

242  
2g



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

---

---

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO EN NIÑOS DE  
6 A 10 NIÑOS DE EDAD  
QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA  
DE LA F.O U.N.A.M**

**T E S I N A**

Que para obtener el Título de:

**CIRUJANA DENTISTA**

*Presenta:*

**BLANCA SANDRA MEDINA ARCE.**

**DIRECTORA:**

**C.D.M.O MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ.**

**ASESORA:**

**C.D MARÍA ELENA NIETO CRUZ.**



MÉXICO, D.F.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

269308



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*Al ser más importante en mi vida me ofrecio lo más vital  
para poder llegar a cumplir uno de mis mas grandes  
sueños dándome vida y salud.*

*A ti Dios, gracias*

*A mis Padres:*

*Sra. Blanca Arce Castillo*

*Dr. Rubén Medina España*

*Con respeto, admiración y gratitud por haberme apoyado durante mis estudios y porque sin su gran amor, consejos, sacrificios y sobre todo su fé depositada en mi no hubiera podido llegar a disfrutar de estos logros en mi vida.*

*Gracias por haberme conducido por el camino de la rectitud, sencillez y honestidad.*

*Gracias por todo*

*A mis hermanos y mamá Julia:  
Rubén, César, Mauricio y Miguel.*

*Con profundo agradecimiento y cariño por  
haberme apoyado y acompañado siempre en  
los momentos más difíciles*

*Gracias*

*A mi Tío el Dr. Héctor Castillo*

*Con respeto y agradecimiento por su apoyo  
y consejos*

*Gracias*

*A mis Abuelos:  
Sra. Dolores España de Medina  
Sr. Julio Medina Martínez*

*Por haberme guiado a luchar por una vida mejor  
Gracias*

*En memoria de mi tía:  
Julieta López Castillo*

*A mis amigos:*

*Gaby, David, Margarita, Edgar, Karina, Carlos y  
Agustín que me ayudaron y brindaron su amistad en  
todo momento*

*A mis primas (os), Tío (os)  
Por su cariño, y estar siempre conmigo*

## **ÍNDICE**

### **INTRUDUCCIÓN**

### **CAPÍTULO I**

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.....1

### **CAPÍTULO II**

EDUCACIÓN.....6

### **CAPÍTULO III**

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....11

### **CAPÍTULO IV**

MODELO “ PRECEDE “.....17

ETAPA 1.....18

ETAPA 2. ....21

ETAPA 3. ....22

ETAPA 4 y 5.....27

ETAPA 6. ....28

ETAPA 7.....30

EVALUACIÓN.....32

## **CAPÍTULO V**

DIAGNÓSTICO EDUCATIVO.....	35
----------------------------	----

## **CAPÍTULO VI**

### ENCUESTA REALIZADA EN LA CLÍNICA DE

ODONTOPEDIATRÍA. ....	43
-----------------------	----

RESULTADOS. ....	45
------------------	----

GRÁFICAS.....	48
---------------	----

CONCLUSIONES.....	51
-------------------	----

ANEXO 1.....	53
--------------	----

ANEXO 2. ....	54
---------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	57
-------------------	----

## INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos más importantes y menos tomados en cuenta en México, es la salud bucodental, sobre todo en relación a preescolares.

Desafortunadamente es escasa la información acerca de la promoción de la salud de parte de los odontólogos hacia la comunidad; existe más interés y se le da una mayor importancia a otros aspectos de la Odontología como es la restauración.

Generalmente los métodos utilizados para encuestas o programas de Educación para la Salud (EpS) han sido deficientes, y carecen de un exámen objetivo de la situación actual de la población. Luna en 1987 menciona que una de las causas principales de la deficiencia de los programas de EpS es que carecen de un diseño y desarrollo educacional apropiados, y que el educador debe entender que su tarea no se reduce a la acción de informar si no que, como toda buena educación, es necesario establecer un diálogo, una situación interactiva de comunicación y motivación.



Ciertamente se ha observado con el paso del tiempo que existe un considerado número de Cirujanos Dentistas que compiten por cierto número de pacientes que puedan pagar sus servicios, como son los del nivel socioeconómico alto y medio de la población. Sin embargo se ha visto en ese tiempo que no se ha tenido en cuenta como estrategia de prevalencia la EpS, para mejorar la salud bucodental.

Los estudios que se han realizado en México en relación a la estimación de la prevalencia y la severidad de la caries dental en los niños, son escasos y sin embargo los pocos que existen nos dan una idea de la gravedad del problema.<sup>2,3,18,19,20</sup>

Irigoyen (1988), realizó una encuesta de caries dental en escolares del Distrito Federal, en el cual participaron 4,475 escolares de 5 a 12 años de edad, quienes presentaron una prevalencia de caries dental del 90.5 por ciento. El índice de necesidades de tratamiento fue de un 79.6 por ciento<sup>2</sup>

En 1984 y 1992 Irigoyen et al. realizaron dos encuestas, en donde se examinaron 279 niños: 153 en 1984 y 126 en 1992, presentando un promedio de índice de caries en dentición primaria (ceod) de 5.65 en 1984 y 4.89 en 1992. En la dentición

permanente, el índice CPOD fue de 0.51 en 1984 y 0.48 en 1992.<sup>3</sup>

Existen otros estudios donde podemos observar la altísima prevalencia tanto de caries como de enfermedad periodontal, siendo en todos los casos la niñez la más afectada.

Situaciones similares se presentan en otros países, sobre todo en aquéllos en vías de desarrollo. Preocupada por esta situación, la OMS y la FDI propusieron como una de las metas para el año 2000, disminuir la prevalencia de caries a menos de 50 por ciento en los niños de 5 a 6 años de edad.<sup>2</sup>

Una estrategia que se ha utilizado con éxito en la disminución de la prevalencia de caries en niños es la Educación para la Salud.

Bertejov menciona que dentro de las medidas profilácticas colectivas, debe tenerse en cuenta la necesidad e importancia de la EpS, tomando en cuenta que debe adaptarse a las diferentes edades y que la explicación que debe darse a los pacientes no debe ser demasiado complicada.

En el presente trabajo se presenta el diagnóstico educativo de una muestra de los niños que asisten a la Clínica de Odontopediatría ( UNAM ) así como de manera muy general el modelo " PRECEDE " que pretende orientar a los trabajadores de la salud en la elaboración de programas de salud, los cuales pretenden cambiar las conductas y hábitos de los individuos para que se logre una mejor calidad de vida.

## CAPÍTULO I

### PROCESO DE SALUD - ENFERMEDAD.

Actualmente podemos encontrar una gran variedad de conceptos de salud y enfermedad,<sup>4,5,6</sup> sin embargo en este capítulo retomaremos algunos de los conceptos más sobresalientes.

En el año de 1920 Winslow nos dice que la salud y la prolongación de la vida nada valen por sí mismas, valen en cuanto permiten bienestar, eficacia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad. Esta definición es considerada como una de las más clásicas.<sup>2</sup>

Perkins señala que la salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquél, procurando su adaptación. La enfermedad es la falta de adaptación.<sup>4</sup>

Sin embargo una de las definiciones que han causado más impacto y que ha sido muy criticada es la propuesta por la

Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en 1976 define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.<sup>5</sup>

El profesor Lambert, subdirector del laboratorio de Antropología Física de París afirma que " toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana." <sup>6</sup>

Tanto la salud como la enfermedad son el resultado de un proceso de unión entre el individuo como tal y el sobrevivir y adaptarse de forma favorable en el medio en el que se desarrolla.

