UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD BUCODENTAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS EN LA ESCUELA PRIMARIA GENERAL LÁZARO CÁRDENAS. 2005

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA ALICIA MARIACA SUÁREZ

DIRECTORA: C. D. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTÍZ
ASESORA: MTRA. ROSA MARÍA NIETO CRUZ.

MÉXICO D. F. Diana Moedano Ortiz **2005.**

M351549

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Te doy gracias Dios por la vida y por darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

A MIS PADRES
Quienes con su confianza, cariño y apoyo hicieron de mi lo que soy ahora. Gracias a mi madre, por todo su apoyo, sus consejos y ánimo para seguir adelante siempre y aunque ya no se encuentra conmigo, la voy a amar toda mi vida.

A MI ESPOSO JORGE
Por estar conmigo en todo momento, por tu amor y apoyo, pero sobre todo por compartir tu vida a mi lado.

A MIS HERMANOS
Sylvia, Gerardo, y a Geyo por su cariño. En especial a Geyo por ese apoyo incondicional durante mi carrera.

A LA DRA. DIANA MOEDANO
Por brindarme parte de su tiempo y por la ayuda que me proporcionó en la elaboración de este trabajo.

A LA MTRA. ROSA MARÍA NIETO CRUZ
Por haberme dado los conocimientos necesarios para poder desarrollar satisfactoriamente este trabajo, por su amistad y tiempo dedicado.

A LA DRA. NIETO
Por sus consejos y apoyo.

A LAS DRAS. FELI Y PATRICIA
Por haberme brindado su amistad, y por todo el conocimiento que me impartieron para el buen desempeño de mi profesión.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Laura Alicia Mariaca Suárez.
FECHA: 14 Noviembre - 2005
FIRMA:

ÍNDICE

Introducción 1

1. Antecedentes 2

2. Marco teórico 4

2.1. Proceso de comunicación en salud. 4

2.2. Elementos esenciales de la comunicación. 5

2.2.1. Emisor 6

2.2.2. Mensaje 6

2.2.3. Receptor 7

2.2.4. Medio 7

2.3. Retroalimentación 7

2.4. Formas de Comunicación. 10

2.4.1. Comunicación Verbal. 10

2.4.2. Comunicación no Verbal. 11

2.5. Niveles de Comunicación. 11

2.6. Estrategias de comunicación. 11

2.7. Descripción de algunas estrategias de comunicación eficaces en Educación para la Salud. 12

2.7.1. Charla. 12

2.7.2. Socio-Drama. 14

2.7.3. Teatro Popular. 15

2.7.4. Narración de Historias. 16

2.7.5. Canciones 16

2.7.6. Torbellino de ideas. 17

2.7.7. Demostraciones. 18

2.7.8. Foro-Cassette. 18

2.7.9. Exhibición de películas. 19

2.7.10. Juegos 19

2.8. Estrategias de comunicación aplicadas en la escuela Primaria General Lázaro Cárdenas 20
2.8.1. Charla (Adaptación con juego). 20
2.8.2. La demostración. 21
2.8.3. El juego. 22
2.9. Desarrollo del niño de edad escolar. 23
2.10. Desarrollo de la etapa de aprendizaje. 24
2.11. Higiene bucodental 26
2.11.1. Placa Dentobacteriana. 26
2.12. Estrategias y recursos para el control mecánico de la placa dentobacteriana 26
2.12.1. Técnica de cepillado recomendada para los niños. 27
2.12.2 Duración del cepillado. 27
2.12.3 Patrón de cepillado. 27
2.13. Cuantificación de la placa a través de índices. 28
2.14. Índice de Higiene Oral Simplificado. 29
3. Planteamiento del Problema. 31
4. Justificación. 32
5. Hipótesis. 34
6. Objetivos. 34
6.1. Objetivo General. 34
6.2. Objetivo Específico 34
7. Material y método. 35
7.1. Tipo de estudio. 36
7.2. Población de estudio. 36
7.3. Tamaño de la población. 36
7.4. Criterios de inclusión. 36
7.5. Criterios de exclusión. 36
7.6. Variables dependientes. 37
7.7. Variables independientes. 37
7.8. Conceptualización y operacionalización de las variables. 37
7.9. Recursos. 39
7.9.1. Humanos. 39
7.9.2. Materiales. 39

7.9.3. Financieros. 40
8. Resultados. 40
9. Conclusiones. 76
10. Referencias Bibliográficas. 77
11. Bibliografía. 78
12. Anexos. 79

INTRODUCCIÓN

La comunicación es considerada como el fundamento de la formación de cualquier grupo humano, ya que sin ella no sería posible lograr la integración y coordinación de las acciones.

En un sentido general, la comunicación es un proceso de transmisión e intercambio de ideas, opiniones y conocimientos entre dos personas, con el objeto principal de influir, persuadir y producir una respuesta.

Para adecuar y facilitar la transmisión del mensaje y el proceso de comunicación, existe una gran variedad de formas, métodos y estrategias de aprendizaje que lo logran.

En este caso, nosotros como promotores de la salud, es de suma importancia aplicar estos conocimientos y diversas estrategias con la finalidad de informar, motivar y concientizar a la población de estudio, de las medidas preventivas que existen en pro de la salud buco-dental y después de aplicadas, conocer el impacto que provocan en los niños, y así poder identificar cuál es el método de mayor eficacia.

1. ANTECEDENTES

Inmersos en los grandes desafíos de la salud en América Latina, la sociedad se plantea la importante necesidad de fortalecerla, para que se coloque a la altura del desarrollo del mundo actual; un hombre preparado que no sólo comprenda los problemas de su contexto, sino que cuide ante todo de su salud y disponga de los argumentos necesarios para asumir una actitud adecuada.

En el cumplimiento de tales propósitos hay que tener presente el uso eficaz de la comunicación por constituir esta condición indispensable para la existencia del hombre, una de las fuerzas motrices de su conducta y el principal factor para su desarrollo en las distintas etapas de su vida para promover un estado de salud que le asegure su calidad de vida.

En el decursar histórico de la humanidad la comunicación ha sido y es una condición indispensable para la existencia del hombre y una necesidad vital para el desarrollo de sus relaciones sociales. La sola manera de establecer, mantener y mejorar los contactos humanos es la comunicación. Es un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano.

La comunicación ha transitado un largo periodo de perfeccionamiento que la hizo más compleja en cuanto a sus formas concretas de expresión, por lo que en la actualidad a partir de los avances cada vez más elevados de la ciencia y la técnica se exige en el hombre un alto grado de desarrollo de sus habilidades comunicativas que lo pongan a la altura de las demandas planteadas por la sociedad moderna,

especialmente el profesional de la salud, que debe comunicarse con personas que necesitan su ayuda.

De acuerdo con el grado de su utilización, así será el nivel de madurez alcanzado por las personas, pues a través del proceso comunicativo se interioriza el producto de la cultura y la ideología de un pueblo a la vez que se objetiviza el individuo como ser humano razones por lo que se valora la comunicación como una categoría de primer orden para la formación de la personalidad y el aseguramiento de su salud.

Es la comunicación la que viabiliza la transmisión de la actividad psíquica del hombre, es decir, sus ideas, sentimientos, experiencias, conflictos, necesidades, aspiraciones entre otros. Ello condiciona que la comunicación esté marcada por el sello de la individualidad pues depende concretamente de las características que intervienen en ella. Es un proceso continuo, dinámico, formado por una serie de acontecimientos variados y de permanente interacción.

Sin embargo, a pesar de que el personal de salud conoce el papel de la comunicación y en forma general, sus vías para trabajar con determinada población, no se utilizan con la frecuencia necesaria, se abusa de la charla y en muchas ocasiones la entrevista es usada sin aprovechar todas las posibilidades que ofrece. Se puede pensar que esto ocurre fundamentalmente porque no se conocen con profundidad las diferentes estrategias de comunicación que se pueden aplicar en el área de la salud, así como las características de cada una de ellas. O también debido a que no todo el personal de la salud le da el valor que tiene la comunicación en la relación médico-paciente. Por ello, se consideró necesario abordar este tema.

2 MARCO TEÓRICO
2.1 PROCESO DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Desde la época antigua, cuando los antepasados del hombre actual vivían en congregaciones (sociedad primitiva) y efectuaban cierta actividad conjunta, existía determinado tipo de comunicación la cual se basaba en el empleo de señas, miradas y movimientos con el cuerpo. Más tarde cuando los casos de ayuda mutua se multiplicaron, los hombres en formación llegaron a un punto en que tuvieron necesidad de decirse algo unos a otros o de tener un tipo de comunicación más efectiva y explícita, es decir, de ponerse en relación, de interactuar unos con otros, de manera más eficaz.

Así, surgió un tipo de comunicación más especializado (la comunicación táctil) y posteriormente los gritos y diversos sonidos humanos adquirieron en forma paulatina un significado, creándose el lenguaje.

La comunicación la cuál se define como "una relación dinámica entre dos entidades... emisores y receptores", y para lograr la interacción de unos sobre otros en un contexto dado, ha tenido una evolución, desde la táctil hasta llegar al lenguaje estructurado[1]

La comunicación es un proceso de interacción sujeto-sujeto que permite que el individuo se apropie de la experiencia social en el intercambio de ideas, estados afectivos, valores, tradiciones y otros.

El objetivo principal de la comunicación es influir, persuadir y producir una respuesta. Al analizar la comunicación, es preciso preguntarse cuál es el fin que se persigue y el resultado que se espera. Cuando se aprende a utilizar

las palabras adecuadas para expresar el propósito, se ha dado un paso a la comunicación eficiente y efectiva[2]

Es necesario comprender el proceso de la comunicación y conocer los elementos que la integran, no se deben tomar en forma aislada, porque de lo contrario no se completaría el proceso.

2.2. ELEMENTOS ESENCIALES DE LA COMUNICACIÓN

El objetivo de la educación sanitaria es el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, y su eje fundamental es la comunicación y la motivación tanto del usuario como del profesional.

Puesto que la comunicación es un proceso de transmisión e intercambio de ideas, opiniones y conocimientos entre dos o más personas; la comunicación simple sólo aporta conocimientos, la modificación de comportamientos precisa la comunicación persuasiva que aporta elementos de motivación para el cambio. Cuando el individuo se comunica, lo que hace es compartir una información; en el caso de la persuasión se intenta, además, hacer compartir una actitud (una opinión, un sentimiento y una intención) que deja abierto el camino a la acción (cambio de conducta)3

En la comunicación intervienen los elementos básicos: emisor, mensaje y receptor.

2.2.1 Emisor

Es el que transmite y facilita la información (mensaje).[4]Este debe tener una formación adecuada en el tema que va a tratar, conocer las características de su población en estudio y gozar de su confianza. Las actitudes innatas de buen comunicador facilitarán el proceso, aunque deben complementarse siempre con los conocimientos de técnicas y recursos pedagógicos. Debe saber claramente lo que desea comunicar y tener en cuenta las características de los receptores.

El educador debe utilizar el sentido común y discriminar la información necesaria de la innecesaria, ya que la información excesiva puede ser una limitación más que una ayuda para quien la recibe [5]

2.2.2 Mensaje

Es la información que se transmite. El mensaje debe ser claro, sencillo, breve y orientado a un objetivo bien definido. Es conveniente trabajarlo previamente de manera que la estructura sea lógica, progresiva y adecuada a los receptores.

Deben introducirse ejemplos asociados a la vida cotidiana y hacer énfasis en los puntos fundamentales, repitiéndolos y procurando captar la atención con recursos pedagógicos (cambiando de tono de voz o posición, anunciando el interés de lo que se va a decir, utilizando algún soporte gráfico, etc.). Una información valiosa necesita ser repetida tres veces, con palabras distintas, y con diversos enfoques, para ser debidamente captada por su destinatario [6]

2.2.3 Receptor

Es el sujeto que recibe la información, que capta las señales físicas que componen el mensaje para reconstruir de algún modo el sentido, y la significación de esas señales.[7]. Éste debe tener interés por el tema, para lo cuál debe haber recibido previamente información dirigida a promover la motivación por el mismo. Debe estar en un momento favorable y con una actitud positiva hacia el emisor, ya que los problemas personales, familiares o laborales pueden disminuir temporalmente la receptividad. El educador debe saber aprovechar los momentos oportunos. [8]

2.2.4 Medio

El medio a través del cual se transmite la información o mensaje puede ser desde las ondas sonoras en la comunicación cara a cara, hasta cualquier otro medio más sofisticado, como el telégrafo o la televisión en el caso de la comunicación masiva. Este medio, que no es más que el intermediario utilizado para transmitir la información, algunos autores como David Berlo lo llaman "canal."[9]

2.3 RETROALIMENTACIÓN

Cuando el receptor envía una nueva información al emisor, basada en el mensaje que le transmitió éste, tal información se denomina retroalimentación, comunicación de retorno o respuesta. Cuando esto sucede, el hombre que en el inicio del proceso era receptor se transforma en emisor y el que originalmente era emisor queda como receptor de la nueva información. [10] Es decir, para tener la seguridad de que un mensaje enviado es ya un mensaje comunicado; de que el mensaje comunicado es un

mensaje comprendido, es necesario recibir de regreso la información respuesta. Y a esta información de regreso, que es relativa a otra información anterior, es lo que recibe el nombre de "retroalimentación"[11]

La retroalimentación es la garantía de la eficacia, la comprobación necesaria para el control de un proceso de comunicación. Es por ello que es considerada como el elemento básico en el proceso de comunicación.[12] Es una función de control que trasmite a una fuente de operaciones reguladas, las informaciones concernientes a los resultados de estas operaciones (información de retorno), permitiendo regular la fuente para la adaptación de normas y objetivos antes de seguir avanzando. Informa al emisor sobre la calidad de la emisión y sobre la manera en que ésta fue percibida o comprendida.

