

Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Inocente-Díaz, María Elena; Pachas-Barrionuevo, Flor de María

Educación para la Salud en Odontología

Revista Estomatológica Herediana, vol. 22, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 232-241

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Educación para la Salud en Odontología

Inocente-Díaz ME¹, Pachas-Barriónuevo F². *Educación para la Salud en Odontología. Rev Estomatol Herediana.* 2012 Oct-Dic;22(4):232-41.

RESUMEN.

La Educación para la Salud (EpS) es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia, continúa a lo largo de nuestra vida y promueve el desarrollo de prácticas saludables. En la actualidad es considerada una herramienta fundamental para lograr las estrategias que plantea la Promoción de la Salud. Educar en salud implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual por medio de la aplicación de diversas metodologías, teorías y modelos adecuados a la realidad o contexto en el que deseamos aplicarlos.

La EpS en Odontología es una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje que conducen a mejorar y mantener la salud bucal. Se sabe que las enfermedades de mayor prevalencia en odontología son la caries dental y la enfermedad periodontal, pero otros problemas que no debemos dejar de lado son el cáncer bucal y los traumatismos dento-faciales. Por tanto, temas como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención a estos problemas, deben ser parte de los mensajes de salud. En esta revisión de literatura se revisa información y se reportan diversas experiencias nacionales e internacionales sobre programas de intervención en educación para la salud bucal, algunas con éxito, otras no; pero todas con un objetivo fundamental: mejorar las condiciones de salud de la población en distintos contextos y realidades sociales.

Palabras Clave: EDUCACIÓN, SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN EN SALUD.

Education for Health in Dentistry: a review of literature

ABSTRACT

Education for Health (EpS) is a continuous learning process which begins at infancy, continuous throughout our lives and promotes the development of health practices. Nowadays it is considered as an important tool to achieve the strategies stated by Health Promotion. But to educate in health implies to generate a conduct change thru messages which promote the control of conduct type risk factors by means of applying diverse methodologies, theories and models adapted to the reality or context in which we wish to apply it to.

The EpS in Dentistry is a combination of experiences of teaching-learning which lead to improve and maintain oral health. It is well known that the diseases of greater prevalence in dentistry are dental caries and periodontal disease, but other problems that we should not forget are oral cancer and dentofacial traumatism. Therefore, topics such as oral hygiene, adequate eating habits, the use of fluoride and other prevention measures for these problems, must be part of the health messages. This literature revision compiles available information on education on oral health, some with success, others not; but all with a fundamental objective: improve the health conditions of the health population in different contexts and social realities.

Key Words: EDUCATION, HEALTH, HEALTH PROMOTION, HEALTH EDUCATION

Introducción

El Perú es considerado uno de los países más pobres de América Latina. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el Perú cuenta con un porcentaje de pobreza del 34,8%, lo cual muestra un panorama alarmante de necesidades (1).

La pobreza está directamente ligada a la salud y a la educación; por

ello, la educación es una vía importante para romper el círculo de la pobreza y así lograr que las personas puedan tener un mayor acceso a una salud de calidad y a una cultura en salud. En nuestro país es fundamental educar para mejorar los niveles de salud (2).

El presente artículo es una revisión bibliográfica sobre la Educación para la Salud (EpS), espe-

cíficamente en odontología cuyo objetivo es ser una guía para el odontólogo, que éste pueda reconocer su importancia y trascendencia en el mejoramiento de la salud de la población y asimismo haga uso de las diversas estrategias metodológicas y tópicos con el fin de generar un cambio en la conducta del individuo y de la comunidad.

María Elena Inocente-Díaz¹

Flor de María Pachas-Barriónuevo²

¹ Cirujano-Dentista, Egresada de la Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú.

² Docente Asociada, Departamento Académico de Odontología Social. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú.

Correspondencia:

María Elena Inocente-Díaz
Jr. La Puntualidad 8004 - Urb. Pro-Lima 39
Lima - Perú.
Teléfono: 511-5400362 / 97571 9673
E-mail: maria.elena.id@hotmail.com

Definición de Educación

La educación es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano. Se inicia en el nacimiento y es la familia (unidad básica de la sociedad) su primera fuente de aprendizaje. Posteriormente, será su entorno biopsicosocial quien lo determine. Pero la educación no sólo implica la transmisión de mensajes necesarios para la vida del hombre por parte de un docente o del medio biopsicosocial; por el contrario, es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en éste último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición (3).

Definición de Salud

La Organización Mundial de la salud (OMS) viene definiendo a la salud desde 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (4). Este estado no es estático ya que podemos pasar del bienestar al malestar con bastante frecuencia y está influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, históricos, geográficos, etc. (5). Para alcanzar la salud, es necesario el ejercicio de prácticas saludables, las cuales sólo serán posibles de adquirir a través de la educación (4).

