



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL,
DIRIGIDO A ESCOLARES INSCRITOS EN LA ESCUELA
NOBORU NISHIKAWA FUKUDA 2011.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

FABIOLA ELIZABETH HERRERA BRITO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mi madre por ser el más grande ejemplo de lucha, fortaleza y amor que me ha brindado la vida, por ser mi motivación más bella y el respaldo más firme, este logro también es tuyo princesa.

A mi padre por la fuerza y los valores que sembró en mí.

A mis hermanos Daniel, Norma y Juan por ser mi inspiración para ser una mejor persona, por que entre sus consejos y sonrisas he encontrado la fuerza para perseguir mis sueños.

A mis amigos Les, Viri, Sol, Yadi, Tavo y Dany, por la huella profunda que han dejado en mi camino y porque sin ustedes definitivamente esto no hubiera sido igual.

A Marco que ha estado junto a mí, firme para brindarme su apoyo, confianza y amor. Te lo ganaste

A la familia Rizo Saavedra por su cariño y apoyo.

A mi tutora María Elena Nieto Cruz y mi asesora Rosina Pineda y Gómez Ayala, por su dedicación, interés y tiempo para la realización de éste proyecto.

A la UNAM por permitirme formar parte de esta hermosa institución y gracias a la cual hoy puedo decirme, orgullosamente universitaria.

GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. ANTECEDENTES	7
1.1 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL APLICADOS A ESCOLARES EN EL MUNDO.	7
1.1.1 Programa preventivo en escolares. Buenos Aires, (Argentina)	7
1.1.2 Programa “SONRISITAS” (Andalucía. España)	8
1.1.3 Programa “instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez”	9
1.1.4 Programa nacional de salud bucal “Boca Limpia Sonrisa Sana” 2009-2010. (Perú)	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Promoción de la salud	11
2.1.1 Herramientas fundamentales para la promoción de la Salud	12
2.1.2 Fundamentos legales, pedagógicos, normas morales y jurídicas de la Promoción de la Salud	14
2.1.3 Temas Obligatorios dentro de un programa de Promoción para la salud	17
2.2 Programas de educación para la salud	18
2.3 Características de los niños en edad Escolar	19
2.3.1 Desarrollo Psicosocial	19
2.3.2 Desarrollo Emocional	20
2.3.3 Desarrollo Cognitivo	21
2.4 Aprendizaje	22
2.4.1 El Proceso enseñanza aprendizaje	22

2.4.2	Factores que intervienen en el proceso aprendizaje	23
2.4.3	La importancia del juego en el aprendizaje	24
2.5	Teorías del aprendizaje	24
2.5.1	Conductismo	24
2.5.2	Cognoscitivismo	25
2.5.3	Aprendizaje social	26
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4.	JUSTIFICACIÓN	29
5.	OBJETIVOS	30
5.1	Objetivo general	30
5.2	Objetivos Específicos	30
6.	METODOLOGÍA	30
6.1	Material y método	30
6.2	Tipo de estudio	31
6.3	Población de estudio	32
6.4	Muestra	32
6.5	Criterios de inclusión	32
6.6	Criterios de Exclusión	32
6.7	Variables de Estudio	33
6.7.1	Variables independientes	33
6.7.2	Variables dependientes	33
6.8	Recursos	33
6.8.1	Humanos	33
6.8.2	Materiales	33
6.8.3	Físicos	34
6.8.4	Financieros	34
6.9	Cronograma	35

7. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL, DIRIGIDO A ESCOLARES INSCRITOS EN LA ESCUELA NOBORU NISHIKAWA FUKUDA 2011	36
7.1 Delimitación del área programática	36
7.1.1 De espacio	36
7.1.2 De tiempo	36
7.2 Universo de trabajo	36
7.3 Actividades	37
7.3.1 Cronograma del programa	37
7.4 Actividades del programa	38
8. RESULTADOS	42
9. CONCLUSIÓN	47
10. BIBLIOGRAFÍA	48
11. ANEXOS	52



INTRODUCCIÓN

La caries dental representa un problema serio de salud pública que afecta principalmente a la edad escolar.

Datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinan que del 60 al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental, bien por que realizan prácticas inadecuadas de higiene dental o por el desconocimiento de las consecuencias que se sufren al presentar dicha enfermedad.

Por otro lado la edad escolar representa una etapa fundamental en el desarrollo del individuo ya que durante ella se surgen una serie de cambios que determinarán su desarrollo físico, psicológico, social e incluso su personalidad.

Por tal motivo surge la necesidad de implementar programas de salud bucodental enfocados a los escolares con la finalidad de mejorar sus condiciones de desarrollo.

Es fundamental que el odontólogo considere al realizar estos programas las particularidades del escolar y base sus métodos de enseñanza en las mismas, de esta manera será más fácil alcanzar su objetivo dentro del programa de educación para la salud bucodental y brindar a los escolares las herramientas necesarias para mejorar su higiene bucodental y con esto su desarrollo físico, psíquico y social.

En el presente trabajo se presenta un programa de educación para la salud bucodental aplicado en niños de segundo año de primaria, pertenecientes a la escuela Noboru Nishikawa Fukuda.



1 ANTECEDENTES

1.1 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL APLICADOS A ESCOLARES EN EL MUNDO.

1.1.1 Programa preventivo en escolares. Buenos Aires, (Argentina)

Realizado por la Facultad de Odontología, la Secretaria de Salud y Educación, y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el año de 1980 bajo la Dirección de Susana Piovano et. al.

Dicho programa está dirigido a alumnos preescolares y escolares de tres escuelas y posteriormente se aplicó en zonas urbanas, suburbanas y rurales de Argentina.

El programa hace énfasis en la promoción y prevención de la salud, siendo su objetivo mejorar la salud de preescolares y escolares, con la aplicación de un modelo de atención orientado a la promoción y prevención, a partir del enfoque de riesgo, en el marco de la articulación docencia-servicio-investigación.

En este programa la Facultad de Odontología aporta los recursos humanos equipamiento simplificado y aparatología. Los alumnos proveen los materiales. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires provee el espacio físico, la limpieza y en algunas ocasiones el mantenimiento de equipos.

Los escolares recibieron el modelo de atención odontológica enfocado en la promoción y prevención hasta el alta básica. Llevando a los alumnos a un alto porcentaje en la disminución de problemas bucales.¹



1.1.2 Programa “Sonrisitas”. (Andalucía, España)

Con el propósito de impulsar una propuesta integradora en promoción de hábitos saludables en las escuelas primarias básicas en el sistema educativo municipal, se implementó un programa escolar de salud bucal “sonrisitas” que anualmente tiene como beneficiarios a más de 4000 alumnos de las escuelas Primarias Municipales. El mismo es dirigido por el Odontólogo Martín Zemel y ha sido declarado de Interés Cultural, Educativo y Municipal.²

Desde 2005, que inició el programa, alumnos, padres y docentes del Primer ciclo (primer, segundo y tercer año) se vieron involucrados en los espacios educativos ofrecidos.³

El programa consiste en facilitar a los Centros de Atención Socioeducativa apoyo y asesoramiento, así como recursos didácticos y materiales para desarrollar un programa de educación para la Salud a partir de los contenidos de la salud bucodental.⁴

Además de promover la adquisición de hábitos saludables y conseguir cambios significativos en los aprendizajes de los niños y niñas en relación con la Educación para la Salud: alimentación sana e higiene bucodental.

Promueve además a los profesionales de los centros que imparten el primer ciclo de la Educación infantil conocimientos, habilidades y materiales para introducir en los cuidados la higiene bucodental y alimentación saludable adaptadas a las edades de los niños y niñas.⁵



1.1.3 Programa “instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez”.

En diciembre de 2006 a junio del 2007, se llevó a cabo en Santiago de Cuba una intervención grupal educativa para incrementar los conocimientos sobre Salud bucal en 50 escolares de quinto año de la Escuela Primaria “Lidia doce Sánchez”, perteneciente al área de salud del Departamento de Estomatología del Policlínico “Camilo Torres Restrepo”. Se aplicó un programa educativo denominado “Bella Sonrisa”, que incluía técnicas educativas, afectivas y participativas, así como juego didácticos.

Al principio y al final de la etapa educativa se aplicó un cuestionario y se compararon los resultados.

