

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



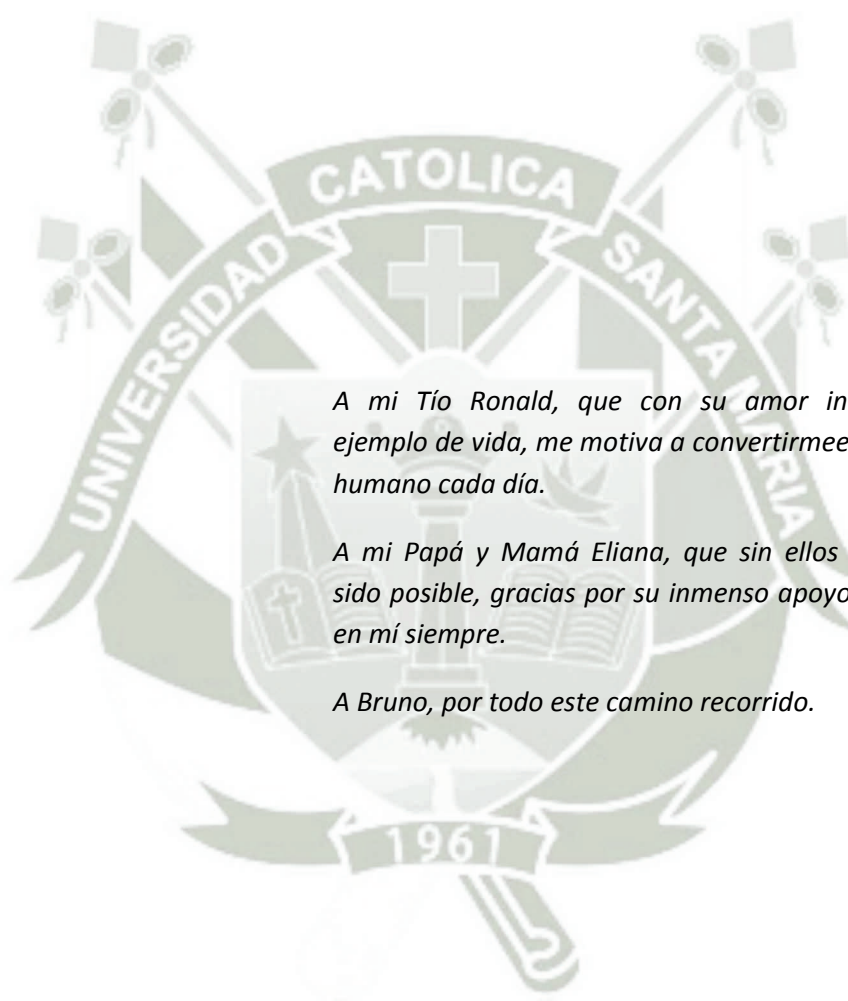
**“IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL
“JUGANDO” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL,
EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR DEL NIVEL PRIMARIO DE LA I.E
ESTATAL CIUDAD DE DIOS DEL DISTRITO DE YURA
AREQUIPA 2012”**

**Tesis presentada por la Bachiller:
CACERES DIAZ, ANDREA DANIELA.**

**Para optar el Título Profesional de:
CIRUJANO DENTISTA**

AREQUIPA – PERU

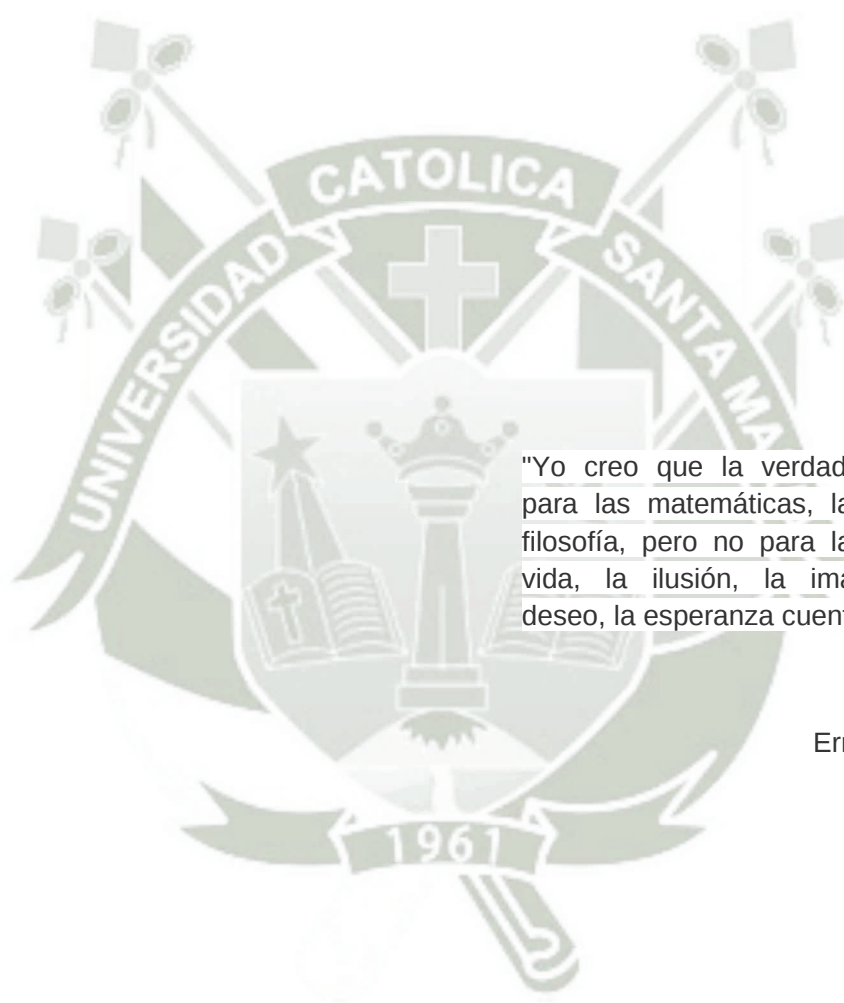
2012



A mi Tío Ronald, que con su amor incondicional y ejemplo de vida, me motiva a convertirme en un mejor ser humano cada día.

A mi Papá y Mamá Eliana, que sin ellos nada hubiera sido posible, gracias por su inmenso apoyo y por confiar en mí siempre.

A Bruno, por todo este camino recorrido.



"Yo creo que la verdad es perfecta para las matemáticas, la química, la filosofía, pero no para la vida. En la vida, la ilusión, la imaginación, el deseo, la esperanza cuentan más."

Ernesto Sábato.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	13
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2 ENUNCIADO	13
1.3 DESCRIPCIÓN.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1 BASE TEÓRICA	18
3.1.1 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL	18
3.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	36
3.1.3 PLANIFICACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	55
3.1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD	72
3.1.5 PROGRAMAS ESCOLARES EN SALUD ORAL.....	93
3.1.6 PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL DE SALUD ORAL “JUGANDO”	98
3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	111
4. HIPÓTESIS.....	112

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	114
1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION	114
1.1. Técnica	114
1.2. Instrumentos	115
1.3. Materiales	115
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	115
2.1 Ubicación Espacial	115
2.2 Ubicación temporal	115
2.3 Unidad de estudio	116
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN.....	117
3.1 Organización:.....	117
3.2 Recursos:.....	117
3.3 Validación del instrumento.....	118
4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS	118
4.1 Nivel de Sistematización.....	118
4.2 Plan de análisis de datos	120
4.2.1 Metodología para interpretar las tablas	120
4.2.2 Modalidades interpretativas	120
4.2.3 Niveles de interpretación	120
4.2.4 Operación para la interpretación de cuadros.....	120
4.2.5 En el Ámbito de las Conclusiones	120
4.3 En el ámbito de las conclusiones.....	120
4.4 En el ámbito de las recomendaciones	120
5. CRONOGRAMA DE TRABAJO	121

CAPITULO III

RESULTADOS	122
CONCLUSIONES	140
RECOMENDACIONES	142
BIBLIOGRAFÍA	144

HEMEROGRAFIA	145
CONSULTA INFORMATIZADA.....	145
ANEXOS	146
ANEXO N° 1 ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES DE LA I.E. ESTATAL CIUDAD DE DIOS.	147
ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	149
ANEXO N° 3 FORMATO DE AUTORIZACIÓN.....	150
ANEXO N° 4 BASE DE DATOS.....	151
ANEXO N° 5 SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....	153
ANEXO N° 6 UBICACIÓN DE LA I.E ESTATAL CIUDAD DE DIOS, YURA.....	154



RESUMEN

La promoción de la salud es el proceso por el cual se proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

En estos tiempo donde la ciencia y tecnología avanzan a pasos agigantados, no bastan para garantizar la salud de la población, ya que los resultados no solo dependerán del sector si no de factores de desarrollo social, económico, ecológico y cultural.

Para mejorar la salud no solo hacen falta mejoras sanitarias, sino también tener conciencia de los recursos que tenemos para mejorarla, respeto a los derechos humanos, acceso a los servicios básicos.

En el presente estudio se evaluó el impacto del programa educativo promocional “Jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E Estatal Ciudad de Dios del Distrito de Yura, que fue aplicado en el año 2010, por alumnos de pregrado de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María. Siendo evaluado este impacto, al haber transcurrido un año de la aplicación de dicho programa.

La población estuvo conformada por 39 alumnos de ambos sexos, del 2º grado de primaria al 1º año de secundaria de la I.E Estatal Ciudad de Dios, que participaron en el programa “Jugando” en el año 2010, donde se les impartió las charlas educativas continuadas por una evaluación. Transcurrido el año, se procedió a la reevaluación del programa, mediante una ficha de observación documental.

Los datos recogidos de la evaluación del programa “Jugando” en el año 2010, dieron como resultado, un promedio de: 15.35 de nota, siendo un logro: bueno. Así mismo los datos recogidos de la reevaluación del

programa “Jugando”, en el año 2011, dieron como resultado, un promedio de: 13.12 de nota, siendo un logro: regular.

Siendo evidente la disminución del promedio de bueno a regular, en el nivel de conocimientos de los alumnos que participaron en el programa. Cabe resaltar la significancia estadística en la disminución del nivel de conocimientos en salud oral de los alumnos participantes del programa entre las edades de 7 a 9 años.

Palabras clave: promoción de la salud, programa educativo promocional jugando, prevención en salud oral.



ABSTRACT

The health promotion is the process by which provides to populations the means to exercise a greater control over their own health so we can improve it.

Nowadays ,where science and technology move forward by leaps and bounds, is not enough to guarantee the health of the population, considering that the results not only will depend on the sector , it will be on factors of the social, economic, ecological and cultural development.

To improve the health not only health improvements are needed, also be aware of the resources we have to improve, respect human rights, basic services access.

This study evaluated the impact of promotional educational program "Playing" in the level of oral health knowledge on children from Ciudad de Dios primary school on Yura District, which was applied in the year 2010, undergraduate students of the Faculty of Odontology from the Católica de Santa Maria University. Being evaluated this impact, one year later of the implementation of that program.

The population consisted by 39 students of both genders from the 2nd grade of primary to the 1st grade of secondary from Ciudad de Dios school, who participated in the program "Playing" in 2010, where they gave educational talks continued for an evaluation. One year later, we proceeded to the reassessment of the program, through a documentary observation sheet.

The data collected in the evaluation of the "Playing" in 2010, resulted in an average grade of 15.35, being a good achievement. Also the data collected from the revaluation of the "Playing" program in 2011, resulted in an average grade of 13.12, being a regular achievement.

Being evident average decrease from good to regular in the knowledge level of the students who participated in the program. It is worth mentioning the statistical significance in the level decrease of oral health knowledge of students in the program between 7-9 years old.

Keywords: promotional educational program "Playing", health promotion.



INTRODUCCIÓN

La educación adecuada de los individuos en cuanto a ciertos hábitos de salud oral, pueden determinar el límite entre salud y enfermedad.

La OMS estima que la causa principal de problemas de salud, reside en el estilo de vida de las personas. Siendo las enfermedades de índole oral, las que presentan gran predominancia en la población, con mayor incidencia en los sectores socio-económicos de nivel bajo. Debido a que la población de dichos sectores no cuenta con los servicios básicos, ni con la adecuada educación sanitaria.

En general, la deficiente implementación de programas de promoción de la salud por parte del estado y el incentivo casi nulo de las instituciones educativas por promover la educación para la salud y la prevención de las enfermedades bucales, trae como consecuencia el deplorable estado de salud bucal de la población en general, viéndose olvidados y en un estado crítico los sectores más humildes de la población, sufriendo así las consecuencias irreversibles de esta enfermedad la población infantil.

No debemos olvidar que nosotros como profesionales de la salud, debemos tener presente que la mejor manera de combatir las enfermedades bucales, es mediante la prevención. Y para ello, nuestros pacientes deben tener una buena educación para la salud. De manera primordial, debemos motivarlos a implementar en su vida diaria buenos hábitos de salud.

Este es un trabajo conjunto, que debe desarrollarse en equipo desde pequeñas comunidades hasta la implementación de políticas de salud por parte del estado.

Creando así una conciencia de salud en cada individuo y así poder gozar en plenitud de una vida sana.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Se basa en la evidencia de que en la actualidad en nuestro País, la caries es una de las principales enfermedades que ataca a la población, lo cual crea un contraste a lo que hoy en día significa "La odontología Moderna", ya que esta tiene una orientación preventiva antes que curativa.

En consecuencia, podemos decir, que es fundamental para el desarrollo de políticas de salud eficientes, realizar estudios y análisis del impacto de los programas comunitarios de prevención aplicados en salud oral. Para así poder lograr, en su mayoría, tener éxito con una Odontología preventiva antes que curativa.

1.2 ENUNCIADO

Impacto del programa educativo promocional "jugando" en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura - Arequipa 2012

1.3 DESCRIPCIÓN

a. Área del conocimiento.

- a.1. Área general : Ciencias de la Salud.
- a.2. Área específica : Odontología.
- a.3. Especialidad : Odontología preventiva y comunitaria.
- a.4. Línea : Promoción de la salud

b. Operacionalización de variables.

VARIBLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Programa Educativo “Jugando”		
Nivel de Conocimientos en Salud oral	• Estructura dentaria • Caries y placa bacteriana • Enfermedades periodontales • Mal oclusión • Técnicas de cepillado • Complementos de higiene bucal • Uso de hilo dental	AD(20-18): Logro destacado A(17-14): Logro previsorio B (13-11): En proceso C(10-00): En inicio

c. Interrogantes básicas.

c.1. ¿Cuál fue el nivel de conocimientos que demostraron sobre salud oral los niños en edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura en el año 2010?

c.2. ¿Cuál será el nivel de conocimientos en salud oral de los niños en edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura en el año 2011?

c.3. ¿Cuál es el Impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en

niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura? - Arequipa 2011

c.4 ¿Cuál será el impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura – Arequipa 2011, según la edad?

c.5 ¿Cuál será el impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura – Arequipa 2011, según el sexo?

d. Taxonomía de Investigación.

ABORDAJE	Tipo de estudio				
	1. Por el número de mediciones.	2. Por el tipo de datos que se planifica a recoger	3. Por el ámbito de recolección.	4. Por el número de muestras o poblaciones	5. Por la técnica.
Cuantitativo	Longitudinal	Prospectivo	De Campo	Retrospectivo Prospectivo	Comparativo

- Nivel de Investigación.

Comparativo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Originalidad

La presente investigación se caracteriza por tener un enfoque singular, a pesar de que existen antecedentes investigativos previos, estos tiene un enfoque distinto.

Relevancia Práctica

Al ser una investigación descriptiva nos permitirá evaluar el Impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura. Pudiendo así evaluar la estrategia de enseñanza aplicada y de esta manera mantener o mejorar el método usado.

Relevancia Contemporánea

Siendo la Odontología Preventiva una de las herramientas más sencilla, útil y económica en su aplicación a la población, se pretende evaluar el impacto del programa educativo “jugando”, para de esta manera aportar en el campo de la promoción de la salud bucal.

Factibilidad

La investigación es posible de realizar ya que cuenta con la disponibilidad de recursos, presupuesto y el registro de datos anteriores.

Interés Personal

Por la condición socio-económica que presentan los niños, la mayoría e de los casos no goza con la accesibilidad de una atención odontológica adecuada. Siendo la prevención y la promoción de la salud bases fundamentales para tener un nivel de salud oral adecuado.

Mi interés al evaluar el impacto del programa educativo, es obtener como resultado, el nivel de conocimientos que poseen los niños con respecto a la salud oral, y así poder aplicar estrategias educativas que permitan disminuir la incidencia de caries en la

población infantil. Y de esta manera poder optar el título de cirujano dentista.

Contribución Académica

El presente estudio nos permitirá determinar el impacto del programa educativo “jugando” y de esta manera continuar con la aplicación la misma metodología o mejorar esta.

2. OBJETIVOS.

- a) Determinar el nivel de conocimientos qué demostraron sobre salud oral los niños en edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de dios del distrito de Yura en el año 2010.
- b) Determinar el nivel de conocimientos en salud oral de los niños en edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura en el presente año 2011.
- c) Determinar el Impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura - Arequipa 2011
- d) Determinar el impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura – Arequipa 2011, según la edad.
- e) Determinar el impacto del programa educativo promocional “jugando” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal Ciudad de Dios del distrito de Yura – Arequipa 2011, según el sexo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 BASE TEÓRICA

3.1.1 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

A. INTRODUCCIÓN

En sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de su tratamiento.

Sin embargo, la prevención en su sentido estricto es más generalizado comprende todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad, esto es, aquellas actuaciones aplicables en el periodo prepatogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamado primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad.

La prevención por tanto, está ligada conceptualmente a la enfermedad, su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Los términos de <<salud>> y <<enfermedad>> se han venido utilizando como si se aplicarán a dos variables categóricas. En este sentido, un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de unos criterios diagnósticos. El enfoque actual tiende a tratar salud y enfermedad como variables cuantitativas. Tanto la una como la

otra son un continuo que permite distintos grados. No hay, pues, un límite estricto entre ellas, siendo este modificado a medida que las posibilidades diagnósticas se amplían y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos.

B. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO SALUD- ENFERMEDAD

El ser humano a través de su proceso histórico, se ha afanado en descubrir y comprender lo que acontece en el mismo y a su alrededor. Sus razonamientos y conceptos son un reflejo del concepto histórico en que vive.

La enfermedad siempre se ha vinculado de manera muy estrecha con el ser humano, por lo cual las sociedades han buscado explicarla.

b.1 CONCEPTO MÁGICO, la sociedad primitiva elaboro un concepto mágico. El ser humano no comprendía los fenómenos naturales, por ello, comenzó a explicarlos como manifestaciones de agentes sobrenaturales, espíritus malignos o dioses malévolos productores de enfermedad.

Surgieron los brujos, curanderos, y los yerberos, su terapéutica se basaba en el uso de amuletos, hierbas, exorcismos y encantamientos debido a que necesitaban agradar o ahuyentar a los espíritus malignos.

b.2 CONCEPTO NATURISTA, las explicaciones para la enfermedad empezaron a basarse en la observación y la lógica; esto es, los seres humanos sentían la necesidad de ver al mundo tal y como era.

Hipócrates fue el primero en buscar leyes que regían las reacciones del organismo frente a las fuerzas de la naturaleza. Recalcó que la enfermedad era un fenómeno natural, derivado de causas externas como el frío, el sol o los vientos cambiantes. También experimento los hechos y anoto el resultado de estudiarlos en estado normal y de enfermedad. La base de sus conocimientos fue la observación directa del paciente y busco relación entre el origen de la enfermedad con el pronóstico y el curso de la misma.

b.3 CONCEPCIÓN RELIGIOSA, durante la edad media se desarrolló el concepto religioso de la salud y la enfermedad. La enfermedad se consideró manifestación de la ira de Dios ante el ser humano pecador, o bien una gracia especial que dios mandaba a sus hijos.

Los sacerdotes ocuparon el lugar del médico, se prohibieron las prácticas quirúrgicas para evitar el derramamiento de sangre. Sin embargo se aisló enfermos como los leprosos para evitar la transmisión de la enfermedad.

b.4 CONCEPCIÓN RACIONAL, el desarrollo del capitalismo rompió con las ideas religiosas de la enfermedad, Paracelso retomo la idea de que la enfermedad era algo natural; pensó que la vida sostenía por fuerzas propias del organismo y que la enfermedad se debía a la alteración de las funciones normales del organismo.

b.5 CONCEPCIÓN SANITARIA, es una concepción ecologista porque considera la interacción del huésped (hospedero), el agente y el ambiente pero en un contexto

tridimensional, y de ese modo descubre las relaciones de los factores causales entre si y sobre el efecto¹.

C. CONCEPTOS DE SALUD

c.1 DEFINICIÓN DE LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En julio de 1946 se fundó la OMS como organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud. La OMS definió la salud como: ... el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad o invalidez...