¿Qué es Educación para la Salud?

La Educación para la Salud (EpS) es una función social ya que contribuye a la conservación del grupo humano y desarrollo de la sociedad (6). Según Arce y Zamora es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia al momento

de nacer, se extiende durante toda la vida y lleva a la persona a cuidar y valorar su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria, evitando situaciones y comportamientos de riesgo (5). Pero como la EpS es una intervención social y su arma fundamental es la modificación de la conducta, no se genera un cambio imponiéndolo, por el contrario, presupone el conocimiento de la cultura de la comunidad o población objetivo (partiendo desde una concepción multicultural, de respeto y tolerancia hacia el otro) y la determinación de sus intereses. En otras palabras, primero se tiene que establecer un “diagnóstico educativo” (diagnóstico de la comunidad) para poder determinar cuáles son las necesidades reales de enseñanza que presenta la población y poder seleccionar los métodos, medios y procedimientos más eficaces para llegar a ese grupo humano determinado (Fig.1).



Fig. 1. Estudiante del Internado Rural de la Facultad de Estomatología de la UPCH realizando una encuesta como parte del diagnóstico situacional de una comunidad.

Principios de la Educación para la Salud

Son cuatro los principios básicos que deben servir de guía para

la acción del personal de salud(6): 1) Los receptores de la EpS no son pasivos, sino sujetos activos en la relación educativa. 2) La EpS no es una simple transmisión de información científica, sino una auténtica intervención en la cultura de los individuos ya que incide en sus conocimientos, valores y comportamientos. 3) La EpS forma parte de la dinámica cultural, 4) Se debe modificar el prejuicio que comúnmente se presenta en el personal de salud al creer que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población (que no tienen sustento científico) representan un obstáculo en la intervención educativa.

Teorías y modelos

La EpS cuenta con diversas teorías y modelos que pueden ser usados como estrategias para modificar comportamientos en salud no deseados. Se entiende como teoría a “una serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos” (7). En la EpS existen las siguientes teorías: de las necesidades, cognitiva-social, de difusión de innovaciones, de etapas o estados de cambio (8,9).

Por otra parte, un modelo es “un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo”(7). Los más reconocidos en EpS son: el modelo de creencias en salud, KAP o de comunicación persuasiva, democrática-participativo y de investigación-acción, de las contingencias situacionales, precede-procede (9,10).

Metodología aplicada

Se ha señalado anteriormente que la EpS ayuda a las personas a tomar decisiones juiciosas acerca de su salud y de la calidad de vida de su comunidad. Para ello, la informa-

ción que se brinda debe ser concisa y presentada de manera comprensible, debe llamar la atención de la audiencia, motivarla y fomentar su participación, generando así mayor conciencia sobre los problemas de salud a los que se enfrenta (11). Es decir, tenemos que hacer uso de una “metodología participativa”, entendiéndose ésta como un “proceso educativo basado en la interacción y reflexión que conlleve al cambio, al mejoramiento consciente de las condiciones de vida”. La EpS, por tal motivo, cuenta con diversos métodos para llegar a la población, algunos de los cuales se tienen que emplear si queremos aplicar una “metodología participativa” (12).

La OMS clasifica estos métodos en dos grandes grupos en base a la relación que se establece entre el educador y el educando (13): I) Los métodos bidireccionales, son aquellos en los que existe un intercambio activo entre el educador y el educando. Por ejemplo, en la educación individual: el diálogo; en la educación grupal: la discusión grupal. II) Los métodos unidireccionales, el receptor del mensaje no tiene la posibilidad de discutir o solicitar aclaraciones sobre el contenido. Por ejemplo: un mensaje de salud bucal transmitido por los medios masivos de comunicación (radio, televisión, periódicos, etc.).

Por otro lado, González nos habla sobre la propuesta de Salleras, quien plantea otra clasificación organizando los métodos en dos grandes grupos: directos e indirectos, en base a la relación de cercanía o distancia en tiempo y/o espacio entre el educador y el educando (13).

En los métodos directos, existe un contacto directo entre el educador y el educando a través del diá-

logo. Esta comunicación puede ser bidireccional, empleada en la educación individual o grupal con o sin apoyo de medios auxiliares audiovisuales (Fig.2).

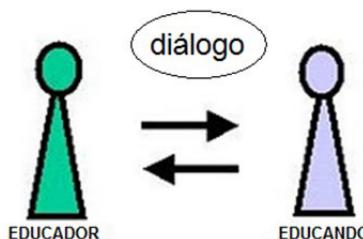


Fig. 2 Relación entre el educador y el educando en los métodos directos.

