



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MOTIVACIÓN Y ESTRATEGIAS CONDUCTUALES
PARA ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN PARA LA
SALUD ORAL.

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:

MÓNICA RODRÍGUEZ CISNEROS

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

Cd. Mx.

2019



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.

Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirme sonreír ante todos mis logros que son resultado de su ayuda, por enseñarme que cada momento vivido durante todos estos años, son únicos, que siempre habrá oportunidad de corregir un error y que cada mañana será un nuevo comienzo.

Gracias a mi familia por apoyarme incondicionalmente en cada decisión y proyecto, no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran amor hacia ustedes, mi hermosa familia.

Gracias a mi universidad por permitirme convertir en un ser profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a mis maestros que se han tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, y que formaron parte de este proceso integral de formación, que deja como recuerdo y prueba viviente en la historia, esta tesina, que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.

INTRODUCCIÓN	5
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1 Promoción para la salud.....	6
1.2 Educación para la salud	8
1.3 Determinantes de la salud.....	9
1.4 Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud.....	11
1.5 Declaración de Adelaida	12
1.6 Declaración de Yakarta	13
1.7 Declaración de México	14
1.8 Motivación.....	15
1.8.1 Estrategia conductual.....	17
1.9 Factores de riesgo para el desarrollo de caries y enfermedad periodontal ..	19
1.10 Municipio de Chimalhuacán	21
1.10.1 Delimitación geográfica.....	22
1.10.2 Macrodeterminación	23
1.10.3 Colonia Progreso de Oriente.....	23
1.10.4 Microdeterminación	24
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. HIPÓTESIS	26
5. OBJETIVOS	27
5.1 General.....	27
5.2 Específicos.....	27
6. METODOLOGÍA	28
6.1 Material y método.....	28
6.2 Tipo de estudio.....	39
6.3 Población de estudio.....	39
6.4 Muestra	39
6.5 Criterios de inclusión.....	39
6.6 Criterios de exclusión	39
6.7 Variables de estudio.....	39
6.8 Variables dependiente e independiente	40

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
9. RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	53
Anexo 3.....	54
Anexo 4.....	55

INTRODUCCIÓN

La modificación de hábitos en las personas, conlleva beneficios muy importantes para la salud, por esta razón es fundamental integrar programas que promuevan estilos de vida saludables. La conducta de las personas está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a diferentes niveles, como el individual, interpersonal y comunitario.

El enfoque social de la salud, se refiere a la dependencia con el fenómeno social en que está inmersa, es decir, el análisis de la situación de salud no puede obviar sus determinantes sociales, como: pobreza, globalización, inequidad, migración, deuda y privatización, entre otros. Es necesaria la incorporación de diferentes ciencias, tales como las biológicas, psicológicas, las sociológicas y su aplicación profesional. La psicología de la salud incluye la composición de acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, atención a enfermos y personas con secuelas, también, en la adecuación de los servicios de salud, a las necesidades de los que lo reciben.

En 1978 se reconoció a la promoción de la salud, como la vía de desarrollo de forma integral de los individuos y las comunidades, el papel fundamental de los promotores y los responsables del ámbito sanitario, para generar políticas e intervenciones que aborden a los determinantes de la salud en su sentido más amplio y, permitan a las personas y las comunidades conocer el medio en el que desarrollan su vida, capacitándolas para que puedan tomar parte activa en la transformación y mejora de su ámbito vital.

Para que las personas participen de forma activa en el cuidado de la salud, es menester que se les reconozca como sujetos de acción y es a través de la educación para la salud que pueden empoderarse.

1. MARCO TEÓRICO

La Educación para la Salud como herramienta de la Promoción para la Salud, es la estrategia que se enfoca en incrementar la calidad de vida y mejorar la salud de las personas y de las comunidades en conjunto, tomando en cuenta, la prevención. Para ello se requiere de la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

No sólo se deben tomar en cuenta las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también los factores y comportamientos de riesgo, además del correcto uso del sistema de asistencia sanitaria, con el objetivo de favorecer totalmente la formación de la persona y facilitando el desarrollo de una moderna conciencia sanitaria.¹

1.1 Promoción para la salud

En 1945, se utilizó por primera vez, el concepto promoción para la salud, por Henry Sigerist, definiéndola como una de las cuatro grandes tareas de la medicina.²

La promoción para la salud, constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actitudes que mejoren los determinantes de la salud, como son: los estilos de vida y entornos saludables, entre otros; informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuyendo a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad.³

La promoción para la salud puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales: el ambiente sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el entorno laboral.

Para lograr una comunidad saludable, no se puede proponer enseñar la salud, sino que se deben facilitar oportunidades para experimentarla y para ello habrá que motivar y hacer reflexionar a la población sobre su estilo de vida.⁴

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos de las personas, que según la Organización Panamericana de la Salud son (figura 1).⁵

- El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
- La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, de acuerdo a la situación que estén viviendo.
- Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas.



Fig.1 Logotipo OMS/OPS.

1.2 Educación para la salud

Una de las estrategias más importantes enfocadas en la promoción para la salud es la educación para la salud, posibilitando, mayores niveles de salud en la población, la cual se manifiesta a nivel individual, familiar y grupal y se aplica a través de la actividad educativa.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como una acción ejercida sobre los individuos para modificar de forma positiva sus comportamientos.⁷

Esta herramienta pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos positivos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios sanitarios que tienen a su disposición y, que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven.

Es importante determinar las actitudes de las personas y sus comportamientos, que involucran una serie de pensamientos, sentimientos, valores y creencias afianzados en su aprendizaje a lo largo de la vida.

Cualquier programa que se lleve a cabo debe incluir la identificación de los pensamientos y sentimientos que tiene el individuo ante la situación que le toca vivir y que le impulsan hacia unas actitudes y comportamientos determinados, así como las dificultades que le generan llevar a cabo los cambios propuestos.⁸

1.3 Determinantes de la salud

En 1974, Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud, definió los determinantes de la salud que influyen en la calidad de vida de la población, basándose en las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales; tomando en cuenta la edad, sexo, factores físicos y genéticos de los individuos.⁹

Existen factores que afectan de manera negativa el estilo de vida de los individuos, como sería el desempleo, que les impide el sufragar sus necesidades básicas, como: el derecho a una vivienda, los servicios de atención de la salud y una correcta educación.

