

Mako: Material Educativo Digital en Salud Oral que Promueve la Autoestima y el Autoconcepto

MARTHA HELENA CASTELBLANCO RESTREPO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA ACADEMIA
MAESTRÍA EN INFORMÁTICA EDUCATIVA
CHÍA, 2019

Mako: Material Educativo Digital en Salud Oral que Promueve la Autoestima y el Autoconcepto

MARTHA HELENA CASTELBLANCO RESTREPO

Director:

MG. ANA DOLORES VARGAS

Trabajo presentado como requisito para optar el título de

Magíster en Informática Educativa

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA ACADEMIA

MAESTRÍA EN INFORMÁTICA EDUCATIVA

CHÍA, 2019

A mi familia por su acompañamiento en este proceso,

A mis profesores por las enseñanzas impartidas.

Agradecimientos

Agradezco a todos quienes me acompañaron en este camino de aprendizaje y formación. A la Universidad de La Sabana por dejar en mí una huella de excelencia, a mis profesores por su gran sentido humano y sus altos niveles académicos, como un ejemplo a seguir. A mis compañeros por su alegría y entusiasmo, a mi familia por su paciencia y confianza en mis logros. Finalmente, a mi bebita Emilia por llegar a mi vida y reiterarme la necesidad de prepararme cada día más.

Infinitas gracias.

Resumen

La presente investigación titulada “Mako: material educativo digital en salud oral que promueve la autoestima y el autoconcepto”, tuvo como objetivo determinar la contribución de un MED dentro de las prácticas que promueven el autocuidado oral, en diez familias bogotanas que asisten a la consulta odontológica. Desde una metodología de carácter cualitativo, con un diseño de estudio de caso, se utilizaron instrumentos como encuestas, entrevistas estructuradas y formatos de observación, antes y después de la aplicación del recurso digital educativo elaborado. Como parte de los resultados, se encontró que el uso de recursos tecnológicos promueve un mayor dinamismo, una mejor interacción entre paciente y los contenidos, y una adaptación a las nuevas formas de aprendizaje y del conocimiento; lo que influye notoriamente en sus niveles de motivación, la apreciación del cuidado de sí y la higiene oral, como elementos del autoconcepto.

Palabras clave: autoestima, autoconcepto, estudio de caso, higiene oral, material educativo, TIC.

Abstract

The present research entitled "Mako: digital educational material in oral health that promotes self-esteem and self-concept", aimed to determine the contribution in a setting of practices that promote oral self-care, in ten families from Bogotá who attend the dental consultation. From a qualitative methodology, with a case study design, instruments such as surveys, interviews structures and observation formats were used, before and after the application of the digital educational resource developed. As part of the results, it was found that the use of technological resources promotes greater dynamism, a better interaction between the student and the contents, and an adaptation to new forms of learning and knowledge; what influences notoriously in their levels of motivation, the appreciation of self-care and oral hygiene, as elements of self-concept.

Keywords: self-esteem, self-concept, case study, oral hygiene, educational material, ICT.

Tabla de contenido

Introducción	12
1 Capítulo I: contextualización	15
1.1 Justificación y análisis del contexto	15
1.2 Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	17
1.2.1 Pregunta de investigación.	19
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general.	19
1.3.2 Objetivos específicos.	19
2 Capitulo II: marco referencial	20
2.1 Estado del arte	20
2.1.1 Cuidado de la salud oral.....	20
2.1.2 Entornos familiares.	23
2.1.3 Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC.	31
3 Capítulo III: marco teórico.....	37
3.1 Componente disciplinar	37
3.1.1 Autoconcepto.	37
3.1.2 Autoestima.	40
3.1.3 La autoestima y la familia.	41
3.2 Componente pedagógico.....	43
3.2.1 Aprendizaje constructivista.....	43
3.2.2 La andragogía.....	45
3.2.3 Estrategias de aprendizaje.....	46
3.3 Componente tecnológico.....	48

3.3.1	Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC.....	48
3.3.2	Innovación Educativa.....	49
4	Capítulo IV: material Educativo Digital	50
4.1	Diseño e implementación.....	51
4.2	Elementos del MED	53
5	Capítulo V: aspectos metodológicos	67
5.1	Enfoque de investigación	67
5.2	Diseño de investigación	68
5.3	Población y muestra	68
5.4	Categorías de análisis.....	69
5.5	Consideraciones éticas	71
6	Capítulo VI: análisis de resultados.....	73
6.1	Características sociodemográficas	73
6.2	Categorías y Subcategorías de análisis	74
6.2.1	Asistencia al odontólogo.....	75
6.2.2	Higiene oral.....	78
6.2.3	Hábitos alimenticios.....	79
6.2.4	Autoestima.....	81
6.2.5	Autoconcepto.....	83
6.2.6	MED: Material Educativo Digital.....	85
7	Conclusiones y prospectiva.....	87
	Referencias bibliográficas.....	90
	Anexos	98
	Anexo 1: instrumento encuesta inicial a familias	98
	Anexo 2: entrevista diagnóstica a familias	102

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

Anexo 3: formato de observación	104
Anexo 4: lista de chequeo	105
Anexo 5: encuesta sobre aportes del MED	106
Anexo 6: entrevista estructurada sobre aportes del MED.....	110
Anexo 7: formato de consentimiento informado	112

Lista de figuras

Figura 1. Factores que influyen en la autoestima.	42
Figura 2. Procedimiento del ABP.	47
Figura 3. Presentación del MED: elementos que lo componen.	55
Figura 4. Presentación Mako.	56
Figura 5. Contenidos Mako.	56
Figura 6. Inscripción de Familia Mako.	57
Figura 7. Guía de preguntas iniciales.	57
Figura 8. Fase I: recurso video.	58
Figura 9. Fase I: cavidad oral.	58
Figura 10. Fase I: infografía.	59
Figura 11. Fase I: ejercicio de interacción con familias.	59
Figura 12. Fase I: actividades interactivas.	60
Figura 13. Fase II: recurso video.	61
Figura 14. Fase II: infografía.	61
Figura 15. Fase II: actividad interactiva con familias.	62
Figura 16. Fase II: actividad interactiva.	62
Figura 17. Fase III: recurso video.	63
Figura 18. Fase III: infografía.	63
Figura 19. Fase III: actividad interactiva.	64
Figura 20. Fase III: ejercicio lluvia de ideas.	64
Figura 21. Mural interactivo.	65
Figura 22. Reflexión en familia.	65
Figura 23. Información de contacto.	66
Figura 24. Créditos a participantes del MED.	66
Figura 25. Mapa de categorías y subcategorías a priori.	74

Lista de tablas

Tabla 1. Categoría prácticas familiares.....	69
Tabla 2. Categoría autoestima y autoconcepto.	69
Tabla 3. Categoría prácticas de las familias.....	70

Introducción

En el contexto colombiano la práctica investigativa ha permitido definir y profundizar en los problemas bucodentales de la población adulta e infantil, en consideración de los indicadores de caries dental y otras enfermedades orales, por la falta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel público. Dentro del campo de la educación para la salud oral, se ha pretendido mantener ambientes y sujetos saludables, capaces de tener un reconocimiento de sí mismos, con altos niveles de autoprotección y desarrollo personal, con el fin de evitar problemas de salud, relaciones sociales y productividad (Agudelo y Martínez, 2009; Contreras, 2013).

Al respecto, Tortelero (2015) sostiene que el cuidado oral tiene una fuerte relación con el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto, pues está implícito en el manejo adecuado de las emociones, el desarrollo de la confianza para la socialización y el afianzamiento de la personalidad. De esta manera, el gobierno Nacional en cabeza del Congreso de la República (2015) estableció los lineamientos de política pública para la salud bucodental en Colombia, cuyo propósito es establecer este derecho de manera integral y obligatoria a toda la población, desde acciones de prevención, promoción, seguimiento y monitorio individual.

En este orden de ideas, la búsqueda y diseño de estrategias para la formación pedagógica en salud oral, ha sido un trabajo liderado por distintas disciplinas encargadas de generar una base importante de información, frente a las experiencias previas y principales necesidades en salud oral de diferentes poblaciones. Igualmente, se han centrado en la formulación de instrumentos que conduzcan a la apropiación y adopción de comportamientos en salud bucodental, para favorecer el bienestar físico, psicológico y social (Contreras, 2013; ONSB, 2014).

Es así como, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (en adelante TIC) han permitido el desarrollo de estrategias multimedia, hipermedia, materiales educativos computarizado, resaltando los beneficios en el aprendizaje, en la incorporación de contenidos, en la interacción, en la motivación y el dinamismo dentro de la construcción de hábitos saludables. Además, la incorporación de tecnologías emergentes para estos procesos, desde el uso de web semánticas y gamificación, como uso de mecánicas de juego para incentivar a las personas a adoptar ciertos comportamientos, optimizan las estrategias de promoción de la salud bucodental (Ojeda, González, Díaz y Pinedo, 2008).

En este sentido, la presente investigación muestra los resultados frente al uso del material educativo digital en salud Mako, por parte de 10 familias de las Localidades de Suba y Usaquén (Bogotá, Colombia), adscritos a medicina prepagada y que asisten con sus hijos de 5 a 7 años a la consulta odontológica por prevención o tratamiento. Por esto, el siguiente proyecto se estructura desde seis capítulos desde los cuales se introduce en la búsqueda de una solución ante el problema, articulado al objetivo principal de la misma, a saber:

El capítulo I titulado *contextualización*, donde se presenta la justificación y el análisis del contexto en el cual fue desarrollada la propuesta pedagógica; así como el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos que orientaron el ejercicio realizado.

El capítulo II titulado *marco referencial*, en el cual aparece los resultados de la búsqueda del estado del arte, a partir de la contribución de diferentes investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local; es decir, aquellos antecedentes materializados en investigaciones realizadas, que sirvieron como referentes para la comprensión y definición de las categorías de estudio aquí dispuestas.

Dentro del capítulo III titulado *marco teórico*, se presentan los referentes teóricos y conceptuales que sentaron una base epistemológica para el desarrollo de la propuesta investigativa, a partir del componente disciplinar, componente pedagógico y componente TIC.

En el capítulo IV titulado *descripción de la implementación* del material educativo digital, donde se profundiza el proceso y desarrollo de implementación de la herramienta elegida con la población asistente a consulta de salud oral.

El capítulo V o *aspectos metodológicos*, presenta el tipo, enfoque y herramientas metodológicas utilizadas durante la implementación del material educativo. También, se exponen las características éticas y el proceso a seguir para el análisis de la información obtenida.

En el capítulo V se presenta la información analizada desde una caracterización sociodemográfica de las familias elegidas, en consideración de las categorías y subcategorías de análisis definidas a priori.

Finalmente, como último apartado se exponen las conclusiones y prospectivas del proceso de investigación e implementación. Seguido de esto, las referencias bibliográficas que aparecen en el cuerpo del escrito, acompañados de sus correspondientes anexos.

1 Capítulo I: contextualización

1.1 Justificación y análisis del contexto

En Colombia los problemas de salud bucal de la población continúan siendo una de las primeras causas de consulta en todos los grupos etarios, a pesar de los grandes esfuerzos liderados por el Estado desde el año 1996 al formular el primer Plan Nacional de Salud Bucal. De igual forma, uno de los propósitos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Protección Social, 2012) es para el año 2021 incrementar en un 20% las prácticas de autocuidado para la prevención y manejo de las alteraciones de la salud bucal, desde la primera infancia.

Dentro de este Plan se establecen como estrategias la información, comunicación y educación para incentivar la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos y el desarrollo de respuestas asertivas frente a las dinámicas de la población. También, la promoción de capacidades individuales y colectivas, así como la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (Ministerio de la Protección social, 2012).

Desde el IV estudio de Salud Bucal (Ministerio de Protección Social, 2015), se presenta la necesidad de ofrecer información sobre la importancia de la salud oral para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social del ser humano. Sus resultados expresan el valor de instar permanentemente estrategias formativas para la primera infancia y dar cumplimiento a las políticas nacionales e internacionales ya formuladas. De ahí que, se considere la educación, la comunicación y la participación social como ejes fundamentales dentro de la promoción de la salud oral (Ministerio Protección Social, 2015).

Como uno de los alcances de este estudio, se observó la importancia de involucrar a la familia en el cuidado de la salud bucal, en la medida en que es el núcleo donde se construyen y adoptan los hábitos y comportamientos saludables desde edades tempranas. Al respecto, autores como Córdoba, Portilla y Arteaga (2010), Contreras (2013), afirman que la dinámica familiar interna es clave dentro del desarrollo de los niños y niñas, por eso se hace necesario educarlas mediante estrategias y prácticas de autocuidado, en la búsqueda por generar estilos de vida saludables a nivel familiar y comunitario.

Dentro de la consulta odontológica privada, durante años se ha venido trabajando en el desarrollo de procesos educativos, como parte de la búsqueda por generar ambientes y sujetos saludables capaces de mantener altos niveles de autoprotección y cuidado personal, con el fin de evitar problemas de salud, mejorar las relaciones sociales y la productividad (Tortelero, 2015). Desde ahí nace la necesidad de generar proyectos dirigidos a la primera infancia con abordaje familiar para la protección de la salud oral, orientado hacia el cumplimiento de las metas de calidad de vida y bienestar propuestas por las políticas nacionales e internacionales para esta población.

De ahí que, se haga necesaria una puesta en práctica innovadora que permita involucrar nuevas experiencias educativas en el campo de la salud oral, partiendo del reconocimiento de sí mismo, el aprendizaje experiencial y el diálogo de saberes (ONSB, 2014). En esta medida, se busca generar conocimientos y comportamientos en las familias que promuevan y mantengan la salud oral de los menores, evitando al máximo la presencia de factores de riesgo desde tempranas edades repercutiendo posteriormente en su desarrollo y con serias consecuencias para el núcleo familiar.

Por esta razón, esta propuesta investigativa cobra una relevancia pedagógica en cuanto parte del uso de las TIC como una estrategia integradora y facilitadora dentro de todo proceso pedagógico (Cabero y Barroso, 2016); atendiendo a la contribución de una herramienta virtual capaz de despertar sentimientos frente a situaciones diarias, reforzar conocimientos y prácticas que promuevan la autoestima y el autocuidado oral. Asimismo, porque es un proyecto que involucra a los sujetos con su proceso de formación y generación de hábitos, de forma interactiva y a través de nuevos aprendizajes y compromisos frente a la salud y el cuidado de sí.

1.2 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El último Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) realizado por el Ministerio Protección Social en Colombia (2015), presentó información importante frente a las actitudes y prácticas relacionadas con la salud oral en la población colombiana. Esos resultados dan cuenta de algunos comportamientos de la población como es el caso de la asistencia a la consulta odontológica para menores de 1 año con un porcentaje del 4.4%; también, señala que el 13.8% de los niños inician la higiene oral a partir de los tres años, el 6.3% entre los 4 y 5 años y el 11.3% a los 6 años.

De igual forma, muestran que un 57.2% de los adultos consideran la salud bucal como una responsabilidad personal, en tanto el 41% considera que es una responsabilidad compartida entre el Estado y las personas. Entre las situaciones que, según la población, ayudan a cuidarse la boca, llama la atención que solo el 27.3% opina que evitar el consumo de azúcares y el 37% que deben evitar el consumo de tabaco (Ministerio Protección Social, 2015). Estos porcentajes alertan sobre el nivel de conocimientos que tienen los padres o cuidadores, frente la asistencia odontológica, hábitos, rutinas y comportamientos saludables.

Por su parte, Valbuena, Díaz y Castelblanco (2000) relacionaron la caries de la infancia temprana CIT en la población con la lactancia prolongada, el perfil familiar y el estrato socioeconómico en los niños ocasionando serios problemas en el desarrollo psicosocial durante el periodo de crecimiento y desarrollo de los menores. En este sentido, la poca adopción de estilos de vida saludable es una de las principales causas de enfermedades relacionadas con el cuidado, higiene y mantenimiento de la salud oral dentro de la población.

Es así como, estas estadísticas son el reflejo de la poca importancia que se brinda a la salud oral y bucal, dejando de lado la amplia relación que tiene con el desarrollo de la autoestima, el autoconocimiento y el autoconcepto. En consecuencia, desde la práctica odontológica cotidiana la caracterización de la problemática se percibe como la ausencia de una política pública para la atención en salud oral (Contreras, 2016), la frecuencia de visita al odontólogo por parte de la población (Meneses, et al., 2013), hasta la falta de estrategias concretas para la atención integral frente a los diferentes perfiles epidemiológicos (Congreso de la República, 2015; ONSB, 2014).

Por eso, importante atender desde diferentes perspectivas a la población, especialmente en edad infantil, a partir del fortalecimiento de estrategias pedagógicas, de comunicación y, según planteando por Meneses et al. (2013), la consolidación de:

Modelos educativos con enfoque comunitario que permitan comprender el proceso de salud enfermedad dentro de los diferentes contextos sociales y culturales partiendo de una identificación de los conocimientos actitudes y prácticas saludables que permitan mejorar el impacto de las intervenciones desde los niveles comunitarios hasta los individuales. (p.197).

Ante este panorama que afecta a la primera infancia y en general a la población colombiana, a través de situaciones que generan altos costos biológicos y económicos, se hace inminente la necesidad de trabajar en la creación de estrategias de promoción de la salud, para

fortalecer los cambios en las conductas y comportamientos frente al autocuidado. De ahí que se busque reconocer el papel que tiene la familia como principal agente educador, desde acciones dirigidas hacia la interiorización de comportamientos y adaptación al medio social y cultural; considerando el papel y la influencia de las TIC dentro de los procesos de socialización, formación y acceso a la información.

1.2.1 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el impacto de un MED en las prácticas que promueven el autocuidado oral, la autoestima y el autoconcepto, en diez familias bogotanas que asisten a la consulta odontológica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Determinar el impacto de un MED en las prácticas que promueven el autocuidado oral, la autoestima y el autoconcepto, en diez familias bogotanas que asisten a la consulta odontológica.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Diagnosticar los conocimientos que poseen las familias sobre las prácticas de cuidado oral.
- Identificar la percepción de la influencia de la salud oral sobre la autoestima y el autoconcepto del niño(a).
- Desarrollar un material educativo digital en salud oral para fomentar conocimientos y comportamientos familiares saludables.
- Evaluar los aportes del material educativo digital en salud oral, a las prácticas de autocuidado de las familias asistentes a consulta odontológica.

2 Capítulo II: marco referencial

2.1 Estado del arte

El siguiente estado del arte es el resultado de un recorrido por diferentes investigaciones a nivel mundial, nacional y local, con el objetivo de conocer y documentar la información que se ha presentado en el área del cuidado de la salud, entornos familiares y tecnologías de la información. Estos hallazgos permiten obtener información respecto al tema propuesto, con el propósito de mantener un horizonte teórico dirigido a la comprensión de una estrategia en salud oral que incluya las TIC, para mejorar prácticas familiares que promueven la autoestima y el autoconcepto.

De manera que, a continuación las investigaciones encontradas se resumen cronológicamente, desde las categorías dispuestas en relación con: cuidado de la salud, entornos familiares y TIC, como herramientas pedagógicas.

2.1.1 Cuidado de la salud oral.

En la investigación titulada “the role of repetition and reinforcement in school-based oral health education-a cluster randomized controlled trial”, Abdul, et al., (2016) compararon la efectividad de la educación en salud oral repetida y reforzada con intervenciones educativas únicas y evaluaron estas acciones impartidas en la escuela por odontólogos, profesores y estudiantes de la institución. Este estudio fue desarrollado con 935 adolescentes de 10 a 11 años de edad de un colegio de Karachi y otro en Pakistán.

Para los autores, el conocimiento de la salud oral de los adolescentes en los grupos capacitados por el odontólogo y por los pares líderes aumentó significativamente con una sola intervención, en comparación con su conocimiento inicial y el aumento se mantuvo durante 6 meses. A pesar que una capacitación de una sola vez dio lugar a una mejora significativa en el

comportamiento de la salud ora; la prevención de la gingivitis en los dos grupos no presentó un cambio significativo. Por su parte, la educación en salud oral impartida sólo una vez y dirigida por el docente fue ineficaz para mejorar el conocimiento y el comportamiento de los estudiantes.

Asimismo, el estado de higiene bucal de los participantes en los tres grupos no cambió estadísticamente después de la intervención de una sola vez. Los conocimientos, comportamientos y la higiene oral aumentaron significativamente 6 meses después de una formación repetida y reforzada comparada con las puntuaciones iniciales. Estos resultados demuestran que la repetición y el refuerzo desempeñan un papel de éxito en un programa de la educación en salud desde espacios escolares, atendiendo a la capacitación y consolidación de canales de información, promoción y prevención.