La enfermedad es un fenómeno natural caracterizada por un trastorno en la estructura o función del individuo. Existen diversas formas de conceptualizar a la enfermedad. Los ecólogos la definen como un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo viviente, otros argumentan que la enfermedad es la falta de mecanismos de adaptación del individuo, que origina trastornos de la anatomía y fisiología.<sup>5</sup>

La enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico-ecológico o como una falta de mecanismo de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por

producir una perturbación a la fisiología y/o de, la anatomía del individuo.<sup>6</sup>

La salud y la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y en estas condiciones ambos son excluidos, son dos extremos de variación biológica extrema y por lo tanto, son el resultado del éxito o fracaso del organismo para poder adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.

Podemos decir que un individuo sano es aquél que demuestra y muestra una armonía física, mental y social con su medio ambiente, contribuyendo así con su trabajo individual y colectivo. Nos referimos entonces, a que es un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y externo de un individuo, tomando en cuenta las diferencias de condiciones de vida de cada uno.

A la inversa, un estado patológico es la expresión de un desequilibrio, de una descompensación, de una intolerancia a los agentes agresores externos, de una desadaptación. La descompensación implica que los diferentes mecanismos por los que el organismo habría podido contrarrestar la agresión actúa de manera negativa aumentando los fenómenos patológicos. Por

ejemplo: la hipertermia es un mecanismo de descompensación y de lucha contra un estado infeccioso, pero al mismo tiempo, la fiebre es percibido por el enfermo como un síntoma patológico negativo.<sup>6</sup>

La dinámica de salud y enfermedad de compensación-descompensación, nos ayuda a comprender la evolución espontánea de la curación de un importante porcentaje de enfermedades, aún sin ningún tratamiento<sup>6</sup>

Los estados de salud y enfermedad se expresan siempre y se controlan en relación a la interdependencia del individuo, con la sociedad y su ambiente total.

Por esto, podemos decir que la salud es un estado muy variable que debe ser continuamente cultivado, protegido y fomentado, y para lograrlo debemos por nuestra parte tener conocimientos en relación a los riesgos del ambiente, y el comportamiento con respecto a nuestra salud.

En el medio en el que nos desarrollamos, generalmente no se distingue entre un concepto y otro y se usan asociados, normalmente, bajo el epígrafe de promoción de la salud, el cual incluye fomento de la salud y prevención de la enfermedad.<sup>5</sup>

Generalmente se puede observar que en un proceso patogénico esperamos que exista un síntoma para así poder tomar en cuenta a la salud; es en este momento cuando se piensa en utilizar medidas preventivas y tratamientos curativos para cualquier tipo de enfermedad física, mental y social.

Tanto el médico como el resto del personal de salud tienen la responsabilidad de orientar y fomentar la educación, modificando así los hábitos y costumbres de la población y así sean capaces de evitar problemas y enfermedades que pongan en peligro su salud y su vida.

En la conferencia de Alma-Ata en 1978, se señaló como necesidad reunir los esfuerzos de los sectores de la salud, como los que están relacionados íntimamente con ella; es decir que la salud pública no depende tanto del tratamiento de enfermedades, sino del desarrollo socioeconómico del país desde un punto de vista global. La construcción de una escuela, un camino, el sistema de abastecimiento de agua, etc., tiene indudablemente influencia en la salud.<sup>9</sup>



## **CAPÍTULO II**

### **EDUCACIÓN.**

La educación es la evolución representada por cualquier tipo de influencia sobre un individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, comportamientos, actitudes y aptitudes que acepte su grupo social.<sup>1</sup> La educación no se lleva a cabo de forma independiente, es todo un proceso que se debe realizar por pasos o etapas que se complementen.

Este proceso incluye tres importantes pasos que son: la información, la modulación y la educación.

Cuando la información que se proporciona es completa e interesante da como consecuencia un cierto grado de motivación, y por lo tanto un cambio de conducta.<sup>2</sup>

La educación conlleva de manera implícita un cambio. En el momento en que se da cierta información a un grupo de personas, el educador debe asegurarse de que ha sido escuchado y de que realmente ese grupo de personas quedó

convencido de que un cambio exige esfuerzo e implica tiempo. Si escuchó, pero no fué realmente convencido, no realizará ningún cambio de actitud y por lo tanto seguirá con sus mismas costumbres.

A continuación se mencionarán algunos conceptos donde se le dan diferentes enfoques a la educación:

Platón señala que la educación tiene por objeto dar al cuerpo y al alma toda la belleza y la perfección de que son susceptibles.<sup>1</sup>

Juan Jacobo Rosseau afirma que la educación persigue el desarrollo armónico de la personalidad.<sup>1</sup>

Bettancourt señala que la educación es un proceso de adaptación progresiva de los individuos y los grupos sociales al ambiente, y que determina individualmente la formación de la personalidad y socialmente la conservación y renovación de la cultura.

Uno de los enfoques más completos es el de Imideo G. Nérici, pedagogo brasileño quien nos orienta hacia una información individualista, o biopsicológica, y sociológica, donde

sus posibilidades intrínsecas o hereditarias, y tiende a capacitarlo para actuar conscientemente ante nuevas situaciones de la vida, aprovechando las experiencias anteriores, aspirando a preparar a las generaciones futuras para reemplazar a las adultas, que naturalmente se van retirando de la vida social. En su enfoque sociológico nos dice que la educación realiza la conservación y trasmisión de la cultura, asegurando la integración, la continuidad y el progreso social.<sup>1</sup>

Se ha mencionado con frecuencia que la educación es un complemento de la instrucción, mostrándonos con todo esto que la instrucción debe preceder a la educación donde el resultado que se obtendrá, será un aprendizaje, el cuál motivará al individuo a realizar un cambio en su conducta.

La promoción de la educación se llevará a cabo tomando en cuenta la edad, las condiciones de vida social y cultural, así también como el tipo de educación ya sea individual o colectiva.

La educación odontológica individual afectaría las creencias personales del paciente, pero sólo la educación comunitaria podría cambiar las actitudes grupales para que esas creencias personales pudieran traducirse en acción.<sup>3</sup>

El propósito de la educación comunitaria es producir un clima de opinión favorable para que el cambio resulte socialmente deseable, permitiendo que la educación a nivel individual motive a quien la recibe para actuar con base al conocimiento que entrega. Por lo tanto, la educación comunitaria debe producir una toma de conciencia del problema dentro de la comunidad a servir.<sup>3</sup>

Existen diferentes métodos y técnicas de enseñanza, para llevar a cabo la EpS, en donde se debe tomar en cuenta las condiciones particulares de cada individuo o grupo de personas, ( edad, sexo, así como las necesidades, expectativas e intereses de cada persona.)

Los fines que persigue la educación pueden, mananifestarse en tres sentidos: el individual, el social y el trascendente.

Sentido individual.-Proporciona una adecuada atención a cada individuo según sus posibilidades, de modo que se prefiera el pleno desenvolvimiento de su personalidad; inculca sentimientos de grupo, a fin de inducir a cooperar con sus semejantes en trabajos de bien común.