Todo esto se refleja en el deplorable autocuidado de la salud bucal, lo que confirma la falta de motivación hacia cambios positivos en la vida diaria, cuyo pronóstico será desfavorable. Sin embargo, considerando que, en la actualidad, la población va de la mano con la tecnología y las redes sociales para comunicarse con el medio exterior, está sería una herramienta útil para motivar a las personas en sentido contrario. Estos determinantes de salud son identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad. Los cuales se clasifican en cuatro grupos (cuadro 1).¹⁰

Cuadro 1 Determinantes de la salud.

Biología humana	Incluye todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
Medio ambiente	Engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control del medio.
Estilos de vida	Son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
Organización de los servicios de la atención en salud	Consiste en la cantidad, calidad, naturaleza y los recursos de los servicios de salud.

Se debe considerar que se requiere de políticas públicas saludables dirigidas a las personas y a la comunidad, con el objetivo de administrar los niveles de salud: accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, para crear la participación y la equidad en la prestación de los mismos.

Las intervenciones de la promoción de la salud pueden ir dirigidas a mejorar la competencia de las personas en materia de salud, así como a modificar positivamente los entornos y la sociedad en la que viven.¹¹

1.4 Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud

En 1951 fue fundada esta asociación con la participación mundial de expertos y con el apoyo de organizaciones institucionales, comprometidas para mejorar la salud de la población del mundo, mediante: la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud. Actualmente, tiene una sede central en París y opera descentralizada en oficinas regionales.

Esta organización cuenta con una red líder, cuyo objetivo es promover la salud a nivel mundial y contribuir a la consecución de la equidad entre los países del mundo.

Las principales actividades de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) son.¹²

- Promover el desarrollo de una opinión pública informada en asuntos de salud.
- Proveer apoyo a la OMS, UNESCO, UNICEF sobre implicaciones para la promoción y educación para la salud.
- Facilitar los intercambios mundiales de información y experiencias en todos los asuntos relativos a la salud.
- Promover la investigación científica, incluyendo los campos de estudio.

1.5 Declaración de Adelaida

En el año de 1988, en Australia, basándose en el reconocimiento de la salud como objetivo social fundamental, se emite la Declaración de Adelaida con un nuevo giro a la política sanitaria, al insistir en que la participación social, la cooperación entre los distintos sectores y la atención sanitaria primaria, constitúan los pilares básicos (figura 2).¹³



Fig. 2 Declaración de Adelaida.

Continuó la misma orientación establecida en Alma-Ata y en Ottawa, formando parte de un proceso mundial de desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de integración de la salud en todas las políticas, basada en la equidad.

Esta declaración, expone la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para incrementar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Las estrategias recomendadas para la acción de políticas públicas de salud, fueron las siguientes.¹⁴

- Una política que favorezca la salud
- El valor de la salud
- Equidad, acceso y desarrollo
- La responsabilidad de la salud

En la Declaración de Adelaida, se propuso atender las cuatro áreas clave que se identificaron como prioridades, para las políticas públicas en favor de la salud para la acción inmediata.¹⁵

- Apoyo a la salud de las mujeres
- Alimentación y nutrición
- Tabaco y alcohol
- Creación de entornos propicios

1.6 Declaración de Yakarta

En julio de 1997, la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado. Reconsidera los factores determinantes de la salud y señala las estrategias necesarias para resolver las dificultades en el siglo XXI. Esta declaración establece las siguientes estrategias para promocionar la salud.¹⁶

- La elaboración de una política pública favorable a la salud
- La creación de espacios y/o ámbitos propicios
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios de salud

Con el fin de acelerar el progreso hacia la promoción de la salud, los participantes en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, crearon una alianza mundial, cuya meta era fomentar las prioridades de acción expresadas en la presente declaración.

Las prioridades para la alianza comprenden:

- Crear más conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud.
- Apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Promover la solidaridad en la acción.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud.

Los participantes en la reunión de Yakarta, pidieron a la OMS que encabezara la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud y facultara a los estados miembros, para poner en práctica los resultados de la Conferencia.¹⁷

1.7 Declaración de México

Se llevó a cabo en el año 2000, en la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Esta Declaración plantea un compromiso renovado para el fortalecimiento de la planificación de acciones para la promoción de la salud.

Los ministros de sanidad alcanzaron un acuerdo sobre las siguientes acciones:

- Situar la promoción de la salud, como prioridad fundamental en las políticas y en programas de salud local, regional, nacional e internacional.
- Ejercer un liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores públicos en la aplicación de medidas de promoción de la salud.

- Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la OMS.
- Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
- Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

A partir de esta declaración en México, los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud, se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades de promoción para la salud, dándole más espacio a México en las agendas políticas y en los programas locales, regionales, nacionales e internacionales.¹⁸

1.8 Motivación

Es bien sabido que la motivación es un proceso psicológico indispensable y que ocasionalmente se subestima su importancia en la vida diaria, es un flujo permanente de la conducta, un proceso dinámico e interno que hace referencia al deseo de cubrir una necesidad.

El modelo de salud positiva en la infancia, la adolescencia y en la juventud, depende absolutamente del apoyo, el respeto, la seguridad y los límites, sin dejar de lado, el compromiso de aprendizaje, los valores positivos, la capacidad social e identidad positiva y control, relacionándose así, con la motivación a nivel individual y social para lograr obtener salud individuo-comunidad.¹⁹

Cuando se habla de motivación es indispensable comprender que el papel de los promotores de la salud, es ser capaces de motivar, de hacer reflexionar a la población y de darle un motivo de cambio a las personas, adoptando hábitos de vida saludables y aprender para preservar o mejorar su calidad de vida.

Colomer y Álvarez-Dardet, describen los principios de la promoción para la salud; entre ellos destaca, la importancia de implicar a toda la población y hacerlo en el contexto de su vida cotidiana, en lugar de centrarse en grupos de riesgo con enfermedades concretas.

En el año 1980 (Madsen) diferencia dos grandes categorías de motivos (cuadro 2).²⁰



Cuadro 2 Clasificación de Madsen.

Los motivos adquiridos son los indicados para modificar las conductas no deseadas. Actualmente se puede plantear la motivación como una combinación de herencia y experiencia.²¹

Existen dos formas de expresar la motivación:

- Motivación intrínseca: El momento en que, los individuos realizan una actividad por la propia satisfacción que le proporciona llevar a cabo dicha actividad.
- Motivación extrínseca: Cuando, los individuos realizan una actividad como medio para conseguir un fin.²²

1.8.1 Estrategia conductual


La motivación, como estrategia conductual, cuenta con tres niveles.²³

- Nivel fisiológico: Las conductas pueden ser modificadas a través de la motivación, enfocándonos en ciertas zonas del cerebro.
- Nivel individual: Se determinan los factores motivacionales que influyen en la conducta personal de un individuo, de esta forma, manipular las condiciones internas y externas.
- Nivel social: Estudia los motivos que impulsan a las personas a comportarse de manera diferente cuando están en grupo. Se utiliza cuando queremos estudiar la influencia que ejerce un grupo sobre uno o varios individuos.

