



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN APLICADAS AL  
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORAS EN  
SALUD BUCODENTAL DE LA COMUNIDAD EL “COYOTE”  
SAN LUIS POTOSÍ. 2006**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**ITZEL RANGEL GARCÍA**

**DIRECTORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Porque con tu nobleza de carácter e infinito amor a los tuyos, hiciste de mí, una humilde depositaria de tu disciplina y conocimientos, dedico este trabajo a tu dulce e inagotable recuerdo: tía Marisela

A papá y mamá, porque sin ustedes no solo mi profesión, sino mi vida entera posiblemente navegara en los mares de la intranquilidad, gracias por su amor, sus consejos, sus cuidados, sus cariños, su paciencia y sobre todo por compartir conmigo mis triunfos y mis fracasos.

A ustedes, quienes quiso el amable destino que compartieran su vida junto a la mía para llenarla de luz, ternura y alegrías; mis hermanos Oskar, Wendy, Arturo, Rodrigo, Quique y Cristinita.

Agradezco el apoyo incondicional, paciencia y palabras de aliento de toda mi querida familia y mis amigos.

A la doctora Nancy Antonieta Jacques Medina por la atención y dedicación que me brindó para la elaboración de éste trabajo. Gracias.

A mi querida universidad, por brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos y haber vivido experiencias inolvidables.

...Pero sobre todo, Gracias a Dios que con su amor inmenso, mi vida a sido enteramente feliz.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.- ANTECEDENTES.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 APRENDIZAJE.....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Estrategias de aprendizaje.....	13
<b>1.2 COMUNICACIÓN.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Comunicación Rural.....	15
1.2.2 Lenguaje.....	16
1.2.3 Estrategias de Comunicación .....	17
1.2.3.1 Imagen.....	17
1.2.3.2 Material didáctico.....	18
1.2.3.3 Video.....	24
1.2.3.4 Evaluación de estrategias de comunicación.....	24
<b>1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</b>	<b>26</b>
1.3.1 Técnicas educativas.....	26
<b>1.4 PROMOTORAS DE SALUD.....</b>	<b>28</b>
1.4.1 Funciones y responsabilidades.....	29
1.4.2 Formando promotoras.....	30
<b>1.5 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD.....</b>	<b>31</b>
<b>1.6 TEMAS A TRATAR DE SALUD BUCODENTAL.....</b>	<b>31</b>
1.6.1 Caries Dental.....	31
1.6.2 Enfermedad Periodontal.....	33
1.6.3 Hábitos nocivos.....	35
1.5.4 Higiene Oral del bebé.....	38
1.6.5 Fluorosis.....	41
<b>2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>43</b>
<b>3.- JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>44</b>

<b>4.- OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
4.1 Objetivo general.....	45
4.2 Objetivos específicos.....	45
<b>5.- METODOLOGÍA.....</b>	<b>45</b>
5.1 Material y método.....	45
5.1 Tipo de estudio.....	46
5.2 Población de estudio.....	46
5.3 Tamaño de la muestra.....	46
5.4 Criterios de inclusión.....	47
5.5 Criterios de exclusión.....	47
5.6 Variables de estudio.....	47
5.6.1 Variables independiente.....	47
5.6.2 Variables dependientes.....	47
5.7 Recursos.....	47
5.7.1 Humanos.....	47
5.7.2 Físicos.....	47
5.7.3 Materiales.....	48
5.7.4 Financieros.....	48
5.8 Técnica de recolección de datos.....	48
<b>6.- PROGRAMA.....</b>	<b>49</b>
6.1 La comunidad “El coyote”.....	49
6.2 Cronograma.....	52
6.3 Desarrollo del programa.....	53
<b>7.- RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>8.- CONCLUSIÓN.....</b>	<b>75</b>
<b>9.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>76</b>
<b>10.- ANEXOS.....</b>	<b>81</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen muchas comunidades rurales en México con muy poca infraestructura médica, así pues, creemos que, la educación puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la realidad multicultural presente en los sectores marginados, lo que implica todo un proceso socioeducativo de convivencia y respeto hacia esas otras realidades culturales que por ser diferentes, no tienen porque ser desiguales.

Es menester reconocer que, el gran reto de la educación de personas adultas esta en su capacidad para proponer e impulsar estrategias educativas que promuevan la igualdad, la diversidad cultural, la justicia social y la salud bucodental.

Es importante destacar que al educar gente adulta, tenemos una misión fundamentalmente formadora con intervención en lo social. Por lo tanto, nuestra función ante los problemas vinculados con las necesidades básicas insatisfechas que presentan las comunidades es inminentemente educativa.

La tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades de un promotor como “educador” pueden tener un efecto de mucho alcance para las subsecuentes actividades preventivas de la comunidad.

Como vemos, el trabajo de las promotoras es bastante prometedor, pero para que ellas puedan realizarlo, primero, está en nosotros los capacitadores darles las herramientas necesarias. Es necesario recurrir a estrategias de comunicación que nos permitirán crear una relación recíproca de interés y respeto entre nosotros como “educadores” y las

promotoras, pues del éxito o el fracaso de la aplicación de este programa dependerá que ellas logren cambios positivos en las actitudes y prácticas de la salud bucodental de la comunidad.

Es bien sabido que muchos de los factores culturales de una población constituyen un obstáculo para el cambio, pero la inteligencia, la habilidad y el don de convencimiento del educador, ayudarán a vencer poco a poco estas barreras.

En el campo de salud, se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir el rol de educadores como parte de sus funciones. Ésto se debe a que la salud es responsabilidad prioritaria del individuo mismo.

La actividad del trabajador en salud tiene efectos más trascendentes que todas las actividades preventivas y curativas juntas.

El objetivo de la educación es crear una situación de aprendizaje, es decir, un contexto en el cual se puedan desarrollar ideas, modificar creencias y actitudes, así como, crear nuevos hábitos y conducta. Los materiales didácticos por si solos no tienen ningún valor, sino que éste radica en ser instrumentos que facilitan el proceso educativo.

La comunicación es la base de la enseñanza, sin ella no puede haber enseñanza, aprendizaje o educación. Si utilizamos estrategias de comunicación nos facilitaran el proceso de comunicarnos, creando un “vínculo”, es decir, que haya una historia primordialmente afectiva entre uno mismo y los demás, creamos una “imagen interna” de ellos y ellos harán lo propio con nosotros, construyéndola con los datos y mensajes que hemos intercambiado para conocernos y comunicarnos y por lo tanto,

comprendernos. Pueden ser facilitadores u obstaculizadores de la comunicación, según la claridad con la que se haya hablado.

Si nos apoyamos en material didáctico que despierte su interés, les facilitaremos la comprensión y asimilación del programa.

Con este proyecto tratamos de alentar un programa educativo que favorezca la prevención de salud bucodental en las personas de la comunidad a lo largo de su vida, ayudándoles a adaptarse comprensiva y críticamente a sus recursos y al mismo tiempo les de las herramientas necesarias para poder influir en su dirección hacia una sociedad más sana.



## **1.- ANTECEDENTES.**

Bettylu Rasmussen-Cruz en 1993 presenta en su artículo, los logros y problemas de la participación comunitaria, la cual resulta una alternativa valiosa y viable, pues las acciones que las propias comunidades realizan se dirigen progresivamente hacia las causas de la salud y enfermedad, alcanzando más del 70 por ciento las tareas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y declara que el aporte comunitario representa más de la tercera parte de lo que el personal de medicina preventiva realiza <sup>(1)</sup>.

Por otra parte en 1998, la Prof. Marta Liliana Iovanovich y el Prof. Omar Juan Bautista Abratte elaboraron, una investigación tomando como muestra a 48 distritos bonaerenses, los cuales se encuestaron para detectar las dificultades en el área de la comunicación oral de los alfabetizandos, se hizo un inventario provincial de palabras de uso frecuente, tomando en cuenta la realidad en que se halla inmerso el alfabetizado: sus condiciones de vida, sus problemas y posibilidades de comunicación y entonces se elaboró el material de apoyo para el aprendizaje de lecto-escritura y cálculo fundado en las vivencias, necesidades e intereses del alumno y su comunidad, aplicando criterios de regionalización y concluyeron que el alfabetizador está en mejores condiciones para brindar experiencias de aprendizaje fundadas en sus necesidades reales, sus posibilidades, sus experiencias vitales y la participación activa y responsable en su comunidad de pertenencia <sup>(2)</sup>.

En el 2000, Manuel Área Moreira, presenta un documento sobre la elaboración de módulos y materiales electrónicos para el WWW en la educación de personas adultas, en donde nos comenta que sin la existencia de materiales didácticos en un formato modular, difícilmente puede ser desarrollado en las aulas el nuevo modelo de currículum para

la formación de adultos. Por ello remarca que la tarea de elaborar módulos y materiales de enseñanza debe ser un objetivo prioritario para este ámbito educativo a corto y mediano plazo <sup>(3)</sup>.

Refiriéndose a la educación en comunidades rurales, Marta Iliana Iovanovich y Emilia Mercedes Alurralde, elaboraron un plan de trabajo acerca de como lograr relacionarse efectivamente con las comunidades rurales y hacen referencia de que en el estudio de las comunidades es necesario contemplar el relevamiento de las necesidades, problemas, demandas, intereses, expectativas y los recursos disponibles, también destacan la importancia que el educador tiene una misión fundamentalmente formadora con intervención en lo social <sup>(4)</sup>.

Así mismo, Manuel Esteban, en el 2001, hace un resumen acerca de las últimas aportaciones de la psicología en el campo de la educación. En este documento se revisaron las aportaciones diversas de varios modelos que pueden permitir aproximarnos a comprender algunos elementos que integran el proceso y fenómeno de aprender, es decir, el sujeto que aprende, donde se exponen nociones básicas para comprender el proceso, papel de la inteligencia en un enfoque cognitivo, función de los esquemas y su aprendizaje, la importancia de los elementos procedimentales como son las estrategias y la función reguladora y de control de la metacognición<sup>(5)</sup>.

De igual manera, Silvia Luz de Luca, diseñó un proyecto para la organización, adquisición y optimización de materiales para el aprendizaje, con el objetivo de favorecer la integración de los materiales a las prácticas pedagógicas, aportando elementos para la selección y el uso de los mismos desde criterios pedagógicos, además, remarca la necesidad de analizar los materiales en relación con la actividad del

docente en la enseñanza de los contenidos curriculares, intentando así promover su responsabilidad e iniciativa personal<sup>(6)</sup>.

Por otra parte, Begoña Rumbo Arcas, trata de alentar un proyecto educativo con las personas adultas que nos oriente y enseñe a aprender, a convivir de forma solidaria y respetuosa con las diferencias cuando nos presentamos frente a aulas de diferentes culturas <sup>(7)</sup>.

A su vez, el mismo autor, en el 2005, describe el diseño y resignificación de dispositivos, piezas y equipos existentes para conformar un KIT DIDÁCTICO flexible y dinámico como el recurso didáctico para la fabricación masiva, de bajo costo unitario, para la enseñanza de las ciencias naturales y tecnológicas <sup>(8)</sup>.

Ahora bien tratando los temas seleccionados sobre salud bucodental, la doctora María De Lourdes y colaboradores, documentaron que la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Subdirección de Salud Bucal, ha implementado el programa de Acción Salud Bucal 2001-2006, el cual incluye diversos componentes para mejorar la salud bucal de la población y por ende la salud general. En este programa se contempla la prevención masiva y grupal, la atención curativa y la normatividad al respecto. Así mismo, se refleja la importancia de no prescribir suplementos fluorados en la población infantil y los riesgos cuando ésto suceda <sup>(9)</sup>.

La Dra. Ma. Esther Irigoyen Camacho y colaboradores, realizaron una investigación en la que compararon las características de niños hispanos y niños del estado de México en relación a sus índices de caries y al número de dientes presentes, encontrando, que los niños mexiquenses de ocho años de edad tenían un CPOD mayor que el de los niños mexicano-americanos <sup>(10)</sup>.

En 1998, Genny William Osorio Rosado, realizó un estudio comparativo sobre la prevalencia de caries dental en dos grupos escolares de seis a doce años de edad en Mérida y Cancún y hace notar la necesidad de implementar estrategias preventivas, orientadas a la promoción de la salud pública, en vez de estar dirigidas a pacientes individuales. En este artículo se observó que los niños que reciben frecuentemente pláticas de prevención, técnicas de cepillado y aplicación de flúor cada 6 meses, registraron índices de CPO más bajos <sup>(11)</sup>.

Según las autoras Teresa Patricia Sánchez y Laura Patricia Sáenz Martínez en 1998, una lesión cariosa debe ser considerada como un foco de infección, pues en sus dos artículos “Experiencia de caries como predictor de la enfermedad a 18 meses” <sup>(12)</sup> y “Frecuencia de caries en niños con actividad cariogénica y sanos” <sup>(13)</sup> demostraron que los niños con una condición bucal que incluyan dientes cariados tienen riesgo mayor que aquellos que presentan dientes obturados o perdidos.

A su vez, Diego Almagro Nievas y colaboradores, en España, identificaron variables clínicas, socioeconómicas y de hábitos alimentarios e higiénicos, predictoras del incremento del índice de dientes definitivos que están cariados, ausentes por caries y obturados; concluyeron que la relación entre las variables consideradas y la presencia o incremento de la caries es muy compleja, pero se notó más bajo el nivel de caries en niños de escuelas privadas que los de las escuelas públicas <sup>(14)</sup>.

Por otro parte, Jorge R. Hernández Pereyra en Yucatán, realizó una investigación para determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en escolares y como algunos factores se asocian con dicha enfermedad, esta investigación reveló que por área la prevalencia fue de mayor

porcentaje para los escolares de la zona rural que para los de área urbana <sup>(15)</sup>.

De igual forma, Thomas Modéer y Biniyam Wondimu, resumen que la forma predominante de enfermedad periodontal en niños y adolescentes es la gingivitis, la cual es una reacción inflamatoria inespecífica de la encía marginal<sup>(16)</sup>.

El Dr. John A. Maguire, realiza una investigación en la cual describe a los hábitos orales como conductas repetidas o estereotipadas debidas a factores biológicos y ambientales, y menciona que el examen del paciente con estas alteraciones requiere que el profesional realice una serie de evaluaciones relativamente complejas antes de llegar a un diagnóstico o de realizar cualquier reconocimiento de cuidado <sup>(17)</sup>.

Por otro lado, Svante Twetman y colaboradores, destacan que los programas de detección selectiva precoz de todos los niños cercanos a un año de edad constituyen una excelente ocasión para la detección temprana de factores e indicadores de riesgo, que pueden incrementar las posibilidades de prevención <sup>(18)</sup>.

