



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

---



**“ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE  
LA SALUD ORAL EN PACIENTES ADULTOS DE LA CLÍNICA DENTAL  
CUBANA – SEDE CHICLAYO, EN EL AÑO 2012”**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
CIENCIAS CON MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E  
INVESTIGACIÓN EDUCATIVA**

**AUTOR:**

**C. D. MIGUEL ÁNGEL ARÁMBULO CULQUI**

**ASESOR:**

**DR. WALTER CAMPOS UGAZ**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2018**

**“ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA  
SALUD ORAL EN PACIENTES ADULTOS DE LA CLÍNICA DENTAL CUBANA –  
SEDE CHICLAYO, EN EL AÑO 2012”**

**PRESENTADO POR:**

---

**C. D. MIGUEL ÁNGEL ARÁMBULO CULQUI**

**AUTOR**

---

**DR. WALTER CAMPOS UGAZ**

**ASESOR**

**APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR:**

---

**DR. ALFONSO HEREDIA DELGADO**

**PRESIDENTE**

---

**DRA. BLANCA FALLA ALDANA**

**SECRETARIA**

---

**M. SC. SEGUNDO ULCO ANHUAMAN**

**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A mis hijos Claudia y Miguel, hacen que cada esfuerzo y sacrificio tenga una motivación muy especial solo recompensado con las muestras de cariño y amor que me regalan.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Identificar las deficiencias en conocimientos y hábitos relacionados con la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana para elaborar un programa educativo.

**METODOLOGÍA:** Investigación fue cuantitativa descriptiva propositiva, muestreo no probabilístico por conveniencia, población muestral 137 pacientes, periodo de estudio: junio-agosto 2012. Técnicas de recolección examen oral y la encuesta. Instrumentos de recolección Índice de higiene oral simplificado (OHI-S), Índice dientes carieados, perdidos y obturados (CPOD) y cuestionario.

**RESULTADOS:** El nivel de conocimientos fue en su mayoría parcialmente adecuado tanto en higiene oral (86.86%), alimentación (82.48%), calidad de vida (71,53%), como asistencia profesional (46.71%). El nivel de hábitos (con excepción de la calidad de vida) fue predominantemente inadecuado en higiene oral (50.36%), alimentación (68.61%), asistencia profesional (62.77%). 31.38% de la muestra presentaron un índice de higiene oral malo, 68.61% índice de higiene oral regular, el índice CPOD es muy alto en un 100%.

**CONCLUSIONES:** Existe deficiencias en conocimientos y hábitos en prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral. La elaboración del programa educativo es necesario para incrementar el nivel de conocimientos y desarrollar hábitos saludables que permitan mejorar los índices de higiene oral y CPOD. No es suficiente aumentar la oferta de servicios de salud, sino además inculcar la cultura de salud dirigida a informar conductas preventivas.

**PALABRAS CLAVES:** Educación para la salud, conocimientos, hábitos, salud oral, programa educativo.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To identify the deficiencies in knowledge and habits related to the prevention of oral diseases and oral health promotion of the adults attended in the Cuban Dental Clinic to develop an educational program. **METHODOLOGY:** Research was descriptive, quantitative, non-probabilistic sampling for convenience, sample population 137 patients, study period: June-August 2012. Techniques of oral examination and survey. Collection instruments Simplified oral hygiene index (OHI-S), Carious, lost and filled teeth index (DMFT) and questionnaire. **RESULTS:** The level of knowledge was mostly partially adequate in oral hygiene (86.86%), nutrition (82.48%), quality of life (71.53%), and professional assistance (46.71%). The level of habits (with the exception of quality of life) was predominantly inadequate in oral hygiene (50.36%), nutrition (68.61%), professional assistance (62.77%). 31.38% of the sample presented a bad oral hygiene index, 68.61% regular oral hygiene index, the COPD index is very high in 100%. **CONCLUSIONS:** There are deficiencies in knowledge and habits in the prevention of oral diseases and oral health promotion. The elaboration of the educative program is necessary to increase the level of knowledge and to develop healthy habits that allow to improve the oral hygiene indexes and DMFT. It is not enough to increase the supply of health services, but also to inculcate the health culture aimed at informing preventive behaviors. **KEY WORDS:** Education for health, knowledge, habits, oral health, educational program.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: Características de la investigación.....	15
1.1 Descripción contextual.....	15
1.2 Tendencias sobre las investigaciones de nuestro objeto de estudio.....	18
1.3 Metodología .....	22
CAPÍTULO II: Base teórica de la investigación.....	26
2.1 Prevención de las enfermedades.....	26
2.1.1 Clasificaciones sobre los niveles de prevención.....	26
2.1.1.1 Modelo clínico.....	27
2.1.1.2 Modelo organizativo.....	28
2.1.1.3 Modelo funcional.....	28
2.2 Prevención primaria.....	28
2.3 Promoción de la salud.....	30
2.3.1 Carta de Ottawa.....	34
2.3.2 Declaración de Yakarta.....	35
2.3.3 Carta de Bangkok.....	36
2.4 Educación para la Salud.....	36
2.5 Educación de personas adultas.....	40

2.6 Conocimientos y hábitos.....	41
CAPÍTULO III: Productos de la investigación.....	43
3.1 Resultados.....	43
Gráfico 1: Conocimientos.....	43
Gráfico 2: Hábitos.....	44
Gráfico 3: Comparación entre conocimientos y hábitos respecto a la higiene oral.....	45
Gráfico 4: Comparación entre conocimientos y hábitos respecto a la alimentación.....	46
Gráfico 5: Comparación entre conocimientos y hábitos respecto a la calidad de vida.....	47
Gráfico 6: Comparación entre conocimientos y hábitos respecto a la asistencia profesional.....	48
Tabla 1: Índice IHO-simplificado.....	49
Tabla 2: Índice COPD.....	49
3.2 Discusión .....	51
3.3 Presentación de la propuesta: Programa educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo”.....	54
Conclusiones.....	62
Recomendaciones y Sugerencias.....	63
Referencia bibliográfica.....	64
ANEXOS.....	69

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, con repercusiones económicas, laborales, sociales y políticas de interés mundial. Comprender la relevancia de intervenir en la prevención y promoción de estas enfermedades y el compromiso que deben asumir todos los actores sociales es cada vez más importante.

Entre las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades bucodentales, las cuales representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad y tienen efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados, realidad muchas veces subestimados en las familias, comunidades y la sociedad en general.

El deterioro del aparato masticatorio agrava el problema de desnutrición. Según Rojas y Misrachi (2004), “la boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales. La boca provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito... La fonación, la alimentación, el gusto, el habla, la respiración y la afectividad se desarrollan en el ser humano, permitiéndole el autoreconocimiento y autoestima, y su integración con la familia, con la comunidad más próxima y con el entorno social en que se desarrolla, pudiendo por tanto su condición favorecer o no las posibilidades de crecimiento social y del logro de sus proyectos de vida.”

Las estrategias de abordaje a esta problemática de las distintas organizaciones con responsabilidad política están dirigidas a sensibilizar acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas, crear ambientes saludables, especialmente para las

poblaciones pobres y desfavorecidas, atenuar y corregir las tendencias de los factores de riesgos comunes de las enfermedades crónicas, como las dietas malsanas y la inactividad física; y prevenir la discapacidad evitable que causan las principales enfermedades crónicas.

En este marco, el Perú, está realizando una serie de esfuerzos, para superar entre otros problemas, las enfermedades bucodentales. Según Secretaría técnica del acuerdo nacional (2004), “a partir de la firma del Acuerdo Nacional (AN) el 22 de julio del 2002, donde intervinieron los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, se definió 29 políticas de Estado dirigido a alcanzar cuatro grandes objetivos: Democracia y estado de derecho; equidad y justicia social; competitividad del país; Estado eficiente, transparente y descentralizado”. Cada uno con compromisos relacionados a la salud de la población.

