

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, REALIZADO
EN CLÍNICA PARROQUIAL PADRE ANDRÉS GIRÓN, ALDEA EL AGUACATE, NENTÓN,
HUEHUETENANGO**

JUNIO – SEPTIEMBRE 2018 / FEBRERO – MAYO 2019

Presentado por:

CANDY LUPITA LÓPEZ SILVESTRE

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, que presidió el acto de graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, octubre de 2019

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, REALIZADO
EN CLÍNICA PARROQUIAL “PADRE ANDRÉS GIRÓN”, ALDEA EL AGUACATE,
NENTÓN, HUEHUETENANGO**

JUNIO – SEPTIEMBRE 2018 / FEBRERO – MAYO 2019

Presentado por:

CANDY LUPITA LÓPEZ SILVESTRE

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presidió el acto de graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, octubre de 2019

JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Vocal Segundo:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Tercero:	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto:	Br. Diego Alejandro Argueta Berger
Vocal Quinto:	Br. Andrés Isaac Zabala Ramírez
Secretario Académico:	Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. José Emilio Berthet Monzón
Secretario Académico:	Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

DEDICATORIAS

A mis padres gracias por todo su apoyo.

A mis hermanos y familiares.

A mis amigos y profesores.

A la Facultad de Odontología.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la clínica parroquial “Padre Andrés Girón”, aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

CONTENIDO

SUMARIO INFORME FINAL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	1
ACTIVIDAD COMUNITARIA.....	2
ADQUISICIÓN DE PUPITRES PARA ESCOLARES DE LA ESCUELA OFICIAL RURAL MIXTA ALDEA EL AGUACATE, NENTÓN, HUEHUETENANGO EPS JUNIO 2018 - MAYO 2019	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS ALCANZADOS	4
METODOLOGÍA.....	5
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	6
RECURSOS	7
RESULTADOS ACTIVIDAD COMUNITARIA	8
LIMITACIONES Y DIFICULTADES DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA	8
RECOMENDACIONES ACTIVIDAD COMUNITARIA	9
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES INFORME FINAL	10
RESUMEN PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	11
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES ..	12
METAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	12
SUBPROGRAMA DE ENJUAGUES DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2 %.....	13
SUBPROGRAMA DE BARRIDO DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS.....	15
SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL	17
ANÁLISIS PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	18
CONCLUSIONES PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	19
RECOMENDACIONES PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES...	19
INVESTIGACIÓN ÚNICA.....	20

PERCEPCIÓN DE SALUD ORAL Y HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE UNA MUESTRA DE ESCOLARES DEL SECTOR PÚBLICO DE GUATEMALA	20
INTRODUCCIÓN	21
METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN ÚNICA	22
MARCO TEÓRICO INVESTIGACIÓN ÚNICA	25
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ÚNICA	32
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL A ESCOLARES	45
RESUMEN PROGRAMA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE ESCOLARES.....	46
RESULTADOS PROGRAMA CLÍNICA INTEGRAL DE ESCOLARES.....	47
ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO.....	52
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR.....	52
INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	53
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	54
CONCLUSIONES SUBPROGRAMA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR	56
RECOMENDACIONES SUBPROGRAMA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	60
FIRMA DE RESPONSABILIDAD EL AUTOR	64

SUMARIO INFORME FINAL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

El programa del Ejercicio Profesional Supervisado está conformado por cinco programas desarrollados a lo largo de ocho meses por el estudiante del sexto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dichos programas son: Actividad Comunitaria, Programa de Prevención de Enfermedades Bucles, Investigación Única, Atención Clínica Integral de Escolares y Administración del Consultorio.

El programa de EPS fue realizado en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango y en el informe final de graduación se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los programas.

La actividad comunitaria consistió en el proyecto: Adquisición de pupitres para escolares de la Escuela Oficial Rural Mixta El Aguacate; el programa de prevención de enfermedades bucales se desarrolló mediante la aplicación de fluoruro de sodio al 0.2 % semanal, charlas preventivas y barrido de sellantes de fosas y fisuras en escolares.

En el programa de investigación única fueron cuestionados los hábitos de higiene oral de los padres y si estos tienen influencia en la salud oral de sus hijos. Los datos fueron obtenidos por medio de las encuestas realizadas a padres de familia y los CPO en escolares.

En la atención clínica integral a escolares se trabajaron tratamientos dentales sin costo alguno. Entre estos tratamientos están las profilaxis, detartrajes, colocación de flúor, obturaciones de amalgama y resinas, extracciones y sellantes de fosas y fisuras.

En el subprograma de capacitación del personal auxiliar del programa Administración del Consultorio, se instruyó y enseñó al asistente acerca de los aparatos e instrumental de uso odontológico.

ACTIVIDAD COMUNITARIA

**ADQUISICIÓN DE PUPITRES PARA ESCOLARES DE LA ESCUELA OFICIAL RURAL
MIXTA ALDEA EL AGUACATE, NENTÓN, HUEHUETENANGO
EPS JUNIO 2018 - MAYO 2019**

INTRODUCCIÓN

Actividad comunitaria

El presente informe detalla el proyecto comunitario realizado en la comunidad El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, que consistió en la adquisición de pupitres para escolares de la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate.

La aldea El Aguacate se encuentra ubicada en el municipio de Nentón ubicado en el departamento de Huehuetenango. Este municipio limita al norte y al oeste con la República de México, al este con los municipios de San Mateo Ixtatán y San Sebastián Coatán, Huehuetenango, al sur con San Sebastián Coatán, San Miguel Acatán y Jacaltenango, Huehuetenango. (gmaps, 2019)

La calidad educativa puede clasificarse en cuantitativa y cualitativa. La cuantitativa se refiere a las notas obtenidas en exámenes de matemática y lenguaje. La cualitativa se relaciona con las condiciones de infraestructura de las escuelas, maestros, horarios y otros factores que ayudan a mejorar el aprendizaje de los estudiantes. (Hernández-Zavala, 2006)

Muchos estudios en países subdesarrollados apuntan que las mejoras a la infraestructura de las escuelas, la educación, salarios de maestros, capacitaciones y uso de libros de texto han tenido un efecto positivo en el aprendizaje escolar. (Glewwe, 2002)

Según el reporte más reciente, en el 2017 del Índice de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el promedio de escolaridad en Guatemala es de 10.8 años (PNUD, 2017). Estos datos indican que en promedio el mayor porcentaje de los guatemaltecos cursan hasta tercer año del nivel básico. La UNESCO en 2017 reportó para Guatemala un número promedio de 2,317,723 alumnos en primaria, 2,327,957 en nivel básico y 1,683,281 en diversificado (UNESCO, 2017). La realización de la actividad comunitaria se enfocó en la mejora del mobiliario con la donación de 25 pupitres a la EORM aldea El Aguacate para contribuir a la mejora en el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

OBJETIVOS ALCANZADOS

- Se adquirieron 25 pupitres para la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.
- Se optimizó la calidad de infraestructura para que los escolares reciban clases.
- Se mejoró el mobiliario del establecimiento con la adquisición de veinticinco pupitres nuevos.

OBJETIVO GENERAL

Adquirir con el proyecto comunitario, conocimientos y valores que permitieron a la estudiante de sexto año de la Facultad de Odontología un desarrollo en el desenvolvimiento como un agente de cambio de la sociedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Se valorizó el trabajo comunitario dentro de la formación como profesional.
- Se desarrolló el trabajo comunitario fuera del área de salud.
- Se logró la mejora en el aprendizaje de los estudiantes mediante un ambiente cómodo.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del proyecto comunitario se trabajaron cuatro fases: el diagnóstico para identificar las deficiencias del establecimiento; el perfil del proyecto que consiste en definir el establecimiento a beneficiar, objetivos, presupuesto, cronograma, entre otros. Ejecución del programa que consiste en llevar a cabo todo lo planteado en el perfil y la evaluación del proyecto. (Pérez, 2009)

Gracias al diagnóstico realizado para la EORM aldea El Aguacate, se identificó la falta de pupitres para los escolares, especialmente en el primer grado de primaria.

Se gestionó con la Asociación Civil Guayab la adquisición de 25 pupitres y con ello se mejoró el mobiliario de la Escuela Oficial Rural Mixta de la aldea El Aguacate.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 1. Cronograma de actividades proyecto comunitario

MES	ACTIVIDADES
Junio	Diagnóstico: se realizó el protocolo de la actividad comunitaria. Se elaboró el diagnóstico y se identificó el problema del proyecto. Se solicitó por escrito al director del establecimiento autorización para ejecutar el proyecto comunitario en la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.
Julio	Gestión: se examinó la posibilidad de solicitar apoyo a la Municipalidad de Nentón, pero debido a que este prioriza su presupuesto y tiempo en proyectos mayores, se optó por buscar otro tipo de organización.
Agosto	En este mes se solicita por escrito a la Asociación Civil Guayab' con sede en Jacaltenango, la ayuda para la donación de 30 pupitres a la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate.
Septiembre	Se identificó a la librería y papelería que se encargaría de adquirir y enviar los pupitres a la aldea El Aguacate. La institución concede por escrito el presupuesto firmado y sellado que posteriormente se presenta a la asociación para su aprobación.
Febrero	La solicitud está en proceso de ser aceptada por la Junta Directiva de la Asociación Civil Guayab'.
Marzo	Se aprueba la donación de 25 pupitres de los 30 solicitados para la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate, con un presupuesto con envío incluido de 25 pupitres por un monto total de Q4,500.00, planificados para ser entregados la última semana del mes de abril.
Abril	Se ejecuta el proyecto comunitario que consiste en la adquisición de pupitres para la EORM aldea El Aguacate. Fueron enviados mediante Transportes Chiantlequita de la ciudad de Huehuetenango a la aldea El Aguacate. Fueron trasladados a la escuela gracias a la ayuda de estudiantes asignados por el director del establecimiento.
Mayo	Evaluación del proyecto comunitario: mejoramiento del mobiliario mediante la adquisición de pupitres para la EORM aldea El Aguacate.

Fuente: elaboración propia.

RECURSOS

Financiero

El costo individual de cada pupitre fue de Q.160.00. El presupuesto presentado a la Asociación fue de 30 pupitres por un costo de Q.160.00 el cual sumaba un total de Q.4,800.00. No se incluyó el gasto de envío de Q.20.00 adicionales por cada pupitre. Debido a este inconveniente la Asociación aprobó hacerse cargo de los gastos de envío pero el número de pupitres fue de 25 en lugar de los 30 solicitados, dando así un presupuesto de 25 pupitres por Q.180.00 cada uno incluyendo los gastos de envío. El total final del proyecto fue de Q.4,500.00. Los gastos fueron pagados en su totalidad por la asociación a la cual se solicitó la ayuda.

Humanos

- Director de la EORM aldea El Aguacate: el director del establecimiento siempre se mostró colaborador en cuanto a buscar soluciones para el mejoramiento del establecimiento mediante la realización del proyecto comunitario.
- Personal docente de la EORM aldea El Aguacate: al igual que el director también fueron muy colaboradores en cuanto a la realización del proyecto comunitario en el establecimiento.
- Estudiantes de la EORM aldea El Aguacate: el traslado de los pupitres de Transportes Chiantlequita a la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate, fue realizado por los estudiantes que fueron asignados por el director del establecimiento.
- Estudiante de EPS de Odontología de la USAC: la practicante formó parte fundamental al ser la mediadora de la gestión entre la asociación y beneficiar a la EORM aldea El Aguacate.

RESULTADOS ACTIVIDAD COMUNITARIA

Con la entrega de los pupitres a la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate, se mejoró el mobiliario del establecimiento.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA

Una de las limitaciones es la distancia de la comunidad para solicitar o gestionar ayuda para la comunidad. La Municipalidad de Nentón se encuentra a una hora de camino, lo que dificulta el traslado. La distancia de la comunidad de la cabecera municipal y otros centros urbanos dificultó la búsqueda de más instituciones, así como el traslado, debido al costo adicional, tanto en traslado como en gastos de pasaje para gestionar el proyecto.

El establecimiento cuenta con un número grande de estudiantes y los costos elevados, no permitieron beneficiar a la escuela con un número mayor de pupitres.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO COMUNITARIO

- El director y docentes de la Escuela Oficial Rural de la aldea El Aguacate, se mostraron dispuestos para colaborar con la realización del proyecto.
- El proyecto ayudará principalmente a los estudiantes de la escuela a tener un mejor ambiente de estudios.
- El proyecto realizado tuvo un impacto positivo en los estudiantes, profesores y padres de familia.

RECOMENDACIONES ACTIVIDAD COMUNITARIA

Debido a la dificultad de la distancia, la cual limita la búsqueda de diferentes instituciones para gestionar y además genera un gasto adicional en pasajes y el envío de materiales a la aldea, para los siguientes proyectos es más factible la recolección de fondos económicos mediante actividades en la comunidad o el establecimiento.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES INFORME FINAL

SUBPROGRAMA DE ENJUAGUES DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2 %.

SUBPROGRAMA BARRIDO DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS.

SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL.