Dentro del tema de fluorosis, en 1998 Juan Pablo Loyola- Rodríguez, realiza una investigación que evalúa y reporta la concentración de fluoruro en bebidas embotelladas (refrescos y jugos de frutas) que se consumen en la ciudad de San Luis Potosí y su implicación como factor de riesgo a fluorosis dental y concluye que la severidad de la fluorosis en SLP se debe a fuentes de exposición como lo son: el fluoruro en el agua de consumo, por hervir el agua, por la preparación de alimentos con agua contaminada y el consumo de bebidas embotelladas (refresco y jugos de frutas)<sup>(19)</sup>.

Así mismo, Ana Alicia Vallejos Sánchez hace un estudio donde identifica que el uso de sal fluorada en la población estudiada mas la administración incontrolada de otras fuentes de fluoruro dan como resultado efectos adversos a la salud <sup>(20)</sup>.

En el mismo contexto, Haydée Hernández Ruíz, realiza una investigación, en la cual, establece el grado de fluorosis que se tenía en el periodo de Julio–Noviembre de 1997 para la población del estado de Guanajuato y determina el riesgo de padecer fluorosis dental en la dentición permanente para los habitantes nacidos en cada jurisdicción de este estado <sup>(21)</sup>.

Finalmente, con referencia a la necesidad de evaluación de programas, Ada Maria Acebal hace un resumen sobre los aspectos a ser tenidos en cuenta en el plan de evaluación de la calidad educativa a nivel nacional. Comenta que es innegable el papel transformacional que tienen los sistemas y procesos de evaluación de la calidad de la educación; su rol estratégico para revertir la situación de deterioro y desprestigio de la educación pública, y considera que, ésto podrá ser posible si los sistemas de evaluación identifican los problemas reales que afectan a la educación y brindan señales inequívocas y honestas a los organismos responsables de la instrumentación de políticas educativas <sup>(22)</sup>.

## **1.1 APRENDIZAJE.**

Manuel Esteban, en su artículo publicado en la revista de Educación a distancia “Consideraciones sobre procesos de comprender y aprender” define al aprendizaje como aquel que el individuo, partiendo de lo que conoce(preconcepto) y gracias a la mediación (interacción) reorganiza sus conocimientos con nuevas dimensiones y estructuras, describiendo los procesos y principios explicativos que afectan a tales realidades y

mejorando su capacidad de organización comprensiva en relación a otras tareas de aprendizaje.

Gagné y Biggs en 1979, mencionan que el aprendizaje es un proceso especializado determinado por la naturaleza de la tarea y de los resultados pretendidos, así ellos diferencian entre los tipos de aprendizaje a) la información verbal; b) las habilidades intelectuales; c) las estrategias cognitivas; d) las actitudes y e) las habilidades motoras.

Según Laboive-Vief, el sujeto maduro llega a comprender el conocimiento como una transformación social y activa de la realidad a través de un proceso de cuestionamiento crítico que tiene en cuenta el contexto histórico.

Todo aprendizaje tiene una doble vía de acceso o un doble proceso, una vía interpersonal y social –aprendemos de otros y con los otros- y otra interpersonal –nada puede sustituir la íntima personalización del aprendizaje-. Oír, escuchar, observar, imitar, obedecer, oponerse, discutir y otras muchas más, son acciones que nos conducen a aprender y a ser quienes somos <sup>(5)</sup>.

Después de la segunda guerra mundial se le empezó a dar importancia a la educación de las personas adultas y fue hasta los ochentas que se escribe en el libro blanco, en España, todas las políticas educativas relativas a esta educación e insisten en la importancia de dicha formación.

En 1991, los estudios diplomáticos de la diplomatura de educación social, dan entrada a la educación de personas adultas, basándose tanto en el conocimiento específico, como en el conocimiento pedagógico, enfocándose así a las diferentes estrategias metodológicas propias del trabajo con personas adultas.

### **1.1.1 Estrategias de aprendizaje**

Para Schmeck (1988) una estrategia de aprendizaje es una secuencia de procedimientos (idea de plan) que conducen al aprendizaje, los procedimientos específicos dentro de esta secuencia se llaman tácticas.

Rumelhart y Norman (1978), nos dicen que el aprendiz organiza sus conocimientos (memoria) para usarlos luego en la adquisición de nuevos conocimientos, teniendo así un aprendizaje constructivo, el cual también tiene otros elementos externos, entre los que cabe señalar las llamadas estrategias de aprendizaje que según estos autores son acciones diversas cuya característica común es la de formar parte de un plan, de una finalidad a la que cada una contribuye complementariamente.

Warner D. Coger B. opina que la manera en que se enseña algo es tan importante como lo que se enseña y lo más importante de la manera en que se enseña es la atención, el respeto y el interés mutuo.

Begoña Rumbo Arcas considera que cierto es que “no se puede enseñar lo que no se sabe”, pero también es cierto que dominar un determinado contenido no es suficiente, si no sabemos cómo transmitir lo que conocemos, para facilitar la comprensión de la realidad en la que viven nuestros aprendices <sup>(8)</sup>.

Hablando un poco sobre las estrategias de comunicación, García Madrigal, considera que los efectos de los medios sobre las personas son inmediatos e inevitables. Los mensajes son recibidos de manera uniforme por cualquiera de los aprendices y sus reacciones son consecuencia del contenido de esos mensajes.



## 1.2 COMUNICACIÓN.

“Comunicar”, según el diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, se refiere a compartir o a hacer a otro partícipe de lo que uno tiene. Y según Tomás Fernández García, los medios de comunicación, son los recursos tecnológicos que permiten amplificar, conservar reproducir o expandir las características físicas de un mensaje codificado <sup>(23)</sup>.

Dentro de los distintos materiales soportes se pueden distinguir entre otros:

- Medios visuales: libros, revistas, prensa.
- Medios auditivos: radio, discos, cassettes, Cds.
- Medios audiovisuales: cine, televisión, video, nuevas tecnologías.

Normalmente las personas no utilizamos un único medio en exclusividad sino que alternativa o simultáneamente hacemos uso de varios medios, por la amplia oferta mediática y la facilidad de acceso a la misma.

Mediante los fines que pretenden los medios de comunicación, destacaríamos según Moscovici. 1980, los siguientes:

- 1) Información: presenta los datos sobre aquellos aspectos de la realidad con los cuales el público no tiene contacto directo o posee información incompleta.
- 2) Educación: son generadores de conocimientos, a la vez que generadores y transmisores de valores, actitudes y comportamiento. Participan con otros agentes en el proceso de socialización.
- 3) Distracción y entretenimiento: satisfacen necesidades importantes como lo son el descanso, la eliminación de la monotonía o el aburrimiento.
- 4) Persuasión: dirigidos por grupos que persiguen ciertos fines<sup>(23)</sup>

### **1.2.1 Comunicación rural.**

Ahora bien, aterrizando sobre nuestro campo de trabajo, Marta Liliana Iovanovich y Emilia Mercedes Alurríde en su artículo "Un universo vocabular en el proceso de alfabetización entre adultos", mencionan que es siempre oportuno recordar que en el estudio de las comunidades no podemos limitarnos solamente a los factores estructurales, fisiológicos y demográficos, sino que es preciso investigar los problemas sociales de la comunidad resultantes, muchas veces, de conflictos entre actitudes, valores, personalidades y grupos económicos, raciales, religiosos, políticos y culturales.

El autor del libro "¿Qué es comunicación rural?", Juan E. Díaz Bordenove nos dice que, la comunicación rural es el conjunto de flujos de información de diálogo y de influencia recíproca existentes entre los componentes del sector rural y los demás sectores.

Una de las características de las áreas rurales según Bordenove, es la incomunicación. No solamente por el aislamiento geográfico relacionado con las grandes distancias, que muchas veces separan a las comunidades unas con otras, sino que se trata de la incomunicación socialmente determinada por el analfabetismo y el bajo nivel de instrucción.

De hecho, debido a su incomunicación tradicional, los hombres del campo no siempre consiguen solucionar con facilidad sus problemas comunes y muchas veces es necesario que sean resueltos por la misma población rural sin intervención alguna del gobierno <sup>(24)</sup>.

### **1.2.2 Lenguaje.**

El vocablo “Lenguaje” se refiere al modo de comunicarse, éste puede ser visual, musical, mímico, postural etc.

En el lenguaje audiovisual, lo verbal y lo visual se complementan, entonces el educador puede tener la seguridad de que el uso combinado de ambos lenguajes puede aumentar las ventajas que cada uno de ellos ofrece. Lo visual, aislado, es ajeno a lo abstracto; pero si se usan imágenes visuales combinadas con textos verbales adecuados, no hay ninguna razón para que un programa audiovisual no alcance el grado máximo de abstracción.

Esta suma de ventajas se puede lograr con el único requisito de evitar que los mensajes visuales y verbales no se estorben. El punto clave se encuentra aquí, en la correcta sincronización de lo verbal y lo visual y en distribuir la información de modo adecuado para ser entregada en el momento oportuno por el vehículo apropiado y con el refuerzo conveniente del vehículo restante.

Lo visual puede dar lugar a multitud de interpretaciones; no es exacto. Lo verbal puede aportar su exactitud.

Ya que los elementos de expresión en la enseñanza son la palabra y la imagen, hay que aprender a seleccionar y combinar, en el primer caso y elaborar y combinar formas y colores en el segundo <sup>(25)</sup>.

### **1.2.3 Estrategias de Comunicación**

Los medios visuales y audiovisuales son particularmente indicados para la comunicación rural, por diversas razones. Una de ellas es que la cultura rural es eminentemente oral y otra es el hecho de que las imágenes atraen y mantienen la atención de manera poderosa.

Al buscar apoyos visuales podemos lograr los siguientes puntos:

- Resaltar en forma concreta y directa.
- Atraer, concentrar y mantener la atención.
- Dinamizar la presentación, dar ritmo al tiempo de la palabra oral.
- Dar énfasis visual a conceptos abstractos.
- Prevenir “vacíos” en la memoria del expositor y evitar la improvisación <sup>(26)</sup>.

#### **1.2.3.1 Imagen.**

El autor del libro “Usos y efectos de la Comunicación audiovisual” Vicente González, determina que la imagen es testimonio y compromiso, es en definitiva, testigo de un modo de actuar, de proceder y de estar, que ofrece un carácter racional, perfectamente integrado, pero también, un carácter irracional y mágico. La imagen pertenece al campo visual y el sentido de la vista es el elemento de contacto de lo interno con lo externo y de lo externo con lo interno. La imagen es el elemento gráfico de la comunicación visual que materializa una idea.

Ahora bien, con respecto al tema que estamos abordando, tenemos que la imagen es soporte pedagógico y didáctico en el proceso de socialización del individuo, que ha sido instrumentalizado por las instituciones sociales.

La imagen y la palabra son agentes del proceso de comunicación y nos llevan a “reproducir” y a “representar” la realidad. La apariencia y la temporalidad nos circundan a través de la imagen. Por ello la comunicación y los medios de comunicación han usado e instrumentalizado la imagen, ya que ella nos sirve para contactar, para relacionar, para seducir. Nos ofrece la posibilidad de conectar y de abarcar la realidad trasladada a un objeto, lo cual nos predispone en cuanto a los elementos del juicio y nos adentra en la estructura del pensamiento y del conocimiento, elaborando un concepto y estructurando todo y cada uno de los elementos simbólicos que nos traslada la imagen en definitiva, produce respuesta <sup>(27)</sup>.

#### **1.2.3.2 Material didáctico.**

Se define como todo medio que facilite el proceso de enseñanza-aprendizaje, dentro de un contexto educativo global y sistemático, estimulando la función de los sentidos para acceder más fácilmente a la información, adquisición de habilidades, destrezas, formación de actitudes y valores.

El material didáctico que según Ausbel, son los productos especialmente diseñados para su uso en la enseñanza de alguna disciplina, a partir de concepciones teóricas determinadas, toma un papel protagonista en el proceso de aprendizaje.

Hablando sobre esto mismo, Guillermo Sacristán describe al material didáctico como cualquier instrumento u objeto que pueda servir como recurso que, mediante su manipulación, observación o lectura ofrezcan oportunidades de aprender algo, o bien con su uso se intervenga en el desarrollo de alguna función de enseñanza.

La elaboración de material didáctico es la acción pedagógica que requiere el desarrollo de un proceso permanente de planificación o diseño del material, de uso o experimentación del mismo, de revisión y de actualización para manejarlo.

La selección de los materiales didácticos se vuelve necesaria debido a su inmensa variedad y se debe hacer en función del desarrollo de los objetivos de aprendizaje que se formularon para la capacitación, se puede utilizar para motivar, ejemplificar, presentar un tema, reforzar un contenido, etc.

Los materiales didácticos pueden resultar más atractivos y motivantes para las promotoras que los materiales tradicionales, a la vez que le dará mayor idea de como llevar los conocimientos adquiridos a la práctica <sup>(3)</sup>.

Los materiales didácticos para el aprendizaje pueden ser clasificados según diferentes criterios.

Según su uso se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Material permanente de trabajo.
  - Pizarrón.
  - Pintarrón.
  
- Material informativo y formativo
  - Rotafolio.
  - Notas.
  - Artículos.
  - Guías de estudio.
  - Banco de reactivos.
  
- Material ilustrativo y audiovisual
  - Cuadernos de ejercicio.
  - Esquemas.
  - Resúmenes.
  - Cuadros sinópticos.
  - Ensayos.
  - Acetatos.
  - Antologías.
  - Películas (videos).

-Monografías.

-Mapas conceptuales.

-Apuntes.

-Diapositivas.

El congreso Iberoamericano de Educación de 1985, distingue los materiales según el tipo de soporte, resultando las siguientes categorías:

- a) Los pequeños medios audiovisuales; todos los materiales didácticos sobre lo que el docente ejerce un dominio pleno en cuanto a su gestión (pizarrón, mapas, láminas, transparencias, grabaciones)
- b) El material impreso; desde libros de texto hasta material autodidáctico y todo tipo de materiales complementarios.
- c) La radio y la TV.; tanto propagandas abiertas como las grabaciones.
- d) La computadora.

La asociación Internacional de Lectura divide los materiales en dos grandes categorías:

- a) Materiales impresos; entendiéndose por tales aquellos que presentan formato de libro, folleto, revista o diario.
- b) B) Materiales no impresos; categoría que incluye: TV. abierta, radio, computadora, música, juegos, grabaciones en audio, películas, videos, TV. por cable. <sup>(6)</sup>

Los principales medios visuales y audiovisuales utilizados en la comunicación rural son:

- **El cartel.** Su objetivo es difundir un mensaje simple y corto, para despertar el interés y llamar la atención sobre un asunto específico.
- **El Franelógrafo y el imanógrafo.** Son ayudas visuales dinámicas que aprovechan la adherencia, en una franela colocada sobre una superficie lisa, de figuras de cartulina que tienen un pedazo de lija o Imán al reverso, el educador construye gradualmente una historia frente a su público.