El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud en el año 2006, trabajo concertado de 65 líneas de acción a desarrollar en salud en el periodo de gobierno 2006-2011, suscrito por las direcciones políticas de 16 partidos políticos, fue entregado para su ejecución al Ministerio de Salud y para su seguimiento a la Defensoría del Pueblo, al Acuerdo Nacional y a Foro Salud. Este documento junto al Acuerdo Nacional y los 8 objetivos de la Declaración del Milenio (Documento adoptado en la Cumbre del Milenio, New York, del 6 al 8 de septiembre del año 2000. Antecedente importante para el avance de la promoción de la salud a nivel mundial), son los antecedentes de la construcción del Plan Nacional Concertado de Salud, sostenido

en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud. (Gobierno del Perú. Ministerio de Salud, 2007).

Este documento oficial, Plan Nacional Concertado de Salud (Gobierno del Perú. Ministerio de Salud, 2007), aprobado bajo Resolución Ministerial el 20 de julio del 2007 siendo Ministro de Salud el Dr. Oncólogo Carlos Santiago Vallejos Sologuren, divide sus objetivos en tres dimensiones:

- Objetivos Sanitarios Nacionales 2007-2020, siendo el objetivo 11: Mejorar la Salud Bucal (Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal).
- Objetivos del Sistema de Salud 2007-2011, siendo el objetivo 8: Participación Ciudadana (Crear las condiciones en el Sistema de salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos).
- Objetivos de los Determinantes de la Salud, siendo el objetivo 7: Educación

Objetivo estratégico: Desarrollar una Política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud, (estilos de vida y entornos saludables) intrasectorial, con una participación activa de la Sociedad en general.

Todas las estrategias de Estado, estrategias de Gobierno Central, Gobierno Regional, Municipalidades, Partidos Políticos, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Colegio Odontológico del Perú, Sociedad Civil, etc., necesitan de personal profesional capacitado.

“El 60% de Cirujanos Dentistas están concentrados en Lima y el 40% distribuido en el resto del país. Sólo 1800 Cirujanos Dentistas están vinculados a MINSA y otros 1000 a ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Policiales y las Fuerzas Armadas y la mayoría a la práctica privada.” (Declaración del Decano del Colegio Odontológico del Perú en Radio Nacional el jueves 27 de enero 2011)

Las empresas privadas dedicadas a la salud bucodental congregan un porcentaje sustancial de profesionales, logrando acaparar un porcentaje importante de las atenciones en salud bucodental. Esta realidad nos lleva a dirigir nuestros esfuerzos en diseñar un programa educativo de acuerdo al contexto, es decir, observar las necesidades de la población, objetivos con criterios epidemiológicos, como lo enmarca la Educación para la Salud.

Entre las instituciones privadas se encuentra la Clínica Dental Cubana, sede Chiclayo, que atiende a una población diversificada, de distintas localidades regionales, nacionales e internacionales, así como también de distintos estratos socio-económicos.

En esta institución se observa permanentemente en los pacientes adultos una alta incidencia de enfermedades bucodentales como gingivitis, periodontitis, caries dental, edentulismo, entre otras. Estas enfermedades son originados mayormente por la higiene oral deficiente, conocimiento limitado de irritantes orales, hábitos paranormales, dieta malsana, escasa educación en salud oral, etc., lo que evidencia que las estrategias de promoción de salud oral no son suficientes.

**Problema de investigación:** ¿Cuáles son las deficiencias en conocimientos y hábitos relacionados con la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana para elaborar un programa educativo?

**Objeto de investigación:** Las estrategias educativas para la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral.

**Objetivo general:** Identificar las deficiencias en conocimientos y hábitos relacionados con la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana para elaborar un programa educativo.

**Objetivos específicos:**

- Identificar el índice de higiene oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012.
- Identificar el índice COPD (dientes cariados, obturados y perdidos) de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre promoción de la salud oral y prevención de enfermedades orales en los adultos atendidos en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012.

- Identificar hábitos relacionados con la salud oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012.

**Hipótesis de la investigación:** Si, se identifica las deficiencias en conocimientos y hábitos relacionados con la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo, entonces, se elaborará el programa educativo.

El estudio se justifica porque los problemas de salud deben ser abarcados a partir de educar a la población de manera continua, enfatizando la responsabilidad social de las instituciones que conglomeran conocimiento especializado.

Con el Programa Educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo”, se busca consolidar un instrumento que sirva para desarrollar hábitos de la población adulta, sobre el papel de la salud bucal como aporte a la salud general, dentro de un ambiente clínico privado y en un contexto laboral y económico inherente.

Concientizar a la población en la atención precoz y sostenimiento de la salud bucal garantizará la salud en general, presente y futura, e influenciará a quienes rodea. De esta manera la actividad del Cirujano Dentista trascenderá más allá de su práctica profesional, constituyéndose en la célula generadora de bienestar con repercusiones positivas en lo personal, social, económico y cultural.

Adoptamos la definición dada por la OMS (1986) sobre educación para la salud, como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo

alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

Es decir, el proceso de educar es un proceso de socialización y desarrollo tendente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales. Y en el caso particular de la educación para la salud, supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los que son saludables.

El aporte teórico de la investigación es el Programa Educativo que podrá ser replicado en otras instituciones públicas y privadas lo que conlleva que la población mejore sus hábitos con respecto a la salud oral.

El informe consta de tres capítulos, Capítulo I: Características de la investigación, en el Capítulo II: se presentan las Base teórica de la investigación y en el tercer Capítulo III: se presentan los Productos de la investigación. Finalmente se arriban a las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

## **CAPITULO I**

### **CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCION CONTEXTUAL**

El territorio peruano ubicado en la parte occidental e intertropical de América de Sur se compone de paisajes diversos: valles, altiplanos y cumbres desde la costa desértica a la Amazonía, con gran diversidad biológica y de recursos minerales. La nación peruana es multiétnica formada por la combinación de diferentes grupos, principalmente en los últimos cinco siglos. En las distintas etapas de la historia del Perú la composición étnica ha ido variando, observándose un continuo retroceso de la proporción amerindia debido a múltiples factores socioeconómicos, socioculturales, controles de natalidad, altas tasas de mortandad, exclusión, etc. El país tiende a un mestizaje generalizado lento de todos los segmentos étnicos iniciado desde los inicios de la etapa colonial hasta nuestros días. (Producciones Cantabrias S.A.C., 2009)

En el Perú, el sistema educativo tiene tres niveles básicos: la educación inicial, que opcionalmente puede empezarse a los dos años, pero generalmente, a los tres; la educación primaria que dura seis años, con un maestro para cada salón generalmente, y la educación secundaria de cinco años, donde se da la polidocencia. La educación superior se puede realizar en universidades, institutos superiores, tecnológicos, pedagógicos, etc.

Los penosos resultados obtenidos por la educación peruana –tanto pública como privada- en las pruebas del informe PISA del año 2000, hicieron que no participara en las de los informes 2003 y 2006. Lamentablemente los resultados tras su vuelta en el año 2009, comparativamente con otros países, incluidos algunos de la región, han sido desastrosos. Estas mismas pruebas muestran diferencias en los rendimientos, cuyos promedios podrían estar ocultando las diferencias económicas, sociales y culturales que existen en el país. En el informe del año 2015 los resultados mejoraron, pero permanece en los últimos lugares. (Gobierno del Perú. Ministerio de Educación, 2017)

La sociedad peruana ha estado signada por la crisis de gobernabilidad y el marcado debilitamiento institucional con serios problemas estructurales en su economía, caracterizado en los años ochenta por la hiperinflación y la pérdida progresiva de la capacidad productiva del país y en los años noventa caracterizados por la aplicación de medidas económicas ortodoxas orientadas al control de la inflación y a la liberación de los mercados hasta el año 1997, luego del cual entró en una persistente recesión que ha comenzado a revertirse desde el año 2002. (Producciones Cantabrias S.A.C., 2009)

El País ha desarrollado en el largo plazo un patrón de crecimiento de economía abierta, que modificó las actividades económicas más rentables, pero que no ha generado capacidades suficientes que favorezcan un crecimiento sostenido de las inversiones, del empleo y ha provocado una movilidad ocupacional y geográfica muy intensa, que ha contribuido a la informalidad. De esta forma, no se genera el crecimiento del empleo productivo a niveles similares al crecimiento de la población.

Por todo ello, el rostro social del Perú de hoy es el de una población básicamente urbana, joven, subempleada y pobre. En las periferias de las ciudades y comunidades dispersas en las áreas rurales de la sierra y de la selva se concentran bolsones de pobreza y postergación. El sector salud no está al margen del contexto descrito.

