello.

4. Este procedimiento no consiste en ninguna clase de tratamiento, que implique el examen de la cavidad oral, ni otro examen físico de su hijo(a).

5. La intervención se llevará a cabo en el Colegio de su hijo(a) durante la jornada de clases normal, bajo la supervisión del profesor(a) jefe. Su hijo (a) puede o no estar en el curso seleccionado para recibir la intervención de Foro-Teatro, cuya selección será al azar del total de cursos que participen en la investigación. A continuación se indican la secuencia de actividades a realizar:

- a) Consentimiento Informado: Documento enviado por medio de la libreta de comunicaciones de cada niño, con instrucciones dadas por parte de los tesisistas y directora del establecimiento.
- b) Charla educativa respecto a dieta cariogénica y frecuencia de visitas al dentista.
- c) Evaluación escrita inmediatamente después de la charla educativa.
- d) Dos días después de la charla, se realiza la sesión única de Foro-Teatro solo en un curso y evaluación escrita posterior a éstas, tanto en los cursos en que se realizó el Foro-Teatro y en los que no.
- e) Evaluación escrita a todos los cursos 21 días después de la charla educativa, tanto en los cursos en que se realizó el Foro-Teatro y en los que no.

7. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a la participación en este estudio de mi hijo(a) deberá ser contestada por:

- a) Moisés Córdova Rivera: Alumno tesisista. Fono contacto: +56 9 88044971.
- b) Priscila Gómez San Martín: Alumna tesisista Fono contacto: +56 9 93504034.
- c) Dr. Jorge Godoy Olave: Docente Guía Fono contacto: +56 9 94389468.

8. Puedo retirar a mi hijo(a) de este estudio en cualquier momento sin ser obligado a dar razones.

9. Los resultados de este estudio serán publicados, pero su identidad y la de su hijo(a) no serán reveladas.

10. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado:

Yo _____apoderado o tutor
de_____.Con fecha __/__/2015 He
leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de
manera satisfactoria. Autorizo a mi hijo(a) o menor bajo mi custodia a participar en la
tesis "Evaluación del Foro-Teatro como herramienta de refuerzo del aprendizaje en la
Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios particulares de Viña del
Mar"

Firma del Apoderado.

Dr. Jorge Godoy Olave
Docente Guía Tesis Foro-Teatro.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Título del protocolo: "Evaluación del Foro-Teatro como herramienta de refuerzo del
aprendizaje en la Promoción de salud oral en niños de primero básico de colegios
particulares de Viña del Mar"

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del participante: _____

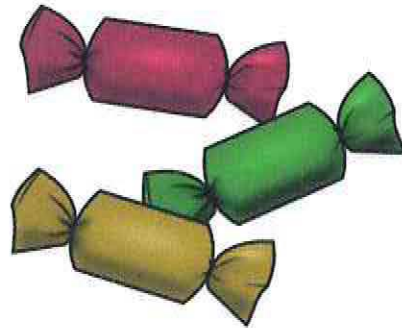
Firma del Apoderado.

Dr. Jorge Godoy Olave
Docente Guía Tesis Foro-teatro.

ANEXO 2: Instrumento de medición: Evaluación Escrita.

COLEGIO: _____ **CURSO:** 1º **FOLIO:** _____
EVALUACIÓN: POST CHARLA / 2 DÍAS / 21 DÍAS.
NOMBRE DEL ALUMNO: _____
FECHA: _____

1. Identifique alimentos NO Cariogénicos (ENCERRAR EN CÍRCULO).



2. ¿Cada cuánto tiempo hay que visitar al dentista para mantener los dientes sanos?

6 meses

2 años

nunca

1 año

No Cariogénico

9



Leche

Queso

Huevos



Yogurt

Té o café sin
azúcar

Almendras, maní,
nueces.



Frutas

Verduras

Carnes,
Pescados.



Visitar al dentista.

10



6 meses

ANEXO 4: Guión de Foro-Teatro.

Personajes

- Carlitos (C)
- Matías (M)
- Plátano (p)
- El Frugelé (f)
- Tomás (t)
- Mamá (m)
- Cepillo (c)

Escenografía

- Una mesa.
- Dos sillas.
- Dos loncheras.
- Bolsa con golosinas: frugelés, galletas con chocolate, calugas.
- Plátano, caja de leche, nueces, yogurt,
- Un vaso.
- Un cepillo.
- Una almohada.
- Una bolsa de frugelé.
- Marco de TV.

Disfraces

- Disfraz plátano: Espuma, spray amarillo, pegamento, plumones, tijeras.
- Disfraz frugelé: Espuma, spray verde, papel celofán.
- Carlitos: Ropa colorida, bien peinado, pecas en la cara y mejillas coloradas.
- Matías: ropa colorida, pecas en la cara, chascón.
- Cepillo: espuma, spray rojo, elásticos, papel celofán transparente (fibras cepillo).
- Tomás: polera de pijama., control remoto.
- Mamá: Chaleco, peinada.

Guión

1° Acto

Carlitos está en la sala de clases de su colegio y suena la campana que indica la salida a recreo. Revisa su mochila y saca de ella una lonchera.

