



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
PARA APLICARSE A NIÑOS PREESCOLARES.

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:

DALIA MARÍA MÉNDEZ SÁNCHEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

CIUDAD UNIVERSITARIA, Cd. Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Quiero agradecerte primero a ti mamá, por todo el trabajo, por toda tu fe, por todas tus decisiones. Eres la persona más fuerte y valiente que conozco, te amo.

Matos gracias por compartir tu infancia conmigo como mi mejor amigo. Reconozco todo tu esfuerzo, por ti esto es posible. Jamás podré pagar lo que has hecho por mí y por mamá, estoy orgullosa de quien eres y de quien siempre has sido.

A Monique, Omar, Eder y Victor, quienes me han enseñado lo que es el amor hacia los hijos y me han dado su apoyo incondicional desde que nací.

Infinitas gracias a ti Paulino y a ti Irais por ser mis conejillos de indias y padecer por mi culpa, porque sin pensarlo y sin importar las distancias una y otra vez estuvieron ahí.

Gracias a mis sobrinos Leo, Yi, Nena, Bruno, Pau, Juanma, Miris e Isaac porque han sido mi más grande felicidad en su momento.

Ubaldo por enseñarme a hacer siempre lo mejor, por darme ánimos en tiempos malos, por Mossa, por tu cariño incondicional y por toda la dedicación mil gracias.

Rojitas, gracias por ser mi incondicional estos 5 años, por todos esos días que pasamos juntas desde antes que el sol saliera hasta que se ocultaba, y lo bueno y malo que en ellos vivimos.

Quiero que sepan que lograrlo no sería posible sin ustedes, gracias por ser mi motor y creer en mí, por dar mucho de ustedes.

A la doctora María Elena por cumplir con tanta responsabilidad su trabajo y ayudarme siendo una guía para realizar este trabajo aún cuando su salud no era óptima, muchas gracias.

Pero sobre todo agradezco infinita y eternamente a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por formarme como profesionalista, siempre brindando la mejor calidad en conocimientos, profesores, aulas, laboratorios y clínicas. Pero sobre todo por permitirme estudiar cuando por mi condición económica eso no hubiese sido siquiera imaginable, por cultivarme como persona y por tantas oportunidades.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES

- 1.1 Conceptos de estrategia, salud, educación y educación para la salud.
- 1.2 Desarrollo psicosocial del niño.
 - 1.2.1 Factores de desarrollo psicosocial en la familia.
 - 1.2.2 Factores de desarrollo psicosocial en el ambiente y la escuela.

CAPÍTULO 2 TEORÍAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

- 2.1 Teoría psicodinámica: Freud y el desarrollo psicosexual, Erikson y el desarrollo psicosocial.
- 2.2 Teoría del aprendizaje: Skinner y el condicionamiento, Sears y el aprendizaje social.
- 2.3 Teoría cognoscitiva de Piaget.
 - 2.3.1 Etapas del desarrollo cognoscitivo.

CAPÍTULO 3 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR

- 3.1 Características psicológicas.
- 3.2 Características del crecimiento y desarrollo.

CAPÍTULO 4 COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA ACCIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD

4.1 Miedo.

4.2 Ansiedad.

4.3 Agresividad.

4.4 Rabieta.

CAPÍTULO 5 ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDAS A NIÑOS PREESCOLARES

5.1 Estrategias de educación para preescolares.

5.1.1 Pizarrón.

5.1.2 Fanelógrafo.

5.1.3 Rotafolio.

5.1.4 Periódico mural.

5.1.5 Teatro de títeres

5.1.6 Simulaciones.

5.1.7 Canciones.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo y se da de diferentes maneras dentro de la vida en sociedad. El niño adquiere educación dentro del sistema formal de enseñanza, pero también en una variedad de formas fuera de este sistema, como su experiencia de la vida diaria y en su interacción con otras personas con lo que adquiere aprendizajes empíricos a lo largo de su vida.

Por lo tanto, enseñar no es una actividad de patrimonio exclusivo de los educadores profesionales; por el contrario son muchas las profesiones que incluyen un considerable componente educativo en su labor con la comunidad. En el campo de la salud se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones, esto se debe a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de los medios y de una preparación adecuada para asumir esa responsabilidad. Es en éste contexto que la educación para la salud adquiere una gran importancia y es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, reforzando conductas positivas.

Estrategias como el pizarrón, franelógrafo, rotafolio, periódico mural, teatro de títeres, simulaciones y canciones son usadas durante la enseñanza a los niños, obteniendo un aprendizaje eficaz por parte de éstos; por esta razón su uso en el aprendizaje de nuevas conductas es de suma importancia.

En el presente trabajo se describen estrategias de enseñanza que pueden ser utilizadas en la odontología con resultados eficaces en niños para que éstos aprendan y modifiquen conductas.

OBJETIVO

Proporcionar una herramienta de consulta que posibilite a los cirujanos dentistas identificar, analizar y aplicar diferentes estrategias de educación para la salud en niños, ya sea en trabajos de campo y comunitarios o durante su consulta privada.

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES

1.1 Conceptos de estrategia, salud, educación y educación para la salud.

La real academia española define a la palabra estrategia como la provincia bajo el mando del general, proveniente del latín “strategia” y del griego “stratēgós”- general. Arte de dirigir las operaciones militares, traza para dirigir un asunto.

En un proceso regulable, conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.¹

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²

Así mismo la salud es considerada una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio, y se considera al proceso salud enfermedad como una unidad.³

La educación es un proceso humano y cultural complejo, es un todo individual; se entiende como el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras personas, de la enseñanza.⁴

También se define a la educación como la formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.⁵

La educación para la salud es un proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse de una manera que favorece la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud.⁶

La educación para la salud como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud.⁷

Se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo.⁸

1.2 Desarrollo psicosocial del niño.

El desarrollo del niño implica el estudio del ser humano desde el nacimiento hasta la adolescencia, y más allá del crecimiento físico, el desarrollo psicológico debe considerarse como una serie de procesos mediante los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente como el temperamento, la personalidad y las aptitudes cognoscitivas interactúan con los factores ambientales particulares para modelar el comportamiento del niño. Este comportamiento se estudia desde varias perspectivas para explicar los aspectos del desarrollo emocional, cognoscitivo y social.⁹

El desenvolvimiento es el producto de la interacción continua de la herencia con el medio, esto implica múltiples influencias en su vida desde la etapa intrauterina.

La población, cada día que pasa se hace más consciente de la importancia de desarrollar hábitos saludables que deben adquirirse desde el nacimiento del niño en el seno familiar. La educación odontológica debe iniciarse durante la gestación y continuar después del nacimiento del niño.¹⁰

El desarrollo psicológico de un niño es continuo, integral y multidimensional ya que se procesa en varias dimensiones: motora, cognitiva, emocional y

social, variando de niño a niño de acuerdo a sus características biológicas, hereditarias y del ambiente con el cual interactúa.

Dado que la imitación con sus figuras de identificación parental es una de las bases de aprendizaje durante la etapa preescolar su actuar tiende a ser como las conductas que observa, el aseo, el vestido, los valores familiares, la higiene, la formalidad y el juego. Lo mismo aprende por observación previa a emitir opiniones, juicios orales, a no decir mentiras, no hacer trampas, no robar, ser bondadoso o tomar en cuenta los derechos y bienestar del otro.¹¹

La conducta no sólo se presenta en el ámbito de identificación con el padre o la madre, si no también dentro de la escuela, en donde la captación del medio escolar con maestros y compañeros requiere estructurar nuevas estrategias socializadoras que hagan congruente lo aprendido en casa.

Existe una estrecha relación entre la manera de los padres para solucionar los conflictos y la forma en que los niños actuarán fuera del hogar, si lo hacen de manera agresiva suele transferirse la conducta agresiva al niño y esto suele manifestarse en la escuela. La iniciativa o el gozo de rivalizar con hermanos o amigos lo hacen ponerse celoso de ellos; cuando el niño no logra destacar ante los padres y otras figuras de autoridad aparecen la culpa, la resignación y la ansiedad, dificultándose el desarrollo psicosocial. En este momento es de gran importancia que los padres le ayuden a regular sus metas y aspiraciones.¹²

El niño en etapa preescolar en un intento por manejar sus miedos y ansiedades, recurre a dos mecanismos psicológicos que son el contrafóbico y el de identificación con el agresor. En el primero se expone al objeto como fóbico a través de ver programas de televisión o leer material que está relacionado con brujas, monstruos, entre otros; el segundo muestra la tendencia de querer disfrazarse de dichos personajes, para de alguna manera sentir que se transforma en el mismo objeto al que le teme.¹³