La situación de la salud del Perú es muy heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel socioeconómico, problemas de exclusión, educación y condiciones de vida.

El Departamento de Lambayeque mostró gran dinamismo en los últimos años, llegando a cifras de crecimiento económico superiores al 10% en el 2007 y posicionando su aporte al PBI nacional en 3,44% debido al aumento de la exportación que sufre la costa norte peruana y el despegue de su agroindustria, minería, industria manufacturada, construcción, proyectos de regadío, carreteras, aeropuertos, puertos, turismo y hotelería. (Gobierno de Lambayeque. Plan de Desarrollo Regional Concertado de Lambayeque 2011-2012 [PDRC], p. 81).

En Lambayeque, la cobertura del servicio de salud en la región alcanza un 66,7%, estableciendo como indicador importante en temas de salud el tipo de seguro de salud al que accede la población; según provincia y sexo, la población con mayor cobertura de seguro de salud es la provincia de Ferreñafe, mientras que en Chiclayo tiene la menor cobertura. Pero en las tres provincias es la mujer la que goza de un mayor nivel de cobertura, sobre todo en Lambayeque y Ferreñafe (PDRC, p. 81).

Según Organización Mundial de la Salud (2007), el 60%-90% de los escolares de todo el mundo tiene caries dental y que las enfermedades periodontales graves,

que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos en edad madura, variando la incidencia según la región geográfica.

La Clínica Dental Cubana, sede Chiclayo, ubicado en la Av. Bolognesi 759 Chiclayo, promueve servicios odontológicos integrales contribuyendo a resolver problemas de salud bucal. La atención está dirigida a la asistencia de pacientes de los diferentes estratos socioeconómicos, contribuyendo desde la odontología a la inclusión social. Es desde este centro de salud donde se desarrolló los instrumentos de recolección de datos para la investigación a los pacientes adultos que cumplieron con los criterios de inclusión.

## **1.2 TENDENCIAS SOBRE LAS INVESTIGACIONES DE NUESTRO OBJETO DE ESTUDIO**

En el ámbito educativo, ha prevalecido por décadas la concepción médico - asistencialista, que concibe a la Educación para la Salud como un área del conocimiento asociada casi exclusivamente a las ciencias naturales en la que se proponían informaciones inherentes al cuidado de la salud y la manera de preservarla. Esta relación con el campo del conocimiento de las ciencias naturales respondía a un paradigma de salud basado en un modelo biologista (Costa y Coy, 2000), en el que además prevalecía la interpretación de salud - enfermedad como entidades contrapuestas; y el logro de la salud era entendido como un bien individual. Como consecuencia de ello, el abordaje y estudio de todo lo patológico debía seguir los pasos del método clínico.

El modelo pedagógico transversal en Educación para la Salud es un modelo horizontal, contextualizado y participativo (Costa y Coy, 2000), donde el campo de injerencia se amplía más allá del conocimiento de aspectos médico-sanitarios, a las realidades y dificultades cotidianas de carácter social, económico, cultural y geográfico que condicionan la vida de las personas. Así entendida la Educación para la Salud propone un acercamiento a la comprensión de los factores de riesgo individual y comunitario a los que los individuos están expuestos, a fin de generar en ellos conciencia de su existencia.

A partir de la propuesta de transversalidad, la salud adquiere una nueva dimensión, más relacionada con la realidad de la persona y por ende más respetuosa de sus necesidades y de sus creencias. Esta modificación significó un cambio epistemológico profundo en la interpretación del objeto de conocimiento por cuanto integró a la salud al conjunto de las manifestaciones humanas; ello implicó además, un cambio en la interpretación del origen de la enfermedad, variando de la unicausalidad a la compleja multicausalidad (Gobierno del Perú. Ministerio de Salud, 2005).

Con el Modelo Pragmático o Multifactorial asumido por la O.M.S. en 1997, la promoción de la salud influye sobre el individuo y el medio ambiente. Utiliza el Modelo Persuasivo-Motivacional (psicologista actitudinal), que parte de la base de la intervención a través de la comunicación persuasiva: Modelo K.A.P.(Knowledge, Attitudes, Practices), la motivación y las contingencias situacionales (La interacción entre actitudes y contingencias situacionales es lo que determinaría el comportamiento), adoptando simultáneamente las aportaciones del Modelo Político-Económico-Ecológico (sociologista ambientalista) para intervenir sobre los

determinantes sociales de la salud; tiene por tanto una base multifactorial. (Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad, 2008)

En este modelo, el gran objetivo es la generación de conciencia de riesgo, y esto se logra sólo si el tratamiento de los temas es el producto de un adecuado, consensuado y amplio diagnóstico de la realidad en que lo conceptual se constituya en herramienta para la transformación actitudinal. En última instancia, sobre la base de un modelo participativo, intentar generar en cada uno de los individuos, responsabilidad y autonomía en el manejo de su salud; así como solidaridad y compromiso respecto de la salud de los miembros de la comunidad. (Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad, 2008)

La educación para la salud ha progresado; ha dejado de dedicarse únicamente a la transmisión de información y a tratar de cambiar los estilos de vida individuales, para dedicarse a la promoción de la salud, concentrándose más en factores sociales, económicos y ambientales propicios para un estilo de vida sano y para la autodependencia. Con el surgimiento de esta nueva interpretación social de la salud, la educación para la salud adquirió una creciente importancia en las políticas para la salud. Hoy en día, los profesionales en el campo de la salud y los instructores sanitarios reconocen la relevancia y el uso de los métodos y estrategias desarrollados por los pedagogos dedicados a la educación de personas adultas (UNESCO, 1997).

La metodología es compleja, los proyectos educativos a generar deben sustentarse en un diagnóstico previo de la realidad, las acciones de Educación para la Salud deben establecerse con criterios epidemiológicos. El eje debe responder a la mayor frecuencia detectada de factores, situaciones o individuos en riesgo. Este método

permite en el mediano y largo plazo obtener resultados que impliquen una retroalimentación positiva al mensaje sanitario generado y una capitalización del tiempo y el esfuerzo invertido pagado con una mayor y mejor predisposición para el aprendizaje de la población partícipe del proyecto.

Según Sosa (2015): “durante mucho tiempo las personas consideraban que las pérdidas de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de las sociedades, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyendo un reto de la estomatología su extensión y logro. Para ello se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la salud Bucal Dental”.

Asumir la responsabilidad de la salud propia debe ser continuamente estimulada por los profesionales de la salud, otorgando medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente.

La presencia de caries, la presencia de restauraciones, la pérdida de dientes y la acumulación de placa bacteriana blanda y dura, son indicadores de deterioro de la salud bucal y de un nivel inadecuado de conocimientos de prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral , así como también de un nivel inadecuado de hábitos saludables.

El déficit de oferta en el sistema de salud pública, deposita en el sector privado, un porcentaje considerable de la demanda de atención en salud bucal, convirtiéndose cada centro privado una unidad de conglomeración con características formativas diversas y en diferentes proporciones.

Encontrar esta realidad, remarca, como objetivo principal, la generación de un programa educativo basado en el contexto sociocultural y que responda a las necesidades conceptuales como herramienta para la transformación actitudinal.

Según Sosa (2015): “considerada en su conjunto como un acto terapéutico, la educación del paciente tiene un poderoso impacto sobre toda la gama de indicadores clínicos, contribuyendo significativamente a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad y a disminuir los costos de los servicios de salud”.

“Actualmente la promoción y prevención de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la Estomatología, por lo que se impone evaluar y renovar nuestros programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educativa” (Rangel, Lauzardo, Quintana, Gutiérrez, M. y Gutiérrez, N., 2009).

### **1.3 METODOLOGÍA**

Según el problema y los objetivos planteados, la investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo propositivo

Fue propositiva porque con los datos obtenidos, se elaboró el Programa Educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo” cuyo propósito es fortalecer las habilidades para la prevención de enfermedades orales y la promoción de la salud oral.

La selección de los individuos se realizó mediante un muestreo no probabilístico por disponibilidad de elementos. De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos

el grupo de estudio lo constituyeron 137 pacientes de la Clínica Dental “La Cubana” atendidas en los meses junio, julio, agosto del 2012, a quienes se les identificó los conocimientos y hábitos de prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral. Los resultados sirvieron para la elaboración del programa educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo”.