Sentido social.- Prepara a las nuevas generaciones para recibir, conservar y enriquecer la herencia cultural del grupo;

prepara así mismo, los procesos de subsistencia y organización de los grupos humanos, teniendo en cuenta las nuevas exigencias sociales derivadas del crecimiento demográfico y de los nuevos conocimientos.

Sentido trascendente.- Orienta al individuo hacia la aprehensión del sentido estético y poético de las cosas, de los fenómenos y de los hombres, con el propósito de proporcionarle vivencias más profundas y desinteresadas.

## **CAPÍTULO III**

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

La Educación para la Salud es todo un proceso educativo de enseñanza de nociones médicas, higiénicas y sociológicas que influyen tanto física como moral y socialmente al individuo para beneficiar la salud y favorecer el bienestar y desarrollo personal, familiar y de la comunidad.

La Educación para la Salud es enseñanza-aprendizaje, involucrando a quienes la imparten (dando información y motivando), como a los que la reciben (realizando el cambio, con base a sus motivos e intereses).

Tanto la comunicación como la enseñanza-aprendizaje son dos aspectos muy importantes para poder llevar a cabo el proceso de Educación para la Salud.

La comunicación es la expresión o trasmisión de conocimientos o información. Es un intercambio de hechos, pensamientos, opiniones o emociones que implica la existencia de un emisor y de un receptor. Sin comunicación no puede haber instrucción, enseñanza o educación; el intercambio receptor-

emisor enriquece el conocimiento y favorece su correcta interpretación.

La enseñanza es la acción de dirigir, orientar y estimular al individuo para que reaccione de manera voluntaria y realice el proceso de aprendizaje, y adquiera así por su propio esfuerzo, los conocimientos, actitudes y aptitudes que le permitan alcanzar el objetivo deseado y ocupar un lugar útil y cooperativo en el grupo social al que pertenece.

La finalidad de Educación para la Salud es buscar un proceso de cambio, es decir, una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidas. Si éstos son negativos, hay que modificarlos por acciones favorables a la salud. Para llevar a cabo todo esto es necesario realizar un esfuerzo en conjunto.

Es muy importante crear contextos en los que la información de salud sea más accesibles, que estimulen para crear un cambio; éstos no deben ser aburridos o desagradables. Si realmente se logra realizar un interes hacia un cambio, se estara llegando al objetivo final de educación para la salud.

Por otro lado podemos decir que el concepto de Educación para la Salud es dinámico e histórico, es decir, que cambia de

acuerdo a las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época.

Nobot nos da una definición más reciente donde señala que el objetivo fundamental de la EpS es la promoción de hábitos saludables traducidos en cambio de comportamiento, aunque recoge acertadamente los diferentes modelos al respecto y concluye con la opinión de que está lejos de haber una respuesta satisfactoria.<sup>7</sup>

San Martín piensa que la salud de la comunidad en relación directa con la participación global de la población en la vida social, depende del grado de participación de la gente. Denota el nivel de cultura, de Educación en la Salud y de autonomía de cada individuo y de la comunidad en su conjunto. La Educación para la Salud, la prevención y la participación son tres actividades básicas, con objetivos similares, que se deben tomar en cuenta para todo programa de salud.<sup>7</sup>

A través de la Educación para la Salud, se pueden prevenir las enfermedades, y sobre todo, se puede actuar de manera adecuada cuando éstas se presentan y aprovechar mejor los servicios médicos.



Podemos observar que la ignorancia en algunos casos puede ser fatal, provocando de esta manera una baja en la productividad, bajos niveles de higiene, angustia en el individuo y principalmente infelicidad.

Actualmente existe un creciente interés por todo aquello que pueda asegurar el derecho a la salud, tal es el caso de la Organización de las Naciones Unidas que ya ha tomado cartas sobre el asunto, en donde el objetivo no es exclusivamente el proteger al hombre contra la enfermedad, sino que abarca el estudio de los factores que en el plan social, nacional, e internacional le permiten alcanzar el balance físico, intelectual y moral al que tiene derecho.

En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes (adoptada el 2 de mayo de 1948, en Bogotá, Colombia), en el capítulo primero se establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

En las recientes reformas del 14 de junio de 1991 al Plan Nacional de Desarrollo en México, se busca mejorar la calidad de

los servicios, fomentar la cultura de la salud, y la prevención y control de las enfermedades realizar campañas de protección del efecto del medio ambiente, regular el crecimiento demográfico entre otras.

Las condiciones económicas y sociales del país obligan a procurar el máximo aprovechamiento de sus recursos. El compromiso es, en el aspecto que nos ocupa, tener la capacidad, la decisión, el empeño y la responsabilidad necesaria para institucionalizar y consolidar la coordinación intersectorial, conscientes de que significa ahorro de esfuerzos y mejores resultados en la meta de mejorar las condiciones de salud de la población.<sup>7</sup>

Algunos métodos de enseñanza en salud que se pueden utilizar son: la exposición, discusiones, entrevistas, fotografías, películas, videos, trípticos, libros, y carteles entre otros. En cuanto a medios masivos de información se cuenta con la televisión, el radio y la prensa.

Los medios de comunicación social pueden intervenir con mayor eficacia en la EpS de la población, así como en fomentar la movilización colectiva en estos programas.<sup>7</sup>

La EpS, al igual que los otros aspectos de la atención de la salud, debe ser eficaz, de forma tal que posibilite la obtención de resultados con el menor costo posible.

La calidad de EpS dependerá de la capacidad de precisar y sistematizar su planificación y evaluación.

## CAPÍTULO IV

### MODELO " PRECEDE "

El modelo " PRECEDE " se ha convertido en el formato standar de la planeación del programa en la EpS del inglés: " predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation " que significa " causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educativos " para llamar la atención sobre la necesidad de preguntarse qué conducta precede a cada beneficio para la salud y qué causas preceden a cada comportamiento en salud.<sup>21</sup>

El modelo requiere iniciar el proceso de planificación de los resultados. Se comienza por el resultado final y se pregunta qué debe preceder a este resultado determinado que lo origina. Antes de diseñar se debe diagnosticar todos los factores importantes para un resultado determinado, en el caso contrario la intervención corre serio peligro de ser ineficaz.

Para llevar a cabo el modelo se debe pasar por siete etapas muy importantes las cuales consisten en:

## **ETAPA I: DIAGNÓSTICO SOCIAL: EVALUACIÓN DE LOS INTERESES EN LA CALIDAD DE VIDA.**

El marco PRECEDE esta diseñado para que las actividades de EpS se realicen después de que se hayan determinado los beneficios específicos a largo plazo. Las ventajas de la determinación de resultados a largo plazo son:

1.- La focalización en los resultados deseados aumenta la especificidad y perspectiva de la planificación. El resultado de la claridad y especificidad están en relación directa con la probabilidad de seleccionar intervenciones adecuadas.

2.- Cuando los resultados son los esperados, se les puede informar a los participantes los beneficios esperados de la conducta recomendada y advertir sobre los riesgos.

3.-La evaluación de los beneficios es más eficaz cuando se establecen los resultados deseados de la recopilación.