Sólo cuando existe retroalimentación se puede hablar realmente de comunicación, ya que al existir una información por parte del receptor como respuesta al mensaje enviado por el emisor, éste formulará una nueva información en la que se considerarán los datos externados por el receptor, quien a su vez, al recibir el nuevo mensaje, volverá a transformarse en emisor, y enviará una nueva respuesta, lo que originará un movimiento constante en el que los papeles de emisor y receptor se irán alternando en este flujo constante de informaciones que constituyen el proceso de la comunicación.[13]

Otro elemento del proceso de comunicación, muy importante, es el campo de experiencia del emisor y del receptor. Wilbur Schramm dice que el proceso de la comunicación interpersonal es posible cuando existen campos comunes de experiencia entre el emisor y el receptor.

Cuanto más grande sea el campo común de experiencia, más eficaz será la comunicación.

Un ejemplo de campo de experiencia común del emisor y el receptor es el que se lleva a cabo con los colegas, se puede decir que dos odontólogos hablan el mismo idioma en el sentido intelectual con respecto al área. Si el mensaje que se transmite al paciente (receptor) no es claro, no expresa las ideas de manera comprensible, el mensaje transmitido por el profesional (emisor), no podrá ser comprendido por el paciente (receptor), y por tanto, la comunicación es imposible.

Ahora, cuando los campos de experiencia del emisor y el receptor son comunes y los demás componentes del proceso de comunicación están presentes, puede suceder que exista algún otro obstáculo para lograr la comunicación. A ese obstáculo, de cualquier tipo, que distorsiona parcial o totalmente la comunicación, se le llama interferencia o ruido en la comunicación. Un ejemplo de interferencia en la comunicación puede ser el ruido exterior que se oye mientras dos personas hablan por teléfono; si este ruido es intenso, provocará que la fidelidad de la voz se distorsione y, más aún, que no todo lo que cada persona dice se entienda con claridad. Incluso puede ser que se malinterprete el mensaje por completo o que el ruido sea tan intenso que una de las dos personas en el teléfono no escuche nada de lo que la otra dice en el otro extremo. [14]

Para evidenciar más aún que la comunicación es un proceso, se puede establecer la diferencia entre información y comunicación.

La información es de carácter unilateral, tiene un solo sentido y es solamente una parte de la comunicación además, está contenida en el mensaje que el emisor manda al receptor.

E→ M→ R

——————→

INFORMACION

La información, al contrario de la comunicación, se caracteriza por la ausencia de retroalimentación. Cuando el receptor se transforma en emisor y da una respuesta, ésta es ya una nueva información que, igualmente tiene un solo sentido

E→ M→ R

<——————

RETROALIMENTACIÓN

COMUNICACIÓN

Hasta el momento en que estas dos informaciones se unen y pasan a formar parte de un mismo proceso de transmisión e intercambio de informaciones, se puede hablar de comunicación. [15]

2.4. FORMAS DE COMUNICACIÓN

Se distinguen dos tipos de comunicación, verbal y no verbal, en las que el hombre puede expresar lo mismo a través del lenguaje, ya sea hablado o escrito, expresiones gráficas o corporales. Por tanto, la comunicación es un proceso de intercambio de ideas, experiencias, emociones, información en

cualquier forma: oral, escrita, corporal, visual, es decir, todo lo que un individuo le puede aportar a otro.

2.4.1. Comunicación Verbal

La educación sanitaria en Atención Primaria se basa en la comunicación verbal, cuya principal ventaja es la posibilidad de utilizar la retroalimentación, es decir, que el emisor puede valorar la capacidad de escucha, necesidades, interés y grado de comprensión del receptor y adecuar el mensaje a medida que va captando esta información.[16] Los elementos implícitos en la comunicación verbal son: el volumen, el tono de la voz, la velocidad y la duración del mensaje, entre otros.

2.4.2 Comunicación no Verbal

Más del 50% de la comunicación que se establece es comunicación no verbal. Cuando se habla de comunicación no verbal se hace referencia a la mirada, la expresión de la cara, los movimientos de la cabeza, la postura del cuerpo, los gestos con las manos, la proximidad física y el contacto físico. [17]

2.5 NIVELES DE COMUNICACIÓN

Nivel Intrapersonal. Se lleva a cabo consigo mismo.
Nivel Interpersonal. Se realiza entre personas.
Nivel Intragrupal. Se lleva a cabo dentro del grupo.
Nivel Intergrupal. Relaciones entre grupos.
Nivel Masivo. Medios masivos

2.6 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Para adecuar y facilitar la transmisión del mensaje y el proceso de aprendizaje se pueden utilizar recursos o métodos de comunicación que ayuden a comprender y preservar el conocimiento impartido.

Esto es de suma importancia, debido a que por lo general los hábitos, creencias y actitudes pertenecientes a los niños en edad escolar, no son siempre las adecuadas. Entonces, una vez que se ha identificado lo negativo, es responsabilidad del profesional, tratar de modificar estos hábitos a través de métodos o estrategias de comunicación, para eliminar los comportamientos, hábitos erróneos y reforzar los positivos.

Se define como estrategias de comunicación a las técnicas didácticas, canales de información y medios de comunicación.

2.7. DESCRIPCIÓN DE ALGUNAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFICACES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es muy importante el empleo de estrategias de comunicación en los niños, con relación a la promoción de la salud dental. Ya que de ésta manera, se les enseña a prevenir enfermedades bucodentales, fortaleciendo sus conocimientos y aptitudes, para responsabilizarlos en su autocuidado y con ello disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades más comunes en esta etapa de la vida.[18]

2.7.1 Charla

Es una técnica muy usada en nuestro país. Consiste en una conferencia breve donde se expone un tema específico.

La charla tiene algunas ventajas:

- Es económica porque para su ejecución basta con el que la expone.
- Requiere de poco tiempo.
- Se puede abarcar a todos los niños al mismo tiempo

Fases de la charla:

- Fase de preparación, donde se debe tomar en cuenta:

1. Selección del tema sobre la base de las necesidades de los niños.
2. Revisión cuidadosa de la bibliografía para brindar una información atractiva, que sea de interés para el niño, digerible, que se pueda entender fácilmente, y que se aboque a las necesidades propias de la niñez.
3. Confección de una guía donde se contemplen ordenadamente todos los aspectos que se van a tratar. Como son hábitos de higiene bucal, técnica de cepillado, información sobre la ingesta de carbohidratos, información acerca de lo que es la caries, que la provoca y como prevenirla.
4. Planificación de la actividad de acuerdo al tiempo de que se dispone. No alargarse demasiado para evitar la distracción del niño.
5. Confección y preparación de los medios de enseñanza, como es el empleo de láminas, adaptadas con dibujos desmontables, figuras elaboradas con algún material como por ejemplo papel de diferentes colores y textura, etc.

Fase de ejecución, la cuál tiene varios momentos:

1. Introducción. Debe ser breve. Se debe procurar despertar el interés de los niños.
2. Proposición o Descripción. Aquí se expone la esencia del tema. Las proposiciones deben referirse con exactitud, mostrar seguridad y dominio del tema, con naturalidad y convicción. Pueden estar apoyadas por algunas reflexiones y derivarlas de los mismos hechos. Deben exponerse en forma cronológica para evitar confusiones en nombres y hechos.
3. Confirmación. Es aquí donde se confirma si la información impartida a los niños fue comprendida en su totalidad o no. Para apelar al razonamiento, los argumentos deben reunir las siguientes condiciones:

- Adecuarse al nivel del niño.
- El tema debe tener novedad para su edad.
- Los argumentos deben basarse en hechos que sean comunes para ellos.
- Al final resumir y enfatizar los argumentos, sobre todo los más importantes.

4. Síntesis o resumen. Debe abarcar de manera concisa los puntos principales expuestos para que al niño se le facilite la retención de la información.
5. Fase Final. Debe comenzar dando participación al grupo para verificar la información que adquirieron.

Por todas estas razones, es recomendable en la promoción y prevención de la salud.

2.7.2. Socio-drama

Esta técnica se ha popularizado bastante como parte de programas de capacitación y educación popular en América Latina. Se le denomina por

diversos nombres: juegos de simulación, dramatizaciones, simulacros, etc. Pero el de uso más común es el socio-drama.

Un socio-drama es la representación espontánea, en forma dramatizada, de una situación o tema definido como parte de un esfuerzo educativo. El propósito del socio-drama es enseñar o practicar habilidades y conocimientos y no sólo entretener. En éste, los niños pueden hacer un papel de actores que representen alguna situación que tenga que ver con la salud bucal.
Ya que el socio-drama no requiere guiones escritos, memorización de partes o coreografía especial, los niños pueden actuar con la mayor espontaneidad y .convertirlo en algo tanto educativo como divertido.

Ventajas:

- Permite a los niños la expresión espontánea de situaciones de la vida real, problemas, necesidades, temores y aspiraciones
- También les permite practicar destrezas aprendidas y expresar actitudes y valores.
- Brinda, una oportunidad de evaluar lo aprendido en cuanto a conocimientos, actitudes y hábitos.

2.7.3. Teatro Popular

Al igual que el socio-drama, es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. El teatro popular es más complejo que el socio-drama ya que consiste en la preparación y representación de una verdadera obra de teatro.

La obra se prepara con anticipación, se memoriza un guión y se ensaya la actuación. La característica principal es el trabajo colectivo de un grupo en la preparación y puesta en escena del drama.
El teatro popular puede constituir un poderoso instrumento para la comunicación de mensajes de salud, tanto para los actores que en este caso serían los mismos alumnos como para los espectadores.

Una obra de teatro popular debe combinar en forma equilibrada el aprendizaje con la diversión. El carácter dramático no debe perderse debido a la naturaleza didáctica de la obra. Tampoco debe permitirse que el mensaje educativo se enrede, porque resultaría difícil su comprensión.

2.7.4 Narración de Historias

Este es un antiguo método para transmitir tradiciones culturales a través de las generaciones. Las leyendas, las fábulas y la poesía épica transmitidas oralmente constituyen las raíces de una buena parte de la literatura de muchas naciones. La narración de historias se puede usar en diversas formas para entregar mensajes de salud, y se considera como una estrategia de comunicación muy eficaz para los niños pequeños. Se pueden inventar o adaptar historias incorporando enseñanzas de salud.
Es conveniente confeccionar ayudas visuales para ilustrar las narraciones. Estas pueden consistir en caricaturas de personajes conocidos. También se pueden utilizar ilustraciones, láminas, fotografías o figuras elaboradas con algún material de papel, tela, plástico etc.

Diferentes formas de utilizar las historias:

- Narrar una historia corta con una moraleja al final, que se explica después, a manera de las antiguas fábulas.

- Dejar que la historia hable por sí misma y que los niños saquen por su cuenta las enseñanzas.
- Escribir una historia incompleta y pedir a los niños que discutan y propongan distintos desenlaces. Esto no sólo motivará a los niños, sino también ayudará a desarrollar su capacidad reflexiva.
- Los mismos niños inventen su propia historia.

2.7.5. Canciones

En la cultura Latinoamericana la música popular, particularmente en forma de canciones, ocupa un lugar preponderante. A través de canciones se expresan y comunican una variedad de deseos, sentimientos y emociones. Las canciones se utilizan en diversas situaciones y con diversos propósitos. Una canción de cuna hace que el bebé se duerma tranquilo con la seguridad de la protección materna. El himno nacional infunde un sentido de cariño y lealtad a la patria. Los himnos en las iglesias expresan alabanzas y sentimientos religiosos. Las canciones románticas expresan sentimientos y emociones hacia otro ser humano.

Un medio que se utiliza para comunicar tal variedad de mensajes y que es tan universalmente usado puede también ser utilizado para transmitir mensajes de salud.

Ventajas:

- No requiere equipos, o lugares de reunión especiales, se presta para utilizar los talentos del grupo y es una manera atractiva de presentar mensajes, lo que estimula la participación del niño.
- La combinación de texto y melodía no sólo hace más atractivo el texto del mensaje sino que facilita su retención.

- Una vez aprendida la letra de la canción es más fácil de recordar que un simple mensaje.

2.7.6. Torbellino de ideas

El torbellino de ideas es una forma de trabajo en grupo, generalmente poco numeroso, en la que los niños pueden proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión sobre un tema dado.
Los niños se pueden organizar en un grupo y se les pide que cada uno exprese lo que piensa o sugiere sobre la tarea o el tema. Las ideas expuestas por los niños se pueden ir anotando, para que al final se llegue a alguna conclusión.

Esta técnica permite que todos los niños expresen por lo menos una idea con respecto al tema. Estimula la participación de todos. El propósito es generar el máximo de ideas.

2.7.7. Demostraciones

Una demostración es una técnica utilizada para mostrar a alguien cómo hacer algo en forma correcta y permitir que practique lo aprendido. La lógica de esta técnica yace en el convencimiento de que decir a alguien cómo hacer algo no es suficiente. Una explicación verbal será más efectiva si al mismo tiempo se realizan las acciones que se están explicando.