Para la presente investigación los resultados de esta experiencia muestran la importancia de integrar diferentes contenidos y herramientas educativas, que recalquen permanentemente los conocimientos y los comportamientos saludables para ser instaurados por los padres de familia y cuidadores en los menores. Así pues, la implementación de una estrategia educativa en salud oral requiere herramientas óptimas y diferentes canales de información, los cuales deben disponerse de manera reiterativa y constante como lo permiten el uso de las TIC.

Por su parte, el trabajo realizado por Tortolero (2015) titulado “la autoestima en niños y adolescentes con alteraciones dentarias”, presenta un horizonte teórico basado en una revisión bibliográfica para comprender qué ocurre cuando un niño presenta alteraciones en la salud bucal y, cómo repercuten estas en su autoestima. De igual forma, su interés estuvo centrado en qué estrategias se han utilizado para responder integralmente a estas dificultades, de acuerdo a la etapa de desarrollo cognitivo-afectivo del sujeto.

Desde una metodología cualitativa con un enfoque de revisión documental, la autora encuentra que diferentes estudios señalan la importancia de dentro del área de odontología, reconocer pacientes con alto riesgo psicológico; en la medida que puede existir correlación directa entre los niveles de autoestima y las anomalías dento faciales en las personas. De ahí se concluye que son diferentes los estudiantes donde se señalan que los pacientes con alteraciones dentales de cualquier índole tienen niveles altos de evitación social, angustia, disfunción, incomodidad, discapacidad y baja autoestima atribuible a sus condiciones orales.

Por otro lado, el estudio realizado por Rincón, Rodríguez y Galera (2015) titulado “descripción del manejo de la información en la primera infancia en dieciséis municipios colombianos”, tuvo como propósito realizar una indagación para identificar los temas de mayor interés, principales necesidades y aspectos a considerar sobre el cuidado de la salud para el desarrollo integral de los niños y niñas.

Desde una metodología cualitativa con alcance descriptivo, los autores propusieron siete talleres en 16 municipios de Boyacá y Cundinamarca, con el fin de obtener un panorama sobre la relación entre alimentación, el desarrollo físico, afectivo y social, los programas de promoción, la corresponsabilidad de la familia, prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, preparación para la vida, seguridad e integridad corporal y educación inicial; especialmente, en aspectos relacionados con la salud bucal y dental.

Una vez realizados los talleres y su correspondiente evaluación, este estudio concluye que deficiencias en la información respecto a la identificación y ubicación de la población, alimentación, seguridad, protección y educación. Por esto, se sugiere perfeccionar los sistemas de información para mejorar el acceso a los datos existentes y así poder identificar las principales

necesidades con el fin de formular nuevos programas dirigidos a la primera infancia y su atención integral (Rincón et al., 2014).

La información presentada en esta investigación, permite profundizar en algunas de las necesidades de cuidado que requiere la primera infancia colombiana. Al respecto, se hace hincapié en las buenas prácticas de alimentación, adaptación del menor a la higiene oral desde temprana edad, evitar los hábitos para funcionales y la adecuada asistencia a control odontológico, ya que los autores enumeran necesidades en salud relacionadas con el autocuidado, capacitación de madres en cuidados de la primera infancia y prácticas o hábitos saludables; lo que mejora la calidad de vida y garantiza el adecuado crecimiento, el desarrollo físico y emocional de los menores.

2.1.2 Entornos familiares.

En la investigación titulada “caracterización de prácticas de cuidado en familias colombianas con niños en primera infancia en situación de desplazamiento forzado” Carbonell, Plata, Bermúdez, Suárez, Peña y Villanueva (2015), tuvieron como objetivo caracterizar las prácticas de crianza de los principales cuidadores, respecto a la calidad del cuidado, disciplina, relaciones de apego tempranas y desarrollo infantil.

Este trabajo fue desarrollado con 10 familias que presentaban desplazamiento forzado en Colombia con hijos ente los 30 a 66 meses de edad y pertenecientes al estrato 2. Al indagarse por la subcategoría principales formas de castigo usadas por los cuidadores, se encontró que utilizan como uno de los castigos más frecuentes el quitar privilegios, como juguetes, televisión, salidas o lo que más les guste. Se identifican formas particulares y quizá preocupantes de quitar privilegios, que van en contra de las necesidades básicas del ser humano, tales como la alimentación y el afecto (Carbonell et al., 2014).

Esta investigación arroja que dentro de los factores protectores identificados se destaca que la mayoría de los cuidadores ha iniciado un proceso de ruptura con las prácticas de crianza transmitidas inter generacionalmente. Estos procesos reflexivos parecen estar encaminados a reducir la intensidad de los patrones de crianza violentos y a buscar estrategias alternativas para establecer normas y límites con sus hijos. Por su parte, los cuidadores principales, cuando son sensibles a las necesidades afectivas y comunicativas de los niños, parecen favorecer un desarrollo infantil adecuado.

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran una minoría de los cuidadores que justifica el castigo físico por parte de sus padres en su infancia como una actitud parental de corrección o por su propio bien. Un factor de riesgo respecto al castigo en esta muestra es ser niña, pues se observó una mayor proporción de prácticas disciplinarias severas y moderadas ejercidas sobre las niñas, las cuales influyen en la crianza y cuidado de las familias.

La información expuesta es fundamental para la investigación a desarrollar, dado que entender a profundidad los tipos de relaciones que se establecen entre los padres y los hijos, el sistema cultural que configuran los métodos de crianza y formación, son elementos para tener en cuenta dentro de la elaboración de una estrategia educativa dirigida a todos los miembros de las familias.

Según los resultados, cabe destacar que al referirse al cuidado del menor es importante reconocer el modelo de transmisión intergeneracional de las relaciones de apego y de los patrones de crianza, pues esto influye psicológicamente en las actitudes y del comportamiento de los padres de la siguiente generación. Por tanto, según los autores, la crianza es un proceso que implica asumir una responsabilidad a través de una serie de acciones e interacciones por parte de

los cuidadores, para promover el desarrollo emocional, social y físico de los niños con particularidades culturales.

De igual manera, la investigación realizada por Torres y Rodrigo (2014), titulada “la influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica”, tuvo como propósito reconocer la influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento en una población de 216 menores en Tenerife España.

A partir de una metodología descriptiva y correlacional, se aplicaron tres instrumentos (narrativas, escala de autoconcepto y cuestionario) para conocer estadísticamente la relación entre las variables dispuestas. Como resultados se demostró que las dificultades en las relaciones de apego y un menor autoconcepto se relacionan positivamente con problemas de comportamiento de tipo externalizado, así como con problemas de orden cognitivo y social.

Estas relaciones estuvieron moderadas por el estatus de riesgo familiar demostrando la mayor vulnerabilidad de los niños y niñas de familias en riesgo para presentar problemas de comportamiento que pueden afectar a su desarrollo. De estos resultados se puede concluir que el apego, el autoconcepto y la autoestima predicen los comportamientos de externalización y agresión principalmente. Por eso, no sentirse capaces de comportamientos autónomos, no tener un buen autoconcepto respecto a la propia familia y tener un buen autoconcepto sobre sus capacidades deportivas, se relaciona con los problemas de comportamiento del tipo externalizado.

Este trabajo aporta información importante pues relaciona ampliamente el autoconcepto con las relaciones familiares y el comportamiento, lo cual justifica el trabajo educativo e informativo con los padres de familia, reforzando las implicaciones que tiene la calidad de las

experiencias tempranas sobre la percepción que los niños construyen de sí mismos. De esta manera, las relaciones que establecen con su entorno afectivo, soportan la importancia de la familia en el favorecimiento de la noción de autoconcepto de sus hijos.

Por otro lado, la investigación titulada “estilos parentales y creatividad en niños escolarizados” (Krumm, Vargas y Gullón, 2013), tuvo como objetivo analizar la influencia de los estilos parentales dentro de la creatividad de un grupo de 219 niños de la provincia Entre Ríos Argentina, así como la percepción de sí mismo en relación a su creatividad. Desde una metodología mixta, con un enfoque descriptivo correlacional, los autores realizaron la aplicación de un cuestionario de estilos parentales y una evaluación de la creatividad con la población escogida.

A partir de ahí, Kurmm, Vargas y Gullón (2013) concluyen que la aceptación de los padres con el hijo se relaciona de forma positiva con la creatividad. Los estilos parentales incluyen en aspectos cognitivos y emocionales como la autoestima, autoconcepto, afrontamiento, comportamiento social, autocontrol, autoconfianza, la adaptación, las competencias académicas y la creatividad. De igual forma, los resultados demuestran que el potencial creativo o la creación de algo nuevo, depende de refuerzos positivos e interés por parte de los padres, valoración de la libertad de expresión, buenas relaciones familiares e la forma en que se incentiva la autonomía y la independencia.

Adicionalmente, se observó que la creatividad es un constructo complejo y está determinado por diversas variables tales como la personalidad, la inteligencia, los estilos de pensamiento y el ambiente, siendo éste el más importante de todos. Los factores contextuales en particular los familiares influyen en los procesos de formación del yo, en cuanto a las competencias y habilidades.

Los resultados de este artículo aportan a la investigación ya que reafirman como las actitudes parentales ponen en riesgo los procesos cognitivos y afectivos de los hijos y estos procesos tienen relación con la creatividad. Las actitudes parentales tienen un efecto sobre el clima emocional familiar y el desarrollo de la creatividad y la originalidad en los niños. Este clima estaría caracterizado por la combinación del afecto positivo, comunicación, estimulación, interés, exigencias y normas adecuada.

En cuanto a la influencia de las familias en los aspectos psicosociales, la investigación titulada “psychosocial predictors of children’s oral health-related quality of life during transition to secondary school” (Rodd, Marshman & Porritt, 2012), tuvo como propósito comprender cómo el estado dental, el afrontamiento y la autoestima de los niños influyeron en su salud dental durante la transición a la escuela secundaria.

El trabajo se realizó con 71 niños entre 10 y 11 años de edad, con los cuales se encontró que las variables clínicas y la autopercepción de su apariencia física eran predictores significativos de su calidad de vida después de la transición a la secundaria. Los niños que tenían altos niveles de autoestima relacionados con su apariencia física reportaron resultados positivos de calidad de vida tanto antes como después de la transición a la escuela secundaria.

Desde ahí, se concluye que la autoestima es menor en los niños en sus primeros años de secundaria (12-13 años) que en los niños en la educación primaria (11 años). Sin embargo, se ha propuesto que los niveles más bajos de autoestima en los niños de secundaria pueden ser más atribuibles a cambios en la pubertad que ocurren, coincidentemente, alrededor de esta edad, que en la transición educativa.

Esta experiencia significa un aporte importante a la presente investigación, en la medida en que hace énfasis en la comprensión de la influencia de los factores psicosociales, incluyendo el

afrontamiento y la autoestima, con los cuales se puede orientar al profesional de la salud oral para realizar intervenciones tempranas. También, profundiza en la importancia de generar en los niños altos niveles de seguridad; así como procesos de socialización adecuados, que les permitan tener un crecimiento físico y emocional aceptable y coherente con sus derechos y necesidades.

De igual manera, la investigación titulada “Factors associated with parent capability on child’s oral health care” (Kemthong, Vorawee, Vittawat, Attakorn, Attakrit, Weerapol, y Malee, 2012), tuvo como propósito reconocer las actitudes de los padres, el comportamiento y las causas del estrés diario que afectan su capacidad para cuidar la salud oral de sus hijos en Tailandia. Aquí participaron 241 padres de familia de niños menores de 12 años, asistentes a la clínica de odontología pediátrica de la Universidad de Mahidol y de dos instituciones privadas.

Dentro de las preguntas que se indagaron se incluyeron temas relacionados con edad de los padres, nivel educativo, ingresos, actitudes de los padres respecto a la ingesta de azúcar, importancia de los dientes, del cepillado y el tiempo que le dedican al cepillado diario. Así pues, se encontró que la salud bucal de sus hijos está influenciada significativamente por la falta de tiempo, la falta de conocimiento sobre el cepillado, el estrés del trabajo, no criar a su hijo por sí mismos, la economía y la soltería; las actitudes y comportamientos de los padres respecto a la salud bucal de sus hijos se asociaron con sus niveles de educación, oficios e ingresos.

Estos factores de riesgo son importantes al momento de generar nuevas propuestas de investigación, pues destacan la importancia de tener en cuenta las capacidades y características parentales. A pesar que los indicadores de enfermedad oral siguen siendo altos en todas las poblaciones, son las familias de nivel educativo y estrato socioeconómico bajo y medio los más propensos a tener deficiencias en su salud oral. De ahí que, esta propuesta incluya una

caracterización previa del grupo poblacional, descifrando sus necesidades puntuales y los aspectos que requieren ser reforzados mediante la estrategia educativa.

Por su parte, en la investigación titulada “cross-sectional study of awareness and knowledge of causative factors for early childhood caries among saudi parents: a step towards preven” Rafi, Zakirulla, Syed, Nasim, Ali, y Abdullah, (2012) evaluaron el conocimiento y la conciencia entre algunos padres acerca de los factores causantes de caries infantil. Desde la elaboración de un cuestionario, los padres fueron seleccionados en forma aleatoria en zonas residenciales y los hospitales en Abha ciudad de Arabia Saudita.

De las evaluaciones obtenidas, el 39 % de los padres sabían que la dieta durante el embarazo afecta el desarrollo de los dientes del niño, el 33 % no estaban de acuerdo, el 95% conocían que la lactancia materna es importante para los dientes, el 46% la recomendaban antes de dormir, 63% asumía que el biberón en la noche era dañino para los dientes. Para el 85% los dientes de leche eran importantes, el 70% de acuerdo con el uso de chupos y con el suministro de jugos azucarados. Asimismo, el 46% en desacuerdo de llevar los niños al odontólogo cuando no tienen problemas, el 94% de acuerdo con que las afecciones de los dientes afectan la salud general de los niños.

Desde estos resultados, Rafi et al., (2012) recomiendan una mayor conciencia de los padres sobre la caries de la primera infancia, así como realizar estudios adicionales para comprender en profundidad el conocimiento y la comprensión de los padres sobre el proceso de caries, particularmente en las CIT. Por esta razón, se hace necesario realizar procesos de investigación que orienten estilos de vida saludables, capaces de poner en prácticas cada uno de los conocimientos que se obtienen a través de diferentes canales de información, sean masivos, culturales o familiares.

Finalmente, la investigación realizada por Goettems, Machado, Romano, Demarco y Días, (2011) titulada “influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children”, tuvo como propósito determinar la influencia de la ansiedad de la madre sobre las percepciones de la salud oral, relacionadas con la calidad de vida de niños preescolares. Este trabajo incluyó 608 madres de niños que asistían a una campaña de vacunación en Brasil.

Basados en una metodología mixta, desde el uso de un instrumento cuestionario y la validación de la información con un examen clínico a los niños participantes, los autores encontraron que los altos impactos en el índice de calidad de vida, fueron observados en los niños que tenían caries dental no tratada. De igual forma, las madres ansiosas tienden a reportar sentirse culpables o trastornadas debido a los problemas dentales de sus hijos y a la experiencia del tratamiento.

Los mayores niveles de angustia de las madres ansiosas hacia la salud oral de sus hijos, podrían estar relacionados con la preocupación de las mismas hacia su propia condición oral. Así, los niños cuyas madres no usaban los servicios dentales de manera regular tuvieron un peor índice de salud dental. Entonces, el uso regular del servicio dental por parte de la madre puede vincularse a la salud bucal de su hijo a través de varios mecanismos, en particular, en la influencia de su cuidado dental, sus hábitos de higiene bucal y la exposición directa a las bacterias cariogénicas.

También, los ingresos bajos y el bajo nivel educativo se consideran factores de riesgo para una mala calidad de vida. Se encontró que las madres con baja escolaridad tenían un riesgo relativo de 1.37 por mala percepción del indicador de calidad de vida del niño. La educación de la madre es un indicador socioeconómico utilizado con frecuencia como predictor de la salud del niño.

La información expuesta es un aporte sustancial a la presente investigación, dado que establece una relación entre las condiciones de la familia y la salud oral de los niños; específicamente, en consideración de la ansiedad materna como un predictor negativo en la percepción del impacto de los problemas de salud oral del niño. No obstante, implica la adopción de estrategias motivantes para las familias, prescindiendo de cualquier trauma o fobia producto de experiencias vividas las cuales, probablemente, generan barreras de acceso a los servicios de salud y a la adopción de prácticas saludables.

2.1.3 Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC en la salud oral.

En la investigación titulada “Material Educativo Computarizado (MEC): importancia de la salud e higiene bucal”, Velásquez (2014) tuvo como objetivo diseñar un material educativo computarizado para reconocer la importancia de la salud e higiene bucal, con los estudiantes de 3er grupo del CEI “Cerro El Café” del Municipio Naguanagua en Venezuela.

Desde una metodología de carácter mixto, con una intervención en campo, se planteó una fase de diagnóstico, factibilidad de la propuesta y diseño de la misma, en las cuales participaron un total de 65 estudiantes de educación preescolar: maternal, primero, segundo y tercer grupo. Siendo preescolares de ambos sexos, con edades comprendidas entre 2 y 7 años y un nivel socioeconómico medio. Con la aplicación de un instrumento de observación, se procedió a aplicar el material computarizado, como una alternativa de ayuda a disminuir el índice de placa bacteriana y las ineficientes técnicas de cepillado de los estudiantes.

Como parte de los resultados obtenidos, los autores afirman que el material educativo desarrollado puede ser utilizado en cualquier equipo, funciona como una herramienta sencilla por el uso de botones y una interfaz amigable. Puede ser usado como introducción al tema de salud bucal o como herramienta de refuerzo en grados superiores de educación básica. Los padres de

familia también pueden participar en la interfaz, como guías en el proceso con los niños y ayuda frente a la aclaración de términos, recomendaciones o instrucciones.

Las referencias del estudio realizado muestran avances en la incorporación de tecnología en la enseñanza en salud oral, en una comunidad académica donde los resultados fueron favorables gracias a la inclusión de familias en el proceso. De forma que, reitera la importancia de involucrar al grupo familiar en los nuevos trabajos de investigación y, a su vez, hacer uso de estrategias que motiven y amplíen los canales de información, basados en unos objetivos pedagógicos y prácticos concretos.

Dentro de la investigación, “propuesta metodológica para la construcción de Objetos Virtuales de Aprendizaje OVAS basados en realidad aumentada”, Tovar, Bohórquez y Puello (2014) describieron una metodología de naturaleza mixta para el desarrollo de OVAS, desde los cuales se buscó contribuir al aprendizaje y cuidado de la anatomía de órganos dentales en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena Colombia.

Para eso, seleccionaron los atributos que mejor se adaptaron a las tecnologías requeridas para implementar la realidad aumentada en dispositivos móviles, mostrando la viabilidad funcional del procedimiento desde la metodología: análisis, obtención, diseño, desarrollo, evaluación e implementación; la cual, resultó versátil para la creación de objetos virtuales de aprendizaje basados en tecnologías emergentes.

Al realizar la evaluación e implantación se encontró que el personal experto en la temática, aprobó el funcionamiento de la aplicación contenedora de los OVA’S demostrando que la AppTooth es una herramienta que apoya el proceso de enseñanza aprendizaje en el campo de la anatomía dental. Estas apreciaciones son soportadas por las opiniones de los estudiantes participantes, quienes estuvieron en un 45% y 55% muy satisfechos y satisfechos con la

aplicación. El 85% de los estudiantes consideró que el uso de la aplicación puede ayudar al proceso de enseñanza aprendizaje y el 15% prefiere los dientes reales para sus prácticas.

Esta investigación aporta elementos de análisis relacionados con el nivel de aceptación de los estudiantes, frente al uso de las tecnologías en sus procesos de aprendizaje, dado que estos asimilaron de una manera más didáctica y amena los contenidos del OVA'S enfocadas al M-Learning (aprendizaje electrónico móvil). De igual manera, llama la atención sobre el nivel de apropiación conceptual y metodológica posible a partir del uso de dispositivos móviles, como una tendencia novedosa capaz de captar la atención de las personas que lo usan.

Por otro lado, García, Navarro, López y Rodríguez (2014), publicaron un artículo de revisión titulado "Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica" donde presentan la importancia de desarrollar habilidades frente al uso de las TIC con profesionales de la salud, dada su contribución al campo investigativo y de docencia. Desde ahí afirman que el uso del internet, el software educativo interactivo y los simuladores han probado ser herramientas eficaces en el proceso de enseñanza aprendizaje, tanto en estudios de pregrado como de postgrado.

Asimismo, los autores destacan la importancia de las tecnologías como un medio de integración y asimilación de conocimientos cada día más cambiantes, gracias al modelo activo e interactivo donde el estudiante constituye el principal actor del ejercicio pedagógico. Es así como, constituyen un instrumento para lograr educación continuada gracias a la actualización permanente de la información, permiten fomentar redes entre los diferentes segmentos del sistema de salud.

