



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL
APLICADO A ALUMNOS QUE CURSAN EN LA
ESCUELA JARDÍN DE NIÑOS REFORMA EDUCATIVA.

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:

KARINA ERENDIRA CASTAÑEDA ROMO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



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.



Dedico la culminación de ésta meta:

A DIOS, por enseñarme el camino y permitirme llegar hasta aquí sana, feliz y completa, porque hoy comprendo que su tiempo es perfecto y que GRACIAS a cada persona que ha puesto en mi vida, y cada experiencia buena o mala me han hecho más responsable, agradecida, humana, fuerte y sabia.

A José Luis y Guillermina, a ti papá por apoyarme en mi carrera, sin eso jamás hubiese llegado hasta aquí, fuiste un pilar importante y sé que deseas lo mejor para mí siempre. A ti mamá porque eres una madre excelente además de mi mejor amiga, por tu incondicionalidad, sacrificios y paciencia, por siempre estar ahí cuando te necesito, sobre todo para terminar esta meta, eres mi paciente número uno y mi cómplice, jamás lo olvidaré. GRACIAS a ambos por estar conmigo y por amarme, también LOS AMO MUCHISIMO.

A mis hermanos Fernando e Itzel, porque cada día nos hacemos más unidos y sé que eso hará que podamos confrontar muchos más retos juntos. Por acompañarme cada día de mi vida, por las vivencias, por su amor y buenos deseos. LOS AMO y declaro que las recompensas que Dios nos tenga destinadas llegaran de manera perfecta y en el momento perfecto.

A mis tíos y primos que apoyaron en mi formación hasta hoy, por depositarme su confianza y su paciencia, porque cuando he necesitado de ustedes están ahí para apoyarme. GRACIAS, esto se los debo a ustedes. LOS QUIERO MUCHO y recuerden que también pueden contar conmigo.

A mi otro yo, Luis Lara, te AGRADEZCO tanto!!, comenzando por tu gran amistad que sabes que desde el principio fue y es diferente a las demás, por todas las cosas que haces por mí, desde los recibos de operatoria (jamás lo olvidaré), las rx, los pacientes, hasta hoy con mi titulación y todo lo que ésta conlleva. GRACIAS, por ayudarme y ser mi fuerza, por no dejarme caer, por creer en mí, por tu apoyo, por esos buenos momentos que vivimos y viviremos y por amarme... TE AMO pprki...

No quiero pasar por alto un AGRADECIMIENTO a la familia Lara Rodríguez, por adoptarme como una más de ustedes, por darme la oportunidad de conocerlos y por brindarme su apoyo en todo momento... LOS QUIERO

A mis amigas Karina, Nancy, Silvia, Diana y todas las personas que tuve oportunidad de conocer durante mi trayecto, por su amistad, por todo lo que vivimos en la facultad, por las risas, los apodosos jaja, los consejos, su confianza, por hacer mi vida más feliz. L@s QUIERO MUCHISIMO.

GRACIAS a la Universidad Nacional Autónoma de México, a sus profesores que contribuyeron a mi formación como Cirujana Dentista, principalmente a la C.D. María Elena Nieto Cruz que me brindó sus conocimientos, su amistad y su tiempo, gracias por ayudarme a cumplir esta meta tan importante en mi vida.

“Nunca dejes que nadie te diga que no puedes hacer algo. Si tienes un sueño, debes protegerlo, si quieres algo, ve tras ello, PUNTO!”
Will Smith (The Pursuit of Happiness)



ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN -----	5
1 ANTECEDENTES -----	7
1.1 Salud pública-----	7
1.2 Salud pública en México-----	17
1.2.1 Salud oral en México-----	31
1.3 Educación para la salud-----	39
1.3.1 Educación para la salud en México.-----	44
1.4 Promoción de la Salud-----	46
2. PROGRAMAS DE SALUD ORAL -----	52
3. EDAD PREESCOLAR -----	54
3.1 Cambios físicos-----	55
3.2 Cambios cognitivos-----	57
3.3 Cambios psicosociales-----	59
3.4 Cambios orales-----	61
4. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS -----	61
4.1 CPO-D-----	62
4.2 Ceo-----	63
5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL APLICADO A ALUMNOS QUE CURSAN EN LA ESCUELA JARDÍN DE NIÑOS REFORMA EDUCATIVA. -----	64
5.1 Planteamiento del problema-----	64
5.2 Justificación-----	65
5.3 Objetivos-----	66
5.3.1 Objetivo general-----	66
5.3.2 Objetivos específicos-----	66
5.4 Contenido temático-----	66
5.5 Metas-----	67
5.6 Estrategias-----	67



5.7 Límites del Programa	68
5.7.1 De espacio	68
5.7.2 De tiempo	68
5.8 Actividades	68
5.8.1 Cronograma de actividades	70
5.9 Recursos	71
5.9.1 Recursos humanos	71
5.9.2 Recursos materiales	71
5.9.3 Recursos físicos	71
5.9.4 Recursos financieros	72
6. RESULTADOS	75
6.1 Evaluación del Programa	82
7. CONCLUSIONES	83
8. BIBLIOGRAFÍA	85
9. ANEXOS	89



INTRODUCCIÓN

En México las enfermedades orales de mayor incidencia son la caries dental y la enfermedad periodontal, de las cuales ya se tienen estudios y se sabe que son enfermedades prevenibles, el problema es que a pesar de esto las personas no tienen la información correcta, ya sea debido a mitos, creencias o ambiente, es decir, su estilo de vida, debido a esta faltante, es difícil que se pueda reducir el número de personas afectadas, al contrario se incrementa ya que los hábitos en cuanto a educación para la salud cada vez se ven como los menos importantes, y se atienden cuando ya es urgente curar o restaurar.

La salud oral siendo parte y al estar conectada con el cuerpo humano, cualquier afección que ésta padezca repercutirá en el estado general de salud del paciente, si se ve de esta manera, la promoción de la salud oral comienza desde la etapa intrauterina de un ser humano hasta la etapa de ancianidad.

El cirujano dentista en un importante promotor de la salud, debido a que puede ponerla en práctica en el consultorio dental o en la comunidad a través de los programas de salud, los cuales son una herramienta para educar a la población a comprender la importancia de la prevención, además de modificar hábitos de conducta con la finalidad de incrementar la calidad de vida de una persona y de ahí una familia completa, una comunidad, un país y el mundo creando una tendencia hacia la salud oral.



En la edad preescolar, el niño hará lo que observa que hacen en casa, está aprendiendo y para él eso es lo correcto, por eso es importante dar la información tanto al niño como a los padres y explicar las diferentes medidas preventivas que existen para el cuidado oral, de esta forma se pueden detener procesos cariosos o prevenirlos y formar hábitos positivos que durarán toda su vida.

En el presente trabajo se reporta un programa de salud oral que se llevó a cabo en el jardín de niños con el propósito de mejorar la salud de los preescolares.



1 ANTECEDENTES

1.1 Salud pública

Antes de hablar de salud pública se debe conocer perfectamente la definición de salud, que según Leavell y Clark en 1958 la define como “es un estado de relativo equilibrio entre la forma y función 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 aquel, procurando su adaptación”.¹

La salud también se refiere al estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad. Por lo tanto la enfermedad sería la falta de adaptación o un desequilibrio. Hoy en día está visto que la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad.²

A lo largo de la historia, la salud pública ha pasado por diversos cambios, las responsabilidades del sector sanitario han ido variando y renovándose de acuerdo con los cambios conceptuales y socio-políticos; es decir, desde solo responsabilizarse de aquellos que se preocupaban por su salud, pasó a responsabilizarse de toda la población, tengan o no conciencia de la importancia de su salud. Además de hacerse cargo de curar algún problema de salud coordinando lo social con lo clínico.²

Etapas primitivas

En la antigüedad se creía que la enfermedad provenía de un castigo divino, así que las personas acudían al Shaman y/o hechicero-sacerdote, quienes trataban de aplacar y exorcizar las fuerzas sobrenaturales y naturales para



recuperar la salud o evitar la enfermedad. En la actualidad este pensamiento se observa todavía en pueblos de África, Asia, Australia y América con los llamados brujos o curanderos a quienes mucha gente visita con la finalidad de curarse, portar amuletos, consuelo y esperanza o adivinación de sucesos futuros.¹

Alcmeon de Crotona (actual Italia) en el siglo VI antes de nuestra era ya mencionaba vapores envenenados, que flotaban en el aire alrededor de los enfermos y causaban ciertas enfermedades.³

En Grecia, la diosa de la salud *Hygeia* (siglo IV a.n.e) hija de Asclepios, el legendario de la medicina, a la que se le solicitaba, con oraciones y sacrificios, conseguir y mantener la salud. En la civilización helénica, el cuidado del cuerpo era el principal cometido de la prevención y los sacerdotes de aquel dios cuidaban de la salud del pueblo.

Los antiguos pueblos de Egipto y Mesopotamia cambiaron el concepto mágico-religioso que caracterizaba a la medicina, ya que utilizaban drogas terapéuticas que aún se emplean, incluso desarrollaron la higiene tanto personal como pública.¹

En la antigua civilización hebrea, se acentuaron las prácticas higiénicas incluyéndolas en la *Ley Mosaica*. Éste levítico fue el primer código de higiene escrito hacia el año 1500 aC en el que figuraba no solo la limpieza del cuerpo, la protección del agua y de los alimentos y la eliminación de las materias fecales, sino también, la higiene de la maternidad y el aislamiento de los leprosos.³

Etapa clinicoindividualista

Esta etapa es caracterizada porque todo esfuerzo se dedicaba al estudio de los cuadros clínicos, los signos y síntomas que aparecían en cada proceso o enfermedad y a caracterizarlos, tratar de diferenciar uno del otro y definir a



cuál enfermedad correspondían. Los médicos de la época pretendían identificar las enfermedades en forma individual y la prevención de las enfermedades era totalmente empírica. Uno de ellos fue Hipócrates (460-335 a.n.e) del templo de Cos, el que dio base científica a la higiene, como se estudia en su famoso tratado *De los aires, las aguas y los lugares*, en el que al considerar las enfermedades como fenómenos naturales dentro de un contexto ideológico, adopta una actitud racional y científica.³

Los romanos realizaron varias obras para el saneamiento del medio como la construcción de acueductos (cloaca máxima), termas y disposiciones residuales para el alejamiento de los desechos; aunque éstos sólo se dirigían a grupos seleccionados tales como soldados, atletas, poderosos, etc. Al igual que los Egipcios y Persas, los Romanos tenían excelentes condiciones sanitarias, principios de higiene personal y de salud pública.^{1,3}

Etapa de las grandes epidemias

La Edad Media (476-1492) se caracterizó por el incremento de las comunicaciones, el comercio, las guerras, las cruzadas, las inversiones y la proliferación de las ciudades. Debido al inicio del régimen feudal, el interés médico se centró principalmente en las afectaciones de grandes grupos humanos, ante el nacimiento de pavorosas epidemias que asolaron Asia y Europa y que se propagaban fundamentalmente siguiendo las rutas de comercio de esa época. Algunas de las epidemias descritas son: peste bubónica, viruela, fiebre amarilla, lepra, malaria y tifus exantemático, entre otras.³

Durante este período también Fracastoro, en 1546, considera las causas de la enfermedad, señalando que, la difusión de las pestes a través de las poblaciones no dependía de las condiciones atmosféricas, sino del contagio de unas personas a otras por medio de los agentes y siguiendo tres mecanismos distintos: por contacto directo o mediante la infección a



distancia, ya que cada enfermedad tendría un germen específico o una sustancia responsable de su difusión; consideraba que para prevenir la enfermedad se debería detener la difusión del germen y para tratarla eliminar dicho germen del organismo.³

En 1492 los pueblos de América eran extraordinariamente limpios y habían realizado grandes avances de salud pública; disponían de sistemas de drenaje que permitían una adecuada disposición de excretas; la basura se recolectaba y quemaba fuera de los límites de las ciudades, había también letrinas públicas en cada calle que permitían cierta privacidad personal. Los aztecas empleaban plantas medicinales, narcóticos, compuestos para inducir abortos, purgantes y antidiarreicos.¹

Etapas etiologicounicista

Esta etapa comienza en el siglo XVI con la búsqueda del agente causal de las enfermedades, y concluye a fines del siglo XIX con el descubrimiento, aislamiento y cultivo de las primeras bacterias específicas de variadas enfermedades transmisibles.³

Algunos personajes sobresalientes en esta etapa son:

Paracelso (1493-1541), quien descubrió el mal venéreo, publicó un libro sobre la epidemia de peste y se opuso a todos los conocimientos anteriores.³

Sydenham (1624-1698), llamado por muchos el Padre de la Epidemiología, de quien puede decirse que marcó el inicio de una nueva tendencia en el pensamiento epidemiológico, relacionó la enfermedad con el medio físico y las estaciones del año. Además, fue uno de los pioneros en la identificación de las enfermedades infecciosas que emergieron como individuales.³



A. *Van Leeuwenhoeck* (1632-1723), naturalista, se le debe la invención del microscopio y las primeras visiones del hasta entonces invisible mundo de los microorganismos.³

En el siglo XVIII, aparece una de las contribuciones más grandes para la salud pública: Eduardo Jenner introduce la vacuna antivariólica en 1796. La erradicación de este mal en el mundo fue en 1997, siendo un gran triunfo sanitario.¹

Entre 1880 y 1890 se descubre a las bacterias como agentes específicos de las enfermedades infecciosas por el gran químico y biólogo francés Luis Pasteur. Este descubrimiento permitió un gran progreso en los conocimientos en la epidemiología de las enfermedades transmisibles y permitió el avance en las inmunizaciones y, por tanto, la prevención individual. Más adelante el médico alemán Koch y sus discípulos continuaron las investigaciones de Pasteur.^{1,4}

Con la entrada del capitalismo los principales problemas fueron gracias a la industrialización de las zonas más desarrolladas y del cambio de sociedades rurales, en donde los factores de riesgo incluyen las condiciones de vida y de trabajo, costumbres, hábitos, malnutrición, falta de higiene y la forma de vida de las familias.⁴ Ello trajo aparejadas formas nuevas de evolución de algunas enfermedades que cambiaron sus patrones epidemiológicos y se volvieron más agresivos.³

Los factores clave para la salud pública, vinieron de la mejora de las condiciones de vida y del saneamiento de las aguas de acceso público.⁴

Etapas ecológicomulticausal

Hubo desarrollo, aportes y se cuestionaban teorías existentes. Se investiga sobre el proceso salud-enfermedad el cual resulta muy complejo e intrincado, que se produce entre el hombre y los elementos del ambiente, en el cual



actúan unos como causa determinante y otros como condiciones y en dependencia de la base socioeconómica.³

Se crea la oficina internacional de salud pública, la oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller, que apoyaron y siguen apoyando trabajos de salud pública y medicina preventiva en todo el mundo. Gracias a estos logros Osler llamó al periodo comprendido entre 1850 y la mitad del siglo XX, la “edad de oro de la medicina preventiva”.¹

En 1917 se estableció en Rusia el seguro social obligatorio, donde el Estado controla todo lo relativo a educación y atención de la salud.¹

En 1945 después de la segunda guerra mundial, se reúnen diplomáticos de algunos países para crear las Naciones Unidas y uno de los asuntos que abordaron fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. Posteriormente se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuya constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948 (día mundial de la salud)⁵ y que junto con su filial en América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), promueve programas de salud enfocados a los problemas que aquejan a la región.¹

En el siglo pasado hubieron grandes descubrimientos, como el de las penicilinas por Alexander Fleming, el desarrollo industrial de los antibióticos y el microscopio electrónico en 1931.¹

En los años 30s y 40s se crean los Institutos del Seguro Social en México, que dentro de sus prestaciones médicas incluyen la aplicación de medidas preventivas a través de amplias campañas de educación, de vacunación y de detección, que ayudan a mejorar la salud de grandes núcleos de población.¹

En el año de 1974 apareció el Informe de Lalonde, que plantea las limitaciones del enfoque biomédico en el control de enfermedades más



prevalentes en los países desarrollados. Dicho documento señala que, en cuanto a las enfermedades crónicas, los principales factores etiológicos se relacionan, sobretodo, con los estilos de vida y el medio ambiente, este cambio de idea planteado en dicho informe dio paso a la llamada “nueva salud pública” la cual se consolidó como nueva doctrina, donde influyen los factores socioeconómicos para marcar la desigualdad en la salud de los diversos países.⁴

El informe Lalonde enfatiza la importancia de los estilos de vida como un determinante de la salud, es decir que cada individuo debería de comprender que mediante sus acciones personales y la educación sanitaria, podrían ayudar a vivir más y mejor.⁴

Posteriormente surgieron más informes como el Informe Black (1980), que indican que la mayor y más importante determinante de la salud y de su desigualdad en la sociedad son las privaciones sociales y económicas.⁴ Dicho informe fue de gran ayuda en los años 80s y 90s ya que llevó a un tener un mayor interés por la protección al consumidor, a través de las campañas de higiene del alimento y de otros productos del consumo.⁵