Las diferencias observadas antes y después de la intervención, fueron altamente significativas. Siete meses después, al evaluar nuevamente los conocimientos sobre salud bucal, se identificó que éstos habían aumentado favorablemente en 98% de los escolares y que la acción educativa demostró ser eficaz, de manera que podría efectuarse en otras instituciones de la enseñanza primaria en el territorio.⁶

1.1.5 Programa nacional de salud bucal “Boca Limpia Sonrisa Sana” 2009-2010. (Perú)

A través de la comisión de salud bucal y el Programa nacional de salud bucal 2009-2010 el Colegio Odontológico del Perú, realiza el programa “Boca Limpia Sonrisa Sana”.

La Comisión del Programa Nacional de Salud Bucal 2009-2010 mediante un conjunto de actividades reforzó e implementó hábitos de higiene oral, el uso correcto del flúor y el consumo de sal fluorada en la población, haciendo énfasis en las poblaciones de riesgo como los pre-escolares y escolares.



El programa incluyó a preescolares y niños de educación primaria de los Centros Educativos Estatales a nivel nacional, con el claro objetivo de disminuir la prevalencia de caries dental, enfermedades periodontales y demás enfermedades de la cavidad bucal.

Dentro del programa se realizan pláticas e intervenciones odontológicas para detectar placa dentobacteriana y se realiza una técnica adecuada de cepillado. Los resultados fueron exitosos, ya que los preescolares y escolares, reconocen los recursos para una buena higiene bucal, logran identificar la placa bacteriana y ejecutan una técnica que les permite eliminarla después de cada comida, por otro lado se fortalece una auto evaluación de higiene con uso de revelador de placa microbiana y se logró que padres e hijos compartan la higiene bucal, mejorando así la actitud de las familias frente a las buenas prácticas de higiene bucal⁷



2. Marco Teórico

2.1 Promoción de la salud.

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la Carta de Ottawa que señala:

“La promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”⁸

La promoción de la salud es un componente integral de la mayoría de los programas públicos para la salud oral exitosos. Consiste en cualquier combinación planeada de apoyos educacionales, políticos, reguladores y organizacionales, para acciones y condiciones que conduzcan a la salud de una comunidad o de un grupo de individuos en una localización geográfica definida.⁹

La Carta de Ottawa propuso cinco mecanismos para la promoción de la salud:

1. Desarrollo de habilidades personales.
2. Reorientación de los servicios de salud.
3. Promoción de políticas saludables.
4. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
5. Creación de ambientes favorables.

La promoción tiene como objetivo mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. Engloba la prevención pero su campo de acción más amplio. Conceptualmente su base se asienta en dos características: su carácter dinámico y la influencia de sus determinantes.¹⁰



2.1.1 Herramientas fundamentales para la promoción de la Salud.

La asociación Canadiense de Salud Pública (1996) para argumentar que el estar sano implica inversión en salud, recuerda que “No es posible tener resultados positivos en salud a no ser que exista un compromiso de invertir en una salud total del individuo y de la comunidad.” Este compromiso debe reflejarse a través de una gama balanceada y comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantenimiento de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud .¹¹

Hacer efectiva la reorientación de los servicios de salud implica, entre otros elementos, que:

- a) Se asignen recursos hacia aquellas actividades generadas en la comunidad que privilegien la promisión y la protección de la salud.
- b) Se dé la máxima apertura a la participación de la organización comunal existente, especialmente de aquella surgida a partir de sus propias necesidades.
- c) Se fortalezcan los procesos de descentralización favorecedores de la toma de decisiones a nivel local.
- d) Los trabajadores de la salud cuenten con una base de conocimientos y actitudes que favorezcan el desarrollo de la promoción de la salud.

Las líneas de acción revisadas anteriormente pueden ser desarrolladas mediante la puesta en práctica de herramientas básicas como: participación social, educación para la salud, mercadotecnia, intersectorialidad, construcción de alianzas y abogacía.

Participación social: Tanto individual como en forma colectiva, mediante participación directa o por representación, la población está llamada a actuar sobre los determinantes de la salud, a producir en sus propios términos, derivados de sus condiciones de existencia y su relación con el entorno.¹¹



Educación para la Salud: “La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.”¹²

Es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud. Encuentra su desarrollo en espacios como la educación no formal y la educación formal. Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza- aprendizaje.

Mercadotecnia social: Persigue la modificación de las conductas utilizando la promoción de ideas y de prácticas sociales. Contribuye a la promoción de la salud mediante la utilización de algunas de sus técnicas, para “concientizar, educar o capacitar y motivar tanto al mercado poblacional, como al intra organizacional, sea público o privado”

Tiene un papel muy importante ya que a través de ésta podremos conocer la percepción de necesidades y la actitud poblacional hacia ellas, y por otra, instrumentar adecuadamente aquellas acciones y programas promocionales, que optimicen la integración del individuo, su comunidad y, finalmente, todos los sectores de la sociedad, en una búsqueda orientada y conjunta de mejores condiciones de vida.¹³

Intersectorialidad: El trabajo intersectorial coordinado y concertado, muestra muchas debilidades, sin embargo, esto no significa que el esfuerzo esté agotado, más bien, cada vez se prestan más las condiciones del contexto y las demandas de la sociedad para hacer efectiva esta potente herramienta. Un trabajo



coordinado, basado en negociación y concertación constante, teniendo como objetivo el bienestar de la población, es un insumo fundamental para el éxito de la Promoción de la Salud.

Construcción de alianzas:

La cantidad y la calidad de alianzas que se pueden generar para hacer promoción de la salud son innumerables. Los diferentes actores sociales (población organizada, líderes comunales, ciudadanos, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas), tienen en espacio limitado de acción, en el que se pueden recrear múltiples formas de aliarse en pro de la salud.

Abogacía

Abogar por la salud, consiste en “La acción de defender, respaldar públicamente, argumentar a favor de, procurar el logro de, para generar la voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud”.¹³

2.1.2 Fundamentos legales, pedagógicos, normas morales y jurídicas de la Promoción de la Salud

Como consecuencia de las transformaciones económicas, políticas, sociales y demográficas en el mundo, se han complicado e identificado nuevos problemas en las condiciones de salud.

En este sentido se hace necesario que la promoción y la educación se identifiquen como un bien social, y basándose en el aspecto social. Es importante valorar las cuestiones legales, pedagógicas, psicológicas, normas morales y jurídicas que se deben tomar en cuenta para conservar y fortalecer la salud a escala social.

La promoción de la salud, se presenta como una estrategia la cual se desarrolla como un bien social, responsabilidad de los gobiernos, instituciones y de cada ciudadano; aparece como una alternativa para que los países en desarrollo logren equidad en este sentido, impulsando las iniciativas y acciones individuales y



colectivas para vivir con más salud, mejorar continuamente, alcanzar bienestar creando las condiciones para una vida saludable, base fundamental para un mayor desarrollo intelectual y de las potencialidades personales de los hombres.

Fundamentos económicos y legales.

Representan las conclusiones científicas de la economía política marxista, y de las ciencias del derecho y el estado sobre las interrelaciones legales, políticas y estatales reflejándose en una economía planificada, donde las relaciones estatales y legales constituyen una parte de la estructura social siendo condicionada por la base económica de la sociedad.¹⁴

En el artículo 4º de la Constitución política de Los Estados Unidos Mexicanos, que establece en sus párrafos 3º, 4º y 6º, que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Mexicana.¹⁵

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

La Ley General de Salud, encontramos en el artículo 1º La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.¹⁶

Fundamentos pedagógicos y psicológicos de la promoción de la salud.



Representan los datos científicos sobre la esencia, objetivos, contenidos, métodos y medios, así como sobre las condiciones de la educación en sus relaciones mutuas, además de las particularidades de la conducta y de las motivaciones; revelando así los principios didácticos y las leyes del aprendizaje de la educación para la salud en la escuela, estableciendo la relación entre salud pública y sociedad.

Normas de comportamiento de la salud.

Son patrones de conducta que permiten un mejor fomento de la protección y el fortalecimiento de la salud, donde se establecen las necesidades fundamentales del hombre en relación con la salud desde el punto de vista de la concepción médica y de la salud pública.