Dentro de estos métodos se encuentra: el diálogo, clase, charla o conferencia, grupos de discusión, lluvia de ideas, demostraciones, lecturas-discusión, videos-discusión, estudios de caso, foros-cassette, socio-dramas, teatro, talleres, juegos, narración de fábulas y cuentos (Fig.3 y 4) (9,13).



Fig. 3 Estudiantes de 5to año de Estomatología de la UPCH planificando y dramatizando un socio-drama.



Fig. 4 Grupo de discusión. Tomado de: Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud: Principios y métodos, 1992.

En los métodos indirectos, existe una distancia en tiempo y/o espacio entre el educador y el educando y se hace uso de la palabra hablada, escrita o la imagen a través de algún medio técnico (medio de comunicación). Se utilizan para transmitir información a un gran número de personas. Sin embargo, para Smyth y Fernández, debido a que no existe un intercambio de información en estos métodos, tienen poca capacidad de modificar conductas. Estos métodos son: el cartel, folletos, la radio, televisión, periódicos, cine, internet, danzas, fotografías, canciones, proverbios, franelógrafo, rotafolio, exposición y marionetas o títeres (6,9).

Niveles de acción

Existen tres diferentes niveles de acción de la EpS (13, 14): 1) El nivel masivo, intervención utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas de la población en general. 2) El nivel grupal, intervención dirigida a grupos homogéneos de personas para abordar determinados problemas o aspectos de su salud. González propone algunos grupos homogéneos prioritarios como el grupo materno-infantil, niños, adolescentes, pacientes especiales, etc. 3) Y finalmente, el nivel individual, donde la intervención es dirigida sólo a una persona para abordar un problema o aspecto determinado de su salud.

Campos de acción

La EpS cuenta con seis campos de acción: la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo, el consultorio y las universidades (6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18).

Se educa en salud a la familia, considerando la edad de cada uno de los miembros, ya que tienen ne-

cesidades educativas diferentes de acuerdo a las distintas etapas de su vida (en la familia podemos encontrar niños, adolescente, adultos, embarazadas y adultos mayores) (9).

Por otro lado, para algunos autores, la escuela es el ambiente perfecto para educar en salud, debido a que los estudiantes son niños y adolescentes, que atraviesan etapas en las que la adopción de nuevos comportamientos son más fáciles. Ellos tienen gran capacidad de asimilación y no han adquirido aún hábitos inadecuados o los tienen en poca cantidad (9,13,15). Para educar en salud en la escuela, no es necesario que existan asignaturas en las que sólo se toquen temas de salud, ya que éstos pueden ser abordados transversalmente incluyendo sus contenidos en las distintas materias que integran el currículum escolar (11). Otra manera de educar en salud en la escuela es a través de Programas de EpS y de Escuelas Promotoras de Salud (9,16,17).

En la comunidad, las agrupaciones de vecinos, líderes de la comunidad, medios de comunicación, centros de salud y consultorios particulares a través de los programas de salud participan para inculcar hábitos positivos, motivar el abandono de conductas nocivas e incentivar a los pobladores a participar activamente en la toma de decisiones que afecten a la salud de su comunidad (6,9).

El trabajo es otro ambiente que se encuentra íntimamente relacionado con la salud, no solo porque mediante esta actividad las personas logran acceder a una serie de situaciones favorables para el mantenimiento de un buen estado de salud, sino también porque el ambiente de trabajo puede influir en la salud de las personas. Por ello, es razonable que en el medio laboral

surjan programas de EpS relacionados directamente con los métodos de prevención frente a los riesgos del trabajo, pero también programas para cuidar mejor la salud en general de los trabajadores (por ejemplo: programas de detección precoz del cáncer, control de la hipertensión, lucha anti-tabaco, etc.) (11,13).

En el consultorio, diariamente el personal de salud (médicos, odontólogos, enfermeros, etc.) al explicar a cada paciente los cuidados que debe tener para su salud, las medidas preventivas frente a diferentes enfermedades o los alimentos adecuados para una dieta saludable, está educando a la población. En otras palabras, los profesionales en sus consultas privadas son también “educadores sanitarios activos” (9).

Finalmente, también se puede incorporar la temática de la EpS al ámbito académico o universitario con la finalidad de que los estudiantes valoren el cuidado de su salud y se fortalezca la participación de todos los miembros de la comunidad universitaria en la construcción social de salud. Ejemplos de aplicación de la EpS en este campo son las “Universidades Saludables” (18).

Educación para la Salud en Odontología

Es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza-aprendizaje diseñada para propiciar acciones voluntarias que conducan a la salud bucal. Lleva a la persona a cuidar y valorar sus estructuras bucales mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando situaciones y comportamientos de riesgo (5,19).

La Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

(UPCH), en su programa curricular, plantea veintiún competencias en salud pública que los estudiantes de pregrado deben adquirir en su proceso de formación. Dentro de ellas, destaca la quinta competencia: “promover la salud general y la salud bucal a través de la educación”(20). Además, a lo largo de la carrera de Estomatología, se recibe una formación multidisciplinaria e interdisciplinaria donde el estudiante desarrolla capacidades y habilidades para llevar mensajes de salud y así educar en forma integral a la población con el propósito de que ésta tome conciencia de su salud.

¿Qué enseñar en salud bucal?

Los temas a enseñar deben estar en función a un diagnóstico previo de la población a la que nos vamos a dirigir. Esto nos servirá para conocer las necesidades de salud bucal específicas de ese grupo humano. Además, es importante contar con los recursos adecuados (humanos, financieros y de equipamiento) para poder realizar el proyecto educativo (19).

Los temas para educar en salud bucal pueden ser diversos, pero algunos autores los enmarcan en la prevención de cuatro problemas fundamentales: caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y traumatismos dento-faciales (19).

Experiencias y programas de intervención en Educación para la Salud Bucal.

A nivel internacional:

En África central, Palestein y col. (1989) realizaron una evaluación de la efectividad de un programa de educación en salud bucal en escuelas primarias de Morogoro (Tanzania). Inicialmente, se efectuó un taller-seminario sobre salud

bucal dirigido a profesores de cuarto grado de primaria de 19 escuelas. Cuatro de ellas fueron seleccionadas como grupo experimental y otras cuatro, cuyos profesores nunca participaron de las sesiones educativas, como grupo control. Era de suponer, que con la educación en salud impartida por los profesores, los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos iban a mejorar. Sin embargo, los valores de placa bacteriana de los estudiantes en el examen clínico inicial y en los exámenes de seguimiento posteriores (3, 8, 15 y 36 meses) no fueron significativamente diferentes tanto en el grupo experimental como en el grupo control. El índice CPOD en el examen inicial fue de 0.4 y tres años después fue de 0.9 tanto en las escuelas experimentales como en las escuelas control. Estos resultados se pueden explicar probablemente debido a que los profesores no fomentaron el desarrollo de habilidades necesarias en sus alumnos para realizar un adecuado cepillado dental (21).

Posteriormente, Petersen de 1998 al 2001 en Wuhan (República Popular China), evaluó el efecto de un programa de educación en salud bucal dirigido a niños de primer grado de primaria de cinco escuelas (3 experimentales y dos controles). Se organizaron workshops para los profesores con el fin de entrenarlos en conocimientos básicos de salud bucal y se les instruyó en el uso de un manual especial que orientaba cómo incluir la salud bucal dentro de las clases y comprendía una serie de métodos novedosos para enseñar en salud. Los profesores transmitieron sus conocimientos a los alumnos a través de sus clases, supervisaron la higiene bucal de los niños, fomentaron el cepilla-

do dos veces al día con el uso de pasta dental fluorada e incentivaron que los padres de familia estén presentes durante la instrucción de higiene bucal de sus hijos. Además, se entregó a las escuelas material educativo y se incluyeron sesiones de educación en salud bucal dentro del currículum escolar. Luego de la aplicación de este programa por tres años, no se observó ninguna diferencia en los valores del CPOD de los niños de las escuelas experimentales y de las escuelas control. Sin embargo, en los primeros sí se notó un aumento del componente obturado, una disminución del sangrado gingival y la adopción de comportamientos saludables tales como: cepillado constante, visitas regulares al dentista, uso de pasta dental fluorada y menor consumo de alimentos azucarados (22).

Otro caso interesante es el de Yazdani y col., quienes en Irán el año 2005 realizaron un estudio para evaluar los efectos de una intervención educativa escolar aplicada a adolescentes de 15 años de edad (n=417) cuyo objetivo fue mejorar la limpieza bucal y salud gingival. Se seleccionó al azar 14 escuelas públicas de la ciudad de Tehran. Los estudiantes se dividieron en tres grupos: el grupo que utilizó folletos como método didáctico, el grupo que hizo uso de videos y finalmente el grupo control. Antes de aplicar el programa educativo se realizó un examen clínico a los estudiantes registrando la cantidad de placa dental (limpieza) y sangrado gingival (salud gingival) a través de los índices apropiados para cada caso. La intervención estuvo basada en la exposición de distintos temas sobre salud bucal a los estudiantes a través de folletos o videos especialmente diseñados para el estudio. Ambas herramientas con-