RESUMEN PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Las dos intervenciones más efectivas en una comunidad para prevenir la caries dental son la fluorización del agua y los programas de sellantes de fosas y fisuras en las escuelas según el Centro de Control y Prevención de los Estados Unidos basados en evidencias costo-beneficio. (CDC, 2016)

Como parte del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado se ejecutaron por ocho meses los subprogramas del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales en estudiantes de la Escuela Oficial Rural Mixta aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango:

1. **Subprograma de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.02 %:** la realización del subprograma de fluorización en la EORM aldea El Aguacate fue semanal y al finalizar los ocho meses, se atendió un promedio de 718 niños.
2. **Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras:** se atendieron 20 pacientes mensualmente. Al finalizar los ocho meses los resultados obtenidos fueron: 160 de niños atendidos y 786 piezas dentales en las que se aplicaron SFF.
3. **Subprograma de Educación en Salud Bucal:** la realización del subprograma se realizó semanalmente durante ocho meses atendiendo un promedio de 718 niños. Se impartieron los temas: Erupción dentaria y dieta balanceada, Anatomía de la cavidad bucal y piezas dentales, Caries dental e inflamación gingival, Enfermedad periodontal y relación del azúcar con la caries dental, Utilización de la pasta dental y beneficios de los enjuagues con flúor, Sustitutos del cepillo dental, Relación del azúcar con la caries dental, Uso correcto del cepillo y seda dental.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Ayudar a la disminución de los altos índices de enfermedades bucales en Guatemala.
- Continuar con el Programa de Prevención y que este sea cumplido para beneficiar a la población guatemalteca.
- Llevar a cabo la realización de las actividades de prevención de la mejor manera para favorecer a cada persona que se tomó en cuenta en dicho programa.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales adecuado y que cumpla con las necesidades de la comunidad, utilizar enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 %, charlas de educación en salud bucal y sellantes de fosas y fisuras.
- Evaluar la efectividad del programa durante el Ejercicio Profesional Supervisado y mejorarlo.

METAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Concientizar a la comunidad sobre la importancia de prevenir las enfermedades orales.
- Fluorizar a la población escolar para disminuir la prevalencia de caries.
- Colocar sellantes de fosas y fisuras en estudiantes de primero a tercero primaria para la prevención de caries.
- Realizar charlas para informar.

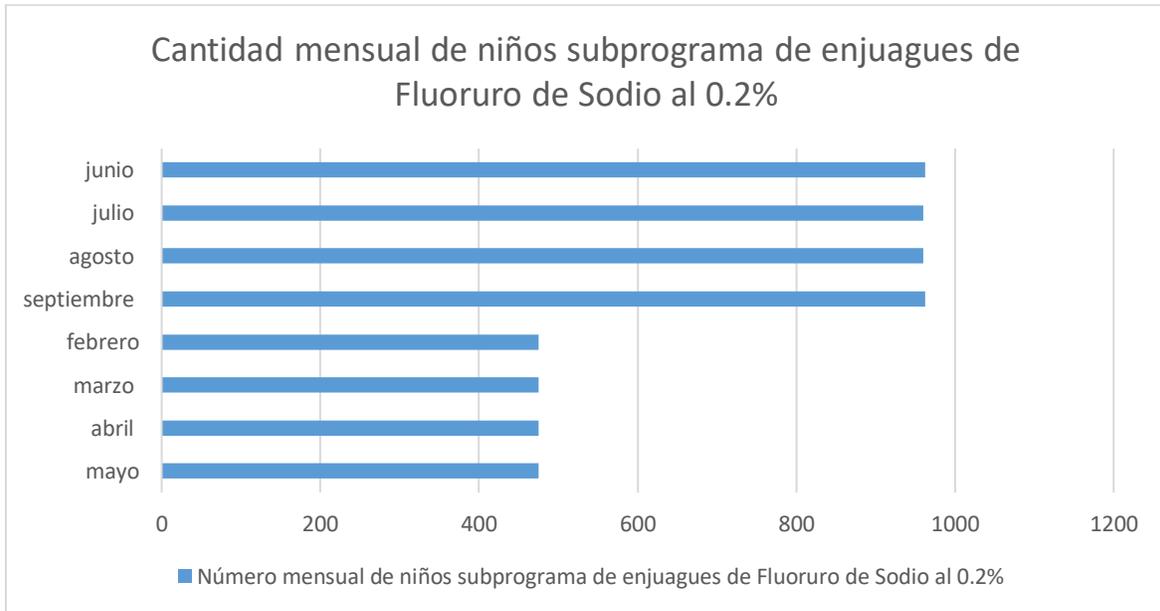
SUBPROGRAMA DE ENJUAGUES DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2 %

Tabla No. 2. **Cantidad mensual de niños del Subprograma Aplicación de Flúor en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango**

Mes	No. de estudiantes
Junio	962
Julio	960
Agosto	960
Septiembre	962
Febrero	475
Marzo	475
Abril	475
Mayo	475
Promedio	718

Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Gráfica No. 1. **Cantidad mensual de niños del Subprograma Aplicación de Flúor en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango**



Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Análisis:

Los resultados obtenidos en la gráfica indican que durante los ocho meses del Subprograma de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2 %, fueron los meses de junio y septiembre donde se atendió a la mayor cantidad de escolares con un total de 962. En los meses de julio y agosto se atendieron a 960 escolares, de febrero a mayo se atendieron a 475 escolares mensualmente.

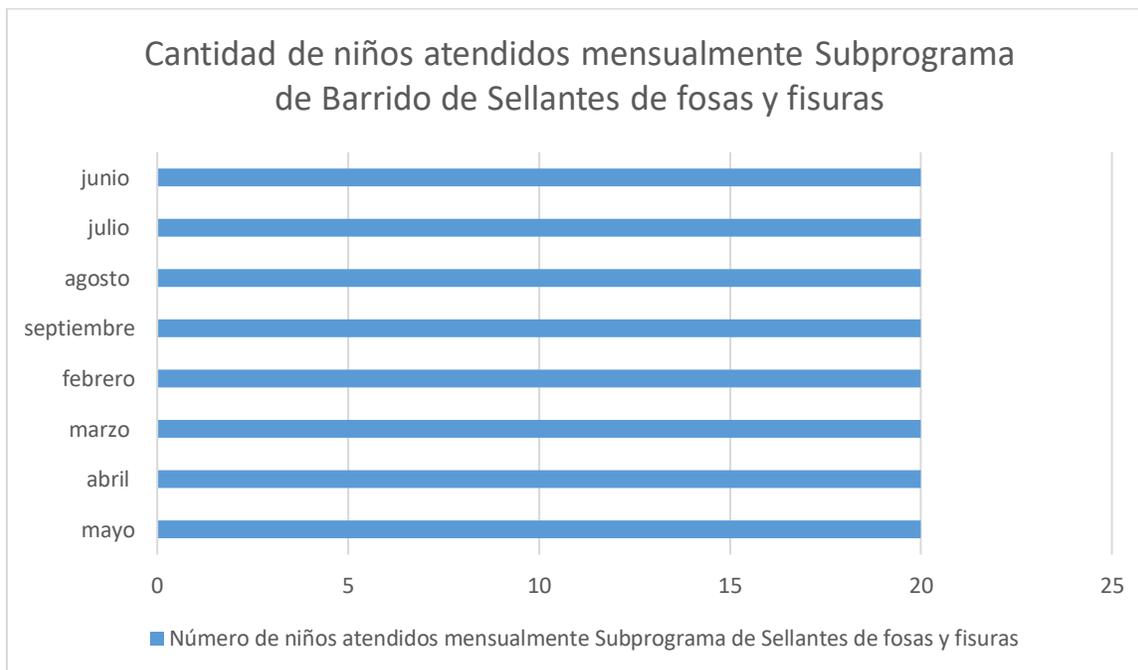
SUBPROGRAMA DE BARRIDO DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Tabla No. 3. Cantidad de niños y piezas selladas en el Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

MES	NIÑOS ATENDIDOS	PIEZAS SELLADAS
Junio	20	106
Julio	20	142
Agosto	20	80
Septiembre	20	80
Febrero	20	96
Marzo	20	80
Abril	20	82
Mayo	20	120
TOTAL	160	786

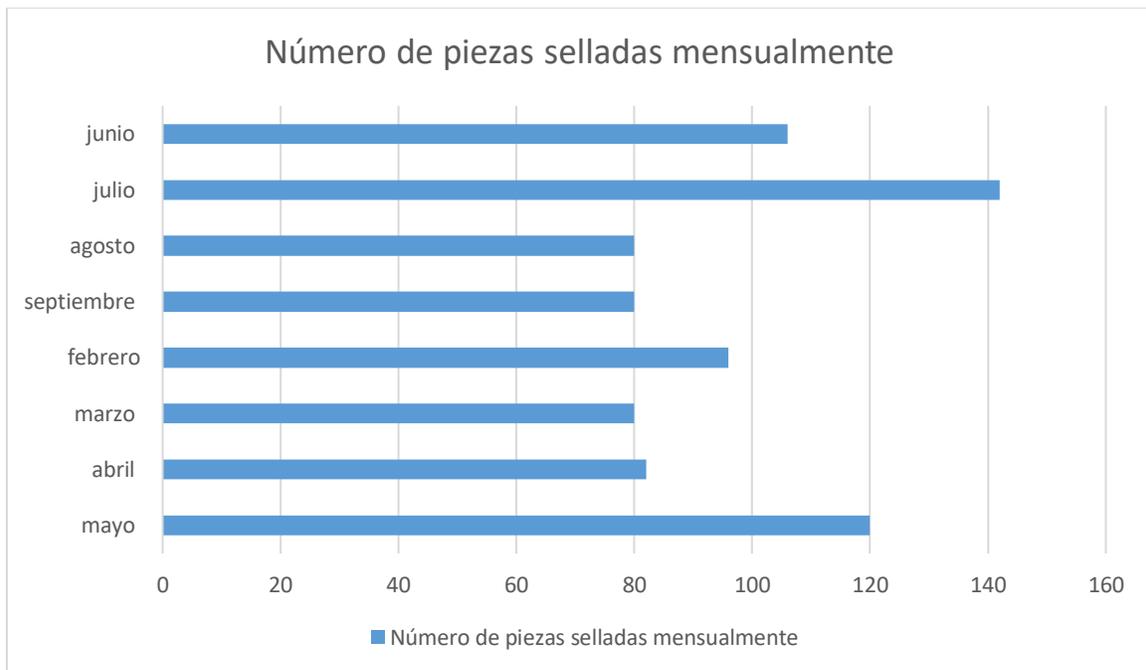
Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Gráfica No. 2. Cantidad de niños y piezas selladas en el Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango



Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Gráfica No. 3. Cantidad mensual de piezas dentales en el Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango



Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Análisis:

Los resultados obtenidos en la gráfica indican el total de niños atendidos mensualmente en el Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, con un total de 20 pacientes escolares atendidos mensualmente, con un resultado total de 160 niños.

Los resultados obtenidos en la gráfica muestran el total de piezas selladas mensualmente, en junio se sellaron 106 piezas dentales, en julio se sellaron 142 piezas dentales, en agosto, septiembre y marzo se sellaron 80 piezas dentales en cada uno de los meses. En febrero se sellaron 96 piezas dentales, en abril se sellaron 82 piezas dentales y en mayo se sellaron 120 piezas dentales. Al final de los ocho meses del programa se sellaron 786 piezas dentales.

SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

Tabla No. 4. Cantidad de niños, temas impartidos y cantidad de actividades realizadas en el Subprograma de Educación de Salud Bucal en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

Mes	Número de niños atendidos en Educación en Salud Oral	Temas	Número de actividades desarrolladas
Junio	960	Erupción dentaria y dieta balanceada	12
Julio	960	Anatomía de la cavidad bucal y piezas dentales	12
Agosto	960	Caries dental e inflamación gingival	12
Septiembre	960	Enfermedad periodontal y relación del azúcar con la caries dental	12
Febrero	475	Utilización de la pasta dental y beneficios de los enjuagues con flúor	9
Marzo	475	Sustitutos del cepillo dental	9
Abril	475	Relación del azúcar con la caries dental	9
Mayo	475	Uso correcto del cepillo y seda dental	9

Fuente: datos obtenidos en informes mensuales.

Análisis:

Los datos obtenidos muestran la cantidad de niños que recibieron los temas impartidos en el Subprograma de Educación en Salud Bucal. En los meses de junio a septiembre se atendieron 960 escolares. De los meses de febrero a mayo se atendieron 475 escolares. La tabla también muestra los temas impartidos de junio a mayo y el número de charlas realizadas cada mes.

ANÁLISIS PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Las metas planteadas para el Subprograma de Prevención de Enfermedades Bucales se alcanzaron, ya que se concientizó e informó con charlas educativas y preventivas a los estudiantes acerca de la importancia de tener una dieta baja en azúcares y mantener una buena higiene oral.

Es conocido que en odontología la prevención juega un papel muy importante para tener una salud oral en buenas condiciones, sin dolor. En prevención se incluye la educación, la aplicación de flúor y el barrido de sellantes de fosas y fisuras.

Como parte de las obligaciones del Ministerio de Salud de Guatemala es tener este programa de prevención de enfermedades bucales a nivel nacional, principalmente en todas las comunidades. Sin embargo, esto no sucede y pasa a ser un trabajo realizado por los estudiantes de sexto año de la Facultad de Odontología. La labor de realizar el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales en las comunidades, hace difícil atender gran parte del territorio nacional. Como parte del programa, se colocaron sellantes de fosas y fisuras en estudiantes de primero a tercero primaria y se administró flúor al 0.2 % y se impartieron charlas a todos los grados del establecimiento.

Para llevar a cabo el Programa de Prevención, los 20 docentes del establecimiento, incluido el director, se mostraron muy cooperativos para enviar a los estudiantes a la clínica y ceder su tiempo para realizar el programa.