Son normas de comportamiento social que se refieren a la salud y a la enfermedad y tiene las siguientes condiciones.

- Objetivos de protección de la salud con su importancia social, e incluso de la salud en la escala de orientación de valores de la sociedad.
- Regulación y ejemplos de comportamiento relacionados con la salud y la enfermedad.
- Acciones encaminadas a cumplir las normas o corrección de comportamientos de riesgo para la salud.

A la educación y promoción para la salud, le corresponde cambiar estas normas en intereses, necesidades, habilidades y hábitos del hombre, con el cultivo de sus necesidades principales en relación con la salud y su conservación en índices de la cultura en salud de la personalidad, así como con el logro de un nivel óptimo desde el punto de vista de la medicina y de la sociedad.

Para conservar y fortalecer la salud a escala social, se requiere la promoción de aspectos morales y jurídicos sobre salud y personalidad, cultura para la salud, estilo de vida saludable, normas de comportamiento para la salud, conciencia de



la salud, actitud ante la salud, motivación de la conducta ante la salud, y conocimientos higiénicos.¹⁴

2.1.3 Temas Obligatorios dentro de un programa de Promoción para la salud.

La odontología preventiva primaria puede ponerse en práctica de manera eficaz mediante el uso de las siguientes acciones: Control de placa (cepillado dental), reducción de la ingesta de azúcares en la dieta, aplicación de fluoruro y empleo de selladores de fosetas y fisuras. El empleo exitoso de estas técnicas de prevención puede garantizar el alcanzar y mantener un grado óptimo de salud bucodental, por lo cual estos temas resultan básicos e indispensables en una plática de educación odontológica.

El cepillado dental, es considerado entre los factores de prevención de la caries dental, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, de tal forma que una de las medidas de prevención indicadas por la Secretaria de Salud en nuestro país consiste en la enseñanza del cepillado dental a todos los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento estomatológico.¹⁷

Numerosos estudios apoyan que cepillar los dientes inmediatamente después de las comidas reduce la destrucción dental de 50 a 100% aproximadamente.¹⁸

Entre las recomendaciones dietéticas, encontramos que, el factor más importante en la relación entre la dieta y salud dental, es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados. Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental.¹⁹ Esto desmineraliza los dientes y da inicio a la caries dental, la recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera, cepillarse después los dientes o al menos enjuagarse la boca con agua.²⁰



La aplicación de fluoruro origina un incremento significativo en la resistencia de las superficies dentales expuestas al desarrollo de caries dental. Las vías de administración pueden ser, tópicas, geles, pastas dentales, enjuagues y barnices) y sistémicas (por fluoración del agua y alimentos como la sal y la leche).^{20,21}

En cuanto a los Selladores de fosetas y fisuras, encontramos que éstos pueden proporcionar un medio preventivo primario para reducir la necesidad de tratamientos operatorios.²²

2.2 Programa de Educación para la Salud.

Con la intención de disminuir las diferencias de atención, educación y prevención de muchas enfermedades bucales en varios países del mundo, la alianza para la salud bucal en colaboración con la Fundación Alemana para el desarrollo Internacional, formularon la Declaración de Berlín para la salud bucal. El manifiesto tiene como objetivo principal, diseñar las estrategias básicas para la prevención y la factibilidad de los servicios de tratamiento para los países en vías de desarrollo y comunidades necesitadas.

Para que un programa de salud bucal alcance sus objetivos, es necesario que la comunidad se comprometa con él entendiendo su importancia como parte fundamental y activa del proceso social, económico y cultural para la promoción de la salud bucal, dentro del concepto de mejoría y de la calidad de la salud general.²³

Los programas de salud escolar (PSE) tuvieron su origen en los albores del siglo XX como ayuda para enfrentar el contagio, las necesidades de detección de las incapacidades físicas, las insuficiencias de la nutrición y los primeros auxilios. Desde sus inicios, los programas de salud escolar son diversos en cuanto a calidad y contenido según los estados y las comunidades.²⁴



2.3 Características de los niños en edad Escolar.

La edad escolar temprana va de los 6 a los 9 años y se caracteriza por el ingreso a la escuela primaria. Los tres o cuatro primeros grados de la escuela elemental pueden considerarse como una fase completa de desarrollo.²⁵

Los niños a esta edad se diferencian de manera fundamental de los preescolares. Dominan mejor su motricidad gracias a su movilidad más pronunciada y precisa. Este es un requisito previo e importante para el trabajo escolar en general y, de manera muy especial, para la adquisición de habilidades motrices importantes, como por ejemplo, el escribir.

En las vivencias del niño se separan el "yo" y el "mundo". Evolucionando así en varios sentidos fundamentales para su desarrollo. Los cambios que acarrea la maduración del conocimiento, el desarrollo del papel sexual, y el pensamiento moral, contribuyen a abrir nuevas perspectivas. Estos cambios pueden ir acompañados con frecuencia de exigencias de los adultos, de una conducta más madura, controlada y responsable. (Erickson, 1950; Whiting y Whiting, 1975).²⁶

2.3.1 Desarrollo Psicosocial.

El ingreso a la escuela es un paso importante en el desarrollo social, ya que hasta la edad preescolar, el niño toma como estructura social su entorno familiar al ser el único grupo social que él conoce. Así el escolar desarrolla vínculos sociales ajenos a la familia.

La nueva distribución del tiempo, el tipo de actividad y la forma de relacionarse con los maestros y otros niños, exige una adaptación social al escolar.

El niño comienza a identificar jerarquías, ya que se encuentra en la edad típica de las comparaciones. Pero el rendimiento escolar no está relacionado con ellas, más bien se muestran interesados en destacar en aspectos como: la fuerza, la



posesión de objetos codiciados, la popularidad, la agilidad, entre otros.

En la edad escolar estas características son altamente apreciadas.

Por otro lado surge en el niño la valoración de su propia conducta, *la autoconciencia*. Se hace consciente de cómo lo ven los demás, de qué lugar ocupa él en la jerarquía de su grupo, se preocupará por lo que el grupo espera de él y formará así su personalidad, al ser otra característica de la edad, la necesidad de tener amigos.^{25, 27}

2.3.2 Desarrollo Emocional.

“El desarrollo emocional o afectivo se refiere al proceso por el cual el niño construye su identidad, su “yo”, su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta. A través de este proceso el niño puede distinguir las emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas. Es un proceso complejo que involucra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes”.²⁸

Las sensaciones aportan información sobre el grado en que es favorable un estímulo o situación, pero también producen emociones positivas o negativas en grados variables y de intensidad diversa, que se dan en un determinado contexto relacional; por medio de ellas, el niño va construyendo el significado de sus experiencias emocionales. La actitud de estas personas desencadena respuestas en los niños, respuestas que son propias de cada uno de ellos, y a su vez el niño estimula con su presencia al adulto y así se establece un lazo único entre ellos.

En la edad escolar, el niño aprenderá a reconocer patrones de conducta en otros y a imitarlos, comenzará a manejar ideas y no sólo acciones y estas ideas, como imágenes que se suceden en su interior, le permitirán pensar las acciones antes de ponerlas en práctica, lo cual origina un mayor asentamiento de su personalidad.²⁹



En esta etapa, nace la intimidad, los niños esconden cosas, tienen sus pertenencias y respetan sus lugares. Se despiertan los sentimientos de adaptación a su entorno; le dan importancia a quienes le demuestran cariño o interés por sus actividades, imitan a las personas que les muestran afecto y juegan a cumplir los roles que admira: mamá, papá, el doctor, etc.

A partir de esta edad, sus interacciones se tornarán más complejas, sus acciones y respuestas también.²⁷

2.3.3 Desarrollo cognitivo.

La actividad más importante del niño en edad escolar es el aprendizaje. El preescolar aprenderá siempre que tiene experiencias y las tomará en cuenta para sus actos y conductas, pero en la edad escolar, esto pasa a segundo plano para ser, la experiencia transmitida la que ocupe el lugar principal.