Un facilitador es una persona que ayuda a aprender las aptitudes que se proponen en el programa. Enfocado en la reacción de cada participante, así como, de sus dudas, preguntas y discusiones.²³

Un promotor de la salud es aquella persona que provee de información sobre una temática, que es capaz de sensibilizar y ayudar a las personas, y propicia la modificación de conductas para lograr la salud.

Para lograr un cambio de conducta positivo, se debe ser un promotor de la salud convencido y comprometido con esta causa; para trabajar en la motivación extrínseca que permita en la persona, el empoderamiento, la autonomía y la afiliación (cuadro 3).²⁴

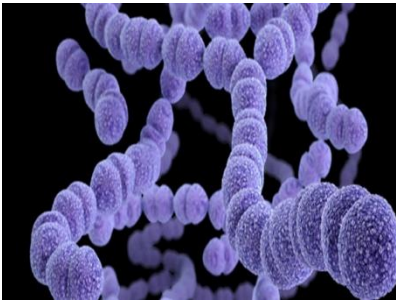
Cuadro 3 Objetivos del promotor de la salud	
	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificar la comunidad o grupos sociales en donde va a desarrollar su trabajo✓ Realizar el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de la comunidad✓ Trabajar muy unido con la comunidad para que adquiera conductas que eviten riesgos o daños a su salud.✓ Fomentar y desarrollar mejores condiciones de salud individual y colectiva.

1.9 Factores de riesgo para el desarrollo de caries y enfermedad periodontal

De las enfermedades infecciosas que afectan a los seres humanos, la caries dental es probablemente la más prevalente. Es un proceso dinámico de desmineralización y remineralización, producto del metabolismo bacteriano sobre la superficie dentaria, que con el tiempo puede producir una pérdida de minerales, que puede resultar en la presencia de una cavidad. ²⁵

Las bacterias orales pertenecen a una comunidad compleja de numerosas especies que participan en la formación de la placa bacteriana con todas sus funciones, interacciones y propiedades.

La cavidad oral es un ecosistema donde cohabitan aproximadamente 10^{10} bacterias, que abarcan entre 500 y 700 especies, que colonizan las mucosas y dientes donde forman la placa bacteriana. Los principales microorganismos en la microbiota bucal son (cuadro 4).

Cuadro 4 Microorganismos en cavidad oral	
STREPTOCOCCUS MUTANS	
<ul style="list-style-type: none">• Cocos Gram+, es decir son teñidos de color morado con la técnica de coloración de Gram.• Alcanzan pH ácido crítico.• Poder acidógeno (producción de ácidos orgánicos desde carbohidratos dietarios), acidúrico (producción de ácidos a pH ácidos) y acidófilo (tolerancia a pH ácidos del medio ambiente).• Aerobios y anaerobios facultativos, es decir que pueden vivir en presencia o ausencia de oxígeno.• Metabolismo fermentativo.• Temperatura óptima 36°.	

Continúa...

...Continúa

Cuadro 4 Microorganismos en cavidad oral

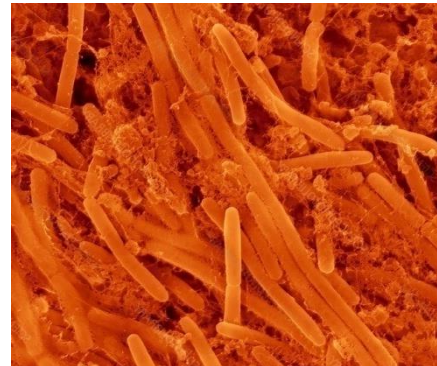
LACTOBACILLUS SPP

- Gram+
- Anaerobios facultativos.
- Poder acidógeno
- Elevado poder acidófilo
- Homo-fermentativos: a partir de la glucosa originan sólo ácido láctico
- Hetero-fermentativo: en presencia de glucosa producen ácido acético, etanol.



ACTINOMYCES SPP

- Bacilos Gram+
- Anaerobios facultativos.
- Aparecen solos, en cadenas, empalizados y parecen rayos de sol.
- Hetero-fermentativos: producen una mezcla de ácidos.
- Producen hemólisis.
- Relacionado con caries de raíz, ayuda a la formación de placa dentobacteriana y presente en enfermedad periodontal.



1.10 Municipio de Chimalhuacán

Es uno de los 125 municipios del Estado de México, ubicado en la zona oriente, integrado al área metropolitana del Valle de México (figura 5).²⁶

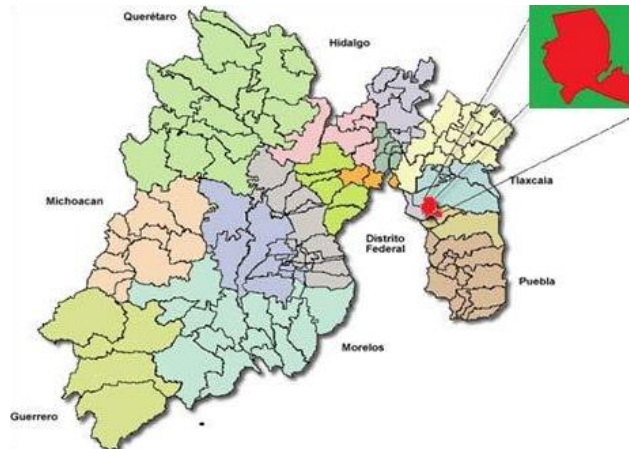


Fig. 5 Municipio de Chimalhuacán.

Etimológicamente Chimalhuacán es un término de origen náhuatl, deriva de los vocablos Chimalli que significa escudo o rodela; Hua, partícula posesiva y can que es lugar, por lo que Chimalhuacán significa: "Lugar de los que tienen escudos".

En la época colonial, se le agregó Atenco con la finalidad de diferenciarlo de otro municipio llamado Chimalhuacán que pertenecía a la jurisdicción de Chalco. Este término también es de origen náhuatl, producto de la combinación del término Atl, que significa agua; Tentli que es labio y Co que expresa lugar en, por lo que Atenco significa: Lugar a la orilla del agua.

Finalmente, el nombre completo de Chimalhuacán de Atenco significa: lugar a la orilla del agua, donde están los poseedores de escudos.