CONCLUSIONES PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- El trabajo realizado por los estudiantes que llevan a cabo los subprogramas de fluorización, sellantes de fosas y fisuras y educación en salud bucal, tienen un impacto importante para prevenir las enfermedades bucales y así mejorar la calidad de vida de los habitantes.
- Los subprogramas de fluorización, barrido de sellantes de fosas y fisuras y educación en salud bucal debe estar a cargo del Ministerio de Salud.
- Muchos de los establecimientos aún siguen con la venta de productos altos en azúcares durante el receso. Además de la realización semanal de los enjuagues de flúor, educación preventiva y sellantes, disminuir los productos altos en azúcares en las tiendas escolares, mejorará los índices de CPO existentes en las comunidades del país.
- Es importante involucrar a padres de familia en la higiene oral de los niños, ya que regularmente muestran desinterés.

RECOMENDACIONES PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Involucrar a los padres de familia en las charlas educativas pues juegan un papel importante en la salud oral de sus hijos.
- Crear un apartado del programa, en donde las autoridades de las escuelas se comprometan a no vender demasiados productos con azúcares en las tiendas escolares o por lo menos regularlas, pues la mayoría de los productos a la venta contienen alto contenido de azúcar.

INVESTIGACIÓN ÚNICA

PERCEPCIÓN DE SALUD ORAL Y HáBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE UNA MUESTRA DE ESCOLARES DEL SECTOR PÚBLICO DE GUATEMALA

INTRODUCCIÓN

La investigación única consistió en determinar si existe una relación entre el estado de salud oral de padres de familia con la salud oral de sus hijos. Se recolectaron los CPO de una muestra de 15 estudiantes entre los 6 a 10 años de edad de la Escuela Oficial Rural Mixta de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. Un padre de familia de cada uno de los 15 estudiantes que formó parte de la muestra fue encuestado y se obtuvo una segunda muestra de 15 padres. Los resultados de dichas encuestas se presentan en el siguiente informe final de la Investigación Única como parte del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado.

El índice de CPO expresa la prevalencia de caries en un individuo y se obtiene del promedio de la suma del número de piezas cariadas, número de dientes extraídos y el número de dientes obturados. El promedio mundial de CPO para niños de 12 años en el 2015 fue de 1.86 (participación de 209 países). La meta mundial de la OMS es un CPO de 3 o menos (MalmöUni, 2015). Guatemala tenía en 1987 un CPO de 8.1 y en 2002, un CPO de 4.5. El CPO de El Salvador en 1989 fue 5.1 y en el 2008 1.5. El CPO de Honduras en 1987 era 5.7 y en 1997 tuvo un CPO de 3.7. Belice en 1983 tenía un CPO de 4.4 y en 1989 de 6. (MalmöUni, mah.se, 2015)

Entre los países de la región, Guatemala ha tenido un índice de CPO por arriba de la meta de la OMS que es de 3 o menos. De la muestra de 15 estudiantes de la EORM aldea El Aguacate se obtuvo un CPO de 8.6 en mujeres y 11 en hombres.

La caries dental es la enfermedad más prevalente y crónica a nivel mundial. En los Estados Unidos la caries ha sido descrita como una epidemia silenciosa, afectando al 58.2 % de niños entre edades de 12 a 15 años, especialmente en grupos que son minoría. La caries está asociada a factores biológicos y comportamientos complejos pero prevenibles tales como la placa dental y la dieta. En países desarrollados, la prevalencia alta de caries dental se ha asociado con poblaciones con estados socioeconómicos bajos, en especial en áreas con altas desigualdades salariales (como es el caso de Guatemala). (Elias-Boneta, 2016)

METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN ÚNICA

Material y métodos

- **Diseño del estudio**

El estudio fue observacional, transversal y analítico en una muestra no probabilística al detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**

Cada sujeto de estudio cumplió los siguientes criterios de inclusión para ser seleccionado:

- Escolares de escuelas públicas de la aldea El Aguacate.
- Edad entre 6 y 10 años.
- Padres de familia de los escolares participantes.

Criterio de exclusión:

- **Tamaño y selección de la muestra**

Se evaluó a una muestra no probabilística de 15 escolares y sus respectivos padres de familia en cada comunidad.

VARIABLES PRINCIPALES DE VALORACIÓN

- a. Autopercepción de salud oral
- b. Hábitos de higiene
- c. Nivel de salud bucodental (CPO-D)

Criterios de recolección

- **Metodología de campo**

1. Se determinó y seleccionó a los escolares de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se gestionó una reunión preparatoria con maestros y padres de familia para informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización correspondiente.
3. Visita domiciliar: se acordó con cada padre de familia el día para llevarla a cabo.
4. Evaluación clínica de los escolares en la sede de la clínica dental del programa EPS.

5. Se revisó la integridad de los datos en las boletas de investigación (con coordinadores docentes en AOSP).
6. Se trasladaron los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de OSP.
7. Se elaboraron tablas y gráficas de los datos con su análisis correspondiente.
8. Se entregó en AOSP el Informe Final de Investigación, según los lineamientos del Área.
9. Se entregaron las boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de OSP.

Trabajo de campo

Los aspectos logísticos y administrativos fueron responsabilidad del estudiante EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ello incluye la gestión ante las autoridades locales y ante las escuelas seleccionadas para obtener la autorización respectiva, reunión de información de los odontólogos practicantes con los padres de familia, maestros y estudiantes al exponer los objetivos de la investigación. El trabajo de campo fue realizado por estudiantes del Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes previo a la recolección de la información, recibieron capacitación sobre el protocolo de investigación.

La supervisión del trabajo de campo estuvo a cargo de los profesores del Área de OSP, quienes evaluaron directa o indirectamente el cumplimiento de las condiciones y avance de:

- Evaluaciones clínicas
- Aplicación de los instrumentos de investigación
- Visitas domiciliarias.

Personal: el equipo de investigación fue integrado por:

- Estudiantes de EPS de la Facultad de Odontología de la USAC
- Asistentes dentales
- Profesores - supervisores de EPS de la Facultad de Odontología de la USAC

Estrategia de análisis

Estructuración de base de datos: con el fin de minimizar y corregir oportunamente los errores eventuales de codificación o digitación, se diseñó la base de datos con las siguientes características:

- Restricciones a la entrada de valores improbables
- Ingreso inmediato de datos
- Revisión de datos durante el trabajo de campo

Análisis:

1. Análisis descriptivo de las variables al explorar la coherencia de los datos.
2. Cálculo de proporciones ($p \pm 1.96EE$).
3. Cálculo de OR (IC95 %) para asociación entre variables categóricas.
4. Análisis multivariado para estimar OR (IC95 %), al controlar el efecto de confusión de las variables tipo demográficas y socioeconómicas.

MARCO TEÓRICO INVESTIGACIÓN ÚNICA

La caries dental es una patología multifactorial dada por la interacción de tres factores principales: huésped, microflora y sustrato (saliva/diente, bacterias y dieta). A esto se le suman los factores externos: cultura, nivel socioeconómico, hábitos alimenticios, percepción de los padres y conocimientos sobre hábitos de higiene oral, los cuales no han sido estudiados a fondo. La OMS define la caries dental como una enfermedad, localizada, provocada por factores externos y que comienza luego de la erupción dental iniciando con el reblandecimiento del diente para terminar formando una cavidad. (Cuartas, 2001)

Los programas de educación en salud oral que están dirigidos a acciones preventivas son necesarias para proveer a los hijos, no solo con una salud oral adecuada, también con una mejor calidad de vida, pues se ha encontrado que los hábitos de salud oral de los padres influyen en la de sus hijos. Una atención especial debería ser dada a la familia entera, concerniente a su estilo de vida y sus hábitos de salud oral. (Freire, 2013)

Padres portadores de bacterias cariogénicas

La negligencia en la higiene oral es ampliamente conocida como la causa principal causante de la caries dental. La cavidad oral de un recién nacido está básicamente libre de microbios, los cuales se desarrollan en la boca poco después del nacimiento. Debido a que la saliva se reduce durante la noche cuando dormimos, las bacterias cariogénicas ganan acceso prolongado a sustancias fermentadas, en un proceso que lleva a la caries dental. La colonización de *Streptococo Mutans* en la boca de un niño está directamente relacionado al riesgo de tener caries. Se sabe que *S. mutans* es el microorganismo más decisivo en el inicio de la caries, mientras que *S. sobrinus* está relacionado con la progresión y desarrollo de lesiones cariosas. Por esta razón, los niños portadores de ambos *S. mutans* y *S. sobrinus* experimentan más caries que los que solo portan *S. mutans* o solo *S. sobrinus*. (Freire, 2013)

Los hábitos y comportamientos maternos pueden a veces estimular o aumentar la contaminación microbiana en la cavidad oral de sus hijos. El contacto frecuente entre la madre y sus hijos puede causar contaminación y transmisión temprana de bacterias. Las madres son conocidas como el primer infectante de sus hijos con bacterias cariogénicas, lo que sugiere que sus índices de CPO pueden ser un buen indicador de experiencia de caries en sus hijos. Altos niveles de *S. mutans* en madres aumenta la probabilidad 11 veces más que sus hijos

desarrollen caries. Una reducción en el número de *S. mutans* en la saliva de madres altamente infectadas es apropiada para evitar la colonización de estos microorganismos en la cavidad oral de sus hijos. Entre más temprano los hijos son contaminados con microorganismos cariogénicos, más alto es el riesgo de desarrollar caries temprana en la infancia. (Freire, 2013)

Dye, B.A. et al. compilaron una muestra de 1,184 parejas de madre e hijos, niños entre edades 2 a 6 años. Evaluaron la experiencia de caries de los niños y los estados de caries no tratadas y los estados de pérdida de dientes junto a otras variantes tales como edad, etnia y niveles de pobreza. Los resultados mostraron que hijos de madres que tuvieron niveles altos de caries sin tratamiento sufren más de 3 veces de tener mayores niveles de experimentar caries comparado con los hijos de las madres que tenían caries con tratamientos. Una relación similar fue observada entre la pérdida de dientes de las madres y la experiencia de caries en sus hijos. Los hijos de madres con altos niveles de pérdida dental sufren riesgo de experimentar 3 veces más de tener altos niveles de caries comparada con los hijos de madres que no sufren pérdidas dentales. Concluyen que el estado de salud oral de las madres es un fuerte predictor del estado de salud oral de sus hijos. (Dye, 2011)

En estudio realizado por Cuartas, J.C., et al. evaluaron la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico, hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos entre 3 y 5 años de edad, en una población de estudio de 100 niños clasificados según el índice de coe-d, en 50 niños sanos (con bajo o ninguna experiencia de caries) y 50 niños enfermos (con alta experiencia de caries). Los hallazgos encontrados demuestran en términos generales que la historia de caries de niños entre 3 y 5 años de edad no está influenciada por la percepción que tienen sus padres ante el tratamiento odontológico, pero si con los hábitos de higiene oral de los mismos. La mayoría de padres de ambos grupos tuvieron regulares hábitos de higiene oral y la mayoría de los padres con malos hábitos de higiene oral tenían hijos enfermos. Este estudio dice que se evaluó la frecuencia de uso de instrumentos de higiene oral más no la técnica de higiene oral desarrollada por los padres, siendo probablemente esta última la mayor importancia para establecer una relación entre los hábitos de higiene oral y la salud oral de sus hijos. Esta investigación concluye que la asociación de hábitos de higiene oral de los padres en comparación con el estado de salud oral de los niños entre 3 y 5 años de edad, presenta una elevada correlación entre malos hábitos de higiene oral con alto índice de caries, así mismo, los buenos hábitos de higiene oral se ven representados por un bajo o ninguna evidencia de caries. (Cuartas, 2001)

HÁBITOS DE CEPILLADO DE LOS PADRES Y LA RELACIÓN CON LOS HÁBITOS DE CEPILLADO DE SUS HIJOS

La asociación entre el cepillado de los padres y la caries en sus hijos

Se encontró que los hábitos de cepillado de los padres pueden influenciar en los hábitos de cepillado de sus hijos. Esta hipótesis fue confirmada por un estudio internacional que involucra 17 países. Se considera que cepillarse regularmente y usar el hilo dental elimina bacterias cariogénicas y sustancias fermentadas de la superficie dentaria, los buenos hábitos de higiene oral ayudan a prevenir algunas patologías orales como las enfermedades periodontales y la caries dental que son consideradas problemas comunes de la salud pública. A diferentes edades en la niñez, los hábitos de cepillado deberían ser introducidos a los hijos por sus padres y deben ser practicados diariamente. Por eso, la educación preventiva debe ser dirigida a ambos, hijos y padres para ayudarlos a sufrir de menos lesiones cariosas y tener una mejor salud oral y una mejor calidad de vida. (Freire, 2013)

Importancia de las intervenciones para mejorar el cepillado en los padres

Los hijos de padres que controlan el cepillado y la ingesta de azúcar tienen hábitos favorables en su salud oral, demostrando que las actitudes de los padres tienen un impacto positivo en el nivel de salud oral de sus hijos. De hecho, a mayor el nivel de educación de los padres, más favorable será el cuidado oral de sus hijos. (Freire, 2013)

A pesar que muchas madres (71 %) están conscientes de la necesidad de la supervisión diaria del cepillado de sus hijos, solo aproximadamente el 40 % lo hacen. Solo en el 40 % de los hijos llevan su propio kit de higiene oral. (Freire, 2013)