La percepción del niño será más detallada, analítica, atiende más a los detalles y es capaz de precisar posiciones espaciales (como derecha, izquierda, arriba y abajo) (J. Lampscher, 1958-59). En cuanto a la memoria, ésta tenderá a tener cada vez menos espacios vacíos, ya que a ésta edad la memoria está dividida por espacios precisos de tiempo.²⁵

Según Piaget el escolar se encuentra en la etapa de “operaciones concretas” que dura de los 7 a los 11 o 12 años. Durante el periodo concreto el niño empieza a desarrollar esquemas cognitivos coherentes que, al principio son secuencias de acciones. El aspecto más importante del pensar operativo es que es reversible y que el niño ahora, al ser más sistemático, no es tan fácilmente inducido al error. En este periodo Piaget describe el funcionamiento cognitivo en términos de estructura lógico-matemática.



Las operaciones concretas tratan directamente con objetos, pero las operaciones formales se extienden a sistemas concretos que incluyen las ideas de combinación y posibilidad, debido a que el niño se da cuenta de la interdependencia de variables, tales como el peso, la velocidad y el tiempo que antes habían sido consideradas aisladamente.^{26, 30,31}

2.4 Aprendizaje

El aprendizaje es una experiencia humana tan común, que rara vez se reflexiona sobre lo que realmente significa decir que se ha aprendido algo.

El aprendizaje es un cambio duradero en los mecanismos de conducta que implica estímulos y /o respuestas específicas y que es resultado de la experiencia previa con esos estímulos y respuestas o con otros similares. Siempre que contemplamos evidencia de aprendizaje, observamos la aparición de un cambio de comportamiento.³²

Se ha visto que el aprendizaje es un mecanismo biológico para enfrentar al mundo cambiante. El aprendizaje permite al organismo “evolucionar” a nuevas formas de conducta de modo muy rápido. A través del aprendizaje, el organismo puede encontrarse con los retos creados por los cambios abruptos de medio.³³

2.4.1 El Proceso enseñanza aprendizaje.

El proceso enseñanza aprendizaje; son las diferentes etapas que conducen a un sujeto a adquirir destrezas, habilidades, contenidos por medio de técnicas, normas, etc. Dicho proceso está integrado por los siguientes elementos: docente, alumno, contenido, un método y procedimientos, para poder llevarse a cabo en una institución educativa.

El proceso enseñanza-aprendizaje constituye un verdadero par dialéctico en el cual el primer componente debe organizarse y desarrollarse de manera tal que facilite la apropiación del conocimiento de la realidad objetiva que, en su



interacción con un sustrato material neuronal, asentado en el subsistema nervioso central del individuo, permitirá que en el menor tiempo y con el mayor grado de eficiencia y eficacia posibles, el establecimiento de los aspectos intelectivos y motores necesarios para que el reflejo se materialice y concrete.³²

2.4.2 Factores que intervienen en el proceso aprendizaje.

Fundamentalmente son cuatro los factores que intervienen el proceso de aprendizaje.

La actitud: Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción, posee también un componente cognitivo y un componente de comportamiento. En la actitud lo fundamental es generar expectativa, porque así el estudiante se interesa y se motiva en su proceso de aprendizaje. No obstante la actitud puede ser inversamente proporcional a la aptitud por un mecanismo de compensación de debilidades, como en el caso de quienes al reconocer sus debilidades en el área de matemáticas, en medio de la necesidad de aprender, se interesan más por aprender que aquellos que tienen más habilidades para dicha área.

Aptitudes intelectuales: Son habilidades mentales que determinan el potencial de aprendizaje, también definidas como las capacidades para pensar y saber. Dependen de la estructura mental, las funciones cognitivas, los procesos de pensamiento y las inteligencias múltiples.

Aptitudes procedimentales: Se definen como las capacidades para actuar y hacer, están relacionados con los métodos, técnicas, procesos y estrategias empleadas en el desempeño.

Contenidos: Es toda la estructura conceptual susceptible de ser aprendida. Su organización es vital para el proceso de aprendizaje. En la medida en que exista más coherencia entre ellos, los estudiantes encontrarán las relaciones entre los mismos lo que a su vez aumentará su nivel de comprensión.³³



2.4.3 La importancia del juego en el aprendizaje.

“El juego es la verdadera actividad que permite al niño alzarse a un nivel superior. No se trata de un activismo superficial e inútil, sino de una actividad profunda y fecunda.”³⁴

El juego forma parte del desarrollo del niño. Puede decirse que el niño crece jugando dado que las características de sus juegos irán evolucionando y consolidándose progresivamente, siguiendo un ritmo que es individual y que le posibilita ir logrando nuevas destrezas y competencias.³⁵

El dominio de las acciones perceptuales y del pensamiento representativo, al igual que la formación de sentimientos elementales deben de estimularse, a través del juego ya que es uno de los determinantes en el desarrollo de la edad.³⁶

2.5 Teorías del aprendizaje

2.5.1 Conductismo.

Se basa en el estudio de aprendizaje mediante condicionamientos, tiene una concepción asociacionista del conocimiento y del aprendizaje.

El conocimiento se alcanza mediante la asociación de ideas según los principios de semejanza, y casualidad.

Niega la existencia de estados y procesos mentales, le mente es sólo una copia de la realidad, es anti constructiva, es elementalista y atomista, es ambientalista, las leyes del aprendizaje son aplicadas a todos los ambientes, especies e individuos, el sujeto es pasivo y receptivo.

Se centra en la conducta observable; su objetivo es conseguir una conducta determinada analizando el modo de conseguirla, planteando dos variantes:



El condicionamiento clásico: Describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de modo que si planteamos los estímulos adecuados obtendremos la respuesta deseada.

El condicionamiento instrumental y operante: persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para la relación en el individuo.³⁷

2.5.2 Cognoscitivismo.

Teoría que representada por diversos autores tales como J.Piaget, David P. Ausubel, Vigotsky, entre otros, donde se establece que el aprendizaje construye sus conocimientos en etapas, mediante una reestructuración de esquemas mentales, diría Piaget, que el alumno pasa por etapas como asimilación, adaptación y acomodación, llegando a un estado de equilibrio, anteponiendo un estado de desequilibrio, es decir es un proceso de andamiaje, donde el conocimiento nuevo por aprender a un nivel mayor debe ser altamente significativo y el alumno debe mostrar una actitud positiva ante el nuevo conocimiento, y la labor básica del docente en crear situaciones (reales) de aprendizaje, es decir se debe basar en hechos reales para que resulte significativo. Por lo cual el cognoscitivismo es la teoría que se encarga de estudiar los procesos de aprendizaje por los que pasa un alumno.³⁸

La acción está determinada por sus representaciones mentales. Tiene gran importancia el papel de la atención, la memoria, la percepción, las pautas de reconocimiento y el uso del lenguaje en el proceso de aprendizaje. El enfoque Cognoscitivo como tendencia pedagógica moderna se fundamenta en el análisis de los aspectos psicológicos existentes, de manera obligada, en los procesos que conducen al conocimiento de la realidad objetiva, natural y propia, del hombre. Sustentada en la teoría del conocimiento desde el punto de vista filosófico, considera al mismo como el resultado y la consecuencia de la búsqueda, consciente y consecuente, que unida a la acción real del sujeto sobre su entorno le permiten su reflejo en lo interno. Esta tendencia pedagógica contemporánea se



plantea la concepción y desarrollo de modelos de aprendizaje como formas de expresión de una relación concreta entre el sujeto cognitivo, activo y el objeto cuyas esencialidades habrán de ser aprendidas y niega que todo conocimiento humano consista o sea una mera construcción personal por parte del sujeto, a punto de partida de la imprescindible información sensorial.³⁹

Describe procesos del pensamiento, desarrollo lingüístico, formación de conceptos y de la memoria; a la vez señalan que la fuerza que impulsa el desarrollo se halla en las sensaciones positivas que surgen cuando un niño obtiene nuevos conocimientos y experiencias paso a paso.⁴⁰

2.5.3 Aprendizaje social.

También llamado aprendizaje vicario, es una forma de adquisición de conductas nuevas por medio de la observación. En la terapia de la conducta se llama también modelado.

De acuerdo con Bandura (1965), en la sociedad existen modelos para ser imitados y el aprendizaje tiene lugar de manera espontánea, sin esfuerzo deliberado ni de parte del modelo ni del sujeto que aprende, simplemente por la observación de la conducta del modelo y sus consecuencias.³⁷

Se basa en procesos imitativos cognitivos del sujeto que aprende con el modelo. En los primeros años, los padres y educadores serán los modelos básicos a imitar.