- **El rotafolio.** Es un auxiliar visual que consiste en unas láminas u hojas de papel blanco (de 0.70 por 0.50 cm.) superpuestas y unidas en su parte superior, como una libreta gigante, fija a un soporte plegable y portátil. Las láminas con ilustraciones y textos desarrollan un tema en una secuencia realizada y ordenada con anticipación.
- **El folleto.** Es un medio impreso con ilustraciones, que presenta información sintética, concreta y precisa acerca de un tema. Éste se utiliza mucho en educación popular y promoción comunitaria.
- **El periódico mural.** Es un medio de comunicación local ubicado en un lugar visible y muy transitado. Es un medio de información y orientación, formado por textos e ilustraciones, colocados sobre un soporte, que desarrolla uno o varios temas. Sus mensajes pueden dirigirse a pequeños grupos específicos o a toda una comunidad. En su elaboración participan tanto las personas encargadas de ella, como el lector que siempre tiene la oportunidad de escribir sus opiniones y aporta experiencias y datos de interés para el mural. Un periódico mural es un trabajo artesanal hecho a mano y fruto de la creatividad colectiva. No debe perder este carácter colectivo aunque siempre tenga que haber personas encargadas de mantenerlo en buenas condiciones <sup>(26)</sup>.
- **El collage.** Se elabora con recortes de revista, periódicos o fotografías superpuestas simétrica o asimétricamente. Los temas representados dan lugar a amplia participación. En la elaboración de un collage pueden participar todos los integrantes del personal de salud. Una alternativa es solicitar a las personas un recorte sobre una imagen o escrito de un tema en específico. Es de fácil elaboración, no es costoso y es un medio efectivo de discusión de aspectos socioculturales <sup>(28)</sup>.



- **La serie de diapositivas.** Se usan cuando hay facilidad de proyección y el educador amplía el contenido de cada imagen y el grupo presente discute las ideas y hechos mostrados.
- **El audiovisual.** Consiste en una secuencia de diapositivas sincronizadas con una cinta grabada, donde se graba previamente una narración que amplía el mensaje de las imágenes, el cassette tiene grabados también, efectos de sonido y espacios musicales con la finalidad de crear un ambiente psicológico de placer estético y receptividad. Algunas de las diapositivas de la secuencia pueden contener dibujos, mapas, letreros u otros recursos visuales de naturaleza artística o didáctica.
- **El videocasette.** A pesar del elevado costo, la grabación de video empieza a difundirse en América Latina entre las comunidades rurales. Su uso es versátil, pero muy bueno para apoyar sesiones de capacitación de personal.
- **La televisión.** Aunque todavía no es muy usada en las comunidades rurales de América Latina, existen experiencias positivas que llevan a esperar la intensificación de su uso.
- **El teatro vivo o de títeres.** A pesar de su enorme popularidad, la comunicación rural no ha aprovechado suficientemente la fuerza expresiva de las formas teatrales <sup>(24)</sup>. El teatro de títeres es tan viejo como la historia del hombre y su necesidad de expresión. Consiste en la simulación de una historia por medio de títeres que resumen en su personalidad, cualidades, defectos, lenguaje, modismos, tics, etc., que son expresión del pueblo. Su fuerza proviene de que es la síntesis de un conjunto de características con las que se identifican los espectadores <sup>(26)</sup>.

Debemos tener en cuenta, además, algunos aspectos en la producción de materiales, debe ser posible analizar: qué pretenden enseñar, cómo es de coherente con los requisitos para un aprendizaje lo más significativo y funcional posible, como contempla la diversidad del grupo y cuáles son sus características formales. <sup>(6)</sup>

Según Manuel Area Moreira, para diseñar de forma racional y sistemática el proceso de elaboración de materiales didácticos, se pueden seguir los siguientes pasos:

- 1.-** Clasificar el porqué y el para qué de su elaboración.
- 2.-** Identificar las características de la comunidad que va a hacer uso del material.
- 3.-** Diseñar el formato de la presentación, tipo de estética, distribución de elementos gráficos y textuales, colores, tipografía, etc.
- 4.-** Elaborar y desarrollar cada uno de los materiales incorporando todos los elementos textuales, gráficos, icónicos, sonoros, de enlace, etc.
- 5.-** Presentación a nuestro público del material didáctico <sup>(3)</sup>.

Así pues, vemos que el material didáctico cobra una importancia significativa para la calidad educativa <sup>(6)</sup>. Para poder diseñar y elaborar el material didáctico, es necesario primero tener un buen plan de trabajo que nos ayude a enfocarnos en nuestra misión y organizar la tarea previendo de qué manera serán enfrentados los desafíos y aprovechadas las oportunidades que presente el contexto en donde básicamente se crea una primera versión del material didáctico, seguiremos con el desarrollo o puesta en práctica, lo cual consiste en la utilización del material con el grupo de promotoras para detectar sus potenciales y sus fallos para finalmente, con un carácter evaluativo, revisar el material, con el objeto de comprobar que, efectivamente, los conocimientos hayan sido asimilados <sup>(6)</sup>.

### **1.2.3.3 Video**

Lo audiovisual se presenta como un lenguaje que asume e integra toda una gama de discursos que se articulan por medio de imágenes y sonidos, y se concretan en películas, televisión y video. Lo importante es destacar que lo audiovisual engloba todo una serie de procesos, recursos y técnicas que permiten intercalar lo real y la percepción del espectador a otra realidad organizada, formalizada y estructurada ante lo real.

### **1.2.3.4 Evaluación de estrategias de comunicación.**

La evaluación es un componente permanente de la labor de los educadores para la salud, es más que nada un instrumento de trabajo y una actitud crítica reflexiva sobre lo que se hace. Es preguntarse ¿Cómo va el programa? ¿Qué se está logrando? ¿Quiénes se están beneficiando de esta labor? ¿Qué cambios positivos se están logrando en las condiciones de salud de la comunidad?. Concebida así, la evaluación no es una actividad de medición de resultados al final del proyecto, es parte de la labor del educador y comienza con el planeamiento mismo del programa cuando se fija la meta y los objetivos.

En el caso de programas rurales, es conveniente que la comunidad sea quien evalúe su labor en términos de su relevancia y su efectividad para responder a necesidades sentidas. El trabajador de la salud es el evaluador de su labor en términos de selección, manejo e impacto de ésta, debe ser un proceso de crítica constructiva mediante el cual se estimula lo positivo y se identifican los aspectos negativos buscando formas de superarlos <sup>(42)</sup>.

### ***Criterios de evaluación.***

- **Criterios para la selección o rechazo de una técnica educativa:**

- a) ¿Dispongo de suficiente tiempo para realizar ésta técnica?
- b) ¿Dispongo de los recursos necesarios?
- c) ¿Es ésta la mejor manera de utilizar mi tiempo y mis recursos?
- d) ¿Me siento capaz para manejar ésta técnica?
- e) ¿Es el tamaño de la audiencia la apropiada para ésta actividad?

- **Criterios para evaluar la efectividad de una actividad:**

Refleja si valió la pena realizar la actividad escogida y si es justificable continuar utilizando ésta técnica.

- a) ¿Le gustó la actividad a los participantes?
- b) ¿Participaron todos con entusiasmo?
- c) ¿Demostraron comprensión del propósito y manejo de la actividad?
- d) ¿Demostraron haber comprendido el mensaje de la actividad educativa?
- e) ¿Está la gente pidiendo más información relacionada con el tema de la actividad realizada?

- **Criterios para evaluar que la comunidad examine la actividad educativa realizada por el trabajador:**

Pida siempre a los participantes que critiquen su trabajo y le den sugerencia para mejorarlo.

- a) ¿Cómo se sintió frente a la actividad realizada?
- b) ¿En qué grado comprendió el propósito y contenido?
- c) ¿Las actividades le resultaron fáciles o difíciles de realizar?
- d) ¿Qué opinión tiene de la actuación del educador?
- e) ¿Le parecen útiles los conocimientos o destrezas adquiridas?
- f) ¿Considera importante continuar con este tipo de programas?

### 1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Begoña Rumbo Arcas menciona en su artículo publicado en la revista Iberoamericana de Educación, que la educación para la salud se refiere a las actuaciones que tienen por objeto promover en la población una serie de conocimientos, hábitos y actitudes, que incidan positivamente en la promoción de la salud y reviertan en la calidad de vida de la persona. <sup>(8)</sup>

#### 1.3.1 Técnicas educativas.

A continuación se presenta un inventario de métodos y técnicas educativas que conforman el sistema de apoyo de educación y comunicación en salud.

**Charla.** Es una de las técnicas de enseñanza más utilizadas en educación para la salud. Un trabajador o un invitado ubicado frente a un grupo, grande o pequeño, hace una presentación hablada de uno o más temas.

La charla bien manejada permite el contacto interpersonal que es beneficioso para estimular el proceso de aprendizaje. Aunque es la más fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información, puede tornarse aburrida y causar deserción <sup>(29)</sup>.

**Socio-drama.** Es una representación espontánea, en forma dramatizada, de una situación o tema definitivo como parte de un esfuerzo educativo. Permite a los participantes la expresión espontánea de situaciones de la vida real, problemas, necesidades, temores y aspiraciones. El problema es que no todos los temas se prestan a una dramatización, ni todas las personas están dispuestas a tomar parte.

**Teatro popular.** Permite el trabajo colectivo de un grupo de la comunidad en la preparación y puesta en escena del drama, debe combinar en forma equilibrada el aprendizaje con la diversión, el mensaje educativo debe destacarse sin que se pierda por ello el carácter dramático de la obra, aunque es excelente para crear conciencia y motivar, es muy limitada como instrumento de enseñanza sistemática.

**Narración de historias (cuentos).** Se construye una historia a modo de cuento utilizando primero los conocimientos y creencias ya existentes en la comunidad y se le incorporan ideas nuevas, lleva una moraleja final, la cual se explica al terminar. Hay que dejar tiempo para discutir con los participantes las enseñanzas de la historia a fin de asegurarse que su mensaje ha sido captado.

**Discusión en grupo.** Permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas a interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes. Los participantes tienen la oportunidad de reaccionar en forma inmediata a la información recibida. Estimula la toma de decisiones en forma colectiva y democrática que servirá de base para la acción comunitaria. La discusión no sólo sirve como instrumento para el aprendizaje, sino también para el desarrollo de actitudes positivas en relación interpersonal.

**Demostraciones.** Una explicación verbal será más efectiva si al mismo tiempo se realizan las acciones que se están explicando, muchas enseñanzas sólo cobran sentido cuando se demuestran en la práctica. Siempre es útil que después de la demostración que se haga, los participantes tengan una oportunidad de practicar los procedimientos en su presencia.

**Juegos.** Son juegos que tienen contenidos educativos, con éstos se logra que las personas hablen con facilidad de su vida cotidiana, de sus dificultades para poner en práctica recomendaciones o hábitos de salud, de medidas que les den resultado. Los juegos permiten la participación activa de muchas personas, además permiten relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla, interactuar con otras personas sin temor a equivocarse; transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para transformar en la práctica y hacer más agradable los procesos de enseñanza- aprendizaje <sup>(29)</sup>

#### **1.4 PROMOTORAS DE SALUD.**

En el libro “El ABC de un promotor”, definen al promotor de salud como un estratega del trabajo en la comunidad que coordina esfuerzos y acciones alrededor de un problema o situación dada; es decir una figura clave para impulsar el desarrollo comunitario.

El promotor o la promotora es también un facilitador que, a través de la experiencia práctica y un proceso continuo de participación, logra desarrollar habilidades que le permiten llevar a cabo acciones educativas sobre los individuos o grupos de manera efectiva<sup>(30)</sup>.

La Dra. Cardaci establece en su libro “¡Manos a la salud!” la necesidad de métodos pedagógicos que armonicen los requerimientos sanitarios concretos con las posibilidades reales de participación de la población, que motiven y orienten hacia los estilos de vida saludable, primero a los promotores de salud brindándoles simultáneamente conocimientos sanitarios fundamentales y habilidades de liderazgo y facilitación para que sean multiplicadores efectivos <sup>(31)</sup>.

#### **1.4.1 Funciones y responsabilidades del promotor.**

- Promover acciones para la prevención y control de enfermedades.
- Sensibilizar a los integrantes de la comunidad en la necesidad de cambio de actitudes y prácticas a favor de la salud.
- Incorporar a los vecinos que quieren ejecutar diferentes acciones en la comunidad, capacitarlos y orientar a su trabajo.
- Elaborar planes de acción que permitan desarrollar exitosamente las tareas.
- Supervisar y asesorar el trabajo que se ejecuta.
- Evaluar el resultado del trabajo, expresado en los cambios operados en los conocimientos, actitudes y prácticas.
- Movilizar los recursos de la comunidad en apoyo a las labores que se realizan <sup>(30)</sup>.

Para hacerse educadores efectivos de la comunidad, las promotoras necesitan desarrollar enfoques muy distintos a los que la mayoría hemos experimentado en la escuela.

Para que esto suceda Warner D. Coger nos refiere que es preciso que las promotoras examinen críticamente distintas maneras de enseñar durante su entrenamiento, ya que necesitan desarrollar y practicar métodos de enseñanza que puedan ayudar al pueblo a ganar la conciencia y valor necesarios para mejorar su situación. <sup>(32)</sup>



### **1.4.2 Formando Promotoras de Salud.**

El modo en que nosotros enseñemos a los promotores es tan importante como lo que les enseñamos. Pero de cómo enseñemos depende en gran parte de cómo nos sentimos frente al grupo <sup>(32)</sup>.

Para dar un buen ejemplo a los promotores, nosotros los instructores necesitamos:

- Tratar a los promotores como nuestros iguales y como amigos.
- Respetar sus ideas y basarnos en sus experiencias.
- Invitar a la cooperación; animar a ayudar a aquellos que estén atrasados.
- Aclarar que no lo sabemos todo.
- Promover y aceptar la crítica, la discusión la iniciativa y la confianza de los promotores.

En la elaboración de material, éstos deben constituir un factor más de fortalecimiento de una autoestima injuriada por las condiciones de vida.

Múltiples son las estrategias que resultan de gran valor motivacional:

- La inclusión de criterios estéticos para seleccionar y producir materiales de aprendizaje.
- La atención a los diferentes estilos, experiencias y puntos de partida de los aprendices.
- Los recursos personales que la comunidad tienen más consolidados para aprender.
- La valorización de los saberes, las prácticas y el contexto de la comunidad.

La autora del artículo “Un proyecto para la organización, adquisición y optimización de materiales para el aprendizaje”, nos recomienda que hay que analizar, además, algunos aspectos en la producción de materiales,

como, qué pretende enseñar, cómo es de coherente con los requisitos para un aprendizaje lo más significativo y funcional posible, como contempla la diversidad del alumnado, y cuáles son sus características formales <sup>(6)</sup>.

## **1.5 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD.**

Es necesario conocer bien la comunidad antes aplicar cualquier estrategia de comunicación, pues la comunidad es el centro decisivo de todo proceso de comunicación. Su riquísima trama de relaciones constituye el ámbito donde se hace posible la influencia o no del mensaje. Sin conocerla resulta imposible organizar correctamente el proceso de comunicación educativa y la única manera de hacerlo es integrándose a la comunidad. Hay cosas que en los métodos cuantitativos no aparecen y hay relaciones que sólo se muestran a la observación directa y a la convivencia.