taban con el mismo contenido, se incluyeron temas como: la importancia de la salud bucal, el rol de la placa bacteriana, la frecuencia y los métodos apropiados para el cepillado y el uso del hilo dental, la importancia de una visita regular al dentista, la dieta saludable y el uso adecuado de fluoruros. El grupo de folletos y el de videos recibieron en dos oportunidades el material didáctico (al inicio y seis semanas después de la intervención). Mientras que el grupo control se sometió solo a exámenes dentales, pero a ninguna intervención educativa. Este estudio se evaluó en base a la mejoría de la limpieza dental y salud gingival de los grupos de intervención en comparación con el grupo control. En el examen clínico inicial, todos los estudiantes presentaron placa dental y un 93% de ellos, sangrado gingival en por lo menos una de las piezas del índice gingival. El 84% de los estudiantes del grupo de folletos, el 77% del grupo de videos y el 41% del grupo control incrementaron su limpieza dental. Un aumento de la salud gingival se notó en un 79% de los estudiantes de ambos grupos de intervención y en un 47% del grupo control. Los autores finalmente concluyen que, a través de técnicas como las empleadas, fáciles de organizar y de bajo costo, pueden ser efectivas las intervenciones escolares que buscan incrementar la limpieza dental y salud gingival de los adolescentes (23).

Cuba, es otro de los países en donde se aplica programas de EpS. Así por ejemplo, Silva y col. (2007) realizaron un proyecto educativo aplicado a un grupo de niños de 5 a 10 años de edad y a sus padres con el objetivo de evaluar conocimientos sobre hábitos bucales deformantes antes y después de la

aplicación de una estrategia educativa. Se seleccionó una muestra de 207 niños de ambos sexos con práctica de hábitos bucales deformantes que asistieron a la consulta de Ortodoncia de un policlínico de la ciudad de Consolidación del Sur. Se aplicó una encuesta inicial a los padres para determinar el nivel de conocimientos que tenían sobre el tema. Luego, se dividió a todo el grupo de trabajo en 10 subgrupos y se realizaron talleres y discusiones en los que se tocaban temas como: prevención de hábitos bucales deformantes, tipos de hábitos, consecuencias que éstos traen, anomalías dento-maxilofaciales, corrección de los hábitos y otros aspectos importantes como el cepillado, su frecuencia e importancia, la caries dental y su prevención. A las cuatro semanas, se realizó una segunda evaluación (encuesta a niños y sus padres) para determinar el grado de conocimiento de los temas impartidos, obteniéndose como resultado que de un total de 162 padres que asistieron a las sesiones educativas, en la encuesta inicial sólo un 20% conocía el tema, en cambio en la encuesta final un 92% tuvo una evaluación satisfactoria. Además, una vez ejecutada la intervención, se observó que un 84,5% de los niños abandonó su hábito bucal deformante. Las estrategias de EpS aplicadas en este programa (grupos de discusión y talleres) en los que se abordó el tema de hábitos bucales deformantes, resultaron efectivas para la muestra seleccionada, logrando aumentar los conocimientos de los padres y de sus hijos en el tema, disminuyendo así los hábitos en los niños (24).

Un año más tarde (2008), en Caracas -Venezuela- se publicó un estudio realizado por Dávila y Muñica en el que se aplicó un programa

educativo a 85 estudiantes de primer y segundo grado de primaria de una institución educativa del estado de Lara, se compararon los conocimientos de los estudiantes sobre salud bucal antes y después de la ejecución de la intervención educativa. Inicialmente se aplicó un cuestionario a los estudiantes para determinar sus conocimientos sobre las enfermedades bucales y sus medidas de prevención, y en base a los resultados se diseño y aplicó el programa educativo. Se utilizaron estrategias metodológicas como juegos, simulaciones, demostraciones, videos, charlas y dibujos. Al finalizar la intervención educativa, se observó que si al inicio un 68% de los estudiantes presentó un nivel de conocimientos malo sobre conceptos de salud bucal, luego de la aplicación del programa un 66% de los escolares reportó un conocimiento bueno. Por último, se puede decir que el diseño del programa educativo que se aplicó en el estudio, facilitó el aprendizaje sobre la identificación de las enfermedades de la cavidad bucal y sus medidas preventivas en los escolares (25).

En el Perú:

Desde 1999 la Organización No Gubernamental (ONG) EDUVIDA viene desarrollando el programa “Salud bucal con buen trato”, el cual nace de la unión de dos programas “Salud bucal preventivo promocional” y “buen trato infantil”. “Salud bucal con buen trato” trabaja actualmente con 103 instituciones educativas del nivel inicial y primario de los distritos de San Juan de Lurigancho, El Agustino y Rímac, capacitando a sus alumnos para que enseñen a sus familiares buenas prácticas de higiene bucal con buen trato entre las personas, fomentando la participación de los

profesores y padres de familia comprometidos en mantener los buenos hábitos de los niños y de la comunidad; participando además psicólogos y odontólogos que trabajan en conjunto para transmitir mensajes de salud a la población (26).