Cuando estas funciones no se desarrollan de manera adecuada o su actuación llega a ser defectuosa, la presencia de estos mecanismos continúa o bien reaparece en etapas posteriores de la vida, considerándoles entonces como patológicos. De los procesos de identificación surgirán muchas posibilidades en el futuro tanto individual, como socialmente. Es por ello la necesidad tener presente al padre del mismo sexo como una imagen de tolerancia y aceptación hacia el niño que le permitan imitarlo, para así ser “uno como si fuera el otro” capturando no sólo su imagen sino también la forma en la que se desenvuelve en el mundo y con la sociedad.¹⁴

Especialistas organizan información e ideas en estructuras mayores llamadas “teorías” que ofrecen una especie de mapa al describir y explicar la gran diversidad de comportamientos humanos; sin embargo, ninguna de ellas abarca la realidad por completo.¹⁵

1.2.1 Factores de desarrollo psicosocial en la familia.

Existe evidencia de que la adecuada estimulación temprana y los cuidados amoroso de la madre cuando el niño padeció desnutrición grave, son la clave para la recuperación de capacidades cognitivas e inteligencia. Los estudios sugieren que una crianza adecuada favorece la adaptabilidad del niño, su grado de control interno y autoestima. Parece ser que el mejor método de crianza es una combinación de alto nivel de disciplina con una crianza empática y armoniosa, soliendo tener efectos más benéficos en el desarrollo de las conductas sociales.¹⁶

La disciplina no consiste en castigos, sino en un modelo inductivo de hacer que el niño integre las acciones que se consideran aceptables ante la sociedad. El padre que acompaña altas expectativas de la conducta deseable con ternura, elogio y recompensa de la conducta apropiada, tiene interés real

en el niño, toma en cuenta sus necesidades y puntos de vista. Ésto incluye razonar con el niño, dar explicaciones y negociar con él.¹⁷

Excepción hecha cuando el niño sólo pretende saciar su satisfacción sin considerar opiniones externas. La madre y el padre siempre están interesados en la escuela y en su rendimiento, el apoyo de éstos, la intimidad con ello, las reglas caras en casa, el respeto por la individualidad del niño y padres menos ausentes de la casa son características de los niños más resistentes a nivel emocional.¹⁸

Se ha descrito el efecto protector de una relación positiva, cuando menos con uno de los padres, aún en el caso de intenso conflicto marital o ante la presencia de uno de los padres con trastorno mental. En el caso de la relación con los hermanos, se observa que el apego y el apoyo que reciben de ellos puede ser de gran utilidad emocional.¹⁹

Se han descrito, de manera tradicional, a las familias más sanas como aquellas que tiene mayor cohesión, comunicación y adaptabilidad para enfrentar situaciones nuevas ya sean circunstancias económicas, muertes, o bien dentro de las etapas críticas del desarrollo mismo de la familia.

Hay que destacar que las familias resistentes se caracterizan por poner énfasis en sus tradiciones o celebrar aniversarios entres sus miembros; poseen alto nivel de comunicación, perciben mayor control sobre sus vidas y la convicción de que la familia resistirá las tensiones; están interesados en permanecer juntos durante las rutinas como las comidas.²⁰

Varios investigadores han explorado el riesgo y destino de niños que conviven o han sido criados por padres con enfermedad mental. En general el riesgo es mayor para los niños cuyos padres tienen una enfermedad afectiva, sobre todo depresión, en comparación con cualquier otra enfermedad mental que pudiera promoverles cierto erecto de “inmunidad” a padecer algún trastorno psicológico.²¹

1.2.2 Factores de desarrollo psicosocial en el ambiente y la escuela.

Estos factores se refieren a experiencias en la escuela, en el vecindario y el afecto de las relaciones sociales. Conforme el niño crece puede tener acceso a experiencias compensadoras que amortiguan los efectos negativos de experiencias traumáticas previas buscando apoyo emocional fuera casa, con amigos u otros adultos que sirven de modelo (maestro, sacerdote, vecino, etc.). El éxito en la escuela favorece la autoestima, la sensación de estar en control y poder cambiar las cosas que le desagradan. Es posible que lo que se aprende no sea tan importante, como la buena actitud hacia el aprendizaje que en sí permite el acceso a estrategias para resolver problemas y la ejecución de acciones que modifican el resultado de un proceso.¹⁶

La escuela es un agente socializador que puede tener características positivas o indeseables. En el primer caso promueven la adaptabilidad, la autoestima del niño: presentan un ambiente armonioso y estable, con altas expectativas académicas y de conducta, y aplican las reglas de manera consistente.

En cuanto al ambiente, en su sentido más amplio, existe la evidencia de que la frecuencia de alteraciones mentales en el niño es dos veces mayor en las ciudades que en el campo²². La razón de esta diferencia puede marcarse en factores como el hacinamiento, menor oportunidad para cuidar a los hijos mientras juegan, tráfico intenso de automóviles y ruido, vecindarios en estado de degradación física, concentración de familias con problemas en una sola área que favorece el pandillerismo, drogadicción o ambos.

Aunados a los factores anteriores, existen otros más de aparente trivialidad como el grado de iluminación pública, la presencia de vigilancia y la clara influencia de los padres de no permitir la asociación de sus hijos con grupos de jóvenes delincuentes.

CAPÍTULO 2 TEORÍAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

2.1 Teoría psicodinámica o psicoanalítica: Freud y el desarrollo psicosexual, Erikson y el desarrollo psicosocial.

De acuerdo con estas teorías, las acciones de una persona son causadas por factores biológicos y sociales. La conducta observable debe explicarse en función de fuerzas internas. Los conflictos, las tensiones, la angustia y la frustración alimentan motivaciones del funcionamiento humano. El psicoanálisis ha intentado valorar en el funcionamiento de la psique la importancia del inconsciente especialmente de los impulsos, elaborando una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes: impulsos sexuales e instintos, contraimpulsos de origen social, principio de placer y realidad, energía de los impulsos y energía de la carga afectiva.²³

Sigmund Freud establece que el comportamiento es gobernado por procesos inconscientes y conscientes y que la personalidad tiene una estructura desarrollada a lo largo del tiempo.

Freud propuso la existencia en tres partes: el *id*, centro de la libido; el *ego* más consciente, el ejecutivo de la personalidad; el *superego*, dentro de la consciencia y la moralidad, ya que incorpora las normas y las limitaciones morales de la familia y la sociedad. En este sentido el bebé es todo *id*, todo instinto, todo deseo sin la influencia limitadora del *ego* y *superego*. El *ego* comienza a desarrollarse entre los 2 y 4 años de edad, conforme el niño aprende a modificar sus estrategias de satisfacción, a diferenciar las acciones correctas moralmente de las que no lo son y el *superego* comienza a desenvolverse a medida que el niño incorpora los valores y costumbres del país.²⁴

Además, Freud explica que los estados del desarrollo psicoanalítico se basan en la maduración de las partes del cuerpo donde la energía es focalizada en determinada época del desarrollo con la existencia de un impulso sexual instintivo e inconsciente. Los estados fueron llamados oral, anal, fálico, de latencia y genital.

El estado oral va del nacimiento al primer año de edad, la boca es la estructura sensorial más desenvuelta, es un vínculo inicial que establecerá las bases de las ligaciones afectivas del niño. Por ella el niño busca supervivencia, conocimiento del mundo y placer.

El estado anal abarca del primer a los tres años de edad, el niño comienza a andar, hablar y controlar los esfínteres, siente placer al ser elogiado en el entrenamiento de usar el baño.

En el estado fálico que va de los 3 a los 5 años la libido se identifica en zona genital, se configura una relación en la que el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo y pasa a desear el sexo opuesto.

A la edad de 6 años inicia la etapa de latencia donde el niño inicia la escolarización y la identificación con personas del mismo sexo.

De los 12 a los 18 años llega la etapa genital con el desenvolvimiento del sistema hormonal resultado de la pubertad, inicia el interés por la vida sexual.

Por otro lado, Erikson establece los *estados psicosociales* como influenciados por la demanda cultural comunes a niños de cada edad, indica que los niños avanzan a lo largo de una secuencia fija de tareas o dilemas, cada una centrada en el desarrollo de una faceta de la identidad como la necesidad de entrenar al niño para ir al baño a los 2 años y aprender habilidades escolares a los 6 años.²⁵

En ambas teorías el punto crítico es que el grado de éxito de un niño en satisfacer las exigencias de los estados dependerá mucho de las interacciones

con las personas y objetos de su mundo. Así cuando un estado no queda enteramente resuelto, las antiguas necesidades son llevadas adelante afectando la capacidad del individuo de lidiar con tareas de estados posteriores.²⁶

2.2 Teoría del aprendizaje: Skinner y el condicionamiento, Sears y el aprendizaje social.

Las teorías del aprendizaje enfatizan más en el ambiente que moldea el niño, que cómo el niño comprende sus experiencias. Es lo que se conoce como el enfoque *estímulo- respuesta*. En esta teoría el concepto básico es el de condicionamiento y puede ser de dos tipos; *clásico*, esta forma de aprendizaje comprende la adquisición de nuevas señales para respuestas existentes o sea cuando dos estímulos se presentan juntos, por ejemplo; el momento previo a que un bebé sea alimentado, las sensaciones cenestésicas de ser erguido y las sensaciones táctiles de estar entre los brazos de la madre desencadenarán la respuesta del bebé de voltear la cabeza y empezar a succionar.²⁷

El acondicionamiento clásico es de especial interés en virtud del papel que desempeña el desenvolvimiento de las respuestas emocionales. Por ejemplo, cosas o personas presentes cuando el niño se siente bien se volverán estímulos condicionados para la misma sensación de bienestar, mientras aquellas previamente asociadas a una sensación desagradable pueden volverse un estímulo condicionados para una sensación de inquietud o ansiedad.²⁸

De acuerdo con esta teoría, ocurre una asociación entre un sentimiento, acción, objeto o estado fisiológico y un estado que sirve de estímulo. Cuando un niño va a un consultorio por primera vez y tiene una experiencia negativa, la próxima vez que el niño vuelve al consultorio, aunque sea en otro ambiente y con otro profesional, él probablemente sentirá miedo.