Si la información que el programa les da a las promotoras es compatible con los valores de la cultura local y con las experiencias ya vividas con prácticas semejantes, será más fácilmente adoptada que si es contraria a las creencias y habilidades culturales <sup>(24)</sup>.

## **1.6 TEMAS A TRATAR DE SALUD BUCODENTAL**

### **1.6.1 Caries Dental.**

El término “caries” proviene del latín, significa descomponerse o echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes. <sup>(34)</sup>

Osorio R.G.D. define que la caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa, que depende de múltiples factores, uno de ellos son los microorganismos que se adhieren y colonizan las superficies dentales. Comúnmente la caries en el hombre se considera una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un periodo de meses o años.

Larrotta y Menaker mencionan que esta enfermedad afecta a los tejidos calcificados de los dientes, empezando primero con la disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental, por medio de ácidos de origen bacteriano hasta llegar finalmente a la desintegración de la matriz orgánica <sup>(35)</sup>

La caries dental es importante por las siguientes razones:

- 1.- Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
- 2.- En grados avanzados produce dolor muy intenso.
- 3.- Los dientes sanos son indispensables para la buena masticación y, por consiguiente, para la buena digestión.
- 4.- La pérdida de dientes puede afectar la fonación.
- 5.- Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda <sup>(34)</sup>

Teresa Leonor Sánchez menciona que, después de la erupción, el esmalte está expuesto de manera constante a ciclos de desmineralización y remineralización, de ahí la importancia de mantener un equilibrio entre la pérdida y recuperación de minerales. Si este equilibrio se conserva no se desarrolla caries, pero si la pérdida es mayor entonces se inicia el proceso carioso.

Es la enfermedad dental más prevalente durante la infancia y continúa siendo la causa principal de pérdidas dentales en la edad adulta. Según

Diego Almagro, la lucha frente a esta enfermedad depende en gran medida de factores sociales, de comportamiento y de los estilos de vida<sup>(14)</sup>

### ***Prevención.***

#### 1.- Promoción de la salud

- Educación acerca de la higiene bucal.
- Alimentación adecuada.
- Exámenes periódicos.

#### 2.- Protección específica

- Buena higiene de la boca.
- Fluoración de los abastecimientos públicos de agua, la sal u otros alimentos.
- Aplicación tópica de fluoruro.
- Excluir alimentos altamente cariogénicos en la dieta.
- Cepillado de los dientes después de ingerir alimentos.
- Tratamiento de lesiones incipientes.
- Tratamiento con selladores en áreas susceptibles.
- Odontología preventiva.

#### 3.-Diagnóstico y tratamiento oportuno <sup>(34)</sup>

### **1.6.2 Enfermedades Periodontales.**

El conjunto de las alteraciones en la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes se denominan periodontopatías. Éstas se pueden categorizar como gingivitis, que es la inflamación de la encía, con un cambio de coloración a rojizo, de aspecto liso, brillante y de consistencia blanda; y periodontitis, que es la inflamación gingival acompañada de pérdida de la inserción de tejido conectivo <sup>(15)</sup>

Según Thomas Modéer, la patogenia de la enfermedad periodontal sugiere que el tejido periodontal se degrada por la moleculación de la respuesta del huésped. Los productos bacterianos de la placa dental estimulan el proceso inflamatorio del huésped, que libera diversas citocinas y enzimas capaces de destruir el tejido <sup>(16)</sup>

Se ha demostrado que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años que en niños mayores y adultos. Los mayores grados de acumulación de placa y de inflamación gingival se han observado a la edad de 14 y 16 años y en adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente hacia la edad adulta <sup>(15)</sup>

Dos tipos de factores se asocian con la etiología de la enfermedad periodontal: 1) los factores irritativos locales, que actúan en el medio ambiente inmediato de la encía y los tejidos de soporte y desencadenan la iniciación de la inflamación, y 2) los factores sistémicos, que afectan la resistencia de los tejidos periodontales a la irritación local o disminuyen su capacidad de recuperarse, influyendo así sobre la gravedad y extensión de la destrucción periodontal una vez iniciada <sup>(16)</sup>

Dentro de la gingivitis se incluye:

- Gingivitis aguda.
- Gingivitis inflamatoria.
- Gingivitis asociada a enfermedades sistémicas.

La periodontitis es la inflamación de los tejidos de soporte, que produce una destrucción del aparato de inserción del tejido conectivo a la raíz dentaria, con pérdida de hueso alveolar y migración apical del epitelio de inserción.

La periodontitis incluye:

- Periodontitis juvenil
- Periodontitis posjuvenil
- Periodontitis de progresión rápida.
- Periodontitis del adulto.
- Periodontitis refractaria <sup>(15)</sup>

### ***Prevención.***

Puesto que su desarrollo e inicio dependen fundamentalmente de la presencia de bacterias a nivel de la interfase dento-gingival, parece claro que impedir la formación y crecimiento de la placa dentobacteriana, es una medida efectiva e inevitable <sup>(34)</sup>

Los métodos para eliminarla son:

- Cepillado de dientes encía y lengua después de cada comida y antes de acostarse.
- Uso de medios auxiliares: Hilo dental, cepillos interproximales, pasta dental o dentífrico.

En los casos en los que exista placa bacteriana calcificada o sarro, se necesitará que el dentista realice una limpieza bucal para eliminar por completo las placas de sarro.

### **1.6.3. Hábitos nocivos.**

Un hábito es toda actividad que sea lo suficientemente repetitiva como para poder considerarla una costumbre. Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja, esto lo menciona la Dra. Báenz y comenta también que, los hábitos se forman gracias al entrenamiento, es decir una repetición organizada, de una manera determinada y con un fin concreto <sup>(36)</sup>

Según Maguire, las conductas repetidas o estereotipadas son comunes durante la infancia. Los factores biológicos y ambientales son importantes en la etiología y el mantenimiento de estas conductas, en su mayoría benignas y autolimitadas. Los psicólogos también incluyen el desarrollo de los hábitos como una parte de la secuencia normal de maduración del niño y reconocen que esta actividad tiene el potencial de convertirse en problemas o malos hábitos, bajo las siguientes circunstancias:

- 1.- La conducta continúa más allá de lo que es típico.
- 2.- La conducta se agrava o cronifica lo suficiente como para causar un daño físico.
- 3.- La conducta se ejecuta con tanta frecuencia que interviene en el desarrollo físico y social o cognitivo futuro <sup>(17)</sup>

El manual de referencia de la American Academy of Pediatric Dentistry afirma que los hábitos orales comprenden, aunque no están limitados, a: chuparse el dedo, hábitos mentonianos, mojarse o chuparse los labios, hábitos posturales, deglución anormal y automutilación oral.

Clasificación y características de los hábitos orales más frecuentes:

**1.-Succión digital.** Se define como la colocación del dedo pulgar o de los demás dedos en las profundidades variadas dentro de la cavidad oral, tiene una incidencia que oscila desde 13 a casi 100 % en algún momento durante la lactancia. La prevalencia de los hábitos digitales disminuye con la edad, y muchos niños abandonan estas actividades hacia los 3.5 a 4 años de edad. Cuando estos hábitos persisten, diversos factores son los que afectan a la posibilidad de desarrollo de problemas dentales: la frecuencia y duración del hábito, la intensidad de la succión, la relación de las arcadas dentales y el estado de salud del niño <sup>(17)</sup>

**2.- Hábito de morderse las uñas.** Es el segundo más frecuente. Se considera como la transferencia de un hábito frustrado o prohibido de la succión digital, éste hábito registrado pocas veces antes de los 3 o 6 años, es una manifestación en la cual el paciente esta pasando por un momento de mayor stress. Se cree que éste hábito no es pernicioso y que no provoca maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas es semejante a las del proceso de masticación <sup>(40)</sup>

**3.- Hábito de respirar por la boca.** Puede ser por obstrucción, por hábito o por anatomía. Estos pacientes presentan: tendencia a tener la boca abierta, resequedad en encías, garganta irritada, jadeo o ronquido por las noches, incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, tendencia hacia la mordida abierta y presentan facia adenoidea <sup>(40)</sup>

**4.- Hábito de bruxismo.** Se define como el frotamiento con fuerza de los dientes, generalmente es nocturno, el niño puede tener desgaste en cara oclusal en molares o palatino de los dientes anteriores, se cree que tiene una base emocional representada como una respuesta a la tensión nerviosa y al stress.

**5.- Hábito de protrusión de lengua.** Existe un empuje lingual que provoca mordida abierta, incisivos superiores en protrusión, marca de los dientes en la lengua.

**6.- Hábito de chupón y de mamila.** Se piensa que el uso del chupón en el niño tiene efectos tranquilizantes, sobre todo cuando su deseo de succión no puede ser satisfecho de otra manera. Este hábito puede causar cambios dentales, casi idénticos a los provocados por succión digital.



**7.-Hábito de morderse el labio.** Abarca la manipulación de los labios y estructuras dentales, las cuales se podrían sospechar de su existencia en niños que presentan mordida abierta anterior, debido a la frecuencia con que se repite el hábito. Es más frecuente observar la succión del labio inferior, los cambios más evidentes son labios y tejidos peribucales rojos e inflamados y resecos, inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores, aumentando notoriamente una sobremordida horizontal.

**8.- Hábito de introducir objetos a la boca.** Provocan problemas de infección, además de ser predisponente a otros hábitos.

Para tratar los hábitos orales nocivos, el profesional deberá realizar una valoración que abarque la evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral. Estos juicios deben ir unidos a una valoración sensible del estado físico y emocional del niño y de su relación con los padres o el cuidador <sup>(17)</sup>.

#### **1.6.4. Higiene oral del bebé.**

Los dientes en erupción son sanos y la profesión dental se encuentra con el reto de mantenerlos de este modo. Aunque es evidente un descenso en la caries general, la caries de la primera infancia es aún la mayor amenaza para la salud oral en lactantes y niños pequeños. La primera lesión en un diente significa el inicio de una serie de tratamientos normales a menos que el proceso de la caries se controle.

Es necesario que los padres aprendan a criar a sus hijos sin caries, el proceso preventivo debe comenzar al principio de la lactancia (durante el primer año de vida del lactante) para garantizar un resultado exitoso.

El objetivo es procurar a los lactantes y niños pequeños una introducción agradable, no amenazadora, a la odontología y establecer y reforzar la base de unos hábitos dentales correctos.

### ***Medidas preventivas.***

Se han descrito tres pautas principales en medicina preventiva:

- De prevención: ej., fluoración del agua, dentríficos fluorados, las revisiones obligatorias para educación y evaluación de higiene oral en los centros de salud infantil para los niños de 6 a 18 meses de edad.
- De alto riesgo: detección precoz y valoración de riesgo, suplementos de fluoruro y tratamiento antimicrobiano a los individuos detectados como de mayor necesidad.
- Grupo de alto riesgo: los esfuerzos se dirigen a grupos seleccionados de la comunidad con alta prevalencia de caries, por ejemplo, asesoramiento dietético y control de la transmisión de *S. mutans*.

Cualquier programa preventivo debe proporcionar apoyo a los padres y cuidadores y hacerlos partícipes, además, las actividades preventivas deben iniciarse pronto porque se ha demostrado que los niños pequeños con signos de caries tienden a sufrir caries de mayor proporción en la dentición primarias.

La transferencia continua de conocimientos es esencial para mantener la salud oral, los padres a menudo no son conscientes de la enfermedad, no consideran la caries como problema y simplemente, carecen de conocimientos sobre cómo tratar a sus hijos desde el punto de vista dental.

Los métodos preventivos se pueden resumir así:

**\*Prevención de la transmisión de *S. mutans*:** Se supone se transmite de la madre a sus lactantes, unos recuentos elevados en la madre se asocian con la colonización precoz de sus hijos. El objetivo es reducir o posponer ésta transmisión y se puede lograr interrumpiendo las vías principales de transmisión (chupones, cucharas) y suprimiendo los niveles de *S. mutans* salivales en la madre muy infectada. Se han diseñado programas para madres que incluyen tratamiento dental, información sobre la salud oral y asesoramiento, así como tratamientos tópicos de las madres con diversos agentes bacterianos, por ejemplo, clorhexidina y fluoruro para la supresión bacteriana.

**\* Educación dental:** El objetivo es mejorar los hábitos dentales de los padres o cuidadores aumentando sus conocimientos sobre la caries de la primera infancia. Diversos estudios han demostrado que el nivel de educación de la madre es inversamente proporcional a la prevalencia y la incidencia de caries precoz.

**\* Hábitos dietéticos e higiene oral:** Los estudios sugieren que el patrón de alimentación, con una ingestión frecuente y prolongada de azúcares, es un determinante más importante en la dentición primaria que en la dentición permanente. La elevada ingestión de sacarosa aumenta la acidogénesis de la placa y estimula el establecimiento de *S. mutans* acidúricos. La proporción de *S. mutans* en la placa, asociada con la caries de biberón del lactante, puede alcanzar el 30-50 % de los recuentos viables totales. El dejarle el biberón en la boca al lactante para que se duerma, al igual que el uso de dulces a modo de chupetes, son hábitos nocivos de los que se debe informar a los padres para que lo eviten.

Los hábitos higiénicos orales establecidos al año de edad pueden mantenerse a lo largo de toda la primera infancia, para esto, los padres o cuidadores deben asumir una total responsabilidad por la limpieza de los dientes de lactantes y niños pequeños <sup>(20)</sup>

### **1.6.1 Fluorosis dental.**

Una de la principales estrategias de los planeadores en salud para prevenir y controlar la caries dental es la utilización de fluoruros; sin embargo el desarrollo y disponibilidad de múltiples formas de aplicación de este elemento y la falta de control en el uso de las mismas ha ocasionado en la población una exposición más alta que la requerida para fines terapéuticos <sup>(20)</sup>

La fluorosis dental es una hipoplasia del esmalte inducida por la ingestión excesiva de fluoruro durante la etapa de formación de los dientes. Clínicamente, se pueden observar desde muchas manchas que van de un color blanquecino a un color café oscuro o incluso puede llegar hasta la pérdida de la continuidad del esmalte.

La severidad de la fluorosis del esmalte dependerá de la cantidad de fluoruro administrado, la duración de la exposición y la etapa de formación del diente durante el tiempo de exposición. Por otra parte, no ha sido posible establecer una dosis respuesta del fluoruro responsable de la fluorosis dental, debido a la diversidad de fuentes que existen. Se ha podido apreciar que en una misma comunidad con niveles de fluoruro mayores al óptimo, los sujetos aun estando bajo las mismas condiciones desarrollan diversos grados de fluorosis, lo que puede deberse a su diferente susceptibilidad <sup>(25)</sup>

La ciudad de de San Luis Potosí se localiza en un área donde el agua de consumo contiene cantidades excesivas de fluoruro natural. Además, la temperatura ambiente puede jugar un papel importante en el desarrollo de fluorosis dental, la temperatura media anual en S.L.P. es de 25 °C. El hervir el agua de consumo es una práctica común en nuestra población, tiene como propósito eliminar bacterias que causan enfermedades gastrointestinales, las mediciones de la concentración de flúor en agua hervida han demostrado un incremento aproximado de entre un 60% a un 70%, este incremento está relacionado con la pérdida de volumen durante la ebullición. Además, un 91% de la población en S.L.P. utiliza agua hervida en fórmulas de leche para niños y preparación de alimentos; en la C.d. de S.L.P. se reportó que un 92% de la población prepara sus alimentos con agua de la llave. El contenido del fluoruro en aguas de garrafón, refrescos y jugos de frutas que consume nuestra población pueden considerarse como fuentes adicionales de exposición a fluoruro.