Elementos del aprendizaje observacional.

1. Atención. Si se va a aprender algo, se necesita estar prestando atención. De la misma manera, por ejemplo, si se está adormilado, drogado, enfermo, nervioso, se aprenderá menos. Igualmente ocurre si se está distraído por un estímulo competitivo.



Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, se presta más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, se presta más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, se presta más atención. Este tipo de variables encaminó a Bandura hacia el examen de la televisión y sus efectos sobre los niños.

2. Retención. Se debe ser capaz de retener (recordar) aquello a lo que se le presta atención, se guarda lo que se ve al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, se puede hacer resurgir la imagen o descripción de manera que se pueda reproducir con el propio comportamiento.

3. Reproducción. Se debe traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero que se debe hacer es reproducir el comportamiento.

4. Motivación. Con todo esto, todavía no se hace nada a menos que se esté motivado a imitar; es decir, a menos que se tenga buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

Refuerzo pasado, como el conductismo tradicional o clásico.

Refuerzos prometidos, (incentivos) que se pueda imaginar.

Refuerzo vicario, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.^{26, 37}



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que a nivel mundial, la caries y la enfermedad periodontal en escolares representan un problema grave de salud pública.

En México diversos estudios han señalado que en la población escolar, la prevalencia de caries dental es muy elevada.

En las escuelas oficiales del distrito Federal, la prevalencia de caries dental en los escolares de 6 años de edad, es de 78,43% y el promedio entre los alumnos de 6 a 15 años de edad es de 84,27%.⁴¹

Por lo tanto con el paso del tiempo aumenta el número de piezas cariadas y obturadas; así mismo, las lesiones progresan comprometiendo otras superficies y piezas dentales. Se observa por ejemplo, que en niños de tres a cinco años hay un aumento de 1 a 4.6 piezas con caries con un promedio a 8 superficies.⁴²

Factores como la inadecuada nutrición, deficiencias en el cepillado o inadecuada técnica para realizar el mismo y ausencia de visitas al odontólogo entre otros, son los principales factores para desarrollar una enfermedad bucodental, sin embargo estos factores generalmente se deben a la falta de información sobre el tema.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Los escolares de la primaria NOBORU NISHIKAWA FUKUDA tienen los conocimientos y destrezas necesarios para el cuidado de su salud bucodental?



4. JUSTIFICACIÓN

La caries dental en la edad escolar, constituye un problema serio de salud pública, a pesar de los esfuerzos realizados por la Secretaría de Salud y las instituciones educativas formadoras de recursos humanos en el área de salud.

Entre los factores que llevan a la enfermedad bucodental, se presentan, la alimentación inadecuada, nula o poca incidencia en el cepillado dental, así como la inadecuada técnica en el mismo, por otro lado encontramos una baja prevalencia en las visitas al odontólogo y un escaso número de padres que recurren a la odontología preventiva como medio para conservar la salud bucodental de sus pequeños, todos estos factores se deben, generalmente a la falta de información.

Por lo tanto surge una necesidad de implementar proyectos de promoción de la salud bucodental que abarque a los escolares, los cuales cuentan con el potencial, emocional, motriz y cognitivo para adquirir hábitos de salud oral, mismos que se traducirán en una mejor calidad de vida.

En éste trabajo se implementó un programa de salud dirigido a niños en edad escolar, que incluye una evaluación para así poder demostrar la eficacia del mismo, así como una plática a padres de familia como refuerzo de las técnicas educativas en los escolares.



5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General.

Implementar un programa de educación para la salud bucodental en niños en edad escolar.

5.2 Objetivos específicos.

- Informar a la población escolar sobre la caries y la enfermedad periodontal.
- Lograr que los escolares identifiquen los factores de riesgo para presentar caries y enfermedad periodontal.
- Identificar los conocimientos y actitudes que tienen los escolares en relación a la salud bucodental.
- Enseñar y supervisar a los escolares las técnicas de cepillado dental.
- Incrementar en los padres los conocimientos y habilidades para el cuidado bucodental de los escolares.

6. Metodología

6.1 Material y método.

El programa de salud se llevó a cabo en la escuela primaria NOBORU NISHIKAWA FUKUDA.

El universo de estudio estuvo comprendido por dos grupos de segundo año que consta de 26 alumnos de segundo A y 27 alumnos de segundo B.

- Se realizó una petición formal dirigida a la directora general del instituto educativo, para poder aplicar el programa de salud a los escolares.



- Se formuló un cuestionario para medir el nivel de conocimientos que tienen los escolares sobre la salud bucodental que incluyen caries dental, enfermedad periodontal, técnicas de cepillado dental, y alimentación adecuada.
- El programa de educación para la salud, se diseñó de acuerdo a las necesidades y características de los escolares.
- Se realizaron 4 pláticas y actividades educativas con material didáctico elaborado especialmente para captar la atención de los escolares.
- La primera plática se realizó el 17 de marzo y en ella se habló sobre la boca, sus estructuras y funciones.
- En la segunda plática, realizada el 18 de marzo, se abarcaron los temas de caries dental y la enfermedad periodontal.
- En la tercera plática, llevada a cabo el 24 de marzo, se habló de la prevención de la caries y la enfermedad periodontal, los temas específicos que se trataron fueron, cepillado dental y alimentación.
- La última plática con los niños fue el 25 de marzo, en la cual se reforzaron los temas de técnica de cepillado y alimentación, así como generalidades de la caries y enfermedad periodontal. Al finalizar la plática se aplicaron nuevamente los cuestionarios aplicados al inicio de la intervención educativa.
- Por último se proporcionó un tríptico informativo a los padres en la cual se abarcaron todos los temas mencionados agregando información acerca de selladores de fosetas y fisuras así como el uso del fluoruro

6.2 Tipo de estudio.

De intervención comunitaria.



6.3 Población de estudio.

Alumnos de la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA pertenecientes a los grupos A y B del segundo año de primaria del turno matutino.

6.4 Muestra

Constituida por 53 alumnos del segundo año de primaria, pertenecientes a los grupos A y B.

6.5 Criterios de inclusión

- Alumnos pertenecientes al segundo año de primaria de la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA.
- Alumnos que aceptaron participar en el programa.
- Alumnos que se presentaron los días de la aplicación del programa de salud bucodental.

6.6 Criterios de exclusión

- Alumnos que no pertenecen al segundo año de primaria.
- Alumnos que se negaron a participar en presente estudio.
- Alumnos que no asistieron a la escuela los días del programa.



6.7 Variables de estudio.

6.7.1 Variables independientes

Contenidos del programa de educación para la salud bucodental.

6.7.2 Variables dependientes.

Nivel de conocimientos y habilidades sobre la salud bucodental.

6.8 Recursos

6.8.1 Humanos

- Una tutora de tesina
- Una asesora de tesina
- Una pasante de Cirujano Dentista
- Un ayudante
- Un director de escuela primaria
- Maestros de la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA.

6.8.2 Materiales

- Cuestionarios
- Lápiz
- Goma
- Pluma
- Colores
- Cartulinas
- Papel bond



- Fichas de trabajo blancas
- Computadora
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Libros de consulta
- Hojas con dibujos
- Tipodonto
- Cepillo de dientes
- Dibujos
- Calcomanías
- Coronas de plástico
- Video de cepillado dental
- Cepillos dentales

6.8.3 Físicos

- Biblioteca de la facultad de odontología, UNAM
- Biblioteca de la facultad de Psicología, UNAM
- Biblioteca Central, UNAM
- Aula de clases de la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA.

6.8.4 Financieros

A cargo de la tesista.



6.9. Cronograma.

Fecha	Actividad
Enero 2011	Visita a la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA y propuesta del programa al director.
Febrero 2011	Entrega de Hoja de autorización a la directora General.
Febrero 2011	Autorización del programa*
Marzo 2011	Recopilación de información
Marzo 2011	Diseño del programa, material didáctico y cuestionario.
Marzo 2011	Aplicación del programa
Marzo 2011	Análisis de resultados.

*Anexo 1



7. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL, DIRIGIDO A ESCOLARES INSCRITOS EN LA ESCUELA NOBORU NISHIKAWA FUKUDA 2011.