Para una situación de condicionamiento con objetos el ejemplo es el siguiente: si al niño se le da chupón, succiona, y si al mismo tiempo lo asociamos al ruido de una sonaja repetidamente, el niño terminará por succionar cuando suene la sonaja.²⁷

El condicionamiento *instrumental u operante*, en éste la atención de los padres determina que una conducta se repita, por ejemplo; si el niño llora y la madre lo coge en brazos, se repetirá la conducta.

Envuelve la asociación de una nueva respuesta a un antiguo estímulo, por la aplicación de estímulos de refuerzo adecuados. Cualquier comportamiento que sea reforzado tendrá mayor probabilidad de ocurrir otra vez en la misma situación o en una situación parecida.⁹

2.3 Teoría cognoscitiva de Piaget.

Esta teoría da más relevancia a la actividad humana, que es el pensamiento, interesa el desenvolvimiento cognitivo y no la personalidad, enfatiza en la explotación de los objetos por parte del niño. Presta especial atención a los procesos internos mediante los cuales los individuos interpretan los eventos externos y planean la respuesta a los mismos.²⁹

Para Piaget el desarrollo cognoscitivo se divide en cuatro etapas. Él asumió que las etapas estaban organizadas alrededor de un tema dominante y que cada etapa contenía comportamientos cualitativamente distintos, las estructuras que caracterizan cada estado no son enteramente predeterminadas por la herencia, la experiencia física y el ambiente social contribuyen para la emergencia de esos estados. Así todos los niños recorren los estados en la misma secuencia fija, pero la edad cronológica donde los niños completan cada estado sucesivo podría variar. La idea central de esta teoría es que está en la naturaleza del organismo humano adaptarse a su

ambiente. No es el ambiente el que moldea al niño, pero él, así como el adulto busca una forma activa de comprender su ambiente, explorando, manipulando y examinando objetos de su mundo.³⁰

2.3.1 Etapas del desarrollo cognoscitivo.

*Periodo moto-sensorial (0-2 años).

- El tema principal es el descubrimiento de la relación entre las sensaciones y el comportamiento motriz.
- Captación del ambiente por los sentidos, inicia la manipulación de objetos y las acciones motoras.
- Las experiencias sensoriales (visión sonido, tacto y paladar) se vuelven coordinadas.
- Organización del ambiente, aprendizaje de la discriminación de objetos, además de que la temporalidad de estos es distorsionada considerándolos permanentes en lugar de transitorios.³¹

*Periodo preoperatorio (2-6 años).

- Trata sobre el descubrimiento de las operaciones mentales, como planes, estrategias y reglas para resolver y clasificar problemas.
- Desarrollo de la razón por clasificación, capacidad del lenguaje sin dominio verbal y conceptual.
- Nombra y clasifica objetos, refinamiento de la capacidad sensorial motora.
- Concreción: casi no hay diferenciación entre el mundo real y la fantasía.
- Irreversibilidad: falta de flexibilidad y movilidad del pensamiento (la madre que sale por una puerta no regresa jamás).

- Egocentrismo: dificultad para aceptar el punto de vista del otro y las normas sociales predominantes.³²

* Periodo de las operaciones concretas (7-12 años).

- Se ocupa de la extensión de las operaciones mentales desde los objetos concretos hasta los términos simbólicos.

- Adquisiciones intelectuales y comprensión de la lógica.

- Elaboración de operaciones lógico- matemáticas: seriación, clasificación conservación y correspondencia.

- Deja de ser egocéntrico, aprende las reglas del juego y se prepara para el diálogo. Tiene la capacidad de solidarizarse y vivir en grupo.

* Etapa de operaciones formales (de los 12 años a edad adulta).

- Se centra en la capacidad para considerar múltiples posibles soluciones a un problema y la capacidad de probar dichas posibilidades sistemáticamente.

- Coordinación de conceptos abstractos y lógica conductiva.

- Conciencia del propio pensamiento buscando autonomía e identidad.³³

CAPÍTULO 3 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR

En nuestra sociedad entre los 3 y los 6 años, se le denomina edad preescolar, en esta etapa el niño incrementa de manera considerable su lenguaje, lo que le permite comunicarse, además de tolerar estar separado de sus padres. Aumenta la capacidad de controlar sus emociones, así como es capaz de sentirse culpable o ansioso cuando no respeta las normas. El pensamiento del niño, aunque no es complejo, continúa mostrando egocentrismo. Aún falta capacidad para comprender que el punto de vista de otra persona es diferente al suyo; es recomendable dar instrucciones claras.³⁴

3.1 Características psicológicas.

❖ De los 2 a los 4 años.

Alrededor de los 2 años hay un aumento del desarrollo motor, sube escaleras con apoyo corre y salta. Además, presenta un marcado desarrollo del lenguaje y mayor estabilidad emocional. Puede esperar periodos cortos y tolerar si es necesario, alguna frustración temporal. Algunas veces le gusta complacer a otros. En esta edad se presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios.

En torno a los 2 ½ y los 3 años se vuelve más rígido e inflexible, quiere todo tal y como se espera, también se muestra muy dominante y exigente; expresa las emociones de forma violenta, por lo tanto resulta difícil comunicarse con él.

Pasados los tres años comienza a comunicar y razonar, la comprensión del habla es mayor y puede construir frases de 3 palabras. Posee un vocabulario de aproximadamente 1000 palabras. Le gusta tanto dar como quitar; a esta edad se le conoce como el “yo también” y la edad de la imitación. Le gusta hacer amigos y se muestra muy susceptible al elogio, es capaz de comprender

y realizar órdenes verbales, gracias a que mejora la capacidad de comunicarse, es capaz de establecer relaciones sociales interpersonales.³⁵

❖ De los 4 a los 6 años.

Al principio de esta fase la conducta es inestable y tiene mucha facilidad para perder el control, pega, pateo, y rompe cosas en momentos de ira. Progresivamente la conducta mejora y se puede razonar con él. Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica.

El lenguaje pasa de frases con 4 palabras a frases con 5 o 6 (inicio de la fase social). Responde a los elogios. Es la edad conocida del “cómo” y del “por qué”, edad de la curiosidad. A estas edades el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres. Al final de esta etapa el niño se muestra confiado, estable y equilibrado.³⁴

3.2 Características del crecimiento y desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados. Sin embargo, conllevan diferencias que es importante precisar. Se entiende por crecimiento un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento del número de células como por su tamaño. El crecimiento conlleva un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros. Este proceso se inicia en el momento de la concepción del ser humano y continúa a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia.³⁶

El crecimiento es inseparable del desarrollo y, por lo tanto, ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. El crecimiento físico de cada persona está sujeto a diversos factores condicionantes: factor genético, nutrición, función endocrina, entorno psicosocial, estado general de salud y

afectividad. El desarrollo implica la diferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano. Es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico y el nutricional.³⁷

En esta área del desarrollo físico el niño crece más rápidamente que en los tres primeros años y progresa mucho en coordinación y desarrollo muscular. Durante este periodo, conocido como primera infancia, los niños son más fuertes y saludables. Su silueta pierde la redondez y adquiere una apariencia más delgada y atlética. La barriga típica de los 3 años se reduce, al tiempo que el tronco, los brazos y las piernas se alargan. La cabeza todavía es relativamente grande, pero las otras partes del cuerpo están alcanzando el tamaño apropiado y la proporción, progresivamente, va pareciéndose más a la de los adultos.

Además, tienen lugar diferentes tipos de desarrollo en su organismo; el crecimiento muscular y del esqueleto progresa, con lo que se vuelve más fuerte. Los cartílagos se van transformando rápidamente en huesos y estos se endurecen para proteger los órganos internos. Estos cambios permiten a los niños desarrollar muchas destrezas motrices. La histamina aumenta debido a que los sistemas respiratorio y circulatorio generan mayor capacidad y el sistema de inmunidad que se está desarrollando los protege de infecciones. Las exigencias nutritivas de la primera infancia se satisfacen fácilmente, aunque demasiados niños no obtienen los nutrientes esenciales debido a que en la actualidad la publicidad y el estilo vida crea un ambiente en el que los padres alimentan a los niños con de alimentos ricos en azúcares y grasas.³⁸

❖ De los 2 a los 3 años.