Cuando se les cuestiona a las madres los hábitos de higiene oral, la frecuencia de visitas al dentista y el consumo de alimentos sanos, es común que contesten que no les dan azúcares a sus hijos y que siempre los cepillan. Esto es debido a que los encuestados generalmente responden o dan respuestas socialmente aceptadas o esperadas, lo que generalmente les lleva a mentir. Cuando se les cuestiona o encuesta a las madres, parece que reconocen la importancia de la higiene oral y lo demuestran en el conocimiento en higiene oral pues dan respuestas satisfactorias. Sin embargo, el índice de caries observado en sus hijos y el estado de salud oral de las madres implican que este problema epidemiológico ha fallado en generar

conciencia en la salud oral de aquellos que asisten a programas educacionales dirigidos a prevenir las enfermedades orales. (Sonny, 2009)

Castillo, et al. encontraron que el 47 % de las madres reportaron que sus hijos se cepillaban los dientes tres veces día. Se encontró que solo el 32 % de estas madres cepillan los dientes de sus hijos, mientras que la mayoría (68 %) solo supervisa el cepillado de dientes. Sin embargo, un índice de caries (media CPO 5.8) reveló una incompatibilidad entre la frecuencia de cepillado de dientes realizada por los niños y lo reportado por sus madres. (Castilho & Neves, 2016)

Según Finlayson, et al., durante el proceso de aprender a cepillarse, los niños solo juegan con el cepillo de dientes en la boca y en realidad no se limpian los dientes. Por lo tanto, las madres juegan un papel clave en ayudar a sus hijos enseñándoles hábitos de salud bucal favorables. Niños nacidos de madres que son conscientes de la importancia de la salud oral para cepillarse los dientes con mayor frecuencia, desarrollan mejores hábitos de cepillado. (Finlayson & Siefert, 2007) Aunque los padres hacen todo lo posible para adoptar un estilo de vida saludable, algunas similitudes y diferencias hacia la salud bucal son encontradas entre los géneros. Los hábitos orales favorables son más a menudo reportados para las niñas. De acuerdo con sus autorreportados comportamientos, los padres de las niñas pertenecen a un grupo más satisfactorio de estilo de vida en comparación con los padres de los niños. Además, las niñas se cepillan los dientes más regularmente que los chicos, probablemente debido al hecho de que es más probable que sigan los pasos de sus madres, mientras que los varones emulen comportamientos de sus padres. Por lo tanto, más atención debe ser entregada a los padres, ya que influyen en los comportamientos de una manera general. (Poutanen, 2007)

Bozorgmehr, E., et.al. realizaron un estudio segregado. Seleccionaron a escolares mayores de 5 años de preescolar. Hicieron grupos y segregaron a los objetos de estudio de acuerdo a características demográficas, nivel socioeconómico, hábitos orales de los niños y los de sus padres. La adopción de buenos hábitos orales en la infancia toma lugar con los padres, especialmente con las madres. La relación entre la salud dental de las madres y la caries dental en sus hijos pueden ser explicadas por la influencia de las dietas y hábitos higiénicos en infantes, así como, las infecciones en la boca de los niños debido a las bacterias heredadas de la madre. Por eso, el hábito del cepillado de las madres, los hábitos alimenticios y la elección de alimentos están directamente asociados con los de los hijos. Los profesionales de la salud

oral aceptan que los esfuerzos dirigidos a mejorar los hábitos de salud oral de los padres podrían resultar en la reducción de caries entre sus hijos. Concluyen que algunos hábitos de salud en padres, como el cepillado y la frecuencia de consumo de alimentos dulces, son determinantes en los hábitos de sus hijos desde pequeños. Los hijos con madres con alta educación tenían menor índice de placa que el de los otros. Entonces, promover conocimientos y actitudes hacia los padres puede afectar a la salud oral de sus hijos y también a su estatus. (Bozorgmehr & Hajizamani, 2013)

Conocimiento parental, actitudes y nivele socioeconómico

Existe un estudio hecho en madres mexicanas quienes tienen un menor nivel educativo, el cual lleva a un conocimiento menor y por lo tanto en pobres prácticas parenterales. Este estudio se llevó a cabo en California a madres mexicanas debido a que los niños México-americanos en Estados Unidos sufren desproporcionalmente altas prevalencias y severidad de caries temprana en infantes. Hijos en edades de 0 a 5 años de padres hispano-hablantes de bajos ingresos fueron reclutados a través de servicios comunitarios en una ciudad de California. (Hoeft, 2016)

Cianetti. S. et al. dirigieron un estudio para verificar si los determinantes socioeconómicos, como el nivel educacional de los padres, ingresos familiares y la asistencia de sus hijos a servicios dentales, están asociados con la presencia de caries dentro de una población italiana de niños. Fue un estudio observacional retrospectivo en niños de edades 4 a 14 años que visitaron el Departamento de Odontología Pediátrica de la Universidad de Perugia, Italia. Los niños fueron estratificados de acuerdo al nivel socioeconómico familiar (nivel educacional del padre y de la madre, ingresos familiares) y la asistencia de los niños a servicios dentales. Los resultados mostraron que en una muestra de 231 niños, 163 tenían caries (70.46 %). La presencia de caries en niños fue más alto en niños donde el nivel de educación de la madre era más bajo. Este estudio concluye que el nivel socioeconómico fue un predictor importante de la presencia de caries en los niños. Ambos, ingresos bajos y bajos niveles de educación estuvieron relacionados a un aumento en la presencia de caries, mientras la experiencia de visitas previas al dentista no afecta la presencia de caries en los niños. (Cianetti, 2017)

Características parentales ampliamente investigadas, tales como conocimientos, actitudes y nivel socioeconómico influyen en los comportamientos de salud bucal de los niños. Las normas y prácticas culturales influyen en una gran variedad de factores sociales, tales como valores, creencias y costumbres, afectando la salud bucal de los niños. La cultura comprende la religión, creencias de salud, lenguaje, dieta, estructura familiar y médica y abordajes preventivos dentales. (Mattila, 2005)

La asociación entre la mala salud bucal de los niños y el bajo estatus socioeconómico de la familia es clara. Según Mattila et al., los factores principalmente correlacionados con índice de caries infantil (CPO) a la edad de 5 años son: la edad temprana de la madre, la convivencia de los padres, el mal historial de caries de los padres, el mal cuidado dental de la madre, hábitos de higiene, consumo de azúcar del niño antes de la edad de 18 meses y cefalea infantil a los 5 años. (Mattila, 2005)

El hecho que las madres de niños en grupos de minoría étnica, a menudo reciben solo unos pocos años de educación resulta en habilidades de comunicación pobres, y por lo tanto, una salud dental pobre. Asimismo, condiciones de vida lamentable e irregular. (Mattila, 2005)

Además, las características sociodemográficas afectan el conocimiento de la salud oral y las actitudes de los padres con un nivel de educación más bajo, negativamente afectan sus prácticas de salud oral. Una mayor prevalencia de caries dentales y menor frecuencia de cepillado de dientes se encontraron en niños de 3 años que viven en zonas rurales, en comparación con los de entornos urbanos. Al considerar el nivel socioeconómico, los niños que tienen padres con un alto estatus ocupacional y madres amas de casa presentaron los valores más bajos del índice de caries (CPO = 1.3; CPO = 2.5), mientras que los niños de clases sociales superiores demuestran que experimentan menos caries, niños de las clases más bajas tienen la salud dental más pobre. En resumen, la edad de los padres y los niveles educativos son importantes. Son factores de fondo que influyen directamente en la salud dental. (Mattila, 2005)

Basados en varios estudios, los elementos clave que mostraron impacto particular en el comportamiento de la salud oral de los niños y el estado de salud oral fueron: actitudes orales relacionadas con la salud de los padres, conocimiento general y estado de salud. Cuando todos estos elementos claves se compararon, los comportamientos de los padres parecían estar más fuertemente relacionados con el comportamiento de los niños. (Mattila, 2005)

Firmino, R.T., et al, en su estudio afirman que la evidencia científica en cuanto a la asociación entre el alfabetismo en salud oral y la salud oral de los hijos no está muy claro. Concluyeron que un bajo alfabetismo en salud oral de los padres estaba asociado con caries dental entre sus hijos. (Firmino, 2018)

Aunque se sabe que los factores parentales influyen en la salud dental de los niños, hay diferencias entre estudio de modelos para niños y niñas. Los chicos fueron influenciados por el nivel ocupacional de su padre, mientras que las niñas influenciados por el conocimiento y comportamiento de su padre. Tomando estos hallazgos en consideración, en la salud escolar educativa se necesitan intervenciones que involucren a toda la familia para proporcionar a los niños pautas preventivas más adecuadas. Para asegurar el éxito de su salud bucal. Es notable que la vida cotidiana de las familias sea en gran parte influenciado por condiciones sociales, culturales, ambientales y económicas. Estos aspectos sociales juegan papeles claves en la salud oral, con influencia positiva o negativa. En la adopción de actitudes particulares de salud oral y comportamientos. (Kotha, 2018)

Kotha, S.B., et. al. realizaron un estudio transversal mediante un cuestionario para determinar la influencia del conocimiento en salud oral en las prácticas de los padres de niños en edades de 2 a 6 años en Riyadh, Arabia Saudita. En este estudio se estimó el nivel de conocimiento acerca del cuidado de la salud oral y su influencia en mantener la dieta y las prácticas higiénicas en sus hijos y también acceder a cómo las variables demográficas van a influenciarlos a llevar a sus hijos a visitas dentales. Los resultados obtenidos de las encuestas dan una vista clara que el conocimiento de los padres y sus actitudes hacia ellos mismos acerca de la salud oral tienen una influencia muy grande en sus hijos. Dentro de los padres, las madres definitivamente tienen un rol mayor y más a menudo son el modelo a seguir de sus hijos. Es usualmente la madre quien tiene más conocimiento comparado con los papás en cuanto a la salud oral de sus hijos y los resultados concluyen en lo mismo pero no es estadísticamente significativo. (Kotha, 2018)

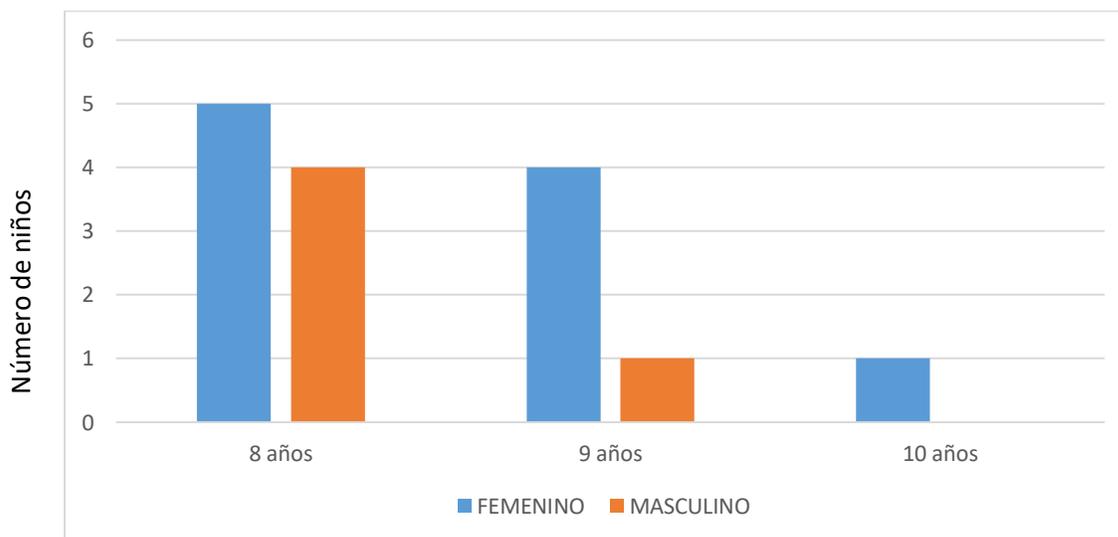
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ÚNICA

**Tabla No. 5. Distribución de frecuencias de muestra de 15 estudiantes por edades y sexo de la EORM, aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango
EPS junio 2018 - mayo 2019**

No.	EDAD	F	M	TOTAL
1	6	0	0	0
2	7	0	0	0
3	8	5	4	9
4	9	4	1	5
5	10	1	0	1
	Totales	10	5	15

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 4. Distribución de frecuencias de la muestra de 15 estudiantes por edades y sexo de la EORM, aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, EPS junio 2018-mayo 2019



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

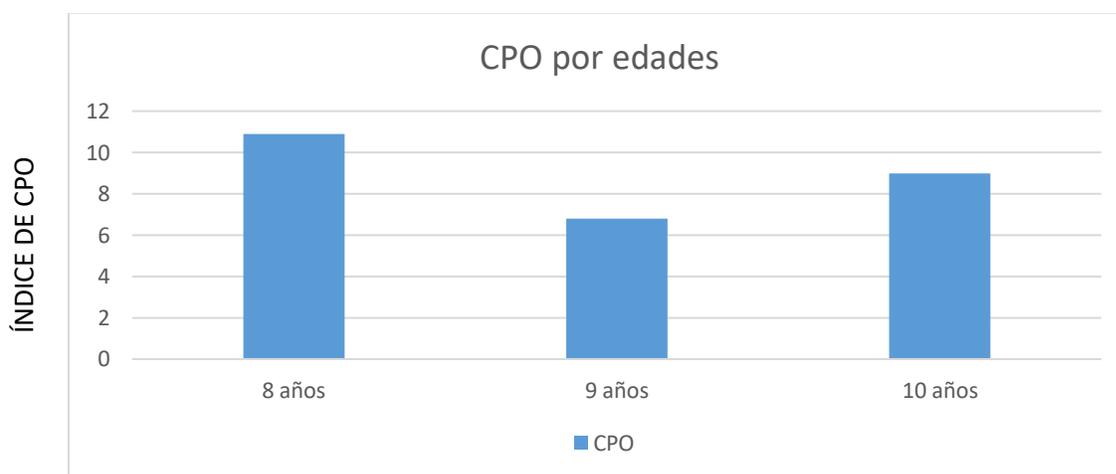
Análisis: el sexo femenino se muestra con las barras azules y el sexo masculino se muestra con las barras naranjas. De los datos obtenidos se puede observar que el número de niñas de ocho años es de 5 y del sexo masculino es de 4. En el grupo de nueve años, hay 4 niñas y 1 niño. En el grupo de 10 años una niña. Con la suma de todos los niños se obtiene el total de la muestra de 15 escolares. No se muestran niños en los grupos de 6 y 7 años.