Actualmente se observa que las intervenciones de mayor eficacia para la mejora de la salud pública han sido las de prevención, como aumentos en la producción agrícola, las mejoras en la nutrición, programas y campañas de salud, las cuales para llevarse a cabo deben contemplarse más bajo un enfoque social que bajo un individuo, debido a que la salud de una población es algo más que los niveles de salud de los individuos que la componen.⁴

Las preocupaciones sociales del siglo XXI se enfocan en el consumo de tipo intelectual, como la violencia en los medios de información y difusión (prensa y cine) que ha generado demandas de intervención para mejorar la salud mental de la población, además de tratar de implementar nuevos hábitos en las personas a fin de mejorar el estilo de vida y disminuir la mortalidad.⁵



Definición

La salud pública es la ciencia y práctica de prevenir enfermedades, así como de promover y mejorar la calidad de vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad, usando las técnicas de prevención de la enfermedad y de protección y promoción de la salud. Su campo de actuación es la sociedad en su conjunto, desde la población hasta el individuo.^{6,7}

Winslow señala que para prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, se necesita el esfuerzo de la población y con ello se logrará: el saneamiento del medio, el control de los padecimientos, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería (para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades), así como el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.¹

Funciones de la salud pública

Actualmente el trabajo de salud pública se centra en las siguientes actividades:

- ☆ Estudio de enfermedades como fenómenos colectivos.
- ☆ Estimación de riesgos de padecer una enfermedad o morir en diversos grupos.
- ☆ Garantizar la conservación de la salud por medio de intervenciones provenientes del estado.⁷

La salud pública se fundamenta en el respeto a los derechos humanos y en la búsqueda de una justicia social efectiva como garantía del mejor bienestar colectivo.⁶ Esta disciplina requiere fundamentalmente una relación con las



ciencias de la salud y en especial con la medicina, aunque también está vinculada con las ciencias sociales en particular con la filosofía, ciencias biológicas, psicológicas, matemáticas, económicas, administrativas, políticas y jurídicas.³ Por ejemplo:

- ☆ Epidemiología: Facilita el entendimiento de la extensión, etiología e historia natural de la enfermedad además de promover el desarrollo de habilidades críticas que ayudaran a los odontólogos a tomar decisiones clínicas más efectivas de aplicar.⁷
- ☆ Prevención y promoción en la salud: Ayuda a promover los mejores hábitos de salud (actividad física, dieta, nutrición, etc.), ya que identifica oportunidades de intervenir efectivamente alguna enfermedad de acuerdo a factores sociales, políticos económicos y ambientales que influyen en su prevención.⁷
- ☆ Planificación y manejo de los sistemas de salud: Para entender las circunstancias sociales y políticas que pueden modificar los sistemas asistenciales en salud.⁷
- ☆ Higiene: En el estudio y la actuación sobre las condiciones o factores personales o ambientales que influyen sobre la salud.³
- ☆ La administración o gerencia de salud pública: Para darle dirección a través del efecto consciente y sistemático que se ejerce sobre el sistema, mediante el conocimiento y la utilización de las leyes y tendencias objetivas que rigen su desarrollo, y así conducirla a la consecución de su finalidad: la protección y el mejoramiento constante del estado de salud de la población.³

Problemas y responsabilidades en salud pública

Ante la presencia de un problema de emergencia sanitaria en una población y que por las características de ésta trascienden la preocupación de un



individuo o grupo de individuos para alcanzar la sociedad, en este momento es en donde la salud pública orienta sus funciones a conocer, prevenir y resolver problemas en ese ámbito, vigilando el estado de salud de dicha sociedad y sus necesidades, para así elegir y desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar las prestaciones de servicios sanitarios.⁶

Los problemas en salud pública generalmente deben cumplir ciertas características, cuya importancia depende de su magnitud, trascendencia o severidad.⁷

Tipos de Intervención de la salud pública

Dependiendo del momento de la intervención, se habla de una intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria:

La *Intervención Preventiva Primaria* (IPP), es aquella que se produce antes de que aparezca la enfermedad, su propósito es proteger a las poblaciones vulnerables frente a los factores que pueda generar la enfermedad, como por ejemplo las inmunizaciones. La IPP más importante es la encargada de mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y a ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político.⁵

Al ocuparse de la IPP, la salud pública se enfoca primordialmente en:

- ☆ Enfoque preventivo: Cambio de distribución de recursos para destinarlos a actividades preventivas, curativas y de promoción a la salud.⁷
- ☆ Enfoque multisectorial: La promoción para la salud debe realizarse en diferentes sectores como educativo, agrícola, del transporte y



económico. También destaca la política quien tiene influencia sobre la salud.

- ☆ Tecnología: Utilizar los recursos tecnológicos así como el personal adecuados para tratar los problemas de salud.⁷
- ☆ Participación comunitaria: Se refiere a los individuos y comunidades y su participación para la toma de decisiones referente a su salud.⁷

La *Intervención Preventiva Secundaria* (IPS), se encarga de intervenir en la fase pre-sintomática, frenando su desarrollo en los momentos iniciales, por ejemplo las campañas de detección.⁵

La *Intervención Preventiva Terciaria* (IPT), se produce cuando ya el individuo está enfermo para así disminuir el daño provocado por la enfermedad, es decir, curarlo, rehabilitarlo y atender sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Aquí se incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente. Esta fase de la intervención, abarca a la medicina clínica y es aquí donde se invierten y consumen aproximadamente de un 90% a 95% de los recursos de un país destinados para la salud pública. El IPT tiene como principal objetivo mejorar las condiciones biológicas, somáticas y psicológicas del enfermo.⁵

1.2 Salud pública en México

Desde el ángulo histórico no se puede considerar a la atención a la salud en México como un proceso autónomo, ni como un conocimiento independiente del de otras disciplinas aunque éste sea muy importante. La historia de la salud pública en México forma parte de un complejo interconexo: social, científico, político, económico, laboral, docente y tecnológico, en el que los entrecruces son innumerables, por lo que nuestra atención a la salud es reflejo del saber de otras culturas.⁸



Época prehispánica

Dentro de Mesoamérica (área que comprendía gran parte de la actual República Mexicana y de Centroamérica) la sociedad más sobresaliente fueron los aztecas, quienes se regían como poder central y, al mismo tiempo, era benefactor de los sectores más desprotegidos. El monarca tenía el deber moral, principio de su cultura, de ayudar a los necesitados.⁹

Los aztecas contaban con hospitales para personas desahuciadas, en donde los preparaban para su muerte. Había también asilos para niños huérfanos, y para guerreros ancianos, éstos últimos solo ingresaban si habían sobrevivido a la guerra y a la enfermedad. Los ancianos desempeñaban un papel importante en la vida familiar y política, además se les otorgaban derechos iguales al de los hombres y mujeres jóvenes.⁹

La medicina prehispánica era un quehacer de las clases inferiores, las que forzadas por la miseria, se alimentaban y curaban las enfermedades con las plantas. Ésta situación satisfacía una de las necesidades fundamentales de la sociedad, al mismo tiempo una razón por la cual la prestación de servicios de salud a los necesitados no era proporcionada sólo por el gobierno o un grupo civil.⁹

La Colonia

Con la conquista de México, los españoles trajeron importantes normas políticas y de administración pública. Algunas costumbres indígenas se conservaron, como la aplicación curativa de las plantas, pero otras se transformaron e incluso desaparecieron.

Los objetivos de la asistencia social fueron los relacionados con la educación, capacitación y salud, incluidos en éste último aspectos referentes al vestido, albergue y alimentación.⁹



Los misioneros además de edificar templos, conventos y escuelas, también establecieron hospitales contra epidemias, inundaciones y otros desastres. Un misionero sobresaliente fue el obispo Vasco de Quiroga, quien en 1532 estableció el Hospital de Santa Fe, que originalmente fue un asilo para niños huérfanos y después se amplió hasta convertirse en una cooperativa a la que pertenecieron numerosas familias beneficiadas al vivir, trabajar la tierra, ejercer sus oficios y elaborar artesanías. Algunos hospitales que surgieron durante la Colonia fueron: Hospital de Jesús (1524), Hospital de Real de Naturales (1529), Hospital de la Epifanía (1582), Hospital de Betlemitas (1675), Hospital de San Andrés (1779), entre otros.⁹

En 1804 se introdujo y se extendió la aplicación de la vacuna contra la viruela, lo que constituyó un trabajo en medicina preventiva.⁸

Independencia y Revolución

Al inicio de la guerra de Independencia y durante los 11 años de lucha, debido a la inestabilidad política, las instituciones de beneficencia tuvieron grandes problemas para sostenerse, incluso algunas cerraron, sin embargo en 1867, después de la intervención extranjera, se restauró la República, se puso en práctica la Constitución Liberal de 1857, y el enfoque de la asistencia social se modificó debido a la transformación del pensamiento que tomó conciencia de los derechos del hombre.⁸

Algunas de las instituciones que se establecieron en la Colonia se mantuvieron en funcionamiento con algunos cambios, como el hospicio para pobres, asilo para ancianos pobres, el Hospital de San Hipólito, el Hospital de Jesús y el Hospital de San Andrés; y otras instituciones abrieron sus puertas como el Hospital Municipal de San Pablo en 1847 (después Hospital Juárez), el Hospital Militar (1855) y la Casa de Maternidad (1865), además las Hermanas de la Caridad fueron autorizadas para establecer un centro de atención a enfermos, ancianos, niños y enfermos mentales.⁹



La preocupación por atender a los desvalidos y por prevenir enfermedades y epidemias dio origen a la expedición de reglamentos y decretos que tenían como objeto mejorar la salud pública, por ello en 1861 el presidente Benito Juárez creó la Dirección de Beneficencia Pública, adscrita a la Secretaría de Gobernación. En este periodo se incrementó la organización de los servicios de salud.

Durante el Imperio de Maximiliano (1864-1867) resurgió el interés por los hospitales y la salud pública, realizándose con éxito el Primer Congreso Médico Sanitario en 1876, en el que se establecieron criterios comunes en las áreas de higiene y salud, y se expusieron los conocimientos nuevos generando avances significativos.⁹

En el último tercio del siglo XIX comenzó la etapa conocida como el Porfiriato, que se caracterizó por el predominio del capital extranjero en la economía nacional, por ello en esta época, surgieron más instituciones de asistencia privada para las clases altas, entre las que destacan: Asilo de mendigos de Díaz de León, Hospital Concepción Béistegui y la Casa Amiga de la Obrera. Los necesitados eran atendidos en dependientes de la beneficencia pública como: Hospital de San Andrés, Hospital Juárez y Hospital Morelos.⁹

El desajuste social originado por la larga permanencia del presidente Díaz en el poder, originó la revolución de 1910-1917, debido a esto las acciones de asistencia pública pasaron a un segundo plano llevando a una crisis en 1915 conocida como el año del hambre en la Ciudad de México, provocando que los establecimientos de asistencia pública cerraran sus puertas por falta de presupuesto.⁹

Más tarde, el gobierno constitucionalista intentó solucionar la crisis social, reorganizando la beneficencia pública; reabrió los hospitales, hospicios, etc.,



dando paso a un inicio de reconstrucción político, social y económico en México.⁸

Siglo XX y comienzos del XXI

A principios del siglo XX en México había una clase médica cuyo conocimiento se basaba en enfermedades infecciosas y problemas de salud predominantes en países desarrollados. La terapéutica descansaba sobre todo en preparados magistrales, la codeína, la quinina, la emetina y la aspirina; las acciones de carácter sanitario se concentraban en cuarentenas, vacunaciones contra la viruela e inspecciones personales.⁸

En 1920 los médicos y algunos grupos con poder adquisitivo empezaron a construir unos cuantos hospitales privados lucrativos, sin embargo a mediados de los años 30, el pensamiento sanitario se orientó al futuro, a partir de los años 40 se crearon grandes instituciones ocupadas del bienestar del mexicano, y de atender los problemas de enfermedad, insalubridad y pobreza; se organizaron servicios sociales y de salud, se construyó una gran infraestructura material, se planearon y desarrollaron campañas a favor de la salud y se ampliaron coberturas.⁸

En México, la mayoría de los sistemas de salud comprenden los sectores público, privado, tradicional e informal. Todos tienen cuatro principales funciones: provisión de servicios, generación de recursos, financiamiento y gestión.⁷

En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución encargada del bienestar social del sector productivo del país y surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), esto representó un avance significativo en el desarrollo de los sistemas de salud pública en México. El esquema general apostaba por la ampliación gradual y secuencial de la cobertura de los servicios de salud y de los beneficios de la seguridad social



mediante la incorporación al IMSS de la población económicamente activa y sus familias. Mientras se alcanzaba este objetivo, la SSA contaría con un sistema complementario para atender a la población abierta.¹⁰

En el gobierno de presidente Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) se realizaron campañas para proteger a la niñez de la desnutrición, así mismo se puso en servicio el Hospital de la Raza (IMSS) y se inicia la construcción del Centro Médico Nacional (IMSS). También se dotó a las colonias populares de servicios públicos, como agua potable, mercados, alumbrado público y urbanización.⁹

En 1960 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuya finalidad es proporcionar bienestar social a los empleados del sector público.⁹

El desarrollo del sistema corrió en paralelo a la acelerada industrialización y urbanización que caracterizó las décadas siguientes. Pero el esquema entró en crisis, como el resto de la economía, en los años 80s. A partir de entonces, al estancamiento en el crecimiento de su cobertura en términos relativos al tamaño de la población, hay que añadir un deterioro en la calidad que resulta de la caída del gasto en salud por habitante durante la crisis de los ochentas y del incremento en los costos de atención.¹⁰

Desde 1950, las acciones básicas en el área asistencial se vinculan con el proceso de la industrialización del país, que produjo una sociedad plural con desigualdad social por ello hasta hoy en día se ve la separación del derecho a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asegurados (Tabla 1).⁷



Tabla 1. Cobertura de los sistemas de salud en México

FUNCIONES	CATEGORÍAS DE POBLACIÓN						
	Población Asegurada				Población No Asegurada		
	Aseg. Privados	Sistemas de Seguridad Social			Con Acceso a Servicios Públicos de Salud	Sin Acceso	
Regularización (Normalización, control de calidad)	Empresas Comerciales	IMSS	ISSSTE	Otras (PEMEX, SEMAR, SEDENA,	Secretaría de Salud y SEESA	IMSS, Oportunidades	Medicina Tradicional
Financiamiento (Aportaciones a seguros o pago por servicio)							
Prestación de Servicios de Salud							
Porcentaje de Población (estimado)							

De la Fuente Hernández, 2014.⁷

Antes del año 2000, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias, aproximadamente el 40%, es decir 100 millones de habitantes de México. El ISSSTE atendía el 7% y los seguros privados solo el 3 a 4 % de población. Esto quiere decir que el 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepago.⁷

El sistema de salud mexicano tiene como marco legal el artículo 123 de la Ley del Seguro Social que desde 1943, con la creación de la Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y ISSSTE en 1960, y hasta 2003 cubría a los sectores trabajadores de la población, quedando una población no cubierta por la seguridad social, principalmente las más pobres, la cual era considerada



como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud (SS), con una fuente de financiamiento incierta y un paquete de beneficios mal definidos.⁷

A pesar de los avances alcanzados en el siglo XX, se mantienen rezagos a los que se han sumado nuevos retos derivados de las transiciones demográfica y epidemiológica que, en conjunto, contribuyen a mantener configuraciones que reproducen esquemas que tienen que ver no sólo con la desarticulación del sistema (instituciones y programas) sino también con una cobertura insuficiente y desigual, así como baja eficacia de los recursos, mala utilización de las unidades y desequilibrios financieros.¹⁰

Para el año 2000 el país gastaba en servicios de salud solo 5.6% del Producto Interno Bruto, cifra que está muy por debajo del nivel promedio de América Latina, dejando el gasto mayor a los bolsillos de las familias dejándolas en riesgo de empobrecimiento.⁷

Debido a las muchas evidencias derivadas del análisis nacional e internacional en cuanto a mortalidad y morbilidad en las poblaciones, en conjunto con la presión de las cambiantes necesidades de salud de la población y las limitantes del sistema de salud, determinaron la necesidad de emprender una reforma de fondo (Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993).⁷

No obstante las reformas realizadas y el hecho de que el gasto en salud se incrementó en el primer quinquenio del siglo XXI, y que el gasto por cada ciudadano pasó de 3664 a 4981 pesos en el mismo periodo, México presenta asimetrías entre la atención prestada por el sistema de salud y las necesidades de la población.¹⁰

En 2004, el gasto público representaba 46% del gasto total en salud (porcentaje menor que el promedio de los países de América Latina con ingresos similares o inferiores a los nuestros). Con estos recursos se financia



la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas: a las que ofrecen servicios a la población derechohabiente por su condición laboral (IMSS, ISSSTE y los servicios de salud de Pemex y las secretarías de Defensa y Marina), así como a las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social. Somos el país que destina menor porcentaje al gasto en salud dentro de los miembros de la OCDE. Sin embargo el verdadero problema no es la cantidad de inversión, puesto que esta no sólo es menor a la requerida y esperada para un país con el nivel de desarrollo y necesidades del nuestro, sino que el verdadero problema es que el financiamiento tiene deficiencias y su distribución no contribuye a reducir las disparidades en los indicadores de salud.⁷

Uno de los cambios más significativos de los últimos años ha sido el incremento, de los recursos federales para la población sin seguridad social; aumento que, no ha logrado equilibrar el desbalance del gasto público observado entre la población asegurada y la no asegurada. Para ayudar a la población no asegurada se crearon diversas reformas a la Ley General de Salud y en 2004 empezó a operar el Seguro Popular cuyo financiamiento es tripartito: recursos federales asignados por la Secretaría de Salud, recursos estatales y cuota familiar.⁷

En México una parte muy importante de la población sigue sufriendo los llamados problemas del subdesarrollo: infecciones, diarreas, desnutrición, padecimientos ligados al embarazo y el parto y, al mismo tiempo, se incrementan los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: diabetes, enfermedades del corazón, crónico-degenerativas, mentales y adicciones. Se trata de dualidades que nos remiten a nuestra principal asignatura histórica pendiente, que no es otra que la desigualdad. Además, el gasto no coincide, con las necesidades de la población; su distribución es inequitativa e ineficiente entre grupos poblacionales y estados; esto sin considerar el hecho de que históricamente los estados más pobres han



tenido menores fondos federales para la salud y, por lo mismo, menor acceso a la seguridad social.⁷

Para que México pueda aplicar la salud pública, es necesario que tenga un sistema de salud, que según la OMS es la suma de todas las organizaciones y recursos que buscan mejorar la salud.¹⁰

Un sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros, transporte y comunicación, así como orientación y dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.⁷

El gobierno es el principal responsable del desempeño global del sistema de salud del país, seguido por la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.¹⁰

Generalidades de la salud pública en las Instituciones de México

Un sistema de salud debe tener como objetivos básicos:

- ☆ La mejora de los niveles de salud para el conjunto de la población.
- ☆ La equidad en el acceso a los servicios de salud.
- ☆ La legitimación del sistema ante la población, al ser este un componente esencial para su sostenibilidad financiera y viabilidad social.