En la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH):

- En el años 2005 durante la asignatura Odontología Social II, los profesores y estudiantes del tercer año de la Facultad de Estomatología de la UPCH organizaron un programa de promoción y prevención de la salud bucal en cuatro instituciones educativas de Zapallal. El programa comprendió la capacitación de 70 profesores y 158 vigías escolares en temas de promoción de la salud en general y salud bucal. Se convocó a un “concurso de ambientación de aulas sobre salud bucal” cuyo premio a la mejor aula ambientada era un gallardete de la UPCH, reforzándose así la participación y creatividad de los tutores, vigías y alumnos. De un total de 79 tutores de las cuatro instituciones educativas, participó el 98% con sus respectivas aulas y 97% de los 158 vigías escolares. Los resultados mostraron que se elaboraron periódicos murales de salud en el 96% de las aulas, se creó el “rincón del aseo” (cepilleros) en el 93% de aulas, el 87% decoraron sus paredes con temas de salud, el 85% emplearon dinámicas educativas: canciones, títeres, acrósticos, juegos, etc. El 95% de docentes y un 91% de vigías escolares tuvieron un manejo adecuado de conocimientos, actitudes y prácticas en salud integral y bucal.

Con ello, se observó que la estrategia de capacitación aplicada fue efectiva para crear acciones de promoción de la salud bucal desde la escuela (27).

- El 2006 Bernabé y col. evaluaron la efectividad de las actividades de campo realizadas por estudiantes de Estomatología de las promociones del 2002 al 2006 como parte de los cursos de Odontología social III, IV y V. Estas actividades preventivo-promocionales se aplicaron en comunidades urbano-marginales de Sol Naciente (Carabayllo) a un grupo de 179 niños entre 6 y 14 años de edad (al inicio de la intervención) y a 112 niños a los 18 meses de haber comenzado el trabajo. De agosto del 2004 a diciembre del 2005, los alumnos universitarios asistieron a las comunidades una vez por semana para realizar sesiones educativas a padres de familia con material informativo elaborado por ellos mismos (rotafolios y trípticos). La educación en salud bucal incluía cuatro grandes temas: hábitos alimenticios, hábitos de higiene, visitas regulares al dentista y el uso de fluoruros. Las actividades de prevención se basaron en un “paquete básico de atención odontológica” (PBAO) el cual incluía una demostración de la técnica correcta de cepillado dental, eliminación de placa blanda a través de la instrucción de higiene bucal, eliminación de placa calcificada por medio del destartraje, aplicación de flúor y sellantes en molares permanentes recién erupcionadas, así como restauraciones con ionómero de vidrio mediante la técnica ART en molares permanentes con lesiones de caries. A los 18 meses, se apreció un mínimo aumento en la pre-

valencia de caries dental. Además, se encontró que la proporción de niños con buena higiene bucal fue significativamente mayor que al inicio. Con esto se demostró que el trabajo de campo realizado por los alumnos de Estomatología fue efectivo en el control de caries dental y en el aumento de los niveles de higiene bucal de los niños de 6 a 14 años de edad en las comunidades urbano-marginales de Carabayllo (28).

- La Facultad de Estomatología de la UPCH realiza también EpS en todos sus Departamentos Académicos. El año 2009, con motivo del 40 aniversario de la Facultad, se organizó un seminario sobre “Educación para la salud como medio de prevención”, en el que se expuso cómo se desarrollan estas experiencias educativas en la formación del estudiante. El Departamento Académico de Clínica del Adulto (DACE) hizo énfasis que educaba en salud al paciente adulto, cuando los alumnos efectuaban: la instrucción de higiene bucal (antes de la profilaxis dental), la presentación de caso al paciente (se le brinda una pequeña consejería en caso de encontrar algún hábito nocivo de riesgo), la instalación de prótesis (se instruye sobre la limpieza de éstas). El Departamento Académico de Estomatología del Niño y del Adolescente (DAENA), señaló que educaba en salud a niños y a sus padres a través de charlas dos veces por semana (a cargo de los pre docentes), actividades de los alumnos como: consejo dietético en base al riesgo estomatológico del paciente, instrucciones de higiene bucal (antes de las profilaxis), educación a la madre del infante (tríptico y demostración de

higiene de la boca del bebé). En el Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial (DAMCIBUM), los alumnos orientan a los pacientes a través de: indicaciones post-exodoncia, la presentación de caso al paciente (consejería sobre hábitos nocivos como consumo de: tabaco, alcohol; el uso racional de medicamentos o consejerías sobre alguna enfermedad como VIH). El Departamento de Odontología Social, aplica la EpS en grupos poblacionales cuando los alumnos realizan programas de promoción y prevención en salud bucal en comunidades urbano-marginales y rurales, cuando pone en práctica metodologías de participación-acción en la elaboración de material educativo y cuando participan en el desarrollo de proyectos de intervención extra curriculares como el caso del Proyecto Iris (Intervención Rural de Investigación y Saneamiento) o al promover escuelas saludables o desarrollar promoción y prevención de la salud bucal en infantes, etc. (29).