Tabla No. 6. Distribución de frecuencias de CPO por edades de la muestra de 15 estudiantes de 6 a 10 años de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019

No.	EDAD	CANT.	C	P	O	TOTAL	MEDIA
1	6	0	0	0	0	0	0
2	7	0	0	0	0	0	0
3	8	9	90	5	3	98	10.89
4	9	5	25	7	2	34	6.8
5	10	1	8	1	0	9	9
	Totales	15	123	13	5	141	

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 5. Distribución de frecuencias de CPO por edades de la muestra de 15 estudiantes de 6 a 10 años de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

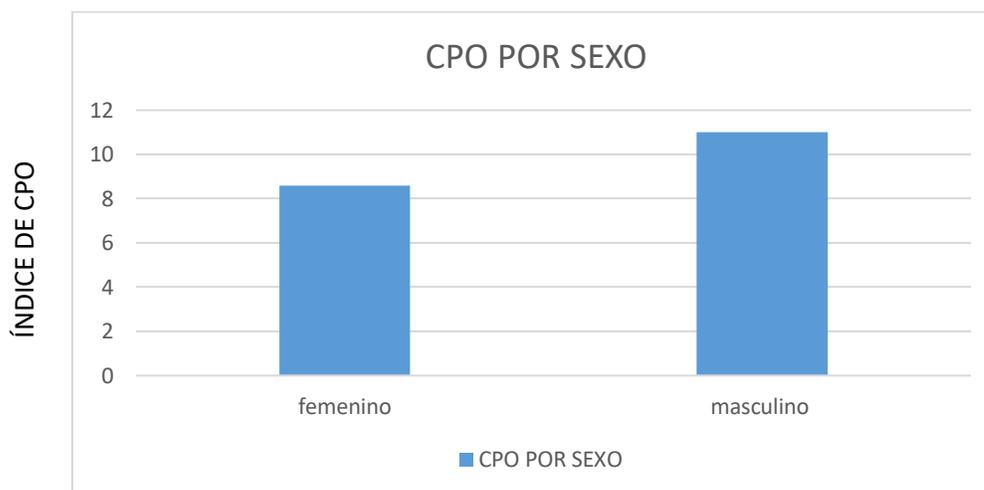
Según los datos obtenidos, de los 15 individuos de 6 a 10 años que conforman la muestra, el total de piezas cariadas es de 123, perdidas 13 y obturadas 5. Las barras azules representan el CPO. En el grupo de 8 años el valor de CPO fue de 10.89, en el grupo de 9 años el CPO fue de 6.8 y en el grupo de 10 años, el CPO fue de 9.

Tabla No. 7. **Distribución de frecuencias de CPO por sexo de 15 estudiantes de 6 a 10 años de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango**
EPS junio 2018 - mayo 2019

SEXO	CANT.	C	P	O	TOTAL	MEDIA
Femenino	10	77	7	2	86	8.6
Masculino	5	46	6	3	55	11
TOTAL	15	123	13	5	141	

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 6. **Distribución de frecuencias de CPO por sexo de 15 estudiantes de 6 a 10 años en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango**
EPS junio 2018 - mayo 2019



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

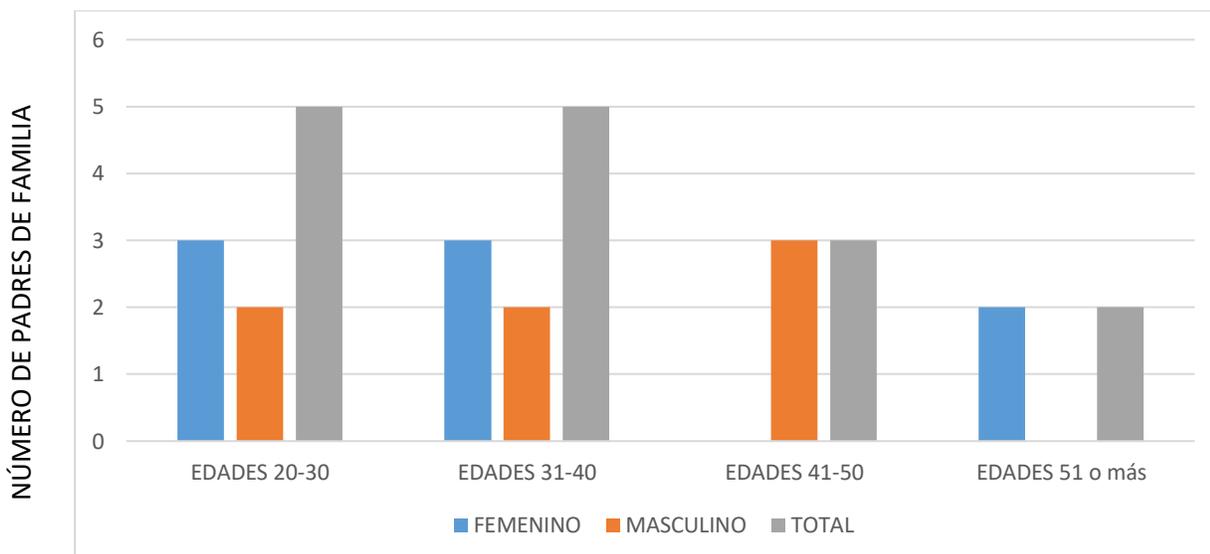
Según los datos obtenidos, se observa el índice de CPO de la muestra de 15 escolares, el cual está distribuido por sexo masculino y femenino. El CPO que se obtuvo del grupo de sexo masculino es de 11 y el grupo de sexo femenino es de 8.6.

Tabla No. 8. **Distribución de frecuencias por edades y sexo de padres de familia de los 15 estudiantes de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019**

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
20-30	3	2	5
31-40	3	2	5
41-50		3	3
51 o más	2		2
TOTAL	8	7	15

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 7. **Distribución de frecuencias por edades y sexo de padres de familia de los 15 estudiantes de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019**



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

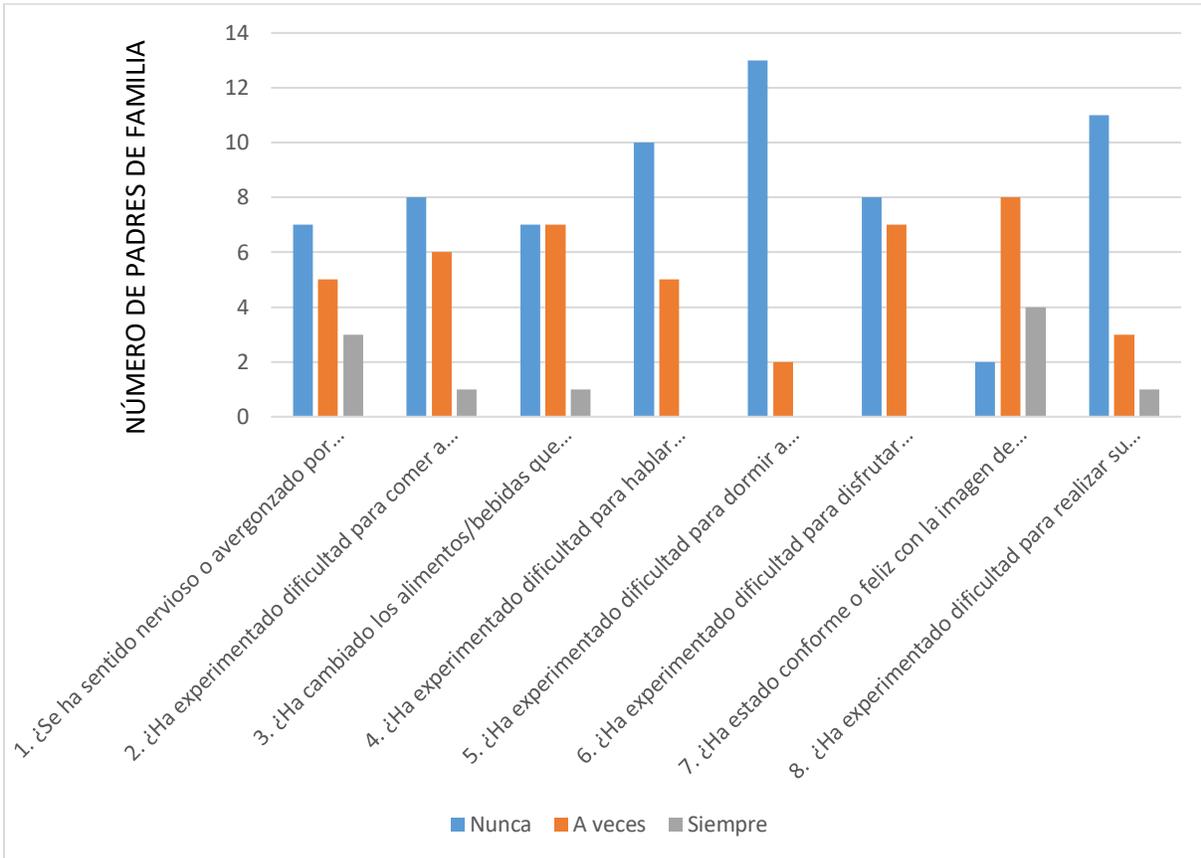
Análisis: los resultados obtenidos muestran en las barras grises el total de encuestados en las diferentes categorías de edades, siendo 5 el total de encuestados en el grupo de 20 a 30 años, 5 encuestados en el grupo 31-40 años, 3 encuestados en el grupo de 41-50 años y 2 encuestados en el grupo de 51 años o más. Las barras azules representan el total de encuestadas de sexo femenino siendo 3 en el grupo de 20-30, 3 encuestadas en el grupo de 31-40 años y 2 en el grupo de 51 años o más. Las barras naranjas muestran los encuestados del sexo masculino siendo 2 encuestados en el grupo de 20-30 años, 2 encuestados en el grupo de 31-40 años y 3 encuestados en el grupo de 41-50 años.

Tabla No. 9. Distribución de frecuencias de las preguntas 1 a 8 a padres de familias de 15 estudiantes de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019

Preguntas 1 a 8	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías o prótesis?	7	5	3
2. ¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	8	6	1
3. ¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	7	7	1
4. ¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	10	5	0
5. ¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de los problemas en la boca, dientes o prótesis?	13	2	0
6. ¿Ha experimentado dificultad para disfrutar del contacto o la interacción con otras personas a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	8	7	0
7. ¿Ha estado conforme o feliz con la imagen de sus dientes y encías o prótesis?	2	8	4
8. ¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	11	3	1

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 8. Distribución de frecuencias de las preguntas 1 a 8 a padres de familias de 15 estudiantes de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango EPS junio 2018 - mayo 2019



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

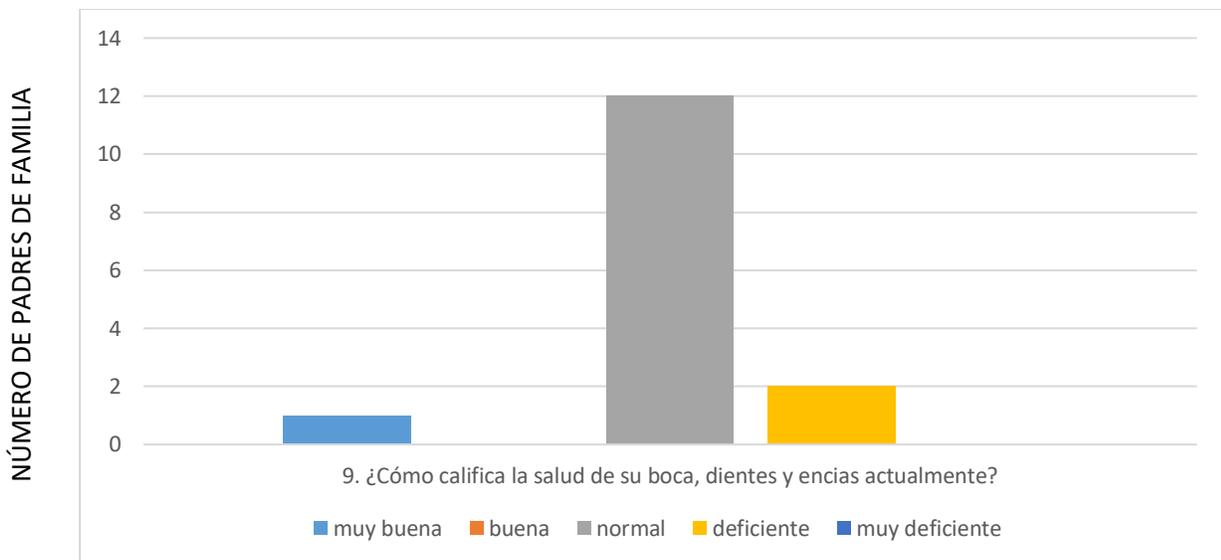
1. A la pregunta 1, 7 encuestados contestaron nunca haberse sentido nerviosos o avergonzados por problemas orales, 5 a veces y 3 siempre.
2. Ocho personas contestaron nunca haber experimentado dificultad para comer por problemas orales, 6 a veces y 1 siempre.
3. Siete personas contestaron nunca haber cambiado los alimentos que consumían a causa de problemas orales, 7 contestaron a veces y 1 nunca.
4. A la pregunta 4, 10 contestaron nunca, 5 a veces y 0 siempre.
5. A la pregunta 5, 13 contestaron nunca, 2 a veces y 0 siempre.
6. A la pregunta 6, 8 contestaron nunca, 7 a veces y 0 siempre.
7. A la pregunta 7, 2 contestaron nunca, 8 a veces y 4 siempre.
8. A la pregunta 8, 11 contestaron nunca, 3 a veces y 1 siempre.