- Otras definiciones de salud, Hernán San Martín consideró la salud como: un estado fisiológico variable de equilibrio y adaptación al ambiente por parte de todas las posibilidades humanas.

René Dubós propuso una definición ecológica: "...la salud es la adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio..."

Estas concepciones son muy difíciles de alcanzar en todas las sociedades, sobre todo en los países subdesarrollados. Por ello, algunas naciones del tercer mundo, sobre todo las africanas, han propuesto la "definición estratégica de salud" según la cual: ...el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y cada población, y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población².

¹ HIGASHIDA, Bertha. Odontología Preventiva. Págs. 27,28,29

² HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág 29

D. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

La enfermedad es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar. En otras palabras, es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, la estructura y la función del organismo³.

E. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Salud y enfermedad no son opuestos sino diferentes grados de adaptación. El individuo en estado de completo bienestar físico, mental y social se encuentra en equilibrio con su ambiente; pero este no es estático, por lo cual ese individuo debe funcionar de manera adecuada para poner en juego mecanismos de ajuste que le permitan adaptarse, rechazar lo desfavorable o modificar dicho ambiente.

El sujeto sano está dispuesto a enfermarse en cualquier momento. Al principio, cuando el padecimiento evoluciona en algunas células o tejidos, aquel puede sentirse bien o no presentar signos ni síntomas, cuando es obvio el desequilibrio con el ambiente, se hace el diagnóstico⁴.

F. SALUD PÚBLICA

Existen tres concepciones:

- Estado de salud de una colectividad: la salud pública busca conocer el nivel de salud de la población con el fin de identificar los principales problemas que rebasan el nivel individual y que requieren de acciones colectivas para su solución.

³ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 30.

⁴ Ibid. Pág 30.

- Gestión administrativa mediante la cual se trata de mejorar la salud: es decir, el estado debe proteger la salud.
- Grupo de conocimientos para mejorar la salud de las colectividades humanas: como ciencia, la salud pública tiene un campo específico de acción, desarrolla y aplica conocimientos y científicos especiales, se apoya y sustenta en una filosofía, ofrece la posibilidad de generar investigaciones en su campo y también el entrenamiento intelectual riguroso⁵.

G. SALUD BUCAL

La salud bucodental o la salud bucal es el estado psicológico y biológico de un individuo y su grupo que le permite lograr:

- La mayor permanencia posible de los dientes y funcionamiento eficaz de las estructuras de soporte y tejido de los mismos.
- Funcionamiento eficaz de la cavidad bucal, de cara y cuello, y de las interrelaciones de estos con el complejo orgánico individual.
- Calidad estética dental y bucal según las pautas culturales del grupo.
- Motivación y capacidad para elegir el consumo de alimentos y la expresión oral como actividades básicas para la vida y la interacción social⁶.

Una propuesta más práctica es la siguiente:

⁵ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit.. Pág. 31

⁶ Ibid. Págs. 31 y 32

Salud bucal es la resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función de los órganos involucrados en la digestión.⁷

H. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Cada enfermedad tiene su propia forma de evolucionar de manera espontánea. La historia natural, o <<curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento>>, es muy importante en la prevención⁸.

Es la relación ordenada de acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano que lo llevan del estado de salud al de enfermedad, la cual se resuelve por diferentes alternativas: regreso a la salud, cronicidad, agravamiento, secuelas invalidantes o la muerte. En otras palabras, es la evolución de la enfermedad cuando no se interfiere en ella⁹.

h.1 TRIADA ECOLÓGICA

Conformada por el huésped, agente causal y ambiente.

h.1.1 HÚESPED (hospedero), es cualquier ser vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o alojamiento de un agente causal de la enfermedad. Algunas características son determinantes para ello:

⁷ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 30-32

⁸ CUENCA, Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Pág 2 y 3

⁹ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 33

- ✓ Estructura genética, el huésped puede tener las alteraciones o modificaciones genéticas y padecer ciertas afecciones hereditarias.
- ✓ Raza, la mayoría de africanos de raza negra tienen resistencia natural a la infección por *plasmodiumvivax*, agente causal del paludismo.
- ✓ Edad, la caries es más frecuente en niños y jóvenes en cambio, las enfermedades periodontales son más comunes en personas mayores.
- ✓ Sexo, ciertas afecciones son más frecuentes entre las personas de determinado sexo.
- ✓ Integridad anatomofuncional, determinados padecimientos aparecen durante el desarrollo evolutivo del huésped y pueden alterar su integridad. Muchas maloclusiones se presentan durante el crecimiento y desarrollo.
- ✓ Nivel de inmunidad, es la seguridad o protección del huésped hacia una enfermedad o veneno, por lo cual determina la aparición o ausencia de la afección en el individuo. Las enfermedades periodontales se relacionan con la enfermedad.¹⁰
- ✓ Estado nutricional, la nutrición deficiente constituye en si una enfermedad, y la carencia de vitaminas origina avitaminosis.
- ✓ Estado psicológico, la tensión emocional puede propiciar la aparición de gastritis, úlcera péptica, entre otras.
- ✓ Hábitos, la falta de higiene personal y el hacinamiento proporcionan condiciones favorables a los padecimientos infecciosos. Los fumadores están

¹⁰ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 34

expuestos a tener enfermedades respiratorias, periodontales y cáncer oral.

h.1.2 AGENTE CAUSAL, consiste en todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y cuya presencia o ausencia da comienzo a una enfermedad.

Agentes biológicos

Los agentes biológicos son bacterias, virus, hongos, parásitos, sus toxinas, o todos ellos, los cuales poseen ciertas características a considerar como:

La *patogenicidad*: es la capacidad del agente biológico para producir enfermedad en un huésped susceptible; depende de su poder para colonizar el huésped, multiplicarse y alterar su fisiología.

La *virulencia*: es el grado de patogenicidad del agente infeccioso, así como la capacidad para invadir y lesionar los tejidos del huésped, por lo cual hay agentes más virulentos que otros.

El *poder antigénico*, es la capacidad de los agentes biológicos para producir en el huésped la respuesta inmunitaria.

Agentes físicos

- ✓ Cambios de temperatura, el ser humano es solo capaz de vivir en un estrecho margen de temperatura; el tipo de gravedad, duración y área expuesta condicionan el grado de intensidad de las lesiones de calor o frío por extremos.
- ✓ Presión de gases o líquidos, las modificaciones de presión atmosférica pueden llevar al individuo a sufrir

lesiones, como durante el buceo o el vuelo a grandes alturas¹¹.

- ✓ Efecto mecánico de objetos o instrumentos, el choque violento de un objeto contra un tejido puede ocasionar diferentes tipos de lesiones.¹²
- ✓ Electricidad, la lesión por electricidad solo ocurre cuando alguna parte del cuerpo completa el circuito entre dos conductores, es decir, el organismo aislado puede soportar incluso descargas de alta tensión.
- ✓ Radiaciones, la radiación es la emisión, transmisión y absorción de cierto tipo de energía, y de acuerdo con sus características puede ser electromagnética o ionizante.

Agentes químicos

Los agentes químicos, de acuerdo con su estado físico, son: sólido, líquido y gaseoso.

Actúan directo en órganos o tejidos y modifican su estructura y función así lo hacen los alcoholes, metales y sus sales.

h.1.3 AMBIENTE

Es su totalidad de factores físicos, químicos, biotipos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo. Es dinámico porque se encuentra en continuo cambio y con constantes interacciones entre sus componentes¹³.

¹¹ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág 38

¹² HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág 39

¹³ Ibid. Pág. 33-39

I. PERIODOS DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Leavell y Clark, en su ya clásico esquema, distinguían tres periodos bien definidos en la historia natural de la enfermedad: el periodo prepatogénico o de susceptibilidad el patogénico y el de resultados. Consecuentemente, cada periodo de la historia natural de la enfermedad corresponde a un nivel de prevención: primaria, secundaria o terciaria según el momento de su aplicación.

I.1EL PERIODO PREPATOGÉNICO O DE SUSCEPTIBILIDAD

Se caracteriza porque en él están presentes factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser *ambientales* (bacterias, virus, productos químicos), *conductuales* (consumo excesivo de azúcar) o *endógenos* (predisposición familiar, sexo, edad). En algunos casos los factores son de origen mixto, ya que en su eclosión influyen los factores ambientales y conductuales, que a su vez actúan sobre una predisposición genética. Algunos de estos factores son necesarios, pero no suficientes, para que se produzca la enfermedad. Un ejemplo claro sería el de la caries, una enfermedad infecciosa de carácter oportunista.

Otras veces el factor no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, aunque su presencia se asocia con una probabilidad incrementada de aparición del proceso. Este sería el caso de los factores de riesgo (disminución del flujo salival, tabaquismo, restauraciones desbordantes, etc.).

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmodificables, pero ayudan a identificar a los grupos de

personar que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores, en cambio, son susceptibles de modificación. En la mayoría de las enfermedades orales, la interacción de todos los factores con el huésped acaba desencadenando el estímulo productor de la enfermedad, momento en el que se inicia el periodo patogénico.

I.2EL PERIODO PATOGENICO TIENE DOS ESTADIOS

El *pre sintomático* y el de *la enfermedad clínica*. Durante el primero no hay signos clínicos de la enfermedad (desmineralización ultramicroscópica bajo la superficie del esmalte en el inicio de las caries).

En el estadio de la enfermedad clínica los cambios de los órganos y tejidos son ya suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente.

El último periodo de la historia natural de la enfermedad refleja el resultado del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud¹⁴.

J. NIVELES DE PREVENCIÓN

La prevención implica cualquier medida que reduzca la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien que se interrumpa o aminore su progresión. Esto significa que siempre pueda hacerse algo. Los tres niveles básicos de prevención son: primaria, secundaria y terciaria¹⁵.

¹⁴ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Pág. 2 y 3.

¹⁵ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 40.

j.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.

Leavell y Clark distinguen dos subniveles o apartados en la prevención primaria: la prevención inespecífica y la prevención específica.

- **Laprevención inespecífica** comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad en general, es decir, inespecíficamente. La mayoría de estas medidas son acciones de promoción de la salud de la población que tienden a aumentar la resistencia del huésped y a evitar enfermedades y afecciones¹⁶.

Promoción de la salud

La promoción de la salud abarca:

- Educación para la salud
- Buenos niveles de alimentación, ajustados a las diferentes fases del desarrollo.
- Atención al desarrollo de la personalidad (higiene mental)

¹⁶ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 4 y 5

- Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
 - Educación sexual y para el matrimonio
 - Consejo genético
 - Exámenes selectivos periódicos¹⁷.
- **La *protección específica*** se dirige solo a la prevención de una enfermedad o afección determinadas. Un ejemplo claro es el de las vacunaciones o la fluorización de las aguas de abastecimiento público¹⁸.

j.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productos de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad¹⁹.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, tiene como objetivos detener el proceso de enfermedad para que no avance, prevenir la difusión de enfermedades transmisibles, así como las complicaciones y secuelas, y acortar el periodo de incapacidad. Consiste en:

¹⁷ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 40

¹⁸ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 4 y 5.

¹⁹ Ibid. Págs. 4 y 5.

- Medidas para encontrar casos individuales y en masa.
- Exámenes selectivos
- Encuestas de selección de datos

Limitación de la incapacidad:

- Es necesario proporcionar tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir la futura complicación de secuelas.
- Provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte²⁰.

j.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio.²¹

La prevención terciaria consiste en la rehabilitación e incluye:

- Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes.
- Educación del público como terapia y la industria para emplear al rehabilitado.

²⁰ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 43.

²¹ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 4 y 5.

- Proporcionar trabajo como terapia en los hospitales.
- Ubicación selectiva²².

K. NIVELES DE ACTUACIÓN PREVENTIVA: CONCEPTO ACTUAL

La visión clásica de los niveles de prevención se fundamenta en la modificación de las pautas de comportamiento de los individuos y en las actuaciones clínicas para modificar los determinantes de la salud. La doctrina actual, sin embargo, enfatiza la importancia de las condicionantes ambientales como influyen decisivos en el comportamiento de individuos y comunidades. Bajo esta nueva perspectiva el primer nivel preventivo comprendería actuaciones destinadas a favorecer los aspectos sociales, económicos y de políticas sanitarias, que permitan mejorar los condicionantes ambientales y por tanto favorecer los comportamientos individuales.²³

L. NIVELES DE APLICACIÓN DE LOS METODOS PREVENTIVOS

I.1 PRIMER NIVEL: Acción gubernamental amplia

Constituyen una acción de prevención inespecífica en la promoción de la salud, la cual exige acción política y social muy compleja.

I.2 SEGUNDO NIVEL: acción gubernamental restringida

Ciertos métodos de prevención ejemplo, la fluorización del agua, la yodación y fluoración de la sal. Hacen necesaria una acción gubernamental más restringida y limitada a una o dos secretarías del estado.

²² HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág 43.

²³ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 4 y 5.

I.3 TERCER NIVEL: paciente y profesional

La puesta en marcha de métodos para prevención secundaria y terciaria necesita de la concurrencia de una acción bilateral que relacione al paciente y al profesional egresado de la universidad. Dicha relación presupone la existencia de una voluntad individual, un deseo y un requerimiento de servicios profesionales por parte del paciente, asimismo, implica factores económicos, educativos y culturales. Tiene el inconveniente de alto costo.

I.4 CUARTO NIVEL: paciente y auxiliar o subprofesional

Este nivel es una simplificación del anterior y presupone también una acción bilateral del paciente con una persona cuyo grado de estudios sea inferior al universitario. Este personal auxiliar puede realizar determinados trabajos bajo la supervisión de profesionales; por ejemplo: aplicaciones tópicas de fluoruros.

Esta participación permite ampliar los horizontes de trabajos y reducir los costos per cápita.

I.5 QUINTO NIVEL: acción individual

La aplicación de muchos métodos preventivos depende de decisiones individuales. La propia persona interesada en su salud aplica dichos métodos, para lo cual necesita un sentido desarrollado de responsabilidad y de cooperación. En la mayoría de los casos, esos aspectos son difíciles de lograr²⁴.

M. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

²⁴ HIGASHIDA, Bertha. Págs. 43 y 44

Con frecuencia el odontólogo, debido a su formación, actúa como si su responsabilidad únicamente estuviera restringida a la enfermedad, cuando en realidad la enfermedad detectable no es más que la punta de un iceberg que emerge en mayor o menor proporción en función de factores que afectan a todo el conjunto, tanto a la salud como a la enfermedad.

Rose describe dos estrategias en relación con el control y la prevención de las enfermedades:

m.1 LA ORIENTACIÓN DE ALTO RIESGO O CLÍNICA DE LA PREVENCIÓN, tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad y del riesgo. Se trataría, en definitiva, de identificar o proteger a los individuos susceptibles. Además es por su propia naturaleza de carácter paliativo.

Un ejemplo, sería la identificación mediante cribados de los escolares con riesgo elevado de caries, para seguidamente poner en marcha un programa de selladores de fisuras para los individuos identificados como de alto riesgo.

Hausen señala tres condiciones para aplicar la estrategia de alto riesgo en una enfermedad como la caries:

- Que la ocurrencia de la enfermedad sea suficientemente baja, para justificar el esfuerzo de identificar aquellos individuos que puedan desarrollar lesiones cariosas.
- Que existan instrumentos fiables, sencillos y aceptables, para identificar a los individuos con riesgo elevado de caries.
- Que existan medidas efectivas y sencillas de aplicar, para ayudar a los individuos de alto riesgo.

El otro inconveniente es el de convertir en la práctica a determinados individuos en pacientes, discriminándolos, al segregarlos del resto de la población normal con actuaciones de carácter paliativo. Limitar la actuación preventiva solo a personas explícitamente vulnerables constituye una respuesta superficial y limitada de los síntomas del problema y no de sus causas.

m.2 LA ORIENTACIÓN O EL ENFOQUE POBLACIONAL, tiene como objetivo evitar la ocurrencia de la enfermedad en el conjunto de la población como un todo. Un ejemplo, la promoción de medidas de higiene oral y utilización del cepillado dental en toda la población escolar.

La estrategia de alto riesgo, a pesar de sus limitaciones conceptuales y de índoles de práctica, ejerce un mayor atractivo sobre la profesión de marcado carácter individualista como es la odontología. Sin embargo, al ser la mayoría de las enfermedades orales enfermedades de carácter multifactorial, solo con la aplicación de un enfoque poblacional de promoción de la salud oral se conseguirá una disminución de su incidencia²⁵.

3.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A. CONCEPTO DE EDUCACIÓN

La definición etimológica del término “educación” lleva implícito un doble sentido: cuidar, criar o guiar desde fuera, significado

²⁵ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Pág. 12, 13, 14

de la voz “*educare*”; o autoconducción, sacar de dentro hacia fuera, que significa el termino socrático “*educere*”.

Es por tanto que el concepto actual de educación presente dos vertientes claramente diferenciadas, pero es preciso una conjunción o una simbiosis de ambas para un resultado eficaz del proceso educativo²⁶.

B. CONCEPTO DE SALUD

La palabra salud procede del término latino “*salus-utis*” el cual significa el estado en el que el organismo ejerce normalmente sus funciones²⁷.

C. CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD

Vamos analizar algunas de las definiciones dadas, para observar el cambio de concepto que ha venido produciéndose.

- **Green 1976**

“Educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adaptación voluntaria de la conducta que conduzca a la salud”.

- **Henderson 1980**

“Un proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informada en materias que afectan a su salud personal y a la de la *colectividad*”.

- **Perea Quezada 1991**

²⁶ Ibid. Pág. 1322

²⁷ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Pág. 1323

“Proceso de educación permanente que se inicia en la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión ecológica y social, con el objetivo de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”²⁸

- **Biocca**

Es una especialización que pretende aplicar principios educativos para promover cambios de conducta en el individuo o la comunidad²⁹.

- **Davies**

Es el proceso de persuadir para que acepten medidas que fomentan su salud y rechacen las que dan efectos adversos³⁰.

Existen muchos puntos en común entre los conceptos propuestos por los autores, el más claro sin duda es:

“El cambio favorable que se debe producir en el individuo en cuanto a conocimiento, actitudes y comportamiento relativo a la salud, tanto de forma individual como colectiva”³¹.

La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud.

La educación para la salud se lleva a cabo mediante la comunicación TRANSMISOR (profesional) MENSAJE

²⁸ Ibid. Págs. 1323-1324

²⁹ VASQUEZ, Elsa. Promoción en Salud Bucal. Pág. 16

³⁰ VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Pág. 16

³¹ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 1323-1324

(contenido de la enseñanza) RECEPTOR (individuo o grupo)

El individuo recibe un mensaje y para que se produzca un cambio de conducta, debe llegar a las 3 esferas de la conciencia:

- Cognoscitiva: información
- Afectiva: que le llegue el mensaje
- Volitiva: que tenga la voluntad de cambiar

Entonces se consigue el cambio de conducta. Para que el cambio sea efectivo, no debe ser esporádico sino permanente es lo que da lugar al hábito sanitario.

Los medios de información, propaganda y difusión no llegan a producir un cambio de conducta pero son útiles porque permiten llegar a muchas personas aunque sólo sea superficialmente. No se educa con propaganda.

La educación para la salud va más allá de la información y es sistemático y programado³².

La educación para la salud, incluye cualquier combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para alentar la adopción voluntaria de comportamientos o acciones que conduzcan a la salud y a una vida saludable.

La educación para la salud requiere de la participación activa de las personas que la reciben. Por esta razón, los programas públicos de salud dental, que dependen en gran medida de la educación para la salud, están sujetos a las actitudes, creencias y otros factores de motivación de las

³² VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 17 y 18

personas que reciben los beneficios. Aunque el conocimiento es un elemento importante de la habilitación, no garantiza que vaya haber acciones apropiadas o cambios de comportamiento. Con frecuencia, las actividades para la promoción de la salud en los programas públicos de salud dental incluyen componentes de la educación para la salud, pero la educación para la salud, por si misma no es suficiente para prevenir condiciones o enfermedades orales³³.

La educación para la salud debe abordar la vida diaria de los ciudadanos, teniendo en cuenta múltiples aspectos: aquellos que comprometen el cuidado físico y mental, la conciencia al derecho de disfrutar los bienes colectivos producidos por la sociedad y la lucha por hacer efectivos estos derechos.

El proceso educativo debe trascender a través de toda la sociedad lo máximo posible como una nueva promoción de la salud dirigida a mejorar la salud colectiva e individual, así como contribuir a la satisfacción de equidad y justicia social que pueda ocurrir.