Este artículo es importante para la presente, pues recoge información importante para el sector de la salud, en cuanto al uso de las tecnologías y su aplicabilidad que responde a los

desafíos de la educación médica, involucrando innovaciones tecnológicas y explosiones informacionales. Por ende, se retomarán de aquí ideas presentadas en cuanto a la necesidad de la capacitación de los profesionales de la salud y los usuarios en el uso de las tecnologías, en la creación de recursos novedoso y materiales de referencias que respondan a la exigencias del campo de la salud dental.

Por su parte, el artículo titulado “el aprendizaje visual: un aporte de la Informática, Telemedicina, Salud-e y Rede-s (TICs) a la educación” (Ojeda, González, Díaz y Pinedo, 2008) recoge información teórica, metodológica y conceptual sobre aprendizaje visual y su aporte en la informática, telemedicina en salud y las TIC a la educación.

El método de trabajo aquí propuesto incluye la utilización de organizadores gráficos con el objeto de ayudar al estudiante a integrar los conocimientos, organizando, procesando y priorizando la información que ya tiene y agregarla a la nueva información. De igual forma, los autores destacan el uso de herramientas con CmapTools, Inspiration, ConcepDraw, MindMap, Mind Manager, Cronos y Macosoft, en tanto estrategias virtuales para ayudar a los estudiantes a hacer relaciones, plasmar ideas y conceptos por medio de símbolos de fácil y rápido entendimiento.

A partir de lo expuesto, se concluye que el método de enseñanza aprendizaje conocido como Aprendizaje Visual es una de las estrategias para promover al aprendizaje autónomo y es altamente efectivo en los procesos pedagógicos, contribuyendo al desarrollo de las habilidades lógico intelectuales y con una gran aplicabilidad en el campo de la salud (Ojeda el al., 2008). Por eso, los recursos aquí caracterizados son un aporte para esta investigación, en la medida que permiten desarrollar habilidades para la autonomía, dentro del uso de contenidos y herramientas informáticas que son útiles para la construcción del conocimiento.

Dentro de la investigación titulada “la hipermedia y la enseñanza-aprendizaje de la odontología: proyecto factible empleando el software RecompX®”, Orellana, Morales, García, Ramírez y Setién (2008) desarrollaron un software hipermedia para la enseñanza y aprendizaje de contenidos conceptuales y procedimientos odontológicos, basada en los principios del diseño instruccional de Gagné, con estudiantes de tercer año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes en Cataluña España.

Los resultados demuestran que la exposición de los contenidos relacionados con las técnicas de manipulación y aplicación de Resinas Compuestas a través del software hipermedia, favorece a apropiación de los contenidos por parte de los estudiantes, enriquece y fortalece el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como a una mayor internalización y aplicación del mismo. Posterior a un experimento de prueba, se determinó su eficacia y se demostró que el Software RecompX favorece el aprendizaje de los contenidos odontológicos.

La información resultante de esta experiencia, sugiere el valor de uso de una herramienta tecnológica dentro del área odontológica, como una herramienta para la apropiación conceptual y procedimental de la información. También, demostró que los estudiantes pueden avanzar a su propio ritmo, disfrutan de las técnicas de manipulación y flexibilización de los contenidos presentados durante el curso.

El estado del arte aquí presentado ha tomado como referentes investigaciones nacionales e internacionales, en temas sobre el cuidado de la salud las cuales reiteran la importancia de constituir procesos de investigación centrados en la educación para la salud; de manera que se puedan reforzar conocimientos y comportamientos, a favor de la disminución de indicadores de enfermedades orales frecuentes.

De igual manera, el tema de los entornos familiares donde se destaca la importancia de revisar los patrones de crianza, las relaciones entre padres e hijos y el trabajo educativo en familia consolidando conductas que favorezcan la noción de autoconcepto de los hijos. Asimismo, la importancia del trabajo educativo con la familia para lograr motivación y confianza, dentro de la consolidación de conductas positivas que conduzcan al bienestar y a la calidad de vida.

Finalmente, el tema de TIC con un enfoque de salud oral permite vislumbrar un avance dentro de la salud oral, haciendo hincapié en la necesidad de involucrar a la familia en el uso adecuado para lograr la intencionalidad educativa que se pretende con las estrategias presentadas. Por esta razón, es importante generar un material educativo donde se destaque la responsabilidad mutua frente a entornos adecuados que fomenten el afecto y el aprendizaje, el autocuidado y las prácticas y saludables, puede motivar a los padres y a los niños a mejorar sus conocimientos y comportamientos en salud oral, a partir de sus propias necesidades.

3 Capítulo III: marco teórico

En el siguiente capítulo se expondrán las perspectivas teóricas y los referentes conceptuales desde los cuales se apoyan la presente investigación. Inicialmente, se realiza un abordaje del componente disciplinar que está compuesto por una comprensión teórica del autoconcepto, la autoestima y su relación con la familia y la salud familiar. Seguido, se presente el componente pedagógico que se basa en un enfoque constructivista, en relación con la andragogía y la materialización de una estrategia pedagógica. Finalmente, se exponen los referentes que sustentan el componente de tecnológico, desde de las TIC, las innovación y su contribución a la propuesta educativa realizada.

3.1 Componente disciplinar

3.1.1 Autoconcepto.

Para autores como Oñate (2003) el autoconcepto es aquello que cree el individuo acerca de sí mismo, incluyendo la totalidad de sus experiencias. Cumple una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y del desarrollo de la salud. También es definido como un conjunto de representaciones simbólicas que forma una persona de sus características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales; además es la organización de las cualidades que la persona atribuye a sí misma (Deutsch y Krauss, citados en Oñate, 2003).

Según De la Torre (2005), el autoconcepto está compuesto por el rol y las identidades. Las identidades son los atributos de uno mismo, son productos sociales y tienen un carácter simbólico y reflexivo. Es a través de la interacción con otros como los significados del *self* son conocidos y entendidos por el individuo. De ahí que, sea:

Un constructo que integra la visión que la persona tiene sobre sí misma, dependiendo de su propia noción de sí mismo y de la información que recibe de los demás; y tiene como finalidad regular la información que se adquiere del medio. (De la Torre, 2005, p.24).

Al respecto, es importante destacar dos elementos básicos del autoconcepto, a saber: el primero es el conocimiento de uno mismo o la autoimagen, como el conjunto de elementos a través de los cuales construimos la idea que tenemos de *nosotros mismos*, de *cómo queremos ser* o nuestro ideal sobre *cómo deseamos ser*. El segundo corresponde a la evaluación que se hace sobre sí mismo, conocido también como autoestima (De La Torre, 2005).

Por su parte, para Burns (1990) el autoconcepto no depende de cada persona, sino de la información que nos es dada sobre cada uno, según el medio que lo rodea. Por consiguiente, es un elemento no innato a los seres humanos, se desarrolla a partir de las experiencias y la interacción con los otros, desde la comunicación y el lenguaje mismo que entrañan al “yo”, al “mi” y a lo “mío”.

Burns (1990) distingue cinco fuentes del autoconcepto, cada una de las cuales se desarrolla distintas etapas evolutivas. Sin embargo, cada una de estas inicia en la infancia, a saber:

- Imagen corporal: ligada a la apariencia física.
- Lenguaje: nos permite reconocernos como un yo y diferenciarnos de un tú.
- Interpretación de la formación procedente del medio ambiente: valoración de lo que los demás opinan de mí.
- Identificación del rol sexual: depende de los modelos y de la formación que hemos recibido.
- Prácticas educativas con los niños: a partir de la familia y la escuela.

Es de reconocer que se necesitan dos juicios para que se desarrolle de manera positiva el autoconcepto: uno, hace referencia a las cualidades que se requieren para tener éxito; el otro, es el grado en que cada uno siente que posee dichas cualidades (Burns, 1990).

Los aspectos que dan cuenta de sí mismo se van desarrollando gradualmente durante la infancia. En los tres primeros años de la vida se forma el *sí mismo inicial* desde: el sentido de sí mismo personal, el sentido de una continua identidad y la estimación del sí mismo. De los 4 a los 6 años se profundizan las conquistas logradas y aparecen nuevos aspectos como la extensión del sí mismo y la imagen. En todos estos aspectos se produce la formación de un esquema corporal diferenciado, un autoconcepto concreto e integrado de las diferentes realidades infantiles, teñida positiva o negativamente según las vivencias experimentadas (Allport citado en Oñate, 2003).

De ahí que, la presente investigación tome como base los conceptos formulados por Hoppe (citado en Oñate, 2003) donde se afirma que la formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización con los padres y pares. Por eso, la conducta y las actitudes de los demás tienen un sentido importante para cada individuo en su propio contexto; son determinantes en la percepción de sí mismo y a su vez guía los comportamientos. Es así como el nivel de aspiración de éxito disminuye después de los fracasos y aumenta después de los éxitos.

Por consiguiente, es de afirmar que el autoconcepto se establece a lo largo del tiempo, con algunos cambios individuales dentro del paso de un rol a otro. Esto depende de sí la persona está regulada por conductas autoritarias y violentas; o, por el contrario, vive en ambientes de amor, aprecio, independencia y recompensas positivas. Estas últimas características contribuyen a la formación de buenas cualidades, de modo que el individuo puede llegar a tener un autoconcepto alto (Johnson y Winterbottom, 2010).

Aquellas personas que son significativas para el individuo influyen en gran medida en su autoconcepto, mientras que las respuestas de otros, relativamente insignificantes, surtirán

poco efecto. Es por esto que, donde más transcendencia tiene las experiencias de orden a la formación de sí mismo es dentro del contexto familiar.

3.1.2 Autoestima.

Dentro de esta investigación se comprende la autoestima como la idea que las personas tienen sobre sí mismas, atendiendo a sus cualidades subjetivas y valorativas (González y López, 2001; Mejía, Pastrana y Mejía, 2011). Estas cualidades provienen de la experiencia y pueden ser positivas o negativas; cada una se concreta después de una autoevaluación, cuyo resultado es una actitud de aprobación de sí mismo (Coopersmith, citado por Oñate, 2003).

De estos resultados de autovaloración pueden desencadenarse factores que están presentes en el desenvolvimiento social del individuo, entre los que se encuentran: la ansiedad, entendida como el grado de inseguridad del niño, manifestado a través de nerviosismo, temor y disgusto ante las situaciones en las que debe actuar y manifestarse. También, el campo social, donde se reflejan los aspectos de contenido social, como tener amigos, ser alegre; el campo académico, es decir, el interés y el éxito por los estudios. Finalmente, el autocontrol refiriéndose a la reactividad del niño ante situaciones escolares, familiares y sociales (Oñate, 2003).

En este orden de ideas, la autoestima se presenta como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real o ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Es decir, interna en cuanto al valor que le atribuimos a *nuestro yo*; externa se refiere al valor que otras dan a cada persona en su individualidad (González y López, 2001).

De igual forma, Verduzco y López (2001) opinan que la autoestima determina lo que es la persona, al realizar una revisión exhaustiva de sus características a la luz de lo que les gustaría ser. Es un filtro que pasa a través de las cualidades o defectos y que permite destacar los aspectos

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

positivos y negativos, de la visión que tienen los individuos sobre ellos mismos. Cuando se tiene una autoestima alta, existe una actitud positiva frente a la vida, es posible asumir los problemas, buscar soluciones y generar acciones. No obstante, cuando predomina una baja autoestima se toma una actitud pasiva, se evaden los problemas y el sujeto se cree incapaces de lograr algo.

Dentro de las áreas que se deben trabajar para desarrollar la autoestima están: la seguridad, aceptación, respeto, sentimientos, límites, valores y habilidades personales (Verduzco y Moreno, 2001). Por consiguiente, según Mejía et al., (2011) es necesario reconocer las cualidades con las que se cuentan para fortalecer la autoestima, entre las que se pueden enumerar: dedicación a sí mismos, autoconocimiento, disposición de cambiar ideas que no contribuyen al fortalecimiento de la autoestima, aprender nuevas formas de ser y de relacionarse con otras personas.

3.1.3 La autoestima y la familia.

Según la OMS y LA UNICEF (2002), las prácticas familiares fomentan el crecimiento y el desarrollo saludable de los menores, dado que contribuyen a estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental. Por eso, al hablar de autoestima es de considerar que lo más importante es el respeto, la aceptación y el trato que se recibe de otras personas que son significativos en la vida; teniendo en cuenta que esta puede verse afectada por las percepciones o por el vínculo con su grupo familiar.

Al respecto, Cooper (citado por Oñate, 2003) hace referencia a varios tipos de familias, según los vínculos socio afectivos entre cada uno de los miembros, a saber:

- Familias con gran vínculo de cohesión
- Familias con uno de los padres muy unido
- Familias con miembros aislados
- Familias divididas, en donde el hijo se aproxima a alguno de los dos padres.

- Familias de coalición, donde el hijo percibe división familiar.

En los dos primeros tipos de familia, los niños perciben unidad y proximidad dentro del núcleo lo que está asociado con alta autoestima y adaptación familiar. En el tercer tipo de familia el niño se percibe aislado, lo que conlleva a una baja autoestima y adaptación familiar. En las dos últimas, niños tendrán cercanía solo con algunos miembros de la familia, lo que influirá en niveles intermedios de autoestima y adaptación familiar menor. No obstante, una familia de un solo padre no tiene un efecto más negativo que cualquier otro tipo familiar en la autoestima, lo que verdaderamente importa es la calidad de la vida que se ofrece (González y López, 2001).

Autores como Purkey (citado en Oñate, 2003), Esnoala, Giñor y Madariaga (2008), han señalado varios factores que potencializan la autoestima, tal y como se presentan en la Figura 1.



Figura 1. Factores que influyen en la autoestima.

Fuente: basado en Purkey (citado en Oñate, 2003), Esnoala, Giñor y Madariaga (2008).

La Atención Primaria en salud (APS), plantea a la familia como uno de los elementos esenciales en el mantenimiento de la salud, ya que es el primer grupo que sirven de soporte o de

red para el bienestar de los integrantes del núcleo familiar. El desarrollo de una enfermedad en uno de los miembros de la familia, afecta a los demás y, al contrario, el mantenimiento de la salud de un individuo mantiene en gran medida la de los demás (Ortiz y García, 2013).

En esta medida, la familia es una de las principales fuentes de desarrollo frente a las necesidades básicas como son la protección, afecto, subsistencia, enculturación y elementos que implican la calidad de vida. En la familia se presentan lazos de unión, convivencia, definición de roles, lo que responde básicamente a dos funciones, a saber: la protección psicosocial de sus miembros y la inserción del individuo en la cultura y la socialización (Ortiz y García, 2013).

De acuerdo con el Código de Infancia y Adolescencia (ICBF, 2006) en su artículo 17 y 18, aparece como un deber de las familias, proporcionarle a sus hijos un hogar estable, alimentos adecuados, proveerlos de todo lo necesario para el desarrollo normal de su personalidad, teniendo en cuenta sus capacidades, aptitudes e inclinaciones. También, es un deber educar y formar integralmente a sus hijos, facilitarles el acceso al sistema educativo e imprimirles valores y principios que propendan por su bienestar físico, psicológico y social, al garantizarles el mantenimiento de su salud y la atención adecuada en casos de enfermedad.

3.2 Componente pedagógico

3.2.1 Aprendizaje constructivista.

Hablar desde una visión constructivista del aprendizaje, implica reconocer diferentes elementos pedagógicos que, integrados en unos principios básicos, dan prevalencia a los procesos activos en la construcción del conocimiento dentro de la cotidianidad de las personas (Onrubia, 2005). De esta forma, el aprendizaje es un acto a través del cual se produce un cambio de conducta, habilidad, conocimiento o actitud; capacita al individuo para hacer ajustes sociales

y personales, producidos para la interacción con el ambiente, satisface una necesidad y lo habilita para relacionarse con su entorno (Rodríguez, 2003; Knowles, 2005).

Desde este enfoque pedagógico, el aprendizaje se equipara con la creación de significados a partir de experiencias, es decir, que la mente filtra lo que llega del mundo para producir su propia y única realidad (Onrubia, 2005). Así, se construyen permanentemente interpretaciones personales del mundo basados en las experiencias e interacciones individuales; por eso, en opinión de Bednar (citado en Peggy y Newby, 1993) para comprender el aprendizaje de un individuo debe examinarse la experiencia y su forma individual de relacionarse con el mundo.

Para el constructivismo son imprescindibles los factores propios del aprendiz y del ambiente, así como la interacción que hay entre estos para crear conocimiento. Es importante que el conocimiento esté incorporado en la situación en la cual se usa, por lo tanto, el aprendizaje deberá tener lugar en ambientes reales y estar vinculado con experiencias cotidianas de las personas. Por consiguiente, para que el aprendizaje sea exitoso, significativo y duradero debe incluir la actividad, el concepto y la cultura (Peggy y Newby, 1993).

Entre tanto, se percibe a la persona comprometida en el proceso de aprendizaje, capaz de elaborar e interpretar la información, construye el conocimiento a partir de significados, articula su comprensión mediante la detección de necesidades, analiza y expande sus horizontes (Missiacos, 2011). De hecho, en el aprendizaje infantil se entrama una compleja síntesis de factores biológicos, neurofisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales, que permiten acceder al conocimiento con placer, reflexionar y cuestionarse acerca de lo aprendido, expresar ideas, sentimientos y vincularse con sus pares, padres y maestros (Pizzo, 2010).

3.2.2 La andragogía.

La andragogía es el conjunto de principios fundamentales sobre el aprendizaje de adultos que se aplica a todas las situaciones. Está centrada en seis principios, entre ellos, la necesidad de conocer a la persona que aprende, el concepto personal, las experiencias previas, su disposición y motivación para aprender y su inclinación por el aprendizaje (Knowles, 2005). Otros factores que afectan el aprendizaje son las diferencias de las personas, de los contextos, las metas y los propósitos de aprendizaje.

En este sentido, la educación para los adultos permite que se cobre conciencia de las experiencias previas y que se evalúen. En este escenario el profesor tiene una nueva función, es decir, sirve de guía que orienta y participa en el aprendizaje de acuerdo a la pertinencia de los hechos y la experiencia (Rodríguez, 2003). En este proceso, la práctica educativa es reinterpretada, a partir de un aprendizaje informal y no autoritario, cuyo propósito general es descubrir el significado de la experiencia de aprendizaje y relacionarlo con la vida.

Según Lidenman (citado por Knowles, 2005) deben formularse supuestos que permiten entrever una nueva forma de pensar en la educación para adultos, dado que están altamente motivados por sus propios intereses y necesidades. Su aprendizaje se centra en la vida, el recurso más enriquecedor es la experiencia y tienen la necesidad de dirigirse a sí mismos, contando con condiciones óptimas de estilo, tiempo, espacio y ritmo de aprendizaje (Rodríguez, 2003).

Entonces, este modelo se basa en la necesidad de saber, es decir, que los adultos necesitan saber por qué deben aprender algo antes de aprenderlo, por lo que constantemente se buscan razones de valor para mejorar su desempeño de los estudiantes o calidad de su vida. Razón por la

cual, Rodríguez (2003) afirma que se espera la formación de personas responsables de sus propias acciones y de su propia vida, en espacios de interacción y autogestión del conocimiento.

3.2.3 Estrategias de aprendizaje.

Una estrategia de aprendizaje es una herramienta cognitiva que un individuo utiliza para solucionar o completar una tarea específica, cuyo propósito es la construcción significativa del conocimiento (Lozano, 2006). Es una serie de pasos que conforman un procedimiento para la realización o el desempeño de una tarea, a partir del uso de herramientas óptimas y diversas, consecuentes a las necesidades de aprendizaje de las personas, para estimular la metacognición, la autorregulación y la negociación de lo que se aprende (Onrubia, 2005).

Bajo esta idea, la estrategia en salud oral que se propone desde este proyecto, estará mediada por las necesidades inmediatas de las familias que asisten a la consulta privada, lo cual implica considerar los diferentes estilos y formas de aprendizaje que se pueden presentar. También, contemplar las experiencias de las personas a quienes va dirigida, sobre su salud oral o la de sus familiares; y, así generar una forma de conjugar un nuevo conocimiento con sus vivencias, en reconocimiento del autocuidado como elemento imprescindible para establecer una mirada positiva de sí mismo y de los demás.

Para la formulación de la estrategia innovadora en salud oral es importante entender los contextos familiares y la forma como aprende el grupo poblacional al cual va dirigido el proyecto. Por lo cual, se trabajará desde algunos postulados de la andragogía y el Aprendizaje Basado en Problemas (en adelante ABP), como enfoques de aprendizajes que influyen en el desarrollo de capacidades, habilidades, valores y competencias que demanda un determinado entorno.