Muchas enseñanzas sólo cobran sentido cuando se demuestran en la práctica. La mayor parte del conocimiento relacionado con el cuidado de la

salud es de tipo práctico y no teórico, por lo cual su aprendizaje debe ser de esa misma naturaleza.

2.7.8. Foro-Cassette

Los foro-cassettes han surgido en varios países de América Latina a raíz de la amplia disponibilidad de grabadoras portátiles de bajo costo.
Esta técnica consiste en un grupo de niños que se reúne, en forma regular o intermitente, para escuchar una charla o un programa que combina música, anuncios y dramatizaciones y luego discute su contenido. El foro-cassette puede ser una actividad que se realiza con un grupo en forma sistemática, siguiendo una secuencia de contenidos. También puede ser una actividad informal y espontánea en la que los oyentes escuchan cassettes grabados con mensajes de salud presentados en forma amena y acompañados de música y humor, mientras desarrollan otras actividades.

2.7.9. Exhibición de Películas

La mayor ventaja de la película es la atracción que produce en la audiencia infantil. Al combinar movimiento, diálogo, música, ambientación y paisaje, constituye un poderoso instrumento de comunicación capaz de captar y mantener la atención del grupo.

El mensaje se recibe a través de la vista y del oído. La presentación se hace en una sala oscura, de modo que toda la atención se concentra en la imagen proyectada sin distracciones del medio. La proyección puede realizarse

sobre una pantalla grande o pequeña y es posible usar películas con audiencias pequeñas o muy numerosas.

La película educativa en salud puede combinar la enseñanza con la diversión.
A través de este medio se puede filmar con buena calidad técnica, demostraciones de hábitos, destrezas o procedimientos en prevención y cuidado dental.

2.7.10. Juegos

El juego tiene un papel muy importante en el proceso de conocimiento del niño, porque le permite:

- Relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla.
- Relacionarse con otros niños sin temor a equivocarse.
- Transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para transformarla en la práctica.
- Y hacer más agradables los procesos de enseñanza-aprendizaje.

2.8. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN APLICADAS EN LA ESCUELA PRIMARIA GENERAL LÁZARO CÁRDENAS

Para esta investigación se llevaron a cabo tres estrategias de comunicación:

2.8.1. Charla (Adaptación con juego). Se realizò en dos fases:

1. Se seleccionó el tema de Higiene Bucal, Técnica de cepillado, Caries que la provoca y cómo prevenirla y el cuidado general que tiene que ver con la aparición de la dentición permanente, así como algunas indicaciones en cuanto a la ingesta de carbohidratos.

Se revisó cuidadosamente el material, parea poder brindar un tipo de información atractiva para los niños, digerible, que la pudiera entender fácilmente. Se organizó la información por puntos, no revolviéndola para no confundir al niño, y que los puntos quedaran claros. Se organizó también por tiempos, para no alargar demasiado la plática y se perdiera la atención del niño.

Se confeccionó y preparó medios de enseñanza, como fue el empleo de láminas, las cuáles se adapteron con dibujos desmontables fabricadas en fomi, alusivas a cada tema, con la finalidad de reforzar la información con una imagen que quedara plasmada en la mente del niño.

2. Se utilizó un juego para explicar lo que significa la placa dentobacteriana. El juego recibió el nombre "Vamos a pintamos los dientes". Este consistió en lo siguiente: Se les dio a cada uno de los niños una corcholata con una pastilla reveladora de placa disuelta, un cotonete y un espejo. Se les dio la indicación que pintaran la totalidad de sus dientes y con la ayuda del espejo verificaran que así fuera, una vez hecho esto se les explicó qué significaba el que sus dientes se tiñeran, qué era la placa dentobacteriana, cómo actúa en los dientes y si no la controlamos que nos puede provocar.

Esta etapa es de sensibilización, donde se atrajo la atención del niño con el objeto de que la información con ayuda de los demás recursos quedara comprendida.

2ª. Estrategia

2.8.2 La Demostración

Esta técnica se utilizó para mostrar al niño como realizar la técnica de cepillado en una forma correcta y permitir que practicara lo aprendido. Se llevó a cabo con la ayuda de un tipodonto y un cepillo dental. Se fué explicando cuáles eran los pasos de una técnica de cepillado correcta, verificando que cada paso quedara muy claro. Una vez realizado esto se les indicó que realizaran el cepillado dental en su persona. Y la comprensión de la estrategia se verificó con la ayuda del IHOS, para verificar que la técnica la habían realizado bien.

El lenguaje que se utilizó fue muy claro y sencillo. Y se retomó lo que menciona Piaget, en su etapa preoperacional, que es la etapa del pensamiento y del lenguaje que gradúa la capacidad de pensar simbólicamente, en la etapa de los 6 años el niño "imita objetos de conducta". El niño aún no tiene un grado de abstracción, y el hecho de enseñarle con algo práctico y visual facilita el aprendizaje.

3ª. Estrategia de comunicación:

2.8.3. El Juego

El juego le permite al niño conocer su mundo, conocer a otras personas, desarrollar relaciones interpersonales y es un medio primordial en el aprendizaje en los niños de ésta edad. Estudios han demostrado que el juego con un rango de funcionamiento psicológico incluye pensamiento creativo, solución de problemas, habilidad para adquirir nuevos entendimientos, habilidad para usar herramientas y desarrollo del lenguaje.

El juego tiene motivación intrínseca, es flexible,disfrutable, requiere actividad verbal, mental y física. Jean Piaget propone que el juego puede ser pura asimilación, pero su relación o predominio de su asimilación sobre la acomodación es lo que define una actividad como juego. Los niños cuando juegan están continuamente percibiendo, usando contrastes: un aspecto social, de aprendizaje. El juego tiene un lugar particular en la teoría de Piaget.

El juego que se utilizó fue la lotería. Las loterías son materiales que ayudan al desarrollo de la observación discriminativa, y al proceso de análisis y síntesis, la integración parte-todo. Se les dió la lotería con dibujos alusivos a distintos temas impartidos en las demás estrategias. Se diseñaron enunciados que tuvieran relación con cada uno de los dibujos del juego. Posteriormente se les dio distintos materiales para que los utilizaran como fichas y me permitiera evaluar si la información que se dio quedó clara en le niño. Se fueron nombrando los enunciados dando tiempo de medio minuto para que la ficha elegida fuera acomodada en el sitio correcto.

En nuestras sociedades el juego es practicado en mayor medida por los niños. Permite perder la timidez de expresarse y ayuda a que los participantes se relacionen mejor.

El juego también tiene importancia en la educación para la salud de grupos de escolares, porque es una forma agradable de llegar a ellos.

Durante un juego, o dentro del espíritu de juego, los niños hablan con más facilidad y permiten la participación activa.

2.9. DESARROLLO DEL NIÑO DE EDAD ESCOLAR

Los psicólogos, coinciden en que existe una etapa intermedia entre la primera infancia y la adolescencia; esa etapa corresponde a la plenitud de la infancia.[19] Entre los 5 y los 7 años de edad, en la vida social e intelectual del niño se inicia una etapa de gran magnitud: comienza la edad escolar y, además, empiezan las primeras responsabilidades sociales; tales como cuidar a los hermanos menores, ayudar en los quehaceres del hogar, etc.

Hacia los 6 o 7 años, normalmente los niños empiezan a pensar con lógica acerca de lo que cada día ven y experimentan. El psicólogo suizo Jean Piaget [20]considera esto, como el inicio de la inteligencia operativa concreta, es decir, de la capacidad para pensar con lógica acerca de cosas concretas. Se desarrolla entonces la capacidad para distinguir lo que está bien y lo que está mal, escuchar el punto de vista de los demás, jugar siguiendo determinadas reglas y dominar las operaciones mentales necesarias para la lectura, la aritmética y otras tareas escolares.

Para la edad de 6 años, un niño típico ha aprendido a caminar, a reconocer olores y sabores, a manipular objetos tridimensionales y a identificarlos por su olor, tamaño o textura; a dibujar a cantar, a hablar, e incluso a escribir. Eso sin contar otras habilidades, como las de reconocer personas y lugares, distinguir sentimientos e intenciones, decir la verdad, mentir, actuar con generosidad y plantearse áridas preguntas filosóficas, ha aprendido numerosos juegos (y aún ha inventado otros por sí mismo).

Lo maravilloso de todo este aprendizaje infantil es la velocidad con que se adquieren los conocimientos.

Conforme los niños crecen en capacidad cognoscitiva, van adquiriendo seguridad en sus facultades mentales y en sus conocimientos, lo cual tendrá

mucha importancia al aproximarse a la siguiente etapa de desarrollo, la adolescencia, que en general comienza hacia los doce años.

2.10. DESARROLLO DE LA ETAPA DE APRENDIZAJE

Desde antes de iniciar la escuela, los niños aprenden. El aprendizaje ha sido estudiado por numerosos investigadores entre los que destaca el psicólogo Jean Piaget. Su teoría está asentada en la forma en la que los niños llegan a conclusiones, buscando la lógica en las respuestas dadas a las preguntas formuladas.

Para Piaget, la inteligencia tiene dos atributos:

1. Organización: Está formada por las etapas de conocimientos que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas.
2. Adaptación: Adquirida por la asimilación mediante la cual adquieren nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información.

El desarrollo individual está dividido en cuatro etapas:

Etapa Sensomotora: Periodo que comprende de los 0 a los 2 años. Según Piaget, el punto de partida de la inteligencia es la sensación y la actividad motríz. El niño va organizando sus experiencias de acuerdo al estímulo que recibe, el medio le proporciona la actividad sobre los objetos (estímulos) y los va incorporando a sus nuevos esquemas mentales. Las experiencias repetidas dan respuestas sensoriales y motrices.[21]

Etapa Preoperacional:
Periodo: 2-7 años.
Características: Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujo, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.

Etapa de Operaciones Concretas:
Periodo: 7-11 años
Características: Los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasifica los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.

Etapa Lógico Formal:
Periodo: 12-16 años
Características: En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.

2.11. HIGIENE BUCODENTAL

2.11.1. Placa dentobacteriana

La placa dentobacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales. Se forma por la falta de higiene bucal adecuada, y es muy importante en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación del tártaro. [22] Por lo que se considera fundamental eliminarla a través del cepillado dental, utilizando una técnica de cepillado eficiente.

2.12 ESTRATEGIAS Y RECURSOS PARA EL CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las dos grandes enfermedades producidas por la placa dentobacteriana pueden atribuirse a la higiene inadecuada.

Hasta ahora, todo el énfasis se ha puesto en dos formas de acción sobre la placa: control mecánico y control químico. De los diferentes métodos para controlar la placa, el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillo dental, el hilo y otros elementos auxiliares en la higiene bucal. "Para el paciente bien motivado y correctamente adiestrado que desea ocupar el tiempo y hacer el esfuerzo necesario, las medidas mecánicas son efectivas para el control de la placa"(Löe, 1970). [23] A fin de obtener resultados satisfactorios, no solo deben enseñarse al paciente las técnicas correctas, sino que debe ser incluido en un programa educativo con vistas a obtener cambios de conducta duraderos.

2.12.1. Técnica de cepillado recomendada para los niños

Un estudio con niños y adolescentes llevado a cabo en Gran Bretaña, [24] mostró que hay una tendencia a enseñar el método rotatorio, ya que es una técnica fácil de aprender, y es una elección excelente para enseñar a los niños que carecen de la destreza necesaria para aplicar otra técnica.
La técnica de frotación rotatoria es en realidad un procedimiento compuesto por otras técnicas de cepillado. La idea básica es usar un cepillo blando, colocando el cepillo en ángulo recto con las superficies labial y lingual, y se frotan las superficies dentarias mediante movimientos circulares pequeños y suaves.

2.12.2. Duración del Cepillado

La mayoría de las personas no se cepillan el tiempo necesario para conseguir la total remoción de la placa. Muchos adultos no emplean más de 45 segundos para cepillar sus dientes y en los niños el tiempo utilizado es aún menor. La mayoría de las técnicas requieren de 6 a 8 movimientos en cada área antes de pasar a la siguiente. Es una buena idea hacer que los niños cuenten de manera mental los movimientos durante la fase temprana de aprendizaje de cualquier técnica.

2.12.3. Patrón de cepillado

Una de las bases más importantes del cepillado es desarrollar un patrón de limpieza bucal que se repita todas las veces, de modo que no se queden áreas sin limpiar. No es crítico el orden en que se limpian las áreas, pero es

esencial la repetición del patrón que se haya seleccionado para que se obtengan buenos resultados.

2.13. CUANTIFICACIÓN DE LA PLACA A TRAVÉS DE ÍNDICES

La información con respecto a la placa debe ser cuantificada. Para ello se emplean indicadores o índices.
Los problemas de salud o enfermedad en una población determinada, pueden medirse por medio de instrumentos de medida que reciben el nombre de indicadores e índices de salud o enfermedad.

Russell define el índice "como un valor numérico que describe una situación relativa de salud o enfermedad en una determinada población a través de una escala graduada con límites superior e inferior definidos".[25] Estos a su vez permiten comparar los resultados con los de otras poblaciones clasificadas según los mismos métodos y criterios.

Por lo general, los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la prevalencia de determinadas enfermedades o condiciones en un tipo de población; también pueden indicar el grado de severidad en que se encuentran esas enfermedades.
Un buen índice reúne las siguientes características:
Validez. Que sirva para medir lo que se pretende y que se adapte a las características del problema de estudio.