Las relaciones entre sujeto-educador y educando-sujeto deben atenerse a una postura ética que combine libertad y responsabilidad, dirigiéndose a la realización de un compromiso social. En la XIV conferencia mundial de educación para la salud celebrada en Helsinki, Finlandia en junio de 1991, la que pronuncio mediante un texto denominado “como afrontar los desafíos de la salud mundial. Documento de referencia sobre la educación para la salud”, en esta declaración se concluye que: “ la educación para la

³³ HARRIS, O. Odontología Preventiva Primaria. Pág. 354

salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades, minusvalía evitable, y mejora la interacción humana(...) las personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales: promoción de ideas, capacitación y apoyo(...)"³⁴

D. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad y las maneras mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud.
- Motivar a la población para utilizar hábitos más saludables.
- Ayudar y estimular a la población para que adquiera los conocimientos necesarios para adoptar y mantener hábitos saludables.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad³⁵.

E. CAMPOS DE ACCIÓN EN EDUCACION PARA LA SALUD

Toda persona, independientemente de sus circunstancias particulares (edad, sexo, vida social, etc.) es susceptible de beneficiarse de programas sobre la educación para la salud.

³⁴ FUENTES, Mary. Promoción de la Salud y Participación Social. Pág. 97.

³⁵ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 1324-1325

Existen cuatro grandes campos de acción en los programas de educación para la salud:

- Área escolar y familiar
- Área laboral
- Área comunitaria
- Área sanitaria

e.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Supone una gran eficacia y rentabilidad. Esto es debido a que el niño posee una gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos.

e.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL

Estos programas deben tener “un marcado carácter preventivo”, para impedir o detectar la aparición de los trastornos más precoces de las enfermedades.

La medicina socio-laboral tiene como objetivo fundamental, en la medida de lo posible, el logro del bienestar sanitario del grupo familiar del que trabajador es responsable (la familia como entorno sociológico inmediato); por tanto, los programas educativos y de promoción de la salud buco-dental deben hacerse extensivos a su grupo familiar.

e.3 EDUCACIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD

Los objetivos fundamentales de los programas comunitarios están orientados a la identificación de individuos y grupos de riesgo, información y motivación para modificación (prevención primaria) revisiones periódicas para detección precoz de las enfermedades y hábitos nocivos (prevención secundaria) e información sobre: los primeros síntomas juntos con orientación en cuanto al diagnóstico y tratamiento precoz (prevención terciaria).

e.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁREA SANITARIA

Los agentes de salud son los que tienen mayor capacidad para incidir sobre los conocimientos, actitudes y hábitos saludables de las personas que han perdido la salud en algún momento y que pretenden recuperarla: es decir son “educadores sanitarios activos”. Otro papel también fundamental, desempeñado por este colectivo de profesionales, es el papel “ejemplarizante” que con su propia actitud brindan al paciente ávido de conocimientos.³⁶

Debe tenerse en cuenta que cada institución esta dialécticamente cruzada por “procesos instituidos” de carácter conservador/permanente, y “procesos instituyentes” de un carácter más innovador y flexible. Entonces, las dimensiones de carácter estructurado están continuamente relacionados a innumerables irrupciones que mueven las instituciones en un

³⁶ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Págs. 1331 -1334

proceso transversal entre estructuras verticales (jerárquicas) y horizontales (mas homogéneas).

Es derecho del educador estar enterado de las diferentes esferas de este dinamismo, considerándose, asimismo como parte integral de este proceso, continuo, y estar habilitado para optar por las vías de transformación que conducen a los valores de justicia, solidaridad, productividad y equidad³⁷.

F. PRINCIPIOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

f.1 PRINCIPIOS A TENER EN CUENTA:

- Que la educación para la salud es una responsabilidad de toda la comunidad y debe participar en ella.
- Se basa en conocimientos científicos y metodología pedagógica: los métodos deben ser experimentados y evaluados.
- Debe ser organizado y planificado para garantizar su eficacia.
- Debe actuar en edades tempranas: favorece la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas.
- Los objetivos, contenidos y métodos de la educación para la salud deben estar relacionados en base a las necesidades individuales y colectivas teniendo en cuentas las características (sexo, edad, educación,

³⁷ FUENTES, Mary. Ob. Cit. Pág. 97.

interés y motivación, estado de salud, modo de vida, trabajo y responsabilidad con el grupo familiar)³⁸.

f.2 PRINCIPIOS RELATIVOS AL EDUCADOR

- Miembro del equipo de salud con autoridad profesional legítima.
- Un especialista que actuara como asesor, catalizador y coordinador y todo el personal debe tener una formación adecuada.

Los principios deben adaptarse a las características sociales del lugar donde se hace la educación para la salud. Implica que aunque existen principios para basarse, se puede dar una variedad de matices.

Existen tres apartados para transmitir un mensaje de educación para la salud:

- Información a las masas: mediante los medios de información, transmite un mensaje de salud que puede ser reafirmado con la repetición y si se hace durante un periodo largo puede producir un cambio de conducta.
- Educación de grupos: se consiguen mejor los cambios de actitudes, conductas y se llega mejor a los tres niveles de conciencia. Se facilita el proceso de comunicación por la relación personal entre el educador y los educandos.
- Asesoramiento individual: se personaliza el contenido de educativo. Requiere el conocimiento del individuo,

³⁸ VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Pág. 20.

situación particular y una mayor dedicación de tiempo³⁹.

G. PRACTICA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se basa en la relación entre el educador y el individuo o grupo lo que permite ayudar que las personas tengan actitudes y conductas positivas lo que implicara un estado de salud integral.

Convencer que los cambios sugeridos son positivos

Aumentar los conocimientos sobre los recursos existentes y su buen uso

El educador debe tener en cuenta las características del proceso de educación, lo cual permite: adquisición de conocimientos, de cambios, de actitudes, modificación de conducta⁴⁰.

g.1 PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE

Según Hernán San Martín, “todo ser humano tiene capacidad de aprender y cambiar, sea cual sea”. Esto nos garantiza el hecho de que en una situación cualquier persona aprende lo que el educador transmite pero existen muchos factores que influyen sobre el aprendizaje. Para que esto sea eficaz se han de cumplir unos principios:

- Que es más eficaz, si la persona desea aprender.
- Debe tener incentivos o motivos (que vea la ventaja).

Factores que influyen en el aprendizaje:

³⁹ VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 21-22

⁴⁰ VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 22-23

- **Motivación**

Es muy importante y necesaria sin ella irremediablemente la educación para la salud no se podrá llevar a cabo ni será eficaz. El educador debe buscar motivaciones, si no las hubiere, para la adecuada efectividad.

Los seres humanos tiene inclinación a adoptar normas del grupo al que pertenece, por tanto el educador debe tener en cuenta: intereses del individuo, intereses del grupo al que pertenece.

- **La memoria**

Muy unida a la motivación.

La información llega a la memoria a corto plazo y de ahí a largo plazo.

La memoria a corto plazo es muy vulnerable de forma que:

- El volumen de la información hace que no se recuerden muchos datos. Solo se recuerdan algunos de ellos.
- La rapidez de la información también interfiere en la memoria.
- La similitud de la información dada en un mismo momento.

- **La percepción**

No todos interpretan algo de la misma manera.

Influido por:

- Las experiencias personales
- Personalidad
- Culturas
- Costumbres

g.2 DIFERENCIAS INDIVIDUALES O GRUPALES

El educador ha de hacer sentir al educando que las situaciones individuales producidos por el contexto, ambiente y sentimientos son considerados. Ayudará a que las personas lleven las enseñanzas a su situación particular.

g.3 EL INDIVIDUO APRENDE MEJOR LO QUE UTILIZARA EN SU VIDA DIARIA

Si no hay oportunidad de aplicar los conocimientos o de traducirlos en una conducta, estos tienden a olvidarse.

g.4 EL APRENDIZAJE SE HACE CON MÁS EFICACIA si el individuo tiene sentimientos de satisfacción con lo que aprende

g.5 PARTICIPACIÓN ACTIVA, es decir “aprender haciendo” es más eficaz que el solo oír y/o mirar.

H. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ENSEÑANZA

Características del lugar, hora del día. Estos factores pueden ser favorables o desfavorables y el educador

debe producir condiciones favorables para que el mensaje sea recogido de forma más eficaz⁴¹.

I. METODOS DE EDUCACION PARA LA SALUD.

La OMS clasifica los métodos en dos grandes grupos, en función de la relación que establece entre el educador (higienista, odontólogo) y los educandos (grupo de individuos receptores).

j.1 MÉTODOS BIDIRECCIONALES, en los que se establece un intercambio activo entre el docente y el discente. Los dos métodos clásicos son: en la educación de individuos el “diálogo” y en la educación de grupos la “discusión de individuos”.

j.2 MÉTODOS UNIDIRECCIONALES, en los que el receptor del mensaje no tiene la posibilidad de discutir o solicitar aclaraciones sobre el contenido de aquel, ejemplo: los medios de comunicación de masas.

Dado que en la actualidad no es fácil realizar una división tan tajante entre uno y otro grupo, aceptamos como más práctica y racional la clasificación de Salleras, basada en la relación de cercanía o distancia en el mismo tiempo y/o en el espacio entre el docente y el discente⁴².

Según Salleras, la acción educativa para la salud puede ser de dos tipos:

- **Directa**, cuando existe contacto directo entre el educador y el educando, a través de la palabra, con o sin apoyo de medios auxiliares de comunicación.

⁴¹VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 23-27

⁴² RIOBOO, Rafael. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Pág. 1339

- **Indirecta**, cuando existe una lejanía en el espacio y/o en el tiempo entre el educador y el educando, haciendo uso de la palabra hablada, escrita o la imagen, con la adecuada utilización de medios. Los métodos indirectos coinciden plenamente con los métodos unidireccionales.

j.3 MÉTODOS DIRECTOS

Se utilizan en la mayoría de los casos en la educación sanitaria de individuos y grupos e incluye las siguientes vías de aplicación: el dialogo, la clase, la charla, la discusión en grupo. Y puestos a escoger, el dialogo y la discusión en grupo, son mejores que la charla y la clase.

- El dialogo educativo sanitario se realiza a nivel operativo en forma de entrevista. Siendo las entrevistas odontólogo, higienista, auxiliar- paciente, las de mayor interés para nosotros. Para el feliz éxito de la entrevista-dialogo no olvidemos tres normas básicas: saber escuchar, saber conversar y saber aconsejar.

Las normas básicas harán surgir una empatía entre el educador y el educando que hará a este último más receptivo a los mensajes del primero

Como parte fundamental del dialogo debemos incluir el “consejo médico” (counselling).

- La discusión en grupo, incluye la reunión de pequeños grupos (aprox.15 personas) y la discusión entre sus miembros, moderada por un líder, con el fin de tratar un problema y llegar a una solución no prefijada de antemano.

Para obtener una máxima eficacia, la discusión en grupo debe reunir los siguientes requisitos:

- ✓ Elección de un tema de interés y actualidad.
- ✓ Conocimiento del tema por parte de los educandos.
- ✓ Cierta nivel de inteligencia de los educandos, con el fin de que puedan exponer sus ideas y defenderlas.
- ✓ Oportunidad de intervención para todos los educandos.

Las clases, las charlas y la conferencia, básicamente unidireccionales, son métodos que se basan más en la transferencia de conocimientos que en influir sobre los cambios de conducta.

j.4 MÉTODOS INDIRECTOS

Utilizan la palabra hablada o escrita, o la imagen pero interponiendo siempre entre los educadores y educandos los medios técnicos de comunicación de masa.

Green presenta una clasificación de los medios de comunicación de masas, para utilizar en educación para la salud, basada en criterios de selectividad, coste por persona expuesta, grupo socio-económico más alcanzado, complejidad del mensaje y eficacia por persona expuesta.

- **Los carteles**

Es fundamental que exponga una sola idea clara, y siendo el color y el dibujo los elementos principales.

- **Los folletos**

Tienen en su contra lo difícil de su distribución y lógicamente solo son aptos para personas que sepan leer. El diseño es fundamental, en si los folletos son muy versátiles y constituyen un complemento eficaz de otros métodos

- **Las cartas circulares**

El correo individualizado, es el más selectivo de todos los métodos indirectos, siendo considerado como un medio muy eficaz aunque muy caro.

- **La prensa, radio, cine, video y la televisión**

Ofrecen un gran número de posibilidades en la comunicación a grandes masas, en formas de noticias, comentarios, artículos de divulgación, entrevistas, cuñas y charlas radiofónica.

Para terminar, es preciso añadir que las últimas tecnologías de la información están cambiando muchos aspectos de nuestra vida cotidiana y por supuesto también, la educación para la salud-bucodental. Nos depara un gran cambio de actitud en relación a la enseñanza a toda la población en general y al personal sanitario en particular, Nattestad (1997)⁴³.

⁴³RIOBOO, Rafael. Ob. Cit. Págs. 1340 -1341

J. MEDIOS Y AYUDAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los medios que existen para realizar la educación para la salud son:

- Verbales (charlas o conferencias)
- Escritos (libros, entrevistas)
- Visuales (fotografías, gráficos)
- Mixtos (audiovisuales)

El medio usado con más frecuencia es el verbal porque establece una relación directa con el individuo o grupo.

Los motivos más comunes para utilizar ayudas audiovisuales:

- Acentuar no recalcar un punto considerado central o básico del tema.
- Introducir en la enseñanza otros elementos que ayuden a la memorización
- Clarificar determinados puntos o aspectos
- Añadir variedad a una exposición
- Ilustrar aspectos de difícil explicación verbal
- Sintetizar todos los puntos tratados
- Utilizar el tiempo económicamente.

Estos medios y ayudas pueden dividirse en:

- No proyectables como pizarra o murales

- Proyectables como las diapositivas

La selección del medio y ayuda está influida por los siguientes factores:

- El tema a tratar , sus objetivos y contenidos
- Características del individuo o grupo (edad, sexo)
- Los recursos con los que se cuenta

k.1 DEMOSTRACIONES

La demostración consiste en la realización de una práctica; procedimiento por el educador frente a un grupo de individuos. Se debe acompañar de una charla que fundamente el procedimiento y explique sus elementos, así como los errores a evitar.

Es uno de los medios que más se usa en salud pública. Hay actividades difíciles de poner en práctica si solo se oyen descripciones de las mismas.

Al planificar una demostración se tendrá que determinar:

- Los objetivos
- Seleccionar y organizar los contenidos
- Elegir el equipo que se necesita

Es necesario comprobar que el material está en buenas condiciones y se usara el mismo material al que el individuo tenga acceso.

La demostración debe ser visible a todos. Y se una para conseguir que la comunidad se haga independiente y pueda llegar al auto cuidado⁴⁴.

3.1.3 PLANIFICACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A. INTRODUCCIÓN A LA PLANIFICACIÓN EN SALUD

La planificación surge en el área de la economía, como resultado de la búsqueda de instrumentos aptos para lograr y orientar el desarrollo económico sostenido.

Pronto se observó que no es suficiente con hacer hincapié exclusivamente en la velocidad del crecimiento económico, y que era necesario agregar una dirección prefijada. Es decir velocidad y dirección que aseguren el cumplimiento de objetivos y metas de salud en plazos precisos.

El hombre es el valor esencial del sistema social situado por encima de cualquier consideración económica.

Las corrientes que consideran rentables a aquellas inversiones en el llamado capital humano y que se canalizan básicamente a través de la salud y la educación son aun débiles y escasas.

B. DEFINICIÓN DE PLANIFICACIÓN

Es un proceso sistemático, razonado y objetivo, que partiendo de una realidad se propone lograr ciertos objetivos y metas en un tiempo determinado, mediante la ejecución de acciones en base a recursos disponibles.

b.1ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN

⁴⁴VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 29,30 y 31

Siendo planificación un proceso tiene elementos que la conforman y son:

- **Modo real**

Es una representación real de un sistema social con el propósito de analizar sus líneas de acción y los cambios a los que es susceptible, a fin de concretizar los objetivos fijados.

- **Recursos**

Son toda clase de elementos materiales (equipo, local etc), humanos (profesionales, técnicos, voluntarios) presupuestales que sean considerados en la programación y ejecución.

- **Tiempo**

Es el plazo predeterminado para lograr los objetivos y metas

Planificación a corto plazo es aquella que no sobrepasa un año.

Planificación a mediano plazo es aquella que tiene metas mayores de un año pero que no sobre pasan los cuatro años.

Planificación a largo plazo es aquella que tiene metas mayores de 4 o 5 años.

b.2 OBJETIVOS Y METAS

Objetivo es el fin hacia el cual se dirige la actividad. Meta es la expresión cuantificada del objetivo

La identificación precisa de estos objetivos y metas es imprescindible en la laboriosa tarea de planificar en salud; pues son los que permitirán tomar decisiones respecto a la asignación de recursos, definición de estrategias y especificación de actividades.

b.3 RACIONALIZACIÓN

Es la organización del trabajo, dirigido a tomar las mejores decisiones en base a razonamientos de costo-beneficio.

La eficacia es la capacidad de lograr los objetivos propuestos. La eficiencia es el logro de metas al menor costo.

b.4 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

En los últimos lustros se desarrolló una valiosa experiencia en planificación de salud que se registra logros y fracasos; siendo necesaria la búsqueda individualizada por parte de cada país, tomando en cuenta sus propias características.

- **Método CENDES OPS**

En el periodo 1961-1962, el centro de estudios para el desarrollo de la universidad central Venezuela, en colaboración con la OPS, desarrollaron un método para la formulación de planes de salud. Los principios fundamentales de esta metodología, son los siguientes según lo explicita uno de sus autores.

- El nivel de salud de la comunidad estudiada debe ser expresado en unidades medibles y basado en información fácil de obtener. El nivel de salud ha sido

expresado, en este método mediante el estudio de la mortalidad y la demanda de servicios de salud.

- Los diagnósticos deben estar relacionados con la población susceptible y con la población susceptible y con el medio físico, social, y económico, intentando medir las interrelaciones entre el nivel de salud y el medio ambiente. Se considera necesario identificarlos estableciendo, a través de coeficientes, la relación entre las enfermedades⁴⁵.

C. PLANIFICACIÓN EN SALUD

Concebimos la planificación como u instrumento cuyo propósito primordial es contribuir a racionalizar las decisiones, del modo más conveniente con el fin de alcanzar los objetivos en el tiempo determinado y con los recursos previstos.

La planificación en salud, adquiere un valor intrínseco más profundo, pues revela el celo y seriedad con que trata el cuidado de la salud y de la vida del ser humano.

Es relevante destacar la importancia que tiene la comprensión utilización de este valioso instrumento.

c.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En América Latina, el avance de la planificación, se produjo principalmente en el campo diagnóstico y en la elaboración de planes de largo plazo. Pero rápidamente se observó que la carencia de elementos que aseguraran la coherencia entre las acciones de corto plazo y las propuestas del plan, los

⁴⁵ DIAZ, Susana. Planificación en Salud. Págs. 20-25

convertían en declaraciones de principios y no en programas de acciones útiles.

En cambio, en los países europeos, la planificación fue utilizada como instrumento para racionalizar políticas con objetivos de corto plazo.

La planificación de corto plazo y su programación fueron las herramientas para implementar una política claramente formulada y aceptada, lo que permitió su viabilidad y el éxito notoriamente alcanzado.

Se trata de un largo y difícil proceso, pues con la planificación se trata de introducir racionalidad, claridad y definición explícita de responsabilidades en medio habituados a la irracionalidad e ineficiencia; por tanto la disciplina planificadora restringe el margen de negociación e influencia para usufructo personal o de castas.

c.2 SISTEMAS

La planificación se desarrolla en un sistema formal o informal y a través de un proceso, pero también requiere de un contexto global un medio en el que fundamentalmente exista un profundo convencimiento en las mejores posibilidades de desarrollo que se dan con la planificación.

- **Concepto**

Conjunto de elementos que integran el sistema, ya existen en los países, pero funcionando aisladamente, sin coherencia ni objetivos compartidos.

Los modelos propuestos en este campo deben ser flexibles para que se haga posible su inserción sin excesivas resistencias en las estructuras preexistentes. Por tanto no solo contará la calidad del modelo sino también la estrategia con que se maneje su instalación.

- **Características**

- **Elementos, componentes y relaciones**

Los objetos que pueden ser identificables se les llaman elementos. Estos elementos o sus atributos tienen relaciones entre ellos, cumpliendo funciones específicas llamadas componentes.

- **Orden y estructura**

Orden es la racional disposición de los componentes.

Estructura, son las relaciones más persistentes o importantes del sistema a que caracterizan.

- **Finalidad y Objetivo**

Finalidad es el fin último al que aspira un sistema. Ejemplo la finalidad del sistema de salud sería: preservar y mejorar la salud.

Objetivo es un fin más cercano. Ejemplo, brindar servicios de salud

- **Dinámica y proceso**

Dinámica son los cambios y transformaciones que ocurren dentro del sistema.

Proceso es la dinámica interna del sistema orientada al logro de sus objetivos.

- **Complejidad**

Es la mayor o menor dificultad para identificar los elementos que componen el sistema y las relaciones que se dan en su interior.