Chimalhuacán fue fundado en 1259 por tres jefes hermanos llamados Huauxomatl, Chalchiutlatonac y Tlatzcantecuhtli. Se funda como señorío de Texcoco y por ello es perteneciente a la Triple Alianza México, Texcoco y Tlacopan, a partir de 1431.

El jeroglífico de Chimalhuacán se ha adoptado como escudo del mismo. Está tomado originalmente del mapa Quinatzin, documento indígena en el que se explica la forma en que los chichimecas adquirieron la agricultura, su reinado y la descripción de la administración texcocana desde la restauración de la monarquía de Nezahualcóyotl (figura 6).²⁷

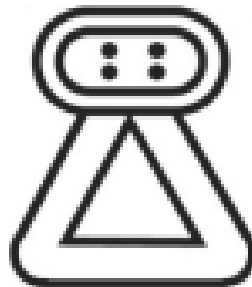


Fig. 6 Escudo de Chimalhuacán.

Actualmente aparece representado con una forma geométrica que consiste en dos triángulos de los cuales el exterior tiene vértices redondeados. Lo que constituye la rodela son tres formas de tipo elíptico, en cuyo centro se aprecian cuatro círculos simétricamente dispuestos.

1.10.1 Delimitación geográfica

Chimalhuacán está situado a los $98^{\circ}55'18''$ ™ de longitud mínima y $98^{\circ}59'58''$ ™ de máxima. Su latitud se ubica a los $19^{\circ}22'27''$ ™ de mínima y $19^{\circ}27'48''$ ™ de máxima.

1.10.2 Macrodelineación

Cuenta actualmente con 44.69 Km² lo que representa 0.2% de la superficie del Estado de México. Limita al norte con el municipio de Texcoco; al sur con los municipios de La Paz y Nezahualcóyotl; al oriente con los municipios de Chicoloapan e Ixtapaluca y al poniente con el de Nezahualcóyotl (figura 7).²⁸



Fig. 7 Macrodelineación geográfica de Chimalhuacán.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2015, Chimalhuacán es uno de los municipios más poblados del Estado de México con una población total de 679, 811 habitantes colocándose sólo detrás del municipio de Ecatepec de Morelos y Ciudad Nezahualcóyotl.

1.10.3 Colonia Progreso de Oriente

La colonia Progreso de Oriente se localiza en el Municipio de Chimalhuacán (figura 8).



Fig.8 Municipio de Chimalhuacán.

1.10.4 Microdelimitación

Se ubica al sur de la colonia Xaltipac, al norte de la colonia Filiberto Gómez, y al noroeste de la colonia San Lorenzo (figura 9).

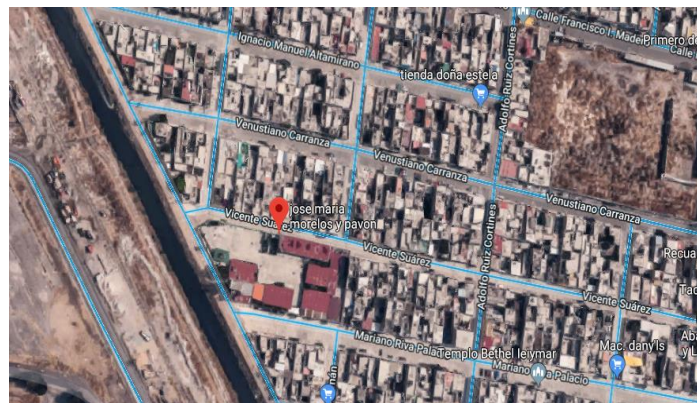


Fig.9 Microdelimitación geográfica de Progreso de Oriente.

En la colonia Progreso de Oriente, en la calle Vicente Suárez S/N.; Entre la calle Adolfo Ruiz Cortines, se localiza la Escuela Secundaria Oficial No. 456 “José María Morelos y Pavón”, donde se realizará el Programa de Salud Bucodental. La secundaria cuenta con un total de 484 alumnos divididos en 12 grupos en el turno matutino. Se posiciona en el lugar número 3,501 a nivel estatal.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La placa dentobacteriana es el principal factor etiológico de las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia a saber: la caries y la enfermedad periodontal.

Como coadyuvantes existen condiciones que favorecen de manera destacada la aparición y el desarrollo de estos padecimientos tales como: la dieta, la saliva y los hábitos higiénicos. El problema estriba en que si los individuos desconocen los efectos devastadores de los factores de riesgo para la salud oral no modificarán sus hábitos.

Para alcanzar la calidad de vida como derecho fundamental de todo ser humano, es necesario tomar medidas, que correspondan a un plan de motivación destinado a fomentar *acciones* tendientes a mejorar la salud.

Se ha comprobado, que hablar de educación para la salud, se trata de empoderar a las personas, en este, a los adolescentes, mediante la concientización y el conocimiento a través de programas educativos.

Algunas personas tienen ciertos hábitos dietéticos y orales que no permiten la eliminación de la placa dentobacteriana, lo cual incide en padecimientos bucodentales (gingivitis, halitosis y caries dental) y pocos estudios consideran como indicador de evaluación la presencia de placa dentobacteriana para determinar el impacto de un programa de educación para la salud, por lo tanto:

¿El porcentaje de placa dentobacteriana disminuirá con la implementación de un programa educativo que se enfoca en la remoción, mediante higiene bucal en los dientes de una muestra de adolescentes, en la escuela secundaria oficial no.456 de Chimalhuacán?

3. JUSTIFICACIÓN

La implementación de un programa enfocado en educación para la salud oral, permitirá que los alumnos retomen su responsabilidad sobre el autocuidado bucodental, para conservar por más tiempo el mayor número de dientes funcionales en boca.

Asimismo, podría darse inicio a pláticas educativas sobre diversos tópicos mediante los pasantes de odontología, en virtud a que despertó gran interés por parte de la directiva este tipo de intervención.

4. HIPOTÉISIS

H_1

Existen diferencias estadísticamente significativas para determinar el índice de placa dentobacteriana en los alumnos de la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón” antes, 15 y 30 días, después de implementar el programa de salud.

H_0

No existen diferencias estadísticamente significativas para determinar el índice de placa bacteriana en los alumnos de la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón” antes, 15 y 30 días, después de implementar el programa de salud.

5. OBJETIVOS

5.1 General

- Determinar el índice promedio de placa dentobacteriana antes, 15 y 30 días después de la implementación de un programa de educación para la salud oral empleando la motivación para promover cambios positivos.