El ABP permite la resolución de cuestiones propias del mundo real, donde se construyen los saberes a partir de cuestionamientos, pensamientos, la interacción y el trabajo en equipo. Además, aparece la figura de facilitador del aprendizaje quien se encarga de organizar y mediar el aprendizaje, proporciona casos problema y hace seguimiento al logro de los objetivos propuestos (Loya, 2014).

Ahora bien, esta forma de aprendizaje permite motivar, alcanzar una mayor capacidad de trabajo, ejercitar habilidades de pensamiento, integrar a su educación un modelo de trabajo, fortalecer la capacidad de retención y desarrollar habilidades metacognitivas (Loya, 2014). Así, los aspectos procedimentales que orientarán la formulación de la estrategia de aprendizaje de aquí propuesta, son presentados en la Figura 2.

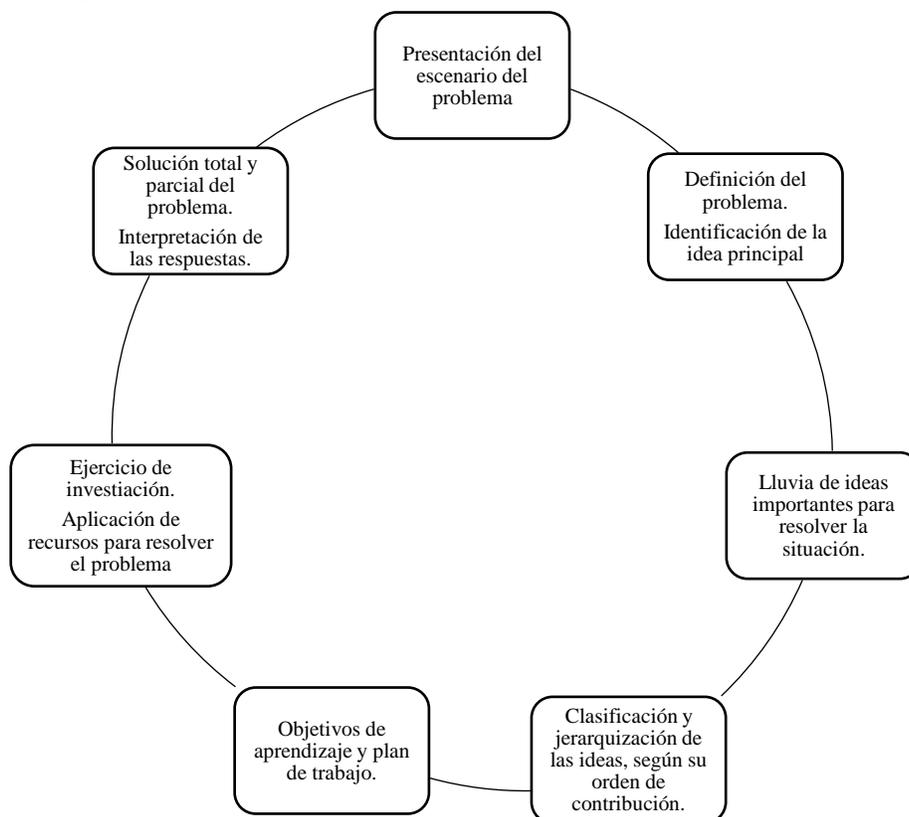


Figura 2. Procedimiento del ABP.

Fuente: basado en Loya (2014) y Vizcarro y Juárez (2008).

3.3 Componente tecnológico

3.3.1 Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC.

La imposición de metodologías didácticas más activas, constructivistas y colaborativas son ejes fundamentales en la educación del siglo XXI. Esto requiere de fuentes y formatos de información más variados, capaces de estimular el pensamiento y el razonamiento, para adquirir competencias que permitan la apropiación del conocimiento para tomar decisiones que mejoren conductas y comportamientos (García, 2009). Poner a disposición de las familias y de los pacientes estas herramientas permiten interactuar, comunicar, motivar e impartir nuevos conocimientos.

Durante los últimos años, se han aprovechado en las aulas las TIC para favorecer el conocimiento y el aprendizaje, sin embargo, hay que recordar que estas por sí solas no sirven para generar conocimiento. Es así como surgen las TAC o Tecnologías del aprendizaje y del conocimiento, como una forma de apropiación de las TIC pero aplicadas a la generación de nuevos conocimientos (Luque, 2016).

Las TIC han generado cambios importantes en los procesos de acceso, distribución y gestión de la información, lo que obliga a la implementación de nuevas estrategias didácticas asociadas a entornos flexibles de aprendizaje (García, 2009). En efecto, su uso ha permitido que hoy en día la materia prima para el aprendizaje y el conocimiento se encuentre disponible desde cualquier lugar, momento y en diferentes formas de representación; aunque esto no quiere decir, que el alumno no requiera de un esfuerzo para transformar esa información en conocimiento personal y aprendizaje significativo (García, 2009).

Todos estos desarrollos demandan de escenarios de aprendizaje interactivos, donde se utilicen diferentes canales y se logre un mayor aprovechamiento de la imagen y diferentes

recursos audiovisuales. Esto posibilita un aprendizaje más intuitivo y dinámico, ejemplificando conceptos a través de la visualización de casos, metáforas visuales, capaces de acercar los conceptos abstractos a la capacidad de comprensión del ser humano (Onrubia, 2005).

En opinión de García (2009) cada uno de los recursos digitales que se disponen ofrecen información variada, actualizada y altamente motivante para los estudiantes, ya que despiertan la curiosidad por entender situaciones que pueden presentarse en un contexto específico.

No obstante, es de reconocer que la sociedad actual está caracterizada por contextos sociales de gran interactividad comunicativa, lo que implica grandes esfuerzos de los docentes, los estudiantes y las instituciones para lograr competencias básicas relacionadas con la interculturalidad, el trabajo en equipo y la educación permanente. Así pues, la innovación educativa requiere de procesos de reflexión donde prime la creatividad y la emoción de los actores, de manera que se logren alcanzar los retos en aras de mejorar la calidad educativa (García, 2009).

Por eso, según la opinión de Luque (2016), es importante que los estudiantes se formen en el uso de tecnologías, en la búsqueda por desarrollar las habilidades necesarias para lograr aprendizajes más rápidos y efectivos. Se hace imperiosa la dotación de las aulas con todos los recursos necesarios de manera que el uso de las TIC no se convierta en algo anecdótico, brindarle buen uso y reconocerlas como un recurso educativo de constante utilización.

3.3.2 Innovación Educativa.

Dentro de la presente investigación se contempla la definición de innovación educativa formulada por Seim, Fidalgo y García (2013), quienes afirman que se trata de la realización de cambios en el aprendizaje/formación, en la búsqueda por mejorar los resultados de aprendizaje. Sin embargo, para considerar la innovación educativa el proceso debe responder a unas

necesidades, ser eficaz y eficiente, además de sostenible en el tiempo y con resultados transferibles más allá del contexto particular donde surgió.

En este sentido, la innovación educativa es un área interdisciplinar que integra conocimientos tecnológicos y pedagógicos, pero para que sea efectiva se necesita conocer e identificar buenas prácticas generadas por el propio profesorado (Sein et al., 2013). Al respecto, Bolívar (2015), afirma que la innovación tecnológica en la educación incluye las actividades de aprendizaje, el liderazgo del docente, la versatilidad en las formas de comunicación y el esfuerzo progresivo por impulsar el uso de las TIC hacia un currículo basado en proyectos.

Por lo anterior, la innovación tecnológica debe disponer de una estrategia de innovación definida y compartida (Inche, 1998), dentro de la incorporación de nuevos desarrollos tecnológicos para la aplicación o adaptación de procesos existentes. De igual forma, apunta a la introducción de nuevos procesos de producción o modificación de los que ya existen mediante la incorporación de nuevas tecnologías. La ventaja de ésta es la reducción de costos y la posibilidad de generar competencia (Inche, 1998; Bolívar, 2015).

4 Capítulo IV: material Educativo Digital

El Material Educativo Digital (en adelante MED), en opinión de Morales (2012), es un conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se caracterizan porque despiertan el interés de las personas, se adecúan a las características físicas y psíquicas y facilitan la actividad de enseñanza al servir de guía (Morales, 2012). Para Onrubía (2015) estos influyen en la apropiación de estímulos sensoriales por parte de

quien aprende; es decir, pone a las personas en contacto con el objeto de aprendizaje, ya sea de manera directa o dándole la sensación de indirecta.

El MED es un producto complejo que se elabora bajo un enfoque determinado. Cuenta con una intencionalidad y metodología específica; contenidos están orientados hacia una situación de aprendizaje definida. Dentro de sus funciones está la de ayudar al estudiante a investigar, descubrir y construir; también, la oportunidad de enriquecer la experiencia del estudiante, aproximándolo a la realidad y ofreciéndole ocasión para actuar (Morales, 2012).

En definitiva, los materiales didácticos permiten aprender a aprender, construir aprendizajes, establecer relaciones y profundizar entre los diferentes conocimientos presentados, analizar los conocimientos desde diferentes perspectivas y facilitar la autogestión del aprendizaje fuera del aula (Missiacos, 2011). Por eso, en opinión de Morales (2012) aumentan la motivación, la comprensión y el rendimiento de la persona que desea aprender, gracias al uso de los sentidos, desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y emocionales.

A continuación, en este capítulo se expone la elaboración del Material Educativo Digital, cuyo objetivo es aportar a las prácticas de autocuidado de 10 familias asistentes a consulta odontológica, bajo una perspectiva lúdica, pedagógica y flexible; donde las TIC se presentan como un aliado para fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas implícitas en la construcción activa del conocimiento.

4.1 Diseño e implementación

Para el desarrollo de la estrategia educativa, se ha seleccionado un material educativo con una intencionalidad pedagógica, dirigido a las familias que asisten a consulta odontológica y que requieren de un complemento educacional para las prácticas de autocuidado, específicamente, en

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

el ámbito de la salud oral. Este recurso puede ser utilizado de manera individual o colectiva, bajo una visión global y objetiva de la experiencia previa de los padres de familia.

También, a través del uso de los sentidos, facilitando la captación de ideas y el desarrollo de emociones. La forma de introducir los contenidos permitirá hacer una asociación de la información con la autoestima y el autocuidado, dado que “Mako: el tiburón” presenta su historia de vida, resaltando la importancia del cuidado oral desde su apariencia, seguridad y relaciones con otros.

Las familias a quienes va dirigido el material cuentan con un nivel educativo profesional y de postgrado; corresponden a estratos 4, 5, y 6 y conocen bien la importancia de la prevención y de las medidas protectoras a tener en cuenta dentro de la limpieza y el mantenimiento de la salud propia y de sus hijos. Es importante aclarar que esta población es la que asiste regularmente a la consulta odontológica. Esta teoría es clara para ellos y muchos la aplican en su diario vivir; sin embargo, es posible que no comprendan bien lo que sucede en el interior de la boca cuando existen depósitos bacterianos por un tiempo prolongado, hábitos nocivos que afectan el crecimiento y el desarrollo, así como las implicaciones que esto genera a lo largo de la vida.

Sin duda, estas familias conocen bien que la imagen es importante para el bienestar de la persona, pero en algunos casos no dimensionan de mantenerla a largo plazo por el desarrollo físico, psicológico y social del individuo. La responsabilidad que ellos tienen también es clara, aunque en ocasiones cuando existen dificultades transfieren la responsabilidad al menor o al profesional de la salud.

Por ende, la problemática que se va a abordar con el MED hace relación a las necesidades educativas de las familias frente a los efectos que se producen en la cavidad oral, a partir de causas como la alimentación, hábitos y cambios fisiológicos por el crecimiento. Esos efectos se

ven reflejados en el desarrollo de enfermedades orales como la caries, la gingivitis, las maloclusiones y la fluorosis dental. De igual forma, se involucran elementos que integran la salud oral con la autoestima y el autoconcepto; por eso, el personaje “Mako” explica claramente que por no haber cuidado sus dientes desde niño ha tenido dificultades con su apariencia y la relación con los demás.

El material educativo mostrará a los integrantes de la familia los procesos in situ de los cambios que se desarrollan en la cavidad oral, como producto de las situaciones causales. Se pretenden resolver las dudas de las causas y consecuencias frente al desarrollo de las patologías que se pueden presentar en la cavidad oral.

El enfoque pedagógico utilizado es del aprendizaje basado en problemas, donde se expondrá una situación problemática en la consulta odonto pediátrica de un paciente y se orienta a la familia para que indaguen la manera adecuada para encontrar una solución. Esta orientación se presenta desde preguntas a los miembros de la familia, surgidas del diagnóstico de sus propias necesidades de aprendizaje, desarrollando habilidades de análisis y síntesis de información.

Las características de este tipo de enfoque en el material se dan gracias a que el aprendizaje es activo, cooperativo, centrado en el participante y en su formación. Se desarrolla el trabajo autónomo y en equipo frente a la resolución de problemas, identificando las necesidades de aprendizaje, activando conocimientos previos y destrezas; así como la validación de experiencias, con el fin de lograr ajustes en la toma de decisiones y en sus comportamientos.

4.2 Elementos del MED

Teniendo en cuenta la metodología del ABP, se disponen los elementos que constituyen el MED, así como sus características y diseño instruccional, a saber:

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

- **Guía tutorial:** aquí se presenta el material, sus objetivos y las actividades a realizar. Se identifican los conocimientos previos necesarios, presentación del problema, clarificación de términos.
- **Escenario:** el participante aplica los conocimientos previos, participa en la lluvia de ideas, analiza la información, elabora el plan de trabajo, comparte información y presenta una solución al problema.
- **Evaluación:** se evalúa si se cumplieron los objetivos de aprendizaje. Se da la posibilidad de hacer una realimentación al proceso.

Los ejes integradores incluyen la salud oral, salud familiar, autoestima, autoconcepto, causas, consecuencias y patologías orales. Sumado, en el material educativo el protagonista es un tiburón “Mako”, fue escogido como referente ya que los tiburones de esta especie se caracterizan por ser poderosos y veloces; presentan unos dientes muy grandes, fuertes y su alimentación es muy sana.

En la Figura 3 se profundiza en cada una de las fases, actividades, objetivos utilizados, de manera integradora, en el Material Educativo Digital Mako.

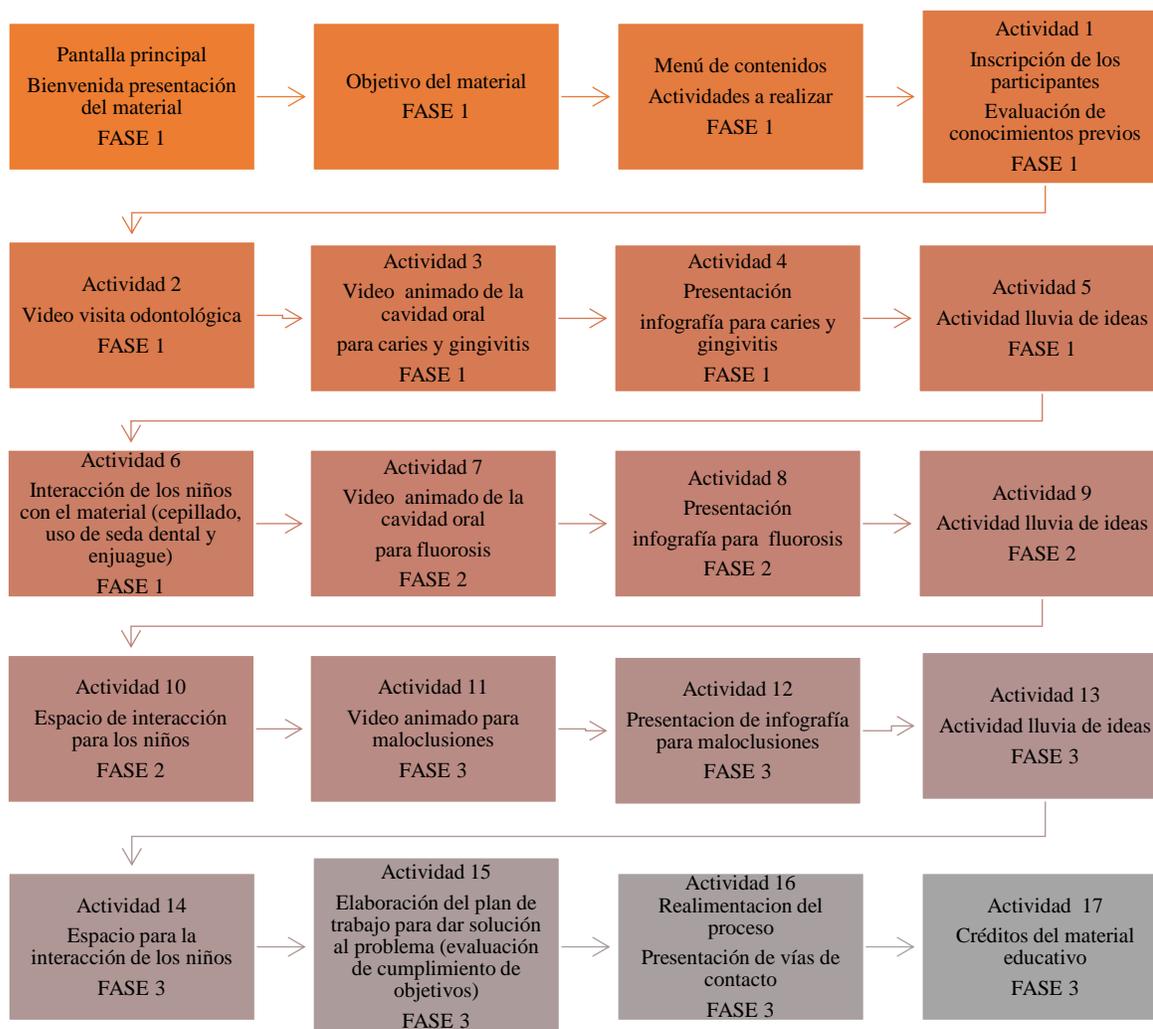


Figura 3. Presentación del MED: elementos que lo componen.
Fuente: elaboración propia.

En la primera parte del material, Mako da la bienvenida y explica en términos sencillos cómo su autoestima y su autoconcepto se han visto afectados porque cuando fue niño no cuidó adecuadamente sus dientes, lo que afectó su aspecto físico y sus relaciones con los demás tiburones. También, se hace una presentación del material (Figura 4), se presentan los objetivos y el menú de contenidos (Figura 5). Es de aclarar que todas las imágenes a presentar, fueron tomadas de la página donde se dispuso el MED (<https://mako.ctadesarrollos.com.co/>).



Figura 4. Presentación Mako.



Figura 5. Contenidos Mako.

La actividad 1 inicia con el espacio para la inscripción de la familia. En este punto cada integrante de la familia puede subir su foto y escribirle el nombre. De igual forma, se pide relacionar un correo de contacto de la familia (Figura 6).



¡Vamos a Jugar en Familia!

Correo Validar

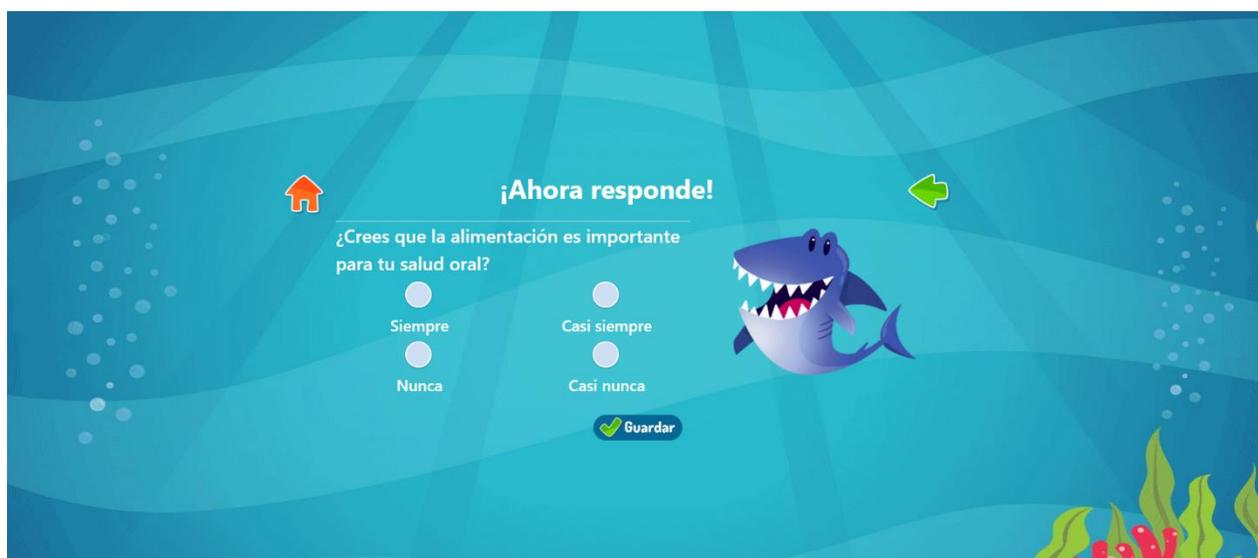
Apellidos de la Familia

Mamá Papá Hijo Hija Otro Familiar

Guardar

Figura 6. Inscripción de Familia Mako.