Tabla No. 10. **Distribución de frecuencias de la pregunta 9 ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente?**

	muy buena	buena	normal	deficiente	muy deficiente
9. ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente?	1	0	12	2	0

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 9. **Distribución de frecuencias de la pregunta 9 ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente?**



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

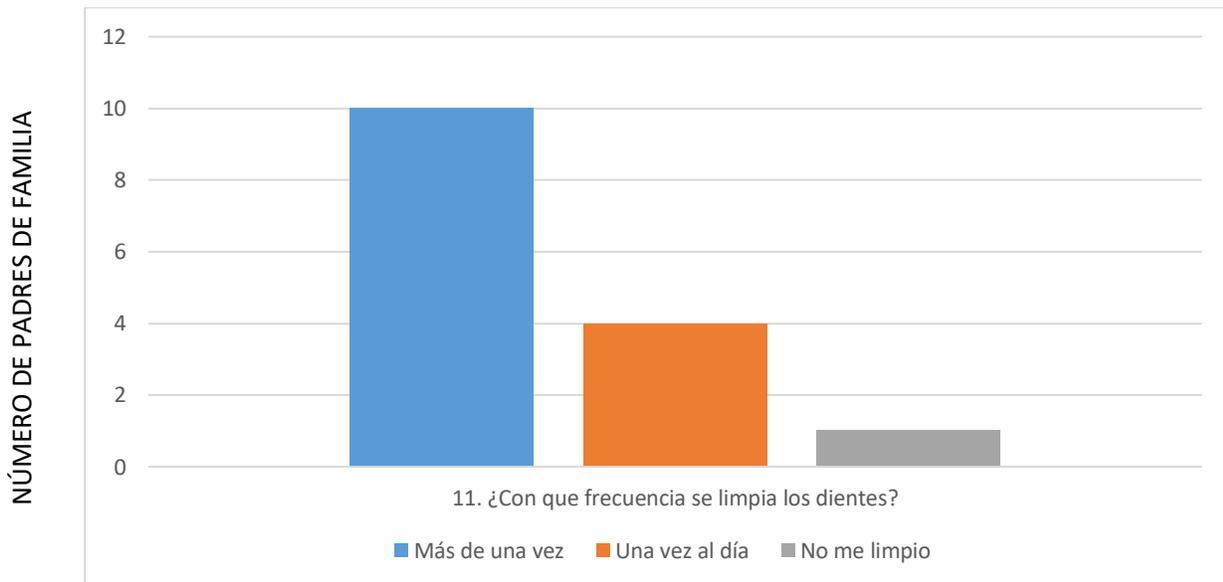
Se observan los resultados obtenidos a la pregunta 9 ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente? Una persona contestó muy buena, 12 contestaron normal y 2 contestaron deficiente. Mientras que nadie contestó tener una buena o muy deficiente salud oral.

Tabla No. 11. **Distribución de frecuencias a la pregunta 11 ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes?**

	Más de una vez	Una vez al día	No me limpio
11. ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes?	10	4	1

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 10. **Distribución de frecuencias a la pregunta 11 ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes?**



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

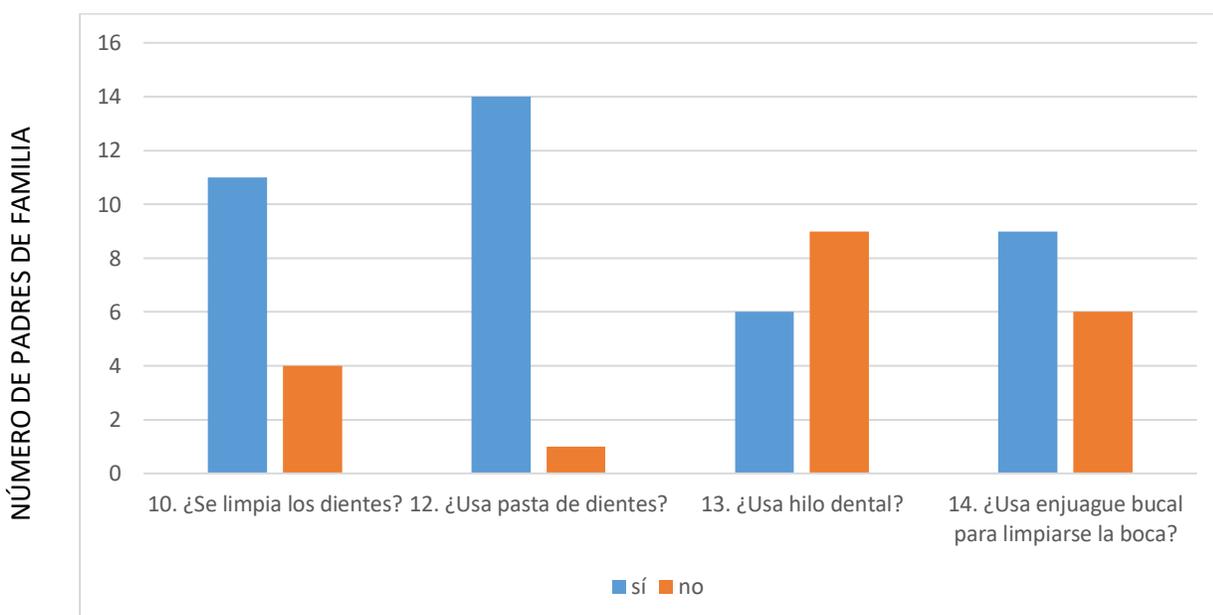
Según los datos obtenidos se observa que a la pregunta ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes? 10 encuestados contestaron más de una vez, 4 contestaron una vez al día y una contestó no me limpio. La barra azul representa la respuesta más de una vez, la barra naranja a la respuesta una vez al día y la barra gris a la respuesta no me limpio.

Tabla No. 12. **Distribución de frecuencias de las preguntas de la 10 a la 14**

PREGUNTAS 10 A 14.		
10. ¿Se limpia los dientes?	11	4
12. ¿Usa pasta de dientes?	14	1
13. ¿Usa hilo dental?	6	9
14. ¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca?	9	6

Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Gráfica No. 11. **Distribución de frecuencias de las preguntas de la 10 a la 14**



Fuente: trabajo de campo realizado en clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

Análisis:

En los datos obtenidos se observan los resultados de las preguntas de la 10 a la 14, como se detalla a continuación:

- A la pregunta ¿Se limpia los dientes? 11 encuestados contestaron sí, mientras 4 contestaron no. (Azul SÍ, naranja NO).
- A la pregunta ¿Usa pasta de dientes? 14 contestaron sí y 1 no.
- A la pregunta ¿Usa hilo dental? 6 contestaron sí y 9 no.
- A la pregunta ¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca? 9 contestaron sí y 6 no.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El promedio de CPO en la muestra de niños de edades 6 a 10 de la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, fue de 8.6 en niñas y 11 en niños. ¿Reflejan estos resultados los hábitos de sus padres? En las encuestas a padres de familia, a la pregunta ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes? La respuesta de 10 de los encuestados fue más de una vez al día (mayoría). A la pregunta ¿Usa hilo dental? la respuesta en 14 de los encuestados contestó que sí. La respuesta a la pregunta ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías? fue normal en 12 de los encuestados, considerándolo el 80 % de los 15 padres encuestados.

Estos resultados contrastan con los altos índices de CPO encontrados en los estudiantes que participan en la muestra. Freire, A.R. dice que cuando a los padres se les pregunta acerca de la higiene oral, si visitan al dentista y si su alimentación es baja en azúcares, a menudo responden que la ingesta de dulces en sus hijos es baja y la frecuencia de cepillado es alta y no se explican por qué sus hijos tienen muchas lesiones cariosas. Freire dice que esto se debe a que las personas responden o dan respuestas socialmente aceptadas o esperadas para no ser juzgados. Lo que evidencia que existe discrepancia en lo que dicen y los hábitos de higiene oral que practican en sus casas.

Recae en las madres la transferencia de bacterias a los infantes, también en las madres recae con mayor presión social la responsabilidad de educar a sus hijos. En las áreas rurales, por razones culturales, son las mujeres, las mismas que a corta edad se convierten en madres, las que menor nivel educacional tienen o reciben y los malos hábitos de higiene oral, el descuido, así como la ignorancia en salud oral se transmite hacia los hijos. El hecho que las madres de niños en grupos de minoría étnica, como es el caso de la mayoría de las comunidades del interior de Guatemala, a menudo reciben solo unos pocos años de educación resulta en habilidades de comunicación pobre y por lo tanto salud dental pobre. (Freire, 2013)

Freire, A.R. menciona que existe una asociación entre una mala salud bucal de los niños y el bajo nivel socioeconómico de las familias. Según Mattilla et al., los factores principalmente correlacionados con índice de CPO a la edad de 5 años son: la edad temprana de la madre, la convivencia de los padres, el historial de caries de los padres, el mal cuidado dental de la madre, hábitos de higiene, consumo de azúcar del niño antes de los 18 meses.

Kotha, S.B. menciona que las variables demográficas también influyen el hecho de llevar a sus hijos a consultas dentales. Esto se traduce a que en el área urbana la afluencia al dentista por conocimiento es mayor al del área rural donde se acude por una extracción más que para una solución preventiva o restaurativa. (Kotha, 2018)

Algunas similitudes y diferencias hacia la salud bucal son encontradas entre los géneros. Los hábitos orales favorables son más a menudo reportados para las niñas. De acuerdo con sus autorreportados comportamientos, los padres de las niñas pertenecen a un grupo más satisfactorio de estilo de vida en comparación con los padres de los niños. Además, las chicas se cepillan los dientes más regularmente que los chicos, probablemente debido al hecho de que es más probable que sigan los pasos de sus madres, mientras que los varones emulan comportamientos de sus padres. Por lo tanto, más atención debe ser entregada a los padres, ya que influyen en los comportamientos de una manera general. (Freire, 2013)

CONCLUSIONES

1. La adopción en casa de mejores hábitos de higiene oral al inicio de la infancia, con los padres, especialmente la madre, juega un rol importante en los hábitos de salud oral de los hijos.
2. Los padres deben educarse y saber que sus hábitos de salud oral, influyen en la de sus hijos.
3. Es necesario que los programas de educación en salud oral involucren a todos los miembros de la familia.

RECOMENDACIONES

1. Realizar el examen más objetivo, lo recomendable sería realizar un examen microbiológico de la saliva de uno de los padres y de los niños. Aunque los estudios mencionan mucho a las madres, entonces se realizaría a la madre e hijo. Con esto se disminuye la subjetividad de las encuestas, pues los padres por muchos motivos podrían no estar siendo sinceros al contestar las encuestas, sesgando mucho el estudio.
2. Evaluar a padres e hijos de acuerdo a los índices de placa, pues la mayoría asegura cepillarse más de 3 veces al día y usar hilo dental contrastando mucho con lo encontrado clínicamente, sesgando mucho el estudio.
3. Segregar el estudio en niveles sociales, económicos, educacionales, culturales, área urbana o rural, lo que permitirá comparar los resultados entre grupos, en lugar de obtener los resultados de un solo grupo y así se podría también rechazar o no, la estigmatización que existe en las áreas rurales y urbanas.

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL A ESCOLARES

RESUMEN PROGRAMA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE ESCOLARES

En el interior de la República de Guatemala, las atenciones odontológicas en el área de salud pública son muy escasas por lo que adquirir tratamientos dentales en clínicas privadas conlleva un alto costo para la población en general. El programa del Ejercicio Profesional Supervisado ofrece a estudiantes de educación primaria tratamientos sin costo y a la población en general tratamientos a un bajo costo.

En 2008, en El Salvador se registró un total de 4,669 dentistas, 65 dentistas por cada 100,000 habitantes. En Guatemala, en el 2001 se tienen datos de 1,474 dentistas más no de cuantos dentistas por cada 100,000. (MalmöUni, mah.se, 2001) Los tratamientos realizados en el Programa del Ejercicio Profesional Supervisado tienen mucho impacto en Guatemala, pues en nuestro país el acceso a una clínica dental en las áreas rurales es escasa o nula, las personas deben viajar a las áreas urbanas para tener acceso a la salud oral.