4.-Los planificadores pueden visualizar una perspectiva más amplia que la que es posible si sólo están haciendo EpS.<sup>22</sup>

En esta etapa se considera la calidad de vida, evaluando algunos de los problemas generales que preocupan a las personas que conforman la población de los pacientes, estudiantes, trabajadores o consumidores. Los tipos de

problemas sociales de una comunidad son buenos indicadores de su calidad de vida.

Los problemas sociales que tienen influencia sobre la calidad de vida pueden producir problemas de salud, estos representan cierto impacto en la calidad de vida, que se pueden modificar mediante intervenciones para mejorar y mantener la salud.

Con fines de planificación, se pueden generar dos tipos de indicadores de calidad de vida:

1.-Factores internos de la comunidad que se pueden expresar numéricamente, tales como: empleo, niveles de educación, niveles de ingreso, densidad de población, vivienda, etc.

2.-Niveles percibidos por los miembros de la comunidad o interpretación social subjetiva. Los datos para determinar este indicador se pueden obtener preguntando a los miembros de la población de estudio, cuáles consideran que son los principales obstáculos para mejorar la calidad de vida.

Los objetivos son:

a) Determinar los intereses subjetivos referentes a la calidad de vida en la población de estudio.

b) Verificar y aclarar estos intereses realizando el análisis de los indicadores sociales existentes y de la información disponible de los archivos periodísticos.

c) Documentar el estado de la comunidad de estudio en relación con aquellos intereses prioritarios.

d) Explicar los criterios de selección de los problemas prioritarios.

e) Utilizar la documentación y los criterios para justificar el mayor gasto de los recursos en EpS en los problemas sociales seleccionados.

f) Finalmente, utilizar la documentación y los criterios como bases para evaluar el programa en términos de costo-beneficio.<sup>22</sup>

## **ETAPA II DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO. EVALUACIÓN DE ETIOLOGIAS.**

En esta etapa se identifican los problemas de salud asociados con la calidad de vida. Los datos epidemiológicos muestran la incidencia, prevalencia y distribución de los problemas de salud relevantes y pueden sugerir la importancia de estos problemas en relación con la calidad de vida.

Estos datos complementados en la literatura teórica y científica sobre el curso natural y el origen de los problemas e información sobre las actividades de organismos comunitarios y locales ayudan a establecer las prioridades en la planificación.

La planificación completa de los problemas de salud y forma de manifestarse en la población de estudio son esenciales para establecer las prioridades. Se debe tomar en cuenta la identificación de los datos existentes sobre quiénes están más afectados ( edad, sexo, raza, residencia) , las formas en que están afectados (mortalidad, síntomas) y las vías más factibles de mejoría.

Al desarrollar objetivos programáticos se debe asegurar que:



a) Se pueda medir el progreso respecto al logro de los objetivos.

b) Los objetivos se basen en datos relevantes.

c) Existir armonía tanto de los temas como respecto a los niveles, se deben tratar varios aspectos de un problema de salud.

### **ETAPA III DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL: EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD**

Los problemas conductuales se refieren a las conductas que se presume ocasionan problemas de salud a las personas a quienes está dirigida la información educativa.

Después de identificar los problemas conductuales, se seleccionan las conductas en estudio y se formulan los objetivos para cambiar las conductas (objetivos conductuales).

Los problemas de salud tienen causas tanto conductuales como no conductuales. Las causas no conductuales son factores personales y ambientales que pueden contribuir a los problemas de salud pero que no están controlados por la conducta de la población de estudio. Estas causas incluyen predisposición genética, edad, sexo, enfermedad existente, clima, lugar de trabajo y de residencia.

***Paso 2: Desarrollar un inventario de conductas.***

Consiste en refinar la lista de factores conductuales:

- a) Identificar las conductas asociadas con la prevención del problema de salud expresadas en términos de acciones a tomar.
- b) Identificar en forma secuencial las conductas en relación con el tratamiento del problema de salud. Cada paso del "cumplimiento" de un método de prevención o tratamiento recomendados es una conducta.

***Paso 3: Clasificar las conductas de acuerdo con su importancia.***

Las conductas se deben considerar como muy importantes cuando:

1. Se demuestra su relación con el problema de salud mediante los datos disponibles.
2. Ocurren con frecuencia.

***Paso 4: Clasificar las conductas de acuerdo con su capacidad de cambio.***

Una conducta puede ser extremadamente importante para un problema de salud, pero tal vez no sea posible cambiarla mediante la Educación para la Salud. Se necesitan cambios en las condiciones ambientales para inspirar y mantener la conducta. Una conducta tiene un alto potencial de cambio cuando: l) recién se ha

establecido, 2) está ligada solo superficialmente a los patrones culturales o al estilo de vida, y 3) se la ha podido cambiar con éxito por medio de otros programas.

***Paso 5: Seleccionar metas conductuales.***

Los resultados de la clasificación de acuerdo con la importancia y la posibilidad de cambio de conductas se deben ordenar en una matriz de 2 x 2, como vemos a continuación:

*Matriz de conductas en salud*

	Importante	No (menos) importante
Cambiable	1.-Alta prioridad de focalización del programa.	3.-Baja prioridad excepto para demostrar cambio por propósitos políticos
No se puede cambiar (menos cambiable)	2.-Prioridad de un programa innovador: la evaluación es crucial.	4.-Sin problema.

La siguiente matriz muestra cómo se ubicarían las conductas identificadas.

	Importante	No (menos) importante
Cambiable	1.-Ninguna	3.-Ninguna
No se puede cambiar (menos cambiable)	2.-Tabaquismo Falta de ejercicio. Falta de relajación.	4.-Ninguna

La cantidad de conductas que se transformarán en metas del programa se deben seleccionar de acuerdo con los recursos disponibles.

***Paso-6: Formular- objetivos conductuales.***

Cada conducta (o conductas) seleccionada para ser meta del programa de Educación para la Salud debe estar expresada como un objetivo conductual. Cada objetivo tiene que responder a la pregunta: quién se espera que logre cuánto de qué conducta y para cuándo.

Un objetivo conductual debe establecer:

quién: las personas que se espera que cambien

qué: el cambio en la práctica de salud que se debe lograr

cuánto: el alcance de la condición que se debe lograr

cuándo: el tiempo en el cual se espera que ocurra el cambio.<sup>22</sup>

**ETAPAS 4 Y 5. DIAGNÓSTICO EDUCATIVO: EVALUACIÓN  
DE LAS CAUSAS DE LAS CONDUCTAS EN SALUD.**

Esta etapa está orientada a la identificación de las causas de las conductas seleccionadas como foco del programa de educación.

Los factores que intervienen en la conducta en la salud son de tres tipos: factores predisponentes, factores facilitadores y reforzadores. Cualquier conducta en salud se presentan en función de la influencia colectiva de los tres factores.<sup>21</sup>

En relación a este diagnóstico, únicamente se señalan sus principales características ya que en el Capítulo V se describe este diagnóstico ampliamente.

## **ETAPA 6. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS**

Una estrategia de Educación para la Salud es una combinación de métodos y técnicas que se pueden utilizar para influir sobre los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores.

Las estrategias educativas se pueden clasificar en tres grandes categorías:

1. *Métodos de comunicación:* incluyen conferencia debate, asesoría o instrucción individuales, medios masivos de comunicación, medios audiovisuales, televisión educativa y aprendizaje programado.