El objetivo del programa es incrementar los conocimientos respecto a la salud bucodental de los niños en edad escolar y fomentarles la cultura de la prevención. Así como desarrollar en ellos conocimientos y destrezas que les permitan mejorar su cuidado dental. Por otro lado hacer conscientes a los padres de los actuales problemas de salud bucodental y de las formas que existen para prevenir estas enfermedades.

7.1 De espacio.

El programa se realizó en la escuela NOBORU NISHIKAWA FUKUDA. Ubicada en la calle 33 # 54. Colonia Santa Cruz Meyehualco, Delegación Iztapalapa.

7.1.2 De tiempo.

El Programa se aplicó los días 17, 18, 24 y 25 de marzo de 2011.

7.2 Universo de trabajo.

El programa está dirigido a los escolares del segundo año de primaria de los grupos "A" y "B".



7.3 Actividades.

Las actividades del programa se realizaron en un aula de la escuela primaria NOBORU NISHIKAWA FUKUDA. Al término de cada plática se realizaron dinámicas para reforzar los conocimientos adquiridos en las que se regalaron a los niños calcomanías, plumas y coronas como incentivo por su participación y atención.

7.3.1 Cronograma del programa.

Fecha	Actividades
17 de marzo 2011 De 11:00 a 11:45 am (grupo "A") De 11:45 a 12:30 am (grupo "B")	Evaluación inicial con cuestionario * y plática sobre generalidades de la boca y los dientes.
18 de marzo 2011 De 8:00 a 8:45 am (grupo "A") De 8:45 a 9:30 am (grupo "B")	Plática sobre caries y enfermedad periodontal.
24 de marzo 2011 De 11:00 a 11:45 am (grupo "A") De 11:45 a 12:30 am (grupo "B")	Plática sobre cepillado dental y alimentación adecuada.
25 de marzo 2011 De 8:00 a 8:45 am (grupo "A") De 8:45 a 9:30 am (grupo "B")	Actividades para reforzar técnicas de cepillado dental y evaluación final.

*Anexo 2

7.4 Actividades del programa

Comenzando el programa se aplicó el cuestionario diagnóstico a los niños para recabar los datos de la evaluación inicial.



Fuente directa

Se elaboraron láminas con dibujos de la boca y sus estructuras, para que los escolares identificaran sus partes y funciones y comenzaran a familiarizarse con el tema, además se les proporcionó macro modelos de la dentición infantil con la finalidad de que conocieran los dientes y sus funciones.



Fuente directa

El tema se reforzó mediante un crucigrama en donde se premió a los niños que participaron en él.



Fuente directa

Se presentó una proyección de diapositivas en las cuales se habla de caries dental y enfermedad periodontal.



Fuente directa

Se realizó una ronda de preguntas en la cual se obsequiaron dibujos para iluminar referentes al tema a los niños que contestaron correctamente.



Fuente directa

Se llevó a cabo una plática sobre la alimentación cariogénica y no cariogénica, apoyándose en láminas y dibujos.



Fuente directa

Se proporcionaron fichas con dibujos de diferentes alimentos para que los escolares los clasificaran en perjudiciales y benéficos para la salud bucodental. Se premió a los niños que participaron asertivamente en la actividad.



Fuente directa

Se reprodujo un video en el cual se muestra la técnica de cepillado correcta, además de realizarse una muestra con tipodonto.



Los niños practicaron con su cepillo dental la técnica correcta.



Fuente directa

Se realizó una última entrevista como evaluación final.



Fuente directa

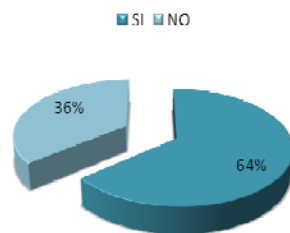
Finalmente se proporciona un tríptico informativo a los padres

*Anexo 3

8. RESULTADOS

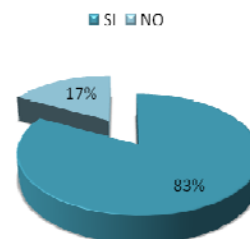
A través de estas gráficas podemos observar que durante la primera entrevista, el 64 % de los niños afirmaron saber que sus dientes se pueden enfermar, sin embargo el 41% de estos niños no supo por qué. En la segunda encuesta hubo una mejora significativa ya que el 83% de los niños supo que sus dientes se pueden enfermar y de estos niños, el 72% aprendió que es por la caries dental.

¿SABES SI TUS DIENTES SE PUEDEN ENFERMAR?



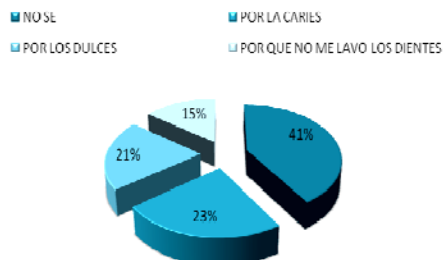
Grafica 1
PRE INSTRUCCIONAL
Gráfica 3

¿SABES SI TUS DIENTES SE PUEDEN ENFERMAR?

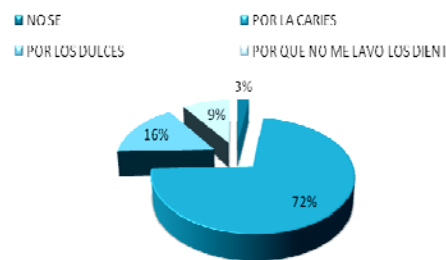


Gráfica 2
POST INSTRUCCIONAL
Gráfica 4

¿POR QUÉ?



¿POR QUÉ?



Fuente Directa

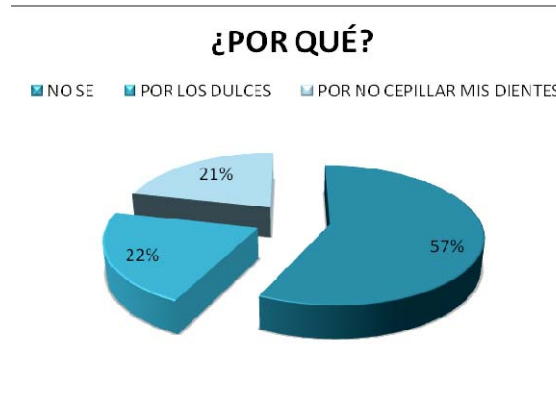
Al hacer esta pregunta sobre las encías, nos encontramos que el 67% de los niños no sabía que sus encías podían enfermarse y del 33% que afirmó saber que sí, sólo el 21% supo el por qué. En la segunda encuesta aplicada se observó que un 74% de los niños aprendió que sus encías se pueden enfermar y el 69% de estos aprendió que es por la ausencia del cepillado dental.



Gráfica 1
PRE INSTRUCCIONAL
Gráfica 3



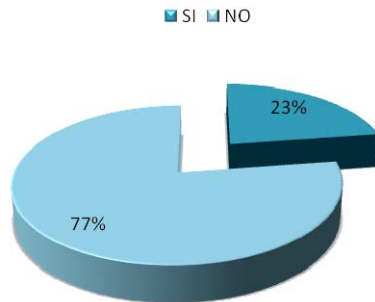
Gráfica 2
POST INSTRUCCIONAL
Gráfica 4



Fuente Directa

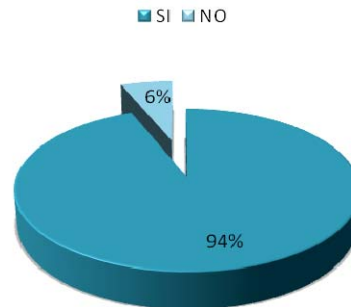
Respecto a la pregunta sobre ¿qué es la caries? En la primera entrevista, sólo un 23% afirmó saber que es, sin embargo, sólo el 42% de éstos sabía que es una enfermedad dental. Mientras que en la segunda entrevista hubo una gran mejora ya que el 94% afirmó saber qué es la caries y de este 94% 64% aprendió que es una enfermedad dental, y sólo el 6% contestó erróneamente.

¿SABES QUÉ ES LA CARIES?



Gráfica 1
PRE INSTRUCCIONAL
Gráfica 3

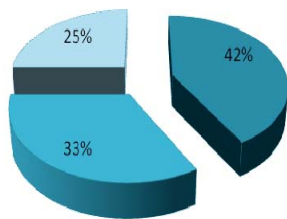
¿SABES QUÉ ES LA CARIES?