## 2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los recursos didácticos tradicionales (libros de textos, fichas de trabajo, cuadernos de trabajo etc.) no tienen mucho que hacer frente a otras modalidades de enseñanza y aprendizaje más complejas, instantáneas y atractivas, las que resultan, a veces, más difíciles de aplicar para el que enseña. Ésto supone la necesidad, en la enseñanza de personas adultas, de formarse en relación a estrategias de comunicación adecuadas, a las nuevas tecnologías y en la cultura de la imagen.

Al realizar programas de salud, nos estamos enfrentando a problemas como lo es el querer convencer a alguien de que deje un hábito, cuando éste ya está arraigado, y aunque aparentemente parezca simple , en realidad se les está pidiendo que renuncien a algo altamente complejo de su vida, y aún cuando la comunidad este tratando de modificar sus hábitos, con el paso del tiempo se va olvidando lo aprendido, por lo que resulta necesario fortalecer y mantener un seguimiento constante, con lo cual, poco a poco se les harán costumbre las nuevas actitudes. El camino es emprender la tarea educativa permanente, para que esta tarea conjunta, sea cada vez más real y productiva.

- ¿Con los conocimientos que tienen hasta ahora las promotoras, estarán capacitadas para transmitir bien el mensaje a la comunidad, de tal manera que lo comprendan?
- ¿Conocen las promotoras las estrategias de comunicación suficientes para llevar a cabo las acciones educativas en salud bucodental?

### **3- JUSTIFICACIÓN.**

En la actualidad pocos son los mexicanos que tienen acceso a la atención odontológica, pues existe una gran población marginada que carece de recursos tanto financieros como humanos para cubrir las necesidades básicas de salud bucodental.

Desafortunadamente es poca la atención médica que llega a estos sectores rurales, careciendo en ocasiones, de una infraestructura sanitaria odontológica mínima, es entonces cuando resulta útil que la misma gente de la comunidad se autoayude adquiriendo actitudes y prácticas que promuevan su salud bucodental.

Por este motivo, se capacitó en Marzo del 2005, a un grupo de 20 madres de familia de la comunidad el Coyote, San Luis Potosí, para que desempeñaran el papel de promotoras de salud, en este programa se les dieron los conocimientos básicos de prevención para que pudieran transmitirlos a los demás integrantes de la comunidad.

Si queremos lograr resultados positivos con el programa, es necesario el fortalecimiento de los conocimientos previos, por lo cual se decidió implementar varias estrategias de comunicación y elaboración de material didáctico, que conduzcan a las promotoras a un nivel mayor de concientización sobre sus necesidades de salud, transformando así, la demanda sentida en demanda social. Esto favorecerá a que adopten una nueva posición frente a la salud bucodental y a su vez sean capaces de inculcar una cultura de prevención al resto de la comunidad.

## **4.- OBJETIVOS.**

### **4.1 Objetivo general.**

Utilizar diversas estrategias de comunicación que refuercen el programa de capacitación de promotoras en salud bucodental de la comunidad “El coyote”.

### **4.2 Objetivos Específicos.**

- a) Evaluar los conocimientos previos de las promotoras acerca de la Salud bucal.
- b) Diseñar el material didáctico de apoyo, junto con las promotoras, de acuerdo a sus requerimientos: video, franelógrafo, rotafolio, material manual etc.
- c) Fortalecimiento de los contenidos temáticos de salud bucodental en las promotoras.
- d) Evaluar el impacto del material didáctico en la comunidad.



## **5.- METODOLOGÍA**

### **5.1- Material y método.**

El trabajo se inició visitando la comunidad para establecer contacto con las promotoras de Salud Bucodental, que habían sido capacitadas hace seis meses en otra investigación, con el objetivo de solicitarles que realizaran acciones educativas frente a los niños de la comunidad y poder llevar a cabo un diagnóstico de sus conocimientos previos en salud bucodental. Para tal efecto se diseñó un cuestionario de evaluación (anexo 1), en la misma sesión se les aplicó a los niños un cuestionario (anexo 2) para evaluar la actividad realizada por las promotoras con ellos. Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de fortalecimiento de los contenidos temáticos en salud bucodental, así mismo se diseñó y elaboró material para diferentes estrategias de comunicación, que las promotoras aplicaron posteriormente en sus acciones educativas con los niños de la comunidad. Las estrategias de comunicación con las que trabajaron tanto las promotoras como la investigadora fueron las siguientes:

#### **Técnicas Educativas**

- \*Charla.
- \*Demostración.
- \*Dinámica Grupal.
- \*Juegos.

#### **Medios visuales y audiovisuales:**

- \* Rotafolio.
- \*Cartel.
- \*Franelógrtafo.
- \*Video.
- \*Teatro guiñol con audio.
- \*Proyección de diapositivas.

Finalmente se realizó la evaluación de las estrategias de comunicación aplicadas a las promotoras (anexo 3), así como la evaluación de los niños sobre las actividades educativas realizadas por las promotoras con ellos (anexo 4). Se utilizó el formato 1 y 2 para evaluar los conocimientos adquiridos de las promotoras y los niños respectivamente.

## **5.2 Tipo de estudio.**

\*Intervención comunitaria.

## **5.3 Población de estudio.**

\*Promotoras de salud bucodental de la comunidad “El Coyote” San Luis Potosí.

## **5.4 Tamaño de la muestra.**

\*15 promotoras de salud bucodental de la comunidad “El Coyote” San Luis Potosí.

## **5.5 Criterios de inclusión.**

\*Promotoras de salud bucodental.

## **5.6 Criterios de exclusión.**

\*Pobladoras de sexo femenino que no sean promotoras.

\*Promotoras de salud que no quieran participar en el estudio.

## **5.7 Variables de estudio.**

### **5.7.1 Variables Independientes**

\*Estrategias de comunicación.

\*Material didáctico.

### **5.7.2 Variables Dependientes**

\*Programa de capacitación

\*Conocimientos previos de Salud bucodental.

## **5.7 Recursos.**

### **5.7.1 Humanos:**

- \*Una directora de tesina.
- \*Una Cirujana Dentista.
- \*Una pasante de Cirujana Dentista.

### **5.7.2 Físicos:**

- \*Biblioteca Central.
- \*Biblioteca de la Facultad de Odontología.
- \*Biblioteca de la División de Estudios Superiores de Postgrado.
- \*Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Comunicación.

### **5.7.3 Materiales:**

\*Libros de consulta, artículos, computadora, impresora, scanner, Internet, cámara fotográfica, computadora portátil, cañón, proyector de diapositivas, serie de diapositivas, DVD., c.d.,stereograbadora, cassette, cuestionarios, plumas, colores, plumones, acuarelas, tijeras, resistol, pistola de silicón, pinceles, palos de madera, unicel, cajas de cartón, pliegos de fomi, papel terciopelo, papel américa, manta, fieltro, papel crepé, delcrom, rotafolio, incentivos (cepillos dentales, pulseras, pins, gomitas, lápices infantiles), fotocopias.

### **5.7.4 Financieros:**

- \*Por cuenta de la Tesista.

## **5.8 Técnicas de recolección de datos.**

\*Para tal efecto se diseñó un formato (anexo 1) con todas las variables de estudio para la evaluación de las acciones educativas de las promotoras antes del fortalecimiento de contenidos educativos, así mismo se elaboró otro formato (anexo 2) para evaluar las actividades educativas de las promotoras con los niños. Posteriormente se elaboró otro

cuestionario (anexo 3) para evaluar los materiales empleados en las diferentes estrategias de comunicación aplicadas a las promotoras, así como un cuestionario a los niños para que evaluaran las actividades educativas que las promotoras realizaron con ellos (Anexo 4). La evaluación postinstruccional de los contenidos temáticos tanto de las promotoras de la comunidad como de los niños de la comunidad se realizaron con los anexos 1 y 2 respectivamente. Todos los datos se registraron y analizaron a través del programa de Microsoft excel.

## **6.- PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN APLICADAS A LA CAPACITACIÓN DE PROMOTORAS DE SALUD BUCODENTAL**

### **6.1 La comunidad “El coyote”.**

La comunidad “El Coyote” pertenece al municipio Villa Hidalgo del estado de San Luis Potosí, es una zona semidesértica con pocas lluvias al año y clima extremo.



La población cuenta con escasos medios de subsistencia, algunas se dedican a la talla de ciertas fibras, otros se dedican a la venta de animales que ellos mismos cazan, algunos viajan a lugares de siembra y trabajan ahí como jornaleros o se dedican a pedir limosna para sobrevivir.

La alimentación de la mayoría de la población es inadecuada y nutricionalmente pobre, hacen sólo una comida al día que consiste en maíz un 80% y lo restante, de lo que recolectan o cazan. Los productos de cultivo de sus propios ejidos son muy escasos a causa de que las tierras son de temporal.

Almacenan agua de lluvia en cisternas al aire libre y beben de ella durante todo el año, los análisis realizados han demostrado la presencia de gran cantidad de amibas, bacterias, gusanos y hasta batracios en esta agua. Existen algunos pozos, pero la gente no está acostumbrada a utilizar el agua de ellos, solo tienen una llave de agua en cada ejido.

Sus viviendas son de adobe y están constituidas por una cocina y una recámara en la que duermen toda la familia, incluyendo muchas veces a los nietos y las nueras; la mayoría tienen letrinas, los que carecen de ellas, defecan al aire libre.



Las enfermedades intestinales, de hipertensión, venéreas y de la piel, entre otras, abundan, no cuentan con centros de atención médica, ni mucho menos hospital, una vez a la semana los visita un médico para su chequeo general, hasta hace poco un odontólogo los visitaba también una vez a la semana, pero no ha ido desde hace 4 meses.

El 70 % cuenta con servicio de corriente eléctrica. Las vías de comunicación están constituidas por un camino de terracería y brechas en las que los medios de transporte son animales, carretas, bicicletas o incluso a pie.



En el área educativa sólo existen algunos jardines de niños y una primaria, no hay secundaria y por falta de conciencia social hay poca asistencia en los lugares que cuentan con ella.

El último censo fue en el 2000 y eran 300 habitantes, no se ha vuelto a realizar un conteo, pero se calculan unos 650 habitantes



## 6.2 Cronograma.

N° DE SESIÓN	FECHA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO
1°	18.03.06	Presentación ante el grupo de promotoras	
		Evaluación de actividades educativas de las promotoras con los niños	Anexo 1
		Aplicación del cuestionario de evaluación para los niños	Anexo 2
		Presentación del Video "Salud bucal en la comunidad "El Coyote"	Cañón, DVD
2°	19.03.06	Plática de caries dental	Diapositivas, proyector de diapositivas.
		Elaboración de las promotoras del cartel "Caries dental"	Cartel
		Plática de enfermedades periodontales	Diapositivas, proyector de diapositivas, rotafolio
		Elaboración de las promotoras de "muñeca feliz" y cepillo dental	Manta, Delcrom, fieltro, bolas de unicel, papel crepé, fieltro, dientes de yeso, placa de unicel, terciopelo.
3°	20.03.06	Plática de higiene oral del bebé, hábitos perniciosos y fluorosis	Diapositivas, proyector de diapositivas, Rotafolio, imágenes de dientes pigmentados
		Elaboración de las promotoras de títeres para la obra de teatro guiñol "Las muelitas y sus amigos"	Títeres de unicel, fomi, acuarelas, palos de madera, plumones
4°	21.03.06	"Estrategias de comunicación de las promotoras con los niños de la comunidad"	
		Presentación del video "El Dr. Castor"	Cañón, DVD
		Obra "Las muelitas y sus amigos" realizada por las promotoras	Teatro guiñol, títeres
		Plática de las promotoras sobre enfermedades periodontales, malos hábitos, higiene oral y fluorosis.	Rotafolio
		Juegos infantiles: Competencia de brincos con costales "Muela, muela....caries" "Ponle la caries a la muela"	Estímulos Fanelógrafo de caries
		Evaluación de las promotoras	Anexo 1 y 2
		Evaluación del impacto de las diferentes estrategias de comunicación	Anexo 3 y 4



### 6.3 Desarrollo del programa

#### 1° Día. 18 de Marzo del 2006

Primeramente se hizo la presentación ante el grupo y una pequeña introducción del porqué se implementaba este programa, en seguida, se les pidió a las promotoras que realizaran las actividades educativas con los niños. La plática duró menos de 10 minutos, pues las promotoras sólo ocuparon la charla y hubo varias insuficiencias al cubrir los temas, para tal efecto se les evaluó con el anexo 1. También se les aplicó un cuestionario a los niños para darnos cuenta que tanto entendieron de la plática (anexo 2). Una vez terminada la evaluación, empezamos con las nuevas estrategias de comunicación.

**Tema:** Importancia de la promoción de la salud. Resumen de los principales problemas bucodentales, sus repercusiones y su prevención.

**Material didáctico:** Video titulado “Salud bucal en la comunidad del Coyote”, proyectado con cañón y equipo de audio.



#### **Estrategia de comunicación y Actividades:**

\* Charla, presentación del video y sesión de preguntas, tratando de que ellas fueran las que las respondieran.

\* Confección de muñecas de manta. Cada una se llevó a su casa fieltro para hacer los vestidos, otras delcrom para hacer los brazos y así todas prepararon las muñecas para el día siguiente.



**2° Día. 19 de Marzo del 2006.**

**Tema:** Caries dental. Definición, etiología, consecuencias, factores de riesgo y técnicas preventivas.

**Material didáctico:** Serie de diapositivas proyectadas con proyector de diapositivas.

**Estrategia de comunicación y actividad Grupal:**

\*Charla con la presentación de las diapositivas.

\* Elaboración de las promotoras por equipos del cartel y franelógrafo "Caries dental".



**Tema:** Enfermedades Periodontales. Definición, etiología, factores de riesgo, repercusiones y métodos preventivos.

**Material didáctico:** Rotafolio, serie de diapositivas proyectadas con proyector de diapositivas.

**Estrategia de comunicación y actividad Grupal:**

- \* Plática apoyada en el rotafolio, demostración de cómo deben de usarlo posteriormente ellas con los niños.
- \* Armado de las muñecas de manta y elaboración de cepillos dentales de unicel para la demostración de la técnica de cepillado.