2. *Métodos de capacitación:* incluyen desarrollo de habilidades, simulaciones y juegos, debates en grupos pequeños, aprendizaje indagatoria, creación de modelos y modificación de conductas.

3. *Métodos organizacionales:* incluyen desarrollo comunitario, acción social, planificación social, y desarrollo organizacional.

Un axioma educativo establece que las personas aprenden en formas diferentes y que si se utiliza una gran variedad de métodos de enseñanza se aumenta el interés.<sup>22</sup>

En la selección final de estrategias es recomendable.

1. Seleccionar un mínimo de tres estrategias educativas para cualquier clase de Educación para la Salud, asegurando de que los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores reciban la debida atención.

2. En la mayoría de los programas de Educación para la Salud, una de las tres estrategias utilizadas deben ser los medios audiovisuales u otro medio de comunicación.

3- Cuanto más largo sea el programa de Educación para la Salud o más complejas las causas del problema conductual, mayor será la variedad de estrategias necesarias.

4. Las estrategias educativas que influyen sobre los factores predisponentes generalmente tendrán efectos solo de corto plazo; las estrategias que influyen sobre los factores reforzadores

tendrán efecto intermedio. Las estrategias que influyen sobre los tres tipos de factores tendrán el efecto más prolongado.

5. Las estrategias que influyen sobre los factores predisponentes son por lo general más simples y menos costosas que aquellas destinadas a influir sobre los factores reforzadores y especialmente los factores facilitadores.

## **ETAPA 7. DIAGNÓSTICO ADMINISTRATIVO: EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS ORGANIZACIONALES**

El propósito del diagnóstico administrativo es identificar factores administrativos y organizacionales que podrían facilitar o impedir la implementación exitosa de un programa de Educación para la Salud. La meta del diagnóstico es reducir al mínimo los factores que podrían evitar que un programa concebido correctamente logre un impacto completo y positivo.<sup>22</sup> Se deben considerar las realidades de la organización, de la comunidad y de la práctica profesional para minimizar los impactos negativos y maximizar los beneficios potenciales del programa.

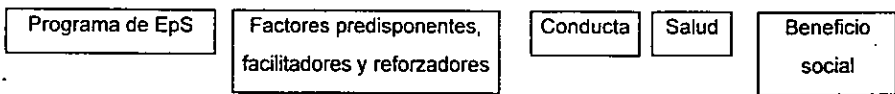
Los pasos del diagnóstico administrativo incluyen la evaluación de los recursos disponibles, la asignación explícita de estos recursos mediante un presupuesto y un cronograma, la determinación de las relaciones jerárquicas y de cooperación entre



el personal y los recursos humanos propios dentro del programa de EpS; entre la Educación para la Salud y el programa de salud general en el cual ésta se inserta; entre estos últimos y la organización o institución general que los auspicia; y entre todos éstos y el gran conjunto de organizaciones en la cual operan.<sup>22</sup>

## Evaluación

Existen tres niveles en los que se puede evaluar un programa de EpS: en términos de proceso, de impacto y de resultado (Connell, 1987).



Evaluación del proceso                      Evaluación del impacto.      Evaluación del resultado

Tres niveles de evaluación en relación con el marco del PRECEDE

1. *Evaluación del proceso*: consiste en establecer la apropiabilidad en la entrega de la educación para la salud. Se deben evaluar los métodos, materiales, habilidades profesionales en comunicación, y todos los aspectos administrativos del desarrollo del programa. Tanto en la educación de pacientes como de la comunidad, la evaluación del proceso no ha resultado eficiente ya que no ha sido posible asegurar cuáles son los patrones de aceptabilidad de la práctica educativa en ambos casos. En la educación escolar para la salud es posible evaluar la práctica

profesional ya que las prácticas de enseñanza en el aula están habitualmente sujetas a este tipo de evaluación.

2. *Evaluación del impacto:* es la evaluación de los cambios inmediatos en el conocimiento, actitudes y conducta que produce el programa. Algunas de las preguntas que se deben contestar para evaluar el impacto son: ¿se están alterando los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores?, ¿Se han cumplido las metas a corto plazo del programa?

3. *Evaluación del resultado:* los objetos de interés en este tipo de evaluación son la mortalidad y la morbilidad. La evaluación del resultado es una evaluación a largo plazo y requiere grandes muestras de población.

Actualmente, la evaluación del impacto es más necesaria que la evaluación del proceso o del resultado en la EpS de pacientes, escolares, trabajadores y comunitaria.

Después de analizar todos los datos y determinar el tratamiento clínico, se establece el siguiente objetivo para el programa de educación: el paciente será capaz de mantener un adecuado nivel de salud bucal, mostrando ausencia de caries coronaria y radicular, ausencia de enfermedad periodontal,

## CAPÍTULO V

### DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

Esta etapa está orientada a la identificación de las causas de las conductas seleccionadas como el foco del programa de educación. Los factores que causan la conducta en la salud son de tres tipos: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. Cualquier conducta en salud es una función de la influencia colectiva de los tres factores.<sup>21</sup>

A continuación se explicará en que consisten cada uno de estos factores:

#### *Factores predisponentes.*

Estos factores incluyen conocimiento, creencias, valores y actitudes. Se relacionan con la motivación de un individuo o grupo para actuar y se los puede considerar como las "preferencias personales" de un individuo o grupo. Estas preferencias pueden sustentar o inhibir las conductas en salud. Los factores predisponentes tales como la edad, el género, la condición socioeconómica y el tamaño de la familia y otras características demográficas, están fuera de la influencia directa de la Educación para la Salud.

El conocimiento sobre salud es necesario antes de que una persona tome la decisión de realizar una acción con respecto a la salud, pero probablemente la acción no ocurrirá a menos que la persona reciba un estímulo capaz de motivarla a realizar la acción.<sup>22</sup>

Una creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real

La Educación para la Salud puede proporcionar la clave para la acción si se han diagnosticado correctamente las creencias para la salud. El diagnóstico de creencia en la autoeficacia también es fundamental para planificar las intervenciones en EpS.

Los conflictos con los valores relacionados con la salud son muy comunes y representan uno de los dilemas y desafíos importantes en la Educación para la Salud.<sup>22</sup>. Las estrategias para enseñar la clarificación de valores son importantes para ayudar a las personas a resolver los conflictos con sus valores relacionados con la salud.

A menudo las actitudes se miden con una técnica denominada el diferencial semántico. Esta técnica requiere que

se responda a conceptos haciendo una marca en un continuo entre antónimos.

Aún no se comprenden totalmente las relaciones entre conducta y creencias, valores y actitudes, pero hay muchas pruebas de que existen, y se las debe diagnosticar para planificar intervenciones educativas en salud adecuadas.<sup>22</sup>

#### *Factores facilitadores*

Los factores facilitadores son las habilidades y recursos necesarios para realizar una acción. Los recursos incluyen instalaciones de atención de salud, personal, escuelas o cualquier recurso similar. Estos factores también incluyen el acceso a los recursos necesarios, por ejemplo costo, distancia, transporte disponible, horas abiertas para su uso, etcétera.

Los factores facilitadores deben ser evaluados ya que influyen en el logro de las metas conductuales y, por lo tanto, deben considerarse como componentes posibles del programa.