Luego, durante esta parte inicial, se presenta una guía de preguntas para identificar los conocimientos previos de los participantes (Figura 7).



¡Ahora responde!

¿Crees que la alimentación es importante para tu salud oral?

Siempre Casi siempre

Nunca Casi nunca

Guardar

Figura 7. Guía de preguntas iniciales.

Dentro del material educativo, se dispusieron de distintas fases que son desarrolladas en diferentes espacios de tiempo. A continuación, se entra a profundizar en el diseño y características de cada una de estas.

Fase I:

Inicialmente, se presenta un video que muestra un caso problema de un paciente que asiste a la consulta odontológica. Mediante este recurso audiovisual se pretende abordar la situación de salud oral, presencia de caries dental y gingivitis (Figura 8).



Figura 8. Fase I: recurso video.

Después, hace un acercamiento de la cavidad oral, observando los depósitos de placa bacteriana, procesos de desmineralización del esmalte y la situación gingival (Figura 9).

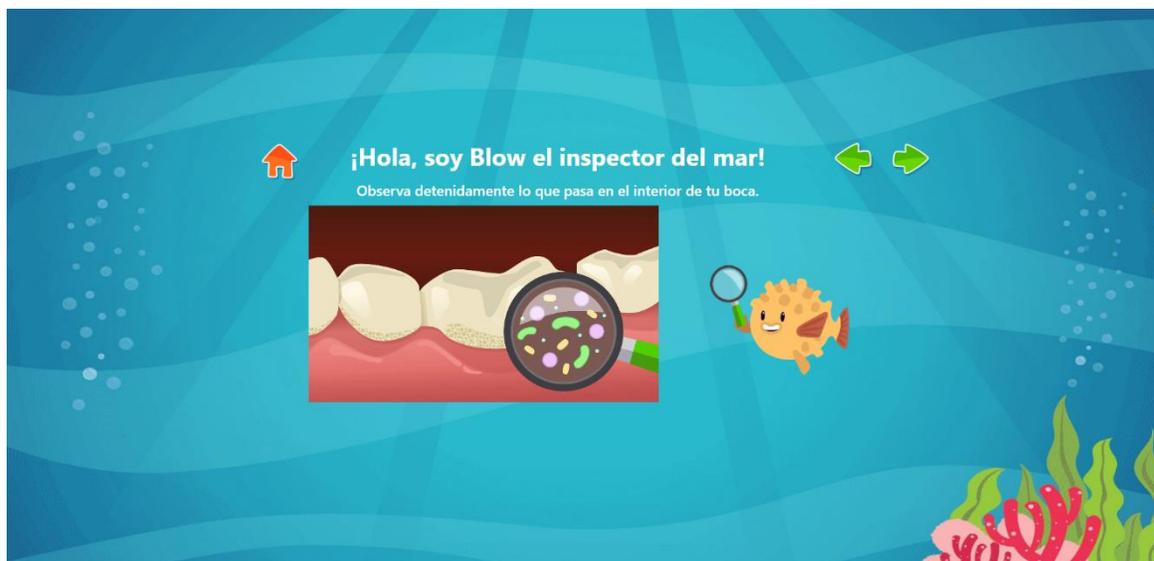


Figura 9. Fase I: cavidad oral.

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

Después, se expone un glosario de términos en forma de infografía referentes a la caries y la gingivitis, desde las cuales se presentan gráficamente las situaciones problema, sus causas y consecuencias (Figura 10).



Figura 10. Fase I: infografía.

Desde ahí se propone un ejercicio de interacción con los padres de familia o acudientes, para que tengan la oportunidad de hacer una lluvia de ideas sobre las soluciones que ellos brindan a la problemática expuesta (Figura 11).



Figura 11. Fase I: ejercicio de interacción con familias.

Esta fase cierra con actividades interactivas sobre la higiene oral y autocuidado, que los niños y niñas deben realizar a diario (cepillado de los dientes, adecuado uso de la crema dental, uso de la seda dental y el enjuague bucal, buena alimentación y cooperación en la consulta odontológica) (Figura 12).



Figura 12. Fase I: actividades interactivas.

Fase II:

En esta fase se presenta un segundo video que muestra un caso problema de un paciente que asiste a la consulta odontológica. A través de este recurso, se pretende abordar la situación de salud oral, presencia de fluorosis dental. De igual manera, un acercamiento de la cavidad oral, mostrando los cambios clínicos producto de la enfermedad (Figura 13).

Luego de esto, se expone un glosario de términos, a manera de en forma infografía sobre la fluorosis, en la cual se presenta gráficamente la situación problema, sus causas y consecuencias (Figura 14).

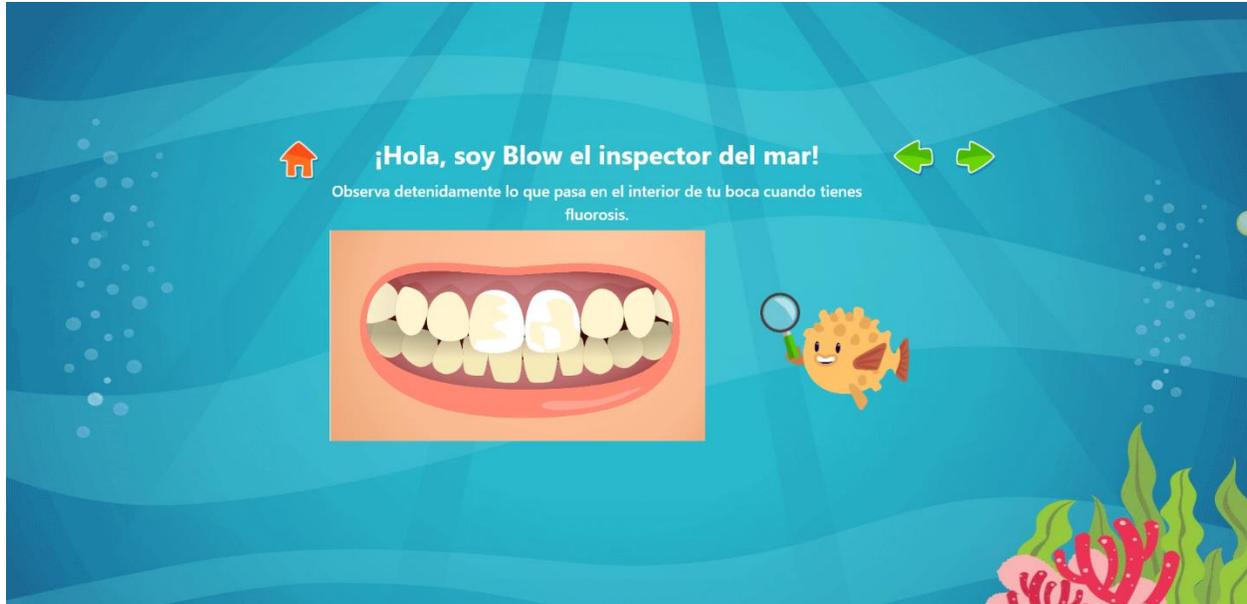


Figura 13. Fase II: recurso video.



Figura 14. Fase II: infografía.

Posteriormente, se dispone un ejercicio de interacción con las familias, desde la creación de una lluvia de ideas en los recuadros disponibles. Este diseño permite observar sus propios

aciertos o desaciertos, sobre las características y los cuidados adecuados para la fluorosis (Figura 15).



Figura 15. Fase II: actividad interactiva con familias.

Como última actividad de esta fase, los niños y niñas podrán interactúan con los elementos de higiene oral y cuidado de esta condición (cepillado de los dientes, uso del enjuague bucal y la utilización del flúor) (Figura 16).



Figura 16. Fase II: actividad interactiva.

Fase III:

En esta fase, se presenta un tercer video que muestra un caso problema de un paciente que asiste a la consulta odontológica. Mediante este recurso audiovisual se pretende abordar la

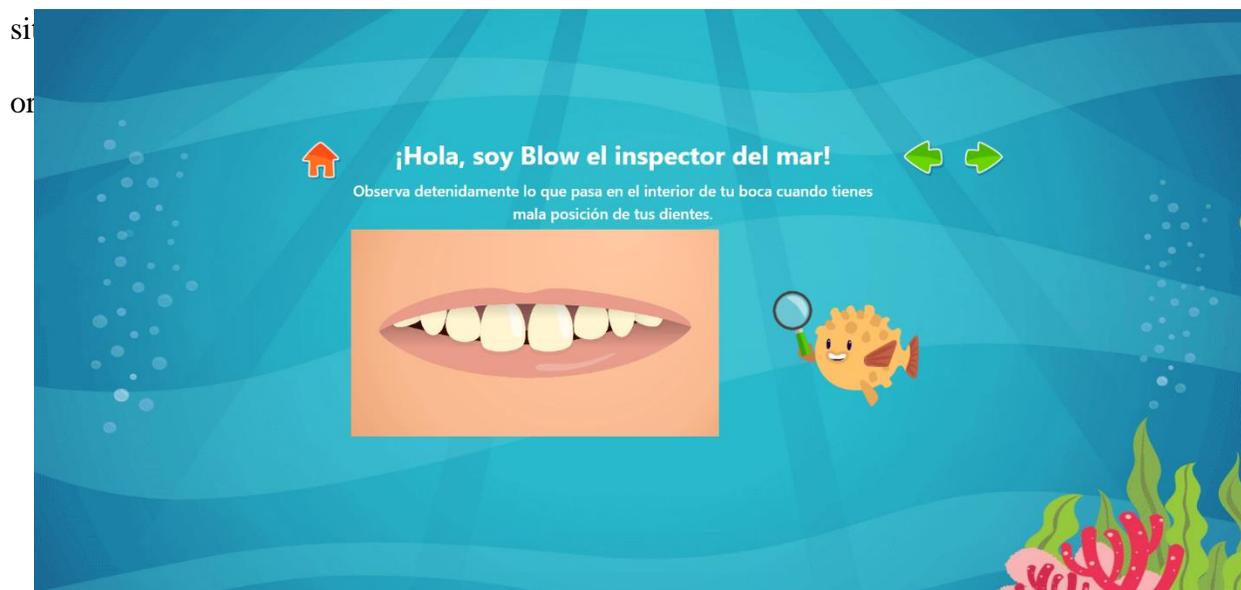


Figura 17. Fase III: recurso video.

Después, se presenta un glosario de términos, a manera de en forma infografía sobre la maloclusiones, en la cual se representa la situación problema, sus causas y consecuencias (Figura 18).



Figura 18. Fase III: infografía.

Luego, se propone un ejercicio de interacción con las familias, desde la creación de una lluvia de ideas sobre las soluciones que ellos le dan a la problemática (Figura 19). También, se permite la interacción con los niños en las actividades de higiene oral y autocuidado que ellos deben realizar a diario (cepillado de los dientes, adecuado uso de la crema dental, uso de la seda dental y el enjuague bucal, buena alimentación y cooperación en la consulta odontológica) (Figura 20).



Figura 20. Fase III: ejercicio lluvia de ideas.



Figura 19. Fase III: actividad interactiva.

Como última actividad de esta fase, la familia deberá plasmar su plan de trabajo en un mural interactivo; es decir, concretar las soluciones a su situación problema identificado (Figura

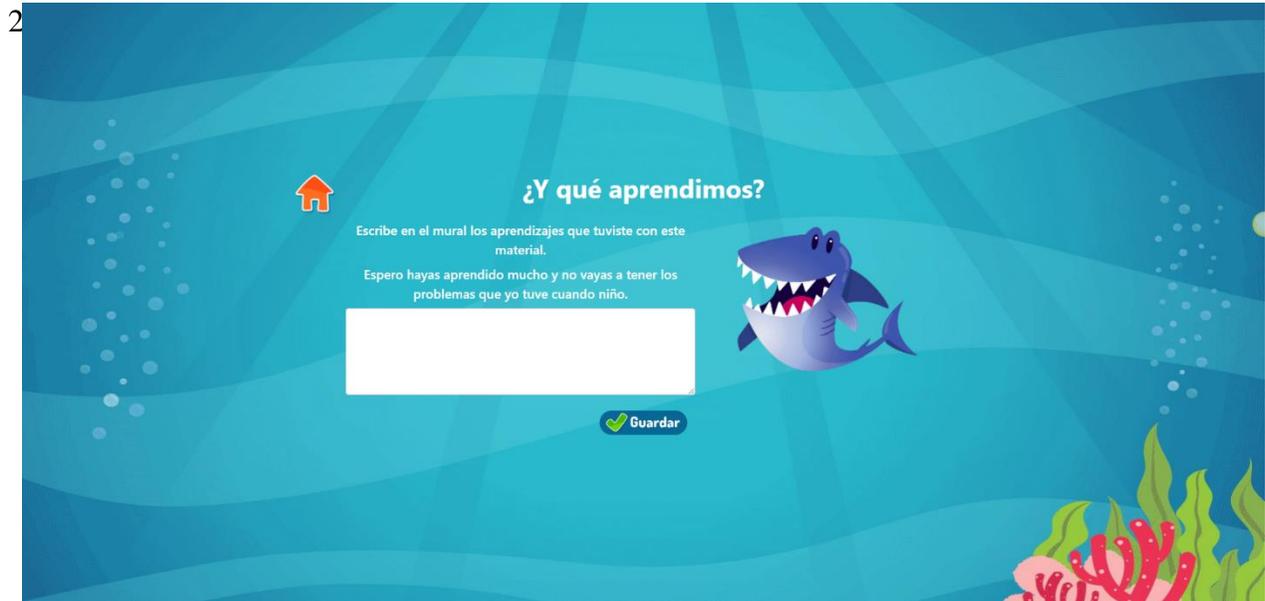


Figura 21. Mural interactivo.

Actividades para finalizar el material:

Finalmente, se propone una reflexión por parte de las familias, sobre el aprendizaje construido desde el material (refuerzo del tema autoestima y autocuidado) (Figura 22).



Figura 22. Reflexión en familia.

También, la presentación de los medios de contacto para aclarar dudas o hacer aportes sobre el material. De igual forma, este espacio brinda la posibilidad de hacer una realimentación al proceso (Figura 23). Finalmente, los créditos de las personas que hicieron parte del diseño y la ejecución del material (Figura 24).

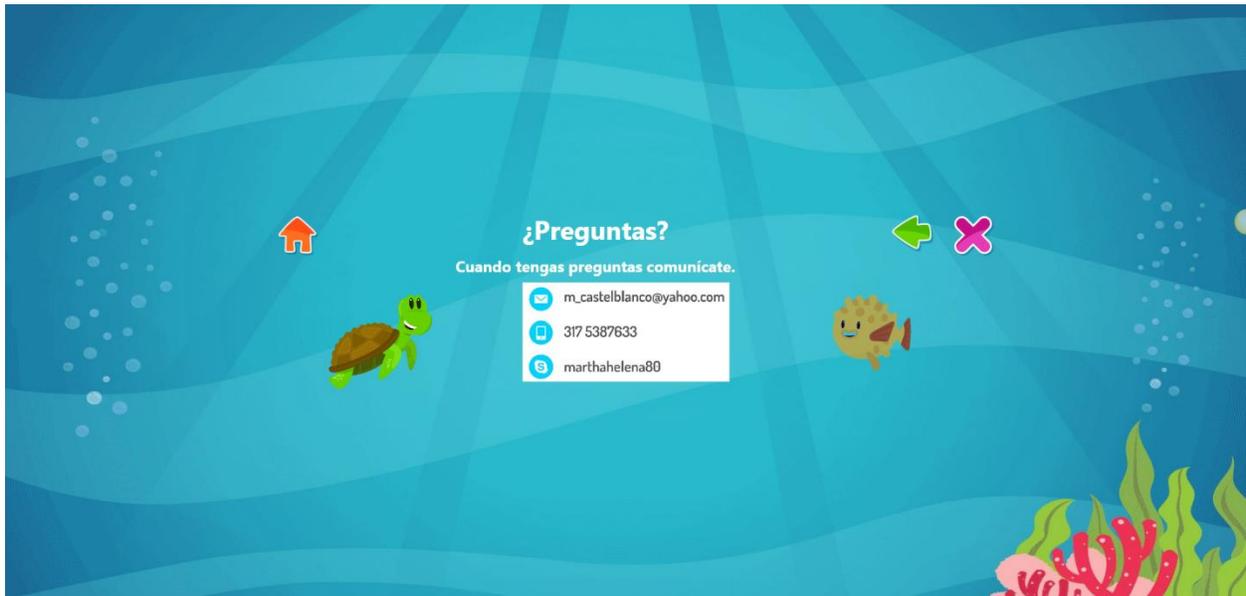


Figura 23. Información de contacto.



Figura 24. Créditos a participantes del MED.

5 Capítulo V: aspectos metodológicos

En este capítulo se presenta el enfoque, diseño, la población muestra y los aspectos éticos contemplados durante el proceso de investigación. El tipo de metodología es de naturaleza cualitativa, en la medida en que permite hacer descripciones detalladas de los fenómenos estudiados. Al analizar los datos recogidos en la investigación, se pretende determinar el grado de significación de las relaciones estipuladas entre los mismos (Galeano, 2004).

5.1 Enfoque de investigación

En opinión de Galeano (2004), dentro de la operacionalización de las categorías cualitativas, la recolección, el procesamiento de los datos y la inducción, se busca contrastar los resultados con los referentes conceptuales que fundamentan el proceso deductivo (Galeano, 2004). De manera que, la investigación cualitativa ofrece aportes al ámbito socioeducativo, en la medida que permite enfatizar en aspectos individuales, opiniones y comportamientos contextualizados, bajo perspectivas interpretativas y holísticas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Las fuentes de recolección de información fueron primarias, tomadas directamente de personas y hechos; para lo cual, se aplicaron técnicas cualitativas como la observación y la entrevista estructurada (anexo 2 y 6). También, se contempló la aplicación de una lista de chequeo (anexo 4), resultado de la observación de las variables estudiadas. De ahí fue posible conocer las realidades del diario vivir de los actores sociales y sus comportamientos en relación a la salud oral.

5.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue un estudio de caso. Según Creswell (citado por Stake, 1998), este diseño implica el análisis profundo de una situación y su contexto. Se escogió este tipo de diseño con el fin de entender la evolución o desarrollo de una teoría, dado que se indagó profundamente los fenómenos que constituyen el ciclo vital de una unidad de estudio, en vista de establecer generalizaciones acerca de la población a la cual pertenece.

Para Hernández et al., (2006) el estudio de caso genera descripciones vividas de individuos o fenómenos e identifica los patrones en su ambiente natural. Bajo este diseño se pretende dar una explicación de las causas y la ocurrencia de fenómenos, se proveen datos que permiten la evaluación de procesos, individuos y ambientes. Así, la aplicación del estudio de caso en esta investigación resuelve una problemática social y familiar que confirma la teoría y produce nuevos conocimientos.

Este diseño concede importancia a los factores de orden cualitativo, donde las fuentes primarias son las personas y los hechos relacionados con las familias que asisten a la consulta odontológica. En este sentido, se escogieron 10 casos representativos que hacen parte del grupo de interés para el investigador y que sirven para generalizar los resultados.

5.3 Población y muestra

Los participantes pertenecen a familias de estrato 4, 5 y 6 de la ciudad de Bogotá, en su mayoría habitan las localidades de Suba y Usaquén, adscritos a medicina prepagada y que asisten regularmente con sus hijos de 5 a 7 años a la consulta odontológica por prevención o por tratamiento. Con estas familias se recogieron datos para realizar un diagnóstico inicial sobre sus conocimientos y necesidades en salud oral; con esta información se planteó, diseñó e implementó

un Material Educativo ajustado a sus necesidades. Posteriormente, se evaluó el diseño del material y los aportes del mismo frente a la problemática detectada.

El tipo de muestra fue por muestreo probabilístico, donde todas las familias tuvieron la misma probabilidad de ser escogidas. Por esta razón, fueron escogidas de manera aleatoria (Hernández, et al., 2006).

5.4 Categorías de análisis

Dentro de las categorías seleccionadas para los objetivos de la investigación se encuentran:

Objetivo 1: diagnosticar los conocimientos que poseen las familias sobre las prácticas de cuidado oral.

Tabla 1. Categoría prácticas familiares.

Fuente: elaboración propia.