- **Ambiente**

Esto todo lo que circunda al sistema y en el que influye positiva o negativamente

- **Integración**

Es el modo de interrelación de los componentes, puede ser compacta o desagradable.

c.3 MODELO

El modelo más aconsejable hasta el momento debe poseer las siguientes características:

- Interrelación coherente y racional de los elementos que lo componen, así como un funcionamiento dinámico de conjunto.
- El órgano central de planificación debe ser integrado por los organismos sectoriales, para asegurar la coherencia entre las decisiones tomadas con la realidad, sobre planes de corto, mediano y largo plazo.

- La planificación necesita un permanente flujo de información que provea de elementos necesarios para el mejor desarrollo del proceso. Esto requiere de comunicación horizontal y vertical.
- Será viable en cuanto tenga las condiciones básicas indispensables.

c.4 PROCESO

- **Definición**

Consiste en el conjunto de etapas que deben cumplirse, a fin de racionalizar la toma de decisiones en el intento de alcanzar los objetivos fijados, mediante el uso más eficiente de los recursos disponibles.

- **Condiciones especiales**

- Es imprescindible determinar que queremos lograr, y como pretendemos conseguirlo.

Imagen- objetivo, es la situación a la cual se desea llegar.

La óptica mental de los individuos que intervienen en el proceso es importante por cuanto esta va a variar según la ubicación que tengan en la estructura del sistema.

- No puede haber política sectorial (salud) en ausencia de una política global, y no puede haber planificación, tal como se la ha definido fuera de ese marco.

- La planificación en salud varía notoriamente, por ejemplo, si se toma en cuenta la demanda de los servicios de salud o las necesidades reales.
- La política que sirva de marco referencias deberá tener una honda raíz nacional.

- **Etapas**

Responden a una concepción basada esencialmente en el sentido común, el cual señala la necesidad de pensar antes de actuar.

Este proceso comprende las siguientes etapas o fases:

- El planteo y la descripción de los problemas.
- El diagnóstico de la situación, que en este caso es de salud.
- La proyección o pronóstico de las tendencias presentes.
- Evaluación de la situación, en cuanto a la imagen-objetivo
- La proposición de diversas alternativas que impliquen una adecuada toma de decisiones,
- Elección de una de las alternativas propuestas implica una decisión con fuertes connotaciones políticas.
- La ejecución y evaluación del plan y los programas, proyectos y actividades que integren.

Incluimos estas etapas como parte del proceso de planificación, porque creemos que planificar no solo es

preparar documentos sino asegurar su ejecución y la correspondiente evaluación⁴⁶.

D. PLANIFICACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En un sentido más amplio y corriente, planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción para lograrlo. No obstante, la planificación puede ser considerada en una perspectiva más amplia para incorporar el diseño de políticas en el nivel social y la administración de programas en un entorno organizacional.

La planificación es un proceso de reflexión orientado y dirigido a la acción. Sus propósitos fundamentales son:

- Profundizar la comprensión y
- Ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones a todo el nivel.

Mediante ese proceso la institución involucrada se adapta a los cambios tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior. Es necesario visualizar el papel y secuencia lógica que la función de planificación juega al lado de otras importantes funciones que conducen a la obtención de resultados programados, o sea al logro de objetivos y metas propuestos. Sobre este proceso tanto el que se dirige como el que ejecuta se apoyan para concretar en forma lógica, sus actividades, a la vez que permite retroalimentarse con afirmación a través de la repercusión de las decisiones adoptadas. Es decir que, el proceso de la planificación constituye un ciclo iterativo de funciones relacionadas entre sí, las que conducen a un resultado determinado.

⁴⁶ DIAZ, Susana. Págs. 60-73

Los objetivos de la planificación pueden categorizarse según estén dirigidos a las estructuras, a los procesos y a los resultados (Perrone y col. 1996)

El proceso integral de planificación puede ser global (es decir que afecta a todos los sistemas e individuos), regional (en el que puede incluirse un conjunto de países, un país o parte de diferentes países), sectorial (referido al sector salud) o institucional (cuando abarca una o más instituciones del sector). Son escenarios diferenciados.

Asimismo, se han descrito tres niveles de planificación:

- El nivel normativo o de planificación de políticas.
- El nivel estratégico o de planificación global y
- El nivel táctico operacional o de programación

Desde la perspectiva estratégica (Rovere 1993) se han diferenciado seis momentos con base en la distancia entre la planificación y el objeto problema:

Los tres primeros momentos se plantean con una mayor globalidad y distancia entre planificación y el objeto-problema y son:

- Análisis de situación o campo “del ser”,
- Identificación de la visión o campo “del deber ser” y
- Construcción de la viabilidad o campo “del poder ser”

Los tres momentos restantes tiene una mayor especificidad y cercanía al problema y cercanía al problema planteado y son:

- Investigación de los problemas o campo “del ser”
- Diseño de proyectos o campo “del deber y ser”, y
- Programa de operaciones o campo “del poder ser”

En realidad, las características de cada una de las acciones de todo proceso de atención de la salud son complejas y conllevan una toma de decisiones intelectuales.

Los primeros pasos son la: identificación de necesidades o problemas y la determinación de prioridades. Estos pasos son anteriores a la programación, es decir que esta se da en un proceso mayor de planificación consiste en una serie de momentos por los que se transita, no de una manera inmutable pero que guardan una relación lógica entre sí.

La programación representa entonces “prever”, “coordinar” y determinar una conducta a seguir para alcanzar los objetivos de un plan. Es la fase específica en la que se debe aportar todo el instrumental técnico que permita interpretar y desagregar objetivos y políticas de mediano y corto plazo, en objetivos, metas, y actividades para corto plazo. No obstante deberá garantizar un carácter recursivo o dinámico, un avance no lineal y una revisión permanente.

El diseño de programas y proyectos es un momento para concebir formas concretas y específicas de intervención sobre aquellos problemas que han sido previamente seleccionados por su valor político, su prioridad técnica, etc. Incluye una serie de actividades destinadas a vulnerar el problema realizado.

La lógica de proyectos y programas no difiere sustancialmente entre si y puede ser aplicada en uno u otro. Hernández 1990.

Plan es un conjunto armónico de decisiones racionales que conducen a un objetivo en común. Es generalmente un conjunto de programas y/o proyectos que contienen metas relacionadas entre sí, en función de objetivos comunes. Esto quiere decir:

- Que no hay plan sin decisiones
- Que las decisiones deben ser racionales, es decir, tomadas con base en el reconocimiento científico y
- Que deben orientarse al logro de los objetivos

Todo plan debe tener un objetivo general que interprete la gran intención de la empresa o institución en sus expectativas de desarrollo. Cada objetivo general deberá desagregarse en objetivos específicos de tal modo que señalen y precisen en tiempo, espacio y lugar, la naturaleza del correspondiente objetivo. En general, los objetivos específicos del plan pasan a constituir los objetivos generales que sustentarán los diferentes programas y proyectos que los componen. A su vez, todo plan debe contener la política bajo la cual deberán orientarse las acciones para alcanzar los objetivos tendentes a la resolución de problemas.

Finalmente todo plan debe contemplar un capítulo de estrategias, es decir de medios estructurales y administrativos así como de los momentos más oportunos

para su ejecución. Involucra esta fase, estrategias de negociación, de coordinación y de dirección⁴⁷.

En la elaboración de un programa de salud comunitaria describen clásicamente en la literatura médica en seis etapas:

PLANIFICACIÓN GENERAL					
1 Identificación de los problemas y las necesidades	2 establecimiento de las prioridades	3 Fijación de los objetivos	4 Definición de las actividades para conseguir objetivos	5 Movilización y/o coordinación de los recursos financieros materiales y humanos	6 Evolución de la estructura del proceso y del resultado: Eficacia Efectividad Eficiencia

Las dos primeras etapas, la identificación de problemas y necesidades, y el establecimiento de las prioridades de atención, constituyen fases preliminares de la planificación de programas. Las restantes corresponden a los elementos de un programa de salud. El objetivo u objetivos de un programa de salud deberán expresarse en términos de mejora de salud de la población de estudio. A continuación, se especificarán las actividades necesarias para alcanzar los objetivos, así como los recursos requeridos para su ejecución, los cuales deberán ser adecuadamente movilizados. Por último, la evaluación del programa tiene por objeto establecer si se han alcanzado los objetivos fijados y además revalorar las principales etapas de la planificación del programa: formulación de los objetivos, determinación de las actividades necesarias para alcanzarlos y movilización-coordinación de los recursos.

⁴⁷ RIOBOO, Rafael. Ob. Cit. Pág. 1346.

La evaluación debe realizarse a tres niveles: recursos (evaluación de la estructura del programa), actividades (evaluación de proceso) y objetivos (evaluación de los resultados).

Dentro de la evaluación de los resultados, se realiza el análisis de los objetivos del programa expresados en términos de un estado de salud definido para una población diana concreta. Los resultados de salud de un programa pueden ser apreciados a dos niveles:

Individual (evaluación de la eficacia) en aquellos pacientes que se benefician del proceso aplicado en condiciones ideales y comunitario (evaluación de la efectividad) cuando se aplica el proceso en las condiciones reales de la práctica clínica diaria o de los programas comunitarios.

Por lo tanto, la *eficacia* evalúa los efectos sanitarios del programa en individuo realmente se han beneficiado de la intervención que se evaluaba aplicada en condiciones ideales, que no son las del trabajo diario en la consulta o en salud pública, y que además de han adherido a él, es decir, que han cumplido las recomendaciones preventivas y curativas. La eficacia se evalúa mediante la realización de ensayos clínicos aleatorizados.

La *efectividad* evalúa los efectos sanitarios de un programa en el conjunto de la población diaria, cuando las condiciones de aplicación son las habituales de la práctica clínica o de los programas de salud pública y por tanto normalmente no óptimas. A veces se produce cierta confusión en la literatura médica al presentar datos que provienen de estudios observacionales como base de la eficacia cuando en

realidad esos datos se refieren realmente a la efectividad de la intervención.

Una buena eficacia no conlleva necesariamente una buena efectividad. Por ejemplo, un teórico programa de cepillado con pasta fluorada en el ámbito escolar con una buena eficacia en un estudio piloto en condiciones óptimas puede obtener una baja efectividad debido a la falta de colaboración del profesorado, a la negativa de los padres a que se lleve a cabo o a sus problemas en la distribución y reposición de los materiales necesarios para su desarrollo (pasta, cepillo o manuales de apoyo).

La *eficiencia* expresa la relación entre los resultados sanitarios obtenidos en la población diana (efectividad) y los costes de los recursos necesarios para su consecución. Al evaluar la eficiencia, los resultados se relacionan con los recursos movilizados para llevar a cabo el programa. El estudio de la eficiencia asume que la efectividad del programa ya ha sido demostrada con anterioridad, pues en caso contrario sería un estudio absurdo⁴⁸.

d.1 PLAN DE ENSEÑANZA

Definición de propósitos, según la OMS, se trata de equiparar a las personas con los conocimientos y habilidades que le permitan resolver sus problemas de salud.

Marcamos unos objetivos, los objetivos sugieren formas de alcanzar los propósitos establecidos. Interacciones a corto plazo específicos y se expresan en términos de la conducta

⁴⁸ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Pág. 385.

que se espera obtener. Por ejemplo un buen cepillado dental.

Determinar los objetivos de una acción educativa:

Facilitar la resolución y organización del contenido

Dar directrices para lograr propósitos

Ayudar a la evaluación de los resultados

d.2 PLANIFICACIÓN DE LA CHARLA O EXPOSICIÓN

- **Introducción**

Parte que induce al tema central. Estimula y motiva el proceso de aprendizaje. Debe ser breve, concreto y estimulante.

- Contenido o tema central
- Desarrollo del tema en si
- Conclusiones

Saber los puntos más difíciles de comprender, destacar los más importantes.

- **Evaluación de la educación para la salud**

Es un componente esencial, indica si los objetivos se han cumplido de forma que después de cada programa de educación para la salud se realiza⁴⁹.

d.3 PLANEACIÓN: LA LLAVE DEL ÉXITO

⁴⁹ VASQUEZ, Elsa. Ob. Cit. Págs. 32-33

Un programa escolar exitoso no sucede por azar. Es importante un plan de acción completo para grados específicos, así como una clara delimitación de las responsabilidades y objetivos del mismo. La inclusión de grados escolares, lo más frecuente es que sea de preescolar al sexto de primaria.

La planeación juiciosa finalmente resultara en programas significativos orientados de manera específica que se integran en los años escolares, debe incluir una valoración de las necesidades comunitarias, establecer prioridades, un presupuesto y un fuerte componente de evaluación. Por diversas razones es necesario el desarrollo de un plan de acción por escrito, también puede utilizarse para solicitar el financiamiento que ayude a cimentar el programa propuesto. Por supuesto que el plan sirve como guía para aquellos involucrados en conservar los objetivos⁵⁰.

3.1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD

A. CONCEPTO Y DEFINICIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El término de promoción de la salud fue planteado por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerest definió las cuartas tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Nutbeam 1985 propuso un concepto ampliado de Promoción, estableciendo que “es el proceso de capacitar y habilitar a las personas para incrementar el control sobre los determinantes de la

⁵⁰ CUENCA, Emili. Ob. Cit. Pág. 387

salud y por ende mejorar su estado de salud”. La promoción es un campo de la salud pública que busca mejorar las condiciones generales, los factores básicos que influyen en la salud de las personas, además de ello las habilita para mejorar su salud, trabajando sobre los determinantes que la propician, tales como el entorno social o físico, ingreso económico, empleo, condiciones del medio ambiente, justicia, paz; también interviene sobre los aspectos relacionados con los comportamientos saludables, que tiene relación con la educación y cultura por la salud.

La dirección general de promoción de la salud del Ministerio de Salud del Perú, en su documento “lineamientos de Política de Promoción de Salud” (noviembre 2003) establece el concepto de promoción de salud:

“Es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla”, “busca lograr un estado de bienestar físico, mental, social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”

Considerando la concepción de promoción de salud como proceso político social que busca empoderar a las personas para mejorar su salud a través de intervenciones positivas en el entorno. Esta definición reconoce a la salud como el resultado de un conjunto de factores diversos, interconexos y dependientes de las propias condiciones de desarrollo; precisando que los esfuerzos de promoción de la salud se dirigen hacia la búsqueda de bienestar colectivo.

a.1 DEFINICIONES

Existen diversas definiciones y aproximaciones teóricas a la PS, pero en todas ellas se puede identificar elementos y enfoques fundamentales: los determinantes de la salud como objeto de la promoción de la salud, el enfoque socio-político para la modificación favorable de ellos, y la participación de la gente como proceso básico para los logros que pretende. A continuación citamos algunas definiciones seleccionadas:

“la nueva Salud Publica no significa nuevos y complejos sistemas burocráticos ni palacios de prevención, significa comenzar por donde está la gente y por la salud de ella. El desarrollo de la promoción es una reacción al trabajo anterior... es reconocer que la salud de la gente no es uno de los recursos más productivos y positivos”. H.Mahler (1986), ex director de la OMS.

“La Promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” Carta Ottawa, 1986.

“La Promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones da salud individual y colectiva” OPS/OMS, 1990.

“La Promoción de la Salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y el poder” T.Hancock, 1994.

“...Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir” D.Nutbeam, 1986.

“...trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud” I. Kickbush, 1994

B. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el año 1920, Winslow hizo alusión a la organización de la comunidad para la educación de los individuos hacia su salud personal y el desarrollo de la maquinaria social, a fin de asegurar a cada persona un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud.

La historia más reciente, se inició en 1945, con Henry E. Sigerist, quien definió las cuatro funciones básicas de la medicina: 1) promoción de la salud, 2) prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación; y afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Fue el primero en usar el término “promoción de la salud” para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria.

El informe de Lalonde, publicado por el gobierno de Canadá en 1974 y sustentado por Marc Lalonde, ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá titulado “Una nueva perspectiva de salud de los canadienses”, considera a la promoción de la salud una nueva estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver con los cambios del estilo de vida o comportamientos.

En 1978, se produjo un evento internacional que introdujo a escala mundial innovaciones en la conceptualización de la salud, Conferencia Internacional sobre atención primaria de

salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y Unicef en Alma-Ata. La innovación fue la de proclamar la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental.

Es altamente reconocido que la declaración de Alma-Ata constituye uno de los mayores hitos para la salud pública del siglo XX.

El Dr. David Tejada de Rivero, responsable de la coordinación general de la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, considera que, guardando ciertas proporciones, las recomendaciones de Alma-Ata hoy en día tiene más vigencia que nunca.

El Dr. Tejada enfatiza que: “ la atención primaria de Salud hay que entenderla como una forma de cómo conducir el cuidado integral de la salud y no como un programa de tercera clase, muy elemental, muy primitivo, hecho para las zonas periféricas y para los pobres. La Atención Primaria de la Salud es un concepto que debe estar presente desde el instituto más especializado en salud hasta el nivel más periférico del cuidado integral de la salud, que no es el puesto de salud sino que es la familia, la escuela, el centro de trabajo.

C. FUNCIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Lograr que las personas asuman comportamientos saludables para mantener y mejorar permanentemente su salud y contribuir a su desarrollo humano pleno.
- Generar las condiciones estratégicas para la construcción de la cultura de la salud y para fortalecer el desarrollo y ejercicio de los valores para la salud en la persona, familia y comunidad.

- Lograr el establecimiento de políticas, identificación de objetivos e implementación de estrategias de promoción de la salud en el sector, en el ámbito nacional, regional y local.
- Implementar y evaluar planes, programas y proyectos de intervenciones de promoción de la salud, en el ámbito nacional y regional.
- Proponer e implementar normas y procedimientos para la promoción de la salud.
- Coordinar y desarrollar estudio de investigación y evaluación del impacto de las acciones de promoción de la salud y difundir los resultados.

D. ENFOQUES DE PROMOCIÓN DE SALUD

Estos enfoques deberán tenerse en cuenta cuando vamos a diseñar y ejecutar una intervención, proyecto o programa dentro del campo de la promoción. El primero de ellos es el *enfoque positivo*, (no positivista), que vaya dirigido al bienestar, a la mejor calidad de vida, a la felicidad (por qué no) y que sea dignificante para las personas y grupos, con respeto por los derechos humanos.

El *enfoque ecológico* sigue siendo importantes en la PS, pero, como lo hemos señalado, incluyendo un amplio concepto de ambiente. El *enfoque participativo*, la participación es imprescindible en Promoción de la Salud, no se le concibe sin participación. Tampoco se puede prescindir de la participación en la evaluación de Promoción de la Salud.

El *enfoque socio-político*, distingue a una experiencia o programa de PS, porque la PS se basa en un concepto socio-político de la salud. Su quehacer siempre tendrá una dimensión

social, es decir colectiva, incluyendo lo cultural, y una dimensión política. El potencial mayor de la PS esta, de un lado en el éxito de políticas públicas y, de otro, en la fuerza y el poder que alcance la gente para transformar condiciones y estilos de vida.

Obviamente, los enfoques descritos tendrán aplicación mayor en aquellos escenarios donde se faciliten las acciones políticas y el trabajo con y por la gente.

E. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Varía según los diversos autores. Es útil definir las teniendo en cuenta los escenarios de actuación y los grupos poblacionales blanco que participan, pero sobre todo, relacionándolas con las áreas de acción de la Carta de Ottawa. Identificamos los siguientes grupos de estrategias:

e.1 PRIMER GRUPO: Estrategias para la acción política

La salud es un asunto primariamente político. Comprende todas las actividades, métodos e instrumentos útiles para impulsar la formulación e implementación de políticas saludables, tales como:

- Procesos de negociación
- Cabildeo o abogacía por causas de desinterés público
- Búsqueda y organización de consensos y coaliciones
- Estrategias para lograr compromisos políticos de sectores e instituciones
- Análisis permanente de las políticas públicas y de las políticas públicas saludables
- Utilizar un abordaje político ante todo.

Estas estrategias son centrales para la PS, fortalecen a la salud pública y dan importante énfasis en los asuntos de interés público. Se relacionan con la primera área de la carta Ottawa de Construcción de Políticas Públicas Saludables, pero también tiene que ver con la creación de entornos saludables y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

e.2 SEGUNDO GRUPO: Estrategias que estimulan, apoyan y fortalecen la participación social

Con ellas se busca el compromiso y responsabilidad de todos los actores sociales a través de:

- Apoyo a las organizaciones comunitarias de base y a otras organizaciones sociales con fines públicos
- Construcción de capacidad comunitaria
- Empoderamiento de individuos y sobre todo grupos
- Formación y apoyo a redes de soporte social
- Formación y fortalecimiento de liderazgo ciudadano
- Investigación participativa

La participación social es un concepto más moral que técnico y requiere por lo tanto, de que exista la voluntad de estimularla por parte de quienes dirigen los programas y proyectos de PS. Se corresponde principalmente con el área de fortalecimiento de la acción comunitaria de la Carta de Ottawa. La estrategia de empoderamiento requiere una clara comprensión de su significado. Entender que sobre todo, se trata de un proceso dirigido más a los grupos y comunidades que al individuo, aunque en el proceso, los individuos resultan fortalecidos.

e.3 TERCER GRUPO: Estrategias de educación, comunicación e información

Comprende todas las actividades dirigidas a incrementar el nivel de información, conocimientos y desarrollo de habilidades:

- Educación de salud. Educación popular con base en teóricas de Freire.
- Alfabetización en salud. Mínimo de conocimientos necesarios para que la gente pueda tomar las opciones más saludables.
- Comunicación social: comunicación de salud, mercadeo social, comunicación mediática. En estas es fundamentalmente el manejo ético de las herramientas comunicativas.