Gráfica 2
POST INSTRUCCIONAL
Gráfica 4

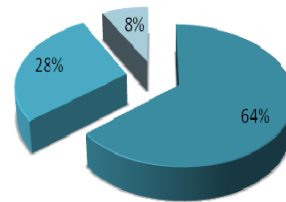
¿QUÉ ES?

■ UNA ENFERMEDAD DE LOS DIENTES ■ HOYITOS EN LOS DIENTES
■ MANCHAS EN LOS DIENTES



¿QUÉ ES?

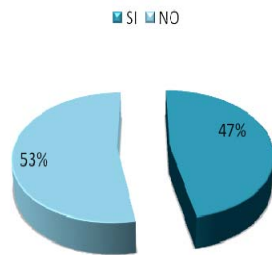
■ UNA ENFERMEDAD DE LOS DIENTES ■ HOYITOS EN LOS DIENTES
■ MANCHAS EN LOS DIENTES



Fuente Directa

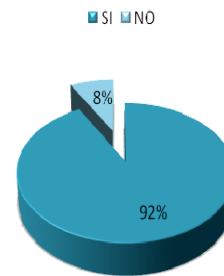
Al preguntarles si sabían cómo pueden evitar tener caries, el 53% no supo cómo evitarlo y el 47% afirmó saber, y de estos el 56% contestó que cepillándose los dientes y un 44% que comiendo pocos dulces. En la segunda muestra sólo un 8% no supo cómo evitar tener caries, contra un 92% que aprendió como evitarlo, de este porcentaje el 94% contestó que deben cepillarse los dientes para no tener caries.

¿SABES CÓMO PUEDES EVITAR TENER CARIES?



Grafica 1
PRE INSTRUCCIONAL
Gráfica 3

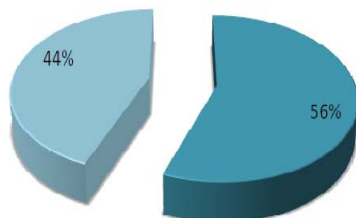
¿SABES CÓMO PUEDES EVITAR TENER CARIES?



Gráfica 2
POST INSTRUCCIONAL
Gráfica 4

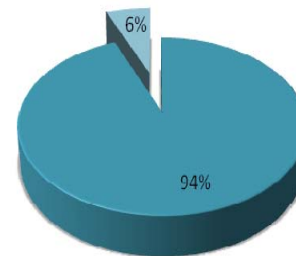
¿CÓMO?

■ CEPILLANDO MIS DIENTES ■ COMIENDO POCOS DULCES



¿CÓMO?

■ CEPILLANDO MIS DIENTES ■ COMIENDO POCOS DULCES

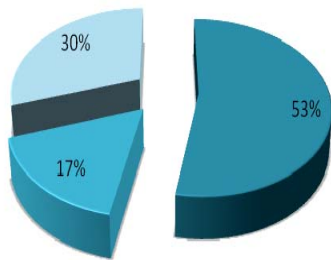


Fuente Directa

Al preguntarles cómo se cepillaban los dientes, se obtuvo que el 53% de los escolares realizaba la técnica de violín, el 30% de barrido y un 30% lo hacía de ambas formas. En la segunda muestra obtuvimos que el 72% aplicaba la técnica a barrido, un 13% lo realizaba de violín y un 15% de ambas manera.

¿CÓMO TE CEPILLAS LOS DIENTES?

■ DE VIOLÍN ■ DE BARRIDO ■ DE AMBAS MANERAS

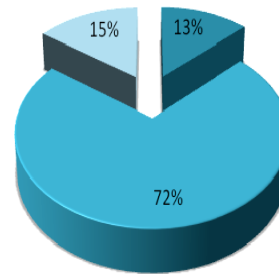


Grafica 1
PRE INSTRUCCIONAL

Fuente Directa

¿CÓMO TE CEPILLAS LOS DIENTES?

■ DE VIOLÍN ■ DE BARRIDO ■ DE AMBAS MANERAS



Gráfica 2
POST INSTRUCCIONAL



9. CONCLUSIÓN.

Como ya se ha mencionado, la caries y la enfermedad periodontal, son padecimientos de gran impacto en la población infantil. Estas enfermedades traen consigo consecuencias que afectan el desarrollo óptimo de los escolares, perjudicándolos de manera física, social, emocional, biológica e incluso económicamente.

A través de este trabajo se ha descrito la importancia que tiene la aplicación de los programas de educación para la salud bucodental, particularmente a las poblaciones más vulnerables, como lo son los niños en edad escolar.

Con este programa se demuestran los cambios positivos que se pueden lograr con la aplicación de programas de éste tipo, en el cual con métodos sencillos y pocos días de trabajo se lograron cambios significativos en los conocimientos y conductas de los escolares que les permitirán mejorar su higiene bucodental y como consecuencia su salud.

Cabe resaltar que es de suma importancia tomar en cuenta las características de la población a la cual va dirigido un programa, en este caso población infantil, para garantizar la cooperación de los mismos y con esto conseguir mejores resultados. El estimular al grupo con el que se trabaja debe considerarse como un punto clave en la aplicación de programas educación para la salud.

Los programas de educación para la salud deben considerarse fundamentales para combatir la aparición de caries y enfermedad periodontal, ya que no hay mejor forma de prevención que la educación.



10. BIBLIOGRAFÍA

1. Piovano S., Bordoni N. Programa preventivo en escolares. Facultad de Odontología. http://www.uba.ar/extension/trabajos/odontologia_prevencion.htm
2. Dr. Iriarte V., Dra. Moscoso S. Programa provincial de Salud Bucal de tierra del Fuego. <http://www.alfinal.com/Salud/saludbucal.php>
3. Zemel. M. Programa de salud bucodental sonrisitas. España 2005. <http://www.favacardweb.com.ar/solidaridad.asp>
4. Zemel. M. Programa de salud bucodental sonrisitas. España 2005. http://www.saludpublicaandalucia.es/site/02-03-05-02_sonrisitas.html
5. Zemel. M. Programa de salud bucodental sonrisitas. España 2005. <http://www.juntadeandalucia.es/index.html>
6. MsC. Crespo M., MsC. Riesgo Y., Msc. Lobaina Y., MsC. Rodríguez A., y Dra. Copello A. Educational instruction on oral health in “Lidia Doce Sánchez” Primary School. MEDISAN 2010; 14(1):232-243. Hallado en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san14210.htm
7. Colegio odontológico de Perú, Programa nacional de salud bucal “Boca Limpia Sonrisa Sana” 2009-2010. (Perú) http://www.scribd.com/full/46762768?access_key=key-1lc8zrw4wndh7a2hdph
8. Organización mundial de la Salud: Carta de Ottawa para la promoción de la Salud 17-21 noviembre-Ottawa, Ontario, Canadá, 1986.p2.
9. Frazier, P.J., y Horowitz, A.M (1995). Prevention: A public health perspective. In Cohen, L. K y Gift, H. C., Copenhagen: Musksgaard. Pp109-52.
10. World Health Organization. Oral Health Care Systems. An International collaborative Study. London: Quintessence; 1985.



11. Dr Ramos B. Políticas y estrategias de salud. Rev. Cubana Pública 2000; 24(2):77-84.
12. Dirección General de Servicios Médicos, UNAM [http:// www dgsm.unam.mx/web/educa.html](http://www.dgsm.unam.mx/web/educa.html).
13. Solano A. La promoción de la salud. Costa Rica <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>
14. MsC. Méndez R., Promoción de la salud: Consideraciones sobre sus fundamentos científicos, morales y jurídicos. Otros conceptos de economía, 24-09-2008. <http://www.gestiopolis.com/economia/politicas-sociales-para-la-salud.htm>
15. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS COMENTADA, 135ª edición, México 2001 Ed. Porrúa.
16. Cuenca E., Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios y métodos. 3ª ed. Barcelona España: Ed. Masson; S.A. 2005, Pp.414-451.
17. Basso M. Estrategias preventivas en caries oclusales en niños y adolescentes. Rev. Asoc Odontol. Argentina 2005; 93(1): 33-40
18. Bonecker M., Sheiham A., Duarte A. Oral Health promotion in the childhood and adolescence: Knowledge and practice. Bib Fac. Odontol Sao Paulo, 2004.
19. Moreira A., Santos A., Rocha C., Alimentación y nutrición: relacionada con la salud bucal. Rev. Hig. Alimentación 2004; 18 (118) : pp. 15-20
20. Sosa Rosales M., Salas A. Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades. En guías prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas, 2003: 493-514.
21. Jones S., Burt BA, Perterson P E., Lennon M A. The effective use of flurides in public health. Org 2005; 83 (9): pp. 670-6
22. National Center for Health Statistics (NCHS) (1996) Triad National Health and Nutrition Examination Survey. (NHANESIII) reference manuals and reports. Hyattsville: NCHS, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and prevention.