5.2 Específicos

- Determinar el índice promedio de placa bacteriana en el género femenino antes, 15 y 30 días después de la implementación de un programa de educación para la salud oral.
- Determinar el índice promedio de placa bacteriana en el género masculino antes, 15 y 30 días después de la implementación de un programa de educación para la salud oral.
- Determinar si hay diferencia estadísticamente significativa antes, 15 y 30 días después de implementar el programa educativo.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

El estudio se realizó en la colonia de Progreso de Oriente correspondiente al municipio de Chimalhuacán, Estado de México. Para ello se seleccionó la escuela secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón”.

Mediante muestreo por criterio se eligieron los alumnos de tercer grado grupo “A”, para aplicar el programa de promoción y educación para la salud. El estudio se originó debido a que la tesista ha tenido contacto previo con algunos alumnos de la cita de escuela y esto motivó a diseñar un programa dirigido específicamente a higiene oral.

Mediante comunicación formal se solicitó a la directora de la secundaria su autorización, para la implementación del programa y posterior revisión oral de los escolares (anexo 1). El consentimiento a los padres se entregó mediante un escrito solicitándose la firma (anexo 2).

Para el logro de los objetivos, se presentó una exposición (anexo 3) ante todos los alumnos del grupo 3 “A” (figura 10).



Fig. 10 Alumnos en plática de prevención. Fuente directa.

En la plática con los estudiantes se tocaron temas de prevención:

- Condiciones en salud oral
- Placa dentobacteriana
- Cálculo dental
- Caries
- Enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis)
- Alimentación alta en azúcar
- Función de la pastilla reveladora
- Técnica de cepillado

Se diseñó un odontograma para realizar el control personal de placa en los escolares, tres veces en un lapso de 30 días y recolectar el porcentaje de cada intervención (anexo 4). Para determinar la pigmentación en cavidad bucal, se dividió la pastilla reveladora en dos porciones y cada mitad se le entregó al estudiante (figura 11).



Fig. 11 Entrega de pastilla reveladora. Fuente directa.

Se explicó el modo de uso de la pastilla reveladora, previo a introducirla en la cavidad oral y observar la tinción de la placa dentobacteriana que posteriormente se habría de eliminar (figura 12).



Fig.12 Alumno en proceso de tinción con la pastilla reveladora. *Fuente directa.*

Los estudiantes pudieron observar de forma individual la pigmentación de sus dientes por medio de un espejo (figura 13).



Fig.13 Observación de tinción en dientes. *Fuente directa.*

Mediante una exploración bucal individual, se determinó el primer control personal de placa (figuras 14).

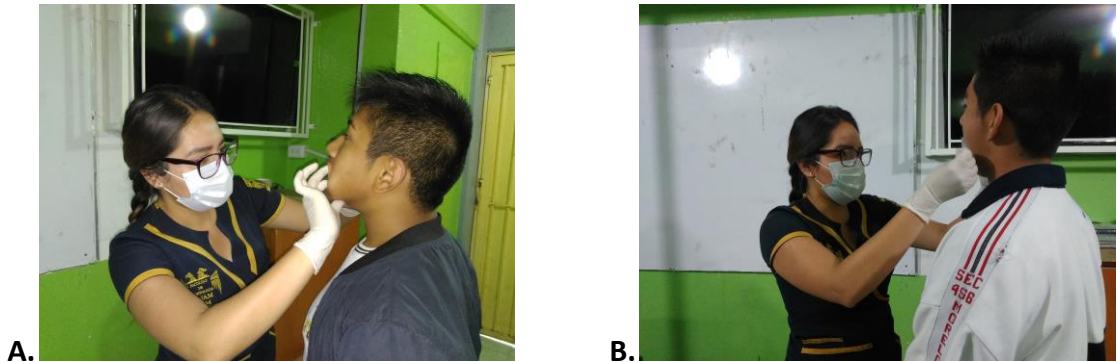


Fig.14 Exploración bucal. Fuente directa.

Todos los alumnos mostraron pigmentación en la cavidad oral, algunos con mayor índice de placa dentobacteriana, lo que podría desencadenar la presencia de enfermedad periodontal (figura 15).



Fig.15 Tinción de la placa dentobacteriana. Fuente directa.

Posteriormente, se enseñó una adecuada técnica de cepillado a todos los estudiantes (figura 16).



Fig.16 Enseñanza de técnica de cepillado. Fuente directa.

Finalmente se obsequiaron cepillos y pastas dentales para que los alumnos continuarán con la adecuada técnica de cepillado implementada (figura 17).



Fig.17 Alumnos realizando correcta técnica de cepillado. Fuente directa.

Los alumnos observaron la diferencia en la cavidad bucal al realizar una correcta técnica de cepillado (figura 18).



Fig. 18 Eliminación de placa dentobacteriana después del cepillado. Fuente directa.

Después de un lapso de 15 días se realizó la segunda visita en la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón”, para determinar nuevamente el control personal de placa de cada alumno de tercer grado grupo “A”.

Se entregó un vaso, un cepillo, una pasta dental, y se dividió la pastilla reveladora por la mitad para entregar una porción a cada alumno (figura 19).



Fig.19 Entrega de kit de higiene oral. Fuente directa.

Se realizó una exploración bucal a cada alumno para determinar el segundo control personal de placa (figura 20).



Fig. 20 Conteo de tinción en dientes. Fuente directa.

Los estudiantes presentaron menor índice de placa dentobacteriana a diferencia de la primera intervención (figura 21).



Fig.21 Determinación de CCP. *Fuente directa.*

Finalmente, cada alumno retiro la tinción de sus dientes con la técnica de cepillado, implementada en el programa de salud bucodental (figura 22).



Fig.22 Técnica de cepillado adecuada. *Fuente directa.*

Se visitó por tercera ocasión la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón” a 30 días de implementar el programa de salud bucodental, para determinar el último control personal de placa a cada alumno de tercer grado grupo “A” y por ende concluir el estudio.

Se entregó una porción de la pastilla reveladora como se realizó en las visitas anteriores (figura 23).



Fig.23 Entrega de pastillas reveladoras. Fuente directa.

Se exploró la cavidad oral de cada estudiante para determinar el tercer control personal de placa (figura 24).



Fig.24 Determinación de CCP. Fuente directa.

Cada alumno se observó en un espejo para reflexionar ante las diferencias que encontraron desde que se implementó el programa de salud bucodental y de esta forma motivarse a seguir con el cambio positivo hacia el autocuidado oral (figura 25).



Fig.25 Pigmentación en cavidad oral. Fuente directa.

Cada estudiante realizó la técnica de cepillado que se enseñó en el programa de salud oral para eliminar la pigmentación en la cavidad oral (figura 26).



Fig.26 Correcta técnica de cepillado. Fuente directa.

Finalmente, se obtuvo el menor índice de placa a diferencia de las dos intervenciones anteriores (figura 27).