Para que un sistema de salud sea globalmente eficiente debe, con los recursos disponibles asignarlos a los servicios con mejor relación entre su eficacia y costo para alcanzar los objetivos perseguidos y generar incentivos para producir servicios de calidad al mínimo costo posible.¹¹



El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: el público y el privado. El sector público incluye a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social (SS, Servicios de Salud (SESA), IMSS-OPORTUNIDADES y SPS). El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo. Este sector comprende también a los proveedores de servicios de medicina alternativa, que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud.¹¹

En la actualidad la *Secretaría de Salud* es la responsable directa de planear, dirigir, coordinar y evaluar todas las acciones que en beneficio de la salud se lleva a cabo en todo el país: el personal que labora en la dependencia realizan acciones de promoción, conservación y preservación de la salud comunitaria. Los problemas que afronta aún se derivan de la incapacidad para ampliarse y cubrir todos los servicios, ya que no hay una adecuada distribución del personal, así como lograr una coordinación entre todas las Instituciones de salud del país, de igual manera homogenizar los programas de salud que se imparten en dichas instituciones. Debido a esta falta de trabajo en equipo se creó el Sector Salud con la finalidad de unirlos y así poder implementar programas de salud pública.¹

El *Sector Salud* se construyó en México en 1982 con la finalidad de formular un Programa Nacional de Salud y de implantar el Sistema nacional de Salud. Está conformado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del estado, el Departamento del Distrito Federal, todos bajo la rectoría de la Secretaria de



Salud. Además lo integran otros organismos y dependencias como los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la propia secretaria que son Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Nutriología y Neurocirugía.¹

Dentro de los objetivos del Sector Salud, se encuentran:

- ☆ Integrar a las instituciones de salud, con la finalidad de no generar gastos ilimitados, unificar propósitos y funciones y obtener más resultados.
- ☆ Promover la programación integral en salud. Debido a que la Secretaria de Salud es la que dirige todas las demás puede realizar un programa interinstitucional.
- ☆ Autonomía técnica y organizativa de los integrantes del sector. Aunque se trabaje en conjunto el Sector Salud hace valer las políticas y características administrativas propias de cada institución.
- ☆ Conectar e inducir a los sectores social y privado, debido a que la salud es un derecho y una obligación, deben promoverse la participación de los integrantes del grupo social en programas y actividades del Sector Salud, sobre todo el personal del sector privado.
- ☆ Infraestructura necesaria, es decir, conocer el estado del país, para utilizar mejor los establecimientos así como el material y equipo necesarios.¹

El *Sistema Nacional de Salud*, está orientado a dos fines generales: la primera es ampliar la cobertura de los servicios dando prioridad a los núcleos rurales y a los urbanos desprotegidos, armonizando los programas del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los sectores público y privado. La segunda es elevar la calidad de los servicios, atendiendo los



problemas de salud más frecuentes e incrementando las acciones médico preventivas y de salud pública.¹

Dentro de sus objetivos están: proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad, promover la “paternidad responsable” para lograr responsabilidad en el número, la formación, el desarrollo y la educación de los hijos, bienestar social para menores, ancianos y minusválidos, desarrollo de la familia y de la comunidad en educación para la salud así como el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente ya que éstas influyen como factor de riesgo para enfermedades de gran incidencia, impulsar la formación, administración y desarrollo de los recursos humanos y cambiar los patrones negativos para la salud de la población. Lo más importante es que busca la participación de la comunidad.¹¹

Las estrategias que usa son:

- ☆ Integración del sector: Dirección y coordinación por parte de la Secretaria de Salud de los programas de todas las instituciones.
- ☆ La descentralización de los servicios: Deja la responsabilidad a los gobiernos estatales de administrar y otorgar atención médica integral a sus respectivas poblaciones.
- ☆ Modernización administrativa: Hacer el servicio de salud de fácil acceso.¹

Los programas que maneja la Secretaria de Salud a través del Sistema Nacional de Salud, aplica a la realización primaria de salud como son:

- ☆ Atención Médica
- ☆ Atención materno-infantil
- ☆ Salud mental
- ☆ Prevención y control de enfermedades



- ☆ Nutrición
- ☆ Salud ocupacional
- ☆ Lucha contra accidentes
- ☆ Salud ambiental
- ☆ Saneamiento básico
- ☆ Control sanitario
- ☆ Planificación familiar
- ☆ Asistencia social¹

Es importante destacar en este trabajo el llamado Seguro Popular que es el *Sistema de Protección Social en Salud*, que fue creado gracias a la reforma a la Ley General de Salud con la finalidad de proveer protección social en salud a las personas que no cuentan con acceso a mecanismos de seguridad social, es decir, trabajadores no asalariados, auto-empleados y desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos.¹²

El Seguro Popular opera bajo un esquema de financiamiento público conformado por una cuota social proveniente de las aportaciones solidarias federal y estatal, así como una cuota familiar, la cual se determina mediante la evaluación socioeconómica que se aplica a las familias interesadas en incorporarse al sistema y con base en éste se determina la ubicación de la familia de bajos ingresos. Este esquema de financiamiento también busca la reducción del pago de bolsillo que realizan las familias al momento de recibir la atención al sustituir el gasto de bolsillo por el pago anticipado de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia.¹³

Los objetivos del Seguro popular son:

- ☆ Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.



- ☆ Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- ☆ Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- ☆ Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.¹⁴

1.2.1 Salud oral en México

Las enfermedades que afligen más a la humanidad debido a su gran impacto económico, social, psicológico y emocional, ya sea individual o colectivo, son las enfermedades orales, ya que las consecuencias de éstas pueden afectar la calidad de vida de las personas, independientemente de la edad o el género. A pesar de su importancia la salud oral ha sido descuidada por los responsables sanitarios de muchos países, incluso en algunos no están incluidos en los catálogos de prestaciones de la sanidad, y mucho menos existen medidas preventivas para estos padecimientos.⁴

Antecedentes

La salud bucal en México ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo.

Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas asentadas en el territorio nacional realizaban dos aspectos en salud oral: uno se refiere a las enfermedades de la boca, que para su tratamiento, se empleaban



diversas plantas (descritas en el *Códice Badiano*, herbario azteca escrito en 1552), principalmente para mitigar los dolores que provocaban la caries dental y la enfermedad periodontal y el otro el de las mutilaciones dentarias que abracan limaduras e incrustaciones de piedras preciosas, que realizaban con el fin de adornar, con probables intenciones de diferenciación social o con un sentido mágico.¹⁵

Aunque no existen muchos indicios de la aplicación de la terapéutica de la odontología prehispánica, se han hallado dientes con una alta calidad en la técnica empleada, lo que representa que nuestros antepasados tenían un buen conocimiento de la anatomía dental.¹⁵

Durante la época colonial e independiente (1530- 1900), la odontología fue practicada a nivel individual curativo y restaurativo más que a nivel colectivo, sin la necesidad de un título profesional para ejercerla, lo cual cambió a principios del siglo XX. La enseñanza universitaria odontológica y la práctica dental clínica cumplieron su primer centenario como las actividades orientadas a atender la salud de la sociedad mexicana, ya que es a principios del siglo XX cuando comenzó oficialmente la profesión odontológica en México.¹⁶

En 1902 se publicó en el diario oficial de la federación el plan de estudios para la carrera de Cirujano Dentista, la cual era cursada en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, que formó parte de la Escuela Nacional de Medicina. Posteriormente, en 1911 se creó la Escuela Nacional de Enseñanza Dental, quien 1914 obtuvo el reconocimiento oficial como carrera profesional de la Universidad Nacional de México.¹⁶

En 1942 se fundó la Asociación Dental Mexicana. El énfasis de la práctica dental sigue siendo a nivel individual, primordialmente limitándose a los tratamientos de las enfermedades bucales ya establecidas. En la segunda mitad del siglo XX, y apoyada en la bonanza del “milagro económico



mexicano”, a la práctica dental se le facilitó el acceso a la tecnología de punta y al intercambio científico. El ejercicio de la profesión para los poco más de 1,500 cirujanos dentistas titulados que existían en el país en ese entonces, prácticamente garantizaba el éxito socioeconómico. La demanda de trabajo superaba con mucho a la oferta, contribuyendo esta situación de saturación ocupacional a que el cirujano dentista se aislara cada vez más en el estrecho individualismo del trabajo de consultorio. Sólo un escaso número de profesionales se preocupaban por desempeñar la práctica dental en el contexto de los problemas de salud más apremiantes del país.^{16, 17}

El Instituto Mexicano del Seguro Social, que poco antes había iniciado sus labores, prestaba en sus unidades aplicativas, igual que lo hace actualmente, un servicio dental limitado; lo mismo sucedía en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Hasta esta época la odontología en México se había limitado casi exclusivamente a una práctica de índole esencialmente curativa y restauradora. Debido a esta situación, las políticas en salud bucal no eran un tema de importancia.¹⁷

En la 1960, la profesión entra en el campo de la prevención y de la salud pública, que hasta ese momento no estaban desarrolladas, debido a esto la Secretaría de Salud en México creó la Dirección de Odontología, para implantar procedimientos preventivos, difundir (especialmente a nivel escolar), los principios higiénicos para fomentar la salud dental y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo. Por ello se inició la fluoración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sinaloa; Veracruz, Veracruz; y el conjunto urbano Nonoalco-Tlatelolco, en el Distrito Federal, sin embargo no fue posible evaluar los resultados debido a que los cambios administrativos y financieros provocaron la desaparición de estas plantas.⁷



En esa misma época, el mexicano Félix Leycegui realizó estudios en la Universidad de Michigan sobre Odontología Sanitaria, apoyado por la Fundación Kellog. Leycegui fue profesor fundador de la asignatura en la UNAM y colaboró como asesor con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tanto a nivel central como estatal. Al mismo tiempo la planta de universidades cambió radicalmente el panorama de los recursos humanos en odontología en el país. A partir de este año la profesión ve el surgimiento de nuevas escuelas dentales que se establecieron, en algunos casos más de una, en casi todos los estados de la República.¹⁷

En la UNAM en 1975 se establece el primer curso de doctorado en odontología. Nuevas escuelas continuaron estableciéndose, tanto públicas como privadas; algunas, como la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Politécnico Nacional, ofrecen un enfoque diferente en la enseñanza de la odontología al incorporar a sus planes de estudio y prioridades el servicio de la comunidad.¹⁷

Debido a la alta incidencia de caries entre la población infantil y ante la imposibilidad de brindar atención bucal integral a toda la población, se propuso entre las décadas 70s y 80s, la fluoración de sal doméstica y se instauraron programas preventivos de alta cobertura,⁷ sobre todo en algunas escuelas en las que los planeadores de salud realizaron acciones educativas y preventivas utilizando fluoruro de sodio en bajas concentraciones.¹⁸

En 1981 se publicó el Reglamento de yodación de la sal y fluoración de la sal en el Diario Oficial de la Federación Mexicana, además se inició un Programa de atención a la salud en áreas marginales, (Grandes Urbes) el mismo que se extendió hasta llegar a un mayor número de escuelas primarias de la Secretaría de Educación Pública (SEP).¹⁸

Gracias a un convenio firmado en 1989 por SSA-SEP se incluye la ejecución de acciones que mantengan la salud bucodental para el desarrollo del



Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Preescolares y Escolares del Sistema Educativo Nacional. Actualmente todos los programas de enseñanza y acciones preventivas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma NOM-009-SSA2-19993 para el fomento de la salud del escolar.^{7, 18}

En 1998, apareció por primera vez el nombre *Salud Bucal* en el informe de labores de la Secretaría de Salud (SSA), como una parte recién creada en la Dirección de Fomento a la Salud. También se publicó la norma NOM-F-8-1998, con lo que inició el modelo de salud en escolares y el subprograma de salud bucal. El *Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud*, realizó 12 programas de los cuales dos se relacionaban con la salud bucal: Programa de Salud Escolar y Programa de la Fluoración de la Sal.⁷

En 1990, la dirección general del Fomento a la salud puso en práctica el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, con el fin de involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, y de esta manera lograr la mejora en la salud bucal del escolar.⁷

De 1989 a 1994, se implementó el *Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Periodontopatías en Preescolares-Escolares*. En la década de 1990 se publicó la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.⁷

En 1996 se iniciaron las *Semanas Nacionales de Salud Bucal*, las cuales se realizan dos por año y cuya finalidad es intensificar las actividades preventivas de modo unificado, enfocándose en caries dental, gingivitis, maloclusiones, cáncer bucal y padecimientos dentofaciales.⁷

En abril de 1998, el Programa de Salud Bucal fue considerado como programa prioritario en las políticas nacionales de salud. Actualmente, debido



a que el conocimiento de las enfermedades orales es deficiente y su prevalencia es alta, dentro de la Política Nacional de Salud se generó el *Programa de Acción: Salud Bucal 2001-2006*, la cual sigue siendo propuesta para los años contiguos.^{7, 18}

Epidemiología de los principales problemas en la salud oral en México

En México las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. Las enfermedades orales de mayor prevalencia son: caries dental y la enfermedad periodontal ya que presentan, alta prevalencia, participan en factores de riesgo comunes con otras enfermedades, son prevenibles en su mayor parte de forma efectiva y eficiente y son parte integral de la salud general y sus consecuencias son globales.⁴

Entre los estudios más destacados sobre la epidemiología de las enfermedades orales en México, se encuentran:

- ☆ De La Rosa en 1978 : Estudio en niños de 6 a 15 años de edad en el que observó altos índices de caries, con promedios de 3.78 a 6.05 dientes afectados por caries a los 12 años de edad, según nivel socioeconómico.
- ☆ Encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1980: Realizada en el DF donde se observó que 95.5% de los niños entre 6 a 14 años de edad padecía de caries dental.
- ☆ Entre 1987-1989, la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de índices de caries en diversos Estados de la República, integrando la línea basal de caries para el Programa de Floración de la Sal de Mesa, observando que el índice de caries fue mayor a 3 en la mayoría de los estados.¹⁷

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en



la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años, dependiendo de la población de que se trate (42-60). Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23. En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas.¹⁷

Con relación a las enfermedades periodontales, el conocimiento existente en México es aún más limitado. Sin embargo, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y que si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños, se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos. Además, tanto la caries como las enfermedades periodontales presentan un carácter acumulativo que se incrementa con la edad, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias.¹⁷

La salud pública oral como una solución en México

La salud pública oral es la prevención y control de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud oral a través de los esfuerzos organizados de la comunidad (paciente). Su principal objetivo es la educación oral de la población, a través de la investigación y la administración de programas de atención dental y las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población.¹⁹

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades incluyen un campo de funciones y experiencias incluyendo:

- ☆ La evaluación y monitoreo de la salud de las comunidades y las poblaciones en riesgo para identificar problemas de salud y prioridades de atención.