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos:

- Gutiérrez y col. el año 2007 realizaron un estudio cuasi experimental-comparativo para comprobar la eficacia de dos tipos de métodos didácticos, uno tradicional (expositivo por experto) y otro innovador (lúdico: juego de reglas Dentoplay) en las actitudes de niños de 8 y 9 años para la preservación de su salud bucal. El estudio fue realizado en una Institución Educativa Nacional de Nivel Primario del distrito de San Martín de Porres. La población fue de 70 niños que se dividieron en dos grupos

(A y B) de 35 niños cada uno. Al grupo A se le asignó el método didáctico expositivo por experto utilizando una maqueta gigante de maxilares superior e inferior y un rotafolio, mientras que al grupo B se le aplicó el método didáctico juego de reglas Dentoplay. Una ficha de evaluación fue aplicada a los niños al inicio y término de la intervención para el control del aprendizaje. En ambos grupos se desarrollaron los temas por igual y se midió la actitud de los niños hacia su salud bucal en base a los siguientes elementos: cognitivo (conocimientos y creencias), afectivo (sentimientos y preferencias), volitivo (acciones manifiestas: participación, atención y concentración) y el control de la higiene bucal. Con respecto a la higiene bucal, se observó que el porcentaje de niños con mala higiene (al inicio del estudio) tanto del grupo A como del grupo B disminuyó notoriamente luego de la aplicación de los métodos señalados, siendo mayor esta diferencia en el grupo de niños que empleó el método lúdico. Además, sólo en el grupo B, al término del estudio se apreció un porcentaje de niños con buena higiene bucal (8,82%). Por otro lado, tanto en el grupo A como en el grupo B las variables cognitivas comparando el antes y el después fueron de regular a bueno y las variables afectivas en el grupo A fueron de no favorable a poco favorable, mientras que en el grupo B fueron de medianamente favorable y favorable a muy favorable. Finalmente, ambos métodos permitieron incrementar el grado de conocimientos en los niños, pero sus sentimientos y preferencias hacia la salud bucal (componente afectivo) se inclinaron hacia el método lúdico. Se concluyó que el

método lúdico (juego Dentoplay) fue una herramienta muy útil para transmitir mensajes de salud bucal y así lograr el desarrollo de actitudes positivas en los niños (30).

Conclusiones

1. La EpS es una función social, contribuye a la conservación del grupo humano haciendo que la persona cuide y valore su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de comportamientos saludables.
2. Los receptores del mensaje de salud son personas activas, con capacidad de intervención en el proceso de aprendizaje, pero a su vez, con características propias de su población, lo cual enriquece las metodologías de enseñanza ya que éstas se tienen que adaptar a las realidades y contextos diferentes.
3. Todas las teorías y modelos de EpS son importantes. Podemos hacer uso de combinaciones de ellas para llegar de mejor manera a nuestra población objetivo y lograr el fin deseado.
4. El éxito de una sesión de EpS depende de: la identificación del educador con la población, la habilidad de éste para combinar una variedad de métodos y la motivación de las personas como respuesta a esto.
5. La EpS no se limita al salón de aulas, podemos educar desde el lugar en el que nos encontramos: ambiente familiar, escuela, comunidad, trabajo, consultorio, universidad etc., ya que el hombre está constantemente en actividad y en continuo proceso de enseñanza-aprendizaje.
6. La EpS debe generar un empoderamiento social, de tal manera que la población sea consciente de la situación en la que se encuentra y sea la principal gestora de cambios.
7. La EpS en Odontología, en países en vías de desarrollo como el nuestro es fundamental, debido a la alta incidencia de enfermedades en la cavidad bucal entre las que resalta la caries dental y la enfermedad periodontal. Su objetivo debe ser disminuir los factores de riesgo de tipo conductual.
8. Estudios de investigación han demostrado que programas educativos en salud bucal sólo son exitosos si éstos van acompañados de programas preventivos promocionales.
9. La EpS en Odontología contribuye de manera favorable en la formación profesional de los estudiantes universitarios, ya que refuerza sus conocimientos sobre salud bucal, los ayuda a comprender la realidad del otro y a desarrollar actitudes de comunicación para llegar a los demás; logrando alcanzar con ello, las competencias que todo odontólogo debe de tener.