Fig.27 Ausencia de tinción en dientes después del programa de salud oral implementado. Fuente directa.

Los alumnos opinaron acerca del programa de salud bucodental implementado y la importancia del autocuidado oral que conlleva cambios positivos en la salud (figura 28).



Fig.28 Alumnos comentando acerca del autocuidado oral. Fuente directa.

6.2 Tipo de estudio

Descriptivo longitudinal.

6.3 Población de estudio

Los alumnos inscritos en la secundaria oficial no.456 “José María Morelos y Pavón” de la colonia Progreso de Oriente del municipio de Chimalhuacán de Atenco, en el Estado de México.

6.4 Muestra

50 alumnos del grupo 3 “A”

6.5 Criterios de inclusión

- Alumnos inscritos en la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón” que participaron en las 3 intervenciones del programa de promoción y educación para la salud.

6.6 Criterios de exclusión

- Alumnos inscritos en la secundaria oficial no. 456 “José María Morelos y Pavón” que cumplan con los criterios de inclusión pero que el día del programa no desearan participar en alguna evaluación.

6.7 Variables de estudio.

- Género
- Control personal de placa en la 1°,2° y 3° intervenciones.

6.8 Variables dependiente e independiente

Dependiente

- Control personal de placa en 1°, 2° y 3° intervenciones.

Independiente

- Contenido del programa de salud bucodental.
- Género

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron 3 intervenciones en el estudio, antes, 15, y 30 días después de implementar el programa de salud bucodental.

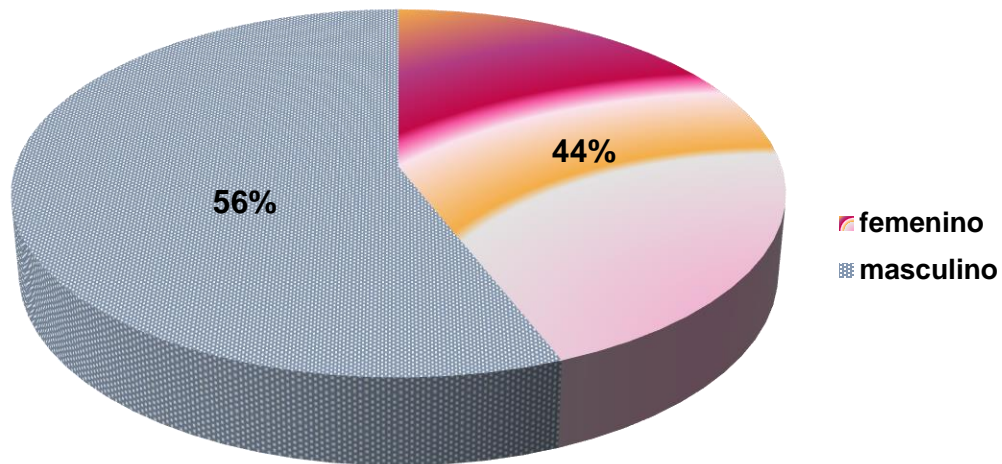
Para realizar el análisis estadístico, se recolectaron los datos obtenidos de placa dentobacteriana de los estudiantes en cada intervención, esta información se capturó y analizó con el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) mediante la prueba ANOVA (Análisis de varianza). Se asentó la significancia obtenida al comparar los tres grupos ($p < .05$). Las gráficas se realizaron utilizando el mismo programa

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La revisión oral y asentamiento de información se llevó a cabo contemplando los principios de secrecía de identidad y de información, tratando sin menos cabo de la salud integral y firma de consentimiento para participar en el estudio y utilizar la información sin mencionar nombre o identidad del paciente. Las anteriores consideraciones se encuentran en la Ley General de Salud.

9. RESULTADOS

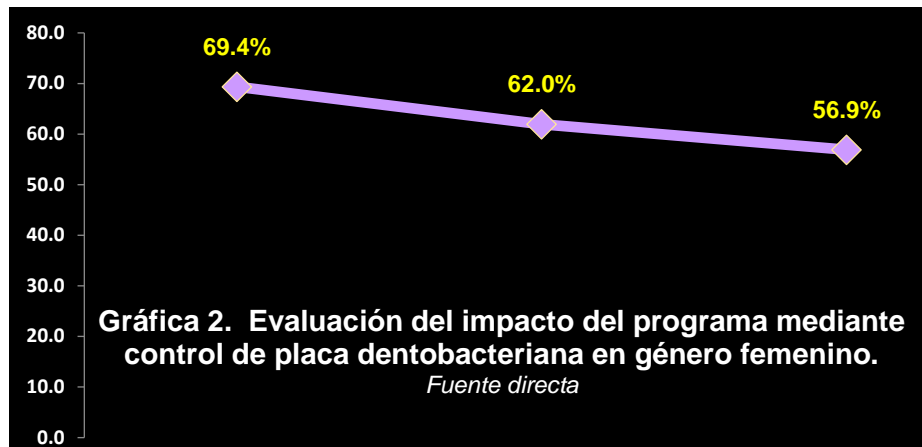
En el estudio participaron 50 alumnos inscritos en el tercer grado grupo "A" inscritos en la secundaria oficial no.456 "José María Morelos y Pavón", el promedio de edad fue de 14 años, el 44% correspondió al sexo femenino y el 56% al masculino (gráfica 1).



Gráfica 1 Número de alumnos por género del grupo 3 "A". *Fuente directa.*

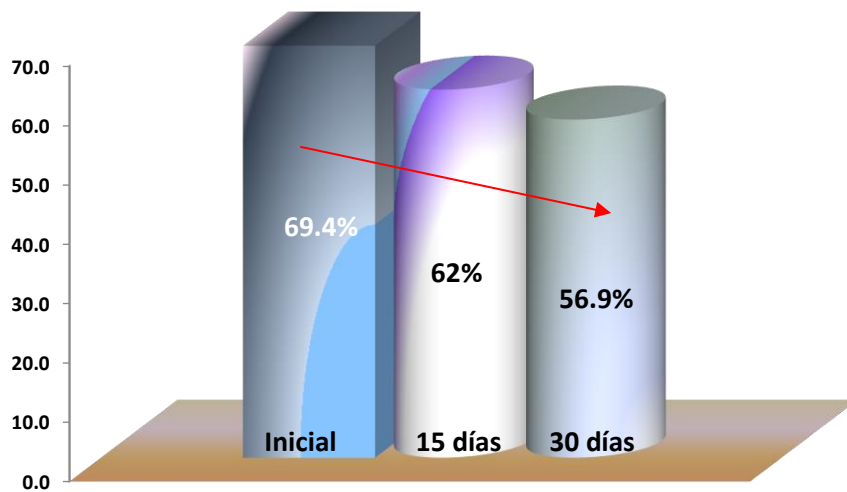
La información referente a la evaluación del programa mediante el control de placa dentobacteriana, se presenta por género y de forma grupal.