Claridad. Porque el examinador debe entender con facilidad las reglas y criterios a aplicar en el estudio.
Fiabilidad. Los resultados deben ser consistentes y reproducibles por distintos examinadores.
Sensibilidad. Porque debe permitir la detección razonable, incluso de pequeñas variaciones.
Aceptabilidad de los individuos examinados. Es decir, no ocacionar molestias en los examinados.

2.14. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Greene y Vermillion en 1964 crearon un sistema para medir enfermedades periodontales y gingivales , siendo estas producto de la placa bacteriana.[26] Se puso en evidencia que estos datos suministrados carecían de significado, salvo que por separado se valorara el grado de higiene y limpieza. Debido a esto, ellos establecieron como meta desarrollar una técnica de medición valedera que sirviera para estudiar la epidemiología de la enfermedad periodontal, evaluar la eficacia del cepillado y la actuación odontológica de una población objetivo y los efectos inmediatos de programas de educación sanitaria dental.[8]
Al darse cuenta que no era necesario y práctico valorar todos los dientes para determinar el nivel de higiene oral de una persona, Green y Vermillon seleccionaron 6 superficies dentarias, índices, representativas de todos los segmentos anteriores de la boca. Estos dientes serán: 1º. Molar Permanente superior derecho(16) o 2º. Molar Temporal Superior derecho (55), Incisivo Central Superior Permanente Derecho (11) o Incisivo temporal Superior Derecho (51), 1º. Molar Superior Izquierdo (26) o 2º. Molar Temporal Izquierdo (65), 1º. Molar Permanente Inferior Izquierdo (36) o 2º. Molar

Temporal Inferior Izquierdo (75), Incisivo Central Inferior Permanente Izquierdo (31) o Incisivo Temporal Inferior Izquierdo (71), 1º. Molar Permanente Inferior Derecho (46) o 2º. Molar Temporal Inferior derecho (85).

Este criterio tuvo su fundamento en el factor tiempo, porque cuanto mayor es el tiempo que el individuo descuida los hábitos de higiene de su boca, tanto mayor es el área del diente que quedará cubierta por los residuos.

El IHOS consta de 2 componentes: El índice de residuos simplificado (DI-S) y el índice de cálculo (CI-S), cada componente evaluado en una escala de 0 a 3.

Los criterios para medir el componente de residuos (DI-S) de Higiene Oral Simplificado (IHOS) serán los siguientes:

0 – No hay residuos o manchas.

1 – Los residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dentaria.

2 – Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

3 – Los residuos blandos cubren más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

Para obtener el índice individual de IHOS por individuo se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirlo entre el número de superficies analizadas, una vez ya establecido, se procede a determinar el grado Clínico de Higiene Bucal.

* Bueno 0,0 – 1,2
* Regular 1,3 – 3,0
* Malo 3,1 – 6,0

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al elevado índice de enfermedades bucodentales que se presentan en la población infantil, producto de hábitos inadecuados como son: higiene bucal deficiente, hábitos alimenticios nocivos, la falta de conocimiento acerca de la salud bucodental en lo que se refiere a prevención, ignorancia acerca del tema por parte de los padres de familia ; y la falta de información por parte de los medios masivos de comunicación, se considera apremiante dirigir programas de salud a la comunidad escolar, en particular a los niños que aún se encuentran en edad temprana, ya que es una etapa ideal en la que se puede influir de manera exitosa en cambios de conducta y hábitos. Pero para poder evaluar si la información que se brindó tuvo el resultado que se esperaba, es necesario utilizar las diversas estrategias de comunicación que permitan al niño comprender mejor la información y ponerla en práctica, y así lograr el objetivo de prevención deseado.

Por lo tanto planteamos la siguiente pregunta:

¿Las estrategias de comunicación influyen para una salud bucodental adecuada en niños de 6 años a edad temprana?

4. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud bucodental es clara. Existe una diferencia entre los avances logrados por el área de odontología en lo que se refiere a prevención, y el conocimiento y aplicación de éstos por el público. Se necesita comunicar esos conocimientos a la sociedad. Desgraciadamente el nivel de información que se imparte sobre medidas de prevención en odontología son muy escasas.

Los medios masivos de comunicación, que es el medio que está más al alcance de la población, no le dan la debida importancia a este asunto. Están más interesados en la promoción de sus productos, que en el énfasis para brindar a la gente información que ayude al fomento de la salud bucodental.

Precisamente, una de las poblaciones mayormente afectadas, es la infantil, ya que los niños todavía no tienen conciencia de la gravedad que se provoca en no poner en práctica estas medidas en su propia persona. Si no reciben la debida instrucción en casa por parte de sus padres, difícilmente la van a llevar a cabo por sí solos.

De acuerdo con la OMS, el 64.18% de los niños de 6 años tienen al menos una caries. De ahí la importancia de inculcar por medio de programas de salud, los conocimientos básicos de prevención bucodental a escuelas, sobre todo las de nivel básico ya que la educación se debe impartir desde temprana edad, porque de esto depende la futura formación del adulto.

Para tal fin es necesario implementar métodos que ayuden a facilitar la comprensión de temas de salud dental a los niños. Recuperar para la salud diversas estrategias de comunicación, como son la charla, demostraciones, juegos, empleo de material didáctico como rotafolios, láminas y carteles, entre otros.

Con todo esto, lo que se intenta, es que exista por parte del niño, una perfecta interpretación del mensaje transmitido, a través de varias estrategias de comunicación, con el objeto de que en su vida diaria lo ponga en práctica, y ello redundará en su futura salud dental.

5. HIPÓTESIS

La participación de los niños de 6 años en un programa de Salud Bucodental con estrategias de comunicación permite una higiene correcta.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Aplicar y evaluar diferentes estrategias de comunicación para la salud bucodental en escolares de 6 años de edad, en la escuela primaria General Lázaro Cárdenas, en la Colonia Valle de Aragón Primera Sección en el Municipio de Nezahualcóyotl, durante un período de 2 semanas.

6.2 Objetivos Específicos

6.2.1 Conocer los procesos de comunicación.
6.2.2 Diseñar estrategias concretas de comunicación para los niños escolares.
6.2.3 Aplicar a los escolares estrategias de comunicación.
6.2.4 Conocer cual estrategia de comunicación fue la más efectiva en un proceso de higiene bucal.
6.2.5 Evaluar los procesos de comunicación en salud bucodental a través del índice de higiene oral simplificado (IHOS).

7. MATERIAL Y MÉTODO

Para el desarrollo de este estudio, se estableció contacto con las autoridades de la escuela primaria General Lázaro Cárdenas del municipio de Nezahualcoyotl. La población estudiada está integrada por escolares de 6 años de edad. Son un total de tres grupos de primer grado. El primer grupo consta de 12 alumnos, el segundo grupo, consta de 15 alumnos, y el tercer grupo consta de 12 alumnos. Los cuales dan un total de 39 alumnos.

Se realizaron diferentes estrategias de comunicación sobre salud bucodental

enfocadas a su edad.

Los materiales que se ocuparon son:

*Ilustraciones

*Juegos (Lotería y "Vamos a pintarnos los dientes")

*Demostraciones con tipodonto

*Cuestionario.

Estas estrategias se evaluaron a través de la técnica de observación.

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo Transversal

7.2. Población de estudio

-Niños de 6 años de edad de 1er. Grado escolar en la escuela primaria General Lázaro Cárdenas.

7.3. Tamaño de la población

39 alumnos de 6 años de edad pertenecientes a primer grado de primaria.

27 Niños y 12 Niñas

7.4. Criterios de inclusión

- Escolares de 6 años de edad que deseen participar en el estudio.
- Niños que estén inscritos en la escuela.

7.5. Criterios de exclusión

- Niños que no cumplan con la edad.
- Que su estado de salud les impida participar.

7.6. Variables independientes

- Estrategias de comunicación

7.7. Variables Dependientes

- Edad
- Sexo
- IHOS
- Grado de escolaridad

7.8. Operacionalización y conceptualización de las variables.

DEFINICIÒN CONCEPTUAL

EDAD: Desarrollo cronològico de un ser humano que es determinado por el tiempo.

SEXO: Diferencia biològica que define genèticamente a un ser masculino de uno femenino.

IHOS: Índice de Higiene Oral Simplificado.

GRADO ESCOLARIDAD: Nivel seglar que se adquiere en base a los conocimientos.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÒN: Combinación de mètodos y tècnicas didàcticas, canales de información y medios de comunicación.

VARIABLES DEPEN-DIENTES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA	CUANTITATIVA	RAZON 1) 6 AÑOS
SEXO	SE DETERMINO DE MANERA DICOTOMICA MASCULINO Y/O FEMENINO	CUALITATIVA	NOMINAL 1)MASCULIN 2)FEMENINO
IHOS	INDICE QUE SE EMPLEO PARA IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE PDB Y LA PRESENCIA DE CALCULO DENTAL	CUANTITATIVA	DE INTERVALO 1) 1/3 2)+1/3 3)+ 2/3 4) NO APLICA
GRADO ESCOLARIDAD	SE DETERMINO POR EL GRUPO EN QUE SE ENCUENTRAN INSCRITOS LOS ESCOLARES	CUANTITATIVA	DE INTERVALO

—

VARIABLE INDEPEN-DIENTE	DEFINCION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
ESTRATEGIAS DE COMUNICA-CION	SE DETERMINARON POR DISTINTAS FASES, LA DE SENSIBILIZACIÒN, PARTE PRÀCTICA Y LA DE REFUERZO.	CUANTITATIVA	DE RAZÓN

7.9. RECURSOS

7.9.1. Humanos

- Tutor
- Asesor
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista

7.9.2 Materiales

- Material Didáctico
- Una silla
- Cepillos Dentales
- Lápiz
- Bicolor
- Tabletas reveladoras
- Espejo
- Computadora
- Impresora
- Vasos de plástico
- Agua
- Corcholatas
- Cotonetes
- Campos desechables
- Hojas blancas
- Pluma negra
- Habas
- Bolitas de papel
- Frituras

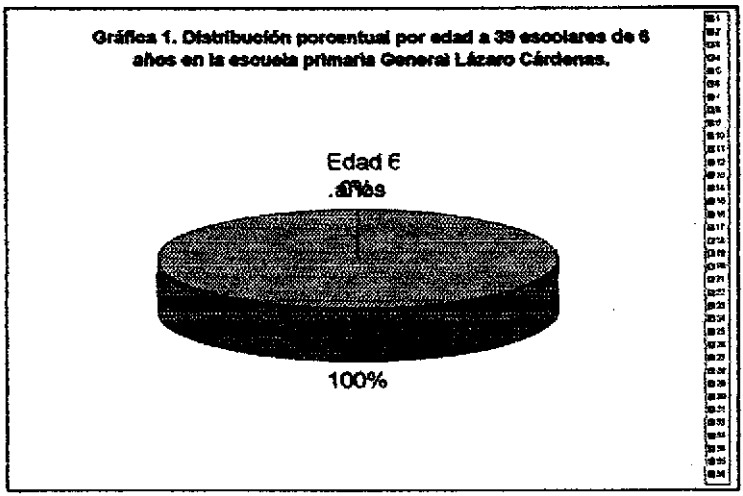
- Fichas de colores
- Diurex
- Tijeras.

7.9.3. Financieros

A cargo de la tesista.

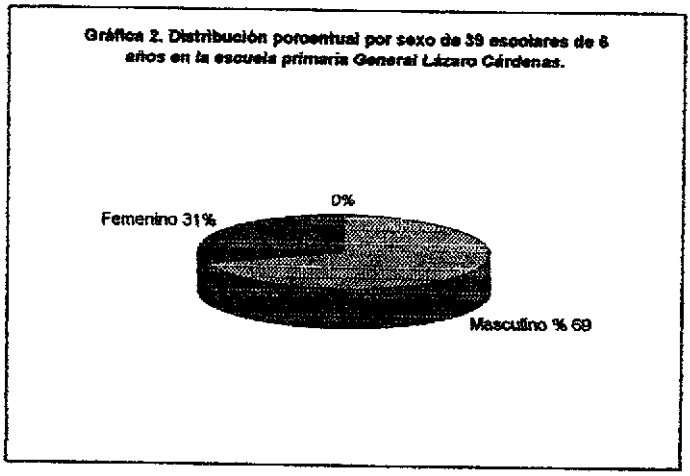
8. RESULTADOS

De los 39 escolares encuestados en la escuela primaria General Lázaro Cárdenas, el 100% corresponde a la edad de 6 años. (Gráfica 1)



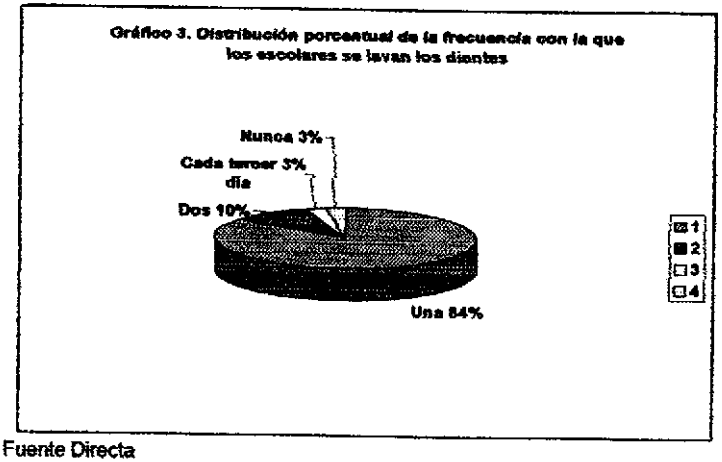
Fuente Directa

De los 39 escolares de 6 años, 27 correspondieron al sexo masculino y 12 al sexo femenino. (Gráfica 2)