C: Veamos que traje de colación hoy. (Con la lonchera en las manos, la abre y comienza a revisar los alimentos que están dentro de ella y escoge el plátano)
¡Este es mi favorito!

M: (Mientras Carlitos da un mordisco al plátano) ¿Tu favorito? (con tono sarcástico).

C: Sí, qué tiene de malo, ¿Acaso no te gustan?

M: Yo prefiero los dulces, las galletas, las papas fritas y las ramitas. Esa es una colación de verdad (mientras de su lonchera saca una bolsa de frugelés, la abre y se echa uno a la boca). No como un plátano, fome y aburrido (con tono descalificativo).

En ese momento, entra el plátano para apoyar a Carlitos.

P: ¿A quién le vienes a decir fome y aburrido?

M: (Con tono seguro) A ti por supuesto, ¿Hay alguien más fome y aburrido en esta sala?

P: (Algo disgustado) ¡Niñito insolente!, se nota que no sabes acerca de los alimentos saludables y prefieres comer esos dulces llenos de azúcar y de sal, que como si fuera poco, también producen caries. No te preocupes Carlitos, continúa comiendo tu rica colación.

En ese momento, entra el Frugelé a defender a Matías.

F: A ver, A ver, A ver. ¿Qué está pasando aquí? (con tono desafiante).

M: Nada, solo que el plátano dice que tu produces caries.

F: ¿Que yo produzco caries? Se le debe haber salido un tornillo. Matías, por si no lo sabías, nosotros los dulces somos los alimentos más nutritivos y más saludables que cualquier otro, por eso todos los niños nos comen. ¡Olvídate de las caries!, puedes comer todos los que quieras y no te pasará absolutamente nada.

Intervención del público (opciones de colación saludable, alimentos cariogénicos /no cariogénicos).

P: Frugelé, ya no caeremos en tu mismo juego de siempre, tu sabes perfectamente lo que son las caries y no puedes engañar a estos niños.

F: ¿De qué juego estás hablando? (en tono silencioso y dirigiéndose sólo al plátano). Bueno, es verdad, puede que produzca algunas caries pequeñas e inofensivas, pero no me puedes negar lo fome y aburrido de comerse un plátano.

P: Mira frugelé, para que tú sepas, existen muchas formas de prepararnos (con tono seguro). En cambio tu, nómbrame alguna forma de preparación que tengas.

F: Bueno eh... tal vez yo pueda... prepararme... ¡Ya! dejémonos de preguntas tan complicadas.

P: Ja... tu sabes que sales perdiendo, porque somos nosotros los que tenemos muchas maneras ricas de prepararnos. ¿Verdad niños?... por ejemplo...

Intervención público (formas de preparación de frutas).

2º Acto

Es de noche y Tomás está recostado en su cama viendo televisión, cuando escucha la voz de su mamá. Junto a la cama está el baño en que el espejo es el público espectador.

m: ¡Tomás! ¡Tomás!

T: ¿Qué mamá?

m: No olvides lavarte los dientes antes de acostarte. No te lo voy a volver a repetir esta vez.

T: ¡Ya mamá, te escuché! Espera un momento, que está en la mejor parte.

m: ¡Ya te dije Tomás!, no lo voy a volver a repetir, ya es hora de irse a dormir.

T: ¡Está bien! (disgustado se va al baño y se mira en el espejo). ¿Para qué me lavaré los dientes si no están tan sucios?, con un enjuague será suficiente.

En ese momento aparece el Cepillo y le responde a Tomás.

C: Parece que hay alguien que no quiere lavarse los dientes (con tono entusiasta).

T: ¿Quién dijo eso? ¿Quién me habló?

C: Soy yo Tomás, el cepillo y me tienes bien olvidado acá. Ya ni siquiera me sacas de este vaso. Parece que olvidaste que tienes que cepillarte los dientes después de cada comida.

T: Pero es que estoy viendo televisión y están dando mi programa favorito, eso es más importante que lavarme los dientes, si después se van a volver a ensuciar. Prefiero ver televisión.

Intervención público (frecuencia de cepillado).

C: Bueno, entonces si prefieres quedarte con los dientes sucios y que después te duelan por las caries o peor aún si pierdes alguno por no cepillarte, no puedes

decir que no te lo advertí.

T: ¡Ya voy! (con tono de flojera, vuelve a poner el cepillo en el vaso, continúa viendo televisión y se queda dormido).

m: Tomás, Tomás... (nadie responde). Este niño que todavía está viendo televisión. (entra a la pieza y se da cuenta que Tomás está dormido con la televisión prendida. Le da un beso en la frente, le huele la boca, hace gestos de desagrado y sale de la pieza indignada).

Intervención público (por la conducta de Tomás y de la mamá).

En ese momento se cierra el telón.

FIN.

ANEXO 5: Fotos de la intervención.



Foto 1: Intervención de F-T en 1°C de Colegio DSV.



Foto 2: Intervención de F-T en 1°C de Colegio DSV.



Foto 3: Intervención de F-T en 1°C de Colegio SSR.



Foto 4: Intervención de F-T en 1°C de Colegio SSR.