Se muestra la tendencia del índice antes, a 15 y a 30 días del programa de salud bucodental implementado en el género femenino existentes en el grupo 3 "A" de la secundaria oficial no. 456 "José María Morelos y Pavón", observando que la media desciende en cada evaluación de control de placa dentobacteriana (gráfica 2).



En la primera evaluación de control de placa en el género femenino, se obtuvo el promedio de 69.4%; que resultó ser el mayor de las tres mediciones, el segundo control, disminuyó su media a 62.0% y finalmente la tercera evaluación descendió a 56.9%.

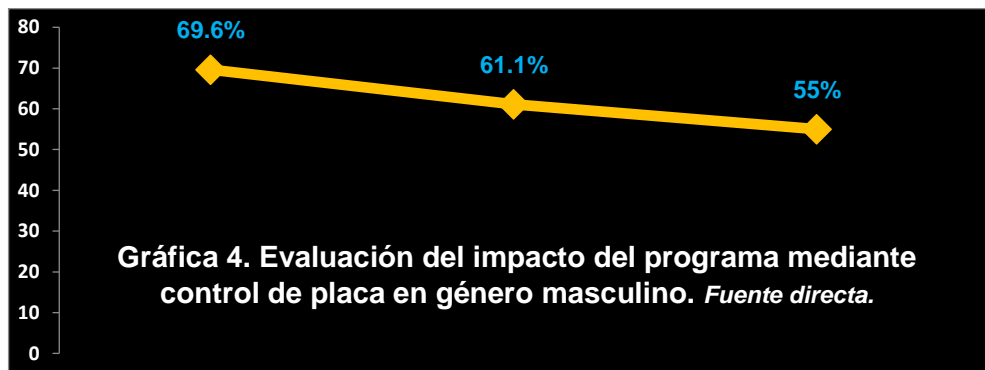
Al analizar la información desde el punto de vista estadístico, se determinó que las diferencias en promedio observadas en las 3 intervenciones si son estadísticamente significativas y que la disminución del control de placa dentobacteriana si se debe a los contenidos del programa educativo que motivo a los estudiantes a cambios positivos en el autocuidado oral ($p=.000$) (gráfica 3).



$F=16.67, p=.000$

Gráfica 3 Evaluación del impacto del programa mediante control de placa dentobacteriana en género femenino. Fuente directa.

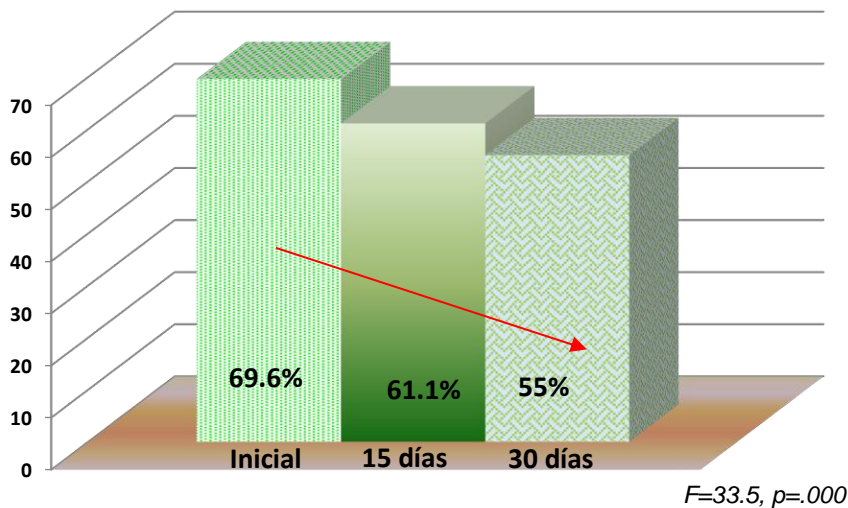
Se muestra una gráfica que señala la tendencia del índice antes, a 15 y a 30 días del programa de salud bucodental implementado en el género masculino existentes en el grupo 3 "A" de la secundaria oficial no. 456 "José María Morelos y Pavón", observando que la media desciende en cada evaluación de control de placa (gráfica 4).



Gráfica 4. Evaluación del impacto del programa mediante control de placa en género masculino. Fuente directa.

En el primer control de placa en el género masculino se obtuvo el promedio mayor, siendo 69.6%; el segundo control disminuyó su media a 61.1%, finalmente la tercera evaluación descendió a 55%. La diferencia de promedios de PDB a diferentes tiempos si es estadísticamente significativa.

Se determinó que las diferencias en promedio observadas en las 3 intervenciones si son estadísticamente significativas y que la disminución del control de placa dentobacteriana si se debe a los contenidos del programa educativo que motivo a los estudiantes a cambios positivos en el autocuidado oral ($p=.000$) (gráfica 5).

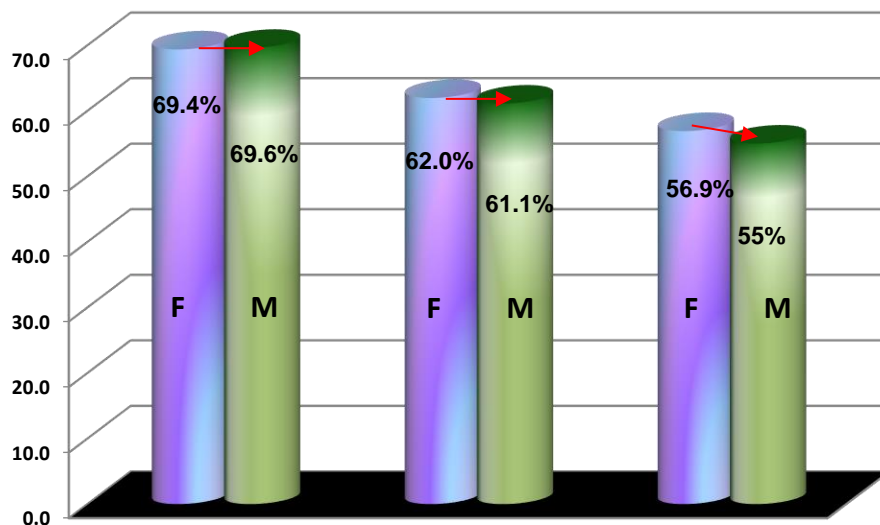


Gráfica 5 Evaluación del impacto del programa mediante control de placa en género masculino. Fuente directa.