**3° Día. 20 de Marzo del 2006**

**Tema:** Malos Hábitos Bucales. Definición y consecuencias. Higiene Oral del bebé. Importancia y técnica de higiene. Fluorosis. Definición, etiología, factores de riesgo y prevención.

**Material didáctico:** Rotafolio, Gasas, Imágenes de dientes pigmentados



### **Estrategia de comunicación y Actividades:**

- \* Plática con el rotafolio, demostración de la técnica para la higiene oral del bebé, sesión de preguntas y respuestas de los temas tratados.
- \* Elaboración de los títeres de unícel y fomi para montar la obra “Las muelitas y sus amigos”.



**4° Día. 21 de Marzo del 2006.**

En este día, las promotoras trabajaron con los niños todas las estrategias de comunicación aprendidas.

**Tema:** Caries Dental.

**Material didáctico:** Video titulado “Dr. Castor”



**Actividad Recreativa:**

- \* Juego con el franelógrafo “Ponle la caries a la muela”.
- \* Entrega de estímulos a los niños ganadores.



**Tema:** Cavidad oral. Anatomía, principales problemas bucodentales, consecuencias y consejos para prevenirlas.

**Material didáctico:** Teatro guiñol.

**Actividad recreativa:**

- \* Representación de la obra “Las muelitas y sus amigos”, presentada por las promotoras con apoyo de equipo de sonido.



**Tema:** Técnica de cepillado.

**Material didáctico:** Muñequita feliz y su cepillo dental.

**Actividad:**

\* Demostración de la técnica de cepillado.

**Tema:** Enfermedad periodontal, higiene del bebé, malos hábitos bucales y fluorosis.

**Material didáctico:** Rotafolio.

**Actividad Recreativa:**

\* Juego infantil al aire libre “muela, muela...caries”

\* Competencia de brincos con costales.

\* Entrega de estímulos a los ganadores.

\* Finalmente se repartieron a todos los niños y promotoras cepillos dentales.



## 7.- RESULTADOS

Las edades de las promotoras que acudieron a este programa oscilaban entre los siguientes rangos: de 20 a 24 años un 20%; de 25 a 29 años un 13%; de 30 a 34 años un 13%; de 35 a 39 años un 20%; de 40 a 44 años un 7%; de 45 a 49 años un 7%; de 50 a 54 un 13%; y más de 55 años un 7% (Gráfica 1).

Las edades de los niños a quienes se les aplicó el programa se presentaron de la siguiente manera: menores de 5 años el 7%; de 5 a 7 años el 47%; de 8 a 10 años el 33%; de 11 a 13 años el 13% (Gráfica 2).

En relación a la evaluación preinstruccional de las promotoras, en la pregunta ¿Cómo se mostraron durante su presentación?, el 27% de las promotoras se mostraron nerviosas; el 60% se mostraron tensas y el 13% se mostraron relajadas (Gráfica 3). Y en la evaluación postinstruccional, un 13% se mostró nerviosa; un 13% tensa y un 74% relajada (Gráfica 4).

Al cuestionamiento ¿Cómo fue el vínculo que creó la promotora con los niños durante el desarrollo de la presentación? Se determinó que el 27% fue malo; el 40% fue regular y el 33% fue bueno (Gráfica 5). En la evaluación postinstruccional los resultados fueron: el 7% malo; el 13% regular y el 80% bueno (Gráfica 6).

En la pregunta ¿La promotora captó la atención de los niños?, el 67% de ellas logró captarla y el 33% no lo logró (Gráfica 7), en el cuestionario postinstruccional, el 87% lo logró en tanto que el 13% no lo consiguió (Gráfica 8).

Referente a ¿La promotora hizo participar a los niños?, el 13% si lo hizo mientras que el 87% restante no (Gráfica 9), en la evaluación postinstruccional el 87% si los hizo participar y sólo un 13% no (Gráfica 10).

Con respecto a como se desarrolló el tema de caries el 8% de las promotoras lo desarrolló mal; el 40% regular y el 52% bien (Gráfica 11), mientras que en la evaluación postinstruccional ninguna lo desarrolló mal; el 13% regular y el 87% restante lo desarrolló correctamente (Gráfica 12).

Así mismo, el 33% abarcó todos los puntos de interés respecto al tema de caries dental mientras que el 67% no los abarcó, en la evaluación postinstruccional el 100% los abarcó.

En la pregunta ¿Cuál fue la estrategia que utilizó para desarrollar el tema de caries dental, un 80% sólo ocupó la charla; el 0% ocupó rotafolio; un 20% hizo demostración y sólo el 13% combinó estrategias (Gráfica 13), en cuanto que en la evaluación postinstruccional el 100% utilizó más de una estrategia (Gráfica 14).

En cuanto a enfermedades periodontales, el 47% de las promotoras desarrolló el tema y el 53% no, los resultados que arrojó la evaluación postinstruccional fueron que el 100% lo desarrolló.

A su vez el 67% abarcó todos los puntos de interés de este mismo tema y 33% no lo abarcó (Gráfica 15), mientras que en la evaluación postinstruccional el 100% los abarcó. (Gráfica 16).

Con relación a hábitos nocivos, un 67% de las promotoras abordó este tema y el 33% restante no. En la evaluación postinstruccional el 87% lo abordó, mientras que el 13% no.



Dentro de este mismo tema, el 40% tocó todos los puntos de interés y el 60% restantes no los tocó (Gráfica 17), posteriormente, el 87% tocó todos los puntos de interés mientras que el 13% no lo hizo. (Gráfica 18).

En la pregunta ¿Cuál fue la estrategia que se utilizó para desarrollar el tema de hábitos nocivos?, un 87% sólo utilizó charla y un 13% la demostración (Gráfica 19), mientras que en el cuestionamiento postinstruccional el 20% sólo utilizó rotafolio y el 80% combinó varias estrategias. (Gráfica 20).

Referente a ¿Qué actitud presentaron los niños ante el programa? El 27% se mostró indiferente; el 20% aburrido; el 33% interesado y el 20% entretenido y en la evaluación postinstruccional el 13% estuvo indiferente; el 7% aburrido; el 27% interesado y el 53% entretenido.

En los resultados de ¿cómo calificaría el desempeño durante el programa?, se determinó que el 20% fue malo; el 53% regular, el 27% bueno y el 0% excelente mientras que en los resultados postinstruccionales, el 0% malo; el 13% regular; el 54% bueno y el 33% excelente.

A la hora de aplicar los cuestionarios a los niños para evaluar las actividades educativas de las promotoras, en la pregunta ¿Cuántas veces debes de cepillarte los dientes? Un 40% contestó que dos veces; un 40% dijo que tres veces y el 20% contestó que 6 veces (Gráfica 21), mientras que en la evaluación postinstruccional el 100% contestó que tres veces. (Gráfica 22).

Con respecto a ¿Con qué te debes de cepillar los dientes? El 53% respondió que con cepillo, pasta y agua; el 40% que con cepillo y agua; y

el 7% que con cepillo, jabón y agua (Gráfica 23), posteriormente el 100% respondió que con cepillo y agua (Gráfica 25).

Al cuestionamiento de ¿Porqué te da caries dental?, el 20% de los niños contestaron que por tomar refresco; el 67% por no cepillarse los dientes y el 13% no supo (Gráfica 25), mientras que en el cuestionario postinstruccional el 100% contestó que por no cepillarse los dientes. (Gráfica 26).

Con relación a ¿Cómo pueden prevenir la caries dental? Un 20% respondió que no tomando refresco; un 67% cepillándose los dientes y el 13% no supo (Gráfica 27), los resultados de la evaluación postinstruccional demostraron que el 100% respondió que cepillándose los dientes (Gráfica 28).

En la evaluación preinstruccional aplicada a los niños, respondieron a la pregunta ¿Porqué se manchan los dientes? de la siguiente manera: 43% por alto consumo de fluor; 29% por tomar refresco; 21% por lavarse mal los dientes y el 7% por comer tortilla (Gráfica 29), mientras que en la evaluación postinstruccional el 100% contestó que por alto consumo de flúor. (Gráfica 30).

Así mismo cuando se les preguntó ¿cómo pueden prevenir que los dientes se manchen?, el 20% respondió que no tomando refresco; el 40% lavándose bien los dientes y el 40% restante que reduciendo el consumo de fluor (Gráfica 31), en la evaluación postinstruccional el 100% contestó que reduciendo el consumo del fluor (Gráfica 32).

A la pregunta ¿Porqué te sangran las encías?, un 33% dijo que por comer cosas duras; el 27% que por cepillarse los dientes y el 40% que por no

cepillarse los dientes (Gráfica 33), en el cuestionario postinstruccional el 100% respondió que por no cepillarse los dientes (Gráfica 34).

A la hora de pedirles que mencionaran un mal hábito bucal, el 60% respondió que chuparse el dedo y el otro 40% dijo que comer dulces (Gráfica 35), mientras que en el cuestionario postinstruccional el 100% contestó que chuparse el dedo. (Gráfica 36).

Cuando se les preguntó ¿Cómo les parecieron las actividades de las promotoras? A un 20% les parecieron aburridas; a un 47% regular; a un 12% no les gustaron y a un 20% divertidas (Gráfica 37), los resultados al finalizar el programa fueron, que a ninguno les parecieron aburridas; a un 27% regular; a un 0% no les gustaron y al 73% les parecieron divertidas. (Gráfica 38).

Y finalmente a la pregunta ¿Cómo te parecieron las promotoras? El 20% dijo que aburridas; el 47% regulares; al 13% no le gustaron y al 20% les parecieron divertidas (Gráfica 39) y posteriormente, a ninguno les parecieron aburridas; al 27% regulares; al 0% no les gustaron y al 73% les parecieron divertidas.(Gráfica 40).

#### **Tabla 1.**

Los resultados que se presentaron con respecto a la evaluación del impacto de las estrategias de comunicación aplicadas a las promotoras, fueron los siguientes: cuando se les preguntó que si les gustó la película que se presentó, el 87% respondió que si; el 0% que no y el 13% que más o menos.

El 93% comprendió el mensaje de la película; el 0% no, y el 7 demostró que más o menos.

Con respecto a si les interesaron las diapositivas presentadas, a un 69% si; a un 6% no, y a un 25% más o menos.

A todas las promotoras (100%) les gustó la actividad de la elaboración del franelógrafo.

Así mismo, el 93% si comprendió el propósito y manejo del franelógrafo mientras que en el 7% más o menos.

Cuando se analizó si les había gustado participar en la confección de las muñecas de manta para la técnica de cepillado, al 100% si le gustó.

El 93% de las promotoras se sienten capacitadas para dar la técnica de cepillado, mientras que el 7% no se cree capaz.

Al 100% de las promotoras le pareció entretenida la elaboración de títeres.

A la pregunta ¿Comprendió el objetivo y manejo del teatro guiñol?, al 87% sí y al 13% no.

Con respecto al cuestionamiento: ¿Le resultó fácil la realización de las actividades?: al 87% les parecieron fáciles, mientras que al 13% restante les parecieron difíciles.

A todas las promotoras les parecieron útiles los conocimientos y destrezas adquiridas.

Finalmente, el 100% de las promotoras considera importante continuar con este tipo de programas.

**Tabla 2.**

Los niños también evaluaron las actividades que las promotoras realizaron con ellos y los resultados fueron los siguientes: al 93 % sí les gustó la película presentada y al 7% más o menos.

Un 69% comprendió los temas dados con el rotafolio; un 25% más o menos y un 7% no los comprendió.

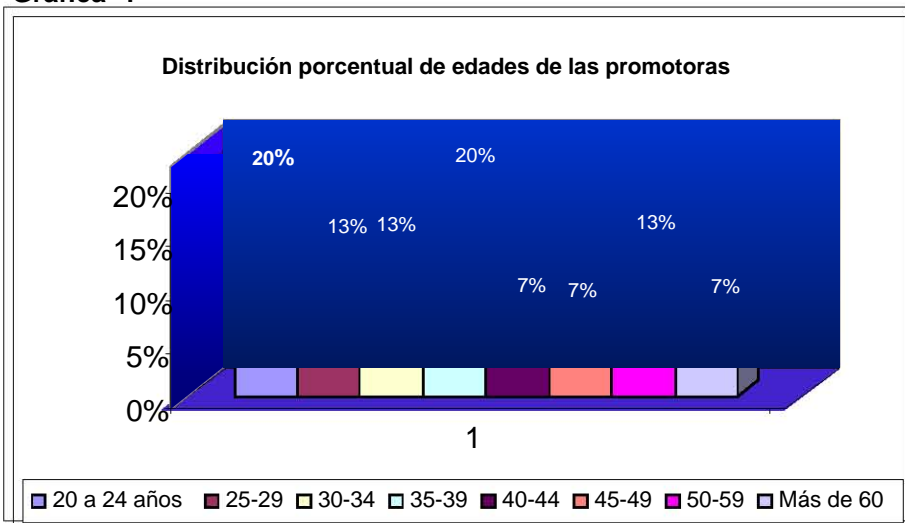
Al preguntarles si habían comprendido la actividad realizada con el teatro guiñol, el 87% si lo comprendió y el 13% no.

Cuando se les cuestionó si les había parecido entretenido participar en los juegos didácticos, el 100% respondió que sí.

Finalmente se les preguntó si les gustaría seguir participando en este tipo de programas y el 100% respondió que sí (Tabla 2).