- El niño sigue creciendo, aunque de forma más lenta y gradual que en los primeros años. Aumenta de 3 o 4 kg de peso y crece alrededor de 5 cm.
- Culmina la transformación de bebé a niño.
- Uno de los cambios más evidentes es la pérdida de volumen del cuerpo: las piernas y los brazos se estilizan y los músculos de las extremidades se desarrollan. Esto es gracias en gran medida a que el niño practica más actividades físicas: andar, correr, saltar.
- La columna se endereza, por lo que el niño camina más erguido.
- El cuello se alarga (se diferencia mejor la cabeza del cuerpo) y el tronco pierde corpulencia. En general, el niño adquiere un aspecto más proporcionado.
- La cara se afina (el niño pierde las mejillas abultadas, característicos de los bebés).
- La dentadura, por lo general, se completa. Los segundos molares y los caninos erupcionan durante esta etapa.
- Cambia el aspecto de sus pies, ya que empieza a desaparecer la almohadilla de grasa bajo el arco de la planta del pie. Esta almohadilla da una apariencia de pies planos.³⁶

❖ De los 3 a los 6 años.

- En cuanto al crecimiento físico, en general los niños son ligeramente más altos y pesados que las niñas.
- Los sistemas muscular, óseo, nervioso, respiratorio, circulatorio e inmunológico se encuentran madurando y aparece la primera dentición.

- El crecimiento y la salud dependen de la nutrición. Los requerimientos nutritivos del preescolar y del escolar están en función del metabolismo basal, de la edad, del ritmo de crecimiento individual, de la actividad física, de la termorregulación, entre otras.
- Las necesidades energéticas diarias son de 80-90 kcal/kg/día, lo que supone, aproximadamente, un aporte de 1800 kcal diarias en niños de 4-6 años. Aunque esta cifra es de orientación general, ya que existe una enorme variabilidad individual en cuanto a la actividad física que determina en gran medida las necesidades energéticas.³⁸

CAPÍTULO 4 COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA ACCIÓN DEL EDUCADOR PARA LA SALUD.

Normalmente los niños cuando son conducidos de forma adecuada durante la atención, se comportan de manera satisfactoria y favorable para la realización de los procedimientos odontológicos. Sin embargo, algunas veces, debido a innumerables factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que necesitan especial atención por el profesional.³⁹

4.1 Miedo

Es un estado emocional ante el peligro, caracterizado por el conocimiento intelectual del mismo y que provoca una sensación psicológica de alerta, preocupación y ansiedad.

El objeto causal es definido, atacado, tolerado. Cuando está relacionado a un instinto de conservación, éste es un factor biológico de defensa y protección; por lo tanto, un miedo natural necesario es llamado miedo biológico, de éste el niño podrá pasar al miedo psicológico, donde la defensa intelectual es menor, y de este última pasa al miedo condicionado, que interfiere con su conducta transformando la ansiedad en fobia.⁴⁰

En odontología el miedo puede ser clasificado en objetivo y subjetivo.

Miedo objetivo directo: cuando una experiencia anterior dolorosa, desagradable o de cansancio fue sufrida por el niño durante el tratamiento, o cuando las experiencias negativas del niño ocurrieron en ambientes semejantes al consultorio, por ejemplo, el médico o la farmacia.

Miedo objetivo indirecto: ocurre a partir de informaciones dadas por adultos o niños mayores, cuando los niños escuchan hablar o perciben por expresiones

faciales, que sus padres parientes o amigos fueron sometidos experiencias desagradables en el consultorio odontológico.⁴¹

En odontología el miedo de los niños está relacionado a falta de confianza en el profesional o miedo a ser engañado por comparar a su dentista con profesionales de la salud por los cuales pasó anteriormente, miedo de perder el control cuando está en el sillón con la boca abierta y expuesto a instrumentos, difícilmente el niño puede tener algún control.

Para minimizar la sensación el profesional puede delegarle alguna decisión como la elección del color del eyector, o qué diente será pulido primero

La acción del educador para la salud: realizar la técnica decir- mostrar- hacer, acordar con él que en caso de que sienta estímulos desagradables podrá levantar la mano izquierda y el tx será inmediatamente interrumpido.⁴²

4.2 Ansiedad.

La ansiedad es un estado psicológico en el que predominan sentimientos de carácter amenazador, desencadenado por estímulos internos y/o externos, reales o imaginarios que están en inminencia de suceder. La ansiedad a diferencia del miedo, no tiene objeto definido y el individuo entregado a ella se encuentra en un estado de desamparo expresado por pérdida de dirección, reacciones inadecuada sin intencionalidad.⁴³

Algunos de los orígenes del temor en los niños son el temor a ser abandonados, ansiedad debido a culpa o negación de autonomía y posición, cuando es impedido de realizar tareas para las cuales ya está listo, roces entre los padres, interferencias con la actividad física por causa de ambientes pequeños y poco espacio para jugar, nacimiento de un hermano, muerte de un pariente, o malas experiencias médicas u odontológicas previas.⁴⁴ Fig. 1



Fig.1. Niño de comportamiento difícil provocado por ansiedad.⁴⁵

Acción del educador para la salud: Cuanto más constante el niño se vuelve en relación a las consultas odontológicas menor es su ansiedad, lo que fuerza la necesidad de iniciar lo más temprano posible, aumentando así la posibilidad de que haya experiencias de éxito disminuyendo la ansiedad.⁴⁶

4.3 Agresividad

Cuando el niño se comporta agresivamente puede estar queriendo llamar o recibir atención para así expresar su dificultad de adaptación o comprensión del mundo donde vive y de las personas cercanas a él, a veces necesita ser comprendido en su manera peculiar y simple de ser, si el preescolar no es comprendido expresa sentimientos de rabia por causas y hechos ya sucedidos y no asimilados por él.

En algunas ocasiones este comportamiento expresa sentimientos de inseguridad, inferioridad, baja autoestima, ansiedad por no conocer el funcionamiento del esquema social en el que vive, además de rechazo porque nadie le da la debida atención o valor.³⁹

También el niño preescolar lo utiliza para “avisar” que no es capaz de demostrar sus profundos y verdaderos sentimientos en relación a personas o situaciones como por ejemplo los celos cuando tiene que dividir la atención de los padres o mostrar que es mejor que los amigos en la escuela.

Así mismo la agresividad suele demostrar identificación con los padres repitiendo comportamientos agresivos que observa constantemente y acaba aprendiendo.⁴⁶ Fig. 2



Fig.2. Agresividad aprendida del ambiente familiar.⁴⁸

Acción del educador para la salud: Es importante mantener el autocontrol, no gritar, pero si hablar con firmeza, no usando agresividad o violencia para reprimir aquello que se condena. Se prefiere siempre la recompensa para reforzar el comportamiento correcto, valen los elogios y cariños, observando las debidas proporciones de firmeza y coherencia en su comportamiento; cuando el niño se calme se explican los motivos del por qué él se encuentra ahí.

Si el niño pierde completamente el control y tuviera una crisis violenta, gritando, dando patadas, puñetazos, se debe tratar de asegurarlo con firmeza

conteniéndole hasta que vuelva en sí, pero siempre sin violencia, sin gritarle o agredirlo ni siquiera verbalmente.

4.4 Rabieta.

La rabieta es provocada por la frustración en la obtención de algo, Kjiner la define como una respuesta muscular donde hay excitación motora global, el niño llora, grita, se tira al suelo, rueda, se golpea en la cabeza con las manos, insulta, muerde, golpea y muchas veces llega a apnea y convulsión si hay predisposición.³⁹

Generalmente es la respuesta a la frustración lo que el niño no consigue soportar y ahí ocurre la explosión, ocasionada por los impedimentos que el adulto opone a la realización de los deseos del niño. Un diagnóstico diferencial debe hacerse en relación a la histeria, ya que la rabia cede con un tratamiento lúdico y la histeria no.⁴⁸ Fig. 3



Fig.3. Niña expresando una rabieta.⁴⁵

Acción del educador para la salud: disminuir el número de frustraciones y conocerlas para evitarlas en el futuro. Una vez iniciada la crisis se debe permitir que el niño llegue al fin sin interferencia alguna. Se debe (al terminar la crisis) acariciarlo, darle atención y valorarlo asegurándole que es amado.⁴⁹

CAPÍTULO 5 ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDAS A NIÑOS PREESCOLARES.

Las estrategias de enseñanza se definen como los procedimientos o recursos utilizados para lograr aprendizajes significativos en los alumnos. Cabe hacer mención que el empleo de diversas estrategias de enseñanza logran un proceso de aprendizaje activo, participativo, de cooperación y vivencial. Las vivencias reiteradas de trabajo en equipo cooperativo hacen posible el aprendizaje de valores y afectos que de otro modo es imposible de lograr.