Se relaciona principalmente con el área de Desarrollo de Aptitudes Personales, es decir con los cambios que lleven al desarrollo de estilos de vida saludable.

e.4 CUARTO GRUPO: Estrategias dirigidas a las transformaciones y cambios organizacionales

Tienen especial importancia en el desarrollo institucional para la promoción de la salud.

- Desarrollo de infraestructura.
- Formación y capacitación de recursos humanos, de diferentes perfiles.
- Desarrollo gerencial.
- Aprovechamiento de diferentes instituciones y organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales.

- Implementación de prácticas de trabajo transdisciplinario.

Se relación con la quinta área de la Carta de Ottawa, de Reorientación de servicios de salud. La reorientación debe favorecer los enfoques de promoción de salud y de prevención de riesgo así como la integración de esfuerzos de instituciones multisectoriales para obtener logros en beneficios de las poblaciones.

F. LOGROS Y PUNTOS CRÍTICOS DE PROMOCIÓN DE SALUD

Los principales logros se resumen:

- Definición de una política de promoción y la creación de consejos de nivel nacional, regional y local.
- Formulación, implementación, monitoreo y evaluación de un plan nacional de promoción de salud con estas metas intersectoriales y sectoriales incluidas en la reforma de salud.
- Inserción de la promoción de salud en la acción local de los municipios a través de planes comunales de promoción.
- Elaboración de una línea base de promoción de salud mediante la primera encuesta nacional de calidad de vida y salud, en año 2000 y que se aplicara cada tres años.
- Desarrollo de una política para el desarrollo de recursos humanos en promoción de salud, con programas de capacitación y formación de postgrado, así como la constitución de la res de universidades para la promoción de la salud.
- Fortalecimiento de la base comunitaria de apoyo a la promoción de la salud, mediante programas de apoyo a

organizaciones comunitarias y redes sociales junto a la creación de instancias de participación.

- Acción intersectorial para la aplicación de la estrategia de técnicas, metodologías de monitoreo y evaluación de proceso e instrumentos de acreditación para los distintos niveles de educación.

No obstante, existen una serie de puntos críticos, que requieren ser abordados:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Responsabilidad sectorial y responsabilidad intersectorial
- Evaluación basada en la evidencia científica, análisis político-social y evaluación cualitativa de procesos.
- Promoción de la salud como sobrecarga de trabajo y responsabilidad para las mujeres y enfoque de equidad de género en salud.

G. RETOS DE PROMOCION DE SALUD

Para avanzar en la política de Promoción, desde el sector salud se han planteado los siguientes desafíos:

- Implementar un nuevo modelo de atención que incorpore los temas promocionales- preventivos en la atención de salud.
- Contar con una red asistencial y prestadora con acciones de promoción de salud de carácter individual y poblacional.

- Reorientar la formación del recurso humano y su forma de trabajo, desde problemas de salud pública superados en el país, hacia los problemas de salud emergentes.
- Incorporar enfoque de equidad y no discriminación en las acciones de salud para asegurar la necesaria cobertura universal.

En la generación de políticas públicas, el país se plantea como desafíos principales:

- Consolidar acuerdos intersectoriales y alianzas estratégicas publico/ privado.
- Contar con mecanismos de financiación sostenibles en el tiempo que aseguren amplia cobertura a la población, con intervenciones de promoción.
- Desarrollar la investigación aplicada y expandir la formación de recursos humanos en promoción.
- Mejorar y ampliar el marco regulatorio relacionado con las prioridades de promoción de salud, asegurando mecanismos eficaces de aplicación que contribuyan a mejorar la calidad de vida de población.

H. LA PROMOCIÓN Y LA EDUCACIÓN

La promoción de la salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente como una nueva forma de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos; a pesar de las diferentes acepciones asumidas hay consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales y las personas en la construcción de la salud.

Educación es el proceso de formar actitudes y disposiciones fundamentales-intelectuales y emocionales- hacia el género humano (Dewey, en texeira). De acuerdo a su más reciente concepción, es el proceso de construir conocimientos así como el desarrollo de calidad de intervención y crítica centrado en la transformación de la realidad. Aunque ideológicamente distintas, ambas definiciones son complementarias.

h.1 INTERFASES E INTERSECCIONES

La comunicación social en salud y la educación en salud tienen objetivos comunes (promover salud) pero ellas tienen maneras distintas y complementarias de alcanzar este objetivo. La primera, en su especificidad, está dirigida a la producción de sentido y la transmisión de los mensajes educativos en salud. La educación está dirigida al significado del contenido y sus bases éticas; entonces se deberían buscar alternativas, estimular la crítica y profundizar la reflexión (actitud que debe ser animada tanto como la vida y sus condiciones). Para realizar la formación del nuevo emisor/receptor, la comunicación social debe ser apoyada por la educación.

La existencia de la intersección entre promoción de la salud y la educación, se apuntan ambas al bienestar global a través del incremento del nivel de salud de la población y reducción de la desigualdad es además clara. La promoción de la salud es llamada a la incorporación de una cultura de salud y al empoderamiento de la población.

El rol de la educación aparece muy claro en este proceso: directamente a la acción personal/ social como la principal estrategia metodológica para el empoderamiento de la

comunidad; y desarrollo de habilidad individuales para inducir la efectividad, conciencia, responsabilidad y participación ética en la vida social- por lo tanto para los ciudadanos- así como la lucha por los derechos sociales y en contra de las barreras económicas y políticas. Reconocido como un desarrollo humano básico, la educación es un elemento clave para generar cambios políticos, económicos y sociales los cuales son esenciales para la realización de la salud para todos.⁵¹

I. PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD

La equidad en salud se refiere a una situación de ausencia de desigualdades en salud que sean innecesarias, evitables e injustas.

La desigualdad es un fenómeno multidimensional:

- Por nivel socio-económico.
- Por género.
- Por ubicación geográfica.

La desigualdad en salud lo es aún más en:

- Estado de salud.
- Accesos a servicios de salud de calidad.
- Financiamiento de los servicios de salud.

En general, se refiere a la capacidad de los individuos para obtener un buen estado de salud. Más una inevitabilidad e injusticia nos lleva más allá de la igualdad en salud o acceso a servicios de salud.

⁵¹ SILA, María Angélica. Promoción de la Salud y Participación Social Promoción de la salud y participación social. Pág. 23.

¿Por qué promover la equidad en salud?

- Equidad en salud está estrechamente asociada a la justicia de los arreglos sociales (A.Sen 2002)
- La necesidad de valorar la desigualdad en general más allá de la evolución de los promedios (Rawls), especialmente en temas de salud.
- La salud es una de las principales condiciones de la vida humana.
- Es un determinante fundamental de las capacidades humanas en el sentido desarrollado por AmartyaSen.
- La equidad en salud incluye la equidad en el acceso a recursos pero va más allá.

Hay cada vez mayor evidencia que el crecimiento económico no alcanza para reducir estas inequidades, ni siquiera en el mediano plazo, es necesario entonces:

- Entender los factores que subyacen detrás de la persistencia de estas desigualdades. (recursos económicos pero también otros factores epidemiológicos y culturales).
- Trabajar en el diseño de una política explícita para reducir estas desigualdades⁵².

J. MODELOS EDUCATIVOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El proceso de participación social exige un papel importante a la educación ambiental para promover la aceptación de las tecnologías. Esta educación ambiental debe ser permanente,

⁵² FUENTES, Mary. Ob. Cit. Pág. 34.

integral y continua y dirigida a los agentes sociales considerando:

Aspectos de salud y su relación con los problemas ambientales (aguas, excretas, basuras, alimentos, higiene, etc.).

Aspectos de participación, a fin de que los agentes sociales asuman autónoma y responsablemente el papel que les compete en el desarrollo de los servicios públicos.

Aspectos tecnológicos, con el propósito de que los conocimientos sean transferidos a los usuarios para que estos tengan capacidad de diseñar, instalar, construir, replicar, adaptar, usar, operar y mantener la tecnología de una manera autónoma.

Aspectos de gestión, para que los agentes sociales sean capaces de administrar las tecnologías a través del desarrollo de proyectos productivos, sustentables y de carácter autogestionario⁵³.

K. EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

k.1 BASES METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN

El monitoreo, es el seguimiento rutinario de la actividades de un programa de PS a través de una medición regular y continua para ver si las actividades planificadas se están realizando. Los resultados muestran si las actividades del programa se están implementando de acuerdo a los planes, y describen el grado de utilización de los servicios del programa.

⁵³ FUENTES, Mary. Ob. Cit. Pág. 45.

La evaluación, debería llevarse a cabo conjuntamente con el monitoreo.

Las evaluaciones de procesos recogen información que miden cuan bien se están desarrollando las actividades de un programa. La evaluación de procesos se usa para medir la calidad de la ejecución de un programa y evaluar su cobertura, o el grado en que los servicios del programa están siendo utilizados por la población objetivo. La “evaluación de resultados” y la “evaluación de impacto” miden los logros alcanzados, hasta que punto se logran los resultados del programa en la población objetivo por medio de mediciones de los cambios en el conocimiento, actitudes, comportamientos, habilidades, normas comunitarias, utilización de los servicios de salud o situación de la salud. La evaluación de resultados determina si los resultados en que el programa ha tratado de influir están cambiando en la población objetivo. La evaluación del impacto determina cuanto de los cambios observados en los resultados se deben a los esfuerzos del programa.

- **¿Qué y Cómo se evalúa?**

Se considera básicamente:

- Seguridad.
- Eficacia.
- Efectividad.
- Utilidad.

- Impacto económico.
- Consecuencias organizativas.
- Implicaciones éticas.
- Impacto social.

El método más generalmente empleado para evaluar, y primer paso para todos los demás, es la consolidación de la mejor evidencia disponible. Para ello se precisa, recolectar, analizar y sintetizar información de la mejor calidad. La información puede ser tanto primaria (contenida en registros sistemáticos y en base de datos) como secundaria (contenida en trabajos originales o de revisión).

- **¿Cuándo se evalúa?**

Se tiene que fijar una línea de base es decir el diagnóstico que identifica el momento previo a la aplicación de la promoción de la salud.

La información base, describe la situación existente en una comunidad antes de que se lleve a cabo una intervención. La información base es importante porque proporciona puntos de comparación para medir y ver si se han logrado los objetivos. Si no se dispone la información base, quizá se necesite antes de que comience el programa, ya que proporcionara mediciones iniciales que pueden ser la base para evaluaciones de resultados o impactos que el programa realice más adelante.

La fuente de la información base podría ser:

- Una encuesta de los jóvenes antes de la intervención.

- Datos documentado experiencias previas de programas juveniles.
- Medida externas recolectadas por otra organización, agencia gubernamental o donante tal como datos sobre utilización de servicios gubernamentales de salud.

• **¿Para que se evalúa?**

Los productos de la PS son informes de evaluación que concluyen con una o varias conclusiones y una o varias recomendaciones. A veces, dichos informes pueden inducir la elaboración de protocolos de actuación o guías para ser aplicados por grupos que van a replicar la experiencia.

Así mismo se procede a la evaluación para orientar a los que toman las decisiones respecto a tres cuestiones principales:

- Aprobación para el acceso al mercado nacional o internacional.
- Aprobación para su inclusión entre las prestaciones financieras con fondos públicos, y, si es el caso.
- Disseminación adecuada dentro del sistema sanitario.

En relación a los programas de PS ya existentes, la evaluación pretende orientar la toma de decisiones racional para tres aspectos principales:

- La retirada de la financiación a tecnologías que se demuestran ineficientes.
- La generalización de nuevas aplicaciones de los programas exitoso existentes en el interior del sistema sanitario público.

k.2 FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

k.2.1 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PS EVALUABLES:

Se identifica una lista de PS o de condiciones clínico-epidemiológica y se priorizan mediante un procedimiento explícito y formal en función de criterios objetivos y subjetivos, utilizando un método de consenso.

k.2.2 ELABORACIÓN DEL PLAN Y REALIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES:

Se determina el orden, los recursos, los plazos y las diversas herramientas a aplicar a cada una de las evaluaciones priorizadas en la fase.

k.2.3 VALIDACIÓN DE INFORMES:

Puede ser interna (por expertos del propio organismo evaluador) o, preferiblemente, externa (por expertos de instituciones científicas exteriores).

k.2.4 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se establece una estrategia de comunicación. El informe de cada evaluación se envía y/o presenta a quien lo ha mandado. Si es el caso, se distribuye completo o resumido entre otros potenciales usuarios.

k.2.5 EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Pasado un tiempo previamente establecido se investigan los efectos de las conclusiones y/o recomendaciones de cada informe.

- ¿Qué se puede determinar usando el monitoreo y evaluación?
 - Si el programa está siendo implementado según lo planeado
 - Calidad del programa (de acuerdo a criterios explícitos establecidos)
 - Cobertura del programa
 - Cambios en los resultados, tales como:
 - Cambios en comportamientos o cambio en conocimientos ya actitudes o cambios en la interacción con los padres o cambios en las normas comunitarias
 - Si los resultados se deben a los esfuerzos del programa o a otros factores⁵⁴.

⁵⁴ SILA, María Angélica. Ob. Cit. Pág. 56.

3.1.5 PROGRAMAS ESCOLARES EN SALUD ORAL⁵⁵

A. PROGRAMACIÓN

El programa es una unidad programática del plan. Constituye un conjunto de decisiones y actividades a llevarse a cabo para alcanzar determinadas metas y objetivos en un plazo dado. Contempla a la vez la asignación de recursos humanos, físicos y financieros necesarios para concretar las actividades programadas. Los programas, dependen de la magnitud de sus objetivos, pueden descomponerse en subprogramas.

Para gestionar un programa es necesario atravesar tres fases:

- La pre factibilidad del programa,
- La factibilidad del programa y
- La administración del programa.

a.1LA “PRE FACTIBILIDAD” comprende una investigación técnica e interdisciplinaria, que abarca las posibles causas y efectos económicos del programa, como los factores políticos, sociales y culturales del medio donde se pretende aplicar. Es un “sondeo técnico” de la aceptación y rentabilidad del programa y sirve para establecer la conveniencia de su formulación.

a.2LA “FACTIBILIDAD” del programa implica la formulación propiamente dicha basada en las recomendaciones y lineamientos derivados de la pre factibilidad. Consiste en darle cuerpo y fondo al programa, es decir, definir objetivos, metas y actividades y también asignar los recursos correspondientes.

a.3 LA “ADMINISTRACIÓN” del programa consiste en ponerlo en ejecución una vez elaborado y aprobado. Requiere de una minuciosa programación de operaciones, asignando

⁵⁵ RIOBOO, Rafael. Ob. Cit. Pág. 1348

responsables y tiempos límites por actividad. En esta fase se toman decisiones directivas, se coordinan operaciones, se controla y evalúa el desarrollo de las actividades. Es la gerencia del programa propiamente dicha, en tanto implica tomar en cuenta, en su accionar, todos los factores presentes en el entorno interno y externo de la institución⁵⁶.

B. PROGRAMAS ESCOLARES

b.1 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Para encarar la tarea de programas de educación para la salud en escolares debe tenerse presente que un cambio en el conocimiento se da por una interacción dialéctica entre el mundo social y el cambio individual. El desarrollo solo se va a producir si hay alguien mediando entre la cultura y el sujeto, y lo va a hacer a través de signos, particularmente el lenguaje y de acciones sociales.

El mediador puede ser el educador, el odontólogo, un adulto o un par con mayor nivel de competencia, que ayudara al sujeto para que alcance un nuevo conocimiento que el por sí solo no logra captar. Esta interacción se está dando en una zona hipotética que Vigotsky llamo zona de desarrollo próximo.

Por definición la zona de desarrollo próximo es la diferencia entre el nivel de dificultad en los problemas que el niño pueda afrontar de manera independiente, de los que pudiera resolver con ayuda de los adultos.

Asimilación de las herramientas propias de la cultura como son el lenguaje materno, el sistema numérico y las operaciones

⁵⁶RIOBOO, Rafael. Ob. Cit. Págs. 1355-1357

aritméticas. El niño tiene que llegar a comprender, que es lo que le resulta adecuado, para utilizar el objeto de la cultura ha elaborado, Newman (1991)

Los programas educativos deben buscar que las personas- en este caso los escolares – perciban como propias las acciones que realizan, en base a su utilidad, su pertinencia y a su relevancia.

b.2 MODELOS PARA LA PROGRAMACIÓN EN PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Han sido descriptivos diversos modelos para encarar la programación en el campo de la promoción de la salud y de la educación para la salud.

Green define educación para la salud como “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conductas que favorezcan la salud” Green y Kreuter 1991, la definieron como todo planeamiento educacional, político regulatorio y los soportes organizacionales para acciones y condiciones de vida conducentes a la salud de las personas, grupos o comunidades.

Construyeron un modelo cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas, que contiene un minucioso procedimiento diagnóstico antes de su implementación con el objeto que al planificar se tomen en cuenta todas las consideraciones necesarias (modelo PRECEDE) y se complete con un proceso de evaluación (modelo PROCEED)

La sigla PRECEDE corresponde a “predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation”, serían las causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educativos. Las primeras 5 fases

(modelo precede) corresponden a los diagnósticos necesarios para llegar a la fase 6 de ejecución y las fases 7, 8 y 9 al modelo de evaluación del proceso productos e impacto del programa (PROCEED), para arribar nuevamente a la fase 1 que es la calidad de vida.

b.2.1 FASE I: DIAGNOSTICO SOCIAL

El énfasis esta puesto en conocer las necesidades y aspiraciones de las personas, cuáles son sus problemas y cuáles son las soluciones pensadas por ellos. Son los problemas más definidos subjetivamente por las personas y las prioridades de individuos y comunidades.

b.2.2 FASE II: DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Busca identificar los problemas de salud puntuales que permitan visualizar el problema específico y determinar las prioridades.

b.2.3 FASE III: DIAGNÓSTICO DEL COMPORTAMIENTO Y DEL MEDIO

Los indicadores del comportamiento son las acciones que desarrollan las personas en cuanto al cuidado, responsabilidad y adhesión a conductas saludables: cumplimiento de acciones preventivas, patrones de consumo, autocuidado. Las dimensiones son: frecuencia, persistencia, celeridad, calidad rango. En cuanto al medio los indicadores a tomar en cuenta son: los aspectos económicos, los físicos y los servicios sociales en cuánto asignación de recursos, acceso y equidad.

b.2.4 FASE IV: DIAGNOSTICO EDUCATIVO Y ORGANIZATIVO

Se analizan tres tipos de factores:

- **Factores predisponentes** (creencias, las costumbres populares y valores que las personas poseen y que concuerdan con aspectos saludables)
- **Factores reforzadores** (conductas de “figuras modelo” como padres, maestros, personal de salud)
- **Factores facilitadores** (capacidades y destrezas de las personas, el ambiente de la organización donde se va a implementar el programa. La disponibilidad de recursos)

b.2.5 FASE V: DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO Y POLÍTICO

Es necesario que el programa sea adecuado a los límites de las políticas, el dinero y el tiempo y lograr los acuerdos institucionales, locales, regionales, nacionales.

b.2.6 FASE VI: IMPLEMENTACIÓN

Es la ejecución del programa para alcanzar los objetivos propuestos.

b.2.7 FASE VII: EVALUACIÓN DEL PROCESO

Abarca la evaluación de las etapas diagnosticas 5 y 4 analizando los factores políticos, administrativos, de la organización de la comunidad que contribuyen en la ejecución del programa.

b.2.8 FASE VIII: EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Evalúa las etapas 4 y 3, donde se identifican las respuestas de las organizaciones, de la comunidad, de las personas y del medio social frente al programa de educación para la salud.

b.2.9 FASE IX: EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS

Se llegaría de este modo al objetivo del modelo que es lograr los cambios para lograr salud y mejor calidad de vida de las personas a las cuales se dirigió la intervención. La evaluación no cierra el proceso sino que es parte integral y continua del mismo, va controlando que se cumplan los objetivos y de no lograrlo se deberán producir las modificaciones pertinentes.

3.1.6 PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL DE SALUD ORAL “JUGANDO”

A. DEFINICIÓN

Es un conjunto de acciones destinadas a motivar la participación activa de los pacientes en el cuidado de la salud oral, mediante la enseñanza de métodos didácticos y explicación de diversos temas sobre el cuidado de los dientes.

B. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Disminuir la prevalencia de la formación de placa bacteriana en los pacientes.
- Incentivar al paciente sobre la importancia de su salud oral.
- Motivar al paciente para que se acostumbre a realizar una buena higiene oral.
- Elevar el nivel de salud oral del paciente.

C. PASOS QUE SE REALIZAN EN EL PROGRAMA:

c.1 MOTIVACIÓN, es necesaria para el efectivo control de la placa, es uno de los elementos más críticos del

éxito del programa preventivo promocional porque en la mayoría de los pacientes se requiere lo siguiente:

- ✓ Receptibilidades, es decir entender los conceptos del inicio y la progresión de la enfermedad para poder determinar.
- ✓ Modificación de hábitos, es decir adoptar un régimen administrado de control de placa diario (cada paciente).
- ✓ Modificación del comportamiento, tales como ajustar la jerarquía de las propias creencias, prácticas y valores de tal manera que se adopten nuevos hábitos de higiene oral. El paciente debe entender que es la enfermedad periodontal y la caries, cuáles son sus efectos, que es susceptible a ella y que puede hacer para lograr y conservar la salud oral. Deberá estar dispuesto y capacitado para desarrollar y utilizar los conocimientos aprendidos para establecer un régimen de control de placa; lo cual motivará a conservar una adecuada higiene oral.

c.2 PROMOCIÓN, cuyas líneas básicas son el control de placa diario (cada paciente se auto controla luego de ser instruido)

- ✓ Educativa, a través de la difusión mediante charlas, afiches, videos, etc.
- ✓ Actividades participativas, de motivación y orientación a los alumnos, atención educativa, brindando conocimientos y desarrollando habilidades y aptitudes favorables para el cuidado de la salud oral.

c.3 PREVENCIÓN, cuya finalidad es disminuir la prevalencia de las enfermedades más comunes de la cavidad oral (caries y periodontopatías) de:

- ✓ Detección de la placa bacteriana, se detectara mediante la colocación, con una sustancia reveladora (violeta genciana).
- ✓ Eliminación de la placa bacteriana, mediante la técnica de Bass, a través de un correcto cepillado diario después de cada comida, o establecer y mantener hábitos preventivos eficaces en nuestro paciente implementando los cepilleros.
- ✓ La prevención, como base sobre la que se construye toda la atención de la cavidad oral. no solo se trata de prevenir las enfermedades de la boca, sino, de detener su avance.

c.4 CAPACITACIÓN, tiene por finalidad la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que garanticen el desempeño de acciones de cambio, factores multiplicadores, difusores y ejecutores de determinadas acciones de salud oral.

c.5 INSTRUCCIÓN, los pacientes pueden disminuir la incidencia de placa y enfermedad periodontal con mayor eficacia mediante la instrucción y supervisión repetidas, que con los hábitos auto adquiridos de higiene oral, sin embargo la instrucción con respecto a la limpieza de los dientes debe ser algo más que una demostración de rutina sobre el uso del cepillo dental y los auxiliares de higiene oral.

Es un procedimiento afanoso que requiere la participación del paciente, supervisión cuidadosa e inmediata de los errores que surjan al momento de realizar el control y la eliminación de la placa bacteriana, y el refuerzo individual necesario, que demuestra las visitas de control, hasta que el paciente demuestre que ha desarrollado la habilidad adecuada en el control de la placa bacteriana.

c.6 CORRECCIÓN, lo que nos permite la unificación de criterios y se realizara en forma permanente para el desarrollo de las actividades del programa preventivo promocional de salud oral.

c.7 SUPERVISIÓN, en su desarrollo se aplicaran las técnicas de acuerdo a las necesidades; demostraciones individuales, observándose los aspectos positivos y negativos, luego de la instrucción.

c.8 EVALUACIÓN, permitirá conocer el desempeño de los pacientes, así como las técnicas, métodos y materiales; comparando los progresos obtenidos con los objetivos propuestos, así como la habilidad alcanzada por el paciente, para aplicar lo aprendido.

En general se realizara el control de la placa bacteriana utilizando el I.H.O que será registrado en la ficha de Observación Clínica, dicho control se realizara previamente a la aplicación del programa preventivo promocional de Salud Oral “Jugando”(para observar el estado de higiene oral, al inicio del estudio), y también ser realizaran controles posteriores (2 controles) a la Salud Oral “Jugando” con la finalidad de comparar los

cambios obtenidos en la higiene oral como respuesta a la aplicación del mencionado programa.

Los controles obedecen al enfoque teórico que afirma que no basta un solo control de placa bacteriana, sino que son necesarios controles posteriores.

D. RECURSOS UTILIZADOS EN EL APRENDIZAJE

d.1 EXPOSICIÓN ORAL, es el empleo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar. Ello estará a cargo del profesional y será utilizado en la introducción, una parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.

d.2 INTERROGATORIO, es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vista o verificar lo aprendido. Se utilizara para despertar el interés central, la atención y la reflexión sobre aspectos importantes. Cuidados: dirigir la pregunta al grupo y no interrogar directamente al participante.

Uso: Después de la presentación del tema y para resumir acápites de este.

d.3 DEMOSTRACIONES, consiste en ejecutar, ante un individuo o grupo, aquello que está explicando y repetirlo hasta su comprensión. Permite verificar algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones, de modo que propiciara la participación de los integrantes del grupo.

Uso: se explicara la actividad a realizar:

- ✓ Repitiéndola paso a paso, enfatizando en los aspectos centrales y aclarados las dudas que surgieren.

- ✓ Invitando a los participantes a que se repita el procedimiento y corrigiendo los errores.
- ✓ Reforzando lo correcto.

d.4 DINÁMICA DE GRUPO, se basa en la discusión de un tema por un grupo no mayor de 15 personas, bajo la conducción de un moderador, contribuye a modificar conductas negativas.

Uso: permite delimitar el tema mediante la formulación de problemas o preguntas, así como llega a conclusiones con ayuda del grupo.

d.5 DRAMATIZACIÓN, se trata de la escenificación de un problema ante un grupo, donde los participantes tienen la oportunidad de analizar situaciones en circunstancias similares a la que se presenta en la realidad cotidiana.

Uso: se delimita el tema a representar, para lo cual:

- ✓ Se organiza la escena, preferiblemente con voluntarios.
- ✓ Se fomenta la discusión sobre conductas positivas o negativas.

Se elaboran conclusiones con ayuda de grupo.
Técnicas afectivas participativas: se fundamenta en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas a la reflexión o el análisis sobre un tema determinado.

Uso: dinámicas de presentación y animación. El objetivo es desarrollar la participación al máximo para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de

capacitación, tanto al inicio como después de momentos intensos y de cansancio. Juegos didácticos: Persiguen consolidar los conocimientos que reciben en las reuniones, elevar el nivel de educación para la salud bucal y garantizar la retroalimentación de los temas impartidos⁵⁷.

E. CONTENIDO CURRICULAR DEL PROGRAMA EDUCATIVO

e.1 EL DIENTE

- Estructura dentaria: está formado por diferentes tejidos y recibe aporte sanguíneo a través de pequeños vasos e inervación como tejido vivo que es. En este sentido, se aprecian en el diente:
 - a) Esmalte, sustancia dura y transparente muy resistente que recubre la corona dental.
 - b) Dentina, tejido principal, duro y blanquecino, que recubre todo el diente.
 - c) Pulpa dentaria: es el tejido blando y delicado de color rosado, que ocupa la cavidad central del diente.
 - d) Cemento: sustancia dura y blanquecina que recubre la raíz del diente⁵⁸.

e.2 CLASES DE DENTICIÓN

⁵⁷ PORTILLA MIRANDA, Serey. Impacto del Programa Educativo de Salud Bucal "Jugando" en el índice de higiene Oral Simplificado de desechos bucales en niños del cuarto año de educación primaria. Pág. 37.

⁵⁸ www.webdelamujer.com/02saluddental/01info/01.asp

- **Dentición temporaria:** es la aparición de la primera dentición la cual consta de 20 piezas dentarias, en esta dentición es habitual que su aparición en boca produzca una escaza sintomatología, donde se producirá un ligero enrojecimiento y luego una pequeña isquemia en el punto donde perforara el diente.
- **Dentición permanente:** es la aparición de la segunda dentición, la cual consta de 32 piezas dentarias se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia hormonal y de la diferencia de sexo, pudiéndose admitir unos valores promedio para varones y hembra⁵⁹.

e.3 CARIES DENTAL Y PLACA BACTERIANA

- **Caries dental:** La caries es una enfermedad infecciosa y trasmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, fenómeno distintivo de la dolencia.

Dentro del concepto de caries se sostiene que el proceso de caries se fundamenta en las características de los llamados factores básicos primarios o principales: dieta, huésped y microorganismos, sin embargo New Brun en 1978, añadió el factor de tiempo como un cuarto factor

⁵⁹ CATALA, Monserrat. Odontopediatria, Págs. 63-64

etiológico requerido para producir caries y así es que en 1990 Uribe- Echevarria y Priotto propusieron incluyendo el tiempo la llamada grafica pentafactorial⁶⁰.

- **Placa bacteriana:** Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes. Es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías y puede endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente⁶¹.

c.4 MALOCLUSIÓN

Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular.

Dentro de las principales causas que puede originar problemas de mala oclusión se pueden mencionar: factores hereditarios, además de los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (chuparse el dedo, presión de los dientes con la lengua, el biberón después de los tres años y tomar biberón durante mucho

⁶⁰ HENOSTROZA HARO, Gilberto. Caries dental, principios y procedimientos para el diagnóstico
Págs. 17-21

⁶¹ http://deportesve.terra.com.ve/shared/saludbucal/colgate/problemas_placa_bacteriana.html

tiempo), también pueden afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios. Esta situación se relaciona con el hecho de que el hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Por lo tanto, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general. Lo cual se presenta en algunos niños que manifiestan conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo bucodental⁶².

c.5 ENFERMEDADES PERIODONTALES

- **Gingivitis:** La gingivitis es la inflamación de las encías. La causa más frecuente es la presencia continua de un exceso de placa bacteriana sobre la misma. Los signos más comunes de su presencia son: enrojecimiento, hinchazón y sangrado de las encías. La gingivitis es una enfermedad reversible y evitable si se aplica una correcta higiene bucal. La gingivitis no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el hueso alveolar⁶³.
- **Periodontitis:** La periodontitis es una patología inflamatoria de origen infeccioso que destruye el periodonto de inserción (hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal), lo que puede finalizar con la pérdida de los dientes afectados. Todas las periodontitis provienen de una gingivitis, pero no todas las gingivitis terminan en

⁶² <http://es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi%C3%B3n>

⁶³ http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal

periodontitis. Dicho de otro modo una vez establecida la gingivitis puede mantenerse como tal durante días, meses o años. Si se trata, la sintomatología desaparece y se restablecen perfectamente las condiciones que existían antes de la enfermedad sin dejar secuelas. Si no se da el adecuado tratamiento puede transformarse en periodontitis, ya que la gingivitis no se cura espontáneamente⁶⁴.

c.6 HIGIENE BUCAL

- **Cepillado dental:** el cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos: eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana, limpiar los dientes que tengan restos de alimentos, estimular los tejidos gingivales, aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos y se une al mando por medio del talón. Las cerdas son de nailon, miden 10-12mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso⁶⁵.

Técnica de Bass

El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con

⁶⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal. Ob. Cit.

⁶⁵ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Pág. 145

suavidad en el surco gingival. Así mismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerdas indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados. El mando del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores⁶⁶.

- **Hilo dental:** Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas, hilo, cinta, con cera o sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de las personas. Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se

⁶⁶Ibid. Págs. 146-147

desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en casa espacio interdentario. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o vaivén en sentido vestibulolingual.

A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado, y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo guía con los pulgares, o con un pulgar y un índice y en los dientes inferiores con los dos índices⁶⁷.

⁶⁷ HIGASHIDA, Bertha. Ob. Cit. Págs.150-151

3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 Título: Eficacia del Programa Educativo Promocional “Jugando” en el nivel de conocimiento en salud oral, en niños en edad escolar del 3° al 6° año de educación primaria de la institución educativa estatal María Murillo de Bernal del distrito de cerro colorado- Arequipa 2011

Autor: Luis Fernando Díaz Sacasa

Conclusiones:

1° El nivel de conocimientos de las escolares del 3° al 6° año de educación primaria del C.E.E María Murillo de Bernal antes de la aplicación del Programa Preventivo “Jugando”, se encontraba mayoritariamente (69.1%) dentro del parámetro deficiente, con un promedio de 9.58

2° después de la aplicación del programa preventivo promocional “Jugando” el nivel de conocimientos en cuanto a salud de las escolares del 3° al 6° año de educación primaria del C.E.E María Murillo de Bernal, en el grupo experimental, fue básicamente regular (44.1%), con un promedio de 11.83

3° el nivel de conocimientos en salud oral de las niñas del 3° al 6° año de educación primaria del C.E.E María Murillo de Bernal, mejoro, por tanto el programa educativo Promocional “JUGANDO” repercutió favorablemente en el nivel de conocimientos en salud oral, demostrando ser eficaz, lo cual demuestra nuestra hipótesis.

3.2.2 Título: “Eficacia de un programa preventivo en salud bucal de gestantes del Hospital II de Yanahuara ESSALUD Arequipa 1999”

Autor: Copa Fuentes Alexander

Conclusiones:

Luego de concluir la aplicación del programa preventivo se observó lo siguiente: en el índice de higiene oral las gestantes, mejoraron de una higiene regular a una higiene buena, en la evaluación de dieta mejoraron su balance nutricional, disminuyen las exposiciones de azúcares entre comidas, se redujo el promedio de caries y mejoraron su estado periodontal de gingivitis periodontal destructora insipiente a tejido periodontal clínicamente normal.

4. HIPÓTESIS

Dado que, el estudio del impacto del programa educativo promocional “jugando” ha sido aplicado transcurrido un año;

Es probable que, el impacto no sea favorable, debido a la poca sostenibilidad del programa y a los escasos refuerzos en educación para la salud, en los alumnos de la I.E Estatal Ciudad de Dios.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. Técnica

a) Precisión de la técnica:

La técnica a emplear fué el cuestionario estructurado el que permitirá recoger la información en base a indicadores y subindicadores acorde al siguiente esquema

b) Esquematización

Variable	Técnica	Instrumento
Nivel de conocimientos en Salud Oral	Observación Documental	Ficha de observación documental

c) Descripción de la técnica

El desarrollo de este proyecto inicio al acercarnos al centro educativo donde se aplicó el programa y solicitar el permiso pertinente para poder evaluar el impacto, una vez recibida la autorización por parte de dirección, procedí a coordinar con los profesores permiso para entregarle a los alumnos que participaron del programa educativo promocional “jugando” las encuestas elaboradas para después darles el tratamiento estadístico y poder conocer el impacto de dicho programa.

Criterios de evaluación:

AD (20-18): Logro destacado (muy bueno)

A (17-14): Logro previsorio (bueno)

B (13-11): En proceso (regular)

C (10-00): En inicio (malo)

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

Como instrumento documental se aplicará:

- Encuestas

1.2.2 Instrumento mecánico

Como instrumento mecánico se utilizara:

- Computadora
- Cámara fotográfica

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Material de empaste
- Material evaluativo

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

a) Ámbito General:

I.E Estatal. Ciudad de Dios del distrito de Yura.

b) **Ámbito específico:** Aulas de la I.E Estatal. Ciudad de Dios.

2.2 Ubicación temporal

Año 2011

2.3 Unidad de estudio

2.3.1 Población

a) Unidades de análisis

Fichas de observación documental.

b) Opciones

- Población

c) Población

La población estuvo compuesta por 50 Niños de ambos sexos desde el primer grado a sexto grado de nivel primario, la cual se estableció a través de las fichas obtenidas en el año 2010. Posteriormente se determinó la población accesible a través de una evaluación basal para poder estandarizar y evitar el sesgo, la cual quedo conformada por 39 niños

c.1 Universo Cualitativo

c.1.1. Criterios de inclusión

- Escolares matriculados en la institución en el año lectivo. que hayan recibido el programa educativo
- Escolares de ambos sexos.
- Escolares que colaboran con el examen.
- Escolares que tengan autorización para participar en la investigación.

c.1.2. Criterios de exclusión.

- Escolares ausentes el día del examen.

c.2. Universo cuantitativo

N= 39 alumnos

c.3 Universo formalizado

Estratificación de la población

Característica	Nº
2do grado primaria	9
3er grado primaria	4
4to grado primaria	6
5to grado primaria	6
6to grado primaria	10
1º secundaria	4
Total	39

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1 Organización:

3.2 Recursos:

A. Recursos Humanos

- Investigadora : Andrea Cáceres Díaz
- Asesora : Elsa Vásquez Huerta

B. Recursos Físicos:

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructurales de la escuela estatal Ciudad de Dios de Yura.

C. Consideraciones Éticas.

Se contó con el consentimiento de la I.E Estatal Ciudad de Dios, así mismo con el consentimiento informado de los padres y de los escolares de la población muestral.

D. Recursos Económicos:

El presupuesto de recolección e investigación fue plenamente asumida por la investigadora.

3.3 Validación del instrumento

Prueba piloto positiva

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización

A. Tipo de Procedimiento

Los datos fueron procesados manualmente, y posteriormente se elaboró una matriz de sistematización de datos.

B. Plan de operaciones

Clasificación de datos:

Los resultados obtenidos fueron ordenados por un matriz de registro, control y plantillas para la ficha técnica.

Recuento

Los datos clasificados se contabilizaron manualmente empleando matrices de conteo.

Plan de Tabulación

Se utilizaron cuadros numéricos de entrada simple doble y triple.

Graficación

Con el sólido fin de que las gráficas expresen toda la información contenida en los cuadros, el tipo de gráficos que se adecuan son “la gráfica de barras expuestas”

La interpretación de dichas graficas está presente dentro del cuadro de las mismas, para así tener una idea general de los datos que expresa el gráfico.

Plan de Análisis

Tratamiento estadístico:

Se basa en el cálculo de números y de porcentaje.

Se utilizó la prueba estadística de wilcoxon, a un nivel de confianza de 95%.

Variable	Tipo	Escala de medición	Estadística descriptiva
Programa Educativo “Jugando”	Cualitativo	De PROPORCION	NOMINAL-ORDINAL

4.2 Plan de análisis de datos

4.2.1 Metodología para interpretar las tablas

Se apelará a:

- La jerarquización de datos
- Una apreciación crítica

4.2.2 Modalidades interpretativas

Se tomó la siguiente interpretación: a cada cuadro discusión global de los resultados.

4.2.3 Niveles de interpretación

Se utilizó los niveles fundamentales predictivo.

4.2.4 Operación para la interpretación de cuadros

En el estudio de datos se optó por la síntesis inducción y deducción.

4.2.5 En el Ámbito de las Conclusiones

Variables Operacionalizadas	Carácter estadístico	Escala de medición	Técnica de Estadística descriptiva	Prueba Estadística
Nivel de conocimientos	Cualitativo	Ordinal	Frecuencia porcentaje	Wilcoxon

4.3 En el ámbito de las conclusiones

Las conclusiones se hicieron mediante los indicadores las cuales responden a las interrogantes y objetivos.

4.4 En el ámbito de las recomendaciones

Se asumieron las sugerencias, fueron orientadas al ejercicio de la profesión y a enriquecer la investigación.

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

MES ACTIVIDADES	NOVIEMBRE 2011				DICIEMBRE 2011				ENERO –DICIEMBRE 2012			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Preparación de protocolo	X											
Validación del instrumento		X										
Recopilación de datos			X	X	X	X						
Análisis y ordenamiento de datos									X	X		
Redacción y presentación de trabajo											X	X



CAPITULO III

RESULTADOS

1. SISTEMATIZACION Y ESTUDIO DE DATOS

TABLA N° 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD

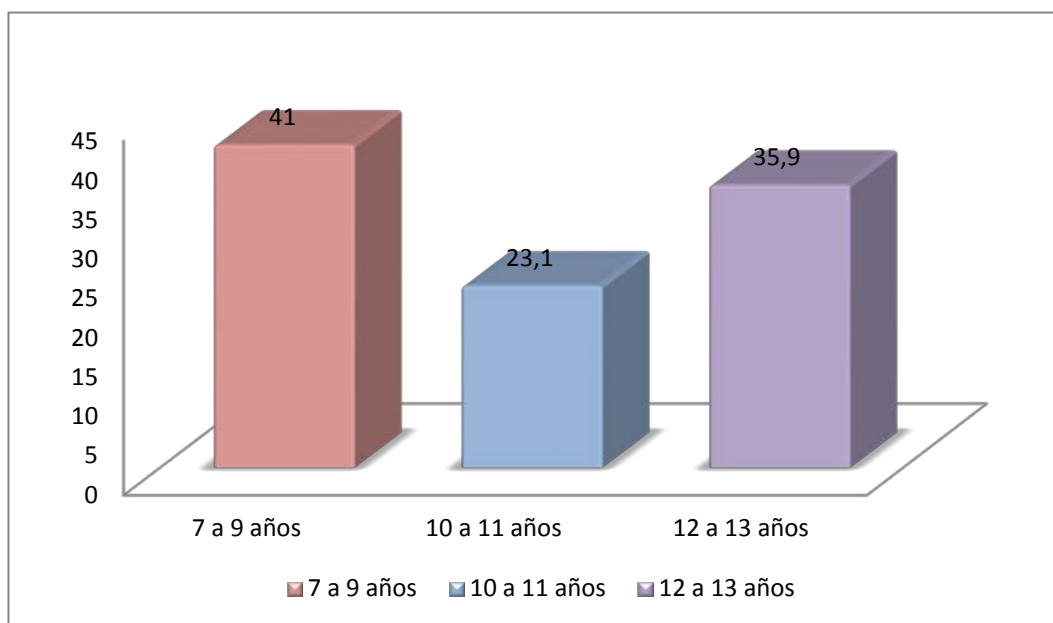
Edad	N°	%
7 a 9 años	16	41.0
10 a 11 años	9	23.1
12 a 13 años	14	35.9
Total	39	100.0

Fuente: Matriz de datos.