- ☆ La formulación de políticas de salud en colaboración con los líderes de la comunidad y las autoridades, diseñadas para resolver los problemas identificados a escala local y nacional.
- ☆ Asegurar que todas las poblaciones tengan acceso a servicios de salud apropiados incluyendo promoción de la salud y prevención de enfermedades, y la evaluación de la efectividad de esa atención a la salud.¹⁹

Un aspecto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades orales ha sido la instauración de políticas en salud oral. México, como país miembro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propone cumplir las metas establecidas por estos organismos como lo plasma en las normas NOM-009-SSA2-19993, NOM-F-8-1998 y NOM-013-SSA2-1994(ya mencionadas anteriormente).¹⁸

Cada programa de salud debe estar enfocado a promover, prevenir y proteger la salud oral para disminuir la carga de morbilidad oral, ayudando así a mejorar la calidad de vida, a través de acciones educativo-preventivas y curativas.²⁰

Desde 1983 se han implementado estrategias, acciones y modelos para proteger al niño en esa etapa de la vida. Dentro de algunos programas de salud dirigidos a preescolares, los más destacados son:

- ☆ El Programa Nacional de Salud (1989-1994), que impulsa la educación como carácter prioritario y fomento de la salud, ya que propicia la responsabilidad ciudadana de proteger la salud individual y familiar, a través de la salud pública y social, ofreciendo a la población accesos a los servicios de salud.



- ☆ La estrategia Atención Incremental que posteriormente se le llamó *Atención Gradual*, cuyo objetivo es otorgar promoción de la salud, atención preventiva y curativa personalizada con el propósito de incrementar gradualmente el número de niños sanos, así como el número de niños con rehabilitación oral para contribuir en la disminución del índice de necesidades de tratamientos sofisticados y costosos.¹⁸
- ☆ “Programa de Salud Bucodental del Preescolar ADM” realizada en el periodo 2010-2011 por la Asociación Dental mexicana (ADM), el cual trato con éxito a 19,880 preescolares y se registraron 175 jardines de niños durante ese ciclo escolar. Además de lograr la meta “jardín de niños libre de caries” encabezado por el estado de Chihuahua.²⁰

1.3 Educación para la salud

Hay varias definiciones de Educación para la Salud (EpS), dependiendo de su lugar de aplicación:

Según Lawrence W. Greene, “es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”.⁷

La OMS la define como “cualquier combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten”.⁴

La EpS tiene cuatro objetivos:

- ☆ Conseguir que las personas estén bien informadas sobre los problemas de la salud y la enfermedad.
- ☆ Lograr que adopten la salud como un valor fundamental.



- ☆ Modificar los hábitos o conductas insanas.
- ☆ Promover la conducta adecuada para la salud.⁴

Antecedentes

Desde tiempos inmemoriales es sabido que los conocimientos y las prácticas en relación con la salud de los individuos y de las comunidades, son de suma importancia para determinar su estado de salud. Ya en el primer código de higiene del siglo XV a.C. (Levítico), se describe una variedad de recomendaciones sobre conductas que conviene adoptar por los individuos y las diferentes colectividades.²¹

En cuanto a la evolución de la Educación para la Salud (EpS) ya se ha mencionado con anterioridad que a través de los tiempos los gobiernos han adoptado medidas y políticas para proteger la Salud Pública, como una de las acciones fundamentales en el fomento y la protección de la salud de la población.²² Sin embargo cabe destacar algunos datos importantes en lo que a EpS se refiere: después del informe Lalonde (1974), se hace énfasis en la educación sanitaria, con la finalidad de adoptar conductas saludables, que después de observar los determinantes de la salud, se dieron cuenta que la EpS depende de los factores sociales y la desigualdad que existe para que la enfermedad se haga presente.⁴

Durante muchos años el modelo de EpS se dirigió a la prevención, promoviendo cambios en estilo de vida y el comportamiento de los individuos a través de la educación y programas de sensibilización. Las intervenciones educativas se centraban en cambiar las conductas de las personas con alto riesgo de padecer alguna enfermedad determinada; en los programas



sanitarios se desarrollaba, implementaba y evaluaba en este enfoque, que fue popular sobre todo en profesionales de la salud oral.⁴

En 1986 en Ottawa se realiza la primera conferencia sobre la promoción de la salud a escala internacional, se establecen estrategias concretas multidisciplinarias, como la creación de políticas de salud pública y de entornos ambientales favorables, y la reorientación de los servicios sanitarios, entre otros. Todas estas medidas se concretaron en una declaración conocida como *La Carta de Ottawa*.⁴

A pesar de que el modelo de cambios de conducta es bueno y lógico, ha tenido muchas limitaciones a la hora de conseguir mejoras en salud oral, debido a la educación y hábitos previos que traen consigo los pacientes; es por esto que en los últimos años se ha producido un cambio en las políticas de salud pública, las cuáles se orientan a la salud y bienestar de la población, reduciendo las desigualdades a través de la intervención de los determinantes de la salud, sobre todo en los socioeconómicos.²³

Toda evidencia en el campo de la EpS destaca la importancia de los determinantes sociales de la enfermedad, incluso la OMS, en 2005 creó una Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, que está formada por 17 integrantes (políticos de relevancia internacional, sociólogos y otras figuras reconocidas), los cuáles han definido una serie de recomendaciones prácticas sobre cómo mejorar la salud, incidiendo en estos determinantes sociales. En ese mismo año se redactó la *Carta de Bangkok* para la promoción de la salud del mundo globalizado en la VI Conferencia Global de la Promoción de la Salud, en ella se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en el mundo mediante la promoción de la salud, afirma las políticas y alianzas destinadas a mejorar la salud y la igualdad en



materia de salud, además complementa los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud , dirigiéndose a personas, grupos y organizaciones cuya intervención es crucial para el logro de la salud.²³

El informe más reciente es el informe *Marmot* (Marmot Review 2010), este relata políticas concretas para reducir las desigualdades en salud ya abarca desde crear oportunidades de empleo y asegurar estándares de vida y salud para toda la población con la finalidad de fortalecer el impacto de la prevención en la enfermedad.⁴

En la actualidad, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos, sin embargo para que la salud pública actúe sobre ésta necesita el mandato del poder político, por ello es aún una de las partes en la que menos recursos se invierten, desde la inversión del tiempo y formación de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración pública, escepticismo de los responsables, pasividad de la población y determinados intereses profesionales.^{7, 23}

A pesar de estas dificultades, el desarrollo de la EpS es imparable debido al respaldo de organismos como la OMS y la verdadera necesidad que de ella se tiene en el momento, que unida al esfuerzo de numerosos profesionales la convertirán cada vez más en una actividad profesionalizada con un futuro de gran crecimiento en su contenido práctico y científico.⁷

Proceso educativo

Comprende tres pasos: la información, la motivación y la educación propiamente dicha.



La *información*: Es el mensaje que da el personal de salud a la persona o comunidad, sobre el procedimiento a llevarse a cabo. Esta debe ser completa e interesante.¹

La *Motivación*: Se cumple cuando se logra interesar a las personas sobre las ventajas de un determinado procedimiento, se debe crear la necesidad de la comunidad sobre querer tener o hacer, es decir participar en lo que se quiere lograr, haciéndoles ver las ventajas que tendrán en el futuro.¹

La *Educación propiamente dicha*: Se realiza cuando, la persona o grupo de personas, realizan las actividades que se les explicaron en la información, aprendieron las ventajas y ahora ellos mismos le dan el valor que corresponde, ya que desean hacerlo. Con esto cumplimos las metas y medimos el éxito del programa de educación para la salud.¹

Estrategias en Educación para la salud

El conocimiento y la información son elementos fundamentales del cambio en los estilos y hábitos de vida, además de las actitudes y su relación con la adquisición de conductas y comportamientos saludables. Para el educador en salud, el estudio y la investigación de las actitudes en el proceso educativo son importantes en dos sentidos: primero, con respecto a su propia orientación y comportamiento frente a la población en general; y segundo, en el sentido de servir como apoyo a los ciudadanos, padres, familias y grupos de personas para la resolución de dudas sobre el tema, así como para promover la toma de conciencia sobre la importancia de la formación de actitudes hacia las conductas saludables, desde edades tempranas en las escuelas y comunidades.²⁴



En lo que respecta a las estrategias de educación para la salud, los estudiosos del tema han hecho las siguientes recomendaciones:

- ☆ Las estrategias deben dirigirse a estilos de vida y no a comportamientos aislados.
- ☆ Los objetivos de cambio deben ser orientados a los estilos de vida y a los contextos donde se dan.
- ☆ Es importante motivar a las personas hacia la elección de entornos para vivir mejor, más que a la elección de conductas aisladas, aunque éstas le reporten algún beneficio.
- ☆ La efectividad de las estrategias dependerá de qué tan complejos y congruentes sean los estilos de vida de las personas.²⁴

1.3.1 Educación para la salud en México.

En 1989, México realizó la “Primera Reunión para el Desarrollo y Fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias” donde se analizaron los aspectos conceptuales, metodológicos y operativos necesarios para hacer de cada jurisdicción, un sistema local de salud. La propuesta fue la reorganización de Sector con base a SILOS, los cuales son el escenario apropiado para que los conjuntos sociales puedan participar en el proceso de gestión.²⁵

El proceso de participación social tiene como finalidad hacer que las personas, definan sus prioridades, busquen opciones y tomen decisiones adecuadas, a través de un proceso educativo en el cual los individuos, familias y grupos estén informados, tengan comportamientos y prácticas favorables a su salud.²⁵



En México, persisten morbilidad y mortalidad asociadas a la pobreza, la insalubridad y la ignorancia, por ello, educar en salud constituye una necesidad que se orienta a promover el autocuidado, la responsabilidad personal y social y la práctica de conductas en favor de la salud individual, colectiva y ambiental. Por ello debe hacerse énfasis en la prevención, sin embargo ésta no puede ser efectiva sin la acción educativa, por lo tanto algunos aspectos que deben fortalecerse son: estructura orgánica jurisdiccional, operativa y funcional, educación continua y capacitación local, supervisión, abastecimiento, conservación y mantenimiento así como participación social.²⁵

En cuestión de preparación jurisdiccional, se buscó elaborar un diagnóstico situacional que orientara el trabajo subsecuente, a fin de mejorar la calidad de los servicios y experiencias de trabajo de campo hacia la participación social. Un ejemplo de esto es el programa del IMSS llamado Régimen de Solidaridad.^{25, 26}

Una parte importante es el equipamiento de las unidades, su mantenimiento y el abastecimiento de los insumos requeridos, ya que la calidad de atención depende mucho de un recurso humano preparado y con buena disposición de trabajo, material y equipos necesarios. Cabe destacar que la capacitación es un eje para el fortalecimiento de la educación para la salud.²⁶

En general en México, el personal que realiza actividades de educación para la salud tiene un perfil muy diverso y su formación en ese campo es informal y autodidacta para algunos, siendo los menos aquellos que han recibido cursos formales o algún posgrado. Desafortunadamente no se cuenta con un censo que abarque a todas las instituciones y permita conocer las necesidades reales de formación y capacitación del personal en servicio.²⁵

El personal debe estar capacitado y tener los conocimientos necesarios para el éxito en la comunidad. En México la oferta de cursos también es limitada,



aunque tiene a incrementarse. Actualmente el Instituto Nacional de Salud Pública, el Centro de Investigación y Servicios Educativos de la UNAM, el Centro de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud del Estado de México, el IMSS, entre otros, ofrecen cursos de corta duración sobre educación para la salud y participación social.²⁶

Las condiciones actuales de incertidumbre política, financiera y social, de transición epidemiológica y de globalización en las que la educación para la salud se desarrolla constituyen un hecho sin precedente. La educación para la salud sigue siendo una estrategia prioritaria para asegurar a la población su derecho a la salud; muéstrale ello es su presencia en los planes nacionales y estatales de desarrollo y en los planes nacionales y estatales de salud. Sin embargo, esta priorización no siempre se ve reflejada en la formación de recursos profesionales y en la asignación y ejercicio presupuestal, lo que da por resultado que no hay suficientes recursos humanos y financieros para hacer frente a todas las acciones educativas que tendrían que estar efectuando si verdaderamente se quisiera mejorar la salud de toda la población. Por otra parte, la poca reflexión crítica sobre la educación para la salud, su concepto, sus modelos y métodos, ha hecho que se la población esté más preocupada por la enfermedad que por la salud, que se le dé la información pero no esté facultada para darla u ocuparla, además de que se utiliza un modelo de culpa y responsabilización, logrando que las personas vivan con temor.²⁶

1.4 Promoción de la Salud

En la carta de Ottawa se define como “proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer el máximo control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.²⁷ La promoción de la salud se ocupa de la creación, por el Estado y la sociedad, de oportunidades reales para que las



personas y los grupos puedan tomar decisiones saludables, también se encarga de fortalecer y ampliar las capacidades y competencias de las personas individuales y las colectividades, que les permitan a cada uno, ejercer el control sobre su propio proceso vital humano y vivir dignamente con la mayor longevidad y calidad posibles.²⁸

La promoción de la salud exige responsabilidad social en la generación de políticas y entornos saludables a través del empoderamiento y la participación social, para la construcción de una cultura de la salud, está fundamentada en los principios y valores que dieron origen anteriormente a la estrategia de atención primaria en salud y es pilar actual para la garantía del derecho a la salud de la población.²⁸

Antecedentes

Como ya se mencionó, el pensamiento del hombre primitivo en cuanto a salud-enfermedad se refiere, es adjudicado a la magia, es decir, fuerzas externas a la persona. Estas creencias provocaron la creación de normas o reglas, con el fin de respetar y proteger a los individuos y al grupo, además de la aparición de especialistas en magia y hechicería capaces de proteger, curar o castigar.¹

Conforme las sociedades se fueron organizando de manera más compleja, estos ideales cambiaron un poco para ahora verse desde la perspectiva religiosa, es decir, ver la enfermedad como voluntad divina. Posteriormente, se tuvo conocimiento del poder curativo de ciertas plantas y sustancias, la importancia de la dieta y el ejercicio, la influencia del ambiente sobre la salud, por ello en distintas sociedades de la antigüedad, el concepto salud-enfermedad comenzó a tener relación con el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la naturaleza y la religión.²⁸



La cultura Griega en especial se caracterizó por ser los primeros en romper con las creencias metafísico/sobrenaturales del proceso salud-enfermedad, ya que además de crear una escuela del pensamiento referente a este tema, tuvieron ideas como la relación entre los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) con los cuatro elementos naturales y sus respectivas cuatro cualidades (calor, sequedad, humedad y frío). Los griegos son precursores a los rumbos estratégicos de la promoción de la salud, destacando el concepto de autosuficiencia, el papel de la educación para la salud (higiene), la influencia del ambiente físico y social y el establecimiento de políticas públicas. Mientras tanto en México, los nahuas creían que el estado salud-enfermedad era dual y estaba relacionado con el equilibrio y el desequilibrio entre el ámbito natural, social y divino.²⁹

Durante la Edad Media perduró como dogma *La Higiene* de Galeno, que fue una de las primeras evidencias escritas de la relación entre estilos de vida y salud. En el Renacimiento, el siglo de las luces, al siglo XIX, la higiene se practicó como forma individual para moderar los excesos, salvación ante impurezas y como perfección de la lucha humana por la prolongación de la vida.²⁸

La revolución industrial y el desarrollo del capitalismo trajeron consigo un gran desarrollo de la ciencia pero también una desigualdad social, ya que debido a las condiciones de vida para la mayoría de la gente cambiaron hacia trabajos inhumanos y viviendas con asentamientos contaminados, dando así la idea de identificar a la pobreza como generadora de enfermedades. Dichos cambios obligaron a los gobiernos (que ya no estaban influenciados del todo por la religión) a establecer políticas públicas y práctica social de la salud, contribuyendo al desarrollo de la salud pública y convirtiéndola en doctrina. A partir de aquí los científicos se centraron en la



enfermedad y la teoría microbiana, contribuyendo a los avances sobre medicina ya antes mencionados en este trabajo.²⁷

Gracias a la creación de la OMS después de la segunda guerra mundial, se enfatizó sobre el concepto de promoción para la salud, por lo que el historiador de la medicina Henry Sigerist la mencionara como una de las cuatro tareas de la medicina (junto con prevención, restauración del enfermo y rehabilitación) y la más importante. Posteriormente en la segunda mitad del siglo XX Leavell y Clark, proponen el modelo de *Historia Natural de la Enfermedad*, en donde se mencionan los conceptos de medicina preventiva y niveles de prevención, que señalan a la promoción para la salud como el mecanismo más inespecífico y general para prevenir enfermedades, ya que contribuye al fortalecimiento del huésped hacia los agentes de la enfermedad gracias a la disminución del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente.^{7, 28}

Aproximadamente en el último cuarto de siglo en Canadá, sale a la luz el *Informe Lalonde*, que indica que la salud está influenciada por la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población. Con este enfoque la promoción para la salud se convierte en una estrategia institucionalizada con la finalidad de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas ayudado al mejoramiento y control sobre la salud de cada individuo, fortalecer el autocuidado y ayudar a la elección sobre las maneras más saludables de vivir, así como un ambiente favorable para lograrlo.²⁹

Gracias a esto los diferentes países pusieron en práctica la promoción para la salud en tres direcciones: impulsando la participación de la población, fortaleciendo la provisión de servicios comunitarios de salud y estableciendo



una política pública saludable. Sin embargo el tratar de influir sobre los factores sociales no es nada fácil, ya que la modificación de las conductas humanas depende de diversos factores e incluso tiene que ver con intereses ideológicos y políticos.²⁸

Debido a la creciente necesidad de la salud de la población y la insatisfacción general de los servicios de salud, se reunieron en Alma-Ata 134 países y 67 organizaciones internacionales, (excepto la República Popular de China), las cuales acordaron en 1978 bajo el lema *Salud para todos en el año 2000* que los gobiernos dirigieran acciones para que todos los habitantes de su país alcanzaran un mínimo de vida digna y saludable, aplicando la primordialmente atención primaria de salud.³⁰

En 1986, la OMS organizó en Canadá una conferencia internacional con el fin de desarrollar un enfoque distinto y más radical de la prevención y la educación sanitaria. El documento final se llamó *Carta de Ottawa*, la cual además de definir a la promoción de la salud, menciona apartados que destacan la importancia de la promoción para la salud como:

Promoción de la salud: Proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y tener control sobre ésta.