Es importante destacar que las estrategias como recurso de mediación deben de emplearse con determinada intensidad, y por tanto deben de estar alineadas con los propósitos de aprendizaje, así como con las competencias a desarrollar.⁵⁰

Cabe subrayar la importancia que representa el papel del cirujano dentista en el proceso enseñanza aprendizaje, ya que en el desarrollo de una sesión de clase, éste debe crear ambientes de aprendizaje propicios para aprender.

Una representación puede ser una situación de aprendizaje grupal cooperativa mediante la cual se reduce y simplifica en un modelo pedagógico la realidad. Existen diferentes tipos de simulación didáctica, pero todas tienen en común ser alternativas dinámicas que implican la activa y emotiva participación del preescolar que aprende en una experiencia de aprendizaje que le va a proporcionar vivencias muy positivas en la construcción, bien de una noción teórica, bien de una habilidad relacionada con el saber hacer.

Existen las simulaciones con aparatos mecánicos, electrónicos o software que reproducen total o parcialmente un objeto, situación o proceso de la realidad objeto de estudio.⁵¹

5.1 Estrategias de educación para preescolares

5.1.1 Pizarrón.

El pizarrón es la más antigua, más elemental y la más utilizable de las ayudas visuales, elemento habitual en el contexto de los ambientes educativos desde el aula de preescolar hasta universidad.

Suele estar fijo a la pared, pero esto no es siempre lo ideal. Una pizarra portátil de madera ligera, material plástico o polivinil puede ser más útil, ya que es más posible ubicarla más cerca del grupo que trabaja.⁵² Fig. 4



Fig.4 Profesora usando el pizarrón plástico para enseñar en clase.⁵³

Utilidad.

- Sirve para fijar y mantener la atención sobre palabras y frases cortas que son importantes en el contexto de lo que se está hablando.
- Hacer una síntesis sobre lo que está exponiendo, dibujar figuras o esquemas sencillos que ilustren lo que se dice.

- Dar énfasis visual y facilitar la retención de lo expuesto. Puede volverse a señalar una palabra significativa todas las veces que se repita la exposición.⁵³

Colocación.

- Ubicación a la altura adecuada: el borde inferior debe estar a la altura de los ojos de los niños que están en la primera fila, a una distancia igual al largo del pizarrón.
Evitar los reflejos de luz en caso de que el pizarrón sea de algún material plástico.
- Cuidar que a los lados no haya otros elementos como láminas y mapas que dispersen la atención.⁵²

Modo de emplearse.

- Escribir con letra grande, clara y de molde.
- No hacer esquemas o dibujos que lleven mucho tiempo.
- Utilizar gises o marcadores de colores.
- Palomear, tachar o utilizar señales adecuadas para los niños de edad preescolar.
- No hablar de cara al pizarrón mientras se escribe. situarse de costado de modo que solo el propio brazo obstruya la visibilidad cuando se señale algo.⁵⁴

5.2 Franelógrafo.

Es un instrumento de apoyo que puede usarse sobre el pizarrón o la pared. Consiste en una superficie de franela o fieltro, de color negro o blanco sobre la que resaltan figuras de diferentes colores que se adhieren al estar cubiertas por detrás con lija o madera. Estas figuras se van poniendo o quitando a

medida que la exposición lo requiera. El franelógrafo se cuelga a la pared o se fija con clavos a la pared.⁵⁵ Fig. 5



Fig. 5. Uso del Franelógrafo; mientras la explicación ocurre se adhieren imágenes.⁵⁶

Utilidad.

- Sirve para presentar imágenes previamente realizadas, que describan en forma progresiva un fenómeno o una operación por pasos.
- Realizar los movimientos con las imágenes desplazándolas de acuerdo con el tema.
- Integrar o descomponer imágenes en sus diversas partes para analizarlas.
- Describir las fases de una construcción o armado por parte.
- Imprimir dinamismo a la plática sin que se disperse la atención del auditorio.⁵⁵

El educador para salud podrá emplearlo para explicar a los preescolares procedimientos sencillos llevados a cabo en el consultorio dental, por ejemplo: profilaxis, aplicación de fluoruros o selladores de fosetas y fisuras, o los alimentos que mantienen sanos los dientes, también sirve para mostrar la estructura de la boca y los dientes.

Modo de emplearse.

- Preparar con anterioridad la figuras; es decir, convierta en imágenes las ideas que el guión expresa en palabras.
- Realizar después la confección de las figuras, recortadas y pegadas. Pueden ser cartón con lija o franela al reverso.
- La producción tiene sus reglas:
 - a) Simplicidad
 - b) Dimensión adecuada (que se vean en la última fila)
 - c) Proporción (de las figuras entre sí con el fondo).
 - d) Color (combinarlos por afinidad y contraste).

El tamaño del franelógrafo debe ser adecuado al número de niños participantes. Para un grupo de 70 niños se recomienda uno de 80 cm de alto por 120 cm de ancho. Para grupos de hasta 70 niños de 50 cm por 70 cm.

- No hay problema con la iluminación porque la tela evita reflejos luminosos.
- No se recomienda el uso al aire libre. El viento puede llevarse las figuras si sopla fuerte.⁵⁴

5.3 Rotafolios.

Es un auxiliar visual que consiste en una serie de láminas u hojas de papel blanco de 50cm por 70cm superpuestas y unidas en su parte superior como una libreta gigante, fija a un soporte plegable y portátil.⁵⁷

- Se puede usar varias veces en distintos lugares en donde se explique varias veces el tema.

- Las láminas con ilustraciones y texto escrito desarrollan un tema en una secuencia realizada y ordenada con anticipación.⁵⁸ Fig. 6



Fig.6. Estructura del rotafolios, presentación de imágenes y tamaño adecuado.⁵⁹

Utilidad

- Sirve para presentar una información compuesta de fases sucesivas.
- Apoya una exposición con esquemas explicativos.
- Presenta dibujos y esquemas que no se podrían realizar en el momento por su complejidad.
- Como archivo de un tema para conservar el material y utilizarlo en otros cursos y platicas.⁵⁴

El rotafolios en la odontología ayuda a enseñar a los niños procesos que conllevan fases sucesivas, por ejemplo, técnicas de cepillado, uso del hilo dental y otros aditamentos para la higiene bucal.

Modo de emplearse

- En la confección de cada hoja se debe tener en cuenta que la ilustración y el texto se distribuyan en el espacio cuidando las proporciones.
- Asegurar que la ilustración ocupe el lugar central.
- Ubicar el texto escrito en la base de la hoja, sustentándose la ilustración.
- Cuando en una página sólo haya palabras, las frases deben ser cortas y con una sola idea principal.
- Durante el desarrollo de la clase o plática se puede usar escribiendo frases significativas y esquemas que surjan en el momento.
- Cuando se trabaje con grupos pequeños cada uno de ellos puede realizar sus conclusiones en una hoja de rotafolios y luego colocarlas en él al presentarlas en conjunto.
- A diferencia del pizarrón en el que hay que borrar lo escrito para volver a utilizar el espacio, en el rotafolios las hojas están montadas en la parte superior, sostenidas por un soporte que las superpone, lo cual permite rotarlas hacia atrás y hacia delante todas las veces que sea necesario
- Al final de la plática se puede hacer una síntesis o recopilación de lo expuesto, volviendo el conjunto de las hojas a la posición inicial.
- Sólo puede usarse en grupos máximos de 40 niños por el tamaño de las hojas (50cm por 70cm). Utilizar rotafolios más grandes sería incómodo y el movimiento de las hojas perdería agilidad.⁵⁸

5.4 Periódico mural.

Es un medio de comunicación local, ubicado en un lugar visible y muy transitado por los niños en el preescolar. El periódico mural es un medio de información y orientación formada por texto e ilustraciones colocadas sobre un

soporte que desarrollan uno o varios temas. Sus mensajes pueden dirigirse a pequeños grupos específicos o a toda una comunidad.

En su elaboración participan todos los preescolares para que tengan la oportunidad de colocar imágenes, escribir en breves textos sus opiniones y aportar experiencias y datos de interés para el mural. Es un espacio dedicado a los niños, para que se expresen.⁵⁹

Un periódico mural es un trabajo artesanal, hecho a mano y fruto de la creatividad colectiva. No debe perder este carácter colectivo, aunque siempre el odontólogo es la persona responsable de su realización, así como de “ponerlo al día” y mantenerlo en condiciones. Ésta característica lo distingue de la propaganda comercial y de la prensa escrita y de carácter masivo.⁶⁰ Fig.7



Fig.7. Niños realizando un periódico mural.⁶¹

Utilidad.

- Sirve para tratar problemas concretos de salud o el grupo al que se dirige expresamente.
- Dar información precisa y orientar a los niños en la prevención de enfermedades orales.