23. Casanueva E., Kaufer M., Pérez A. B. Arroyo P. Nutriología Médica. 1ª ed. Cd. México: Editorial. Médica- Panamericana, 2001, pp. 50-68, 136-145.
24. Morone L. A., Kilbrth, E.H. y Langwell, K. M. Back to school: A health care strategy for youth. Health affairs, 20 (1): pp. 122.136
25. Clauss G., Hiebsch H. Psicología del niño escolar. Versión al español de H. Boettcher de la 2ª parte de la obra original. Ed. Grijalbo, S.A. México D.F 1972, pp. 43-47, 72-79.
26. Newman B. M., Newman P. R. Desarrollo del niño, versión en español de la obra infancy and childhood, John Wiley y Sons. Inc. Ed. Limusa, S.A. de C.V. Grupo noriega editores 2004. Pp. 165-168.
27. Guía práctica para padres. Ed. Albatros.
<http://www.materna.com.gt/Nino/Nino-de-6-a-7-anos/Articulos-Nino-de-6-a-7-anos/Crecimiento-y-desarrollo-del-nino-entre-los-6-y-los-8-anos/Articulo/ItemID/18473/View/Details.aspx>
28. Haeussier I. Desarrollo del niño, psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Madrid.2000 Ed. Médica Panamericana, pp. 55
29. Dr. Gallardo P. Historia de la educación y pedagogía Social. Secretariado de publicaciones, universidad de Sevilla. Sevilla España 2007 pp. 143-150.
30. Vargas- Mendoza J. E. Desarrollo cognitivo de Jean Piaget. México: Asociación oaxaqueña de Psicología A.C. 2006. En <http://www.conductitlan.net/conocimiento.ppt>
31. Newman B. manual de psicología infantil, vol. 1. México, Ed. Ciencias y técnica, S.A., 1996 pp. 229
32. Domjan M. Principios de aprendizaje y conducta. 5ta edición. Madrid España 2008. Ed. Thomson editores spain. Pp. 14-15
33. Chance P., Padilla G., Hernández G. C. Aprendizaje y conducta. 3ª ed. México, D.F 2001. Ed. Manual moderno. Pp. 25-26.
34. Walion H., L evolution psychologique de l'enfant, parás, A. Colin, 1995



35. Glanzer M. El juego en la niñez. Un estudio de la cultura lúdica infantil. 1ª ed. Argentina. Ed Aique. Grupo editor S.A. pp. 43-59.
36. Centro de Referencia Latinoamericana para la Educación Preescolar. El juego: teoría y práctica. <http://www.campus-oei.org/celep>
37. García E. Psicología general. Cd. México: Publicaciones culturales, 1997.
38. Montoya M. Definición del cognoscitívismo. 2011
www.psicopedagogia.com/definicion/cognoscitivismo
39. Universidad de Puerto Rico. 2011 www.uprm.edu/preescolar/marco.html
40. Koch G, Modeér T. Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediatría enfoque clínico. Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana, 1994.
41. Secretaría de Educación Pública. México 2011 <http://www.sep.gob.mx>
42. Pinkham J. Odontología pediátrica. Cd. México. Interamericana Mc Graw Hill, 1996.

11. ANEXOS

11.1 Autorización



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

03/02/11
Firmamos en Acuerdo
al Programa de
Salud bucodental.

PROFRA. YOLANDA HUERTA GONZÁLEZ
DIRECTORA TÉCNICA DE LA ESCUELA
NOBORU NISHIKAWA FUKUDA
PRESENTE

Secretaría de Educación Pública
Subsecretaría de Servicios Educativos
para el Distrito Federal
Dirección General de Servicios Educativos
Integrados
Regional de Servicios Educativos

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, que la pasante Fabiola Elizabeth Herrera Brito, aplique un programa de salud bucodental, a la población que dignamente usted dirige. Cabe señalar que se aplicará el programa a los escolares de dos grupos de segundo año de primaria. Los beneficiarios de dicho programa serán los escolares que participan en el mismo.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria D.F., a 1 de febrero del 2011.

María Elena Nieto Cruz
Coordinadora



11.2 Cuestionario

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de odontología.

Seminario de Educación para la Salud.

Fecha:

Edad:

Sexo:

1. ¿Sabes si tus dientes se pueden enfermar?
Si__ No__
¿Por qué?
No sé Por la caries Por los dulces Por qué no me lavo los dientes
2. ¿Sabes si tus encías se pueden enfermar?
Si__ No__
¿Por qué?
No sé Por los dulces Por no cepillarme los dientes
3. Si comes dulces y no te lavas los dientes, ¿Crees que a tus dientes les pueda pasar algo?
Si__ No__
¿Por qué?
Porque son malos Porque manchan mis dientes Por que alimentan a los bichos
4. ¿Sabes qué es la caries?
Si__ No__
¿Qué es?
Enfermedad de dientes Manchas en los dientes Hoyitos en los dientes
5. ¿Sabes qué causa la caries?
Si__ No__
¿Qué la causa?
Los dulces Las bacterias No cepillarme los dientes
6. ¿Sabes cómo puedes evitar que te de caries?
Si__ No__
¿Cómo?
Cepillando mis dientes Comiendo pocos dulces
7. ¿Cómo te cepillas los dientes?
a) De barrido b) De violín c) De ambas formas
8. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?
a) Una b) dos c) tres
¿Por qué?
9. ¿Te lavas los dientes antes de dormirte?
Si__ No__
¿Por qué?
10. ¿Qué utilizas para lavarte los dientes?
a) Cepillo b) Cepillo y pasta c) Cepillo, pasta e hilo dental d) Otros

11.3 Tríptico.



ENFERMEDADES BUCCODENTALES



La caries y la enfermedad periodontal representan el problema de salud pública que afecta principalmente a los niños en edad escolar.

Esta es una edad fundamental en el desarrollo del individuo ya que se le da forma a los hábitos que determinarán durante el resto de su vida su desarrollo.

Presentar alguna de estas afecciones podría afectar el óptimo desarrollo de los niños.


Estos padecimientos, son fácilmente evitados si recurrimos a técnicas simples y económicas de prevención, como son, cepillado dental, alimentación adecuada.





CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

¿Sabes qué es la caries dental?






CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que generan las bacterias de la boca a partir de los restos de alimentos.

La destrucción dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental.

La caries causa:


- Cavidades dentales
- Cambios de color
- Dolor
- Mal olor
- Mala estética



ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes.

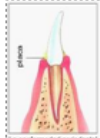
Las bacterias presentes en la placa causan la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).



Encías inflamadas y enrojecidas.


La enfermedad periodontal causa

- Encías blandas, inflamadas o rojizas.
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
- Dientes flojos, separados o pérdida dental
- Pus entre la encía y el diente
- Mal aliento continuo




placa

La enfermedad periodontal comienza con la acumulación de placa.




el sarro (cálculo)

El sarro que se forma entre las encías.




hueso

Con el progreso de la enfermedad, las encías se retraen y se aflojan los dientes.





Me diente una técnica correcta de cepillado dental realizada después de cada alimento, una dieta baja en azúcares, se puede reducir significativamente la disposición a presentar las enfermedades mencionadas, además se puede recurrir a la aplicación de fluoruro y de selladores de fosos y fisuras para reforzar nuestros dientes y evitar así padecer



La salud es la riqueza, precívala, cultívala, cuidala, protéjala.

7700-79 00, teléfono, atención!

CD. fernandobalboa@unam.mx
Tel: 552931417
Correo electrónico: chd@o.fod.unam.mx