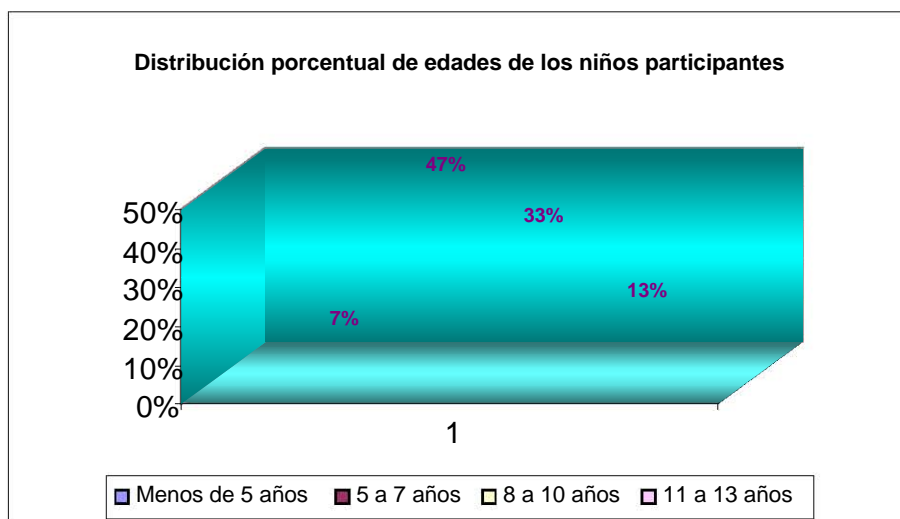


**Gráfica 1**



Fuente Directa

**Gráfica 2**

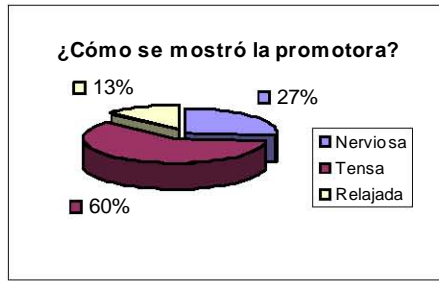


Fuente Directa

## EVALUACIÓN APLICADA A PROMOTORAS

### PREINSTRUCCIONAL

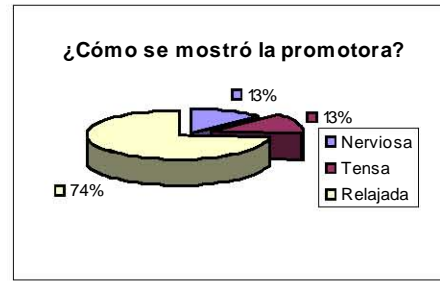
Gráfica 3



Fuente Directa

### POSTINSTRUCCIONAL

Gráfica 4



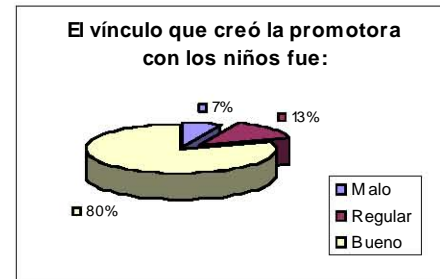
Fuente Directa

Gráfica 5



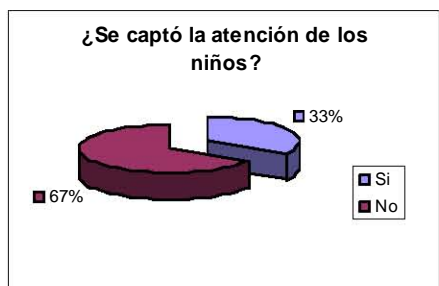
Fuente Directa

Gráfica 6



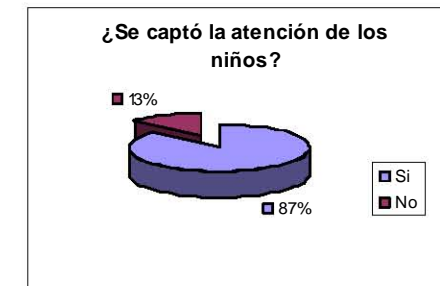
Fuente Directa

Gráfica 7



Fuente Directa

Gráfica 8



Fuente Directa

### PREINSTRUCCIONAL

### POSTINSTRUCCIONAL

**Gráfica 9**



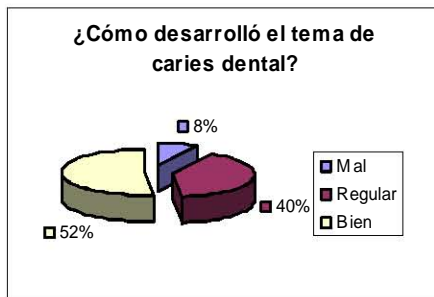
Fuente Directa

**Gráfica 10**



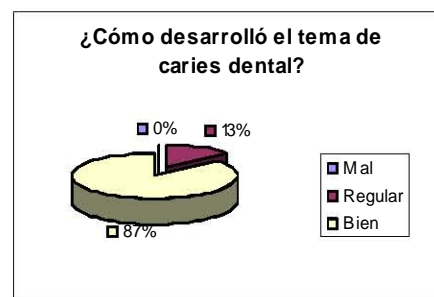
Fuente Directa

**Gráfica 11**



Fuente Directa

**Gráfica 12**



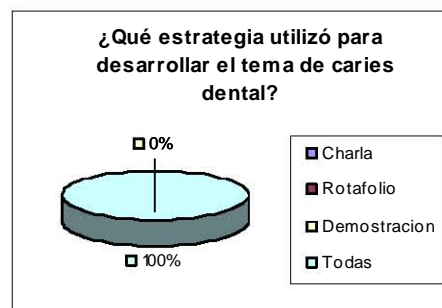
Fuente Directa

**Gráfica 13**



Fuente Directa

**Gráfica 14**



Fuente Directa

**PREINSTRUCCIONAL**

**POSTINSTRUCCIONAL**



**Gráfica 15**



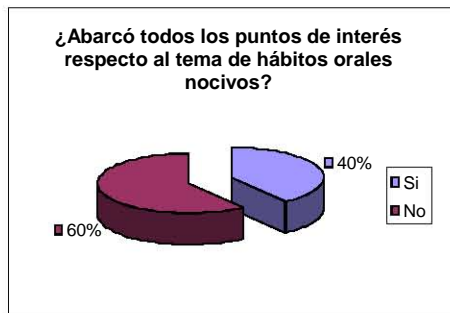
Fuente Directa

**Gráfica 16**



Fuente Directa

**Gráfica 17**



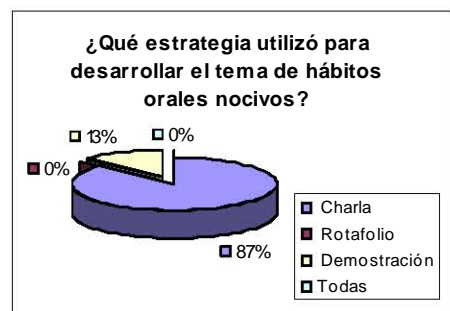
Fuente Directa

**Gráfica 18**



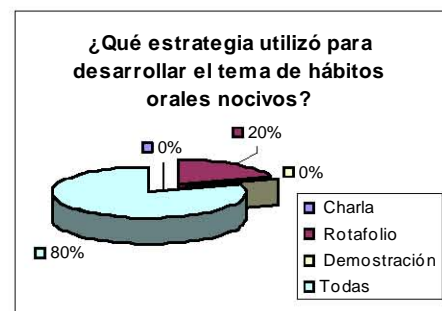
Fuente Directa

**Gráfica 19**



Fuente Directa

**Gráfica 20**



Fuente Directa

**EVALUACIÓN APLICADA A LOS NIÑOS SOBRE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR LAS PROMOTORAS**

**PREINSTRUCCIONAL**

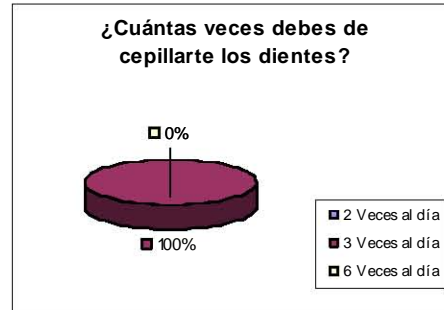
**Gráfica 21**



Fuente Directa

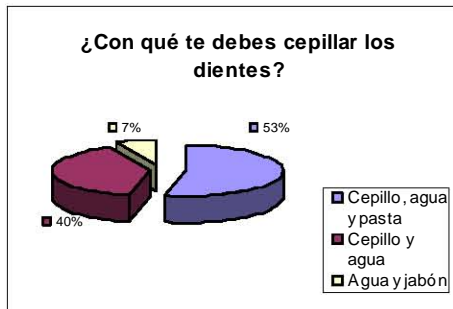
**POSTINSTRUCCIONAL**

**Gráfica 22**



Fuente Directa

**Gráfica 23**



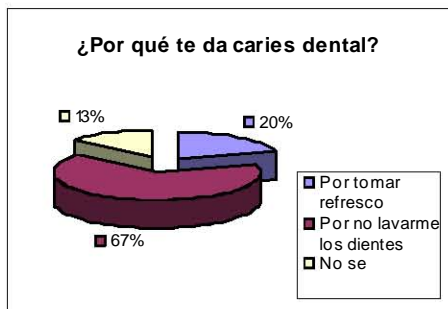
Fuente Directa

**Gráfica 24**



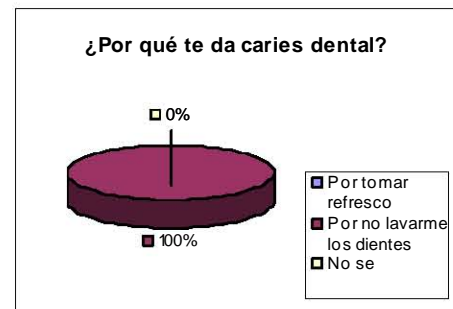
Fuente Directa

**Gráfica 25**



Fuente Directa

**Gráfica 26**

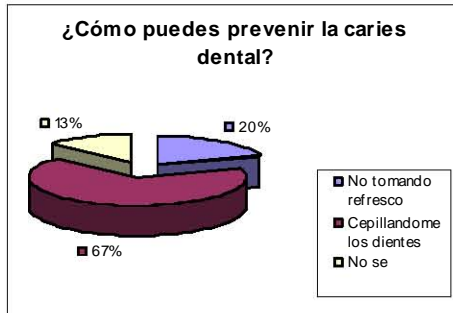


Fuente Directa

**PREINSTRUCCIONAL**

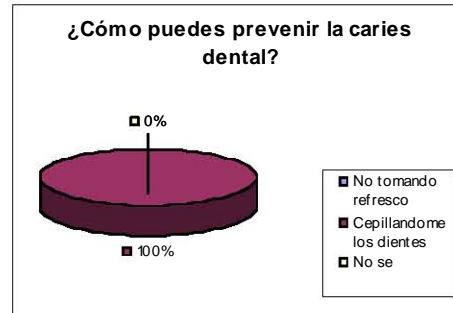
**POSTINSTRUCCIONAL**

**Gráfica 27**



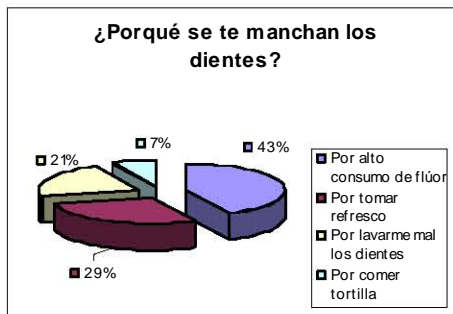
Fuente Directa

**Gráfica 28**



Fuente Directa

**Gráfica 29**



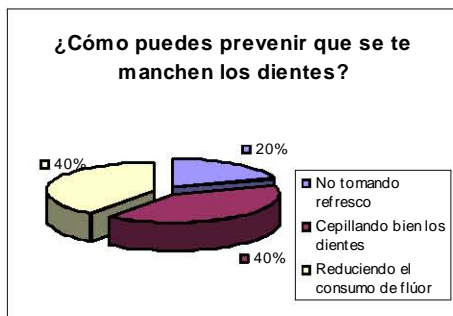
Fuente Directa

**Gráfica 30**



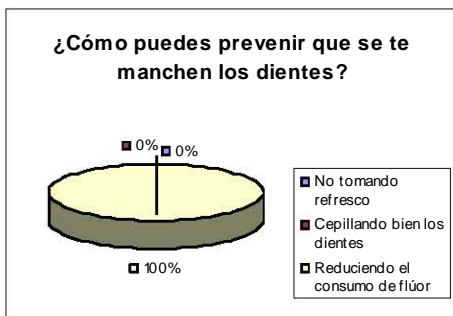
Fuente Directa

**Gráfica 31**



Fuente Directa

**Gráfica 32**

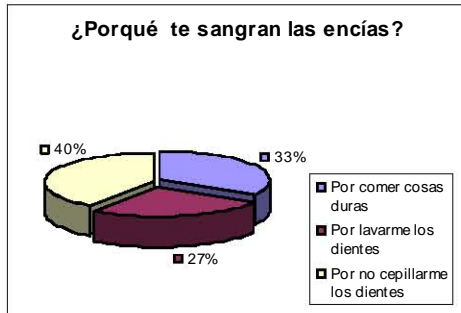


Fuente Directa

**PREINSTRUCCIONAL**

**POSTINSTRUCCIONAL**

**Gráfica 33**



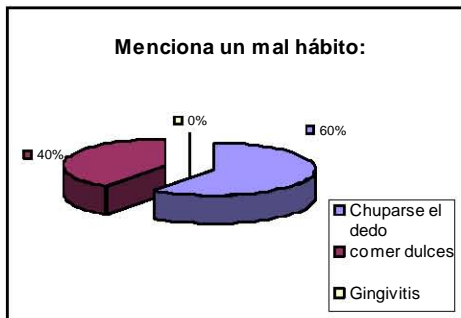
Fuente Directa

**Gráfica 34**



Fuente Directa

**Gráfica 35**



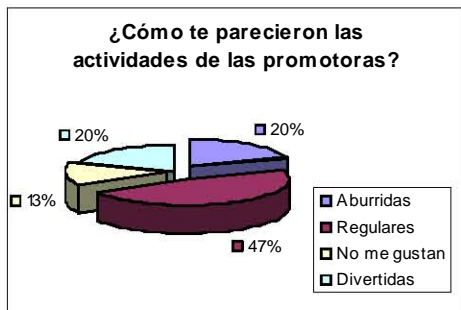
Fuente Directa

**Gráfica 36**



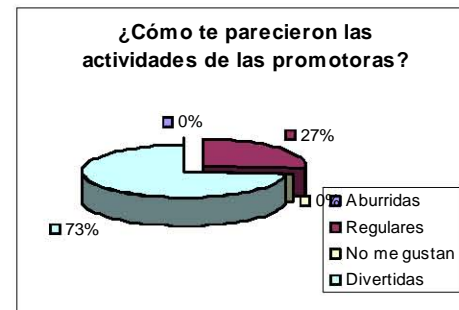
Fuente Directa

**Gráfica 37**



Fuente Directa

**Gráfica 38**

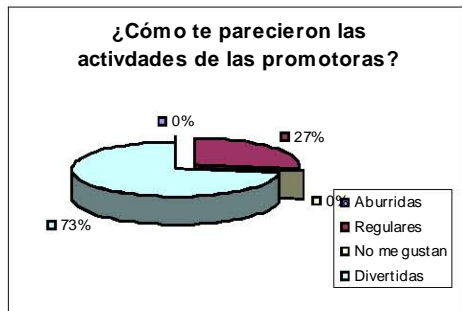


Fuente Directa

**PREINSTRUCCIONAL**

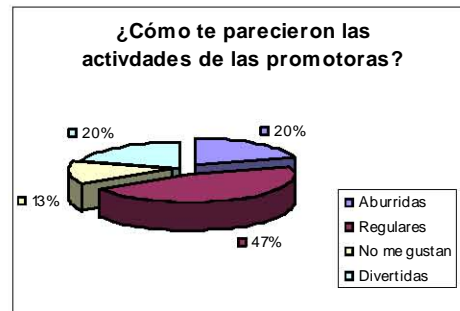
**POSTINSTRUCCIONAL**

**Gráfica 39**



Fuente Directa

**Gráfica 40**



Fuente Directa

<b>Tabla 1 EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN APLICADAS A LAS PROMOTORAS</b>				
<b>Variables</b>	<b>Si</b>	<b>Más o Menos</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
1.- ¿Le gustó la película que se presentó?	87%	13%	0%	100%
2.- ¿Comprendió el mensaje de la película?	93%	7%	0%	100%
3.- ¿Le interesaron las diapositivas presentadas?	93%	7%	0%	100%
4.- ¿Le gustó la actividad de elaboración del franelógrafo?	69%	25%	6%	100%
5.- ¿Comprendió el propósito y manejo del franelógrafo?	93%	7%	0%	100%
6.- ¿Le gustó participar en la confección de las muñecas para la técnica de cepillado?	100%	0%	0%	100%
7.- ¿Se siente capacitada para dar la técnica de cepillado?	93%	7%	0%	100%
8.- ¿Le gustó la elaboración de los títeres?	100%	0%	0%	100%
9.- ¿Comprendió el objetivo y manejo del teatro guiñol?	87%	13%	0%	100%
10.- ¿Las actividades le resultaron fáciles de realizar?	87%	13%	0%	100%
11.- ¿Le parecen útiles los conocimientos y destrezas adquiridas?	100%	0%	0%	100%
12.- ¿Considera importante continuar con este tipo de programas?	100%	0%	0%	100%