- Con lenguaje sencillo, los niños comprenden mejor los mensajes de salud.⁵⁴

Este medio de comunicación puede usarse por el educador para la salud como un refuerzo de lo enseñado; en la etapa preescolar suele usarse para comunicar la importancia de los dientes sanos, así como contener textos breves pero con información clara y precisa que integre a los padres en el cuidado oral de los menores.

Modo de empleo.

- Primeramente asegurarse de que el periódico mural esté expuesto en un lugar que atraiga la atención de los niños, así constituirá una acción de comunicación.
- Permitir la incorporación directa de los niños con dibujos, e información en pequeñas oraciones concretas, también pueden ayudar en la realización con materiales como papel, pegamento pintura y recortes de revistas y periódicos.
- Un periódico mural bien realizado transforma un ambiente, se introduce en la vida de los niños cuando comienzan a sentirlo suyo y a comunicarse a través de él con sus compañeros o familiares.
- El material debe actualizarse periódicamente. La frecuencia puede ser mensual o semanal que es lo más preferible.
- Si se logra una creación colectiva el interés de los niños facilita la renovación constante de las notas y comentarios. Los aportes de los menores se incluyen en una columna especial.⁶⁰

Como realizarlo

Los materiales más utilizados son la madera y el triplay ya que permite usarlo muchas veces sin que se deteriore. De acuerdo con su colocación se pueden clasificar en tres tipos:

De pared: tablero que se cuelga en una pared de 120 cm de altura por 180 cm de largo.

Movible: un tablero montado sobre dos pies que lo sostiene en posición vertical. Se puede mover de un lugar a otro. Tiene la ventaja de que permite colocar materiales de lectura en sus dos caras; debe estar bien sostenido para que no se caiga fácilmente.

Movible de biombo: está formado por varios tableros unidos por bisagras. Esto le da flexibilidad para colocarlo en distintos lugares y para utilizar cada tablero por sus lados.

Todos los murales deben estar colocados a 50 cm del piso respecto a su límite inferior en el caso del preescolar, para que la lectura central quede a la altura de la vista de los niños.⁶²

Ubicación de textos e imágenes

- Nombre del periódico visible
- Titulares de los temas con letras grandes y redacción atractiva.
- Por la edad de los niños los textos deben ser concretos, sin rodeos ni detalles accesorios.
- Ilustraciones con colores llamativos (amarrillo, rojo, azul)
- Distribución espacial cómoda.
- Si se colocan letras en la parte inferior éstas deben ser grandes para que los niños no tengan que agacharse para leer.⁵⁸

Material gráfico y escrito

- Pueden ser recortes de periódicos o revistas, fotocopias o ilustraciones realizadas por ellos así como fotografías.
- Los títulos deben escribirse con plumones de colores, también resulta atractivo hacerlos con letras recortadas de revistas.
- Las frases deben ser cotas encuadradas en líneas de color.

- Para la iluminación es necesario buscar un ángulo en el que la luz dé por alguno de los lados evitando que quede de frente la luz, ya que quien lo observe proyectará su sombra contra el mural y no podrá leer.⁶³

El papel del periódico mural en la educación para la salud es importante, ya que el contenido está relacionado con las necesidades odontológicas más comunes en los niños, y que en él tanto los niños como los padres de familia encuentren la información que no aparece en los medios masivos de comunicación. El odontólogo debe agregar un comentario o aportación muy breve dirigida a los padres.

5.5 Teatro de títeres.

Es una estrategia muy antigua, el arte del títere es esencialmente popular. Lo ha sido desde sus orígenes cuando era parte integrante de las celebraciones mágicas en las sociedades arcaicas y tenía la audiencia de toda la población en la India, Indonesia, Birmania, Turquía, China y Japón.

El títere presupone arte en esencia popular porque sus personajes resumen en su personalidad lenguajes, modismos, tics, que son expresión del pueblo. Su fuerza proviene de las características con las que se identifican los espectadores.⁶⁴

Según María Signorelli (titiritera italiana fallecida en 1922) la importancia que un teatro de títeres puede tener para los niños es la misma que tiene contar fábulas; es decir, cuando el niño no posee otro medio de información y comunicación tiene el poder de despertar y desarrollar en él la imaginación, sentimiento con el que partiendo de sí mismo, se aproxima a las cosas y al mundo.⁶⁵

Aquello que durante la narración de la fabulas era creado solamente por la voz, es evocado por el títere en una síntesis de voz, de color y de movimiento,

es necesario que el texto sea un continuo desarrollo de acciones, en el que los acontecimientos se sucedan rápidamente, sin abuso de detalles y sin pérdida de tiempo en explicaciones. Es solamente en la acción que se iluminan sensaciones y pensamientos.

Títere plano: son figuras planas, rígidas y articuladas, recortadas de un material semiduro y montadas sobre una varilla con la cual se manipulan.

Teatro de sombras: son figuras proyectadas sobre una pantalla, un batidor, un papel traslúcido o tela fina, mediante un foco luminoso ubicado detrás y a una distancia determinada. Las figuras se colocan y se mueven detrás de la pantalla, para que el espectador ubicado al otro lado de la misma las vea proyectadas en su dimensión real y con una mayor nitidez.

Títere de guante “guiñol”: Es un muñeco que se articula a través de la mano y el antebrazo del manipulador, formando su estructura dentro de una funda. El dedo índice (como cuello) se introduce en la cabeza del muñeco y luego los dedos medio y pulgar actúan como brazos.⁶⁴

Ésta es una gran estrategia que puede emplear el cirujano dentista en el consultorio dental para orientar a los niños en hábitos bucales que promuevan la higiene bucal y la prevención de caries dentales.

Utilidad

- Sirve para comunicar mensajes a niños y adultos, planteado problemas o situaciones odontológicas comunes. Es un auxiliar pedagógico.
- Los mensajes se transmiten más fácilmente ya que se identifican con los personajes.
- Focaliza la atención durante la presentación, de manera tal que pueden observarse una serie de manifestaciones en el auditorio expresivas de sus emociones.

- Divulgar ideas, emociones, enseñanzas y valores que pueden estar expresados en campañas de salud.
- Como entretenimiento y recreación para desarrollar la fantasía a través de personajes imaginarios.
- Iniciar al niño en el arte y educar su percepción.⁶⁵ Fig. 8



Fig.8. Preescolares interactuando durante una presentación de teatro de títere guiñol.⁶⁶

El educador para la salud en odontología deberá usarlo expresando situaciones de la vida diaria (para que así los niños puedan identificarse) que expresen experiencias como el dolor por caries o la “felicidad que conlleva tener una dentadura sana”.

Cómo realizarlo.

El espacio escénico o lugar de actuación debe contemplar dos aspectos esenciales: ocultar a los manipuladores y la delimitación del espacio donde van a actuar los títeres y dónde se coloca la escenografía.⁵⁸

El teatro se nutre de otras artes escénicas, por ejemplo, de las artes plásticas de las cuales toma la forma y el color, de la literatura, la estructura dramática,

de la música el sonido y el ritmo, de la danza la expresión corporal y el movimiento de los títeres en la presentación.

En síntesis el teatro de títeres es un instrumento de expresión artística y educativa. A través de él se puede experimentar una forma de comunicar situaciones difíciles, como las experimentadas en el tratamiento odontológico.⁶⁴

5.6 Simulaciones.

La simulación consiste en un “juego” de manera abierta y creativa en el que los participantes asumen la representación de una identidad o rol que no es suyo, y esta experiencia se aborda desde diferentes perspectivas en situaciones con un objeto de enseñanza. Los juegos como roles, sociodramas y el psicodrama forman parte de este grupo de simulaciones. Mediante este tipo de aprendizajes los niños incorporan corporeidad, motricidad y sentimientos.⁵⁴

En la vida, día a día, los preescolares aprenden de manera consciente porque en la mayoría de los casos existe la voluntad de conseguir algo ya sea reconocimiento, premio y aceptación, por ello el aprendizaje a través de las simulaciones integra al ser de una manera global ya que involucra el cuerpo y el pensamiento.⁶⁰ Fig. 9



Fig. 9. Preescolar practicando mediante simulación.⁶⁷

Como método de enseñanza a niños preescolares la simulación puede usarse para:

- Motivación para un trabajo posterior.
- Desarrollo del pensamiento lógico y la creatividad.
- Aprender conceptos.
- Memorizar reglas
- Reforzar el aprendizaje.

El uso de simulaciones en la educación para la salud en odontología puede ser orientado al apoyo de aprendizaje de contenidos conceptuales (¿qué es un diente?), procedimentales (¿cómo cepillarme los dientes? y actitudinales (cepillarse los dientes tres veces al día), ya que favorecen el desarrollo de la creatividad y estrategias de pensamiento tales como observar, explorar, discernir y actuar.