Prerrequisitos para la salud: Abarca la paz, educación, vivienda, alimentación, justicia social y equidad.

Promocionar el concepto: Busca lograr condiciones favorables para la promoción para la salud, para ello es necesario la relación entre la salud y los factores, económicos, políticos, sociales, conductuales, culturales, ambientales y biológicos.



Proporcionar los medios: Alcanzar la equidad sanitaria, gracias a la proporción de los medios adecuados para que cada individuo alcance la salud.

Actuar como medidor. Conlleva a la acción coordinada de las instituciones sanitarias, gobiernos, autoridades locales, sectores económicos y sociales, así como instituciones benéficas, la industria y los medios de comunicación.⁷

La *Carta de Ottawa*, también menciona la participación activa en la promoción para la salud, es decir las estrategias, que implican:

- ☆ Desarrollo de habilidades personales: Promover la comprensión de la información.
- ☆ Reorientación de los servicios de salud: Cambiar de tratamientos curativos a preventivos para ganancias reales de salud.
- ☆ Promoción de políticas saludables.
- ☆ Fortalecimiento de la actuación comunitaria: Apoyo de la comunidad en la toma de decisiones y planificación.
- ☆ Creación de ambiente favorable: Evaluar el impacto del ambiente y calificar oportunidades.⁴

Estrategias de la promoción para la salud

Debido a que la promoción para la salud es un proceso que pretende dirigir la toma de decisiones saludables de los individuos y colectividades, sus cinco ámbitos estratégicos son impulsados mediante dos procesos complementarios, uno es el enfoque sobre los determinantes sociales (facilitar oportunidades) y el otro el empoderamiento de las personas individuales y las colectividades. Para lograrlo se fundamenta en 8 cimientos



instrumentales: información, comunicación, educación, sistematización de experiencias, abogacía, investigación-acción, planeación y evaluación.²⁸

2. PROGRAMAS DE SALUD ORAL

La OMS define a la salud oral como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer oral, llagas orales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad oral.³¹

Menciona la OMS las enfermedades orales más comunes y éstas son la caries dental que afecta entre el 60%-90% de los escolares de todo el mundo y las periodontopatías que pueden originar la pérdida de dientes y afecta a un 5%-20% de los adultos de edad madura y algo muy importante que debe mencionarse es que la atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde sólo el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. Es por estas cifras alarmantes que el gobierno debe preocuparse por realizar programas de salud oral cuyo enfoque es primordialmente la prevención de estas afecciones orales.³¹

Un programa de salud, es un conjunto organizado de acciones implementadas por un gobierno, integrado de recursos y actividades realizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población y de esta forma, las autoridades promuevan campañas de prevención garantizando el acceso democrático y masivo a los centros de atención.³²

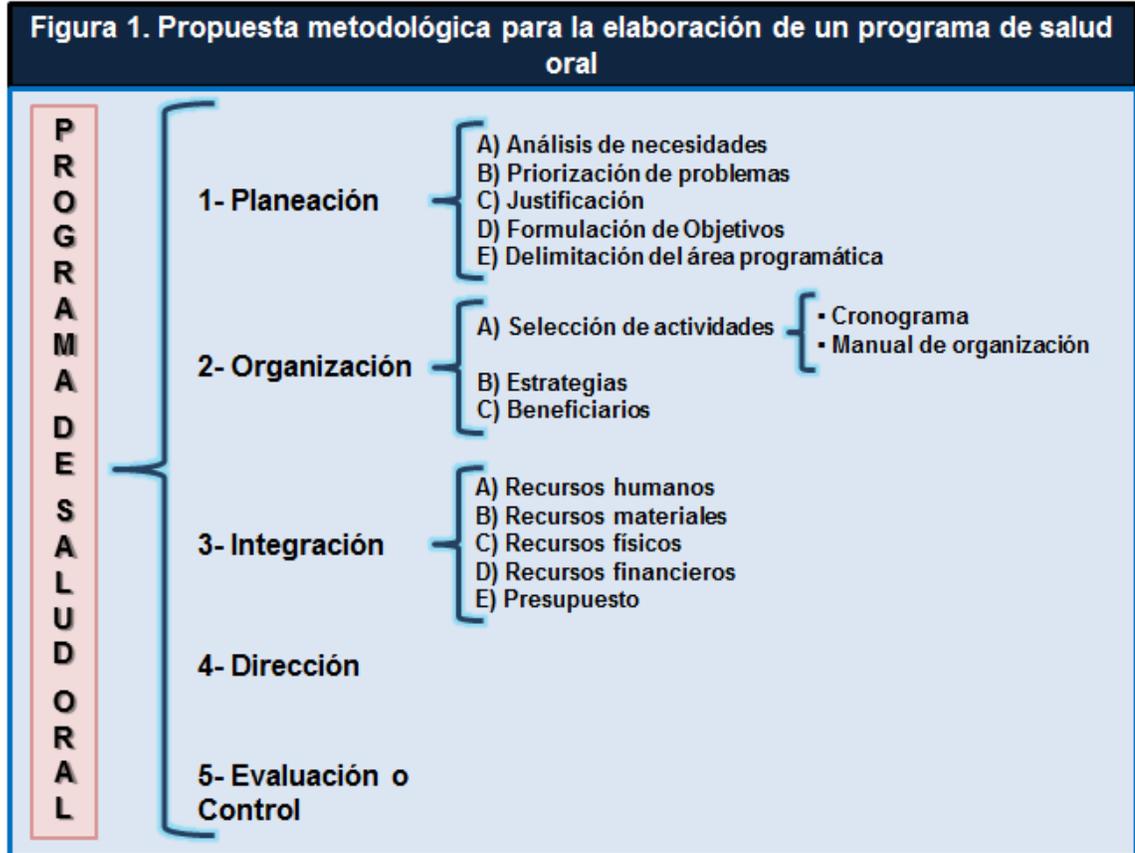


Un programa de educación para la salud oral generalmente se planifica para lograr:

- ☆ Alguna investigación.
- ☆ Definir prioridades con base en los factores de riesgo y grupos poblacionales afectados.
- ☆ Buscar la participación de una comunidad.
- ☆ Darle importancia a las actividades preventivas.
- ☆ Estimular la promoción para la salud en las instituciones de salud y su personal, así como implementar la educación para la salud, es decir, crear conciencia en la comunidad organizada, con el fin de crear un intercambio de conocimientos entre ambos grupos para la solución de problemas de salud oral.⁷
- ☆ Promover la equidad social y generarla en todos los niveles de gobierno y en todos los sectores de la sociedad.
- ☆ Integrar de manera sistemática a la promoción de la salud en la agenda de reforma del sector salud.³²

Con estos objetivos el programa de salud oral es un instrumento para operarlas políticas de salud a través de la planeación, dirección, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud, para ello deberá contarse con el apoyo de los participantes y de las autoridades, así como los recursos humanos, materiales y técnicos necesarios.³³

Generalmente un programa de salud debe definir un problema específico, declarar los objetivos generales, establecer las actividades necesarias para lograr los objetivos, describir los recursos y los métodos disponibles para cada actividad y explicar los criterios mediante los cuales se van a medir los resultados obtenidos (Figura 1).³³



Chávez Gama, 2008³³ y De la Fuente Hernández, 2014.⁷ Construcción: Castañeda Romo.

3. EDAD PREESCOLAR

Se denomina etapa preescolar o segunda infancia aquella que abarca de los 3 a los 5 años de edad, el desenvolvimiento del niño es continuo, integral y multidimensional ya que se procesa en varias dimensiones como son, físico-motora, cognitiva, psicosocial y oral variando de niño a niño, de acuerdo con sus características biológicas, hereditarias y del ambiente el cual interactúa.³⁴

En ésta etapa el niño se caracteriza por una desaceleración en la velocidad del crecimiento que particularizó a la etapa lactante y por el desarrollo del



autoconcepto y autoestima. Es una etapa importante en la adquisición de esquemas de conducta, ya que se perfeccionan aptitudes psicomotoras y el lenguaje verbal, además es aquí donde se inicia su capacitación para el aprendizaje escolar. Es también la etapa de los “por qué”, de los “no” y de la identificación de su sexo. A esta edad los factores externos como procesos infecciosos, parasitarios y neoplásicos, así como accidentes e intoxicaciones, maltrato y desnutrición afectan de forma negativa a su crecimiento y desarrollo.³⁵

3.1 Cambios físicos

Dentro de los cambios físicos se incluye, el crecimiento corporal, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud.³⁶ Los cambios físicos representan el crecimiento en volumen de los diversos aparatos y sistemas, apreciándose una disminución en su velocidad de crecimiento. La configuración somática cambia dramáticamente al tipo longilíneo debido a que el cuello crece, se reducen los depósitos de grasa subcutánea de la cara y del cuerpo favoreciendo al equilibrio del segmento inferior debido al crecimiento de las extremidades, los músculos abdominales maduran, disminuyendo la prominencia del abdomen, ésto hace parecer que el niño ha adelgazado por la falta de comer.³⁷

De los 3 a los 4 años la cara sufre un nuevo incremento vertical debido al crecimiento de los senos esfenoidales y aparición de los senos frontales como pequeñas células encima de la nariz. Los ganglios linfáticos no deben ser mayores a 1cm ni dolorosos.³⁵

Los requerimientos energéticos disminuyen como consecuencia de un descenso en el metabolismo, que aunada al sentido de independencia y la



capacidad del niño para procurar saciar su apetito esporádico con golosinas y frituras, la cual es causante de la hiporexia de esta edad.³⁷

Al final del tercer año el cerebro ya ha alcanzado el 85% del peso y volumen del cerebro adulto, debido a esto desarrolla capacidad neuropsicología, reflejada en el perfeccionismo de la actividad psicomotora en la adquisición de destrezas, aplicación de lo aprendido, desarrollo del lenguaje verbal nombrando objetos y animales y al final de la etapa por el inicio de la capacidad de abstracción y conceptualización, lo que permite establecer mayor comunicación con el preescolar.³⁷

En el desarrollo físico están involucrados el movimiento y la locomoción, la estabilidad y el equilibrio, la manipulación, la proyección y la recepción, las cuales se consideran capacidades o habilidades motrices básicas que se desarrollan cuando el niño se hace más consciente de su propio cuerpo (autonomía). Las habilidades pueden dividirse en dos tipos, habilidades motoras gruesas (correr, saltar, trepar) y habilidades motoras finas (escribir, manipular). A los tres años el niño debe correr con mayor dominio, se equilibra estando en un solo pie. El desarrollo motor, provista la motivación, la ayuda y el ensayo, los cuales se experimentan con mayor rapidez, logrando que a los 5 años de edad debido a la práctica sus movimientos sean finos y elegantes (Tabla 2).^{37, 38}



Tabla 2. Habilidades motoras adquiridas durante la edad preescolar

	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
Habilidades motoras gruesas	No puede girar o detenerse de repente o con rapidez.	Tiene un control para detenerse arrancar y girar.	Puede arrancar, girar y detenerse a jugar.
	Puede saltar una distancia entre 37 y 60 cm.	Puede saltar a una distancia de 60 a 83 cm.	Puede saltar con impulso distancias entre 70 y 90 cm.
	Puede ascender por una escalera sin ayuda, alternando los pies.	Puede descender una escalera larga alternando los pies, si cuenta con un punto de apoyo.	Puede descender un tramo largo de las escaleras sin ayuda alternando los pies.
	Puede saltar con una serie de saltos irregulares y algunas variaciones.	Puede avanzar de 4 a 6 saltos en un pie.	Puede avanzar saltando en un pie hasta distancia de 5 cm.
	Vaciar leche de un tazón.	Vestirse con ayuda.	Vestirse solo.
Habilidades motoras finas	Comer con cubiertos.	Cortar siguiendo una línea.	Copiar un cuadrado, un triángulo.
	Usar el baño solo.	Dibujar una persona.	Dibujo más elaborado de persona.
	Dibujo de persona sin brazos.	Diseños y letras simples.	Etapa pictórica.
	Dibujo formal.	Doblar hoja en dos triángulos.	
		Dibuja diseños.	

Escobar Muñoz, 2012³⁷ y anahuac.mx³⁹

3.2 Cambios cognitivos

Estos cambios comprenden el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.³⁶ Según Jean Piaget y su “teoría del desarrollo cognitivo” (teoría más aceptada hasta la actualidad), la etapa preescolar se encuentra dentro de la *etapa preoperacional*, la cual comprende de los 2 a los 7 años de edad y se caracteriza por la capacidad de pensar en objetos,



hechos o personas ausentes, el niño comienza a tener la capacidad de síntesis e integración y así la posibilidad de comparar la realidad de los objetos externos contra los producidos por sus propias fantasías ya que muestra una mayor habilidad para emplear símbolos, gestos, palabras, números e imágenes.^{34, 35}

En la edad preescolar el aprendizaje se da de forma efectiva cuando lo hacen en un ambiente de igualdad entre ellos, es decir que existan productos de intercambio y relación con otros y el desarrollo colectivo que los obligue a buscar, expresar ideas, comprobar y probar diferentes procedimientos, esto les ayudará a tomar decisiones, reflexionar y dialogar, contribuyendo así al desarrollo cognitivo pero sobre todo de razonamiento.³⁸

El desarrollo del lenguaje y comunicación están estrechamente ligados a sus primeras interacciones con quienes los cuidan, ya que desde pequeños escuchan palabras y expresiones y reaccionan mediante risa, llanto, gestos y balbuceos. A partir de estas formas de interacción el niño va familiarizándose con las palabras, la fonética, el ritmo y la tonalidad de la lengua que aprenden, así como la comprensión del significado de las palabras y las expresiones. Conforme avanzan en su desarrollo y aprenden a hablar con más fluidez el niño construye frases y oraciones cada vez más completas y complejas además de incorporar más palabras a su léxico y logran hacer uso del habla en su familia, en el juego, hacia otros niños, etc. La rapidez del desarrollo del lenguaje depende de su uso y las actividades o vivencias y relaciones en las que se involucre, además de su capacidad de aprender a escuchar para afianzar ideas y comprender conceptos. Generalmente en la edad preescolar el niño se expresa de una manera comprensible y aprende a hacer uso del lenguaje para manifestar sus deseos, conseguir algo, hablar de sí mismo o de los demás.³⁸



Su enorme capacidad de desplazamiento sumado con su pensamiento simbólico y su capacidad de lenguaje le permite imitar y aplicar la comunicación a través del juego, que es el escenario práctico en donde manifiesta sus vivencias. El juego también le permite la expresión de su energía, al desarrollo de competencias sociales y autorreguladoras y desplegar una actividad creadora que le será importante en el futuro acopio y manejo de información.³⁵