El Programa de EPS, Atención Clínica Integral para Escolares, se realizó con estudiantes de la Escuela Oficial Rural Mixta de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. Se trabajaron 90 exámenes clínicos en los grados de cuarto a sexto primaria. Entre los tratamientos realizados están obturaciones de amalgamas, resinas, sellantes de fosas y fisuras, profilaxis, aplicación de flúor, tratamientos periodontales y exodoncias.

RESULTADOS PROGRAMA CLÍNICA INTEGRAL DE ESCOLARES

Tabla No. 13. **Tratamientos en pacientes escolares integrales, realizados por mes, durante la realización del EPS junio 2018-mayo 2019 en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango**

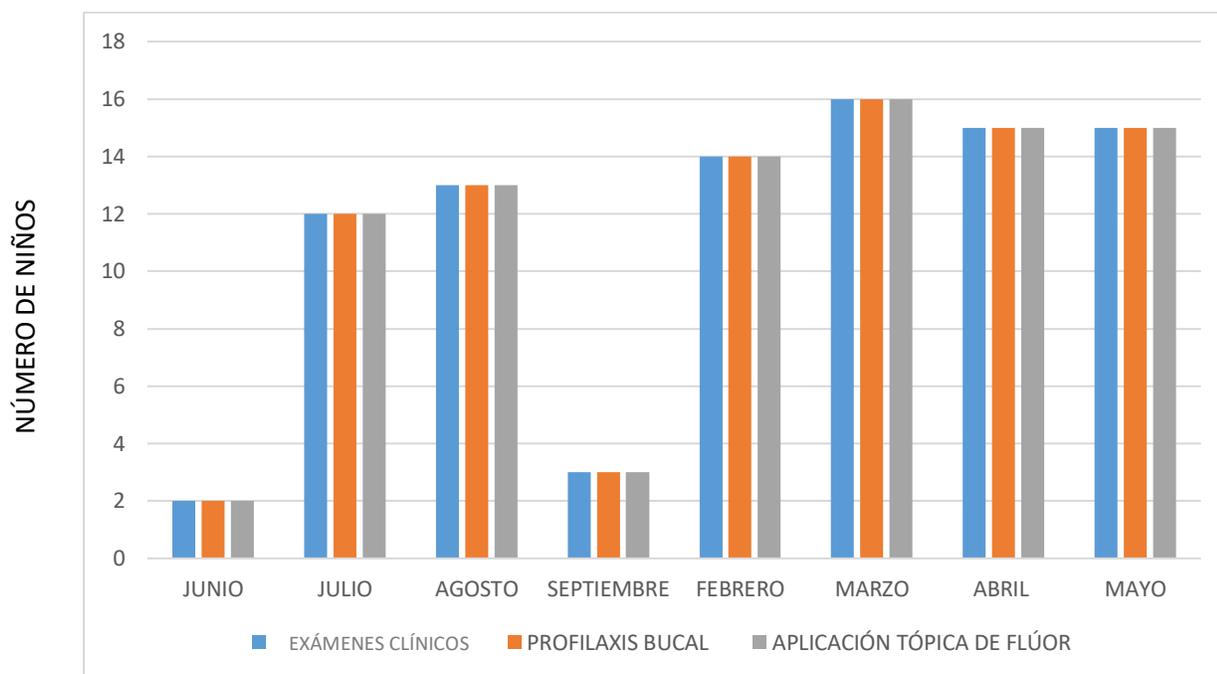
	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
Examen clínico	2	12	13	3	14	16	15	15	90
Profilaxis bucal	2	12	13	3	14	16	15	15	90
Aplicación tópica de flúor	2	12	13	3	14	16	15	15	90
Sellante de fosas y fisuras	14	52	72	27	101	128	120	109	623
Tratamiento periodontal			13	3	1		4	3	24
Obturaciones de amalgama	12	48		12	56			72	200
Obturaciones de resinas	18	26	63		13	64	67		251
Exodoncias					2			2	4

Fuente: datos obtenidos en informes mensuales de EPS.

Análisis:

En el cuadro se muestran los tratamientos realizados en el Programa del EPS. El mes de junio fue el mes con menor número de pacientes integrales atendidos y marzo el que mayor número de pacientes integrales presentó. El total de pacientes atendidos fue de 90.

Gráfica No. 12. Exámenes clínicos, profilaxis bucales y aplicaciones tópicas de flúor en pacientes escolares integrales, realizados por mes, durante la realización del EPS junio 2018 - mayo 2019 en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

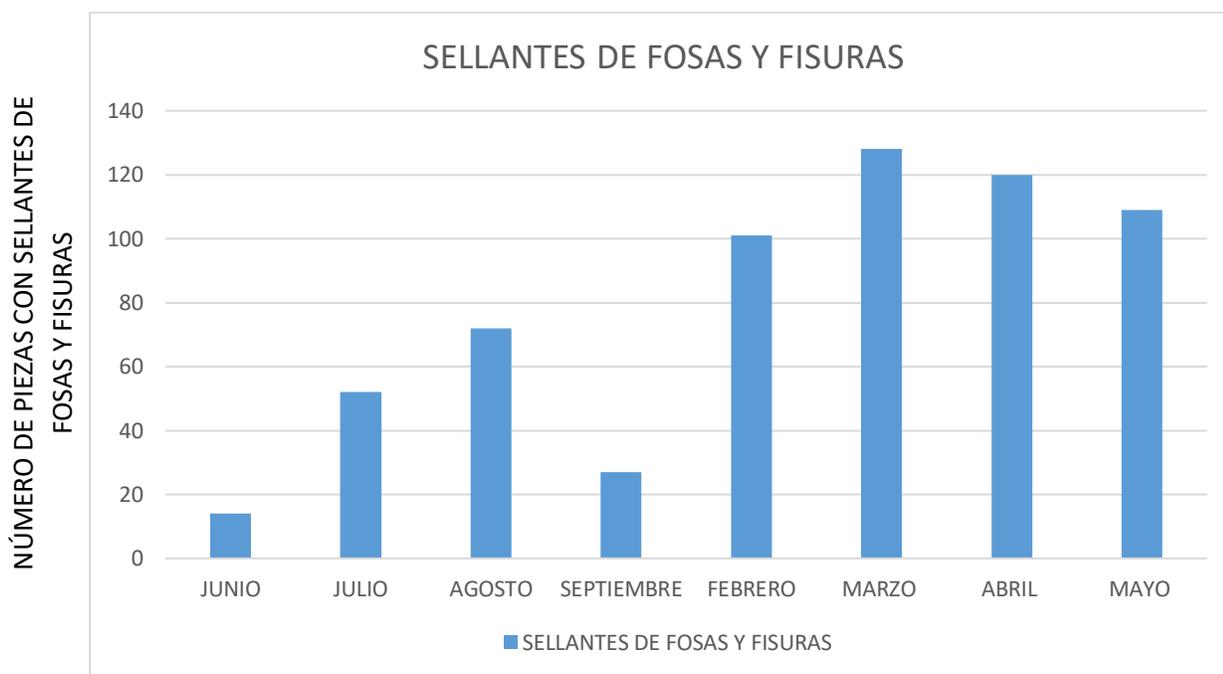


Fuente: datos obtenidos en informes mensuales de EPS.

Análisis:

La gráfica muestra los exámenes clínicos, profilaxis bucales y aplicaciones tópicas de flúor en pacientes integrales del Programa EPS, el mes de junio presentó menos pacientes integrales atendidos y marzo el mes con el mayor número de pacientes integrales.

Gráfica No. 13. Número de piezas con sellantes de fosas y fisuras en pacientes escolares integrales, realizados por mes, durante la realización del EPS junio 2018 - mayo 2019 en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

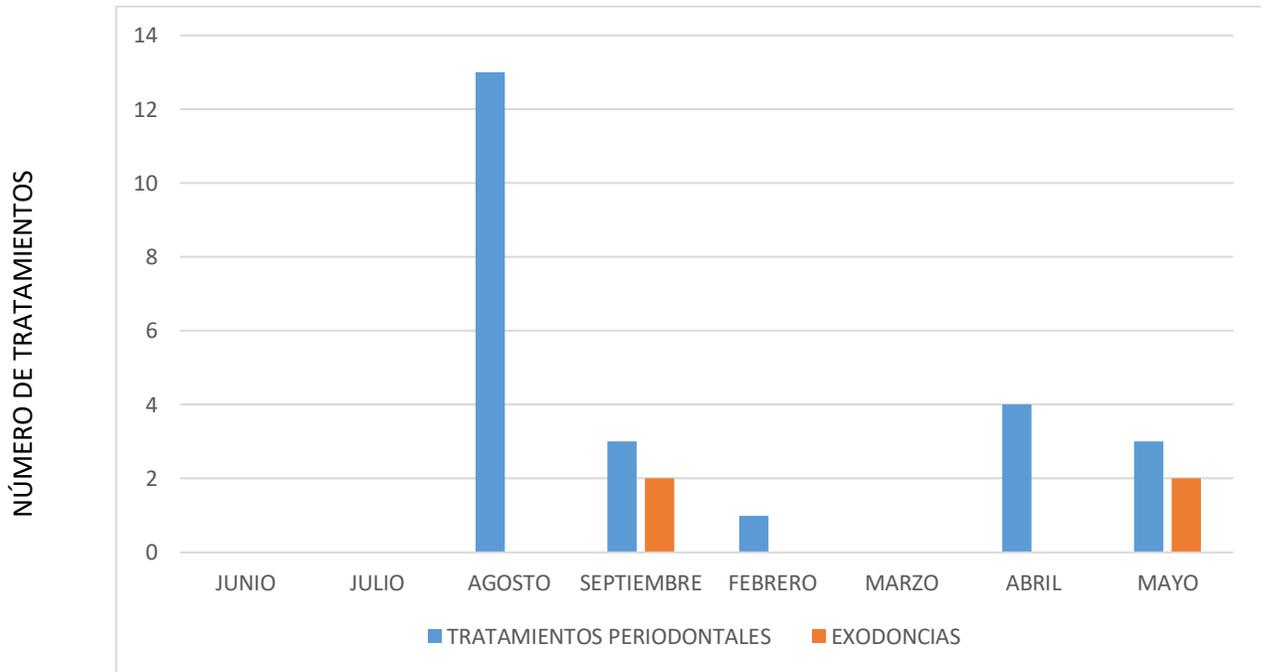


Fuente: datos obtenidos en informes mensuales de EPS.

Análisis:

En la gráfica se muestra las cantidades de piezas selladas en pacientes integrales atendidos mensualmente, fue junio el mes con el menor número de piezas selladas (14) y marzo el mes con el mayor número de piezas selladas (128).

Gráfica No. 14. Tratamientos periodontales y exodoncias en pacientes escolares integrales, realizados por mes, durante la realización del EPS junio 2018 - mayo 2019 en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

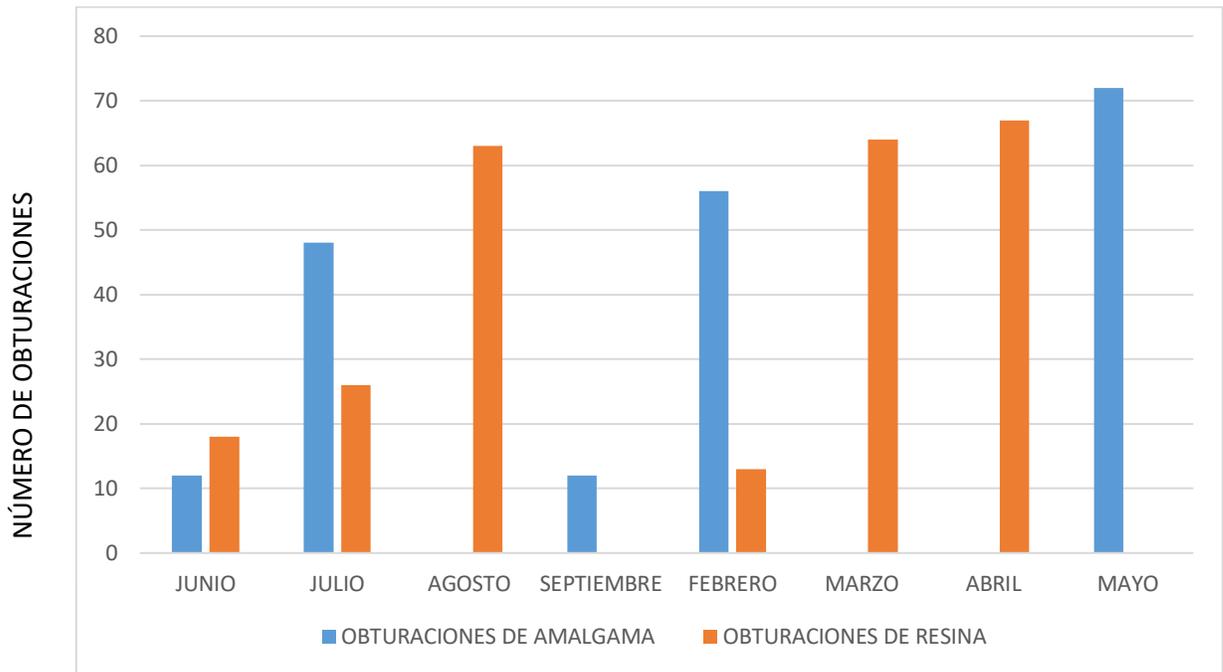


Fuente: datos obtenidos en informes mensuales de EPS.