Las simulaciones permiten al alumno llegar al aprendizaje por medio del trabajo exploratorio, la inferencia y resolución de problemas. En las

simulaciones se intenta modelar parte de una réplica casi exacta de los fenómenos de la realidad pues se presenta un modelo o entorno dinámico y facilita su exploración, observación y modificación a los niños de manera inductiva o deductiva. Así pueden conocer los elementos del modelo, sus interrelaciones, tomar decisiones y adquirir experiencia directa delante de situaciones de la realidad.⁵²

Cómo realizarlo:

- Usar grupos de menores de cinco niños para evitar el desorden.
- Se debe contar con un espacio amplio (salón de clases, teatro, patio, etc.) que permita el movimiento libre.
- La experiencia debe ser planteada pero no debe existir un guion previamente realizado.
- Asignar a cada niño un rol, y un tiempo para hablar durante su actuación.⁵⁵

5.7 Canciones

El origen de la música y de la canción es tan antiguo como el del hombre; estas encuentran sus orígenes en actividades religiosas como por ejemplo el canto a los dioses, mitos religiosos para vencer epidemias, enfermedades y la muerte misma. También se atribuye su inicio a las actividades de trabajo y recreativas de los hombres primitivos.⁶⁸

Briseño en 1995 señala que “la canción es la expresión más pura del niño” por esa misma razón son excelentes medios didácticos; la práctica y la experiencia de las canciones educa el timbre de voz, expresión rítmica, entonación de los sonidos y en esta etapa refuerza el aprendizaje de números, letras, hábitos de higiene y comportamientos.⁶⁹ Fig.10



Fig. 10. Niños realizando una actividad didáctica mediante canciones.⁷⁰

Las canciones integran a los niños a través del conocimiento de sí mismo y autonomía personal, cuyo fin consiste en el que el propio niño no sólo se represente a sí mismo sino también a sus iguales. La canción infantil les sirve como método de expresión a través del movimiento de su propio cuerpo. En estas edades los niños van interiorizando y aceptándose a sí mismo, definiendo sus habilidades y limitaciones, a la vez que van formando parte de la sociedad.⁵⁷

Componentes

- Ritmo: la combinación de sonidos y silencios que sirve de “esqueleto” a una melodía. Tiene que ver con una relación entre la duración de sonidos cortos y largos. Se refiere al flujo de movimiento controlado o medio, sonoro o visual, según corresponda, que estará producido por una ordenación de elementos diferentes en el medio que se trate.
- Melodía: es el elemento más visible de una pieza musical, es decir, aquellos de lo que nuestro oído es más consciente al escucharla. La

melodía es, en la mayoría de los casos, el punto de partida de una composición y consiste en una combinación libre de las notas de una escala relacionando duración (sonidos cortos/largos) y altura (sonidos graves/agudos).

- Armonía: es la parte de la música que regula la relación sonora entre una melodía y su acompañamiento. La armonía se basa en el uso adecuado de los acordes, que son grupos de tres o más notas que obtenemos a partir de los grados de una escala (do-mi-sol, re-fa-la, etc.)⁶⁸

Características

- El texto debe ser motivador, adecuado a la edad del niño, con un vocabulario que sea comprendido por los preescolares de acuerdo al área de estudio y de los objetivos trazados. Siempre cerciorarse de que los niños entienden las palabras.
- Debe ser dinámica.
- Debe tener características onomatopéyicas, comparaciones y repeticiones.
- Ritmo bien marcado, sencillo.
- La melodía debe presentar claridad, ser elemental, de intervalos y de conjuntos; evitando así modulaciones y alteraciones accidentales. Deben ser interesantes en su significado y combinar la realidad con la fantasía, tener humor y ser divertidas.⁷¹

Utilidad

- Ayuda a desarrollar la capacidad auditiva.
- Colabora en el desarrollo de la memoria, los niños necesitan retener la información para procesarla y aprenderla
- Favorece el desarrollo de la capacidad de expresión y creación.

- Mejora la capacidad de comunicación y socialización, la canción es un medio de expresión.

La música infantil fomenta la autonomía personal durante las rutinas del día a día, el cuidado de sí mismo así como del entorno que le rodea, llevando a varias interacciones positivas. En estas edades las emociones son signo fundamental, a través de la música infantil los niños se sienten seguros y comprendidos, favoreciendo un correcto clima en las diferentes interacciones sociales.⁶⁹

El conocimiento del entorno corresponde a un espacio de experimentación y las canciones infantiles les permite expresar sus sentimientos y emociones libremente mediante el uso de sonidos, a la vez que aprenden nuevos conceptos de los mismos, a través del trabajo en grupo. Las primeras interacciones se producen con el entorno más cercano al niño. Éste le otorga una serie de recursos, los cuales facilitan que los niños y niñas mediante el uso de las canciones infantiles adquieran autonomía en sus desplazamientos. conllevando así, a una ampliación de experiencias.⁶⁸

Por último el lenguaje, comunicación y representación, en éstos se encuentra inmersa la expresión musical. Este ámbito favorece las relaciones de los niños con el entorno, llevando a una expresión de emociones, sentimientos y necesidades las cuales, son el eje fundamental para la comunicación con otras personas. A través de las canciones infantiles, los niños son capaces de representar e interiorizar mediante el uso de la voz y del cuerpo. Estas interacciones se realizan tanto de forma individual como grupal a través de reproducciones musicales, como es en este caso las canciones infantiles.⁷¹

Es importante destacar que el educador para la salud tiene la ventaja de poder utilizar las canciones infantiles con orientación de prevención de enfermedades bucales.

CONCLUSIONES

La salud es derecho humano fundamental y un recurso para la vida diaria, entendida y considerada en un sentido biopsicosocial.

En los niños la salud es un tema de múltiples vivencias y experiencias personales que incluye conocimientos, pero también sentimientos, creencias, actitudes, habilidades, así como diversos factores del entorno que la condicionan. Las estrategias de enseñanza como el pizarrón, franelógrafo, rotafolio, periódico mural, teatro de títeres, simulaciones y canciones son de fácil aplicación para el odontólogo y para el niño son una manera didáctica de aprender actitudes que promueven y mejoran su salud oral.

La Educación para la Salud es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia, continúa a lo largo de la vida y promueve el desarrollo de prácticas saludables. En la actualidad es considerada una herramienta fundamental para lograr las estrategias que plantea la promoción de la salud.

Educar en salud implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual por medio de la aplicación de diversas metodologías, teorías y modelos adecuados a la realidad o contexto en el que se desean aplicar.

La educación para la salud en odontología es una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje que conducen a mejorar y mantener la salud bucal. Por tanto, temas como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención a estos problemas, deben ser parte de los mensajes de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Internet. México. Citado septiembre 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=estrategia>
2. OMS. Internet. México. Citado septiembre 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
3. Álvarez R. Medicina General Integral. Salud y medicina. 2ª edición, editorial Ciencias Médicas, La Habana 1985, volumen I, 1-3 pp.
4. Dogliotti P. Figuras de autoridad y enseñanza. PKP. Septiembre 2010, 6-8 pp. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/paginasdeeducacion/article/view/661/661>
5. León A. Qué es la educación. Redalyc. Diciembre 2017, vol. 11, núm. 39, pp. 595-604, Universidad de los Andes Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
6. Universidad Internacional de Valencia. Educación para la salud: definición y métodos fundamentales. Sitio de internet <https://www.universidadviu.com> México. Citado en septiembre 2019. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/educacion-para-la-salud-definicion-y-metodos-fundamentales/>
7. Valdéz I. Villaseñor M. Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. CUCS. 2004 enero- marzo. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
8. OPS/OMS. Educación para la salud con enfoque integral. Sitio de internet <https://www.paho.org>, citado en septiembre 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>

9. Pinkham Jr, Casamassimo P, Casamassimo P, Mc Tigue D, Fields H, Nowak A. Pediatric dentistry, infancy through adolescence. 4th ed. St Louis Missouri. Elsevier Inc. 2005, 349-413 pp.
10. Ciamponi A. Odontopediatria na primeira infancia 9^a Livro anual do grupo brasileiro de profesores de ortodontia e odontopediatria. 1^a ed. Sao Paulo 1992. Pp 1-3
11. Instituto Hidalguense de Educación, Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo. Intervención educativa. Sitio de internet <https://upnmorelos.edu.mx>. Citado en septiembre 2019. Disponible en: <https://upnmorelos.edu.mx/assets/desarrollo-social-en-la-edad-temprana.pdf>
12. Torres T. El tratamiento educativo de la violencia en la educación infantil. UCM. Madrid, 2010. Citado en septiembre 2019. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/12678/1/T32835.pdf>
13. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y el adolescente. 8^a edición. Ciudad de México, editorial Manual Moderno, 2017. Pp 183- 185.
14. UNICEF. Desarrollo psicossocial de los niños y las niñas. Citado en septiembre 2019. Sitio de internet <https://www.unicef.org>. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/ManualDP.pdf>
15. Klatchoian D. Psicología odontopediátrica. 2^a ed. Sao Paulo, editorial Santos, 1992. Pp 50- 52.
16. Vera J. Estimulación y prácticas de crianza en infantes terena del Brazil. Redalyc. Volumen 3, No. 1, enero- abril 2017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46130103.pdf>
17. Ramírez M. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. Redalyc. Volumen XXX1, No. 2, 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1735/173519073011.pdf>
18. Soler V. Desarrollo socioafectivo. Valle Hermoso Madrid, editorial Síntesis, 2016. Pp 226- 228.