En la etapa preoperacional el niño aún presenta ciertas limitaciones como centración (centrarse en cosas menos importantes como diseño en el cepillo de dientes), irreversibilidad, es decir no entienden que ciertas situaciones pueden regresar a su estado original, perciben cosas donde no las hay (magia) y confunden la causalidad con la casualidad, son egocéntricos, es decir que el niño es incapaz de aceptar el punto de vista del otro y las normas sociales predominantes, dan vida e intenciones a objetos inanimados (por ejemplo que la primavera no llega por que el invierno no quiere irse), además aun no son capaces de desarrollar un lenguaje escrito específico solo saben que las marcas significan algo.^{34, 40}

3.3 Cambios psicosociales

Dentro de estos cambios se incluye la personalidad, vida emocional, sexualidad afecto y relaciones sociales, las cuales influirán para el desarrollo de actitudes y capacidades relacionadas al proceso de su identidad.³⁶

La construcción de la identidad personal en la edad preescolar implica la formación del autoconcepto (lo que ellos perciben de sí mismos como cualidades y limitaciones) y el autoestima (valoración de sus características), sobre todo cuando experimentan la satisfacción de realizar algo bien por ellos mismos.³⁵



El estado emocional, afectivo y social del niño preescolar depende del ambiente familiar en el que se desenvuelvan, ya que inicialmente a los 3 años el niño comprende afectos solo de la relación triangular yo-mamá-papá y no distingue cuáles son propios o de los demás, posteriormente el niño desarrolla autonomía pero dependencia por parte de la madre.³⁵ El desarrollo emocional de los años contiguos de la etapa preescolar, está estrechamente ligada a la comprensión, a la regulación de emociones y a su capacidad para establecer relaciones interpersonales, ya que debido a su comparación con otros y a la adopción de conductas prosociales, el niño amplía su repertorio emocional que les permite identificar en los demás y en ellos mismos diferentes estados emocionales.³⁸

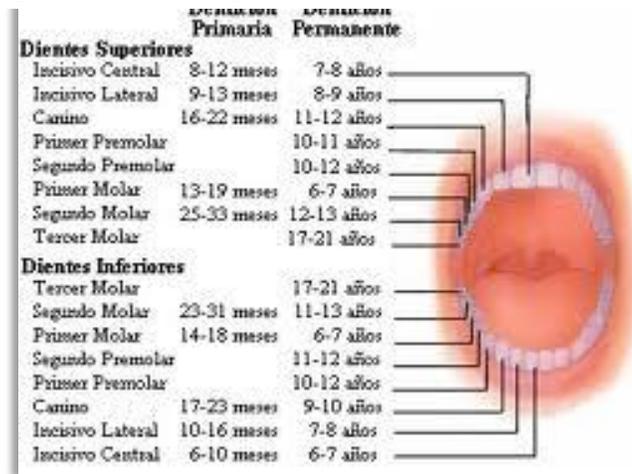
Las relaciones sociales implican procesos en los que interviene la comunicación, la reciprocidad, los vínculos afectivos, la disposición de asumir responsabilidades y el ejercicio de derechos que influyen en el desarrollo de competencias sociales. El lenguaje juega un papel importante en estos procesos, porque la progresión en su dominio por parte de los niños les permite construir representaciones mentales, expresar y dar nombre a lo que perciben, sienten y captan de los demás, así como a lo que otros esperan de ellos.³⁸

Sigmund Freud propone una teoría llamada “Psiconanalítica”, en donde explica que el desarrollo afectivo del niño (dividido en estados) se basa en el contenido de maduración de cada parte del cuerpo donde la energía es más focalizada en determinada época del desarrollo, con la existencia de un impulso sexual instintivo e inconsciente (libido) como la fuerza motriz de todos los comportamientos humanos. La edad preescolar pertenece al estado llamado *fálico*, en donde la libido pasa de la región anal a la zona erógena genital y el niño además de interesarse por sus genitales, los toca y se torna curioso y ávido de información sexual, deseando conocer su desnudez y la del sexo opuesto para establecer comparación.³⁴

3.4 Cambios orales

La cavidad oral experimenta una variación en su fisiología al aumentar su volumen y disminuir su capacidad de succión a favor de las funciones de masticación, impulsión y deglución de alimentos sólidos, desaparece la hipersecreción la secreción de saliva y continua el brote dentario de las piezas caducas con los dos premolares, que generalmente termina a los 30 meses con un total de 20 piezas, 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares (Figura 2).

Figura 2. Cronología de la erupción dentaria.



embriobd.mx⁴¹

4. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se



pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.⁴²

Las enfermedades orales de mayor prevalencia, como ya se ha mencionado en este trabajo, son la caries dental y las enfermedades periodontales, sin embargo para conocer este tipo de información, así como el estado de salud oral y sus necesidades de tratamiento en la población, es necesario la realización de encuestas básicas en salud oral, también llamados índices epidemiológico,⁶

Los índices epidemiológicos se usan para la evaluación de las condiciones de salud oral prevalentes en un grupo poblacional, así mismo, esta información puede ser útil para grupos profesionales, para el público o para organizaciones gubernamentales interesados en determinar las necesidades adicionales de recursos odontológicos y económicos necesarios para proveer tratamiento y las medidas preventivas en una comunidad.⁶

Un índice debe ser válido y confiable, es decir que sus características sean: sencillez, objetividad, posibilidad de registrarse en un período corto de tiempo, económico, aceptable por la comunidad y susceptible de ser analizado. En odontología para medir y comparar los diferentes estados dentales se utilizan los índices de caries en dentición permanente y en dentición temporal.⁴³

4.1 CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental en un grupo poblacional. Señala la



experiencia de caries por diente (D) tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries (C), dientes perdidos por lesiones cariosas (P) y con tratamientos previamente realizados (O).⁴⁴

Para el levantamiento epidemiológico de éste índice, el examen oral se inicia por el 2° molar superior derecho hasta el 2° molar superior izquierdo, prosiguiendo con el 2° molar inferior izquierdo hasta el 2° molar inferior derecho. El cálculo se lleva a cabo aplicando la siguiente formula:

$$\mathbf{CPO-D= C+P+O}$$

En donde “C” es cariado, “P” es perdido y “O” es obturado, el resultado de ésta sumatoria indicará el número de dientes permanentes que han tenido o tienen alguna experiencia de caries.⁴⁴

Para obtener el CPO-D grupal, de acuerdo con Murrieta y Cols se calcula con la siguiente formula:

$$CPO = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

En donde $\sum_{i=1}^n X_i$ es la sumatoria de todos los valores individuales de CPO y “n” es el número total de sujetos examinados. El resultado debe compararse con los criterios establecidos por la O.M.S (Tabla 3) para cuantificar el índice de CPO-D y conocer el estado de salud oral del grupo.⁴⁵

4.2 Ceo

El índice ceo fue adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera que el CPO-D, excepto por el significado de las letras, donde “c” es cariado, “e” es extraído o extracción indicada y “o” es obturado. La fórmula para calcularlo es la siguiente:

$$\mathbf{ceo= c+e+o}$$



De igual manera el resultado indicará el número de dientes permanentes que han tenido o tienen alguna experiencia de caries. Al igual que en el CPO-D, si el ceo quiere obtenerse de manera grupal tiene que calcularse mediante la misma fórmula:

$$ceo = \frac{\sum_{i=1}^n Xi}{n}$$

El resultado deberá compararse con los criterios establecidos por la O.M.S (Tabla 3) para conocer el estado de salud oral del grupo de pacientes infantiles.⁴⁴

Tabla 3. Criterios definidos por la O.M.S.-O.P.S. para cuantificar el índice de caries dental C.P.O.- c.e.o.	
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
6.6 >	Muy alto

slideshare.net⁴⁶

5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL APLICADO A ALUMNOS QUE CURSAN EN LA ESCUELA JARDÍN DE NIÑOS REFORMA EDUCATIVA.

5.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, a pesar de ser una sociedad contemporánea, con fuentes de información interminables y servicios para su comodidad, se observa una



población cada vez más preocupada por los cambios acelerados del vivir diario, desinformada y desinteresada, sobre todo en su salud oral.

México forma parte de los países en los cuales la prevención es el último tema a tratar con la población, además de que la inversión hacia la promoción para la salud es muy escasa, esto provoca un deterioro en las condiciones de salud oral, ya que en su mayoría la población mexicana acude al odontólogo sólo para tratamientos restaurativos.

Por ello el papel del educador para la salud es avisar a la población sobre los problemas que aquejan actualmente la cavidad oral, como son caries y enfermedad periodontal principalmente, sus consecuencias y la importancia de prevenirlas, proporcionando información correcta, y los medios para lograr esta prevención

5.2 Justificación

Como primer lugar en problemas de salud oral que afectan a la población mexicana se encuentra la caries dental, la cual es una enfermedad multifactorial que destruye los tejidos dentarios, hasta llegar a su pérdida y su magnitud está influenciada por la ingesta elevada de carbohidratos, malos hábitos de higiene oral y el estilo de vida. En la edad preescolar, debido al incremento de estas influencias junto con la dependencia del niño a los padres los cuales tienen un desconocimiento sobre el tema, incluido el desinterés por parte de éstos al no considerar importante la salud oral en la dentición temporal, han colaborado que la caries sea de gran incidencia en el preescolar, haciendo urgente que el promotor para la salud colabore con este problema de salud pública.

Gracias a los programas de salud se pueden llevar a cabo actividades con la finalidad de lograr informar tanto a los padres como a los preescolares de la



importancia de la salud oral y las repercusiones que puede tener el no cuidarla, logrando así hábitos correctos de higiene oral, que ayudarán a tener un mejor estilo de vida.

5.3 Objetivos

5.3.1 Objetivo general

Aplicar un programa de salud oral, diseñado para los escolares que cursan tercer año de preescolar en el jardín de niños Reforma Educativa.

5.3.2 Objetivos específicos

- ☆ Valorar el estado de salud oral de los alumnos de tercer grado de preescolar del kínder Reforma Educativa.
- ☆ Implementar técnicas correctas de higiene oral (técnica de cepillado).
- ☆ Informar acerca de los cuidados preventivos de enfermedades orales, así como el impacto que tienen los hábitos alimenticios en el cuidado de ésta.

5.4 Contenido temático

- ☆ Características de boca saludable
- ☆ Caries
- ☆ Gingivitis
- ☆ Nutrición
- ☆ Niveles de prevención
- ☆ Higiene Bucal
- ☆ Técnicas de Cepillado
- ☆ Fluoruro



5.5 Metas

- ☆ Proporcionar información correcta acerca de las enfermedades orales más comunes como son caries dental y gingivitis, dirigida a los escolares y a los padres de familia, así como la manera de prevenirlas a través de la Educación para la Salud.
- ☆ Evaluar e incrementar el conocimiento de los alumnos acerca de la caries dental y los factores que la causan incluyendo dieta y como se previene.
- ☆ Motivar a los escolares para crear el hábito de lavarse los dientes utilizando una correcta técnica de cepillado con ayuda de los padres y material didáctico.
- ☆ Informar a los padres de familia sobre la importancia de la nutrición y su relación con la salud oral.

5.6 Estrategias

- ☆ Realizar encuestas antes y después del programa de salud para evaluar tanto a alumnos como a los padres de familia.
- ☆ Informar sobre el programa de salud oral a los padres con ayuda de rotafolios.
- ☆ Identificación de los escolares de las partes de la boca con ayuda de rotafolio, juegos y tipodonto.
- ☆ Presentación a los alumnos de un video sobre caries dental y reforzar la información con ayuda de material didáctico, juegos y macro modelos de yeso.
- ☆ Mostrar a los alumnos la correcta técnica de cepillado con ayuda de un tipodonto de acrílico y una canción sobre el tema, además de estimular el hábito a través de premios.
- ☆ Practicar con los alumnos la técnica de cepillado.



- ☆ Entregar a los padres un tríptico con información de medidas preventivas de la caries dental.

5.7 Límites del Programa

5.7.1 De espacio

Jardín de niños Reforma Educativa

5.7.2 De tiempo

De 24 de Noviembre al 2014 a 5 de Diciembre de 2014

5.8 Actividades

Se llevó a cabo el programa de Educación para la Salud Oral en el jardín de niños Reforma Educativa, realizándose las siguientes actividades:

- ☆ Se aplicó una encuesta a los escolares con la finalidad de conocer el nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos de alimentación. Se aplicó índices de ceo y CPO-D.
- ☆ Se aplicó un cuestionario a los padres de familia, para evaluar el conocimiento con respecto a la salud oral, hábitos alimenticios y de higiene oral. Con la ayuda de rotafolios, se les informó sobre: caries y gingivitis, así como la manera de prevenirlas. Se les entregó un tríptico informativo y el calendario de lavado de dientes, el cual junto con el apoyo del padre de familia se reforzó la técnica de cepillado en casa.
- ☆ Se impartió la plática a los alumnos de forma divertida y comprensible se utilizó un tipodonto infantil para explicar las partes de la boca, se procedió a explicar caries con ayuda de un rotafolio, macromodelos de yeso, un azulejo y se reforzó con un video.



- ☆ Se informó sobre las medidas preventivas como: cepillado dental, visita al dentista y buenos hábitos alimenticios, además de mostrarles un video. Se les explicó la técnica de cepillado, reforzándola con una canción, motivando a los niños a que practiquen la técnica, utilizando material didáctico y juegos.
- ☆ Los escolares practicaron la técnica de cepillado, repitiendo la canción y se evaluó la mejora de la misma. Se hicieron preguntas y ejercicios para asegurar que no existieran dudas y se dieron incentivos.
- ☆ Finalmente, se aplicó la misma encuesta a los niños y a los padres. Se recogieron los calendarios de registro de lavado de dientes y se entregaron diplomas y premios.



5.8.1 Cronograma de actividades

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PROPOSITO
NOVIEMBRE 24	9:00	Encuesta de evaluación a los alumnos y levantamiento de índices ceo-d.	Conocer el estado de salud oral de los alumnos y familiarizarse con los mismos.
NOVIEMBRE 25	9:00	Se realizó plática informativa con los padres de familia, además de encuestas y entrega de calendario de lavado de dientes.	Valorar el grado de conocimiento de los padres, así como incrementarlo con la finalidad de obtener su apoyo de lo aprendido y de esta forma crear el hábito de la prevención e higiene bucal.
NOVIEMBRE 26	9:00	Explicación a los alumnos de los componentes de la boca por medio de rotafolio y tipodonto. Se les habló sobre que era caries.	Que los alumnos conocieran las repercusiones de una mala higiene y la importancia de tener una boca sana.
NOVIEMBRE 27	9:00	Se informó sobre las medidas preventivas (cepillado dental, visita al dentista y buenos hábitos alimenticios). Se explicó la técnica de cepillado, motivando a los niños a que practiquen la técnica.	Aclarar cualquier duda de lo visto anteriormente, además de retener la información y el concepto claro, así como hábitos preventivos, de esta manera se logró en el niño un cambio al mostrarle como es que puede evitarse problemas bucales futuros.
DICIEMBRE 2	9:00	Se practicó técnica de cepillado y se reforzó con una canción. Se evaluó por medio de preguntas, juegos, ejercicios. Se dieron a los escolares incentivos.	Incentivar la mejora de la técnica de cepillado ayudará al niño a poner atención, hacerlo bien y tendrá retención de información gracias a la práctica.
DICIEMBRE 4	9:00	Evaluaciones de lo aprendido así como valoración en el mejoramiento de técnica de cepillado.	Lograr que los escolares refuercen técnica de cepillado correcta.
	13:00	Se realizó encuestas a padres. Se recogió de calendario de registro de lavado de dientes y se realizó la evaluación del programa con ayuda de un cuestionario.	Evaluar el programa de salud oral gracias a la participación de los padres y alumnos en el llenado de nuevos cuestionarios, así sabremos si nuestros objetivos y metas fueron satisfactoriamente cumplidos.
DICIEMBRE 5	9:00	Se entregaron diplomas y premios.	Incentivar el hábito en el niño.



5.9 Recursos

5.9.1 Recursos humanos

- ☆ Tesista
- ☆ Director del jardín de niños Reforma Educativa
- ☆ Maestra a cargo del grupo

5.9.2 Recursos materiales

- ☆ Encuestas
- ☆ Pijama quirúrgica
- ☆ Guantes
- ☆ Cubreboca
- ☆ Abate lenguas
- ☆ Televisión
- ☆ DVD
- ☆ Rotafolio
- ☆ Material Didáctico
- ☆ Cámara fotográfica
- ☆ Tipodonto
- ☆ Cepillo y pasta dental
- ☆ Macromodelos de yeso
- ☆ Pluma
- ☆ Bicolor
- ☆ Incentivos
- ☆ Azulejo blanco
- ☆ Miel

5.9.3 Recursos físicos

- ☆ Jardín de niños Reforma Educativa
- ☆ Facultad de odontología UNAM

5.9.4 Recursos financieros

☆ A cargo de la tesista

Noviembre 24. Primer día de actividades, se realizó encuestas de evaluación a los preescolares así como levantamiento de índice ceo.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Noviembre 25. Se realizó laplática informativa con los padres de familia y el llenado de la encuesta.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Noviembre 26. Se explicó a los alumnos sobre los componentes de la boca. Se vio el video de caries para proceder a explicar con macromodelos y un azulejo blanco.