Los criterios de inclusión fueron el dominio del idioma español, aceptar participar en la investigación y tener educación básica regular terminada. Los criterios de exclusión fueron la presencia de problemas psiquiátricos y/o sensoriales e incluía aquellas personas que se nieguen voluntariamente a participar en el estudio.

Las técnicas que se usaron para la recolección de datos fueron el examen oral y la encuesta.

El examen oral es un proceso sistemático en el que el profesional investiga muchos aspectos de la salud oral con el fin de identificar las patologías o problemas y desarrollar un plan de tratamiento personalizado que se enfoca en maximizar la salud oral. La palabra "oral" se refiere a la boca que no sólo incluye a los dientes, encías y tejido de apoyo, también al paladar duro y blando, la mucosa de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos de la masticación y la mandíbula. Para efectos de la presente investigación, el examen se realizará específicamente en los dientes para la identificación de detritos, cálculo dentario, caries, obturaciones y pérdida dentaria.

Los instrumentos de recolección de datos empleado para esta técnica fueron:

- El Índice de Higiene Oral Simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index), el cual incluye sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. (Anexo 1)

- El Índice CPOD (Diente cariado, perdido, obturado), formulada originalmente por Klein y Palmer en 1937, se mantuvo como el punto básico de referencia para el diagnóstico de enfermedades dentales y la formulación y evaluación de los programas la salud oral. El índice mide el número de dientes permanentes con experiencia de enfermedad dental. El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas y, el índice grupal resulta del promedio de los índices individuales. (Anexo 2)

En el caso de la técnica de la encuesta se basó en las declaraciones escritas de una muestra de la población con el objeto de recabar información personal acerca de conocimientos y hábitos sobre prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral, para procesarla e interpretarla.

El instrumento de recolección de datos empleado para esta técnica fue el cuestionario, el cual permitió recopilar datos mediante una serie de preguntas escritas respecto a las variables a medir. (Anexo 3)

El proceso de recolección de información se realizó en un periodo de tres meses en las siguientes etapas:

- a) Solicitud de autorización para realizar la investigación al Gerente General de la Clínica Dental Cubana.
- b) Se recogió información mediante tres instrumentos: Índice CPOD, IHO-S y cuestionario.
- c) Se procesó la información obtenida con la aplicación de los tres instrumentos.
- d) Se elaboró el Programa Educativo “Sonrisas Saludables en Chiclayo”.

Los datos recolectados se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS (versión 17). La información se presenta en cuadros estadísticos y gráficos. Se utilizó la prueba de hipótesis chi cuadrada para establecer la asociación entre las variables.

Esta investigación tuvo en cuenta los principios citados por el Informe Belmont, informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde el documento fue elaborado.

Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación fueron:

- Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado (Anexo 4).
- Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación y para los sujetos de la investigación.
- Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

## **CAPITULO II**

### **BASE TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1 PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES**

La Prevención en Salud es una concepción científica de trabajo, identificando factores que permitan promover la salud y la aplicación de diferentes intervenciones, siendo mantener la salud de las personas, el objetivo principal, mediante el incremento de las capacidades individuales en identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. “La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante... Como primer paso, es fundamental comunicar los conocimientos y la información más reciente y precisas a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general”. (Organización Mundial de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas, 2015)

La consideración de los niveles de prevención en el momento de emprender acciones de prevención, es muy importante, dado que de acuerdo al nivel en que se trabaje la prevención, la definición de las acciones preventivas varía.

##### **2.1.1 CLASIFICACIONES SOBRE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN**

Estas clasificaciones permiten delimitar campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir uno debe conocer qué es lo que va a prevenir, sus especificidades.

### **2.1.1.1 MODELO CLÍNICO**

En función de lo ocurre en un proceso de enfermedad, según Kohatsu, Kenichi, Irakawa y Rosa (2009):

Caplan agrupa los esfuerzos preventivos en tres niveles: primaria, dirigida a la reducción del riesgo de la enfermedad; secundaria, dirigida a la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo; terciario, dirigida a evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitación.

Bleger menciona la clasificación de Stevenson: presuntiva, aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología; relativa, que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias; absoluta, que va a la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas.

Guiofantes plantea la aceptación de los grados de primaria y secundaria en la conceptualización de la prevención. Entiende por prevención primaria, las acciones dirigidas a la obtención de información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud. La prevención Secundaria, aquellas actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica, teniendo como base la información obtenida en la prevención primaria. Guiofantes plantea que en la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro

ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento.

#### **2.1.1.2 MODELO ORGANIZATIVO**

Correspondiente a los diferentes niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) con las especificidades que cada uno de ellos implica. Dirigido por el modo en que está organizado el Sistema de Salud, se ha igualado el nivel de prevención con el nivel de atención en salud.

#### **2.1.1.3 MODELO FUNCIONAL**

En correspondencia con los ámbitos donde se realiza la prevención y dentro de estos hacia diferentes sectores, dirigiendo la acción sobre los grupos principales de la comunidad: embarazadas, preescolares, escolares, maestros, padres, adolescentes, grupos laborales, grupos políticos, etc.

### **2.2 PREVENCIÓN PRIMARIA**

La ejecución de las acciones preventivas en salud no es del concurso de una sola disciplina científica. Es terreno de todos y propiedad de nadie, puede haber especialistas en la materia, pero todos los especialistas en salud deben ejecutar acciones de prevención. Es multidisciplinaria en su aplicación e interdisciplinaria en su concepción.

En las interrelaciones entre las Ciencias Médicas, Psicológicas y Educativas, se han ido desarrollando las diferentes técnicas con las que se acciona en la ejecución de los objetivos preventivos.

La Educación y la Promoción de Salud, son algunas de las acciones de prevención que se han ido instrumentando con todo un caudal de medios técnicos (comunicación social, psicoprofilaxis, etc), logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.

La prevención primaria se lleva a cabo eliminando los factores que pueden causar lesiones. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma, disminuir la incidencia. La aplicación es en el periodo prepatogénico (antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocan la enfermedad).

En epidemiología mediante la investigación etiológica se identifican los determinantes de un proceso, y se concretan las intervenciones para su prevención. Antes de que una intervención se considere eficaz y pueda generalizarse, es necesario realizar estudios en los que se demuestre su eficacia.

En la clínica son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada.

Son dos los tipos de intervenciones en prevención primaria:

1. La promoción de la salud: dirigida a las personas. Es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad.
2. La protección de la salud: realizada sobre el medio ambiente. Como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.

Uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias

para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. (Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud, 2006)

La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

### **2.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El término Promoción de la Salud fue planteado por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. En 1974, la Promoción de la Salud se presenta como un área de trabajo organizada a través de un documento del Ministro de Salud de Canadá, denominado “una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses”, conocido como el Informe Lalonde. Este informe considera a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenía que ver con cambios del estilo de vida o comportamientos, como el consumo de tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente. (Gobierno del Perú. Ministerio de salud. Dirección general de promoción de salud, 2006)

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.

La promoción de la salud alude a la ganancia de bienestar como un todo, es un concepto positivo, holístico e integral. Ejemplos de promoción de la salud son la educación, los ejercicios físicos, la recreación, la construcción de viviendas adecuadas y en general, las mejoras de las condiciones de vida de la gente que impactan su salud como un todo.

Los resultados de la promoción de la salud son mediatos y requieren generalmente de una inversión en salud a largo plazo, a diferencia del tratamiento médico en que los resultados son más rápidos pero menos duraderos y profundos por no actuar sobre los procesos determinantes de la salud.

Cada problema en cada contexto requiere una respuesta social específica consistente en una combinación de acciones. Las acciones poblacionales de promoción – como por ejemplo la elevación del nivel educativo, la mejoría de la situación alimentaria y nutricional y la construcción de infraestructura sanitaria -, intervienen sobre los procesos determinantes del estado de la salud más que sobre los riesgos y daños específicos. Los estilos de vida individuales responden en gran medida a las condiciones en que los individuos viven. Hablarle a poblaciones marginadas y pobres de cambiar estilos de vida para mejorar su salud, puede resultar contraproducente.