Fuente Directa

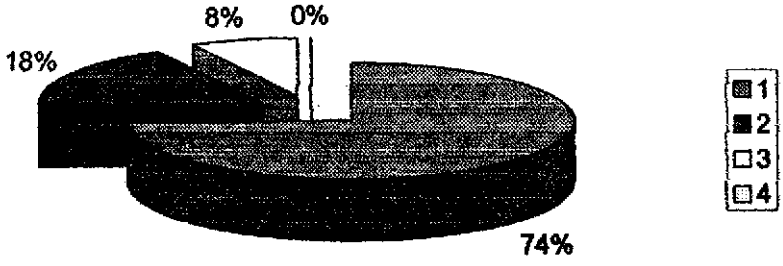
En cuánto a la frecuencia con que realizan la higiene dental los niños, 5 contestaron que una, 14 contestaron que dos, 18 contestaron que tres, 1 contestó cada tercer día y 1 contestó nunca. (Gráfica 3)



Fuente Directa

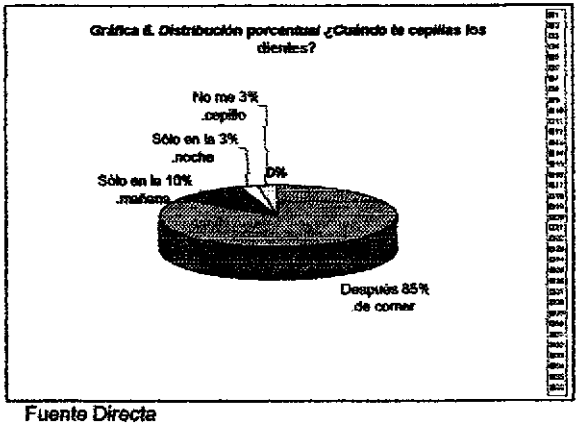
En lo que se refiere a las personas que enseñaron a los niños a lavarse los dientes, 27 correspondieron a la mamá, 5 al papá, 4 al hermano mayor y 3 a otra persona. (Gráfica 4)

Gráfica 4.Distribución porcentual de las personas que enseñaron a los niños a lavarse los dientes



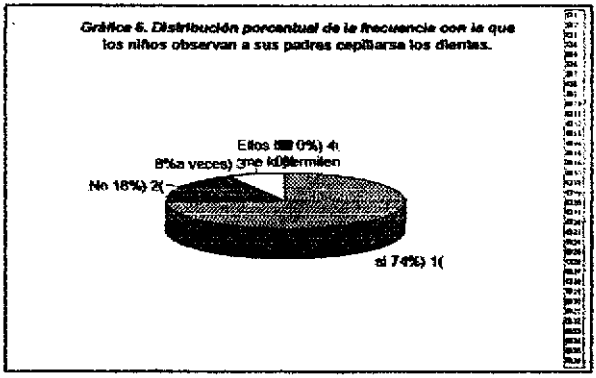
Fuente directa

De la pregunta ¿Cuándo te cepillas los dientes? 33 niños respondieron, después de comer, 4 respondieron sólo en la mañana, 1 sólo en la noche y 1 no me cepillo. (Gráfica 5)



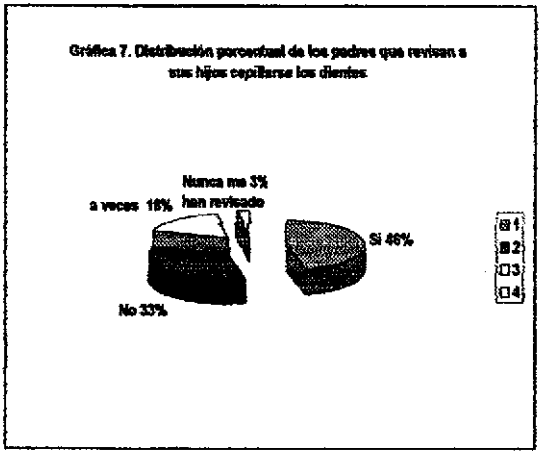
Fuente Directa

De la frecuencia con que los niños observan a sus padres cepillarse los dientes, 29 contestaron si, 7 No, 3 a veces y 0 ellos no me lo permiten. (Gráfica 6)



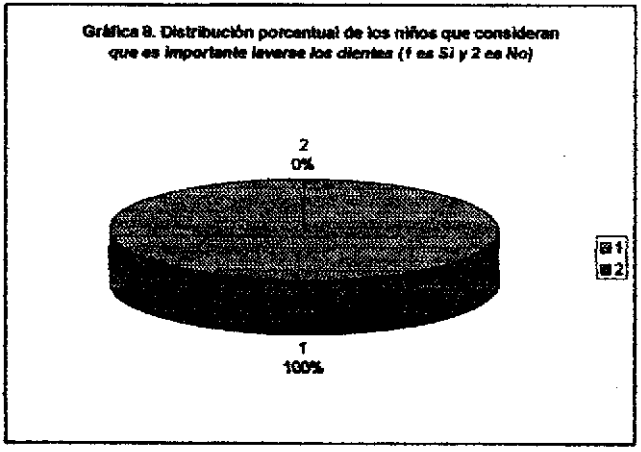
Fuente Directa

De la frecuencia con que los padres revisan a sus hijos cepillarse los dientes, 15 contestaron que si, 11 niños contestaron que no, 11 a veces y 2 nunca me han revisado. (Gráfica 7)



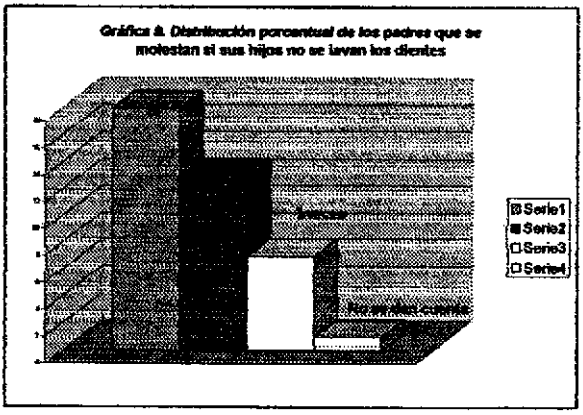
Fuente Directa

En cuanto a los niños que consideran que es importante lavarse los dientes, 39 niños contestaron que Si y 0 niños que No. (Gráfica 8)



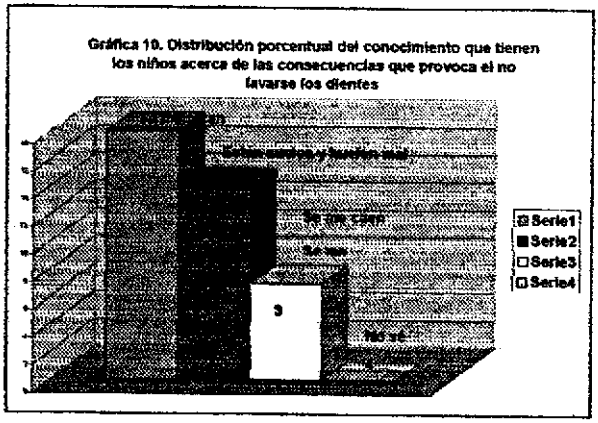
Fuente Directa

De la pregunta ¿Se enojan tus papás si no te lavas los dientes? 18 contestaron que si, 13 contestaron que no, 7 contestaron a veces y 1 respondió no se dan cuenta. (Gráfica 9)



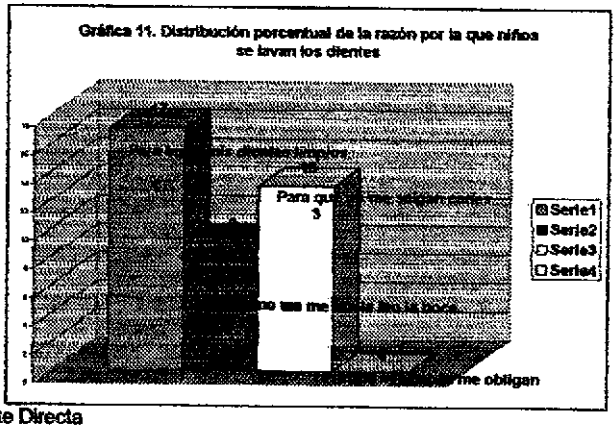
Fuente Directa

Del conocimiento que tienen los niños acerca de las consecuencias que provoca el no lavarse los dientes, 18 contestaron se me pican, 14 están sucios y huelen mal,7 contestaron se me caen y 0 contestaron nada. (Gráfica 10)



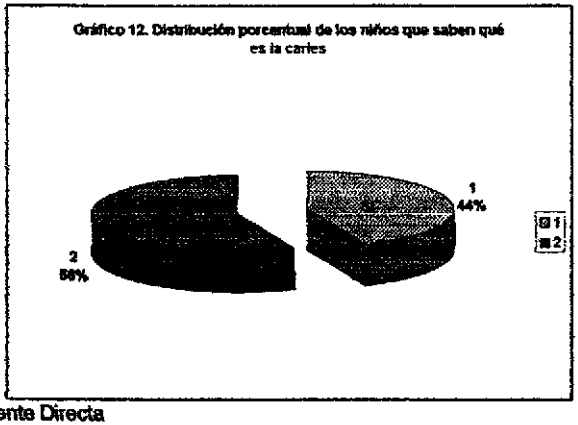
Fuente Directa

Razón por la cuál los niños se lavan los dientes, 17 contestó para tener mis dientes limpios, 9 contestó para que no me huela feo la boca, 13 para que no me salgan caries y 0 porque mis papás me obligan. (Gráfica 11)



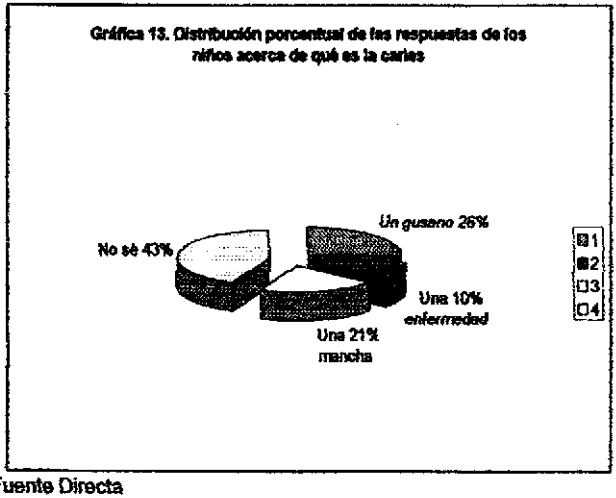
Fuente Directa

De los niños que respondieron la pregunta ¿Sabes qué es la caries? 17 contestaron que sí y 22 contestaron que no. (Gráfica 12)



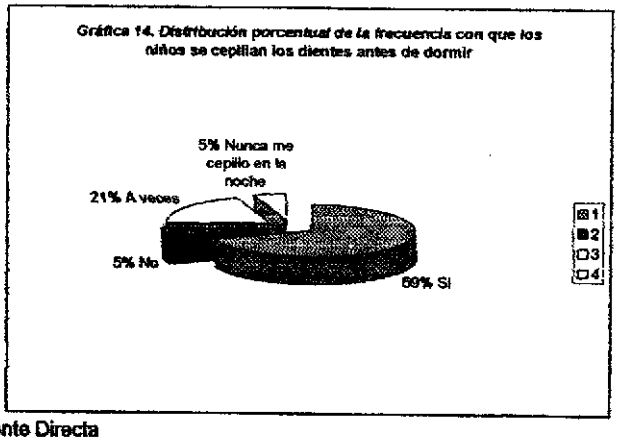
Fuente Directa

De las respuestas de los niños acerca de qué es la caries, 10 contestaron que un gusano,4 una enfermedad, 8 una mancha y 17 no sé. (Gráfica 13)



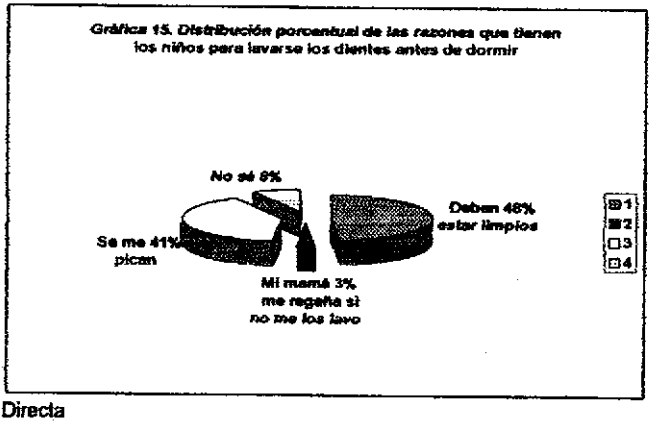
Fuente Directa

Frecuencia con que los niños se cepillan antes de dormir, 27 contestó si, 2 contestaron no, 8 a veces y 2 nunca me cepillo en la noche. (Gráfica 14)