En el presente cuadro observamos una distribución numérica y porcentual de la población estudiada, que estuvo constituida por un total de 39 alumnos, de los cuales el 41% tenían entre 7 a 9 años de edad; el 35.9% tenían entre 12 a 13 años de edad y el 23.1 % tenían entre 10 a 11 años de edad.

GRAFICA N°1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N°2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

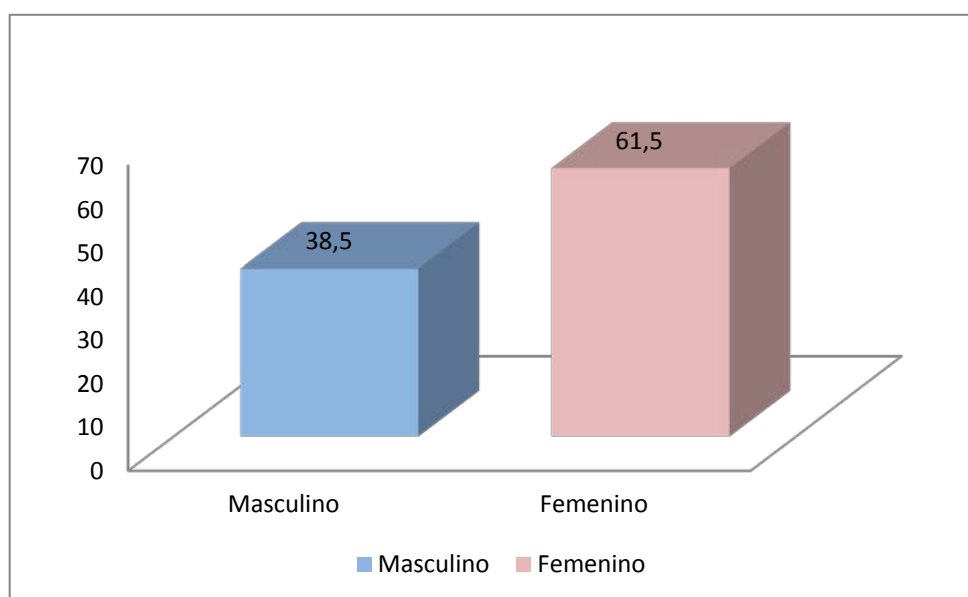
Sexo	N°	%
Masculino	15	38.5
Femenino	24	61.5
Total	39	100.0

Fuente: Matriz de datos

En el presente cuadro observamos la distribución numérica y porcentual de la población estudiada, que estuvo constituida por un total de 39 alumnos, de los cuales el 61,5% pertenecían al sexo femenino y un 38,5% pertenecían al sexo masculino.

GRÁFICA N°2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N°3
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL, EN LA POBLACIÓN
DE ESTUDIO, AÑO 2010.**

Nivel Conocimientos (2010)	N°	%
C (0 a 10)	0	0.0
B (11 a 13)	13	33.3
A (14 a 17)	16	41.0
AD (18 a 20)	10	25.6
Total	39	100.0

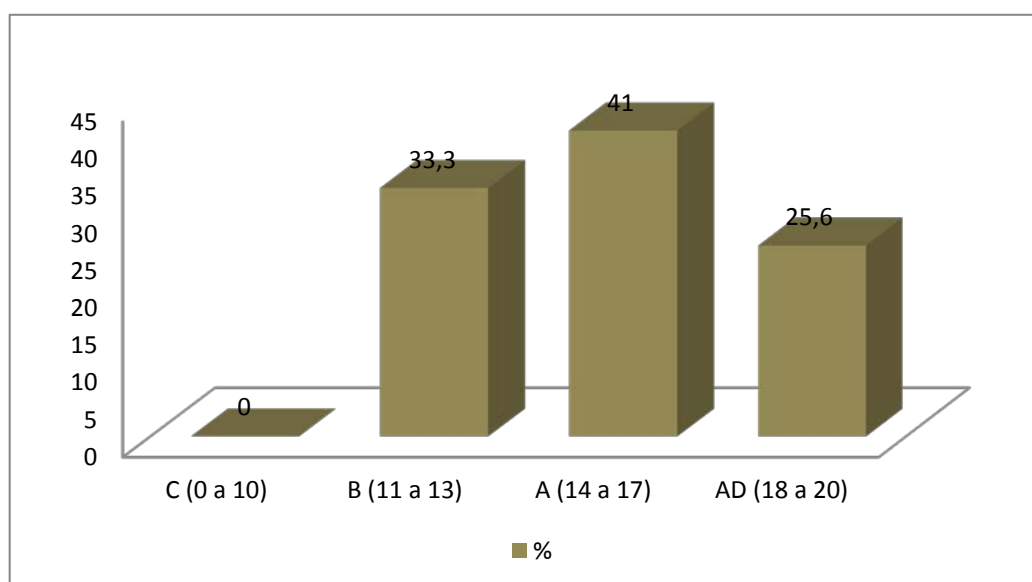
Fuente: Matriz de datos.

En el presente cuadro se observa la distribución numérica y porcentual del nivel de conocimientos en salud oral de los alumnos de la institución educativa Ciudad de Dios, en el año 2010 después de recibida la charla educacional del programa educativo promocional “Jugando”.

Se observa que de un total de 39 alumnos, el 41.0% obtuvo una calificación de A, el 33.3% obtuvo una calificación de B, el 25.6% obtuvo una calificación de AD, el 0.0% obtuvo una calificación de C.

GRAFICA N°3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN
SALUD ORAL, EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO, AÑO 2010.**



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N°4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL, EN LA POBLACIÓN
DE ESTUDIO, AÑO 2011**

Nivel Conocimientos (2011)	N°	%
C (0 a 10)	11	28.2
B (11 a 13)	9	23.1
A (14 a 17)	16	41.0
AD (18 a 20)	3	7.7
Total	39	100.0

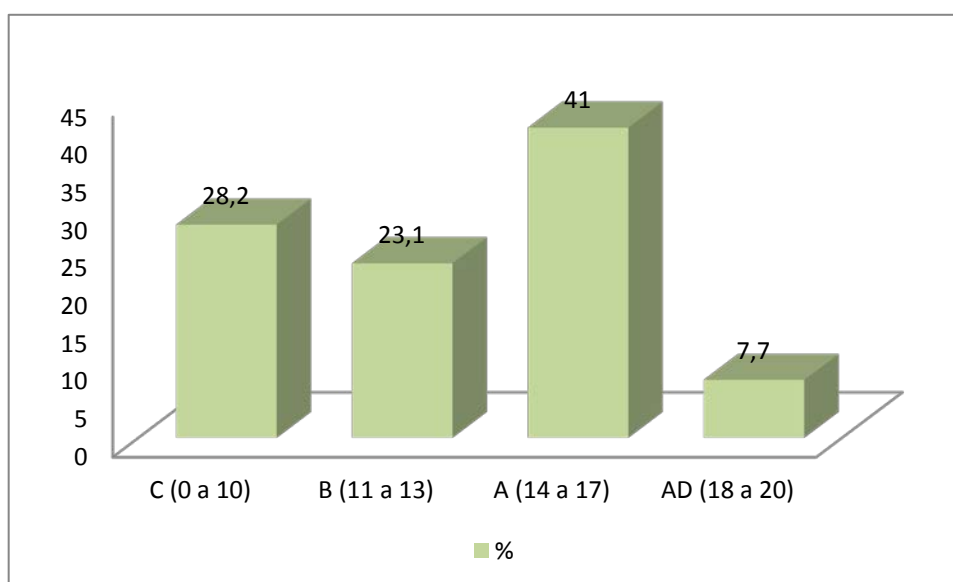
Fuente: Matriz de datos

En el presente cuadro se observa la distribución numérica y porcentual del nivel de conocimientos en salud oral de los alumnos de la institución educativa Ciudad de Dios, en el año 2011 después de recibida la charla educacional del programa educativo promocional “Jugando” en el año 2010.

Se observa que de un total de 39 alumnos, el 41.0% obtuvo una calificación de A, el 28.2% obtuvo una calificación de C, el 23.1% obtuvo una calificación de B, el 7.7% obtuvo una calificación de AD.

GRAFICA N°4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN
SALUD ORAL, EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO, AÑO 2011**



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N°5
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO
UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO
PROMOCIONAL “JUGANDO”

Nivel de Conocimientos	Medición			
	Antes (2010)		Después (2011)	
	N°	%	N°	%
C (0 a 10)	0	0.0	11	28.2
B (11 a 13)	13	33.3	9	23.1
A (14 a 17)	16	41.0	16	41.0
AD (18 a 20)	10	25.6	3	7.7
Total	39	100.0	39	100.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.			

Fuente: Matriz de datos.

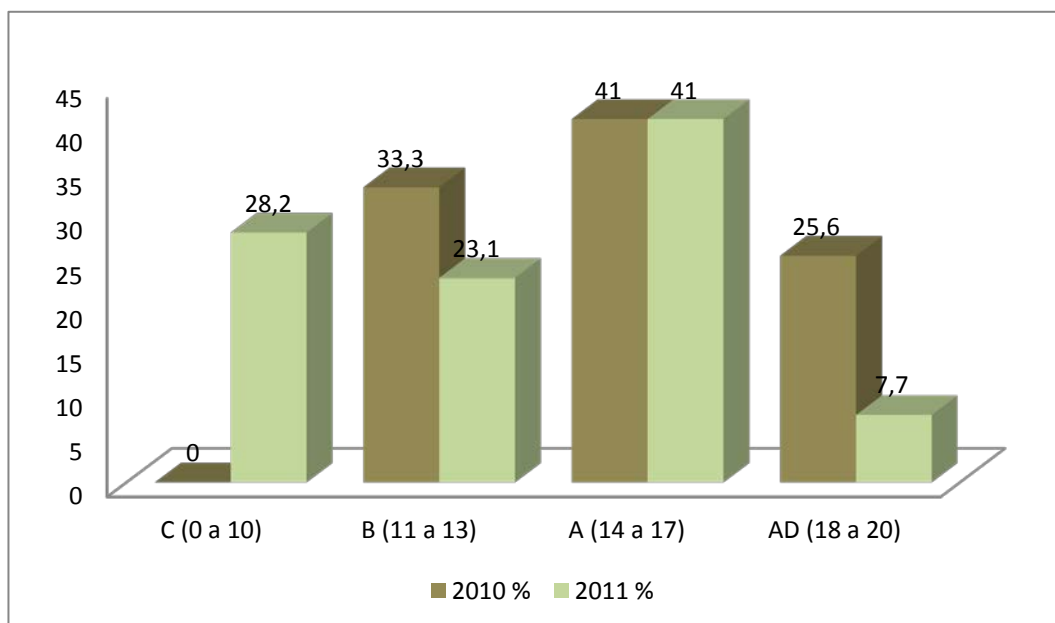
En el presente cuadro se observa la comparación entre el nivel de conocimientos de la población estudiada en el año 2010 después de aplicado el Programa Promocional Educativo Jugando, en contraste con los resultados obtenidos en la reevaluación que se realizó transcurrido el año (2011).

De un total de 39 alumnos, en el año 2010 el 41.0% obtuvo una calificación de A, y en el 2011 este porcentaje se mantuvo. En el año 2010 el 33.3% obtuvo una calificación de B, y en el 2011 este porcentaje disminuyó a un 23.1%. En el año 2010 el 25.6% obtuvo una calificación de AD, y en el 2011 este porcentaje disminuyó a un 7.7 %. En el año 2010 el 0.0% obtuvo una calificación de C, y en el 2011 este porcentaje aumentó a un 28.2%.

Por tanto, podemos decir, que el nivel de conocimientos disminuyó considerablemente en un año. Ya que, de obtener un 25.6% en la calificación de AD, en el 2010; solo un 7.7% obtuvieron la misma calificación al año 2011. Lo cual es un contraste estadísticamente significativo.

GRAFICA N°5

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL “JUGANDO”



Fuente: matriz de datos.

TABLA N° 6

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO
UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO
PROMOCIONAL “JUGANDO”, SEGÚN LA EDAD.**

Nivel de Conocimientos Edad	Medición			
	Antes (2010)		Después (2011)	
	N°	%	N°	%
7 a 9 años				
C (0 a 10)	0	0.0	6	37.5
B (11 a 13)	3	18.8	5	31.3
A (14 a 17)	9	56.3	5	31.3
AD (18 a 20)	4	25.0	0	0.0
Total	16	100.0	16	100.0
P	0.009 (P < 0.05) S.S.			
10 a 11 años				
C (0 a 10)	0	0.0	3	33.3
B (11 a 13)	4	44.4	0	0.0
A (14 a 17)	3	33.3	5	55.6
AD (18 a 20)	2	22.2	1	11.1
Total	9	100.0	9	100.0
P	0.050 (P ≥ 0.05) N.S.			
12 a 13 años				
C (0 a 10)	0	0.0	2	14.3
B (11 a 13)	6	42.9	4	28.6
A (14 a 17)	4	28.6	6	42.9
AD (18 a 20)	4	28.6	2	14.3
Total	14	100.0	14	100.0
P	0.325 (P ≥ 0.05) N.S.			

Fuente: Matriz de datos.

En el presente cuadro se observa la comparación entre el nivel de conocimientos de la población estudiada en el año 2010 después de aplicado el programa promocional educativo jugando, en contraste con los resultado obtenidos en la reevaluación que se realizó transcurrido el año (2011), según la edad.

- El impacto en el nivel de conocimientos, en los niños entre los **7 a 9** años de edad, en el año 2010, el porcentaje más alto fue: 56.3%

que obtuvo una calificación de A, el porcentaje más bajo fue: 0.0% que obtuvo una calificación de C; en el año 2011, el porcentaje más alto fue: 37.5% con una calificación de C, el porcentaje más bajo fue: 0.0% con una calificación de AD.

El impacto en el nivel de conocimientos, en los niños de 7 a 9 años, fue desfavorable, ya que aumentó el porcentaje de niños que obtuvieron un nivel de C.

- El impacto en el nivel de conocimientos, en los niños entre los **10 a 11** años de edad, en el año 2010, el porcentaje más alto fue: 44.4% que obtuvo una calificación de B, el porcentaje más bajo fue: 0.0% que obtuvo una calificación de C; en el año 2011, el porcentaje más alto fue: 55.6% que obtuvo una calificación de A, el porcentaje más bajo fue: 0.0% que obtuvo una calificación de B.

En este grupo etáreo, no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de aplicado el programa, por lo tanto podemos afirmar que no hubo impacto.

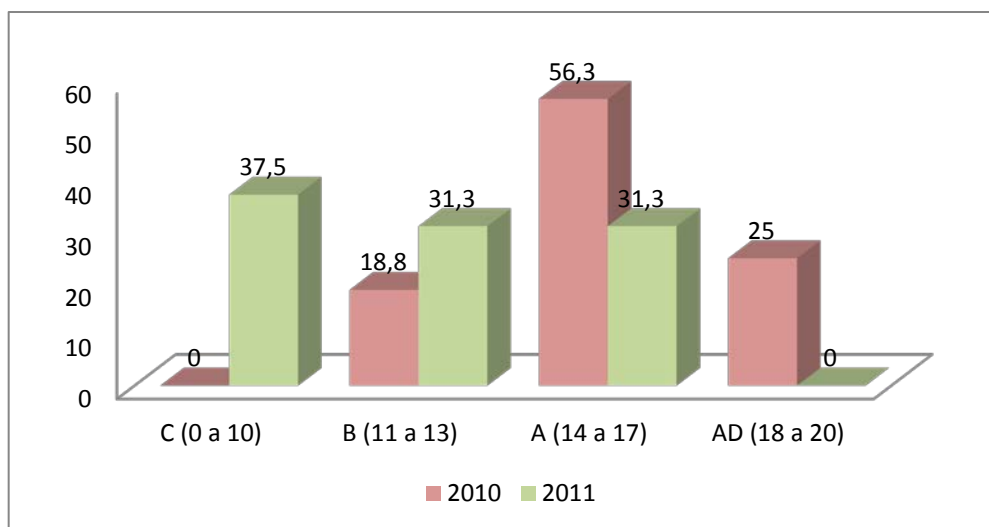
- El impacto en el nivel de conocimientos, en los niños entre **12 a 13** años de edad, en el año 2010, el porcentaje más alto fue: 42.9% que obtuvo una calificación de B, el porcentaje más bajo fue: 0.0% que obtuvo una calificación de C; en el 2011, el porcentaje más alto fue: 42.9% que obtuvo una calificación de A, y el porcentaje más bajo fue: 14.3% que obtuvieron las calificaciones de AD y C.

En este grupo etáreo, no existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de aplicado el programa, por lo tanto podemos afirmar que no hubo impacto.

GRAFICA N° 6

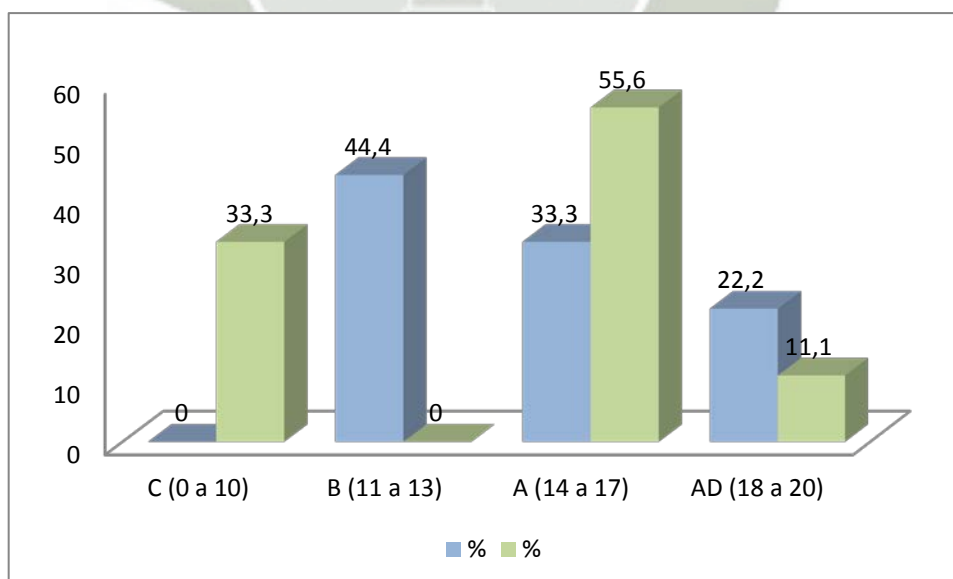
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL “JUGANDO”, SEGÚN LA EDAD.