La promoción y prevención persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite

la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin final. (Jiménez, 2005)

La promoción de la salud se caracteriza por tener:

- Estrategia poblacional destinada a mantener o preservar la salud (impide incidencia).
- Enfoque positivo, ofensivo, proactivo.
- Actúa sobre los determinantes de la salud. Es inespecífica.
- Es integral (físico, social, biológico).
- Relación con desarrollo y bienestar.

El método de la promoción de la salud toma en cuenta lo siguiente:

- Estudia los determinantes de la salud.
- Categorías de estudio: estructura de la familia, la sociedad, valores, creencias, etc.
- Procesos productivos, conductuales, sociales, culturales, psicológicos de un grupo.
- Métodos cualitativos de la medicina social, epidemiología social, antropología, sociología, economía, política.

Entre las características de intervención en promoción de la salud se destaca:

- Intervención en grupos de población (sociales, políticos) y ambiente.
- Instrumentos de intervención masiva.
- Participación dominante de otros sectores con lineamiento del sector salud.

- Participación ciudadana, consciente y empoderada.
- Desarrolla capacidades y potencialidades.

(Jiménez, 2005)

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado en diversas cartas sobre promoción de la salud, diversos principios:

- Asegurar que el ambiente que está más allá de control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de proporcionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos. Los escenarios más importantes son los servicios sanitarios y sociales, el medio escolar (Centros de educación infantil, primaria y secundaria, de personas adultas,

universidades y otros) y laboral y el ámbito social (entidades sociales, tejido asociativo, etc.).

### **2.3.1 CARTA DE OTTAWA**

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa (Canadá, 21 noviembre de 1986) es que la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa (1986) son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

En la misma Carta de Ottawa se señala los requisitos para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso económico, ecosistema estable, justicia social y colectiva.

Específicamente se señalan como causas de la enfermedad a los factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular y que las acciones para promover la salud van dirigidas a la modificación de comportamientos individuales, modificación del ambiente físico y modificación del ambiente social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico. Los aportes sustanciales son:

- 1) Énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se concibe a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político.

- 2) Sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales
- 3) Redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud.
- 4) Redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva, activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre la salud y sus determinantes.
- 5) Orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia la atención que contemple la promoción de la salud, no solo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores.

(Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud, 2006)

### **2.3.2 DECLARACIÓN DE YAKARTA**

La Declaración de Yakarta (Indonesia, Julio 1997) identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.

- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

(Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud, 2006)

### **2.3.3 CARTA DE BANGKOK**

La Carta de Bangkok (Tailandia, agosto 2005) brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales:

- 1) Que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial.
- 2) Que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos.
- 3) Que forme parte de las buenas prácticas institucionales.
- 4) Que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.

(Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud, 2006)

## **2.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función

importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. En cuanto a los objetivos, para poder desarrollar capacidades, es necesario abordar objetivos en las tres dimensiones de la persona: cognitiva (área del “saber”), emocional (área del “ser”) y de las habilidades personales y sociales (área del “hacer”).

La Educación para la Salud (EPS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS).

Puede considerarse desde dos perspectivas: Preventiva y Promoción de la salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar estilos de vida saludables.

Las características clave que presentan los programas de EPS evaluados como efectivos respecto a la metodología son:

- Que incorporen métodos de aprendizaje activos.
- Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.
- Que refuercen los valores individuales y las normas grupales.
- Que promuevan el desarrollo de habilidades, (sociales, fundamentalmente).

El concepto de salud que la población debe asumir supone pasar de una concepción individual a otra colectiva, adoptar una actitud preventiva más que asistencial y actuar comunitariamente. Para lograr estos objetivos hay que informarse y formarse. La educación para la Salud se ocupa de promover un comportamiento sano ayudando a la gente a comprender su comportamiento y como éste afecta a su salud.

La United States Committee on Health Terminology define la Educación para la Salud como “Un proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la aptitud de los individuos a tomar decisiones (con conocimiento de causa) que afectan a su bienestar personal, familiar y social”. Este proceso, inspirado en principios científicos, facilita el aprendizaje y el cambio de comportamiento tanto a nivel del personal de salud como de los consumidores. Las fases indispensables que comprende el moderno concepto de Educación para la Salud son las siguientes:

- Información con base científica.
- Concienciación responsable.
- Cambio de actitud o hábitos.

El individuo debe dejar de ser un sujeto pasivo y toma una parte activa en el mantenimiento e incremento de su propia salud. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana y no como un objetivo vital; se trata de un concepto positivo que potencia tanto los recursos sociales y personales como la capacidad física.

“La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega.” (UNESCO, 1997)

Si la salud es una estructura y un proceso social, los puros factores médicos no pueden explicar qué nos enferma, ni qué nos cura. El medio ambiente físico y social en el que vivimos es igual de importante, si no es que más. Dentro de los requisitos básicos están el acceso a agua limpia, vivienda y víveres. Otros factores, tales como los recursos económicos, la situación social y la participación política son igualmente importantes. De lo anterior se desprende que los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la gente para que cambie estas condiciones. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano. Planteado así, el campo de injerencia de la Educación para la Salud se amplía más allá del conocimiento de aspectos médico-sanitarios, a las realidades y dificultades cotidianas de carácter social, económico, cultural y geográfico que condicionan la vida de las personas. Así entendida, la Educación para la Salud propone un

acercamiento a la comprensión de los factores de riesgo individuales y comunitarios a los que los individuos están expuestos a fin de generar en ellos conciencia de su existencia.

## **2.5 EDUCACIÓN DE PERSONAS ADULTAS**

La educación de personas adultas juega un papel importante en las estrategias actuales de promoción de la salud. Al mismo tiempo, los instructores de personas adultas reconocen cada vez más la importancia de la salud, incluyendo la salud del medio ambiente. Entre las personas adultas hay un creciente interés por aprender más acerca de asuntos relacionados con la salud.

Los recientes avances en los campos tanto de la salud como de la educación de adultos lograron reunir a estos dos sectores. En el área de la salud, no se habían presentado cambios tan importantes en las políticas desde finales de la década de los setenta. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud, basada en la integración del desarrollo social y económico, requiere de la participación de la comunidad y enfatiza la capacidad propia de la gente de tomar decisiones y manejar sus problemas de salud. En las décadas de los setenta y ochenta, la educación de adultos se desarrolló de manera similar, rumbo a su enfoque actual de aprendizaje por participación, partiendo de la propia sabiduría y experiencia de la gente y depositando el control del aprendizaje en sus propias manos. El creciente reconocimiento de que existen diferentes formas de sabiduría, incluyendo maneras de curar 'alternativas' o locales, y el distanciamiento del concepto de que el experto o el maestro son las únicas fuentes de información, están ejerciendo gran influencia sobre las prácticas de enseñanza en ambos campos, el de la educación para la salud y el de la educación de las personas adultas. (UNESCO, 1997)

## **2.6 CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS**

La investigación toca dos variables relacionados: los conocimientos y los hábitos, referidos ambos a la prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral. A partir de la descripción de estas variables se determina las necesidades a cubrir por el programa educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo”.

Entrando en el campo científico del conocimiento no hay un consenso acerca de lo que sucede cuando conocemos algo, la teoría del conocimiento es una doctrina filosófica. Sin embargo se distinguen cuatro elementos en todo conocimiento: el sujeto que conoce, el objeto conocido, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto. (Martínez y Ríos, 2006)

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles: sensorial, conceptual y holístico. El conocimiento sensorial consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, almacenando en nuestra mente sus características particulares. El conocimiento conceptual, consiste en representaciones del objeto, es decir abstracciones, con características universales y esenciales. El conocimiento holístico o intuitivo, referido a la captación de un objeto dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos, siendo esta característica la principal diferencia con conocimiento conceptual (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. La captación de valores, la experiencia estética entre otros nos ofrece el mejor ejemplo de conocimiento holístico. (Martínez y Ríos, 2006)

La ciencia habla de actividades cognitivas como un conjunto de acciones y relaciones complejas dentro de un sistema complejo cuyo resultado es lo que

consideramos conocimiento. La adquisición de conocimiento implica procesos cognitivos complejos: motivación, emociones, percepción, sensaciones, tendencia, aprendizaje, conceptualización, palabra, lengua, lenguaje, endoculturación, socialización, comunicación, asociación, inducción, razonamiento, deducción, etc. (Rivas Navarro, 2008)