Referencias Bibliográficas

1. Coordinadora Nacional de Radio. INEI: Pobreza disminuyó a 34.8% en el 2009 (Internet). Lima: Coordinadora Nacional de Radio; 2010. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.cnr.org.pe/nota.shtml?x=3584>.
2. Consiglio E, editor. Pobreza, salud y educación (Internet). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007 (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: http://revistaeconomia.puj.edu.co/html/articulos/Numero_5/Art._No._7.pdf.
3. Dueñas J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas.

- Rev Cubana Educ Med Sup. 1999;13(1):92-8.
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes (Internet). Ginebra: OMS; 2011. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.
 5. Arce M, Zamora A. Guía metodológica para educar en salud. Primera edición. Lima: Asociación Kallpa; 2001.
 6. Espinoza JR, editor. Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas. Primera edición. Managua: Acción Médica Cristiana; 2002.
 7. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (Internet). Madrid. Real Academia española. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
 8. Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud (Internet). Lima; 2005. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.
 9. Smyth E, Fernández C. Educación para la salud. Principios, métodos y aplicaciones en salud oral. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Santo Domingo: SESPAS; 2005. p. 452-69.
 10. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. Rev Educ y Des. 2004;1:43-8.
 11. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OPS/OMS; 1989.
 12. Kroeger A, Luna R, compiladores. Atención primaria de salud. Principios y métodos. 2da edición. México DF: Editorial Pax México; 1992.
 13. González A. La promoción de la salud. Su implicación en odontología. En: Rioboo R, editor. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Madrid: Avances Médico Dentales; 2002. p. 1299-1319.
 14. Redondo P. Introducción a la Educación para la Salud (Internet). San José: Universidad de Costa Rica; 2004 (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.
 15. Ministerio de Salud. Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud (Internet). Lima: Ministerio de Salud; 2006 (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/guiadegestion.pdf>.
 16. Ministerio de Salud. Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas – escuelas saludables (Internet). Lima: Ministerio de Salud; 2005 (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/006.pdf>
 17. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario (Internet). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
 18. Ministerio de Salud. Promoviendo Universidades Saludables (Internet). Lima: Ministerio de Salud; 2010. (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/promovUniverSaludables.pdf>.
 19. Harris N, Horowitz A. Promoción de la salud oral en las escuelas. En: Harris N, García-Godoy F. Odontología preventiva primaria. Madrid: Manual Moderno; 2005. p. 371-400.
 20. Bernabé E, Bernal J, Beltrán-Neira R. A model of dental public health teaching at the undergraduate level in Peru. J Dent Educ. 2006;70(8):875-83.
 21. Van Palenstein WH, Munchk L, Van't Hof MA, Mrema FG. Effect evaluation of an oral health education programme in primary schools in Tanzania. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25:296-300.
 22. Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. Int Dent J. 2004;54(1):33-41.
 23. Yazdani R, Vehkalahti M, Nouri M, Murtomaa H. School-based education to improve oral cleanliness and gingival health in adolescents in Tehran, Iran. Int J Paediatr Dent. 2009;19:274-81.
 24. Silva A, Díaz A, Trujillo B, Trujillo P, Hernández A. Educación para la salud en niños con hábitos bucales deformantes. Rev Ciencias Médicas. 2009;13(2):25-31.
 25. Dávila ME, Mujica M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontol Venez. 2008;46(3):250-54.
 26. Eduvida. El Programa “Salud bucal con buen trato reanuda actividades” (Internet). Lima: Eduvida; 2010 (Citado 11 de mayo del 2011). Disponible en: <http://www.eduvida.org/>
 27. García C, Chumpitaz R, Pachas F, García C, Ibáñez A, Carrón N. Diagnóstico de los principales problemas de salud que afectan a los escolares de las instituciones educativas de Zapallal en un marco de escuelas salu-

- dables. Lima, Perú: XV Jornada Científica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
28. Bernabé E, Sánchez-Borjas P, Delgado-Angulo E. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: Resultados después de 18 meses. Rev Med Hered. 2006;17(3):170-6.
29. Chávez P, Flores G, Pachas F, Acosta J. Educación para la salud como medio de prevención. Lima, Perú: Congreso de Especialidades Estomatológicas - Jornada Internacional de Educación Odontológica - Master Challenge; 10-14 noviembre del 2009.
30. Gutiérrez M, Ortiz L, Albino J, et al. Eficacia de dos métodos didácticos en la actitud del niño para la preservación de su salud bucal. Odontol Sanmarquina. 2007;10(2):8-11.