#### *Factores reforzadores.*

Los factores reforzadores son los que apoyan las conductas. Los refuerzos pueden ser positivos o negativos, de acuerdo con las actitudes de las personas. Los padres, y los

maestros proporcionan refuerzos a los niños y a los adolescentes, y son más importantes las madres que los padres en los niños pequeños, y los amigos más importantes que los padres para los adolescentes. Los medios de comunicación y especialmente la televisión pueden actuar como factores reforzadores.

El programa de Educación para la Salud debe considerar el máximo de retroalimentación de apoyo para los participantes durante el proceso de cambio conductual.<sup>22</sup>

*Selección y especificación de factores que determinan la conducta.*

En el proceso de diagnóstico educativo es necesario seleccionar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores que se deben modificar para originar la conducta en discusión. En este proceso hay tres pasos:

Pasos en el diagnóstico educativo

- 1) identificar y clasificar factores en tres categorías
- 2) establecer prioridades entre las categorías
- 3) establecer prioridades dentro de las categorías.

Los factores que se obtienen al final del proceso son la base para la formación de los objetivos de aprendizaje y, por lo tanto, dirigen la selección de métodos y materiales para implementar el programa.

*a) Identificar y clasificar conductas*

Para generar la lista de factores para cada conducta se pueden utilizar métodos formales e informales.

Algunos de los métodos formales son: buscar en la literatura para obtener información sobre actitudes culturales y sociales y sobre el impacto de factores específicos en la conducta en salud, y recoger y organizar información de individuos y organizaciones utilizando cuestionarios y listas de verificación.

Los métodos informales, como entrevistas, discusiones grupales informales, grupos focales, etc., que incluyan a los grupos de riesgo son esenciales para recoger información sobre las conductas, actitudes, creencias grupales y otras barreras potenciales para alcanzar los objetivos establecidos. Se deben utilizar los mismos métodos con el personal encargado de la prestación de servicios.



Con frecuencia los prestadores de atención de salud interpretan que la conducta indeseable surge de la ignorancia, la apatía y la pereza. El "culpar a la víctima" surge de la comunicación deficiente, la mala interpretación o la racionalización. Es muy probable que se deba culpar al sistema y no al paciente.

A veces es difícil diferenciar entre factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. El planificador debe hacer una lista de todos ellos de acuerdo con la categoría que considere más apropiada. Las tres categorías no son mutuamente excluyentes, por lo que se puede ubicar a un factor en más de una columna.

*b) Establece prioridades entre las categorías*

No es posible abordar al mismo tiempo todas las causas de un inventario completo de varias conductas. Es necesario tomar decisiones sobre qué factores se deben atacar primero y en qué orden. La base para establecer prioridades entre los factores es desarrollista; las personas tienen que estar conscientes de que existe un riesgo, luego creer en la inmediatez del riesgo y de sus implicaciones antes de desarrollar habilidades para reducirlo.

En ocasiones, se deben abordar primero los factores predisponentes; otras veces, primero se deben desarrollar los factores facilitadores, cuando éstos consideran la provisión de servicios de salud, y otras, ambos simultáneamente. Los factores reforzadores se deben incluir una vez que se hayan manifestado las conductas.

*c) Establece prioridades dentro de las categorías*

Los factores dentro de cada categoría se pueden seleccionar utilizando el criterio de importancia y capacidad de cambio. La importancia se puede estimar juzgando la prevalencia (qué difusión o frecuencia tiene el factor inmediatez, cuán apremiante, o urgente es el factor), y necesidad (si un resultado no se puede lograr sin ese factor, por ejemplo, conocimiento y algunas creencias).

Las pruebas de la capacidad de cambio se pueden obtener de los resultados de programas anteriores. Algunos autores declaran que las creencias son más fáciles de cambiar que las actitudes y que las actitudes son más fáciles de cambiar que los valores. La observabilidad también influye sobre la capacidad de cambio. Si el factor es deseable, se establece un clima para otro

y se refuerzan sus esfuerzos (considere el esfuerzo de no fumar en reuniones grupales).

El uso de los criterios de importancia y de capacidad de cambio permite la clasificación de las diversas causas de una conducta en salud por orden de prioridad, y por lo tanto, permite localizar el programa de Educación para la Salud donde será más eficaz para facilitar adaptaciones voluntarias de la conducta conducente a la salud.

#### Formulación de objetivos de aprendizaje

Los objetivos de aprendizaje se formulan de forma similar a los objetivos conductuales. Deben considerar *cuántos* del grupo blanco mostrarán o expresarán cierto conocimiento, actitud o habilidad (*qué*) y *cuándo*.<sup>22</sup>

## **CAPÍTULO VI**

### **ENCUESTA REALIZADA EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA . U.N.A.M.**

Se llevó a cabo en el mes de octubre tomando en cuenta a niños de 6 a 10 años de edad, basada en diez preguntas accesibles a la edad de los niños encuestados.

La encuesta se basó en una realizada en la Ciudad de la Habana-Cuba en 1994, la cual se le hicieron cambios y adaptaciones con la finalidad de que fuera apropiada a los niños mexicanos; primero se obtuvo un análisis de la situación actual de la población de niños -preescolares que asisten a la Clínica de Odontopediatría, en donde se pudo observar que la demanda en cuanto a la atención bucodental es muy elevada. La mayoría de los niños que asisten a la clínica presentan problemas de caries, enfermedad periodontal resultando la caries por alimentación infantil principalmente.

Después se procedió a realizar un diagnóstico educativo con la finalidad de obtener información básica de los conocimientos en cuanto a los factores cognoscitivos y conductuales que inciden o agravan un problema de salud. Este diagnóstico se

apoya en la encuesta mencionada considerandose como población de estudio a niños de 6 a 10 años de edad, que asisten a solicitar servicio a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología los cuales se supone ya deben tener conocimientos básicos con respecto a su salud bucodental así como las causas que provocan las enfermedad dentales y algunas medidas preventivas como lo es el flúor específicamente, considerando los programas educativos de la Secretaría de Educación Pública.

Es indispensable señalar las categorías que se emplearon en el diseño de la encuesta, así como el criterio señalado para cada una de las categorías.

CATEGORIAS	CRITERIOS.
MUY BUENA	PLENO CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PREVENCIÓN ASÍ COMO INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES DE SALUD BUCAL.
BUENA.	ALGUNOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN ASÍ COMO ALGUNA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES
REGULAR	INFORMACIÓN BÁSICA ACERCA DE LA PREVENCIÓN ASÍ COMO ALGUNA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES.
MALA	ESCALA INFORMACIÓN ACERCA DE LA PREVENCIÓN ASÍ ALGUNA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES.
MUY MALA	DESCONOCIE TOTALMENTE LA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN ASÍ COMO ALGUNA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES.

## **RESULTADOS**

Se encuestaron a 50 niños entre 6 y 10 años de edad de los cuales 28 fueron mujeres y 22 hombres.

### **En relación a las niñas.**

De 5 niñas de seis años de edad, el 80 % de ellas respondieron saber escasamente acerca de la prevención, y conocimientos básicos de la salud bucodental (mala) , y el 20 % lo desconoce totalmente (muy mala).

De 10 niñas de siete años de edad el 70 % señaló saber escasamente acerca de la prevención y conocimientos básicos de salud bucodental (mala), el 20 % tiene información básica (regular) y el 10 % desconoce totalmente acerca de su salud bucodental (muy mala).