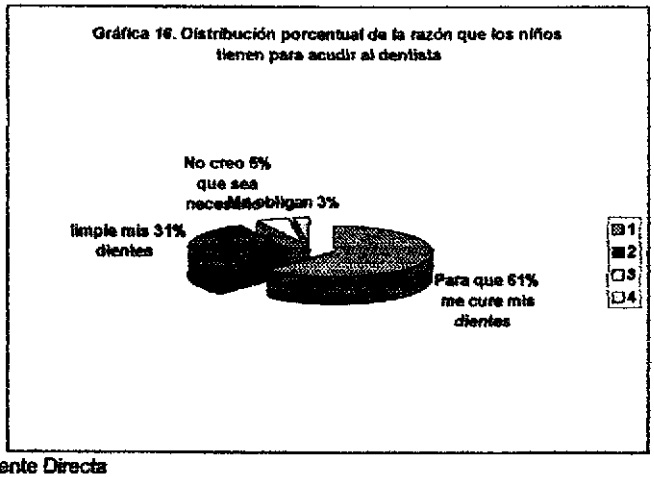
Fuente Directa

En cuánto a las razones de los niños para lavarse los dientes antes de dormir, 19 contestaron porque deben estar limpios, 1 porque mi mamá me regaña si no me los lavo, 16 respondió porque se me pican y 3 No sé. (Gráfica 15)



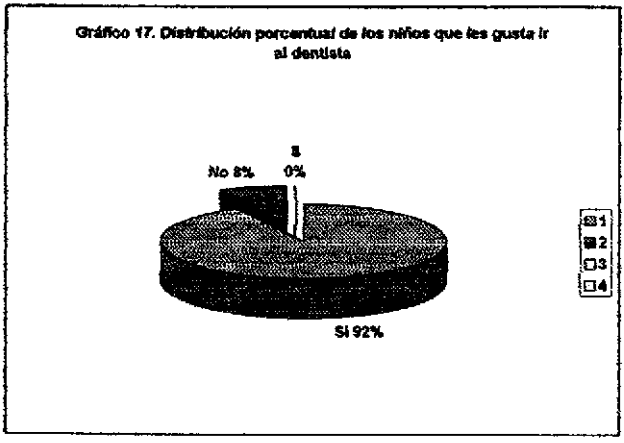
Fuente Directa

Razones de los niños para visitar al dentista, 24 respondió para que me cure mis dientes, 12 para que me limpie mis dientes, 2 no creo que sea necesario y 1 mis papás me obligan a ir. (Gráfica 16)



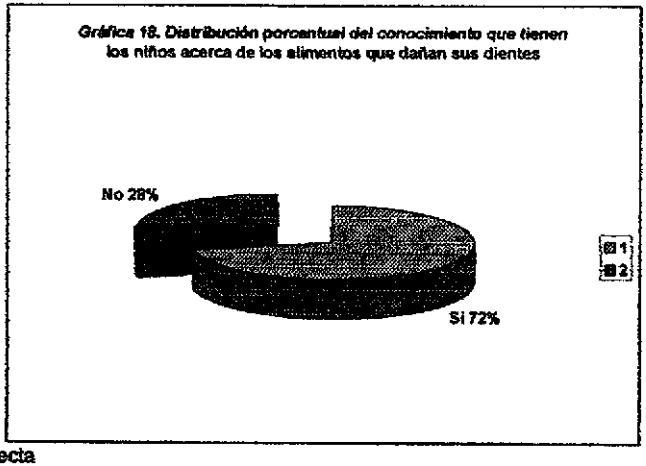
Fuente Directa

En cuánto al gusto de los niños por visitar al dentista, 36 niños contestaron si me gusta y 3 contestaron que no. (Gráfica 17)



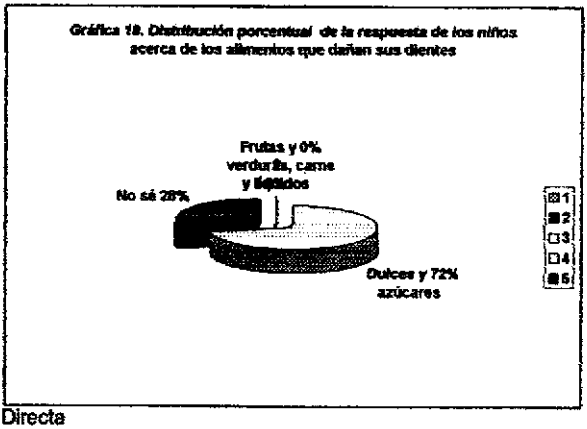
Fuente Directa

Referente al conocimiento que tienen los niños sobre los alimentos que dañan sus dientes, 28 contestaron si y 11 contestaron que no. (Gráfica 18)



Fuente Directa

En cuanto a las respuestas que dieron los niños de los alimentos que dañan sus dientes, 28 contestó dulces y azúcares y 11 respondió no sé. (Gráfica 19)



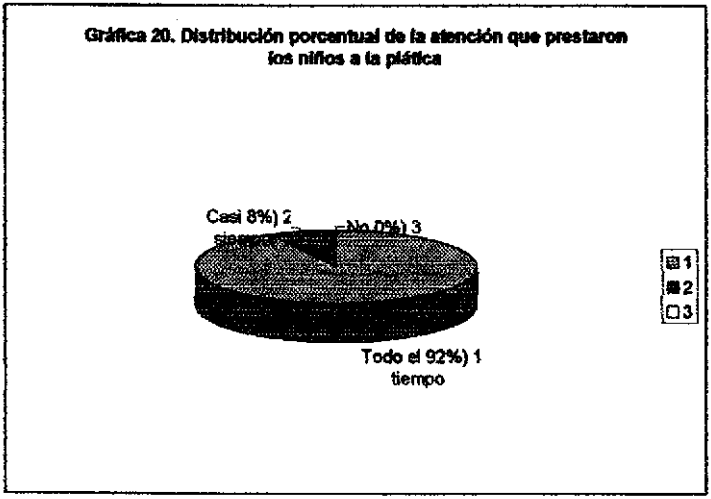
Fuente Directa

LA OBSERVACIÓN

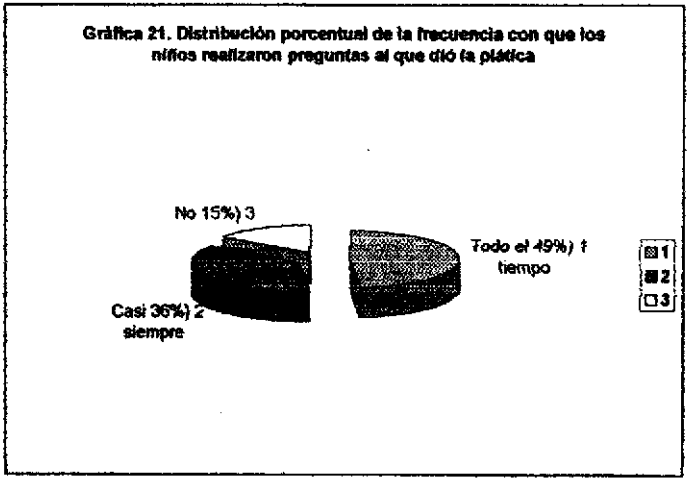
La técnica de observación se puede definir como la selección, el registro y la codificación de un conjunto de comportamientos de los individuos en un medio natural.

CHARLA	Frecuencia	%
Enunciado 1 Estuvieron los niños atentos a la plática		
Todo el tiempo	36	92%
Casi siempre	3	8%
No	0	0%
Enunciado 2 Realizaron preguntas al que dio la plática		
Todo el tiempo	19	49%
Casi siempre	14	36%
No	6	15%
Enunciado 3 Comprendieron el contenido de la plática		
Todo el tiempo	32	82%

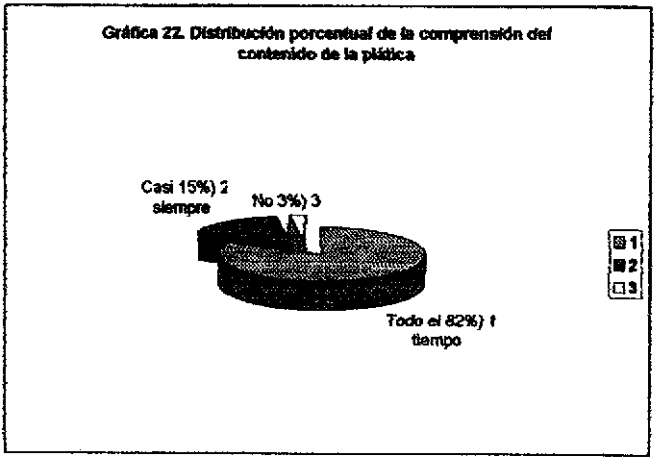
Casi siempre	6	15%
No	1	3%
Enunciado 4 Intervinieron los niños durante la plática		
Todo el tiempo	36	92%
Casi siempre	2	5%
No	1	3%
Enunciado 5 Lograron el aprendizaje los niños	Frecuencia	%
Todo el tiempo	36	92%
Casi siempre	2	5%
No	1	3%



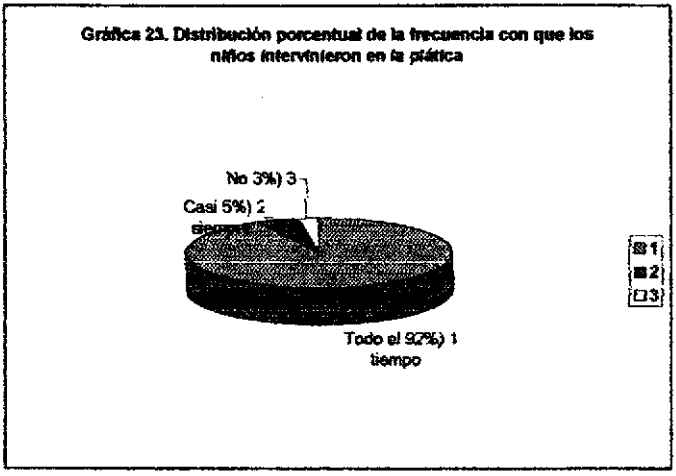
Fuente Directa



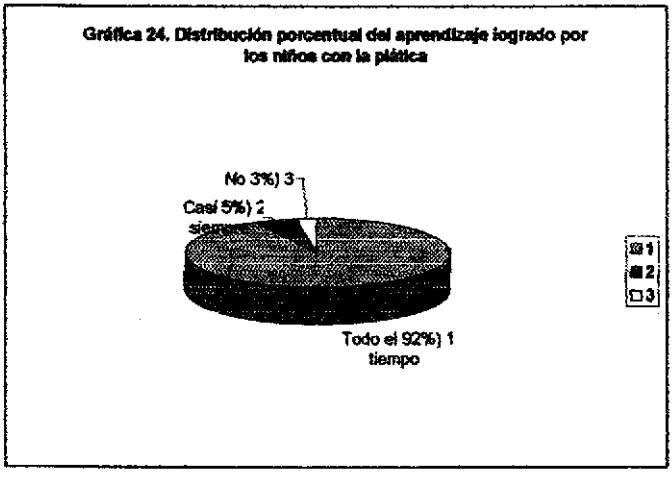
Fuente Directa



Fuente Directa



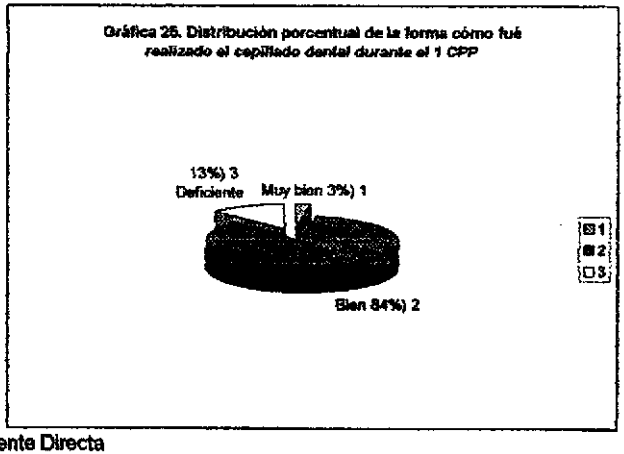
Fuente Directa



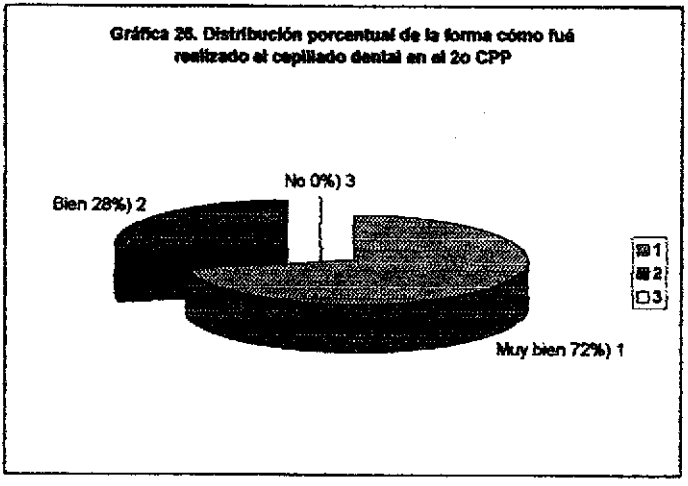
Fuente Directa

DEMOSTRACIÓN	FRECUENCIA	
ENUNCIADO 1 El cepillado dental fue realizado de forma.		
Muy bien	1 28	3% 72%
Bien	33 11	84% 28%
Deficiente	5 0	13% 0%
ENUNCIADO 2 La tendencia de aceptación para el cepillado estuvo.		
Muy bien 39		100%
Bien	0	0%
Deficiente	0	0%
ENUNCIADO 3 La atención hacia la técnica de cepillado estuvo.		
Muy bien	39	100%
Bien	0	0%
Deficiente	0	0%
ENUNCIADO 4 El manejo del cepillo se realizó.		
Muy bien	28	72%
Bien	11	28%
Deficiente	0	0%
ENUNCIADO 5 El tiempo realizado durante el proceso de cepillado fue.		
Muy bien	32	82%
Bien	7	18%
Deficiente	0	0%