<b>Tabla 2 EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS APLICADAS POR LAS PROMOTORAS A LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD</b>				
<b>Variables</b>	<b>Si</b>	<b>Más o Menos</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
1.- ¿Te pareció interesante la película del "Dr Castor"?	93%	7%	0%	100%
2.- ¿Comprendiste los temas dados con el rotafolio?	69%	25%	6%	100%
3.- ¿Entendiste la actividad que se realizó con el teatro guiñol?	87%	13%	0%	100%
4.- ¿Te pareció entretenido participar en los juegos didácticos?	100%	0%	0%	100%
5.- ¿Te gustaría seguir participando en este tipo de programas?	100%	0%	0%	100%

## **CONCLUSIONES.**

Este trabajo hace notar la gran importancia que tiene el que estemos capacitados para hacer uso de los diversos medios de comunicación, pues como servidores de la salud estamos obligados a promover, enseñar y animar hacia actitudes que lleven a nuestra población a un estado cada vez mejor de su salud y nos damos cuenta de la mejoría que hay en el entendimiento de los temas educativos seleccionados cuando se emplean estrategias de comunicación entretenidas y sencillas.

Es digno de mencionar el entusiasmo que demostraron las promotoras ante este proyecto, pues a pesar de su bajo grado de escolaridad, las promotoras lograron comprender los temas dados que a su vez los aplicaron satisfactoriamente a los niños de la comunidad.

Creo que es de suma importancia que se le de un seguimiento a éste tipo de programa para ayudar a conservar la salud bucodental en los sectores desprotegidos de nuestro país, y así puedan lograr adaptarse a los recursos con los que disponen y al mismo tiempo cuenten con las herramientas necesarias para poder tener una calidad de vida cada vez mejor.

## **9.- BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Rasmussen B, Hidalgo A, Pérez Rodríguez F, López J. Cols. “La participación comunitaria en salud en el instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco. Salud Pública en México 1993.
  
- 2.- Maria Iliana Iovanovich, Omar Juan Bautista Abratte. “El universo vocabular en el proceso de alfabetización entre adultos”. Revista Iberoamericana de educación. México 1998.
  
- 3.-Manuel Area Moreira. “La elaboración de módulos y materiales electrónicos para el www en la educación de personas adultas”. Proyecto RedVEDA (Red virtual para la educación de Adultos) 2000
  
- 4.-.- Marta Iliana Iovanovich, Emilia Mercedes Alurralde. “¿Cómo podemos conocer a la comunidad?” OEI Revista Iberoamericana de la Educación
  
- 5.- Manuel Esteban R. “Consideraciones sobre los procesos de comprender y aprender. Una perspectiva psicológica para el análisis del entorno de la educación a distancia. Revista de Educación a Distancia. España Num. 1. Diciembre de 2001.
  
- 6.- Silvia Luz de Luca. “El baúl de los recuerdos: Proyecto para la organización, adquisición y optimización de materiales para el aprendizaje”. Consejo provincial de Educación, Escuela Rural N° 1342, Allen-rio Negro, Argentina.



- 7.- Begoña Rumbo Arcas. "Una formación multicultural para el profesorado de personas adultas". Facultad de Ciencias de la Educación, La Coruña, España.
- 8.- Begoña Rumbo Arcas. Una experiencia de desarrollo de material didáctico para enseñanza de ciencias y tecnología. Universidad Nacional entre Ríos. Río de Janeiro, Abril 2005.
- 9.- Maria de Lourdes Mazarriegos-Cuervo. "Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaria de Salud en salud bucal. Revista ADM 2004; LXI
- 10.- Dra. Irigoyen Camacho M<sup>a</sup>. y cols "Caries dental en escolares del Estado de México y en escolares de origen hispano radicados en los Estados Unidos" Revista ADM Vol. LV, Enero-Febrero, N° 1, 1998.
- 11.- Osorio Rosado Genny William, Hernández Pereyra Jorge "Prevalencia de caries dental en dos grupos escolares de seis y doce años de edad en Mérida y Cancún" Revista ADM, Vol. 5, Septiembre- Octubre, 1998.
- 12.- Sánchez Pérez Leonor Teresa, Sáenz Martínez Laura Patricia "Experiencia de caries como predictor de la enfermedad a 18 meses" Revista ADM, Vol. LV, N° 6 Noviembre- Diciembre 1998.
- 13.- Sánchez Pérez Teresa Leonor, Sáenz Martínez Laura Patricia "Frecuencia de caries en niños con actividad cariogénica y sanos" Revista Práctica Odontológica. Vol. 19, 1998.

- 14.- Almagro Nievas, D, Benítez-Hita JA y cols. "Incremento del índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja, España. Revista Salud Pública México 2001, Vol. 43.
- 15.- Hernández Pereyra Jorge y cols. "Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana" Revista ADM, Vol. N° 6, Noviembre-Diciembre, 2000
- 16.- Modéer y Biniyan Wondimu. "Enfermedades periodontales en niños y adolescentes" " Clínicas odontológicas de Norteamérica, Vol. N° 3, 2000 McGraw-Hill. Interamericana.
- 17.- Maguire John A. "Evaluación y tratamiento de los hábitos orales pediátricos". Clínicas odontológicas de Norteamérica, Vol. N° 3, 2000 McGraw-Hill. Interamericana.
- 18.-Twetman Svante y cols "Salud del lactante" Clínicas odontológicas de Norteamérica, Vol. N° 3, 2000 McGraw-Hill. Interamericana.
- 19.- Loyola Rodríguez Juan Pablo y cols. "Fluoruros ocultos como factor de riesgo a fluorosis dental en San Luis Potosí, México. Revista ADM, Vol. LV, N° 6. Noviembre-Diciembre 1998.
- 20.- Vallejos Sánchez Ana Alicia y cols. "Prevalencia, severidad de fluorosis y caries dental en una población escolar de seis a doce años de edad en la ciudad de Campeche, 1997-1998" Revista ADM, Vol.6, Noviembre-diciembre, 1998.
- 21.-Hernández Ruiz Deyanira Haydée "Incidencia y riesgo de fluorosis dental en la población escolar urbana del estado de Guanajuato, México" Revista ADM, Vol. LV, N° 5, Septiembre- Octubre 1998.

22.-Acebal Ada María. "Aspectos a ser tenidos en cuenta en un plan de evaluación de la calidad educativa a nivel nacional" Instituto Domingo Faustino Sarmiento. Revista Iberoamericana de Educación, Argentina, 2005.

23.- Fernández García Tomás, García Rico Agustín. Medios de Comunicación, sociedad y educación. Colección Humanidades. Ediciones de la Universidad de Castilla. La Moncha, Cuenca, 2001.

24.- Díaz Bordenave Juan E. ¿Qué es la comunidad rural? Necesidad y reto en America latina. Carrasquilla Editores S.A. de C.V. México 1986.

25.- Arreguín. J.L.M. 4 Sistemas de Comunicación y enseñanza. ED. Trillas. México, 1983.

26.- Palomas C. Susana, Martínez Deslinda O. Del pizarrón al video. Fundación para la planeación familiar A.C. México,1993.

27.- González Radío Vicente. Usos y Efectos de la Comunicación Audiovisual. Universidad de Coruña 1999.

28.-Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Organización Panamericana de la salud. N° 10, E.U.A., 1984.

29.- Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Organización panamericana de la salud. N°11. E.U.A., 1985.

- 30.- Dra. Morgado Marrero Delsa Elena. Lic. Hernández Quiñónez Sandra. "El ABC de un buen promotor" Canadian URBAN institute. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Marzo de 2004.
- 31.- Dra. Cardaci S . ¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: Herramientas para la promoción de la Salud". ED. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) coordinación de investigación.1997.
- 32.-Warner, D, Coger B. Aprendiendo a promover la salud: un libro de métodos, materiales e ideas para instructores que trabajan en la comunidad. Fundación Hesperian-Centro de estudios educativos-Secretaría de educación Publica; México 1994.
- 33.-Daniel Prieto Castillo. Diseño y Comunicación. UNAM, México, 1992.
- 34.- Higashida Bertha. Odontología Preventiva. ED. McGraw-Hill interamericana. México, 2000.
- 35.- Aguilar Garces Gerardo, Succión del pulgar, problemas, causa y tratamiento. ADM. 4 Jilio-Agosto. 1979.
- 36.- Barber K. Thomas Luke S. Larry. Odontología pediátrica. Ed. Manual moderno, 1988.

**10.-ANEXOS 1**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN APLICADA A PROMOTORAS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Fecha\_\_\_\_\_

1. ¿La promotora se mostró?   
a) Nerviosa                      b) Tensa                      c) Relajada
2. ¿El vínculo que creó la promotora con los niños durante el desarrollo de la presentación fue?   
a) Malo      b) Regular      c) Bueno      d) Excelente
3. ¿La promotora captó la atención de los niños?   
a) Si                      b) no
4. ¿La promotora hizo participar a los niños durante la sesión?   
a) Si                      b) no
5. ¿Cómo desarrolló la promotora el tema de caries dental?   
a) Mal                      b) Regular                      c) Bien                      d) Excelente
- 6.- ¿Abarcó todos los puntos de interés respecto al tema de caries dental?   
a) Si                      b) no
- 7.- ¿Cuál fue la estrategia que utilizó para desarrollar el tema?   
a) Charla      b) Rotafolio      c) Demostración      d) Todas
- 8.- ¿Desarrolló el tema de enfermedades periodontales?   
a) Si                      b) no
- 9.- ¿Abarcó todos los puntos de interés respecto al tema de enfermedades periodontales?   
a) Si                      b) no
- 10.- ¿Abordó el tema de hábitos orales nocivos?

a) Si            b) no

**11.-** ¿Abarcó todos los puntos de interés respecto al tema de hábitos orales nocivos?

a) Si            b) no

**12.-** ¿Cual fué la estrategia que se utilizó para desarrollar el tema de hábitos orales nocivos?

a)Charla      b)Demostración      c)Rotafolio      d)Todas

**ANEXO 2: EVALUACIÓN APLICADA A LOS NIÑOS SOBRE LAS  
ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR LAS PROMOTORAS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Fecha \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántas veces te debes cepillar los dientes? 
  - A. Tres veces al día
  - B. Seis veces al día
  - C. Dos veces al día
2. ¿Con qué te debes de cepillar los dientes? 
  - A. Cepillo y agua
  - B. Con agua y jabón
  - C. Cepillo, pasta y agua
3. ¿Porqué te da caries dental? 
  - A. Por tomar refresco
  - B. Por no cepillarme los dientes
  - C. No se
4. ¿Cómo puedes prevenir la caries dental? 
  - A. No tomando refresco
  - B. Lavándome los dientes
  - C. No se
5. ¿Porqué se te manchan los dientes? 
  - A. Por alto consumo de flúor
  - B. Por tomar refresco
  - C. Por lavarme mal los dientes
6. ¿Cómo puedes prevenir que los dientes no se manchen? 
  - A. No tomando refresco
  - B. Lavándome bien los dientes
  - C. Reduciendo el consumo de flúor

7. ¿ Porqué sangran las encías?
- A. Por comer cosas duras
  - B. Por cepillarme los dientes
  - C. Por no cepillarme los dientes
8. Menciona un mal hábito bucal:
- A. Chuparse el dedo
  - B. Comer dulces
  - C. Gingivitis
9. ¿La plática de las promotoras se te hizo?
- A. Aburrida
  - B. Regular
  - C. No me gusto
  - D. Divertida
10. ¿Cómo te parecieron las actividades de las promotoras?
- A. Aburridas
  - B. regulares
  - C. No me gusta
  - D. Divertidas



**ANEXO 3: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS  
DE COMUNICACIÓN APLICADAS A LAS PROMOTORAS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Fecha \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Le gustó la película que se presentó?  
a) Si      a) No      c) Más o menos
- 2.- ¿ Comprendió el mensaje de la película?   
a) Si      b) No      c) Más o menos
- 3.- ¿Le interesaron las diapositivas presentadas?   
a) Si      b) No      c) Más o menos
- 4.- ¿Le gustó la actividad de elaboración del franelógrafo?   
a) Si      b) No      c) Más o menos
- 5.- ¿Comprendió el propósito y manejo del franelógrafo?   
a) Si      b) No      c) Más o menos
- 6.- ¿Le gustó participar en la confección de las muñecas para la  
técnica de cepillado?   
A) Si      b) No      c) Más o menos
- 7.- ¿Se siente capacitada para dar la técnica de cepillado?   
a) Si      b) No      c) Más o menos
- 8.- ¿Le gustó la actividad de la elaboración de títeres?   
a) Si      b) No      c) Más o menos

9.- Comprendió el objetivo y manejo del teatro guiñol?

a) Si      b) No      c) Más o menos

10.- Las actividades le resultaron fáciles de realizar?

a) Si      b) No      c) Más o menos

10.- Le parecen útiles los conocimientos y destrezas adquiridas?

a) Si      b) No      c) Más o menos

11.- ¿Considera importante continuar con este tipo de programas?

a) Si      b) No      c) Más o menos

**ANEXO 4: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS  
DE COMUNICACIÓN APLICADAS POR LAS PROMOTORAS A LOS  
NIÑOS DE LA COMUNIDAD**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 1.- ¿Te pareció interesante la película del “Dr. Castor?”
- a) Si                      b) No                      c) Más o menos
- 2.- ¿Comprendiste los temas dados con el rotafolio?
- a) Si                      b) No                      c) Más o menos
- 3.- ¿Entendiste la actividad que se realizó con el teatro guiñol?
- a) Si                      b) No                      c) Más o menos
- 4.- ¿Te pareció entretenido participar en los juegos didácticos?
- a) Si                      b) No                      c) Más o menos
- 5.- ¿Te gustaría seguir participando en este tipo de programas?
- a) Si                      b) No                      c) Más o menos