Fuente: Directa



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Noviembre 27. Se enseñó a los alumnos las medidas preventivas que deben llevar para el cuidado de sus dientes. Se explicó la técnica de cepillado, con ayuda de un tipodonto y un video, además de practicarse individualmente.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Diciembre 2. Reafirmando técnica de cepillado, además de realizarla en grupo.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Diciembre 4. Actividades de juegos, dibujos, preguntas y lotería.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Diciembre 5. Rifas, preguntas y premios.



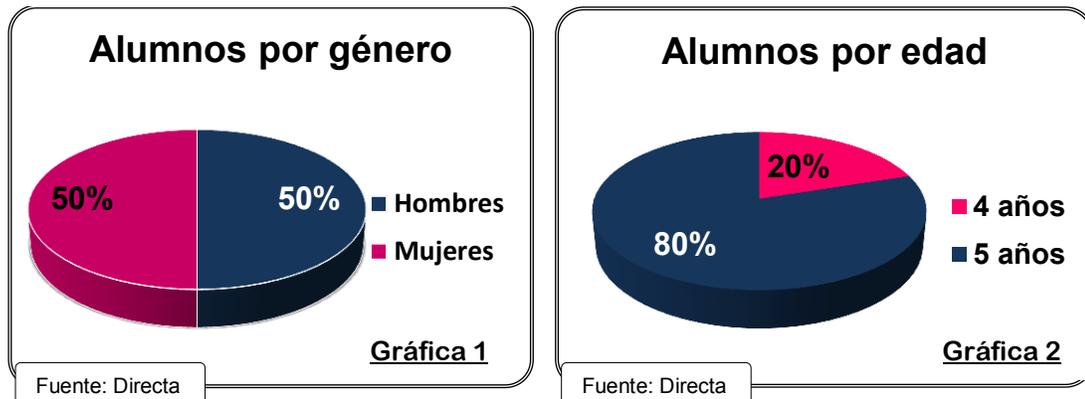
Fuente Directa



Fuente Directa

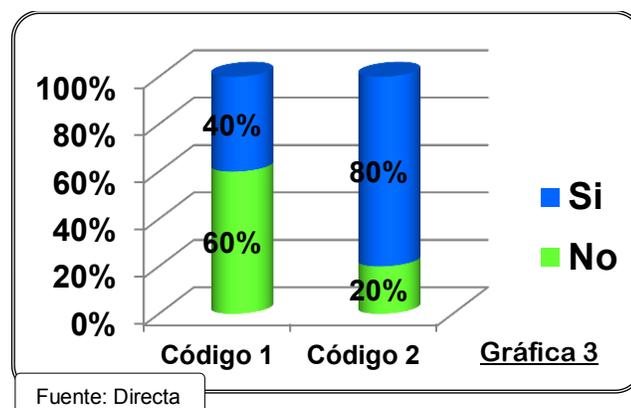
6. RESULTADOS

En el programa de educación para la salud oral participaron 10 alumnos de preescolar de edades entre 4 y 5 años, de los cuales 5 son hombres y 5 son mujeres (Gráficas 1 y 2).



Para valorar el conocimiento sobre higiene y enfermedades orales de los niños preescolares se realizó un cuestionario diagnóstico pre y pos instruccional, los cuales se representarán en las siguientes gráficas como Código 1 y Código 2 respectivamente.

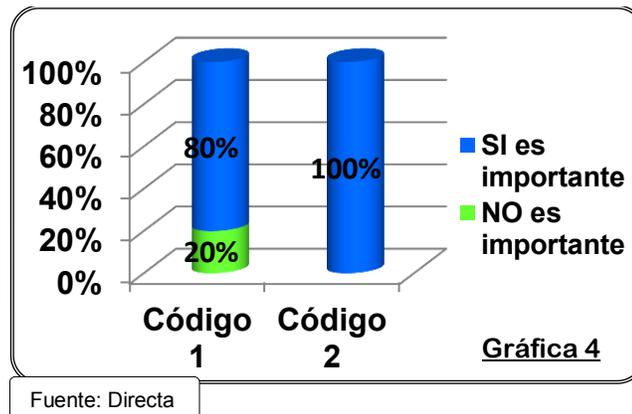
1.- ¿Te cepillas los dientes después de cada comida?



Gráfica 3. En esta gráfica se observa que en el pre instruccional el 40% de los preescolares contestó que si se cepillan los dientes después de cada comida y el 60% que no se cepillan. En el pos instruccional el 80%

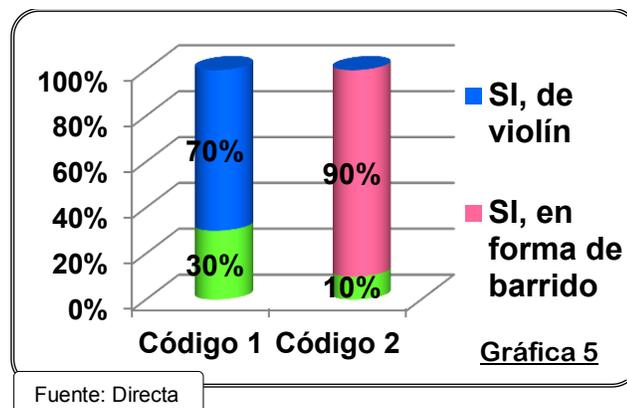
contestaron que si se cepillan los dientes después de cada comida y el 20% que no lo hacen.

2.- ¿Crees que es importante lavarte los dientes?



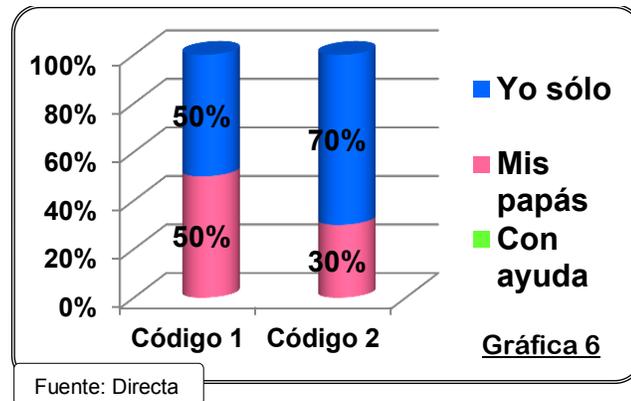
Gráfica 4. Se observa en el código 1 que para el 80% es importante el cepillado y para el 20% no lo es, mientras que en el código 2 el 100% considera importante el cepillado dental.

3.- ¿Sabes lavarte los dientes?



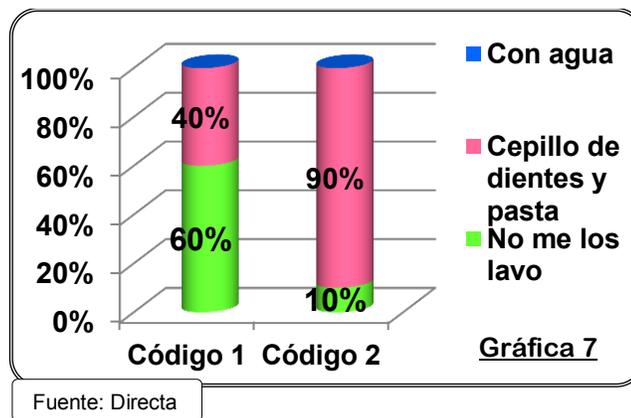
Gráfica 5. En el código 1 el 70% de los preescolares dijeron saber lavarse los dientes con la técnica de violín, ninguno utiliza la técnica correcta y el 30% no sabe, mientras que en el código 2 ninguno utiliza la técnica de violín, el 90% utiliza la técnica en forma de barrido y el 10% no sabe.

4.- ¿Quién te lava los dientes?



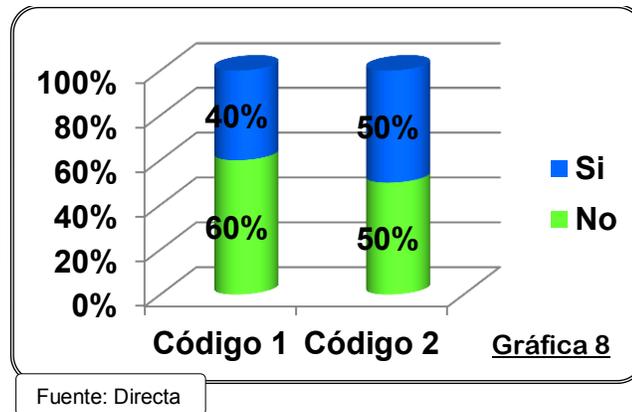
Gráfica 6. En el pre instruccional el 50% de los niños lo hacen sólo y el otro 50% con ayuda de alguno de los padres, ninguno dijo recibir ayuda de alguna otra persona. En el pos instruccional el 70% lo realiza solo y el 30% con ayuda de los padres y de nuevo ninguno es ayudado por otra persona.

5.- ¿Con qué te lavas los dientes?



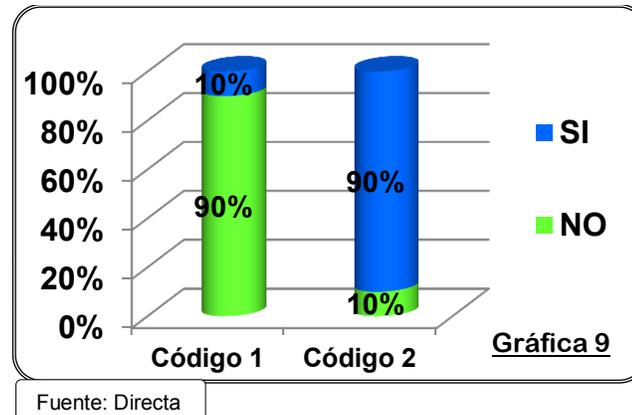
Gráfica 7. En el código 1, el 40% de los preescolares dijeron cepillarse los dientes con cepillo y pasta dental, mientras que el 60% no se los cepilla, ninguno lo realiza con agua. Para el código 2 se observa que el 90% de los niños dijo cepillarse con cepillo y pasta dental, el 10% no se los lava y nadie lo realiza con agua.

6.- ¿Te han llevado al dentista?



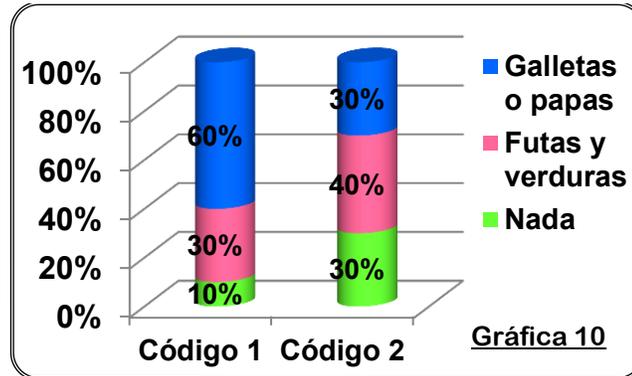
Gráfica 8. Antes del programa el 40% de los niños dijeron haber acudido a un dentista, el 60% no lo ha visitado. Después el 50% lo visitó y el otro 50% no lo visitó.

7.- ¿Sabes qué es caries?



Gráfica 9. Se observa que en el código 1 sólo el 10% de los preescolares conocen que es caries dental, mientras que el 90% lo desconoce. En el código 2 el 90% sabe que es caries dental y el 10% no sabe.

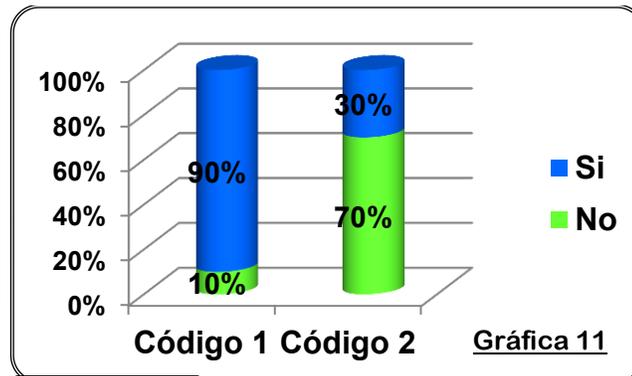
8.- ¿Qué comes en la tarde entre comidas?



Fuente: Directa

Gráfica 10. En el pre instruccional el 60% de los niños consumía diariamente galletas o papas entre sus comidas, el 30% consume frutas o verduras y el 10% no consume nada. En el pos instruccional el 30% sigue consumiendo galletas o papas, el 40% frutas y verduras y el 30% no come nada.

9.- ¿Tomas refresco o jugo diario?



Fuente: Directa

Gráfica 11. Para el código 1 el 90% de los niños toma jugo o refresco diariamente mientras que el 10% no lo hace. En el código 2 el 30% sigue consumiendo bebidas azucaradas diariamente y el 70% no las bebe.



Se les aplicó inicialmente a los preescolares los índices de caries ceo y CPO-D de forma individual para conocer el estado de salud oral de cada alumno. A continuación se aplicó la fórmula (Murrieta y Cols) para conocer el estado de salud oral del grupo, respecto a ceo.

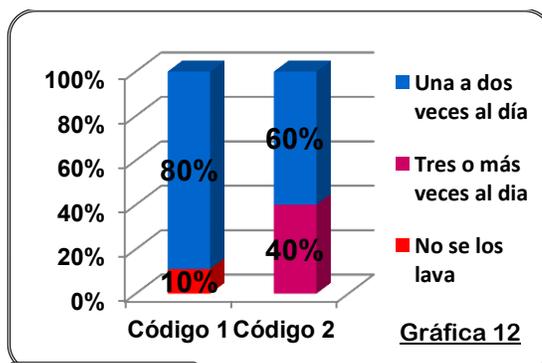
$$\text{ceo} = \frac{0+1+1+1+2+3+3+4+4+11}{10} = \frac{30}{10} = 3$$

Este resultado nos dice que el promedio de dientes que han tenido o tienen alguna experiencia de caries es de 3 dientes por niño, comparando este resultado con la tabla de criterios establecidos por la O.M.S para cuantificar el índice de ceo (Tabla 3) se encuentra que está en nivel moderado, por ende si no se actuaba sobre medidas preventivas ayudados por el programa de salud oral, este problema se ubiese agravado en años posteriores.

En cuanto a la medición de CPO-D, solo dos niños presentaron los primeros molares inferiores derecho e izquierdo permanentes, los cuales se encontraban sanos, por lo tanto el resultado del CPO-D fue de 0.

A continuación se mostrarán algunos resultados de los cuestionarios pre (código 1) y pos instruccional (código 2) realizado a los padres de familia para valorar sus conocimientos en cuanto a las enfermedades orales y su prevención.

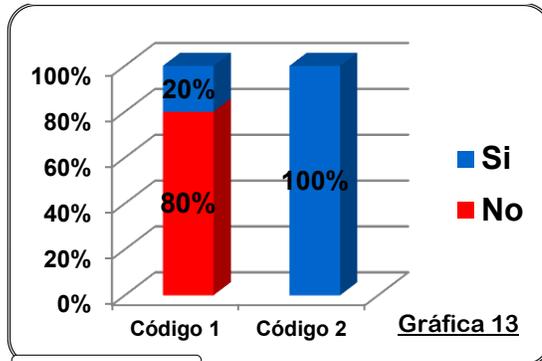
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo?



Fuente: Directa

Gráfica 12. En el código 1 el 80% de los padres mencionan que sus hijos se cepillan los dientes de una a dos veces al día, ninguno tres veces y el 10% no se los lava. En el código 2 el 60% se cepillan de una a dos veces al día y el 40% tres veces.

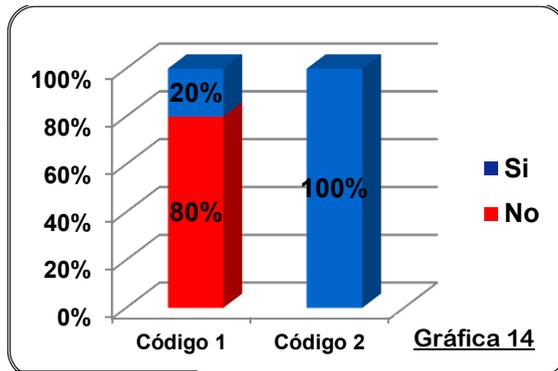
¿Le ha enseñado su odontólogo la técnica correcta para el cepillado dental de su hijo?



Fuente: Directa

Gráfica 13. En el código 1 el 20% de los padres conoce la técnica de cepillado correcta, el 80% la desconoce. En el código 2 el 100% conoce la técnica

¿Sabe qué es la caries dental?



Fuente: Directa

Gráfica 14. En el código 1 el 80% de los padres sabe lo que es caries dental y el 20% la desconoce. En el código 2 el 100% sabe que es caries dental.