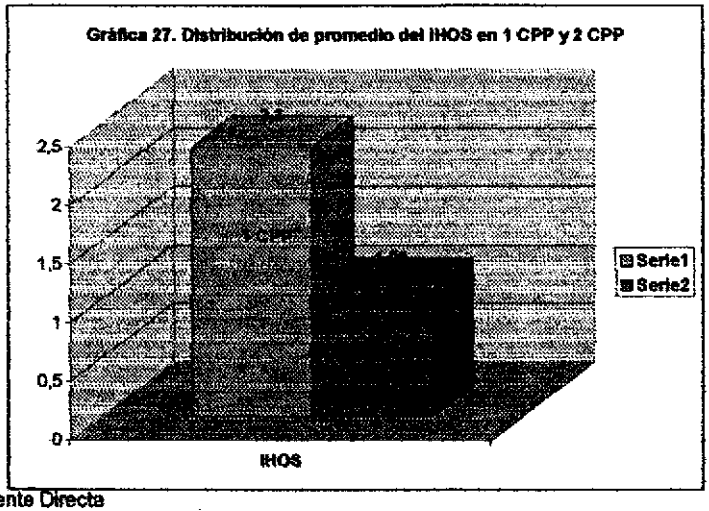
JUEGO (LOTERÍA)	FRECUENCIA	%
ENUNCIADO 1 Identificaron los enunciados con las imágenes		
Totalmente	23	59%
Parcialmente	14	36%
No	2	5%
ENUNCIADO 2 El tiempo de reconocimiento entre el enunciado y la imagen ¿Fue correcto?		
Totalmente	34	87%
Parcialmente	5	13%
No	0	0%
ENUNCIADO 3 Manifestaron gusto por las imágenes.		
Totalmente	39	100%
Parcialmente	0	0%
No	0	0%
ENUNCIADO 4 Les gustó el juego didáctico		
Totalmente	39	100%
Parcialmente	0	0%
No	0	0%
ENUNCIADO 5 Reforzó el juego el aprendizaje de educación bucodental		
Totalmente 39	39	100%
Parcialmente	0	0%
No	0	0%



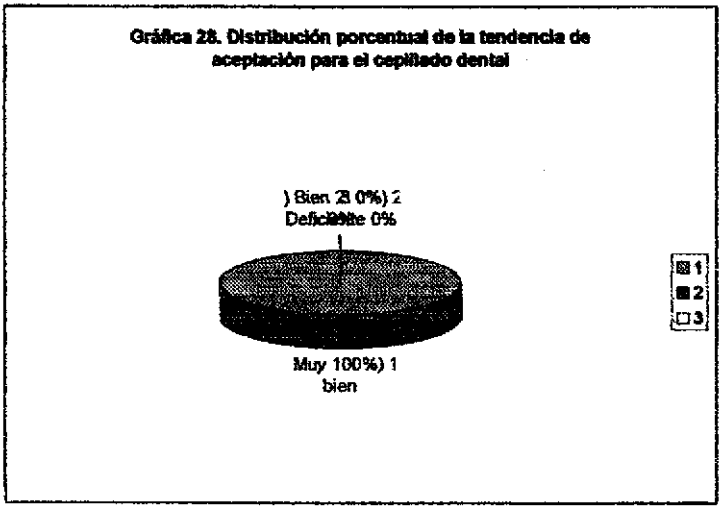
Fuente Directa



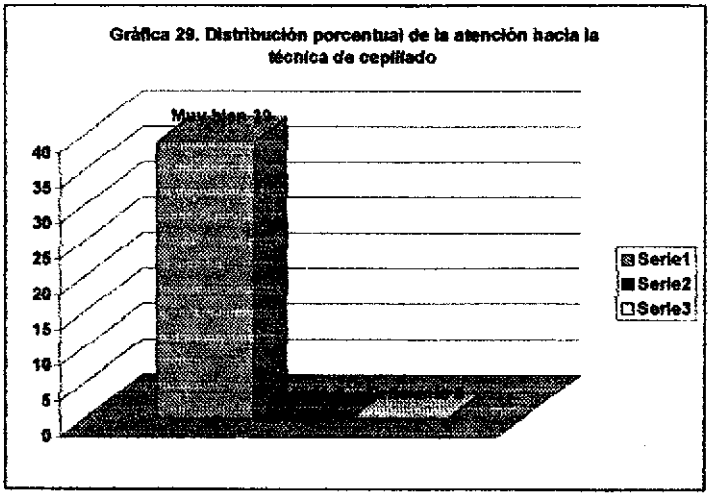
Fuente Directa



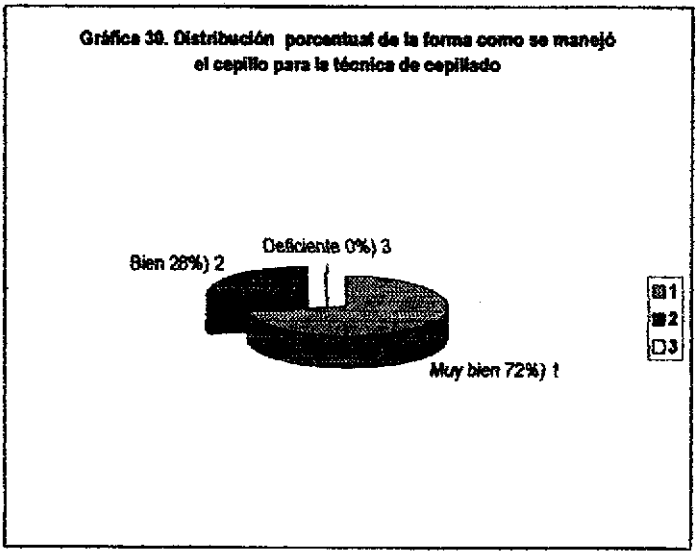
Fuente Directa



Fuente Directa

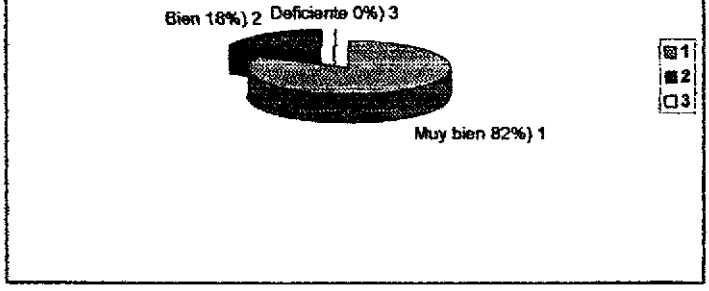


Fuente Directa



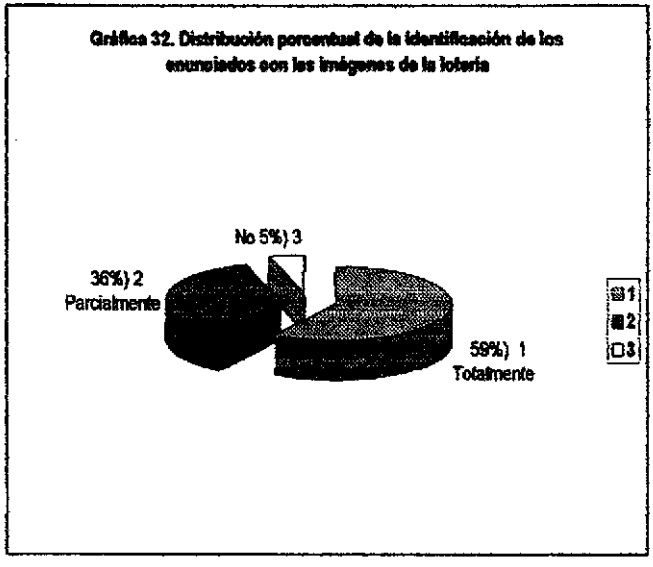
Fuente Directa

Gráfica 31. Distribución porcentual del tiempo cumplido durante el *proceso de cepillado*

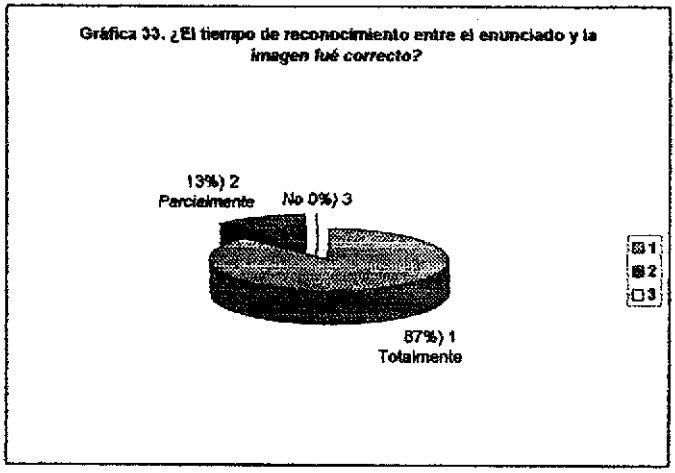


Fuente Directa

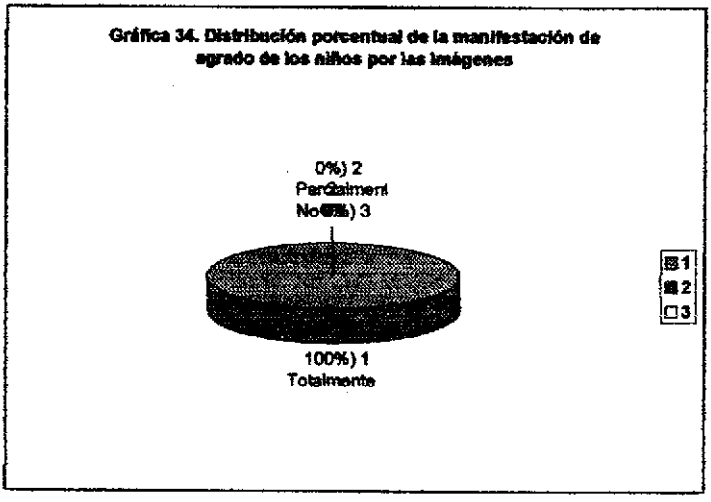
Gráfica 32. Distribución porcentual de la identificación de los encuestados con las imágenes de la lotería



Fuente Directa

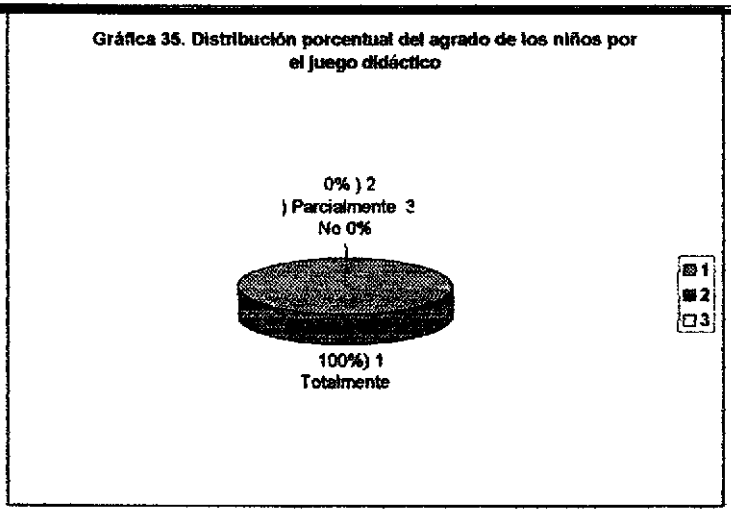


Fuente Directa



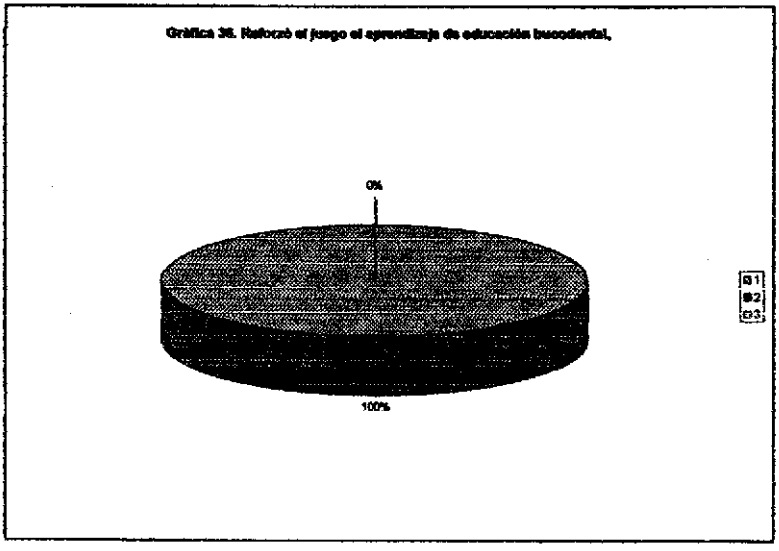
Fuente Directa

Gráfica 35. Distribución porcentual del agrado de los niños por el juego didáctico



Fuente Directa

Gráfica 36. Reforzó el juego el aprendizaje de educación bucodental,



Fuente Directa

9. CONCLUSIONES

Es muy importante el empleo de estrategias de comunicación en niños pequeños, con relaciòn a la promoción de la salud bucodental, porque a travès de estos recursos les permite comprender y preservar mejor el conocimiento impartido.