Conocer, y su producto el conocimiento, va ligado a una evidencia que consiste en la creencia basada en la experiencia y la memoria. Saber, por su parte requiere, además de lo anterior, una justificación fundamental; es decir conectado a un sistema coherente de significado y de sentido, fundado en lo real y comprendido como realidad. (Manrique Tisnés, 2008). Por otro lado, los hábitos en psicología son comportamientos repetidos regularmente, que requieren de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato. “Los hábitos tienen importantes consecuencias en la vida real de los individuos: simplifican los movimientos requeridos para obtener un determinado resultado, los hace más exactos y disminuye la fatiga; y también reducen la atención consciente con que se ejecutan los actos, automatizando la conducta y haciéndola más fluida...”. (Alcover y Rodríguez, 2012)

Es posible distinguir dos acepciones del concepto de hábito: una acepción absoluta y una acepción relativa. Es absoluta cuando estamos creando una pauta de conducta que antes no existía (el organismo no tiene experiencia anterior). Es relativa cuando se trata de incrementar una determinada pauta de conducta que el organismo ya poseía. Mientras la acepción absoluta encuentra su foco de aplicación en el mundo pedagógico y clínico en cuya base se encuentra el proceso de aprendizaje caracterizado como condicionamiento clásico, la acepción relativa se

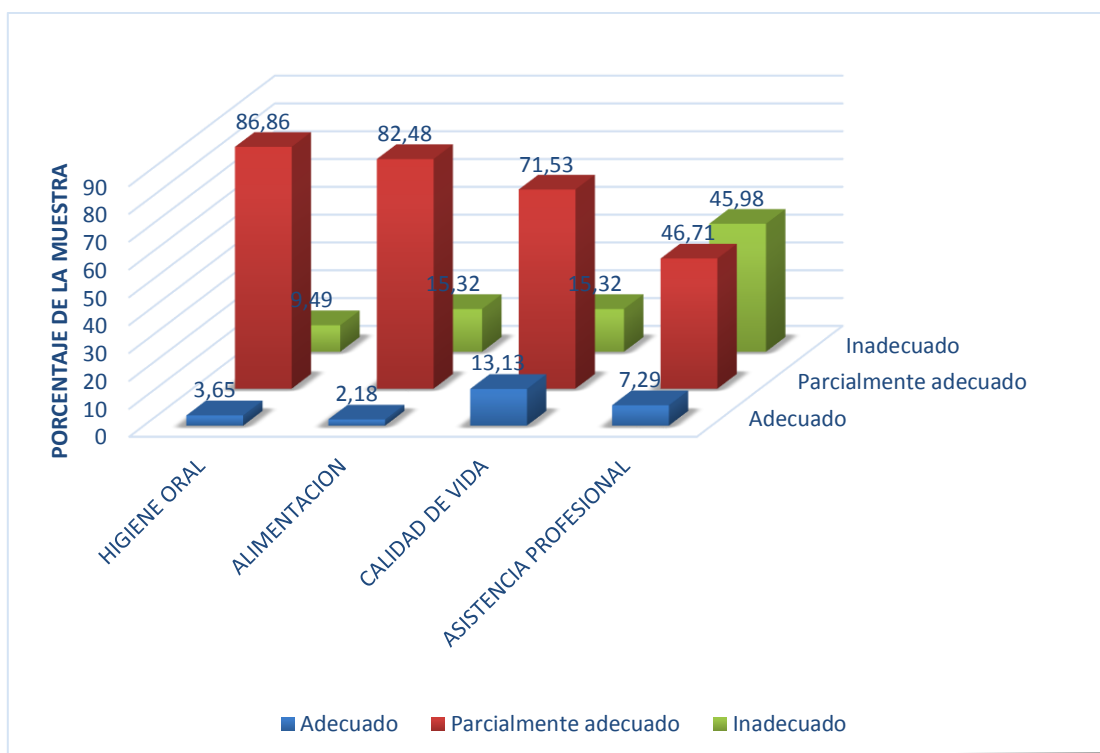
aplica fundamentalmente en los programas de training, en cuya base se encuentra el proceso de condicionamiento operante. (SACYL, 2016)

## CAPITULO III

### PRODUCTOS DE LA INVESTIGACION

#### 3.1 RESULTADOS

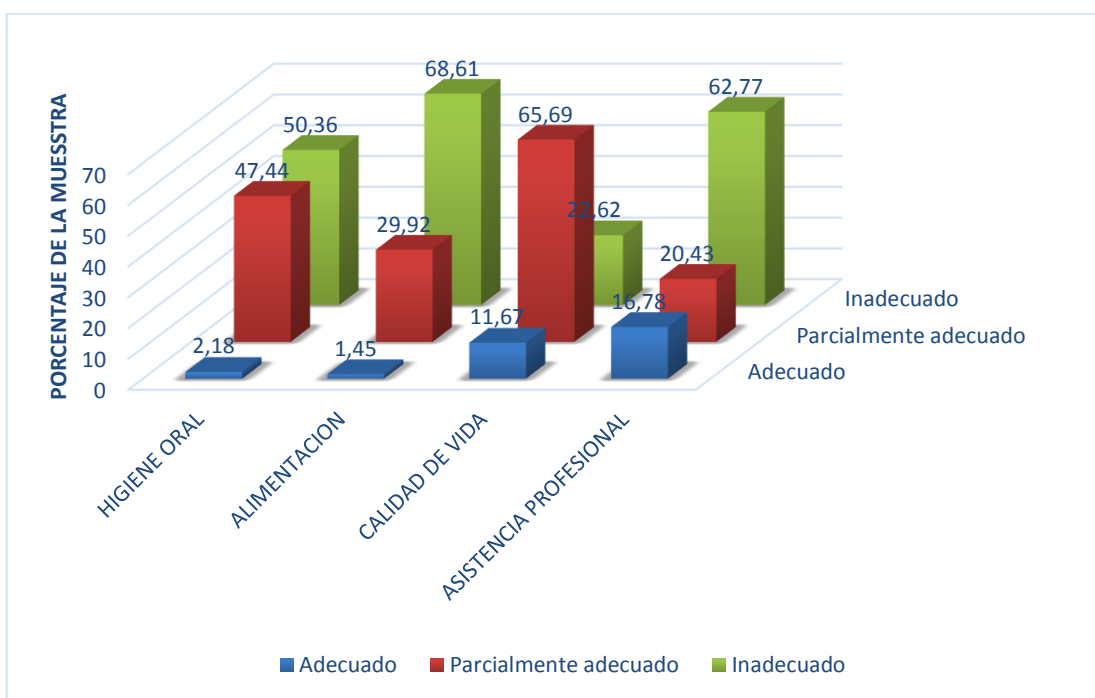
La muestra estuvo integrada por un total de 137 pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión del estudio, de los cuales el 68.61% (94) fueron mujeres y el 31.39% (43) hombres, con un intervalo de 21 a 48 años, una edad promedio de 32 años y una desviación estándar de +/- 6,78.