6.1 Evaluación del Programa

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo observar que los preescolares muestran interés hacia su boca, las partes que la conforman y saber como estar saludables. Participaron con entusiasmo en las diferentes actividades implementadas y esto se puede evaluar en las diferentes gráficas expuestas anteriormente.

Antes del programa más del 50% de los niños no tenían conocimiento en cuanto a higiene oral, además de que la mayoría no conocían que era la caries ni por qué se produce. El 70% de los niños que se cepillaban los dientes sólo lo realizaban una vez al día, y con la técnica inadecuada. Para el cuestionario código 2 se observa un crecimiento considerable en el conocimiento de los niños respecto a medidas de prevención y tuvieron mayor interés en el cuidado de sus dientes, gracias a esto incrementaron el cepillado dental de dos a tres veces al día con la técnica correcta, además de que se logró la baja en la ingesta de carbohidratos, lo cual se vio reflejado en la calidad del desayuno que los niños llevaban a la escuela.

Es importante destacar la actitud de los padres de familia respecto al programa, ya que la plática se tuvo que dar en dos ocasiones por la falta de interés de los mismos respecto al cuidado de la salud oral de sus hijos. El cuestionario aplicado a los padres revela su desconocimiento hacia las partes que conforman la cavidad oral tanto de ellos como de sus hijos, el recambio de dentición, las enfermedades orales y lo más importante la prevención, en la cual entran las medidas preventivas de higiene oral, técnicas correctas de cepillado y frecuencia, visita al odontólogo, cambio de cepillo dental, aplicación de flúor, entre otras, además se les otorgó el calendario de lavado de dientes, con la finalidad de que los niños se lavaran los dientes jugando y reforzaran en casa el trabajo realizado en clase. Para la plática post instruccional, los padres se mostraron colaboradores, sin

embargo se les realizaron preguntas para reafirmar su conocimiento ya que siendo los padres el ejemplo de los hijos es importante que éstos comprendan y traten de implementar la prevención. Ese mismo día se recogió el calendario de lavado de dientes de los cuales sólo 6 lo entregaron correctamente y en el momento que se les pidió. Los resultados de los calendarios entregados fueron excelentes ya que según los padres, los preescolares recordaban cepillarse los dientes después de comer, al hacerlo de forma divertida.

Para evaluar el programa de salud oral, se aplicó a los padres de familia un cuestionario, del cual los resultados más relevantes fueron los siguientes (Gráficas 15 y 16).



7. CONCLUSIONES

Se llevó a cabo un programa de salud oral en el jardín de niños Reforma Educativa, con el cuál se pudo constatar en las encuestas código 1 dirigidas tanto a preescolares como a sus padres, la falta de información de éstos así como de los hábitos que favorezcan a la salud oral. Con la aplicación del programa hubo un incremento considerable en los conocimientos acerca de la importancia de la prevención, así como formar hábitos que favorezcan a la



educación para la salud, esto se observa en los resultados obtenidos de todas las gráficas para ambas encuestas.

La presentación de imágenes fue de gran ayuda mostrando cuales son las enfermedades orales, sus factores de riesgo y las repercusiones a futuro que éstas pueden tener en sus hijos, debido a que la gente es muy visual se logró crear el efecto que se requería. Es de vital importancia informar a los padres sobre el cuidado en la calidad de la alimentación en los niños con respecto a la disminución en la ingesta de comida chatarra y el incremento en el consumo de frutas y verduras y agua simple, de esta manera se hizo hincapié al estilo de vida.

En virtud de que los niños se muestran inquietos al querer saber sobre las partes de su cuerpo se logró más fácil la participación y el aprendizaje, además de reforzar las actividades con palabras de aprobación y premios cuando realicen bien una actividad. Se comprobó que una clave importante es hacerlo a través del juego.

Los programas de salud son una gran herramienta para que el cirujano dentista logre las metas que se propone en una comunidad, en este caso se pudo lograr los conceptos correctos en los preescolares y los padres, que realizaran el cepillado dental por lo menos dos veces al día después de comer con la técnica correcta y que los padres consideraran llevar a sus hijos al odontólogo a revisión. En el presente trabajo se expresa la importancia de los programas de salud oral y el cómo estos influyen en el estilo de vida, como se puede comprobar en las gráficas 3, 4, 5, 10 y 11 donde se observa el cambio en los hábitos de higiene oral y nutricionales. Debido a estos resultados se recomienda la elaboración de más programas de salud oral en los diferentes servicios de salud que se brindan en México de forma permanente y con evaluaciones constantes para monitorear los resultados y el avance hacia la salud oral nacional.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez R, Kuri P. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. 4ª ed. Cd. México: Editorial El Manual Moderno, 2012. Pp. 13-17, 19, 29, 30, 38, 57-65
2. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf> consultado el 2-febrero-2015
3. Toledo G. *Fundamentos de la salud pública*. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Pp. 16,17 28-29-30
4. Cuenca E, Baca P. *Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios Métodos y Aplicaciones*. 3ª ed. Barcelona: Editorial Masson, 2005. Pp. 12, 13, 206, 207
5. http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/CuadHist90.pdf consultado el 4-febrero-2015
6. Hernández I, Gil A, Delgado M, Bolumar F. *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. 1ª ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2005. Pp. 7, 8, 227
7. De la Fuente J, Sifuentes MC, Nieto ME. *Promoción y Educación para la Salud en Odontología*. 1ª ed. Cd. México: Editorial El Manual Moderno, 2014. Pp. 1-6, 9, 41, 42, 60, 61
8. Fajardo G, Neri R, Carrillo AM. *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México 1902-2002*. 1ª ed. Cd. México: Editorial corrió a cargo de Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la UNAM, 2002. Pp. 12, 13, 14
9. Soberón G, Kumate J, Laguna J. *La salud en México: Testimonios 1988*. Vol 2, 1ª ed. Cd. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988. Pp. 14-23, 28-30
10. http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/259/259_03.pdf consultado el 7-febrero-2015
11. http://www.eumed.net/tesis-doctoriales/2012/mirm/sistema_nacional.html consultado el 8-febrero-2015



12. <http://mexicolegal.com.mx/vp-ind.php?id=119&categoria=politica>
consultado el 8-febrero-2015
13. http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/qsomos.php
consultado el 8-febrero.2015
14. <http://www.salud.df.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm>consultado el
9-febrero-2015
15. <http://www.acatlan.unam.mx/repositorio/general/Multidisciplina/Segunda-Epoca/multi-1993-02-01.pdf> consultado el 9-febrero-2015
16. <http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=acercade&id=312>
consultado el 10-febrero-2015
17. Carlo E, Medina-Solís, Maupomé G, Ávila L, Pérez R, Pelcastre B, América P, Pontigo-Loyola. *Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción*. Rev. Biomed. 2006; 17:269-286.
18. Mazariegos ML. *Programa de salud bucal del preescolar y escolar*. 1ª ed. México: Secretaria de Salud, 2011. Hallado en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
19. <http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=Salud%20P%FAblica>
consultado el 18- febrero-2015
20. Hernández AI. *Programa de educación para la salud bucodental aplicado a alumnos que cursan preescolar en la Escuela Jardín de Niños Japón*. 2011.Cd. México: UNAM, 2011. Pp. 9, 10
21. <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eduformal.pdf> consultado el
22-febrero-2015
22. [http:// www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf](http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf) consultado el
23-febrero-2015
23. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074e.pdf>
consultado el 23-febrero-2015



24. Torres IA, Beltrán FJ, Barrientos C, Lin D, Martínez G. *La investigación de la educación para la salud, retos y perspectivas*. RevMed UV 2008; 8(1): 45-55. Hallado en:
https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/articulos/investigacion.pdf
25. García, M, Cerqueira M, OMS, OPS. *Participación Social y Educación para la Salud*. 1ª ed. Cd. México: Editorial corrió a cargo del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, 1994. Pp. 116, 117
26. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Entrevista%20Villasenor.pdf consultado el 27-febrero-2015
27. Frías A. *Salud pública y educación para la salud*. 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson, 2002. Pp. 49, 50
28. González R, Castro JME, Moreno L. *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida*. 1ª ed. Cd. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 2012. Pp. 18-23, 287, 288
29. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-005.pdf> consultado el 3-marzo-2015
30. <http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf> consultado el 3-marzo-2015
31. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> consultado el 3-marzo-2015
32. Hernández E. *Estrategia para la elaboración de un programa de salud oral*. Cd. México: UNAM, 2012. Pp. 51,54. Hallado en:
<http://132.248.9.195/ptd2012/noviembre/302332535/Index.html>
33. Chávez E. *Manual para la elaboración de programas de educación para la salud*. Cd. México: UNAM, 2008. Pp. 12. Hallado en:
<http://132.248.9.195/ptd2008/agosto/0630653/Index.html>
34. Guedes AC, Bönecker M, Martins CR. *Fundamentos de Odontología. Odontopediatría*. 1ªed Brasil: Editorial Livaria Santos, 2011. Pp. 36



35. Martínez R. *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. 6ª ed. Cd. México: Editorial El Manual Moderno, 2009. Pp. 367-373
36. Castillo R. *Estomatología pediátrica*. 1ª ed. Madrid: Editorial Ripano, 2011. Pp. 73-75
37. Escobar F. *Odontología Pediátrica*. 1ª ed. Madrid: Editorial Ripano, 2012. Pp. 12-15, 21-25
38. SEP. *Programa de estudio 2011. Guía para la educadora. Educación básica preescolar*. Obtenido de la Secretaria de Educación Pública. Pp 21, 41, 56, 68, 74, 75
39. http://uva.anahuac.mx/mace/modulos/modulo_1/info_unidad_2.html#desmor consultado el 5-marzo-2015
40. http://upvv.clavijero.edu.mx/recursos/DesarrolloNinoAdolecente/vector3/documentos/Teoria_del_desarrollo_de_Piaget.pdf consultado el 6-marzo-2015
41. <http://embriobd-maryleanda.blogspot.mx/2012/03/erupcion-dentaria.html> consultado el 10-marzo-2015
42. <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> consultado el 10-marzo-2015
43. http://www.sid.cu/galerias/doc/.../capitulo_8_indicadores_epidemiologicos.doc consultado el 10-marzo-2015
44. documents.pageflip-flap.com/4hX3MlvaedOhIAFckhh consultado el 16-marzo-2015
45. Osorio E. *Manual de índices epidemiológicos sobre salud pública*. FO. UNAM. 2004. Cd. México: UNAM, 2008. Pp. 8, 15, 18 Hallado en: <http://132.248.9.195/ppt2004/0330017/Index.html>
46. <http://es.slideshare.net/10021977/indice-copd> consultado el 18-marzo-2015





9. ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Seminario de Titulación de Educación Para la Salud
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA ESCOLARES



CÓDIGO 1

EDAD: _____ FECHA: _____ SEXO: H M

1.- ¿Te cepillas los dientes después de cada comida?

- A) Si
- B) No

2.- ¿Crees que es importante lavarte los dientes?

- A) Si
- B) No

3.- ¿Sabes lavarte los dientes?

- A) Si, de violín
- B) Si, en forma de barrido
- C) No se

4.- ¿Quién te lava los dientes?

- A) Yo solo
- B) Mis papás
- C) Con ayuda _____

5.- ¿Con qué te lavas los dientes?

- A) Agua
- B) Cepillo de dientes y pasta
- C) No me los lavo

6.- ¿Te han llevado al dentista?

- A) Si
- B) No

7.- ¿Sabes qué es la caries?

- A) Si Explícalo _____
- B) No

8.- ¿Qué comes antes de venir a la escuela?

- A) Leche, licuado o cereal
- B) Galletas o pan
- C) Frutas y verduras
- D) No desayuno
- E) Otro _____

9.- ¿Comes dulces todos los días?

- A) Si
- B) No

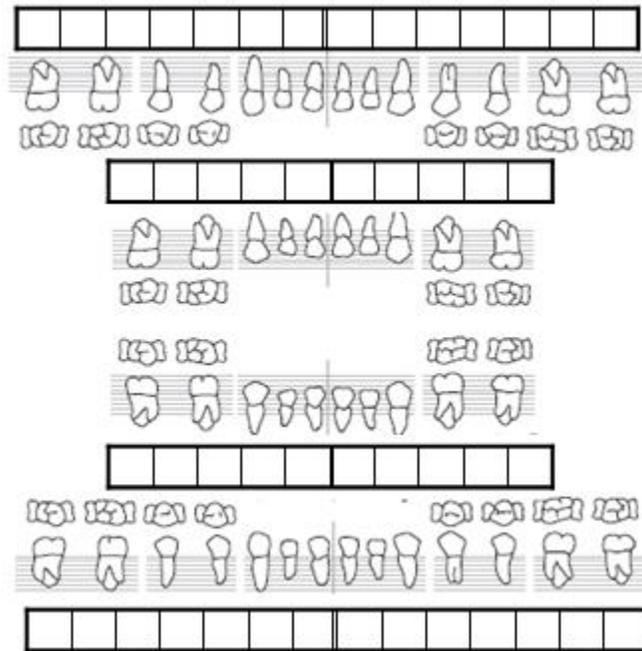
10.- ¿Qué comes en la tarde entre comidas?

- A) Galletas o Papas
- B) Frutas y Verduras
- C) Nada

11.- ¿Tomas refresco o jugo diario?

- A) Si
- B) No

ODONTOGRAMA



† † † †

CODIGOS Y CRITERIOS DEL ceo-d y CPO-D		
PERMANENTES	CONDICIÓN	TEMPORALES
1	Cariado	6
2	Obturado	7
3	Perdido por caries	--
4	Extracción indicada	8
5	Sano	9
0	No aplicable	0



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Seminario de Titulación de Educación Para la Salud



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA

CÓDIGO 1

EDAD DEL ESCOLAR: _____ FECHA: _____ SEXO DEL ESCOLAR: H M

1.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo?

- A) Una a dos veces al día
- B) Tres o más veces al día
- C) No se los lava

2.- ¿El cepillado lo realiza de manera independiente?

- A) Si
- B) No

3.- ¿Cuántas veces al año su hijo va a revisión odontológica?

- A) De 1 a 6 meses
- B) Cada año
- C) No lo visita

4.- ¿Le ha enseñado su odontólogo la técnica correcta para el cepillado dental de su hijo?

- A) Si
- B) No

5.- ¿Con qué frecuencia a la semana consume dulces su hijo?

- A) De uno a tres días
- B) De cuatro a siete días
- C) No los consume

6.- Aparte de los dulces ¿Cuántas veces a la semana su hijo consume comida chatarra como: galletas, frituras, pasteles etc?

- A) De uno a tres días
- B) De cuatro a siete días
- C) No los consume

7.- ¿Sabe qué es la caries dental?

- A) Si Explíquelo _____
- B) No

8.- ¿Sabe que es la gingivitis?

- A) Si Explíquelo _____
- B) No

9.- ¿Sabe cómo prevenir enfermedades orales?

- A) Si
- B) No



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Seminario de Titulación de Educación Para la Salud



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

- 1.- ¿Qué le pareció el programa de Salud Oral?
A) Bueno.
B) Malo.
C) No me informe acerca de este Programa.

- 2.- ¿Comprendió su hijo a cerca de lo que es caries?
A) Si.
B) No.
C) No le he preguntado.

- 3.- ¿Logramos que su hijo se lavara los dientes después de cada comida?
A) Si.
B) No.
C) No asistí a la junta.

- 4.- ¿Aprendió usted acerca de las enfermedades orales?
A) Sí, más de lo que sabía antes.
B) No, no entendí.
C) No asistí a la junta.

- 5.- ¿Cree que es importante que los escolares y usted sepan sobre la importancia de una salud oral?
A) Si es importante.
B) No es importante.

- 6.- ¿Le gustaría que se implementaran más programas de salud bucal?
A) Si.
B) No.

GRACIAS



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Seminario de Titulación de Educación Para la Salud



CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

México, D.F. a _____

Yo _____, con domicilio en _____

en calidad de familiar o tutor de _____,

declaro que la pasante _____ me ha explicado que:

- Llevará a cabo un Programa de Salud Oral en el jardín de niños Reforma Educativa, el cual tendrá como objetivo enseñar a mi hijo (a) técnicas de cepillado, así como establecer otras medidas de prevención para evitar la caries dental.
- Se le realizará a mi hijo una revisión oral sin llevar a cabo ningún procedimiento odontológico, cuya finalidad será exclusivamente estadística.
- Existe la posibilidad de revocar éste consentimiento, siempre y cuando se notifique por escrito a la pasante.

Declaro que comprendo y acepto todos los incisos anteriores y que toda la información que proporcioné es verás. Así mismo, manifiesto mi conformidad con la información recibida, los alcances y al atención proporcionada a mi hijo(a) y por lo tanto, otorgo mi consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos necesarios durante el programa.

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de la pasante