En todas las estrategias se lograron resultados favorables. Todos los niños participaron y cooperaron, mostrando entusiasmo en cada una de las dinàmicas. A travès de las estrategias utilizadas, se fortalecieron sus conocimientos y actitudes con el objetivo de que todos los niños supieran la importancia de tener una buena higiene bucal, en què consiste, què conlleva, y què repercusiones trae en realizarla inadecuadamente o no realizarla.

Aunque son niños pequeños, lograron obtener el aprendizaje con respecto al tema, debido a que se utilizò un lenguaje claro, sencillo y atractivo para el niño. Como segundo paso se aplicò la etapa de sensibilizaciòn a travès de la charla, donde por medio de ilustraciones y ayuda de un juego se atrajo la atención del niño. Posteriormente se llevò a cabo la parte pràctica, utilizando la estrategia de la demostración, en donde se puso a prueba si la información previamente impartida habìa quedado comprendida, mediante la aplicación de la tècnica de cepillado y la posterior evaluaciòn de la tècnica a travès del levantamiento del Indice de higiene oral simplificado, el cuàl tuvo un descenso significativo con respecto al primer levantamiento.

Por ùltimo se reforzò el conocimiento, por medio del juego de loterìa en donde se puso a prueba los conocimientos adquiridos sobre los distintos

temas que se trataron en el transcurso de las demàs estrategias, y se comprobó que el conocimiento impartido habia quedado comprendido.

Con lo anteriormente expuesto, se concluye que las estrategias de comunicación aplicadas a niños de 6 años son eficaces para la comprensión y cambio de actitud, con el objetivo de obtener una buena higiene bucodental.

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

1. Escudero,Yerena Teresa. La comunicación en la enseñanza, 2ª. Ediciòn, Trillas, Mèxico, 1990.
2. Martinez, Aceves Jaime et al. Dentista y paciente. Carma, México, 1998.
3. Zurro, A. Martín y Cano Pérez J.F. Atención Primaria Conceptos, Organización y Practica Clínica, 5ª. Edición, ELSEVIER, España, 2003.
4. Martinez, Aceves Jaime. Op cit.
5. Zurro, A. Martín y Cano Pèrez. Op cit.
6. Zurro, A. Martín y Cano Pèrez. Ibidem.
7. Arreguìn, J.L.M. Sistemas de comunicación y enseñanza. Trillas, Mèxico, 1991.
8. Martinez, Aceves Jaime.op cit.
9. Escudero, Yerena Teresa. Op cit.
10. Escudero, Yerena Ibidem.
11. Arreguìn, J.L.M. op cit.
12. Martinez, Aceves Jaime. Op cit.
13. Escudero, Yerena Teresa. Op cit.
14. Escudero, Yerena Teresa. Ibidem
15. Escudero Yerena Teresa. Ibidem.
16. Zurro, Martín y Cano Pèrez J.F. op cit.
17. Zurro, Martín y Cano Pèrez J.F. Ibidem.
18. O.P.S. Tècnicas para una estrategia de comunicación en salud, Organización Panamericana de la salud, Washington, D.C. 1985.
19. Sheldon, White, Notkin Bàrbara et al. La Psicologìa y tù niñez Caminos de Descubrimiento. Harla, México, 1980.
20. Novelo, Geraldine. Introducción al crecimiento y desarrollo del niño, Trillas, Mèxico, 1990.

21. Triana Rey. Piaget. www.monografias.com.1997.
22. Higashida Bertha. Odontología Preventiva. Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª. Edición, Mèxico, 2004.
23. PRECONC.Odontologìa Preventiva. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. Argentina, 1992.
24. PRECONC. Ibidem.
25. Higashida. Op cit.
26. Higashida. Ibidem.

11. BIBLIOGRAFÌA

1. Arreguìn, J.L.M. Sistemas de comunicación y enseñanza. Trillas, Mèxico, 1991.
2. Chaspeen, Joseph. Principios de Odontología Clìnica. El Manual Moderno, 1ª. Ediciòn, Mèxico, 1991
3. De Pola, Dominio. Odontología Preventiva. Mundi, 1ª. Ediciòn, Argentina, 1981.
4. Escudero, Yerena Teresa. La Comunicación en la Enseñanza. 2ª. Ediciòn, Trillas, Mèxico, 1990.
5. Fernàndez, Francisco A. Psicología Mèdica y Social. 5ª. Ediciòn, Salvat Editores, Barcelona, 1989.
6. Finn, Sydney B. Odontología Pediàtrica. Interamericana, 4ª. Ediciòn, Mèxico,1976.
7. Grajales, Coello Mariana. Tècnicas de Comunicación en salud. Departamento de Salud Pùblica, Facltad de Ciencias Mèdicas, 2004.
8. Higashida Bertha. Odontología Preventiva. Mc Graw-Hill Interamericana, 19. ediciòn, mèxico,2004.
9. Martìnez, Aceves Jaime et al. Dentista y Paciente. Carma, Mèxico, 1998.
10. Novelo, Geraldine. Introducción al crecimiento y Desarrollo del niño. Trillas, Mèxico, 1990
11. O.P.S. Tècnicas para una estrategia de Comunicación en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C, 1985
12. Palomino, Vallejo Hugo. Comunicación en Salud. www. Ilustrados.com, 2005.
13. PRECONC. Odontología Preventiva. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 1992.

14. Sheldon, White, Notkin Bàrbara et al. La psicologìa y tù niñez Caminos de descubrimiento. Haria, Mèxico, 1980.
15. Triana, Rey. Piaget.www.monografias. com, 1997.
16. Zurro, A. Martín y Cano Pèrez J.F. Atención Primaria Conceptos,
17. Organización y Prèctica clìnica, 5ª. Ediciòn, ELSEVIER, España, 2003.

ANEXOS

VNIVERSIDAD NACIONAL
AVTNOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD BUCAL

PROF. HEBERT ESTRADA MILLÁN
DIRECTOR
ESCUELA PRIMARIA "LÁZARO CÁRDENAS"
P R E S E N T E

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización, para que la pasante Laura Alicia Mariaca Suárez lleve a cabo un programa de Educación para la salud bucal, dirigido a los estudiantes de la escuela que usted tan dignamente dirige.

Los resultados obtenidos en este programa servirán como trabajo de tesis de la pasante antes mencionada.

Los estudiantes de la primaria serán los beneficiarios directos de dicho programa, proyectando las medidas preventivas hacia sus familias.

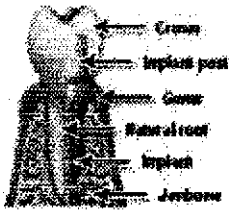
A t e n t a m e n t e

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 5 de septiembre del 2005

C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA

GOBIERNO DEL EDO. DE MEX.
S. E. I. E. M.
ESC. PRIMARIA VESP.
"GRAL. LAZARO CARDENAS"
C. T. 15DPR 1367
SUBDIRECC. DE EDUC.
EN NEZAHUALCOYOTL
ZONA 42 SECTOR 10
U. H. VALLE DE ARAGON
NEZAHUALCOYOTL MEX

Recibí original
07-09-05



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Folio
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre:_____ Edad Sexo M F

1. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?
1) 1 2) 2 3) 3 4) cada tercer día 5) Nunca

2. ¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?
1) Mamá 2) Papá 3) Hermano mayor 4) Otra persona

3. ¿Cuándo te cepillas los dientes?
1) Después de comer 2) Sólo en la mañana 3) Sólo en la noche 4) No me cepillo

4. ¿Tu ves cuando tus papas se cepillan?
1) Si 2) No 3) aveces 4) Ellos no me lo permiten

5. ¿Tus papas te revisan cómo te cepillas los dientes?
1) Si 2) No 3) aveces 4) Nunca me han revisado

6. ¿Crees que es importante que te laves los dientes?
1) Si 2) No

7. ¿Se enojan tus papas si no te lavas los dientes?
1) Si 2) No 3) aveces 4) No se dan cuenta

8. ¿Qué crees que les pase a tus dientes si no los lavas?
1) Se me pican 2) Están sucios y huelen mal 3) Se me caen 4) Nada

9. ¿Por qué te lavas los dientes?
1) Para tener mis dientes limpios 2) Para que no me huela feo la boca 3) Para que no me salgan caries 4) Porque mis papas me obligan

10. ¿Tu sabes que es la caries?
1) Si 2) No

11. ¿Qué crees que sea la caries?
1) Un gusano 2) Una enfermedad 3) Una mancha 4) No sé

12. ¿Te cepillas los dientes antes de dormir?
1) Si 2) No 3) Aveces 4) Nunca me cepillo en la noche

13. ¿Por qué crees que te debes lavar los dientes antes de dormir?
1) Porque deben estar limpios 2) porque mi mamá me regaña si no me los lavo
3) Porque si me pican 4) No sé

14. ¿Para qué crees que sea necesario que vayas al dentista?
1) Para que me cure mis dientes 2) Para que me limpie mis dientes 3) No creo que sea necesario 4) Mis papas me obligan a ir

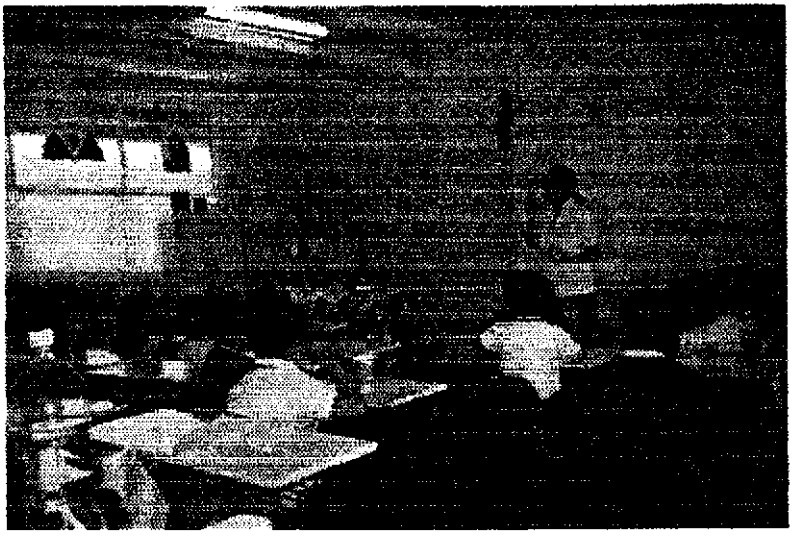
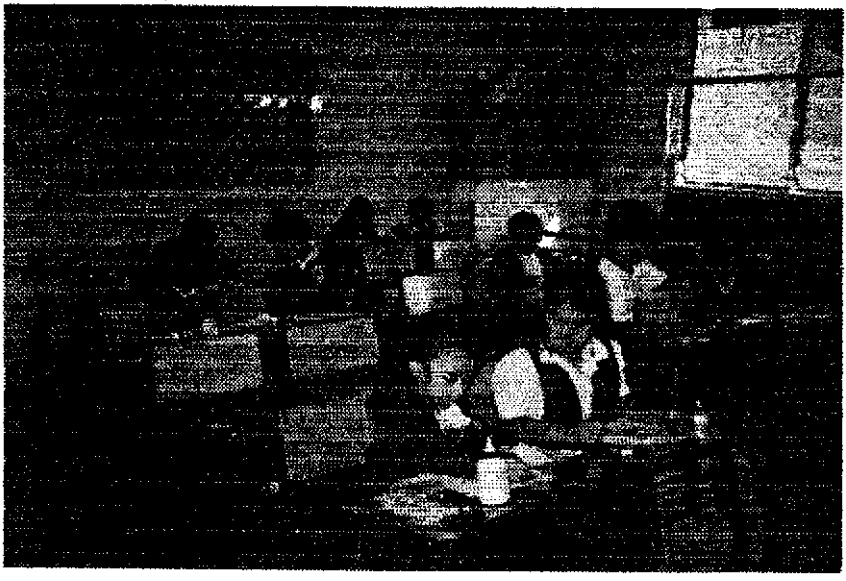
15. ¿Te gusta ir al dentista?
1) Si 2) No 3) Nunca he ido 4) No pero me obligan

16. ¿Conoces los alimentos que le hacen daño a tus dientes?
1) Si 2) No

17. ¿Sabes cuáles son?
1) Frutas y verduras 2) carne 3) Líquidos 4) Dulces y azúcares

IHOS

SUPERIOR		
16	**11**	**26**
INFERIOR		
46	**31**	**36**

SUPERIOR		
16	**11**	**26**
INFERIOR		
46	**31**	**36**

0) Limpio
1) No+ de 1/3 Sup. Dental
2) + 1/3
3) + 2/3