**GRÁFICO 1: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL CUBANA- CHICLAYO**

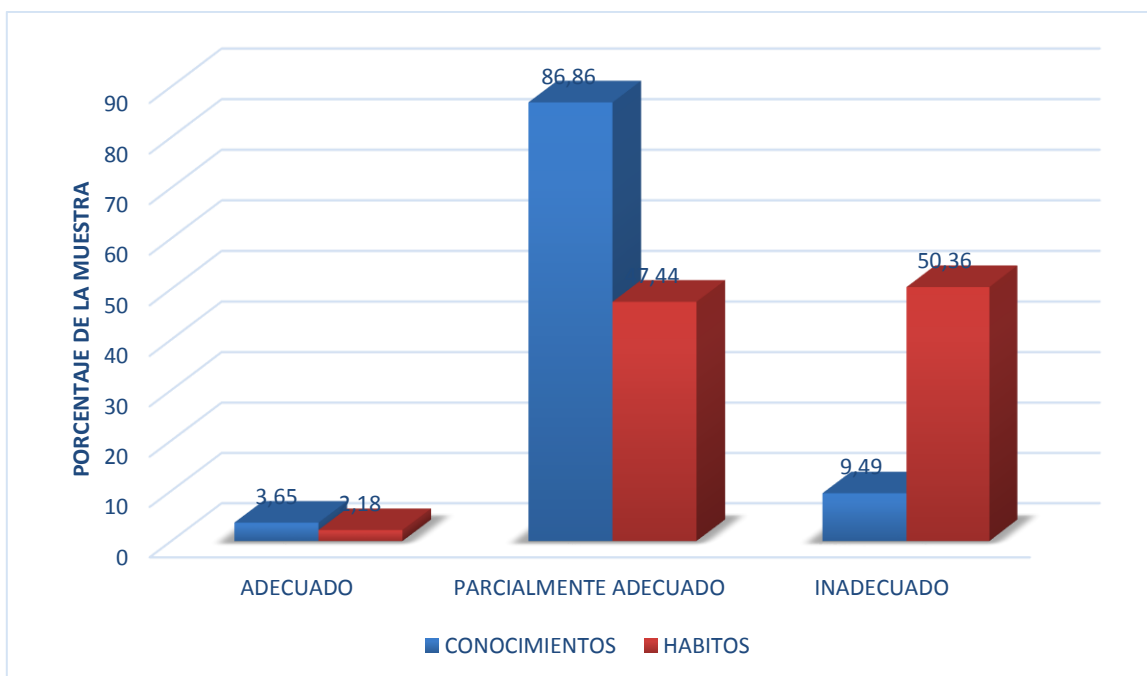
**Fuente:** cuestionario "Prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral". Junio – agosto, 2012

Con respecto al nivel de hábitos en prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral que tienen los pacientes adultos atendidos en la Clínica Dental Cubana, fue analizada también a través de las dimensiones higiene oral, alimentación, calidad de vida y asistencia profesional, presentando la siguiente gráfico:



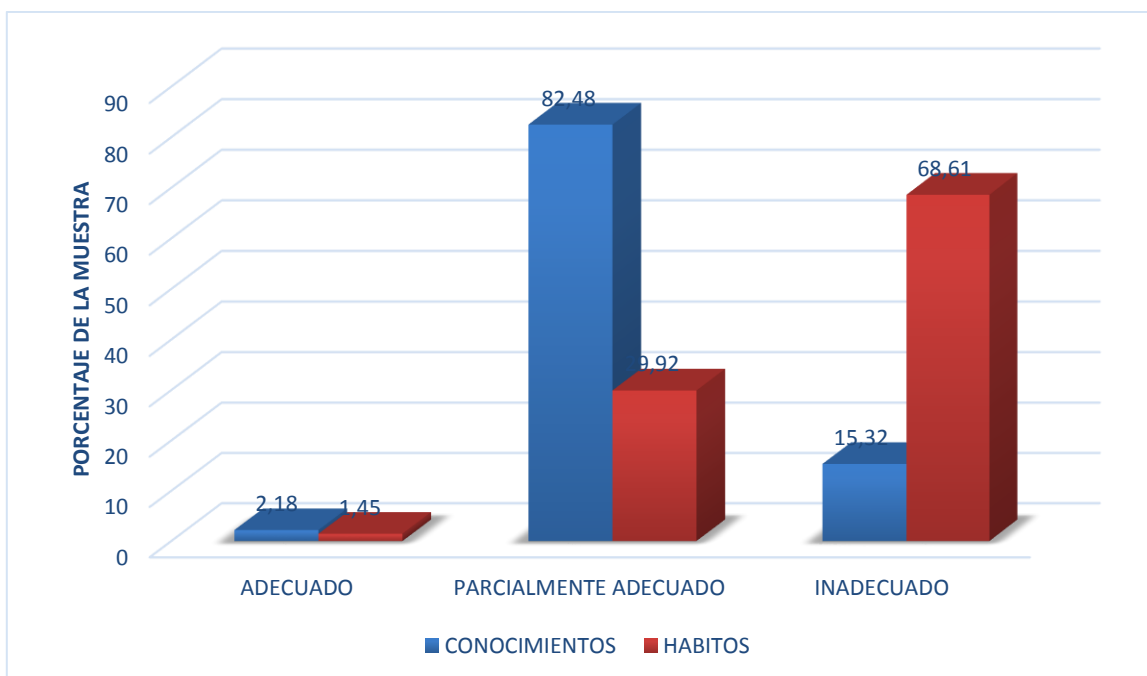
**GRÁFICO 2: NIVEL DE HÁBITOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLINICA DENTAL CUBANA- CHICLAYO**

**Fuente:** cuestionario "Prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral". Junio – agosto, 2012



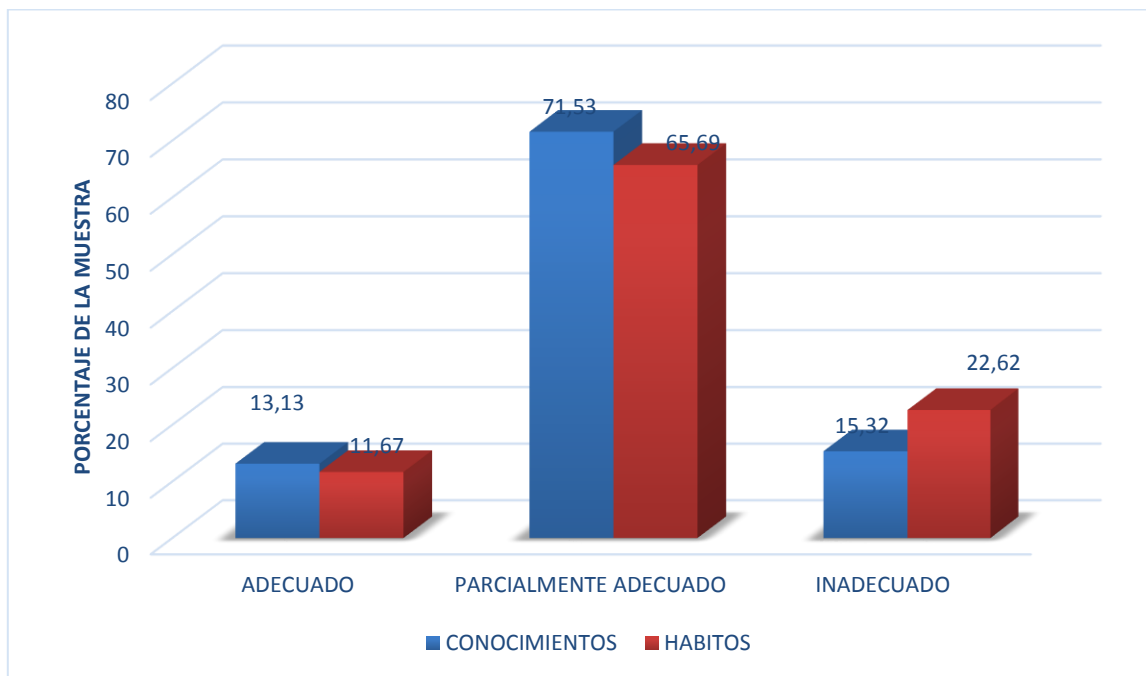
**GRÁFICO 3: COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL NIVEL DE HÁBITOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL CUBANA-CHICLAYO, RESPECTO A LA HIGIENE ORAL.**