CATEGORIA	INDICADOR	SUB INDICADOR	INSTRUMENTO Encuesta	INSTRUMENTO Entrevista	INSTRUMENTO Observación
Prácticas familiares	Conocimientos y prácticas	Alimentación	Preguntas: 1, 2	Preguntas: 1	
		Higiene Oral	Preguntas: 3, 4	Preguntas: 2	
		Asistencia al odontólogo	Preguntas: 5-8	Preguntas: 3	
		Recambio dental	Preguntas: 9	Preguntas: 4	

Objetivo 2: identificar la percepción de la influencia de la salud oral sobre la autoestima y el autoconcepto del niño(a).

Tabla 2. Categoría autoestima y autoconcepto.

Fuente: elaboración propia.

CATEGORIA	INDICADOR	SUB INDICADOR	INSTRUMENTO Encuesta	INSTRUMENT O Entrevista	INSTRUMENT O Observación
Autoestima y autoconcepto	Importancia de la salud oral en el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto	Factores físicos	Preguntas: 10, 11	Preguntas: 5	
		Factores sociales	Preguntas: 12	Preguntas: 6	

Objetivo 4: evaluar los aportes del material educativo digital en salud oral, a las prácticas de autocuidado de las familias asistentes a consulta odontológica.

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

Tabla 3. Categoría prácticas de las familias.

Fuente: elaboración propia.

CATEGORIA	INDICADOR	Sub categorías	INSTRUMENTO Lista de chequeo	INSTRUMENTO Encuesta	INSTRUMENTO Entrevista
Prácticas de las familias	Cuidado oral	Higiene oral Estado de salud oral Alimentación	Preguntas: 1,2, 3,4,5,6	Preguntas: 1,2	Preguntas: 1-3
	Autoestima Autoconcepto	Motivación Seguridad Apariencia	Preguntas: 7,8,9	Preguntas: 3,4	Preguntas: 4,5
	Material educativo digital	Acceso Motivación Aporte de conocimientos Aporte a prácticas saludables Audio Imágenes Animación Experiencia	Preguntas: 10, 11	Preguntas: 1,2, 5,6, 7, 8	Preguntas: 6,7,8

En cuanto a categorías emergentes, desde el marco teórico y conceptual dispuesto, se comprenden como:

- **Prácticas Familiares:** según la OMS y la UNICEF (2012), las prácticas familiares fomentan el crecimiento y el desarrollo saludable de los menores, dado que contribuyen a estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental.
- **Autoestima:** formulada como el concepto que *uno tiene de sí mismo*, según las cualidades subjetivas y valorativas. Estas cualidades provienen de la experiencia y pueden ser positivas o negativas. Se concreta después de una autoevaluación, dando como resultado una actitud de aprobación de sí mismo (Oñate, 2003).
- **Autoconcepto:** se presenta por la socialización con los padres, los iguales y tiene gran importancia en los primeros años de vida. La conducta y las actitudes de los demás tienen un sentido muy importante para cada individuo en su propio contexto, son determinantes en la percepción de sí mismo y a su vez guía los comportamientos. Es así

como el nivel de aspiración de éxito disminuye después de los fracasos y aumenta después de los éxitos (Hoppe, citado en Oñate, 2003).

5.5 Consideraciones éticas

Para la elaboración de la investigación, se tuvieron en cuenta los principios propuestos para la protección de los sujetos humanos, basados en la ética del comportamiento. Así, se contemplaron principios como respeto, justicia, autonomía, beneficencia, no maleficencia, solidaridad entre otros, dado que todos los participantes fueron tratados como agentes autónomos capaces de deliberar sobre sus fines personales y de tomar decisiones de acuerdo a su propia voluntad.

Dentro de todas las familias participantes, se produjo un beneficio al permitir que las personas involucradas actuaran con libertad, bajo sus criterios razonados, sin privarle de la información que se requirió para formar un juicio mediato. Estos beneficios se materializaron en la apropiación de conocimientos, enseñanza de prácticas de autocuidado, fortalecimiento de vínculos comunicativos y de interacción familiar.

De igual modo, a los menores participantes se les respetó el derecho de ser protegidos por sus padres o acudientes. Se aseguró el bienestar de las personas, sin causar daño alguno y maximizando los beneficios sin exponer a los individuos a ningún riesgo. También, se brindó un trato con igualdad a todos los participantes y se tuvieron presentes las necesidades individuales. La selección de sujetos fue realizada a conveniencia y según las posibilidades de cada uno.

Como evidencia de lo anterior, se realizó un consentimiento informado (anexo 7) para los participantes adultos, incluyendo información sobre los fines, riesgos y beneficios del estudio, en términos sencillos y claros para que el grupo social pudiera entenderlo. Se dio la oportunidad de formular preguntas o de retirarse libremente de la investigación, si así lo consideraban los

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

participantes, sin que ello tuviera ninguna clase de perjuicio. Para el diligenciamiento del consentimiento informado se tuvo presente que el participante lo entendiera, comprendiera y firmara voluntariamente.

Las personas que participaron en el proyecto fueron seleccionadas con imparcialidad y justicia, tratados equitativamente en el curso de la investigación. La información recogida y analizada en todas las fases del proyecto se manejó confidencialmente y su uso se limitó únicamente con fines del diseño y la evaluación.

La investigadora que desarrolló el trabajo de investigación se comprometió a respetar los derechos de autor de todas las fuentes investigadas y adoptadas dentro del diseño del material educativo digital en salud oral, que aporta a prácticas familiares que promueven autoestima y autoconcepto. Finalmente, es de afirmar que el proceso no generó ningún riesgo a los participantes, por lo tanto, no se vieron afectados, lo que la cataloga como una investigación beneficiosa que garantiza la seguridad de los participantes.

6 Capítulo VI: análisis de resultados

En el caso de esta investigación la unidad de estudio fueron las familias, vistas como entidades completas que asisten a la consulta de odontología pediátrica. Las personas que hacen parte de estas familias dan respuesta a una situación determinada, para el caso, las prácticas de autocuidado oral. Al obtener fuentes múltiples de datos producto de la indagación, fue posible realizar un análisis que permitió generar descripciones de los conocimientos y las percepciones de sus integrantes; se evaluaron los procesos de aprendizaje y de transmisión de hábitos con el fin de generar comportamientos favorables o no, frente al cuidado de la salud oral.

De forma que, en el presente capítulo se expone el análisis de la información obtenida, inicialmente, presentando una caracterización sociodemográfica de las familias participantes. Después, un proceso de triangulación de los datos cualitativos realizado desde las posturas teóricas propuestas, la información obtenida de las familias participantes y la postura epistemológica, obedeciendo a las reflexiones e ideas que son posible extraer de la experiencia (Hernández, et al., 2006).

6.1 Características sociodemográficas

En el consultorio odontológico donde se desarrolló la investigación, se atiende hijos de familias adscritas a medicina prepagada de Colsanitas, en su mayoría; también familias remitidas de odontólogos y médicos pediatras que trabajan para otras empresas prepagadas. La mayoría de estas familias pertenecen a estratos 4, 5 y 6 y provienen de las localidades de Suba y Usaquén de la ciudad de Bogotá. Son familias nucleares compuestas por padre, madre e hijo(s). El mayor motivo de consulta es por “control o revisión periódica” otros motivos de asistencia son por “limpieza”, “le están saliendo los dientes” y “tiene caries”.

Se trata de una población que asiste regularmente a la consulta, 1 o 2 veces al año, y que han recibido información sobre prácticas de autocuidado en alguna de los momentos en que han asistido. En su mayoría, los padres y madres de familia tienen un nivel educativo profesional y especialistas, lo que les permite tener conocimientos básicos respecto a hábitos de cuidado oral.

6.2 Categorías y Subcategorías de análisis

Al realizar la red semántica de la información recogida para dar respuesta a los objetivos de la investigación, se definieron las siguientes categorías (Figura 25).

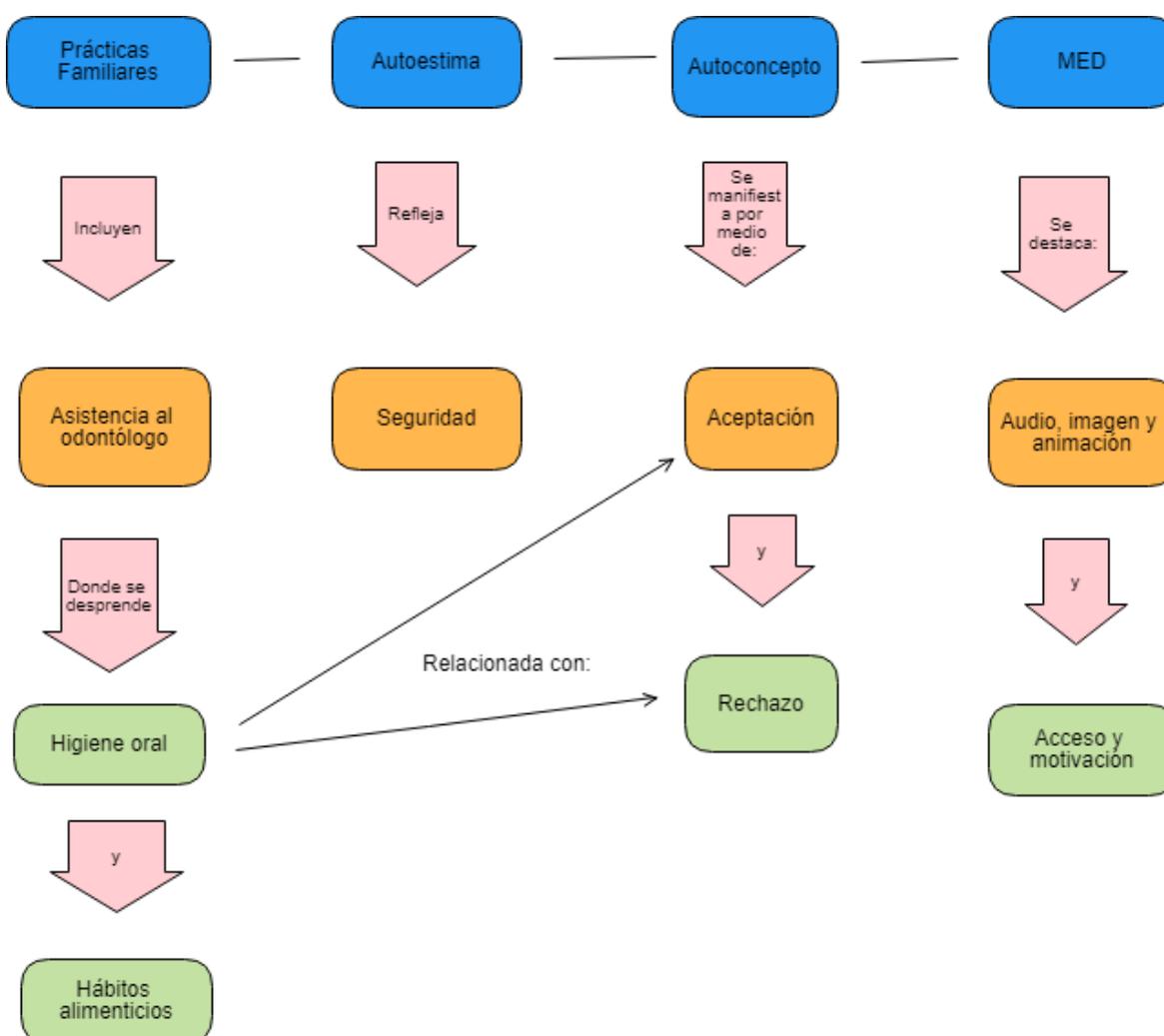


Figura 25. Mapa de categorías y subcategorías *a priori*.
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se realiza la descripción de los segmentos encontrados en cada una de las subcategorías en su orden de presentación.

6.2.1 Asistencia al odontólogo.

Según la OMS y la UNICEF (2002), las prácticas familiares fomentan el crecimiento y el desarrollo saludable de los menores, ya que contribuyen a estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental. Inicialmente, al indagar sobre las prácticas familiares, las familias comprenden claramente la importancia de la *asistencia al odontólogo* y relacionan el comportamiento del paciente con el profesional que los atiende; es decir, para ellos el odontólogo y el tipo de tratamiento define el comportamiento del niño (a) o del paciente en general.

Al respecto, algunos pacientes opinan que: “yo tuve tratamiento de ortodoncia duro por dientes torcidos voy cada año y la experiencia es buena, he dado con buenos odontólogos. La niña la primera vez la experiencia fue mala y le saco un diente con maltrato, ahora le ha perdido el miedo” (paciente 1, entrevista personal). Así, de acuerdo a lo encontrado en las encuestas, 7 familias (70%) consideran que la primera visita debe realizarse antes del año y que la frecuencia debe ser de varias veces en el año; 2 de las familias encuestadas (20 %) consideran que la primera cita debe ser antes de los 5 años de edad y solo una familia (10%) refiere que a cualquier edad.

Así, se destacan algunos aportes como: “desde bebés debe iniciar la prevención”, “durante los cinco primeros años es el momento en el cual los niños pueden adquirir hábitos de higiene e interiorizarlos” (paciente 2, entrevista personal). De igual forma, en los registros de observación a las historias clínica, se confirma que 8 (80%) de los pacientes asistieron por primera vez a consulta antes de los 5 años. Según estos resultados, las familias que asisten a la consulta

odontológica le dan valor a la asistencia, tienen una mirada preventiva sobre la salud oral, y prefieren llevar a sus hijos desde edades muy tempranas para evitar futuras complicaciones (ONSB, 2014).

Por otro lado, Ramos y Paiva (2003) afirman que la ansiedad infantil, la ansiedad materna, el comportamiento del niño en los procedimientos médicos anteriores y la experiencia de dolor, están fuertemente asociados al comportamiento del niño en el consultorio odontológico. El grado de dolor experimentado en la consulta define el tipo de experiencia previa del paciente, esto explica cómo tratamientos invasivos que producen sintomatología se pueden enmarcar dentro de las experiencias negativas expresadas por los padres de familia. Un ejemplo de ello es lo expresado por una madre de familia:

“Mi hija mayor tuvo una caries de chiquita creo que fue por tomar tetero, luego se la arreglaron y nunca más han tenido caries. La experiencia fue regular pues se necesitó la fresa, pero luego siempre ha sido control y a la niña le gusta venir a las citas”. (Paciente 3, entrevista personal).

Cabe destacar que acuden al profesional de la salud oral, en casos donde se presentan dificultades con la erupción de los dientes de los niños, sin dejar de lado la importancia que brindan a las prácticas preventivas rutinarias, como la limpieza dental; dado que “generalmente le pedimos la cita al odontopediatra para que las revise y nos diga qué debemos hacer” (paciente 6, entrevista personal) o “también ir a la limpieza al odontólogo” (paciente 4, entrevista personal).

En consideración de los resultados de las encuesta, 8 familias (80%) refieren que asisten al odontólogo cuando sus hijos experimentan la salida de sus dientes; 2 (20 %) cuando esto sucede, mejoran la higiene oral y proporcionan a sus hijos alimentos duros para facilitar la caída de los dientes. Esto coincide con los resultados de los registros de observación, los cuales muestran que

4 de las familias (40%) asisten con motivo de aflojamiento por el recambio normal de los dientes temporales, porque causa dolor y la molestia en los niños(as) al comer y al hacer sus actividades bucales funcionales.

Autores como Villalobos, et al., (2010) encontraron en su estudio que las principales necesidades dentales, asociadas con la asistencia a los servicios de salud, están relacionadas con el dolor dental; tal y como se enuncia en los resultados de los registros de observación, en los cuales aparece el dolor como principal motivo de consulta.

De igual forma, la colaboración, la frecuencia y la constancia en las citas odontológicas se resalta en el proceso investigativo como un segmento integrado a la categoría de asistencia al odontólogo, al igual que la confianza que se le ofrece a sus pacientes (Meneses, Vivares y Posada, 2013). Al respecto, uno de los pacientes opina que: “voy con frecuencia y me han realizado varios tratamientos en la odontología. Con los niños también vengo cada vez que me ponen la cita” (paciente 7, entrevista personal).

Según los resultados de las encuestas, 9 familias (90%) han programado cita al odontólogo varias veces en el año y sólo una (10%) familia respondió que la programa cada año. En los registros de observación se identifica la asistencia de todos los pacientes mínimo una vez por año, para realizar control odontológico.

En opinión de Slayton, et al., (2001) los niños de familias de mayores ingresos tienen menos enfermedades dentales y un mayor uso de los servicios que los niños (as) de familias de bajos ingresos. Al respecto, los resultados encontrados en las familias estudiadas, señalan que pertenece a estrato medio alto y alto, con nivel educativo profesional; es decir, han adquirido conocimientos sobre la salud oral y un mayor acceso a los servicios de salud de medicina prepagada.

6.2.2 Higiene oral.

En relación a *la higiene oral*, se presenta como un método eficaz para mantener un estado de bienestar en la cavidad oral. Cupe y García (2015) destacan la importancia de la educación para la salud bucal de preescolares, como refuerzos para la adquisición de actitudes y hábitos saludables de toda la familia; en la medida que, en la educación para la salud, los padres y personas responsables toman conocimiento sobre medidas de autocuidado. Sin embargo, diferentes estudios (Ministerios de Protección Social, 2012; Contreras, 2013; ONSB, 2014) han demostrado que los padres y/o responsables de los niños (as), muchas veces no poseen toda la información necesaria sobre los cuidados para mantener la salud bucal de los menores en edad preescolar y escolar.

Por el contrario, según lo observado, las familias participantes conocen bien los elementos necesarios para hacer la correcta higiene oral, la responsabilidad que ellos tienen dentro del mantenimiento de la salud oral de sus hijos. Por lo tanto, se involucran en el cuidado de sus hijos, reconocen enfermedades orales como la caries, sus factores causales y los problemas de las encías:

“yo siempre he cepillado a mis hijas desde pequeñas pues así lo han indicado los doctores, usamos crema, cepillo y seda dental” (paciente 3, entrevista personal); “es importante hacerla a diario para evitar las caries y la enfermedad de las encías” (paciente 4, entrevista personal).

También, de acuerdo a lo arrojado por las encuestas, 9 padres (90%) reconocen que los elementos que pueden contribuir a la higiene oral son: cepillo, seda dental y crema dental, un padre de familia señaló (10%) el palillo; 2 (20 %) el bicarbonato y tres (30%) el enjuague bucal. Esta respuesta no fue diligenciada en una encuesta realizada. Como correlación, entre el cepillado y la placa bacteriana (Córdoba, et al.,2010), se encontró que el índice de placa

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

bacteriana para 8 niños (80%) fue bueno, registrado en el rango entre 0 a 15 %; un índice de placa bacteriana regular en dos niños (as) (20 %) correspondiente al 15 al 30 % acumulada en las superficies dentales.

En cambio, en caries dental se encontraron lesiones incipientes en un paciente (10%) e incipientes y microcavitarias en otro paciente (10%), con higiene oral buena y en pocos casos regular, hallazgo que los clasifica como pacientes de mediano riesgo para desarrollar la enfermedad. De ahí la importancia de “asistir al odontólogo regularmente, lavado de dientes 3 veces al día, usar cepillo, crema seda dental todos los días” (paciente 6, entrevista personal).

Cupe y García (2002) demostraron que a medida que la madre o el padre tienen un nivel de educación mayor, presentan mayores conocimientos sobre salud oral; datos similares se encontraron en el estudio en donde los padres tenían niveles educativos profesional y/o especialista y conocimientos sobre el cuidado de la salud oral, haciendo que sus hijos tengan bajo o mediano riesgo para desarrollar enfermedades orales. Entonces, según lo encontrado en la investigación, los padres juegan un papel muy importante en el desarrollo de hábitos y comportamientos en salud oral de sus hijos. La adquisición de buenos hábitos y pautas de comportamiento en la edad escolar permiten una mejor estructuración y orientación, logra autonomía y mejora la convivencia en los individuos, además son necesarios para la adquisición de nuevos aprendizajes (Morocho, 2018).

6.2.3 Hábitos alimenticios.

Al hacer el análisis de la subcategoría de *hábitos alimenticios* se pudo encontrar que los padres de familia entrevistados relacionan el calcio con el fortalecimiento de los dientes. Ven favorable el consumo de proteínas, leche, frutas y verduras; refieren que es desfavorable el consumo de alimentos duros, dulces y el uso del tetero (Agudelo y Martínez, 2009). Algunas

familias opinan que “ayudan alimentos que tengan calcio como frutos para fortalecer”, “los alimentos como los dulces, los chicles, los chicharrones, otros muy duros y las gaseosas dañan los dientes, los buenos las proteínas y las leches” “los que ayudan son las frutas, las verduras y las proteínas. Los que perjudican los azúcares y las gaseosas” (pacientes 1 y 5, entrevistas personales.)