En 5 niñas de ocho años de edad el 40 % manifestó tener información básica (regular), el 40 % reportó saber escasamente acerca de la prevención y conocimientos básicos de salud bucodental y el 20 % los desconoce totalmente (muy mala).

De 3 niñas de nueve años de edad el 66.6 % tiene información básica (regular) y el 33.4 % desconoce totalmente acerca de su salud bucodental (muy mala).

De 5 niñas de diez años de edad el 60 % reportó tener información básica (regular) y el 40 % tiene información escasa de la prevención y conocimientos de salud bucodental (mala).

De la población total de niñas que fue de 28, el 5.7 % manifestó saber escasamente acerca de la prevención y conocimientos básicos de salud bucodental, el 32.14 % tiene información básica y el 10.7 % desconoce acerca de la prevención y conocimientos elementales sobre salud bucodental.

### **EN RELACIÓN A LOS NIÑOS.**

De 5 niños de seis años de edad el 50 % tiene información escasa acerca de la prevención y salud bucodental (mala) y el 50 % desconoce totalmente acerca de su salud bucodental (muy mala).

Dos niños de 7 años de edad manifestaron tener escasa información acerca de la prevención y conocimientos de salud bucodental (mala).

De 3 niños de ocho años de edad el 66.6 % señaló tener escasa información acerca de su salud bucodental (mala) y el 33.4 % acerca de su salud (regular).

De 5 niños de nueve años de edad el 40 % tiene información básica (regular) , el 40 % desconoce totalmente acerca de su salud (muy mala) y el 20 % manifestó información escasa (mala).

De 7 niños de diez años de edad el 40 % presenta información básica (regular) y el 40 % reportó escasa información ( mala) y el 20 %desconoce total mente acerca de su salud bucodental.

Del total de la población de los niños, que fue de 22, el 54.54 % presento escasa información acerca de la prevención y conocimientos básicos se observo que tiene información básica y el 18.18 % carece totalmente de información sobre se salud.

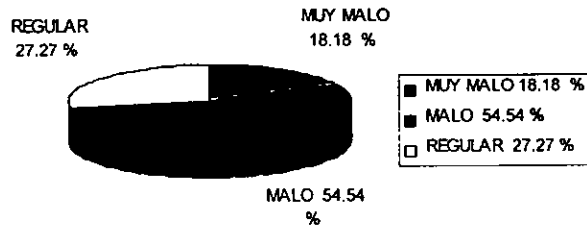
### CORRELACIÓN ENTRE NIÑOS Y NIÑAS.

EDAD	SEXO	MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
6	F-M	2	8	0	0	0
7	F-M	1	9	2	0	0
8	F-M	1	4	3	0	0
9	F-M	2	2	4	0	0
10	F-M	1	5	6	0	0

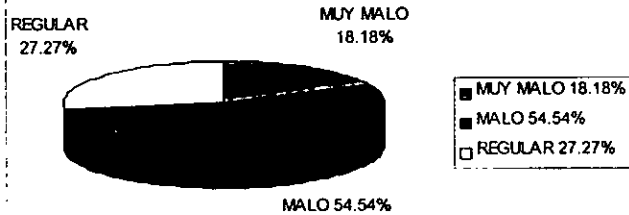


# G R A F I C A S

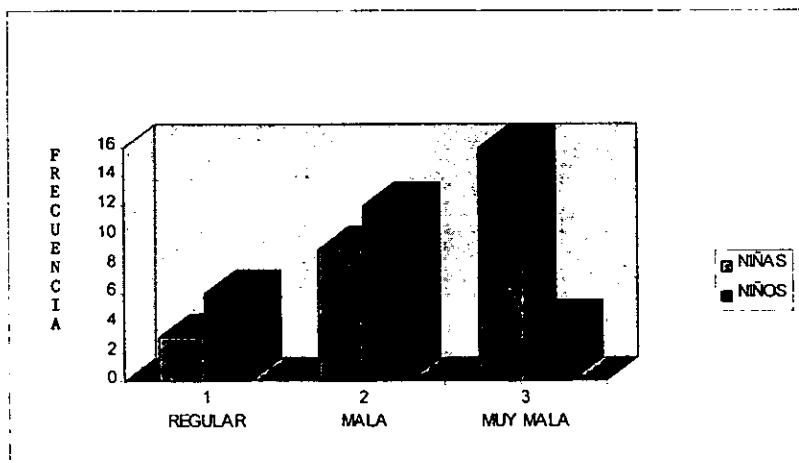
**RESULTADO DE ENCUESTA REALIZADA A  
PACIENTES DEL SEXO FEMENINO.**



**ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DE SEXO  
MASCULINO.**



## CORRELACION ENTRE NIÑOS Y NIÑAS



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

La prevalencia de caries en niños preescolares es y ha sido un tema de mucha controversia, ya que el índice de caries es muy alto en esta población, sin embargo la información que se le ha dado a los niños hasta la fecha, no ha sido la adecuada para crear un cambio de actitud y como consecuencia la población infantil no adopta conductas que favorezcan su salud bucodental.

Como se observa en este trabajo un elevado número de niños no tiene ningún conocimiento en relación a los cuidados que debe tener para conservar su salud, y un número reducido de niños tiene información muy superficial en relación a las conductas que debe adquirir para conservar su salud.

Por consiguiente sería recomendable sugerir que a través de los libros de texto gratuitos que edita la Secretaría de Educación Pública se reforzara información en salud bucodental de primero a sexto año de primaria, haciendo énfasis en la Educación para la Salud para crear una actitud en los niños que los motive hacia un cambio favorable.

Estos cambios de actitud tienen que ser reforzados por los padres de familia, es por este motivo que deberán planearse programas de salud dirigidos a esta población.

Por lo anteriormente señalado es de vital importancia que el Cirujano Dentista se tomara en cuenta a la Educación para la Salud como una estrategia preventiva del cambio conductual hacia actitudes que apoyen a la salud, si se da comienzo con la niñez, seguramente tendremos un futuro con una menor prevalencia de caries, acercándonos cada día más a obtener "salud para todos en el año 2000."

## ANEXO 1

### ENCUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. DATOS GENERALES

Sexo :  
Edad:

Fecha:  
Año escolar:

#### CUESTIONARIO

1.-¿Para qué son importantes los dientes ? (Valor 10 puntos ).

- a) para masticar 7.....
- b) para hablar. 1.....
- c) por estética. 1.....
- d) otra respuesta. 1.....
- e) no sabe. 0.....
- f) no responde. 0.....

EVALUACION.....

2.-¿De qué se pueden enfermar los dientes? ( Valor 10 puntos).

- a) caries. 7.....
- b) periodontopatías 1.....
- c) maloclusiones. 1.....
- d) fracturas. 1.....
- e) otra respuesta. 0.....
- f) no sabe. 0.....
- g) no responde. 0.....

EVALUACION:.....

3 ¿Cómo sabes cuando un diente tiene caries?. ( Valor 10 puntos)

- a) por visitas al dentista. 5.....
- b) cuando hay dolor. 2.....
- c) cuando hay mal olor-. 1.....
- d) cuando hay mal sabor 1.....
- e) observación. 1.....
- f) otra respuesta. 1.....
- g) no sabe. 0.....
- h) no responde. 0.....