DE 7 A 9 AÑOS



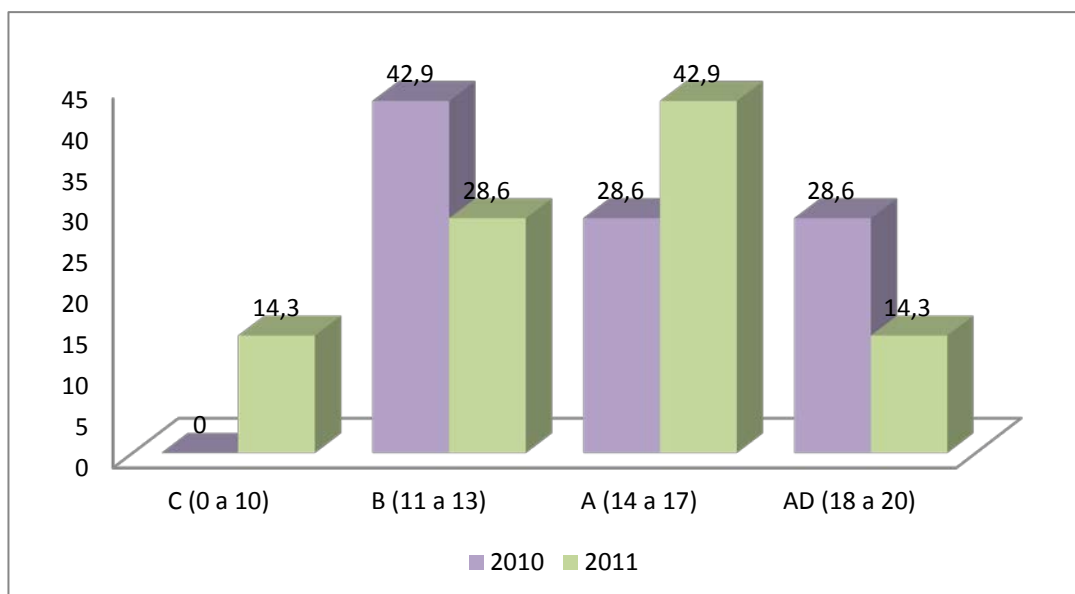
Fuente: matriz de datos.

DE 10 A 11 AÑOS



Fuente: matriz de datos.

DE 12 A 13 AÑOS



Fuente: matriz de datos.



TABLA N° 7

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO
UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO
PROMOCIONAL “JUGANDO”, SEGÚN EL SEXO.**

Nivel de Conocimientos Sexo	Medición			
	Antes (2010)		Después (2011)	
	N°	%	N°	%
Masculino				
C (0 a 10)	0	0.0	5	33.3
B (11 a 13)	5	33.3	5	33.3
A (14 a 17)	6	40.0	5	33.3
AD (18 a 20)	4	26.7	0	0.0
Total	15	100.0	15	100.0
P	0.028 (P < 0.05) S.S.			
Femenino				
C (0 a 10)	0	0.0	6	25.0
B (11 a 13)	8	33.3	4	16.7
A (14 a 17)	10	41.7	11	45.8
AD (18 a 20)	6	25.0	3	12.5
Total	24	100.0	24	100.0
P	0.039 (P < 0.05) S.S.			

Fuente: Matriz de datos

En el presente cuadro se observa la comparación entre el nivel de conocimientos de la población estudiada en el año 2010 después de aplicado el programa promocional educativo jugando, en contraste con los resultado obtenidos en la reevaluación que se realizó transcurrido el año (2011), según el sexo.

- SEXO MASCULINO**

En el año 2010, el mayor porcentaje fue: 40.0%, que obtuvo una calificación de A, el menor porcentaje fue de: 0.0%, que obtuvo una calificación de C; en el 2011, el mayor porcentaje fue: 33.3%,

que obtuvieron las calificaciones de A, B y C, el menor porcentaje fue: 0.0%, que obtuvo la calificación de AD.

El impacto del Programa Promocional Educativo “Jugando”, fue desfavorable, puesto que de un 0% con calificación de C, en el año 2010, al año 2011, aumento a un 33.3% con calificación de C; lo cual es un contraste estadísticamente significativo.

- SEXO FEMENINO

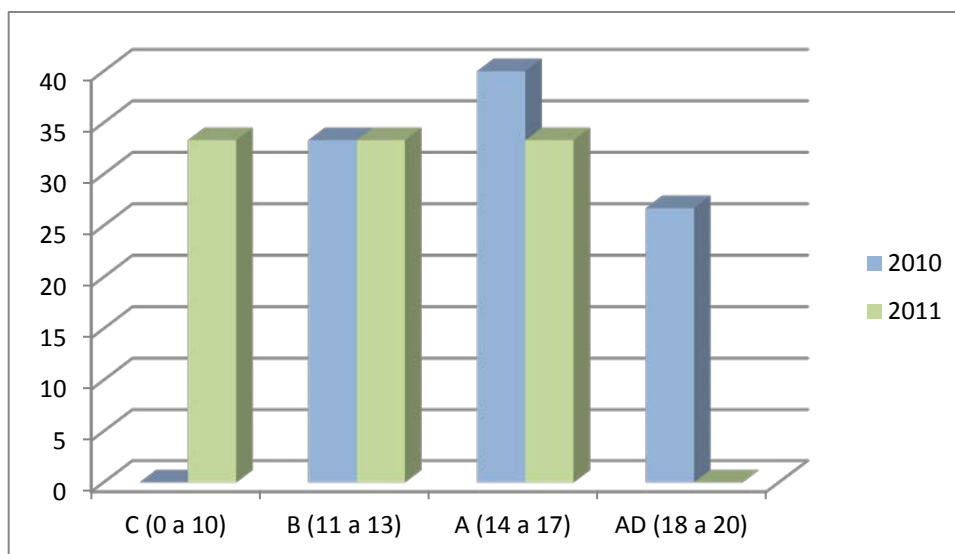
En el año 2010, el mayor porcentaje fue: 41.7%, que obtuvo la calificación A, y el menor porcentaje fue: 0.0%, que obtuvo la calificación C; en el año 2011, el mayor porcentaje fue: 45.8%, que obtuvo la calificación A, y el menor porcentaje fue: 12.5%, que obtuvo la calificación AD.

El impacto del Programa Promocional Educativo “Jugando”, fue desfavorable, puesto que de un 0% con calificación de C, en el año 2010, al año 2011, aumento a un 25.0% con calificación de C; lo cual es un contraste estadísticamente significativo.

GRAFICA N° 7

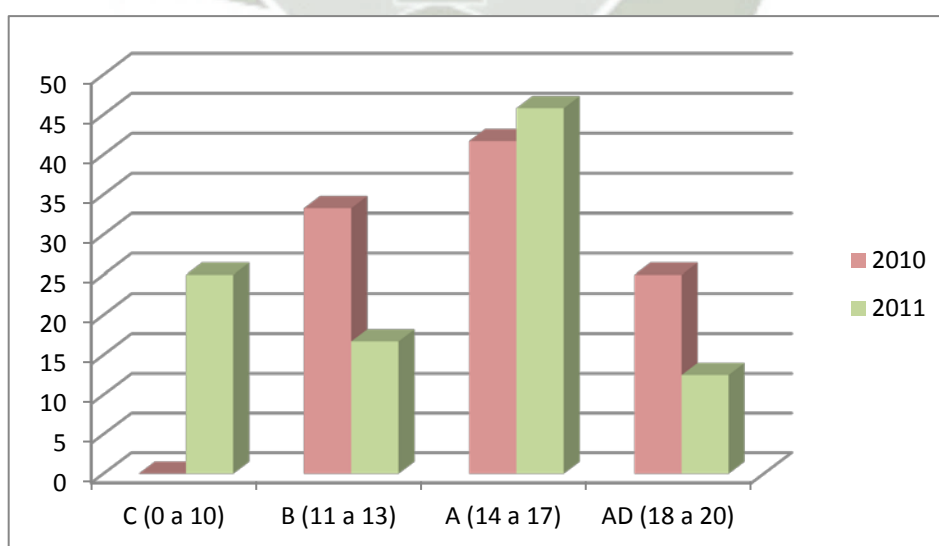
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TRANSCURRIDO UN AÑO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL “JUGANDO”, SEGÚN EL SEXO.

SEXO MASCULINO



Fuente: Matriz de datos.

SEXO FEMENINO



Fuente: Matriz de datos.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El nivel de conocimientos de los alumnos participantes del 1º al 6º de educación primaria de la I.E Ciudad de Dios, después de la aplicación del programa educativo promocional “Jugando”, en el año 2010, se encontró principalmente que el 0% obtuvieron una calificación de C (0-10).

SEGUNDA

El nivel de conocimientos de los alumnos participantes del 2º de primaria al 1º de secundaria de la I.E Ciudad de Dios, en la evaluación del programa educativo promocional “Jugando”, en el año 2011, se encontró principalmente que el 28.2% obtuvieron una calificación de C (0-10).

TERCERA

El impacto en el nivel de conocimientos en salud oral de los alumnos participantes en el programa educativo promocional “Jugando” del año 2010 de la I.E Ciudad de Dios, al año 2011, se encontró disminuido; puesto que de un 0% que obtuvieron de calificación C, aumento a un 28.2%. Por lo tanto, el impacto del programa no fue satisfactorio.

CUARTA

El nivel de conocimientos de los alumnos participantes en el programa educativo promocional “Jugando” del año 2010 de la I.E Ciudad de Dios, al año 2011, que pertenecen al grupo etéreo de 7-9; se observó que el programa tuvo un impacto desfavorable, puesto que el nivel de conocimientos se vio disminuido. En tanto en los grupos etéreos de 10 a 11 y de 12 a 13, no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de conocimientos antes y después de aplicado el programa.

QUINTA

El nivel de conocimientos de los alumnos participantes en el programa educativo promocional “Jugando” del año 2010 de la I.E Ciudad de Dios, al año 2011; de acuerdo al sexo, tanto en hombre como en mujeres, el impacto se encontró disminuido.



RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda que las instituciones educativas de nivel superior, que tienen un rol con la sociedad, por formar profesionales en salud, incrementen en su planes educativos programas de promoción de la salud, para fomentar una educación para la salud adecuada que logre crear una conciencia de prevención.

SEGUNDA

Se recomienda a la Facultad de Odontología, desarrollar la sostenibilidad del programa. Aplicándolo dos veces por año, para reforzar los conocimientos en los niños y lograr un mayor impacto en el nivel de conocimientos en educación para la salud.

TERCERA

Se recomienda a los profesores de los colegios, ya que en ellos recae la responsabilidad de ser entes educadores en salud por su contacto diario con los alumnos en formación, refuercen de manera continua en los educandos, sus conocimientos de prevención en salud oral, y motiven la formación de hábitos de salud.

CUARTA

Se recomienda que cuando se imparta conocimientos de salud oral en los educandos, se realice de manera didáctica como una alternativa en la enseñanza de los conceptos básicos de salud, ya que está demostrado que mantiene mayor interés y atención por parte de los participantes. Que se realice de manera periódica con un adecuado monitoreo del desarrollo las actividades y evaluación de resultados e impacto.

QUINTA

Es importante que los profesionales de la salud, tengan una actitud preventiva antes que curativa.



BIBLIOGRAFÍA

- CATALA, Monserrat. Odontopediatria. Editores. J. R. Boj. 2005.
- CUENCA, Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3ra edición. Editorial Masson. 2005
- DIAZ, Susana. Planificación en Salud. Escuela de Postgrado. Universidad Católica de Santa María.
- FUENTES, Mary. Promoción de la Salud y Participación Social. Escuela de Postgrado. Universidad Católica de Santa María. 2007.
- HARRIS, O. Odontología Preventiva Primaria. 2da Edición. Editorial Manual Moderno. 2005
- HIGASHIDA, Bertha. Odontología Preventiva 2da Edición. Editorial Mcgrawhill. 2009.
- RIOBOO, Rafael. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria 2do tomo. Ediciones Avance Médico Dentales. 2002
- SILA, María Angélica. Promoción de la Salud y Participación Social. Escuela de Postgrado. Universidad Católica de Santa María. 2008.
- VASQUEZ, Elsa. Promoción en Salud Bucal. UCSM. 2011

HEMEROGRAFIA

- COPA, Alexander. Eficacia de un Programa Preventivo en Salud Bucal de gestantes del Hospital II de YanahuaraEsSalud. Arequipa 1999”
- PORTILLA MIRANDA, Serey. Impacto del Programa Educativo de Salud Bucal “Jugando” en el índice de higiene Oral Simplificado de desechos bucales en niños del cuarto año de educación primaria, Arequipa 2006.

CONSULTA INFORMATIZADA

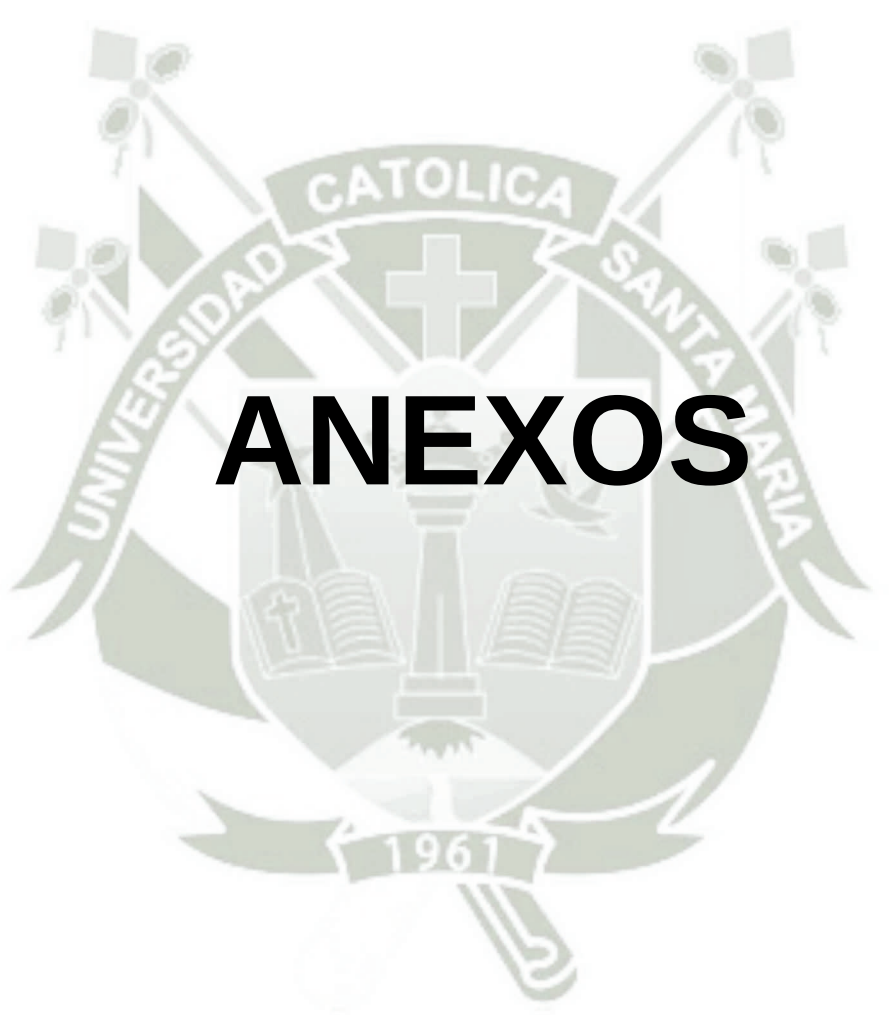
www.webdelamujer.com/02saluddental/01info/01.asp

http://deportesve.terra.com.ve/shared/saludbucal/colgate/problemas_placa_bacteriana.html

<http://es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi%C3%B3n>

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal



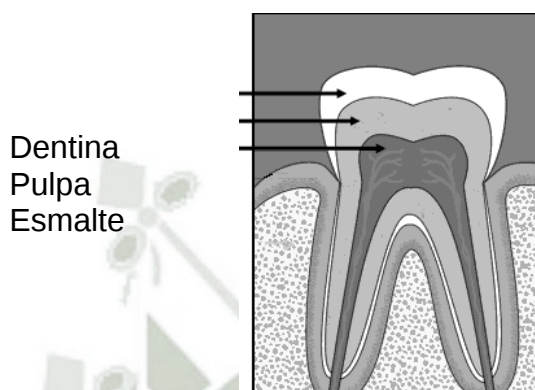
ANEXOS

ANEXO N° 1

**ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES DE LA I.E. ESTATAL
CIUDAD DE DIOS.**

Edad: _____ Grado: _____ Sección: _____ Fecha: _____

1. Señale las partes del diente uniando los nombres a la flecha.



2. En el transcurso de nuestra vida, ¿cuántas veces cambiamos de dientes (denticiones)?

a) 3
b) 1
c) 4
d) 2

3. La caries se caracteriza porque: MARQUE LAS CORRECTAS (puede ser más de una)

a) Los dientes duelen.
b) Es causada por bacterias.
c) Las encías sangran.

4. ¿Cómo cuidamos nuestros dientes para prevenir las caries? MARCA LAS RESPUESTAS CORRECTAS. (Puede ser más de una)

a) Cepillándome los dientes 1 vez al día.
b) Comiendo muchos dulces.
c) Cepillándome 3 veces al día.
d) Visitando al dentista.



5. ¿Para qué son importantes los dientes?

MARCA LAS RESPUESTAS CORRECTAS (Puede ser más de una)

a) Para poder comer.
b) Para poder hablar.
c) No son importantes
d) Para poder respirar.

6. ¿Cada cuánto tiempo debo cambiar mi cepillo de dientes?(MARQUE LA CORRECTA)
- a) 1 vez al año.
 - b) Cuando las cerdas están muy gastadas.(ya no funcione)
 - c) Cada tres meses.



7. ¿Cuál es la causa de que nuestros dientes estén desordenados? (MARQUE LA INCORRECTA)
- a) Por chuparse el dedo.
 - b) Por herencia de los padres.
 - c) Por las caries.
8. ¿Cómo se llama la enfermedad cuando tus encías están inflamadas, sangrando y rojas? (MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA)
- a) Caries dental.
 - b) Gingivitis.
 - c) Mal aliento.
9. ¿Qué otros instrumentos son usados para la higiene oral? (MARCA LAS CORRECTAS)
- a) Hilo dental
 - b) Enjuagues bucales.
 - c) Cepillos interproximales.
 - d) Todas las anteriores.
10. Al cepillarme los dientes, ¿debo cepillarme también la lengua?
- a) Sí.
 - b) No



ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____
hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la alumna: ANDREA DANIELA CÁCERES DÍAZ., titulada: IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL “JUGANDO” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL, EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR DEL NIVEL PRIMARIO DE I.E. ESTATAL CIUDAD DE DIOS DEL DISTRITO DE YURA, AREQUIPA- 2011. Con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro como sujeto de investigación, he sido informado sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio, en lo que respecta al impacto del programa educativo promocional Jugando en el nivel de conocimientos en salud oral de su menor hijo(a) de nivel primaria de la I.E Ciudad de Dios, en el año 2009.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigadora
Andrea Daniela Cáceres Díaz

Padre/Madre/Apoderado

ANEXO N° 3 FORMATO DE AUTORIZACIÓN

Sr. Padre o Apoderado del niño(a) _____

La presente es para informarle que en el centro educativo de su menor hijo (a), se llevó a cabo el programa educativo promocional de salud oral “jugando” en el cual su niño participó, por lo que solicitamos su autorización para poder evaluar el nivel de conocimientos de salud oral de su niño

Evaluar el estado de los sellantes aplicados en su menor hijo(a).

Yo, _____ Padre o apoderado(a)
del niño (a) _____ autorizo la
participación de mi menor hijo(a) en la evaluación del impacto del
programa educativo promocional de salud oral.

FIRMA

ANEXO N° 4
BASE DE DATOS

2011

SEGUNDO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	7	F	9
2	7	F	10
3	7	F	12
4	7	F	6
5	7	M	10
6	7	M	6
7	7	M	13
8	7	M	12
9	7	M	10

TERCERO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	8	F	15
2	8	F	16
3	8	F	17
4	8	M	12

CUARTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	9	F	12
2	10	F	9
3	10	F	14
4	11	M	8
5	9	M	16
6	11	M	17

2010

PRIMERO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	6	F	15
2	6	F	15
3	6	F	17
4	6	F	16
5	6	M	17
6	6	M	15
7	6	M	18
8	6	M	18
9	6	M	15

SEGUNDO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	7	F	17
2	7	F	19
3	7	F	11
4	7	M	19

TERCERO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	8	F	11
2	9	F	12
3	9	F	16
4	10	M	13
5	8	M	13
6	10	M	13

QUINTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	13	F	8
2	9	F	14
3	10	F	15
4	12	F	9
5	10	M	16
6	10	M	9

CUARTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	12	F	19
2	8	F	16
3	9	F	14
4	11	F	15
5	9	M	17
6	9	M	20

SEXTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	13	F	13
2	13	F	18
3	12	F	15
4	12	F	15
5	12	F	17
6	11	F	19
7	12	F	13
8	12	M	11
9	11	M	14
10	12	M	17

QUINTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	12	F	13
2	12	F	18
3	11	F	11
4	11	F	14
5	11	F	13
6	10	F	20
7	11	F	19
8	11	M	17
9	10	M	11
10	11	M	14

PRIMERO DE SECUNDARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	13	F	16
2	13	F	17
3	12	F	20
4	13	M	12

SEXTO DE PRIMARIA

ALUMNO	EDAD	SEXO	NOTA
1	12	F	13
2	12	F	13
3	11	F	19
4	12	M	13

ANEXO N° 5
SECUENCIA FOTOGRÁFICA

RECOLECCIÓN DE DATOS

UBICACIÓN



ANEXO N° 6
UBICACIÓN DE LA I.E ESTATAL CIUDAD DE DIOS, YURA