En los resultados de las encuestas se observa que 9 de los padres (90%) considera que la alimentación es importante para mantener la boca saludable, 1 (10 %) considera que casi siempre es importante. Siete padres (70%) opinan que las gaseosas y los alimentos azucarados son perjudiciales para la salud oral; seguido de 4 (40%) que hacen referencia al chocolate y solo 1(10 %) señala la leche. Al respecto, afirman que “generan más rápido las caries”, “quedan residuos en los dientes por horas”, “porque tienen mayor grado de sacarosa”, “hacen que las bacterias de la caries se den más rápido” “Generan caries y manchan los dientes” (pacientes 5, 3, 7 y 8, entrevistas personales).

Después de la implementación del material, se encontró que diez de las familias (100%) encuestadas consideraron que el material educativo presentado en la consulta de odontopediatría, aportó conocimientos de salud oral los cuales han contribuido al establecimiento de prácticas más saludables, pues han “motivado al fortalecimiento de las prácticas”, (paciente 5, entrevista personal) y “nos dio conocimientos nuevos” (paciente 1, entrevista personal). Por consiguiente, al realizar una adecuada promoción de la salud será posible obtener mejores resultados en las prácticas de autocuidado y, por lo tanto, en la prevención de enfermedades orales (Contreras, 2013).

Asimismo, se observó que la utilidad del material educativo fue mostrar de una manera didáctica y comprensible a los niños el desarrollo de la enfermedad oral, sus causas y

consecuencias; reflejado en un caso puntual de un niño y presentado por unos personajes muy amigables y divertidos para ellos: el video es real, la niña estuvo atenta mirando las imágenes que le mostraban lo que pasa en los dientes cuando no se cuidan adecuadamente”; “los muñecos son divertidos y cautivan la atención de los niños”; “el material es útil para enseñarnos más a profundidad lo que nos dice la doctora, explica porque se produce la caries y qué nos puede pasar si no hay buena higiene” (pacientes 3, 6 y 7, entrevistas personales).

Estos aportes de los padres de familia confirman la importancia de utilizar materiales educativos interactivos que llamen la atención de los niños, capaces de involucrar a la familia como un núcleo. Por eso, en consonancia con Perurena, López y Cabañas (2012), es de afirmar que la alta interactividad con recursos educativos facilita la construcción significativa e interactiva del conocimiento, en espacios de aprendizaje lúdicos y flexibles.

6.2.4 Autoestima.

La autoestima formulada como el concepto que uno tiene de sí mismo según las cualidades subjetivas y valorativas. Estas cualidades provienen de la experiencia y pueden ser positivas o negativas. Se concreta después de una autoevaluación dando como resultado una actitud de aprobación de sí mismo (Oñate, 2003). De manera que, en esta se analizó la subcategoría *seguridad*, relacionan la apariencia con los sentimientos (felicidad) que expresan las personas.

Los padres entrevistados refieren que para ellos la salud oral otorga seguridad en sí mismos, dado que “es muy importante porque como uno se ve así, así lo ven los demás, la aceptación es importante y la autoestima para que no lo rechacen”; “pues si no hay dolor la persona se siente bien consigo misma, si hay dolor y dificultad para comer pues la persona va a sentirse muy mal”; “el verse bien hace que la persona se sienta feliz y segura”; “me parece que es

fundamental la higiene y la mordida para que las niñas crezcan bien y seguras de sí mismas” (pacientes 4, 7, 8 y 6, entrevistas personales).

En las encuestas 8 familias (80%) consideran que el aspecto físico mejora la autoestima, 5 (50%) consideran que mejora las relaciones con los demás, 6 (60%) hacen referencia a la seguridad y 3 (30%) al autoconcepto. 9 padres (90%) están de acuerdo en que ellos como orientadores pueden mejorar la sonrisa de sus hijos(as) y solo 1 padre piensa que es parte de su responsabilidad.

Por su parte, cuando se indagó por la *motivación*, como uno de los elementos que cuentan para fortalecer la autoestima (Mejía, et al., 2011), se encontró que si se han presentado cambios en las prácticas de salud oral de la familia después de revisar el material educativo; la mayoría de los padres dicen afirman que los niños recuerdan lo que el material les enseñó y están un poco más motivados. Algunos dicen que se requiere mucho refuerzo diario para que los niños se cepillen los dientes: “sí, está más motivado porque se acuerda del tiburón” (paciente 2, entrevista personal), “ha mejorado, pero toca estarles diciendo del cepillado” (paciente 6, entrevista personal).

Esta motivación está relacionada con la utilización de la tablet donde se les presentó el material, dado que, según Buendía, et al., (2016), el uso de recursos tecnológicos promueven un mayor dinamismo, una mejor interacción entre el alumno y los contenidos, y una adaptación a las nuevas formas de aprendizaje y del conocimiento. Es así como, el uso de las TIC dentro de la consulta médica oral, permiten captar la atención facilitando su participación en el proceso de enseñanza, mejorando su memoria visual, su competencia digital y reforzando su creatividad (Guillén, Arteaga y Figueroa, 2017).

Finalmente, al realizar la lista de chequeo posterior a la implementación del material, se encontró que los niños se esforzaron más por llegar a la consulta con los dientes mejor cepillados. Es decir, ocho (80%) de los niños presentaron índice de placa bueno; a dos niños (20%) se les dificulta lograr un buen cepillado debido a su poca motricidad fina, sin embargo, tienen ayuda de un adulto al momento de cepillarse y usar la seda dental. Todos los pacientes (100%) empezaron a implementar el uso de la seda dental, por lo menos 2 veces por semana, mejorando sus hábitos alimenticios y su estado de salud oral. Aún no se ha podido medir la frecuencia de la asistencia al odontólogo, pero al preguntarles tienen presente que debe hacerse cada 6 meses.

6.2.5 Autoconcepto.

De la categoría *autoconcepto* subyacen las subcategorías *aceptación* y *rechazo*. Al realizar el proceso de diagnóstico inicial se encontró que los padres asocian la apariencia con la aceptación y, a su vez, estos aspectos con el trabajo que desarrollan los padres sobre sus hijos. Por ejemplo, algunos de ellos afirman que: “la sociedad siempre lo acepta a uno según su apariencia, es decir todo entra por los ojos”; “sí, todo el tiempo le decimos y le recordamos el cepillado”; “sí, claro somos los padres los responsables de su salud, pues ellos aprenden de nosotros” (Paciente 4, 6 y 3, entrevistas personales).

Todos los padres encuestados consideran que la salud oral ayuda a la autoestima y al autoconcepto proporcionando altos niveles de éxito en la vida de una persona. Al respecto, Tortolero (2015) afirma que:

Está demostrada la importancia de la sonrisa espontánea como aspecto relevante en la expresión de las emociones del infante y su consecuencia en la formación de la autoestima, refiriendo que esta última para la psicología sería el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, el aprendizaje, la creatividad y la

responsabilidad personal, sin duda alguna esta otorga cierto valor social y emocional en el infantojuvenil. (p.60).

Por esta razón, el autoconcepto se presenta por la socialización con los padres, los iguales y tiene gran importancia en los primeros años de vida. La conducta y las actitudes de los demás tienen un sentido muy importante para cada individuo en su propio contexto, son determinantes en la percepción de sí mismos y a su vez guía los comportamientos. Es así como el nivel de aspiración de éxito disminuye después de los fracasos y aumenta después de los éxitos (Hoppe, citado en Oñate, 2003).

Posterior a la implementación del material se encontró que seis (60%) de los encuestados respondieron que la aplicación de estos conocimientos en las prácticas en salud oral, permite lograr una mayor seguridad en los miembros de la familia, pues” al tener la boca saludable se siente uno más tranquilo” (paciente 6, entrevista personal). Cuatro familias (40%) contestaron que parcialmente: “es una parte importante de la seguridad pero hay otras cosas igualmente importantes” (paciente 9, entrevista personal), “la seguridad se tiene también por otros factores, claro que es muy importante” (paciente 5, entrevista personal).

En cuanto a la percepción y la motivación que tienen los niños de sí mismo después de la revisión del material, se encontró que los padres refirieron que no han notado un cambio en la percepción, pero si los ven más motivados: “no he notado cambio en su percepción, tal vez más adelante cuando vea su sonrisa bonita podrá tener una mejor percepción de sí mismo”; “creo que es muy pronto para notar el cambio en la percepción”; “llegará el momento en que se interese más por su apariencia”; “por ahora está motivado porque sabe que estamos más pendientes de su cepillado” (pacientes 3, 6, 7 y 1, entrevistas personales).

Al aplicar la lista de chequeo se encontró que todos los niños están más motivados por su salud oral. Al indagar sobre la seguridad, la confianza y la apariencia no fue fácil para los niños responder estas preguntas, hubo necesidad de explicarles con términos sencillos; sólo tres (30%) de ellos mostraron interés sobre este tema.

6.2.6 MED: Material Educativo Digital.

Frente al indicador material educativo digital se encontró que para cinco familias (50%) el material educativo fue muy fácil de usar. Otras refirieron que había sido un poco difícil de entender cómo se usaba y que además había sido muy larga la lectura de los textos: “fue fácil, aunque muy largo de leer” (paciente 9, entrevista persona). Para las otras cinco (50%) fue ligeramente fácil de usar, aunque “se nos dificultaba saber cómo pasar de una hoja a otra y cómo hacer las tareas” (paciente 10, entrevista personal); “nos demoramos leyendo todas las imágenes, tocaba irles explicando toda la información a los niños para que la entendieran, pero estuvo muy interesante” (paciente 2, entrevista personal).

Para todas la familias (100%) el audio, las imágenes y la animación fueron buenos, porque “tiene buen diseño, la forma como se presenta la información, es clara y esquemática”; “bien logrado el material”; “muy ilustrativo, es didáctico”; “los personajes son muy bonitos, se escucha bien y las imágenes y el color están bien también” (pacientes 1, 3, 5 y 6, entrevistas personales). En esta medida, según Gillén et al., (2017), con la incorporación de las TIC a cualquier espacio pedagógico, el aprendizaje se flexibiliza través de la auto-gestión, orientados bajo la flexibilidad y didáctica que se ofrece.

Finalmente, es posible afirmar que la experiencia fue positiva para todas las familias, dado que los contenidos fueron destacados porque “fue bonito ver el material en familia, revisar los contenidos explicándole a los niños, aquí los padres somos como sus profesores de odontología”

(paciente 1, entrevista personal); “me gustó mucho la forma de mostrar la información, en verdad es algo nuevo para nosotros” (paciente 7, entrevista personal).

Estos comentarios de los padres de familia demuestran que la utilización de recursos innovadores llama la atención de los pacientes, los motivan y generan en ellos nuevas expectativas frente al campo del aprendizaje. De hecho, siguiendo la opinión de Perurena, López y Cabañas (2012), se afirma la necesidad de desarrollar nuevas estrategias de aprendizaje basadas en recursos y modelos didácticos, factibles de implementar en las plataformas virtuales de aprendizaje.

7 Conclusiones y prospectiva

Cuando se habla de salud oral es necesario reforzar permanentemente los conocimientos sobre el autocuidado y la asistencia al odontólogo, estas acciones se pueden abordar desde el punto de vista de la prevención y de la promoción. Para la prevención el objetivo es la ausencia de enfermedad y la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar.

Sin duda, la educación para la salud deberá ser entendida como una línea estratégica a la atención y el cuidado, previniendo las enfermedades más prevalentes y fortaleciendo los hábitos de vida que conlleven a mantener la calidad de vida de las personas. Así, se espera que las personas encuentren un estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales y personales necesarias para el funcionamiento adecuado que permitan la subsistencia y la identidad (Uribe, 1999).

De esta manera, al realizar la implementación del Material Educativo Digital diseñado para esta investigación, se puede concluir que las familias ven expuesto en el material la importancia de asistir al odontólogo desde una mirada preventiva, ya que el caso presentado en el video fue llamativo para ellos y refleja su propia experiencia.

Según lo expresado por las familias el MED aportó nuevos conocimientos para el establecimiento de prácticas saludables y frente a la prevención de enfermedades orales. Esto se logró mediante la implementación de una estrategia divertida y novedosa que cautivó la atención de los participantes. A su vez logró integrar a la familia en torno al tema de la salud oral.

La participación de la familia en el arraigo de estas características que crecen con el individuo, es de vital importancia ya que es la célula activa y mediadora entre los individuos y la sociedad. De esta célula parten los valores, las costumbres y tradiciones, es por esto que el trabajo de promoción de la salud y educación en salud bucal debe dirigirse hacia ella como una unidad. Sin olvidar que una familia bien preparada es un factor decisivo en la calidad del desarrollo humano, prepararla implica mejorar la calidad de vida de sus miembros (Capote, 2012).

Por consiguiente, el trabajo de investigación desarrollado involucró las familias que asisten regularmente a la consulta odontológica, como mediadoras del conocimiento en salud oral con sus hijos(as); permitiendo la interacción con Material Educativo Digital “Mako”, afianzando los conocimientos en salud oral, hábitos saludables, la autoestima y el autoconcepto.

Después de la implementación del material, las familias identificaron las principales enfermedades orales y las relacionaron con la apariencia y la seguridad en sí mismos. Los padres identificaron claramente la responsabilidad que tienen frente al cuidado de sus hijos y la salud oral, como contribución a la autoestima y el autoconcepto, como lo exponen otros autores Torres y Rodrigo (2014).

El MED “Mako” permitió a las familias interactuar con el conocimiento a través de las tecnologías cubriendo un amplio entorno socio-cultural y formativo como lo presentó Bautista (2007).

La metodología de aprendizaje basado en problemas fue destacada en las entrevistas realizadas, dado que al presentar una situación del contexto real, fue posible la identificación con experiencias personales y, por ende, con una acción efectiva de solución.

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

Para encontrar resultados frente al tema de percepción, seguridad y confianza se hace necesario ampliar el término de la investigación, estas características se afianzan con el tiempo y requieren de la implementación de conductas a largo plazo. Sin embargo, es de reconocer que las familias mostraron interés en el uso y la incorporación de las tecnologías en el proceso de enseñanza aprendizaje; lo que nos muestra la importancia de involucrar estrategias educativas innovadoras en el proceso de formación de las familias, como parte de la contribución de sujetos éticamente comprometidos con su crecimiento.

Ya que no existen estudios publicados donde se presente un material educativo en salud oral con los objetivos y contenidos presentados en esta investigación se deja la propuesta de ser socializado a la comunidad académica de manera que pueda ser implementado en otros ámbitos educativos, no solo en los consultorios de odontología, clínicas, IPS en salud oral, sino en ámbitos comunitarios en donde se trabaja con familias y poblaciones que requieren de estos procesos motivacionales y formativos de manera que se logre hacer una verdadera prevención en salud oral, utilizando este recurso educativo que generó impacto en el aprendizaje para la adopción de prácticas que promueven el autocuidado oral, la autoestima y el autoconcepto .

Referencias bibliográficas

- Abdul, H., Muhammad, K., Shamta, S., Saima, C., Muhammad, I. y Ayyaz, A. (2016). The role of repetition and reinforcement in school-based oral health education-a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 16 (2), 1-11.
- Agudelo, A., y Martínez, E. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Revista Gerencia Política en Salud*, 8 (16), 91-105. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a06.pdf>
- Ballesta, J., Cerezo, M. (2011). Familia y escuela ante la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación. *Educación XX1*, 14(2), 133-156.
- Bautista, A. (2007). Alfabetización tecnológica multimodal e intercultural. *Revista de Educación*, 343, pp. 589-600.
- Bolívar, J. Innovaciones tecnológicas en el proceso enseñanza-aprendizaje. Caso instituto educacional Juan XXIII. *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 9 (2), 37-50. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/eduweb/v9n2/art02.pdf>
- Buendía, F., Benlloch, J., Zahonero, I., Cubel, B. (2016). Experiencias en la aplicación de tabletas en Secundaria. *EKS*, 17 (4), pp. 75-89.
- Burns, R. (1990). *El autoconcepto: teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. España: Ediciones EGA.
- Capote. M., y Campello, L. (2012). Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(3), pp. 256-266.

- Carbonell, O., Plata, S., Bermúdez, M., Suárez, L., Peña, P. y Villanueva, C. (2015). Caracterización de prácticas de cuidado en familias colombianas con niños en primera infancia en situación de desplazamiento forzado. *Universitas Psychologica*, 14 (1), pp. 67-80.
- Castro, P., Van der Veer, R., Burgos, G., Meneses, L., Pumarino, N. y Tello, C. (2013). Teorías subjetivas en libros latinoamericanos de crianza, acerca de la educación emocional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2), pp. 703-718.
- Contreras, A. (2013). La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomédica: revistas del Instituto Nacional de Salud*, 33 (1). Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1617>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Proyecto de Ley 069. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Proyectos_de_Ley_en_curso/P.L.069%20DE%202015%20Bucodental.pdf
- Córdoba, D., Portilla, M., y Arteaga, G. (2010). Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. *Universidad y Salud*, 1(12),
- De La Torre, G. (2005). Primeros resultados de un estudio psicopedagógico del autoconcepto en niños con habilidades sobresalientes. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 7, pp. 65-100.
- Dillenbourg, P. (2000). Virtual Learning Environments. Learning in The New Millennium: Building New Education Strategies For Schools. Trabajo presentado en la 3rd Hellenic Conference, Rhodes, Grecia.

Esnaola, I., Goñi., A., y Madariaga, J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación.

Revista de Psicodidáctica, 13 (1), 69-96. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>

García, G., Navarro, L., López, M. y Rodríguez, M., (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica, Rev EDUMECENTRO. 6(1), pp.1-9.

Goettems, M., Machado, T., Romano, A., Demarco, F., Dias, D. (2011) Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. Quality of Life Research, 20, (6), 951-959.

Guillen, R., Arteaga, S., y Figueroa, J. (2017). Las tecnologías de información y comunicación (TIC's) en odontología. Revista Polo del Conocimiento, 2 (4), 120-128.

González, I., y López, A. (2001). La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. Ciudad de México. Recuperado de:

<https://www.worldcat.org/title/autoestima-medicion-y-estrategias-de-intervencion-a-traves-de-una-experiencia-en-la-reconstruccion-del-ser/oclc/52895935>

Guma, V. (2009) Risoterapia: curando con Risas. Perú: Lima.

ICBF. (2006). Código de Infancia y la Adolescencia (Ley 1098). Diario Oficial, No. 46.446.

Inche, J. (1998). Modelos de Innovación Tecnológica. Industrial Data, 1(2), 9-16.

Johnson, N., y Winterbottom, M. (2010). Supporting girls' motivation in science: a study of peer- and self- assessment in a girls- only class. Journal Educational Studies, 37 (4), 391-403.

Kemthong, M., Vorawee, L., Vittawat, V., Attakorn, C., Attakrit, C., Weerapol, B. y Malee, A. (2012). Factors associated with parent capability on child's oral health care. Southeast Asian J TropMed PublicHealth, 43 (1), pp. 249-255.

- Knowles S., Holton F., Swanson A. (2001). *Andragogía, El Aprendizaje de los Adultos*. México: Oxford.
- Krumm, G., Vargas, J. y Gullón, S. (2013). Estilos Parentales y Creatividad en Niños Escolarizados. *Psicoperspectivas*, 12(1), pp.161-182.
- Loya, R. (2014). *Aprendizaje basado en problemas*. México: Trillas.
- Lozano, A. (2006). *Estilos de aprendizaje y enseñanza*. México: Trillas.
- Luque, F. (2016). Las TIC en educación: caminando hacia las TAC. *3C TIC. Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 5(4), 55-62.
- Mejía, A., Pastrana, J., y Mejía, J. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. Barcelona: Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Recuperado de: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/103.pdf>
- Meneses, E., Vivares, A., y Posada, A. (2013). Hábitos y prácticas de salud bucal en escolares del area metropolitana del Valle de Aburrá. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4 (12), 187 – 198.
- Morales, P. A. (2012). *Elaboración de material didáctico*. Tlalnepantla. México: Red tercer milenio.
- Morocho, A. (2018). *Estrategias de enseñanza en el manejo de hábitos de higiene y cuidado del ambiente en el área personal social para optimizar aprendizajes de los estudiantes de la I.E. N° 010 Distrito y provincia de Piura- 2018*. (Tesis de postgrado). Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ministerio de la Protección Social. (2012). *Lineamiento técnico de salud en la primera infancia*. Comisión intersectorial para la atención integral de la primera Infancia. Bogotá: Colombia.

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

Ministerio de Salud y Protección social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2014). IV estudio nacional de salud bucal. Ensab IV.

Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>.

Missiacos, S. (2011). La autogestión del aprendizaje fuera del aula. Girona: Univest. Recuperado

de: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/3859/329.pdf?sequence=1>

Ojeda, A., González, L., Díaz, F. Pinedo, L. (2008). El aprendizaje visual: un aporte de la

Informática, Telemedicina, Salud-e y Rede-s (TICs) a la educación. Revista Médica Electrónica, 30(4), 1-12.