EVALUACION.....

4.-¿Cómo sabes si está enferma tu encía? (Valor 10 puntos).

- a) al visitar al dentista. 5.....
- b) porque sangra. 2.....
- c) porque esta inflamada. 1.....
- d) porque hay dolor. 1.....
- e) porque hay supuración. 1.....
- f) otra respuesta. 0.....
- g) no sabe. 0.....
- h) no responde. 0.....

EVALUACION.....

5.-¿Crees que cuando está enferma la boca las demás partes de tu cuerpo se pueden enfermar? (Valor 10 puntos).

- Si (pasar a la pregunta 6 ). 10.....
- No (pasar a la pregunta 7 ). 0.....

EVALUACIÓN:.....

6.-Por qué.

- a) afecta la salud del organismo en general. 5.....
- b) se afecta tu estómago. 1.....
- c) se afecta el corazón. 1.....
- d) se afecta la garganta. 1.....
- e) se afectan la articulaciones. 1.....
- f) otra respuesta. 0.....
- g) no sabe. 0.....
- h) no responde. 0.....

EVALUACION.....

7.-¿Cuándo te cepillas los dientes? ( Valor 15 puntos ).

- a) al levantarse. 1.....
- b) después del desayuno. 3.....
- c) después del almuerzo..... 3.....
- d) después de la comida. 3.....
- e) antes de acostarse. 5.....
- f) otra respuesta. 0.....
- g) no responde. 0.....

EVALUACION.....

8.-¿Sabes qué es el flúor? ( Valor 5 puntos ).

- a) un elemento. 1.....
- b) un enjuage. 2.....
- c) algo que se le adiciona a la pasta. 1.....
- d) una gelatina. 1.....
- e) otra respuesta. 0.....
- f) no sabe. 0.....
- g) no responde. 0.....

EVALUACION.....

9.-¿Para qué sirve? ( Valor 5 puntos ).

- a) para evitar caries. 5.....
- b) otra respuesta. 0.....
- c) no sabe. 0.....
- d) no responde. 0.....

EVALUACION.....

10.-¿Qué hacen las golosinas en los dientes? ( Valor 15 puntos ).

- a) favorece la formación de caries. 9.....
- b) son buenos. 4.....
- c) no tienen influencia alguna. 1.....
- d) otra respuesta. 1.....
- e) no sabe. 0.....
- f) no responde. 0.....

EVALUACION.....

## ANEXO 2

### **Instructivo para la realización de la encuesta de Educación para la Salud.**

- 1.- Se formularán las preguntas como se encuentran redactadas en el cuestionario, si la persona no entiende se le leerá la pregunta tantas veces sea necesario, pero no se le harán modificaciones ni aclaraciones adicionales.
- 2.- No se leerán al entrevistado las alternativas de respuestas para no sugerir lo que debe responder.
- 3.- En ningún caso el encuestador dejará entrever su opinión, ni mediante el lenguaje hablado ni por su conducta extraverbal.
- 4.- Cuando la respuesta no se ajuste a las posibilidades planteadas se marcará con una cruz en " otra respuesta".
- 5.- Si después de contestada la pregunta es necesario hacer un cambio en la respuesta y no se puede borrar la cruz, táchela y ponga al lado que fue marcada incorrectamente.
- 6.-Todas las preguntas deben tener respuestas, estimulando a contestar a los que cooperan, y teniendo en cuenta lo señalado en el punto 4.
- 7.- Cuando el encuestado dé la respuesta a la pregunta que se le formula se marcará con una cruz en la casilla correspondiente.
- 8.- La clasificación se considerará a partir del número de puntos que obtiene el encuestado y que lo permite ubicar en uno de los grupos siguientes:

Muy buena: obtiene de 100 a 81 puntos.

Buena: obtiene de 80 a 61 puntos.

Regular: obtiene de 60 a 41 puntos.

Mala: obtiene de 40 a 21 puntos.

Muy mala: obtiene de 20 a 0 puntos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Luna R., Atención primaria de salud, La Educación para la Salud O:P:S, México: 1987.
- 2.-Irigoyen-Camacho M:E, Caries dental en escolares del D.F, Salud pública de México, marzo-abril de 1997, vol 39, no 2, p.133-136.
- 3.-Irigoyen-Camacho M:E,et al. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco, México:1984-1992, Salud Pública de México sept-oct de 1995, vol 37, no 5, p. 430-436.
- 4.-Alvarez Rafael,Salud pública y médica preventiva, segunda edición, edit. El Manual Moderno, México 1991.
- 5.-Vargas, Domínguez Armando, Educación para la Salud, primera edición, edit. Interamericana Mc Graw-Hill, México1993.
- 6.-Hernán San Martín, Salud y Enfermedad, cuarta edición, edit. La prensa mexicana S.A, México 1981.
- 7.-Sánchez, Moreno Antonio, La actitud participativa en salud, primera edición, edit. Secretaía de Publicaciones, Universidad de Murcia 1994.
- 8.-Sonis, Abraam, Medicina sanitaria y administración de salud, segunda edición , edit. El ateneo, Buenos Aires-Argentina 1976.



- 9.-Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, segunda edición, edit. Méndez Cervantes, México 1991.
- 10.-Plan Nacional de Salud México , Secretaría de Salud 1990-1991.
- 11.-Alvarez, Alva Rafael, Educación para la Salud, primera edición, edit. El Manual Moderno, México 1995.
- 12.-Vargas, Domínguez Armando, Educación para la Salud, primera edición, edit. Interamericana MacGraw-Hill, México 1993.
- 13.-Lluis, Serra Majem et al. Nutrición y Salud Pública, primera edición, edit. Masson S.A, Barcelona 1995.
- 14.-Piedrola, Gil et al, Medicación Preventiva y Salud Pública, novena edición, edit. Masson-Salvat Medina, Barcelona-España 1991.
- 15.-Gernez-Rieux Ch y Gervois M, Medicina Preventiva y Salud Pública, primera edición, edit. Limusa, México 1989.
- 16.-CEE Turner A.A edit. MrSc, Dr PH, Higiéne del Individuo de la comunidad, segunda edición, edit. Ediciones Científicas. La prensa mexicana S.A, México 1987.
- 17.-Hernan San Martín, Manual de Salud y Medicina Preventiva, segunda edición, edit. Masson S.A, España 1989.
- 18.-Barnes, David, Recursos Humanos en Odontología; el reto por venir, Salud Pública de México, vol. 39, no. 3, mayo-junio de 1997.

- 19.-Maupomé, Gerardo, et al. La Educación en un momento crítico. Consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte, Salud Pública de México, vol.39, no. 6, noviembre-diciembre de 1997.
- 21.-Maupomé Gerardo, Diez de Bonilla Javier, La Disyuntiva en la Formación de Recursos Humanos en Odontología en México., Edu.Med.Salud, vol.29, no.29, 1995.
- 22.-Walter H. Greene ,Educación para la Salud, Edit. Interamericana McGraw Hill, primera edición, México 1989.
- 23.-O.P.S, La Odontología Infantil, edit. O.P.S, México 1987.
- 24.-Arroyo Hiram,Cerqueira M.T, La promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina,Salud Pública de Mexico, vol. 40, no.3, mayo-junio de 1998.