Se demuestra a nivel grupal, que, en ambos géneros, desciende el promedio de control de placa, antes, a 15 y a 30 días de implementar el programa, obteniendo mayor impacto en el género masculino (gráfica 6).

Se muestra la comparación del impacto del programa de salud bucodental en ambos géneros, antes, a 15 y a 30 días de implementar. Se pone en evidencia la disminución al evaluar el control de placa dentobacteriana en ambos géneros (gráfica 7).



Gráfica 7 Evaluación del impacto del programa mediante control de placa a nivel grupal. *Fuente directa.*

CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados obtenidos en el estudio se establecieron las siguientes conclusiones:

- El programa de educación para la salud permitió que los indicadores de placa descendieran.
- El género masculino presenta un mayor descenso de placa dentobacteriana.
- La participación de los adolescentes se puede promover a través de una participación activa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villa J.; Ruiz E.; Ferrer J. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. 4° Ed. Mérida México: editorial Junta de Extremadura, 2014.
2. Inocente M; Pachas F. Educación para la Salud en Odontología Revista Estomatológica Herediana. ISSN: 1019-4355. 2012; 22(4): 232-241.
3. Rufasto K; Saavedra B. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa. Revista Estomatológica Herediana. ISSN: 1019-4355. 2012; 22(2): 82-90.
4. Bosch R; Rubio M. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños. Avances en Odontoestomatología. ISSN 0213-1285. 2013; 28(1):124-43.
5. Richard R. La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. University of Rochester.2015; 55 (1): 68-78.
6. OLIVARI C. AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. Ciencia y enfermería. ISSN 0717-9553. 2007; 13(1): 9-15.
7. Pérez A; Reyes D. Clima organizacional en salud pública. Consideraciones generales. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. 2004; 8(3).

8. Domínguez V; Astasio P. Analysis of several risks factors involved in dental caries trough multiple logistic regresión. International Dental Journal, 2013; 43:149-56.
9. Rioboo R. Educación para la Salud Bucodental. Avances. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid, 2002: 1321-41.
10. Boletín Oficial del Estado. Disposiciones Generales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2013. 243 (1):23.
11. Caldés S; Cea N. ¿Una intervención educativa en niños de 12 años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene bucodental?. 2005; 21(3):149-57.
12. OPS Y OMS. Carta de Ottawa. [Internet]. México. [Citado febrero 2019]. Disponible en:
<https://www.paho.org/tierra/index.php/subjectmatters/documents/carta-ottawa-promocion-salud>
13. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. [Internet]. México. [Citado febrero 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web
14. Declaración de Adelaida. [Internet]. México. [Citado febrero 2019]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-adelaida>

15. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. [Internet]. Yakarta República de Indonesia. [Citado febrero 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hr_jakarta_declaration_sp

16. Declaración de México. [Internet] México. [Citado marzo 2019]. Disponible en:
http://www.unesco.org/education/pdf/MEXICO_S

17. Pérez B. La educación para la salud y la estrategia de salud de la población. Revista Cubana. 2007; 33(2):23-27.

18. Casas B; Klijn P. La salud y su entorno laboral saludable. Revista Latino-Enferma. 2016; 14(1):136-41.

19. OMS. Promoción de la salud. [internet]. México 2016. [Citado febrero 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

20. Díaz H. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud: RCyS. ISSN-2173-1675. 2016; 1(1):113-124.

21. Arroyo V. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. Sage Journals. 2017; 6(2):66-72.

22. Piña A. Motivación en Psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. ISSN: 1794-9998. 2009; 5(1):27-35.
23. Díaz H. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*. ISSN-2173-1675. 2016; 1(1):113-124.
24. Arroyo V. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Sage Journals*. 2017; 6(2):66.72.
25. Piña A. Motivación en Psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. ISSN: 1794-9998. 2009; 5(1):27-35.
26. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. [Internet.] México. [Citado marzo 2019]. Disponible en:
<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15031a.html>
27. H. Ayuntamiento Constitucional de Chimalhuacán, Plan de Desarrollo Municipal, Chimalhuacán, México, 2017.
28. Cuaderno estadístico municipal. Chimalhuacán, Estado de México. [Internet.] México. [Citado marzo 2019.] disponible en:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825925864/702825925864_1.pdf

Anexo 1

Carta de autorización



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO DE
TITULACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROFRA. ANDREA YADIRA SOTO MERINO
DIRECTORA DE LA SECUNDARIA
JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito solicitar a usted que la pasante Mónica Rodríguez Cisneros lleve a cabo un programa de educación para la salud oral, en la secundaria que usted dirige, con la finalidad de fomentar hábitos en los adolescentes que los conduzcan a mejorar su salud oral y por ende tener una mejor calidad de vida.


Las actividades de aprendizaje están diseñadas de acuerdo a la edad de los escolares, para así tener mayor éxito en las evaluaciones.

Sin otro particular y en espera de su autorización para la realización del programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

A T E N T A M E N T E

“ POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU ”

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 14 de febrero de 2019



C.D. María Elena Nieto Cruz

COORDINADORA

Anexo 2

Consentimiento informado



ESCUELA NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA.
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.



Señores Padres de Familia

Presentes

Por este medio, me dirijo a usted para solicitar su autorización para la aplicación del programa de salud bucodental dirigida a sus menores hijos y poder determinar el nivel que sobre autocuidado de salud oral tienen.

Este programa de salud bucodental requiere de una revisión bucal y una aplicación de tinción color rojo que nos permitirá identificar la placa bacteriana existente en la boca, para realizar un conteo sobre las zonas pigmentadas y posteriormente dar una pláticas sobre salud oral, finalmente se enseñará una adecuada técnica de cepillado logrando eliminar la tinción de la boca y disminuir la placa bacteriana. Se aplicará la tinción 3 veces en un lapso de 30 días, para comparar la cantidad de placa bacteriana que la tinción nos revele y evaluar el impacto de su hijo mediante la plática impartida.

No se realizará ninguna actividad que ponga en riesgo la salud de su hijo. La confidencialidad de la información es garantizada en virtud a que se deberá responder de forma anónima y el resultado del curso se hará del conocimiento de los padres de familia.

Coloque una cruz en el recuadro de aceptación o no aceptación, según sea su decisión y coloque su nombre y firma.

Acepto No acepto _____
Nombre y firma

Agradezco la atención que preste a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad Universitaria, CD.MX. A 15 de febrero del 2019.

Anexo 3

Exposición de prevención