Análisis:

En la gráfica se muestran los tratamientos periodontales y exodoncias realizadas en pacientes integrales realizados mensualmente en el Programa de EPS, fue agosto el mes que presentó más tratamientos periodontales y los meses de febrero y mayo, los que muestran las exodoncias realizadas.

Gráfica No. 15. Obturaciones de amalgamas y resinas en pacientes escolares integrales, realizados por mes, durante la realización del EPS junio 2018 - mayo 2019 en la EORM aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango



Fuente: datos obtenidos en informes mensuales de EPS.

Análisis:

La gráfica muestra las obturaciones de amalgamas y resinas en pacientes escolares integrales en el Programa EPS, siendo agosto el mes que reporta mayor número de resinas realizadas y mayo el mes con el mayor número de amalgamas realizadas.

ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Los asistentes dentales son miembros críticos del equipo odontológico actual en la atención de la salud bucal. Como la protección de los pacientes es de suma importancia en la profesión odontológica, el asistente dental debe ser educado formalmente en todos los aspectos de la práctica clínica y se debe realizar una atención delegada al paciente. La profesión dental tiene la obligación de garantizar la protección de los pacientes mediante la contratación del personal dental más calificado. Al maximizar la ayuda brindada por asistentes dentales calificados, la profesión dental contribuirá significativamente a la atención óptima y a mejores prácticas en odontología, al mismo tiempo que aumentará la eficiencia en la gestión de la práctica. (Kracher, 2017)

Durante el transcurso del Programa de EPS se capacitó y evaluó al asistente dental de la clínica parroquial Padre Andrés Girón en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. Se impartieron 8 temas del Manual del Asistente y se realizaron las respectivas evaluaciones. En cada tema el asistente reforzaba y aprendía nueva terminología de uso odontológico lo que facilitó su trabajo en los siguientes días.

Se presenta a continuación la descripción de los temas impartidos durante el transcurso de los 8 meses del trabajo de campo, así como las notas obtenidas por el asistente.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Cada mes al asistente dental leyó uno de los capítulos del Manual del Asistente. El primer mes se evaluó el tema funciones del asistente, el segundo mes el asistente aprendió el nombre y la función de cada uno de los aparatos odontológicos que se encontraban en la clínica. Debido a que el asistente acompañó a la practicante en las actividades del programa de prevención de enfermedades bucales es importante el conocimiento de dichos temas, por lo que el tercer mes fue evaluado el capítulo de prevención de enfermedades bucales. El cuarto mes el asistente aprendió los nombres de los instrumentos dentales presentes en la clínica y el uso de cada uno. El quinto mes se evaluó la morfología dental, esencial para entender el proceso de caries y dolor. El sexto mes la técnica de 4 manos y la transferencia de instrumental fue aprendida por el asistente y posteriormente evaluada. El séptimo mes, se le enseñaron los materiales de uso dental, especialmente los usados para bases y obturaciones. El último mes se reforzó y evaluó el tema de las enfermedades comunes de la cavidad oral.

El asistente aprendió muy rápido. Generalmente, en los días siguientes de haber aprendido el nombre de los instrumentos, ya los utilizaba. La cantidad de instrumentos parecía mucho para el asistente al inicio de la práctica, pero al final, el asistente aprendió los nombres y los usos de los instrumentos, materiales y aparatos que se encuentran en la clínica.

Tabla No. 14. Temas evaluados y notas obtenidas por el asistente dental en el Programa de Capacitación del Personal Auxiliar, en la clínica parroquial Padre Andrés Girón, El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

Mes	Tema	Nota
Junio	Funciones del asistente	100
Julio	Equipo de Uso Dental	100
Agosto	Prevención	100
Septiembre	Instrumental de uso dental	100
Febrero	Morfología dental	100
Marzo	Transferencia de instrumental	100
Abril	Materiales de uso dental	95
Mayo	Enfermedades dentales	100

Fuente: datos obtenidos en evaluaciones mensuales del Manual del Asistente Dental.

CONCLUSIONES SUBPROGRAMA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

- El asistente es la persona que se encuentra al lado del odontólogo en todo momento, por lo que su apropiada capacitación facilita el trabajo del operador y lo hace más eficaz y eficiente.
- Es necesario que el asistente tenga un claro panorama de lo que el operador tiene que trabajar a diario.
- El asistente asignado a la clínica presentó interés y aprendió rápido cada uno de los temas impartidos.

RECOMENDACIONES SUBPROGRAMA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

- El Manual del Asistente tiene muchos errores en cuanto a terminología odontológica. Se sugiere corregirlo pues confunde al odontólogo al momento de explicarle al asistente. Aunque varios de los capítulos tienen errores, el capítulo de nomenclatura dental cuenta con muchos errores, por ejemplo en FDI y PALMER.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bozorgmehr, E.; Hajizamani, A. and Mohammadi, T. M. (2013). **Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children.** I.S.R.N. Dentistry. 13(2):741-783.
2. Castilho, A. R.; Neves, L. T. and Carrara de Carvalho, C. F. (2016). **Evaluation of oral health knowledge and oral health status in mothers and their children with cleft lip and palate.** Cleft Palate-Craneofac. J. 6(43):726-30.
3. CDC (Center for Disease Control and Prevention). (2016). **Community water fluoridation.** (en línea). Estados Unidos: Consultado el 4 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/fluoridation/index.html>
4. _____. (2016). **Dental sealants.** (en línea). Estados Unidos: Consultado el 4 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.cdc.gov/oralhealth/dental_sealant_program/index.htm
5. Cianetti, S. et al. (2017). **Dental caries, parents educational level, family income and dental service attendance among children in Italy.** Eur. J. Paediat. Dent. 18(1):15-18.
6. Cuartas, J. C. et al. (2001). **Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad.** C.E.S. Odontol. 15(1):13-18.
7. Dye, B. A. et al. (2011). **Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers.** J. Am. Dent. Assoc. 142(2):173-183.
8. Elias-Boneta, A. R. et al. (2016). **Persistent oral health disparity in 12-year-old Hispanics: a cross-sectional study.** BMC Oral H. no. 16:1-10.
9. Finlayson, T. L.; Siefert, K. and Ismail, A. (2007). **Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits.** Community Dent. Oral. Epidemiol. 7(35):272-81.
10. Firmino, R. T. et al. (2018). **Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature.** Int. J. Paediatr. Dent. 28(5):459-471.
11. Freire, A. R. (2013). **Influence of family environment on children's oral health: a systematic review.** J. Pediat-Brazil. 89(2):116-123.
12. Glewwe, P. (2002). **Schools and skills in developing countries: education policies and socioeconomic outcomes.** J. Econo. Liter. 40(2):436-82.

13. Google. (s.f.). **Mapa de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango en Google maps.** (en línea). s.l.: Consultado el 5 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://goo.gl/maps/vNxMZxsc19HoqLf1A>
14. Hernández-Zavala, M. et al. (2006). **Quality of schooling and quality of schools for indigenous students in Guatemala, Mexico, and Peru.** World B. Res. no. 3982:1-39.
15. Hoefft, K. S. et al. (2016). **Effectiveness evaluation of contra caries oral health education program for improving Spanish-speaking parents' preventive oral health knowledge and behaviors for their young children.** Community Dent. Oral. 44(6):564–76.
16. Kotha, S. B. et al. (2018). **The influence of oral health knowledge on parental practices among the saudi parents of children aged 2–6 years in riyadh city, saudi arabia.** J. Int. Soc. Prev. Community Dent. 8(6):565–571.
17. Kracher, C. et al. (2017). **The evolution of the dental assisting profession.** J. Dent. Edu. 81(9):30-37.
18. Malmö University. (2001). **AMRO incl. DMFT for 12-year-olds.** (en línea). Suecia: Consultado el 6 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/AMRO/AMRO-Oral-Health-Manpower/>
19. _____. (2015). **Global DMFT for 12-year-olds: 2015.** (en línea). Suecia: Consultado el 5 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-DMFT-for-12-year-olds-2011/>
20. _____. (2015). **Oral Health Database.** (en línea). Suecia: Consultado el 5 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/AMRO/>
21. Mattila, M. L. et al. (2005). **Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?.** Acta Odontol. Scand. 63(2):73-84.
22. Pérez, D. A. (2009). **Fortalecimiento municipal a través de la elaboración de una guía metodológica en formulación y gestión de proyectos comunitarios en la municipalidad de nuevo progreso, San Marcos.** EPS (Lic. Pedag. y Admon. Educativa). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades. 58 p.

23. UNDP (United Nations Development Programme). (2017). **Guatemala: human development indicators**. (en línea). Estados Unidos: Consultado el 4 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GTM>
24. Poutanen, R. et al. (2007). **Gender differences in child-related and parent-related determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12-year-old Finnish schoolchildren**. Acta Odontol. Scand. 65(4):194-200.
25. Sonny, O. et al. (2009). **Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children?**. Int. J. Paediat. Dent. 19(6):448-454.
26. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). (2017). **Guatemala: education and literacy, education system**. (en línea). Francia: Consultado el 4 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://uis.unesco.org/en/country/gt>



ANEXOS

Figura No. 1. **Actividad comunitaria: entrega de pupitres EORM aldea El Aguacate**



Fuente: datos obtenidos en trabajo de campo.

Figura No. 2. **Programa de sellantes de fosas y fisuras**



Fuente: datos obtenidos en trabajo de campo.

Figura No. 3. Programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 %, EORM aldea El Aguacate



Fuente: datos obtenidos en trabajo de campo.

Figura No. 4. Programa de Educación en Salud Bucal, EORM aldea El Aguacate



Fuente: datos obtenidos en trabajo de campo.

GLOSARIO

1. **ATF:** sigla para Acidulated Topical Fluoride: flúor tópico acidulado.
2. **Amalgama dental:** material para realización de rellenos. Es una aleación de mercurio y otros metales que se usan desde hace más de 150 años para el tratamiento de caries, ya que es muy resistente y duradera.
3. **CPO:** sigla acrónimo utilizado para caries, pérdidas, obturadas.
4. **EPS:** sigla para Ejercicio Profesional Supervisado.
5. **Ejercicio Profesional Supervisado:** es una práctica técnica de gestión profesional para que los estudiantes que hayan aprobado la totalidad de cursos y prácticas contenidas en el pènsum de estudios de la carrera de licenciatura correspondiente mediante un proceso pedagógico organizado de habilitación cultural, científico, técnico y práctico, contribuyan a que la Universidad de San Carlos de Guatemala, realice acciones de administración, docencia, aprendizaje, investigación, extensión y servicio, con el objetivo de retribuir a la sociedad guatemalteca.
6. **Epesista:** estudiante, practicante a cargo del Programa EPS.
7. **Exodoncias:** es un acto quirúrgico por el que se extrae un diente o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alveolo.
8. **Fluoruro de sodio:** es un compuesto inorgánico con la fórmula NaF. Es un sólido incoloro o blanco, soluble en agua. Comúnmente fuente de flúor en la producción de farmacéuticos y usado para prevenir la caries.
9. **Índice de CPO:** uno de los métodos más comunes en la epidemiología oral. Sirve para evaluar la prevalencia de caries dental y las necesidades de tratamiento dental entre poblaciones.
10. **Morfología dental:** se refiere a la anatomía de cada uno de los dientes.
11. **Paciente integral:** paciente al cual se le realizan planes tratamientos completos incluyen limpiezas, rellenos, exodoncias, entre otros.
12. **Periodontitis:** enfermedad de las encías que se caracteriza por la presencia abundante de sarro, placa dentobacteriana, sangrado de encías y recesión.
13. **Profilaxis bucal:** es la técnica destinada a limpiar la dentadura. Elimina las capas de sarro, placa bacteriana y manchas en los dientes. Su objetivo es mantener la higiene bucodental, prevenir y encontrar problemas de la dentadura.

- 14. Resinas compuestas:** material para realización de rellenos no metálicos (rellenos blancos). Son materiales sintéticos compuestos por moléculas de elementos variados.
- 15. Sellantes de fosas y fisuras:** son sustancias químicas que actúan como barrera física impidiendo que las bacterias y restos de alimentos penetren en las fosas y fisuras y evitando la aparición de caries producida por las bacterias.
- 16. Tratamiento periodontal:** el tratamiento realizado para mantener la salud de los tejidos blandos, las encías.

El presente informe final de EPS es
única y exclusiva responsabilidad del
autor.

CANDY LUPITA LÓPEZ SILVESTRE

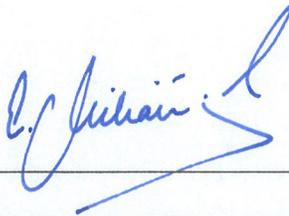
El presente informe final de EPS es
única y exclusiva responsabilidad del
autor.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Candy López Silvestre', with a large, stylized flourish on the left side.

CANDY LUPITA LÓPEZ SILVESTRE

El infrascrito Secretario Académico de la Facultad de Odontología hace constar que se firma para cumplir con el trámite académico-administrativo sin responsabilidad del contenido del presente trabajo de informe final de EPS. Las modificaciones sugeridas fueron exclusivamente en estilo, redacción y ortografía, cuando se consideró necesario.

Vo. Bo. Imprimase.



Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