19. Escobari M. El lugar que ocupan los hijos en la familia y el desarrollo. Scielo. Abril- mayo 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322017000100005
20. González F. Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. Redalyc. Agosto- diciembre 2017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302002.pdf>
21. Sánchez P. Sanz L. Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: A propósito de un caso. Scielo. No. 95, julio- septiembre 2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000300009
22. Borges G. Medina M. López S. El papel de la epidemiología en la investigación de trastornos mentales. Scielo. vol. 46, No. 5, septiembre- octubre 2004.
23. Boj JR. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1º edición Madrid, Ripano S.A., 2011, Pp. 97-99.
24. BEE H. A crianca em desenvolvimento. 9ª ed; Porto Alegre; Artmed; 2003, 612.
25. CORREA M; Ulson R. Desenvolvimento psicológico da crianca e sua aplicacao la clínica odontopediátrica. Sao Paulo, ed. Santos 2002; Pp69.
26. Hidalgo V. Sánchez J. Lorence B. Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia. Universidad de Sevilla. Mayo- junio 2008. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence=1>
27. Pinkham Jr, Casamassimo P, Casamassimo P, Mc Tighe D, Fields H, Nowak A. Pediatric dentistry, Infancy through adolescence. 4th ed. St Louis Missouri. Elsevier Inc. 2005, pp166- 205.

28. Caballo V. Simón M. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Sitio de internet www.codajic.org, citado en octubre 2019. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicologia%20Clinica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A..pdf>
29. Piaget J. The affective unconscious and the cognitive unconscious. J Am Psychoanal Assoc. 1973; pp 21.
30. WRIGHT G. Nonpharmacologic management of children's behaviors. Dentistry. Infancy through adolescence. 4th ed. St Louis Missouri: Elsevier Inc. 2005; 35- 49
31. Mussen P. Conger J. Kagan J. Child development and personality. 6th ed. New York: Harper and Row. 1984.
32. Arnup K, Broberg A, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: the role of child personality characteristics. Pediatric Dent. 2002; 24:119-28.
33. CORREA M; Ulson R. Desenvolvimento psicológico da criança e sua aplicação na clínica odontopediátrica. Sao Paulo, ed. Santos 2002; Pp 80.
34. Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral. Tomo I La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 88.
35. Aliño M, Navarro R, López J, Pérez I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Scielo. 2007. Citado en octubre 2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v79n4/ped10407.pdf>
36. Raheb C. Características del desarrollo en la infancia. Citado en octubre 2019. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/14-texto-caracteristicas-desarrollo-infancia.pdf>

37. FAO. Nutrición y salud. Citado en octubre 2019. Sitio de internet www.fao.org. Disponible en: <http://www.fao.org/3/am283s/am283s05.pdf>
38. Barrios E, García J, Murray M. Guía pediátrica de la alimentación. 2011. Citado en octubre 2019. Disponible en: <http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2012/05/GUIA-ALIMENTACION-INFANTIL.pdf>
39. Guedes- Pinto A, Miranda I. Princípios da psicologia e sua relacao com odontopediatria. Odontopediatria. 7ª ed. Sao Paulo, ed. Santos, 2003, pp37-39.
40. Mc Tighe D. Controle do comportamento infantil. Clínicas Odontológicas da América do Norte. Sao Paulo, ed. Roca, 1985 pp 91-106.
41. Howitt J, Stricker G. Sequential changes in response to dental procedures. J Dental Res 1970. Pp45.
42. Correa M, Fernandes F, Trinidad C. Ansiedade: Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos. Sao Paulo. Ed. Santos, 2002 pp110.
43. Ramos K, Alfaro M. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica en la universidad de Cartagena. Revista Odontologica Mexicana. Vol.22. Núm , enero- marzo 2018, pp14-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v22n1/1870-199X-rom-22-01-8.pdf>
44. Oyanedel J. Nivel de ansiedad y miedo pre y post-exodoncia en escolares de 6-12 años que acuden al Centro de Atención Odontológica de la Unidad de Policía del medio Ambiente Quito-Ecuador. Agosto 2015- Enero 2016. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6800/1/T-UCE-0015-355.pdf>
45. Guedes- Pinto A, Miranda I. Princípios da psicologia e sua relacao com odontopediatria. Odontopediatria. 7ª ed. Sao Paulo, ed. Santos, 2003, pp37.

46. Locatelli C. Agressividade infantil: relax e reprogramacao emocional para criancas. Sao Paulo, ed. Santos, 2002. Cap. 17.
47. Carrasco M, González J. Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. Acción psicológica, vol 4, no.2, junio 2006. Madrid España. Citado en octubre 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
48. Kjiner J, Grunspun H. Distúrbios neuróticos da crianca. 4ª ed. Sao Paulo, ed. Atheneu 1995. Pp 405.
49. Costa C, Coelho F. Odontopediatria. 5ª ed. Rio de Janeiro, ed. Coelho Branco F, 1952, P.p. 37-44.
50. Montagu A. Tocar o significado humano da pele. 6ª ed. Editorial Summus, Rio de Janeiro 1988.
51. Nolasco M. Estrategias de enseñanza en educación. Universidad Autónoma del Estado de Puebla. Citado en octubre 2019. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/e8.html>
52. Ferreiro F. Nuevas Alternativas de Aprender y enseñar. México, D.F., ed. Trillas, 2007, Pp. 21.
53. <https://elartededucarte.wordpress.com/2014/07/02/el-profesor-ante-la-pizarra-digital/>. Consultado en octubre 2019.
54. Díaz A, Rojas F. Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos: estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una Interpretación constructivista. México, 1998 McGrawHill. Pp. 69-112
55. Aragón M, Jiménez Y. Diagnóstico de los estilos de aprendizaje en los estudiantes: Estrategia docente para elevar la calidad educativa CPU-e. Revista de Investigación Educativa. Núm. 9, julio-diciembre, 2009, pp. 1-21 Instituto de Investigaciones en Educación Veracruz, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2831/283121714002.pdf>
56. <https://www.youtube.com/watch?v=TaNhWdc-cRQ> consultado en octubre 2019.

57. Alonso C, Gallego J. Estilos individuales de aprendizaje: implicaciones en la conducta vocacional. Madrid. Ed. En Rivas, 1994.
58. Freré F, Mildred M. Materiales Didácticos Innovadores Estrategia Lúdica en el Aprendizaje. Revista Ciencia UNEMI N° 10, Diciembre 2013, pp. 25 – 34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>
59. <https://rotafolio.wordpress.com/2008/09/12/en-honor-al-nombre-que-es-y-como-se-hace-un-rotafolio/> citado en octubre 2019.
60. Díaz P. ventajas de la aplicación de materiales didácticos en el proceso de enseñanza aprendizaje. UPN. Campeche 2012. Disponible en: <http://200.23.113.51/pdf/30170.pdf>
61. Rodríguez J. consultado en octubre 2019. Disponible en: https://twitter.com/jrodriguez_cdmx/status/949319609399808002?lang=ca
62. Albarrán S, Alba C. Análisis de las estrategias pedagógicas utilizadas por los docentes del ii ciclo para la enseñanza de estudios sociales en la escuela José Figueres Ferrer. Vol. 27, núm. 2, 2003, pp. 121-141 Universidad de Costa Rica San Pedro. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44027209.pdf>
63. Díaz M, Muñoz A. Los murales y carteles como recurso didáctico para enseñar ciencias en Educación Primaria. Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias, vol. 10, núm. 3, septiembre, 2013, pp. 468-479. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/920/92028240012.pdf>
64. González M. El teatro como estrategia didáctica. Abril 2012. Universidad de Barcelona. Citado en octubre 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332144344_El_teatro_como_estrategia_didactica
65. Cortés A. El teatro como estrategia pedagógica para la expresión escrita. Octubre 2001, Colombia. Citado en octubre 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105117927023.pdf>

66. Corazónverde.org Educación ambiental. Citado en octubre 2019.
Disponibile en: <https://www.youtube.com/watch?v=oKJh2JGMV6I>
67. <http://www.museoabasto.org.ar/tufoto.asp> citado en octubre 2019.
68. Fernández M. El papel de las canciones en la enseñanza de idiomas a inmigrantes: una propuesta didáctica. Núm. 17, 2013. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92152425016>
69. Fernández P, Anna M. Género y canción infantil Política y Cultura, núm. 26, 2006, pp. 35-68 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Distrito Federal, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702603>
- 70.
71. San Andrés, C. Jugar, cantar y contar: juegos y canciones para los más pequeños. Madrid 2001, vol. 13. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/DIDA/article/view/DIDA0101110318A>