OPS. (2002). Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo infantil saludable.

AIEPI. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/practicas-familiares-clave-para-el-crecimiento-y-desarrollo-infantil-saludable.pdf>

ONSB. (2014). Proyecto “Fortalecimiento del Cuidado Bucal Durante la Primera Infancia”.

Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de:

[http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/a6168286-94d6-4cea-bc67-df22f8e16aa0/Informe+final+FAMI+\(para+p%C3%A1gina+web\).pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/a6168286-94d6-4cea-bc67-df22f8e16aa0/Informe+final+FAMI+(para+p%C3%A1gina+web).pdf?MOD=AJPERES)

Oñate, M. (2003). El autoconcepto concepto, evolución y estrategias. Madrid: Editorial Narcea.

- Orellana, G., Morales, O., García, C., Ramírez, R., y Setién, V. (2008). La hipermedia y la enseñanza-aprendizaje de la odontología: proyecto factible empleando el software recomp® (i). *Acta Odontológica Venezolana*, 46(4), 1-13.
- Onrubia, J. (2005). Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. *RED. Revista de Educación a Distancia*. Obtenido de http://www.um.es/ead/red/M2/conferencia_onrubia.pdf.
- Ortíz, C y García, M. (2013) Familia. Aspectos claves. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Peggy A. y Newby, T. (1993). Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4), 50-72. Recuperado de: <https://www.galileo.edu/faced/files/2011/05/1.-ConductismoCognositivismo-y-Constructivismo.pdf>
- Peruena, L., López, S., Cabañas, J. (2011). Gestión e innovación en Tecnología Educativa: Experiencias. *Economía y Desarrollo*, 148(2), 247-257.
- Pizzo, M. (2010). El desarrollo de los niños en edad escolar. Buenos Aires: Argentina.
- Rafi, A., Zakirulla, M., Syed, M., Nasim, V., Ali, R. y Abdullah, A. (2012). Cross-Sectional Study of Awareness and Knowledge of Causative Factors for Early Childhood Caries among Saudi Parents: A Step towards Prevention. *International Journal of Health Sciences and Research*, 2(3), pp. 1-7.
- Ramos, M. Paiva, S. (2003). Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *JBP. Jornal brasileiro de odontopediatria & odontologia do bebê*, 6(29), pp. 70-74.

- Rincón, C., Rodríguez, O., y Galera, K. (2015). Descripción del manejo de la información en la primera infancia en dieciséis municipios colombianos. *Revista Gerencia Política en Salud*, 13 (27), pp. 296-318.
- Rodd, H., Marshman, Z., y Porritt, J. (2012). Psychosocial predictors of children's oral health-related quality of life during transition to secondary school. *Qual Life Res*, 21 (4), 707-716.
- Rodríguez, J., y Silva, J. (2006). Incorporación de las TIC en la formación inicial docente. El caso chileno. *Innovación Educativa*, 6(32), 35.
- Rodríguez, P. (2003). La andragogía y el constructivismo en la sociedad del conocimiento. *Laurus*, 9 (15), 80-89. Caracas: Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/761/76111335006.pdf>
- Salinas, J. (2004). Innovación docente y uso de las TIC en la enseñanza universitaria. *Revista De Universidad Y Sociedad Del Conocimiento*, 1(1), pp. 1-16. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/RUSC/article/view/28810>
- Seim, M., Fidalgo, A. y García, F. (2013). Buenas Prácticas de Innovación Educativa: Artículos seleccionados del II Congreso Internacional sobre Aprendizaje, Innovación y Competitividad. *Revista de Educación a distancia*, pp. 44, 1-5.
- Slayton, R. L., Warren, J. J., Levy, S. M., Kanellis, M. J., & Islam, M. (2002). Frequency of reported dental visits and professional fluoride applications in a cohort of children followed from birth to age 3 years. *Pediatr Dent*, 24(1), pp. 64-68.
- Torres, A. y Rodrigo, M. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica. *Education Siglo XXI*, 32 (2), 255-278.

- Tortolero, M. (2015). La autoestima en niños y adolescentes con alteraciones dentarias. Revisión bibliográfica. *Odous Científica*, 16(2), 58-70. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol16-n2/art06.pdf>
- Tovar, L., Bohórquez, J., y Puello, P., (2014). Propuesta Metodológica para la Construcción de Objetos Virtuales de Aprendizaje basados en Realidad Aumentada. *Formación Universitaria*, 7(2), pp.11-20.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Nursing Research and Education*, 17(2).
- Valbuena L, Díaz A, Castelblanco M. (2000). Frecuencia de caries de infancia temprana en una muestra de niños de 1 a 4 años de Santafé de Bogotá y exploración del riesgo de la lactancia prolongada, perfil familiar y entorno Socioeconómico. *Revista científica Universidad El Bosque*, 6 (2), pp. 34-38.
- Velásquez, G. y Medina, E. (2014). Material educativo computarizado (mec): importancia de la Salud e higiene bucal. (Tesis de grado de postgrado). Carabobo: Universidad de Carabobo.
- Villalobos, J., Medina, C., Maupomé, G., Lamadrid, H., Casanova, A., Casanova, J., Marquez, M. (2010). Dental needs and socio-economic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case control study in children. *J Orofac Pain*. 24(3): pp. 279-286.
- Vizcarro, C., y Juárez, E. (2008). ¿Qué es y cómo funciona el aprendizaje basado en problemas? En: *La metodología del Aprendizaje Basado en Problemas*. Recuperado de: http://www.ub.edu/dikasteia/LIBRO_MURCIA.pdf
- Verduzco, M. y Moreno, A., (2001). *Autoestima para todos*. México: Pax México.

Anexos

Anexo 1: instrumento encuesta inicial a familias

FORMATO DE INSTRUMENTO	
ENCUESTA A FAMILIAS N.1	
N. DE ENCUESTA	
LUGAR:	Consultorio odontológico
FECHA:	
FAMILIA ENCUESTADA:	
PERSONA DE LA FAMILIA QUE RESPONDE LA ENCUESTA:	Edad:
	Nivel educativo:
	Número de hijos(as):
PARENTESCO CON EL MENOR:	
INVESTIGADOR:	Martha Helena Castelblanco Restrepo.
OBJETIVO:	Diagnosticar que conocimientos poseen las familias respecto a prácticas de cuidado oral.
INTRODUCCIÓN:	Cordial saludo El proceso educativo en salud oral es de vital importancia para conservar y mantener buenos hábitos que conlleven al bienestar de la familia, es por esto que estoy realizando la aplicación de un cuestionario con el fin de conocer que necesidades educativas tienen las familias y poder desarrollar un material educativo que

	<p>provea información necesaria para fortalecer los procesos de salud y bienestar de las familias que asisten a mi consulta. Este trabajo hace parte del trabajo de la Maestría de Informática Educativa que estoy desarrollando en la Universidad de La Sabana.</p> <p>Son preguntas muy sencillas donde pueden exponer libremente sus conocimientos, no tomará más de 10 minutos contestarlas. Muchas gracias.</p>
PREGUNTAS:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree usted que la alimentación es importante para mantener la boca saludable? <ol style="list-style-type: none"> a. Siempre ____ b. Casi siempre ____ c. Nunca ____ d. Casi nunca ____ 2. ¿Qué alimentos cree usted que pueden ser perjudiciales para la salud oral? <ol style="list-style-type: none"> a. Leche b. Gaseosas c. Chocolates d. Agua e. Alimentos azucarados <p>¿Por qué? _____</p> 3. ¿Qué elementos cree que pueden contribuir para que usted logre una buena higiene oral? <ol style="list-style-type: none"> a. Sal b. Cepillo c. Palillos d. Seda dental e. Bicarbonato f. Crema dental <p>Otros _____</p> 4. ¿Indique cuál es la frecuencia de higiene que se requiere para tener una buena salud oral? <ol style="list-style-type: none"> a. Una vez al día b. Dos veces al día c. Tres veces al día

- d. Más de tres veces
- e. Ninguna

5. ¿Desde qué edad considera importante la asistencia al odontólogo?

- a. Antes del año
- b. Durante los cinco primeros años
- c. A cualquier edad
- d. No considero importante
- e. Otro ¿Cuál?

¿Por qué? _____

6. Identifique la frecuencia con la cual se debe programar la cita al odontólogo

- a. Varias veces en el año
- b. Cada año
- c. Cada que tenga un problema dental
- d. Otro ¿Cuál?
- e. No considero importante programar cita

7. ¿Cuántas veces ha asistido al odontólogo?

- a. Una vez
- b. De una y cinco veces
- c. Más de cinco veces
- d. Otro ¿Cuál?
- e. Nunca

8. ¿Cuántas veces ha llevado al odontólogo a su hijo(a)?

- a. Una vez
- b. Más de una vez
- c. Nunca

9. ¿Qué acciones toma cuando su hijo (a) experimenta la salida de sus dientes?

- a. Asistir al odontólogo
- b. Comer algún alimento duro

	<p>c. Retirar los dientes con un hilo o con otro elemento d. Otro Cuál? _____</p> <p>10. ¿Piensa usted que el aspecto físico de la boca de una persona mejora: a. La autoestima b. El autoconcepto c. Su seguridad d. Sus relaciones con los demás e. Otro ¿Cuál?</p> <p>11. ¿Puede usted como padre de familia o cuidador mejorar la sonrisa y de su hijo(a)? a. Si ____ b. No ____ c. Parcialmente ____ d. ¿Cómo? _____</p> <p>12. ¿Usted considera que la salud oral ayuda en la autoestima y el autoconcepto proporcionando altos niveles de éxito en la vida de una persona? a. Si ____ b. No ____ c. Parcialmente ____ d. ¿Por qué? _____</p>
CIERRE:	Le agradezco mucho la información suministrada pues será utilizada para mejorar los procesos educativos que conducen al bienestar físico, psicológico y social de las familias que asisten a la consulta de odontopediatría.

Anexo 2: entrevista diagnóstica a familias

FORMATO DE INSTRUMENTO	
ENTREVISTA ESTRUCTURADA A FAMILIAS N.1	
N. DE ENTREVISTA	
LUGAR:	Consultorio Odontológico
FECHA:	
FAMILIA ENCUESTADA:	
PERSONA DE LA FAMILIA QUE RESPONDE LA ENTREVISTA:	Edad:
	Nivel educativo:
	Número de hijos(as):
PARENTESCO CON EL MENOR:	
NÚMERO DE HIJOS(AS) DE 5 A 7 AÑOS:	
INVESTIGADOR:	Martha Helena Castelblanco Restrepo.
OBJETIVO:	Diagnosticar que conocimientos poseen las familias respecto a

	prácticas de cuidado oral.
PREGUNTAS:	<p>1. ¿Qué alimentos cree usted que pueden ayudan o perjudican la salud oral? _____ ¿Por qué? _____</p> <p>2. ¿Qué conoce usted acerca de la higiene oral?</p> <p>3. ¿Cómo ha sido su asistencia al odontólogo? Qué experiencias ha tenido _____</p> <p>4. ¿Conoce qué acciones tomar cuando su hijo (a) experimenta la salida de sus dientes?</p> <p>5. ¿Cómo cree usted que la salud oral tiene relación con la seguridad que tiene una persona en sí misma y su autoconcepto? Explique su respuesta.</p> <p>6. ¿Cree usted que los hábitos de higiene oral de la familia influyen en la autoestima y el autoconcepto que los hijos se forman? Explique su respuesta.</p>
CIERRE:	Le agradezco mucho la información suministrada pues será utilizada para mejorar los procesos educativos que conducen al bienestar físico, psicológico y social de las familias que asisten a la consulta de odontopediatria.

Anexo 3: formato de observación

FORMATO DE INSTRUMENTO	
OBSERVACION N.1	
N. DE OBSERVACIÓN	
LUGAR:	Consultorio Odontológico
FECHA:	
FAMILIA OBSERVADA:	
LUGAR DE LA OBSERVACIÓN:	Consultorio Odontológico
PERSONAS DE LA FAMILIA QUE SON OBSERVADAS:	
NÚMERO DE HIJOS(AS) DE 5 A 7 AÑOS:	
INVESTIGADOR:	Martha Helena Castelblanco Restrepo.
OBJETIVO:	Diagnosticar que conocimientos poseen las familias respecto a prácticas de cuidado oral.
INTRODUCCIÓN:	Mediante esta técnica se realizará una observación directa en la cual se obtendrá información de los miembros de la familia,

	acerca de los conocimientos que tienen sobre el cuidado de la salud oral.
--	---

Anexo 4: lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO

APORTES DEL MATERIAL EDUCATIVO A LAS PRACTICAS DE LAS FAMILIAS

<i>FAMILIA:</i>		<i>FECHA:</i>		
<i>N.</i>	<i>ITEMS</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
1	Índice de placa bacteriana bajo			
2	Buena calidad del cepillado			
3	Uso de seda dental por lo menos dos veces por semana			
4	Asistencia al odontólogo mínimo cada 6 meses			
5	Estado de salud oral sano			
6	Mejora hábitos alimenticios			
7	Se siente más motivado por su salud oral			
8	Su estado de salud oral le da seguridad y confianza en sí mismo			
9	Siente que su estado de salud oral mejora su apariencia			
10	Accede fácil al material educativo			
11	Se ve motivado al usar el material educativo			

Anexo 5: encuesta sobre aportes del MED

FORMATO DE INSTRUMENTO	
ENCUESTA A FAMILIAS N.1	
N. DE ENCUESTA	
LUGAR:	Consultorio odontológico
FECHA:	
FAMILIA ENCUESTADA:	
PERSONA DE LA FAMILIA QUE RESPONDE LA ENCUESTA:	Edad:
	Nivel educativo:
	Número de hijos(as):
PARENTESCO CON EL MENOR:	
INVESTIGADOR:	Martha Helena Castelblanco Restrepo.
OBJETIVO:	Analizar los aportes del material educativo, a las prácticas de las familias en el cuidado oral, la autoestima y el autoconcepto.
INTRODUCCIÓN:	Cordial saludo El proceso educativo en salud oral es de vital importancia para conservar y mantener buenos hábitos que conlleven al bienestar de

	<p>la familia, es por esto que estoy realizando la aplicación de un cuestionario con el fin de analizar los aportes del material educativo a las prácticas de autocuidado, autoestima y autoconcepto</p> <p>Este trabajo hace parte del trabajo de la Maestría de Informática Educativa que estoy desarrollando en la Universidad de La Sabana.</p> <p>Son preguntas muy sencillas donde pueden exponer libremente sus conocimientos, no tomará más de 10 minutos contestarlas. Muchas gracias.</p>
<p>PREGUNTAS:</p>	<p>1. ¿Cree usted que el material educativo presentado en la consulta de odontopediatría, aportó conocimientos nuevos en salud oral?</p> <p>a. Muchos ____</p> <p>b. Pocos ____</p> <p>c. Ninguno ____</p> <p>2. ¿Cree usted que los conocimientos aportados por el material educativo han contribuido al establecimiento de prácticas más saludables en sus hijos(as)?</p> <p>a. Si ____</p> <p>b. No ____</p> <p>c. Parcialmente ____</p> <p>d. ¿Cómo? _____</p> <p>_____</p> <p>3. ¿Cree usted que la aplicación de estos conocimientos en las prácticas de salud oral permiten lograr una mejor autoestima en los miembros de la familia?</p> <p>a. Si ____</p>

- b. No ____
- c. Parcialmente ____
- d. ¿Por
qué? _____

4. ¿Cree usted que la aplicación de estos conocimientos en las prácticas de salud oral permiten lograr un mejor autoconcepto en los miembros de la familia?

- a. Si ____
- b. No ____
- c. Parcialmente ____
- d. ¿Por
qué? _____

5. ¿Cómo considera usted el uso del material educativo?

- a. Muy fácil de usar _____
- b. Ligeramente fácil _____
- c. Difícil de usar _____
- d. No pudo usar el material _____

6. Considera que el audio del material fue:

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo
- d. Muy malo
- e. ¿Por
qué? _____

	<p>7. Considera las imágenes del material son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Buenas b. Regulares c. Malas d. ¿Por _____ qué? <p>8. Considera que la animación del material es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Buena b. Regular c. Mala d. ¿Por _____ qué?
CIERRE:	<p>Le agradezco mucho la información suministrada pues será utilizada para mejorar los procesos educativos que conducen al bienestar físico, psicológico y social de las familias que asisten a la consulta de odontopediatría.</p>

Anexo 6: entrevista estructurada sobre aportes del MED

FORMATO DE INSTRUMENTO	
ENTREVISTA ESTRUCTURADA A FAMILIAS N.1	
N. DE ENTREVISTA	
LUGAR:	Consultorio Odontológico
FECHA:	
FAMILIA ENCUESTADA:	
PERSONA DE LA FAMILIA QUE RESPONDE LA ENTREVISTA:	Edad:
	Nivel educativo:
	Número de hijos(as):
PERENTESCO CON EL MENOR:	
NÚMERO DE HIJOS(AS) DE 5 A 7 AÑOS:	
INVESTIGADOR:	Martha Helena Castelblanco Restrepo.
OBJETIVO:	Analizar los aportes del material educativo, a las prácticas de las

	familias en el cuidado oral, la autoestima y el autoconcepto.
PREGUNTAS:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué utilidad cree usted que el material educativo tiene frente a las prácticas de autocuidado oral de sus hijos? 2. ¿Qué aportes recibió a partir de la revisión del material educativo en salud oral? 3. ¿Se han presentado cambios en las prácticas en salud oral de su hijo (a) y de su familia posterior a la revisión del material educativo? 4. ¿Ha cambiado la percepción que tiene su hijo(a) sobre sí mismo posterior a la revisión del material educativo en salud oral? 5. ¿Ha mejorado la motivación de su hijo(a) frente al cuidado de su salud oral posterior a la revisión del material educativo? 6. ¿Qué opina sobre el acceso y el uso del material? 7. ¿Le parecen adecuadas las imágenes, el color y la animación del material educativo? 8. ¿Cómo fue la experiencia de la familia al utilizar el material educativo en salud oral?
CIERRE:	Le agradezco mucho la información suministrada pues será utilizada para mejorar los procesos educativos que conducen al bienestar físico, psicológico y social de las familias que asisten a la consulta de odontopediatría.

Anexo 7: formato de consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Reciba un amable saludo.

Soy investigadora de la Maestría en Informática Educativa de la Universidad de La Sabana y estoy trabajando en una investigación que busca mejorar las prácticas de autocuidado oral en las familias que asisten a la consulta odontológica con el fin de promover la autoestima y el autoconcepto de los niños(as) de 5 a 7 años de edad.

Me gustaría invitarle a participar en la investigación suministrando información que sirva de insumo para elaborar y probar un material educativo para las familias que asisten a la consulta. Su participación es voluntaria. Es de gran importancia su colaboración y sus aportes. Si usted decide no participar, está en su pleno derecho a hacerlo sin nada que temer. Además está en su derecho de dejar de participar en el estudio en cualquier momento e incluso a solicitar que la información aportada por usted sea retirada del estudio.

Es importante que usted sepa que la participación en este estudio no será remunerada. El beneficio para usted está en la posibilidad reflexionar sobre su salud y de que sus ideas sean tenidas en cuenta. Si usted lo desea, puede solicitar una copia escrita de los resultados obtenidos del trabajo en familia. Si tiene alguna pregunta, puede hacerla en cualquier momento.

Ni su nombre ni ningún otro tipo de información personal serán confidenciales. Me gustaría grabar la entrevista, si usted lo autoriza, porque lo que usted y otras personas asistentes tienen que decir es importante y no queremos que nada de lo que usted diga pueda perderse. Si en

MAKO: SALUD ORAL QUE PROMUEVE LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONCEPTO

cualquier momento de la entrevista usted se siente incómodo con alguna pregunta, podemos ignorarla y continuar con la siguiente.

¿Tiene alguna pregunta? SI __ NO__

¿Le gustaría participar? SI__ NO __

PARTE II

He sido invitado(a) a participar del estudio Presentación de una estrategia innovadora que promueve la salud oral.

He entendido el documento de consentimiento informado que me ha sido leído y explicado. Entiendo que mi participación consistirá en relatar aspectos relacionados con mis conocimientos, experiencias y percepciones en salud oral. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente, he tenido tiempo de pensar en mi decisión de participar. No tengo duda sobre mi participación en este estudio y estoy de acuerdo con hacer parte de esta investigación. Cuando firme este consentimiento informado recibiré una copia del mismo (partes I y II).

Autorizo el uso de la información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar. Sé que puedo terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante

Firma del participante y fecha

Nombre del Investigador

Firma del Investigador y Fecha

Nombre del testigo 1

Firma del Testigo 1 y Fecha