**Fuente:** cuestionario "Prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral". Junio – agosto, 2012



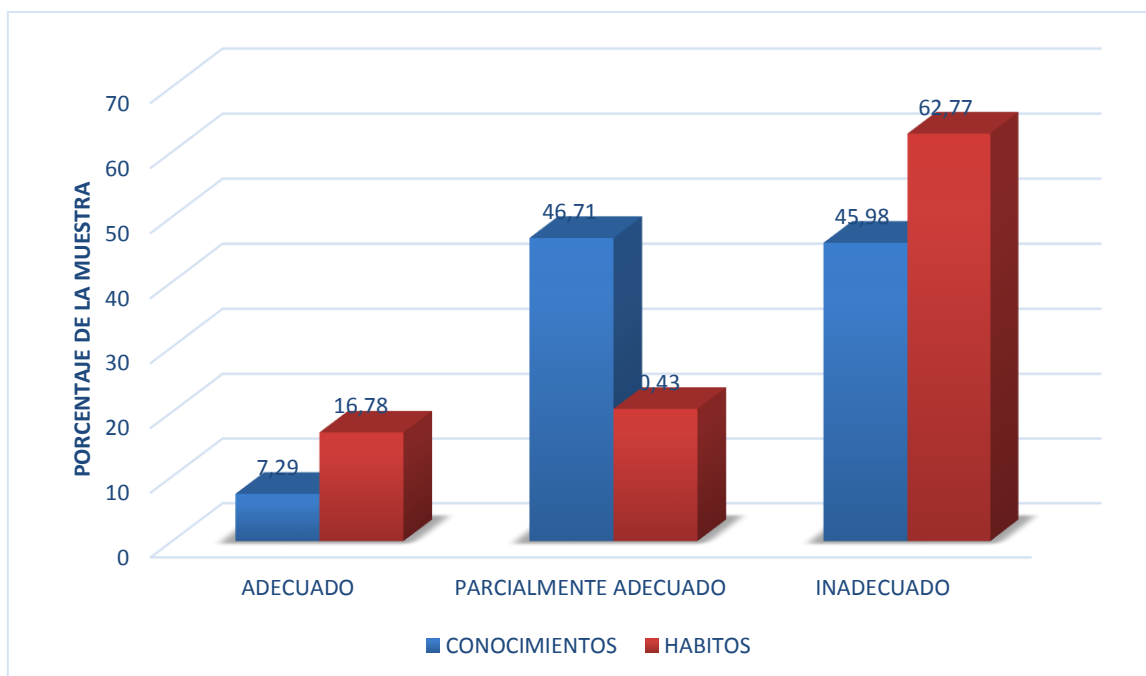
**GRÁFICO 4: COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL NIVEL DE HÁBITOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL CUBANA-CHICLAYO, RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN.**

**Fuente:** cuestionario "Prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral". Junio – agosto, 2012



**GRÁFICO 5: COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL NIVEL DE HÁBITOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL CUBANA-CHICLAYO, RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA.**

**Fuente:** cuestionario "Prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral". Junio – agosto, 2012



**GRÁFICO 6: COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL NIVEL DE HÁBITOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL CUBANA-CHICLAYO, RESPECTO A LA ASISTENCIA PROFESIONAL**

Con respecto al índice de higiene oral, se presenta la siguiente tabla:

**TABLA 1**  
**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) DE LOS**  
**PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL**  
**CUBANA - CHICLAYO**

Clasificación según puntuación IHO-s	N° Pacientes	% Pacientes
Excelente ( 0 )	0	0
Buena (0,1 - 1,2)	0	0
Regular (1,3 - 3,0)	94	68.61
Malo (3,1 - 6,0)	43	31.38
Total	137	100

**Fuente:** Examen oral.

**IHO-s** : Índice de higiene oral simplificado

Índice de higiene oral simplificado nos permite hacer objetiva las observaciones. Nos permite identificar la variabilidad de la ocurrencia del depósito o acumulo de placa blanda y la placa dura.

El índice COPD se muestra en la siguiente tabla:

**TABLA 2**  
**ÍNDICE COPD DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS**  
**EN LA CLINICA DENTAL CUBANA- CHICLAYO**

Nivel de severidad COPD	N° Pacientes	% Pacientes
Muy bajo (0.0-0.1)	0	0
Bajo (1.2-2.6)	0	0
Moderado (2.7-4.4)	0	0
Alto (4.5-6.5)	0	0
Muy alto (mayor 6.6)	137	100
Total	137	100

**Fuente:** Examen oral.

**COPD** : Número de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos por caries.

El índice COPD identifica la variabilidad de presentación de alteraciones dentales, es decir clasifica el nivel de severidad en prevalencia de lesiones dentarias. El índice

COPD permite hacer comparaciones epidemiológicas entre grupos sociales, poblaciones, regiones o países, así como también evaluar la aplicación de medidas y métodos de prevención. En la tabla n°2 se observa que la totalidad de los pacientes tiene un Índice CPOD muy alto. Esto significa que el promedio de la muestra de estudio ha tenido más de 6 piezas dentales con historial patológico.

En el análisis del índice COPD se obtuvo una media de 14.3 (DE +/-5,43), con un intervalo de 0 a 28 dientes con experiencia de caries. Respecto de los elementos del índice COPD, se identificó al componente cariado con una media de 3,96 (DE +/- 3,31), con un intervalo de 0 a 14 dientes cariados. Para los dientes perdidos, la media fue de 5,95 (DE +/- 6,42), con un intervalo de 0 a 17 dientes perdidos. La media de dientes obturados fue de 4,19 (DE +/- 3.77), con un intervalo entre 0 a 15. Asimismo, por medio del índice COPD se identificó una prevalencia de afección por caries del 97,3%.

### **3.2 Discusión**

En el presente estudio se confirma deficiencias en conocimientos de salud oral y hábitos saludables en pacientes atendidos en la Clínica Dental “La Cubana”. De acuerdo a los resultados de la investigación los conocimientos y hábitos de higiene oral, alimentación, calidad de vida y asistencia profesional alcanzan porcentajes elevados en los niveles parcialmente adecuados e inadecuados.

Llama la atención que a pesar de que el estudio se realizó en una clínica privada donde el paciente asiste voluntariamente a solucionar sus problemas orales, el 46.71 % tiene un nivel de conocimientos inadecuado a lo que respecta asistencia profesional. Este resultado es una evidencia de la necesidad de complementar plataformas educativas donde el paciente confirme sus conocimientos y adquiera más información.

Los resultados de los hábitos con respecto a la calidad de vida nos muestran porcentajes diferentes en comparación con las otras tres dimensiones, esto se puede explicar a partir de la naturaleza subjetiva del concepto. Parte de la percepción del individuo de su situación de vida, de acuerdo a su cultura, su sistema de valores, relacionados a sus objetivos, expectativas y preocupaciones.

Uno de los instrumentos que nos permite valorar los hábitos de higiene es el índice de higiene oral simplificado usando la técnica del examen oral. En la tabla 1, la muestra de estudio se reparte entre regular con un 68.61% y malo con un 31.38%. Esto evidencia la necesidad de masificar la información, democratizar el discurso,

consolidar estructuras cognoscitivas, elevar el interés y la responsabilidad de la población con su propia salud.

Otro instrumento utilizado en este estudio fue el índice COPD, cuyos resultados se observa en la tabla 2. Este instrumento registra la historia de alteraciones dentales que ha presentado cada individuo de la muestra de estudio. En cifras poblacionales permite realizar comparaciones epidemiológicas. En este estudio el índice COPD es muy alto, esto exige la aplicación de medidas y métodos de prevención político gubernamental.

“La persona es un sistema dinámico y orgánico de hábitos, sentimientos, deseos, tendencias y pensamientos que crece en su interacción comunicativa con los demás. La formación de los hábitos tiene en ocasiones un componente inconsciente muy fuerte. En otras ocasiones, en la mayoría de los hábitos ordinarios de la vida madura, ese carácter instintivo se renueva y aparece teñido de reflexión”. (Barena, 2013, p.28)

Para adoptar hábitos saludables se requiere mejorar las capacidades cognoscitivas, que se refleja en el índice de conocimiento adecuado. Para esto es necesario influenciar continuamente a la población reforzando aprendizajes, desarrollando actitudes y logrando que la población asuma responsabilidades sobre su salud.

Los resultados del estudio nos muestra estadísticas similares a los reportados por Bernabé, Sánchez-Borjas y Delgado-Angulo (2006), lo que demuestra que los programas de educación en salud oral de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Colegios Odontológicos

Departamentales no son suficientes y deben de apoyarse con réplicas desde instituciones que congregan conocimientos especializados y asistencia de adultos significativos, para la formación desde la familia, como son las clínicas dentales particulares, es decir, convocar a la empresa privada como apoyo de formación de la población.

La caries dental, las enfermedades periodontales (relacionados con el depósito de detritos y formación de placa dura) y la amputación del sistema masticatorio (pérdida dental) son resultados de las conductas higiénicas, alimentarias, de responsabilidad de su salud y de control del medio donde vive.

Estudios como los de Melgar y Delgado (2002); Ortiz (2007); Pérez et al. (2008); Kohatsu, Kenichi, Irakawa y Rosa (2009), establecen que la promoción de la salud produce ganancia de conocimientos a corto plazo, mejora de los hábitos de higiene, disminuye los índices de acumulación de detritos y recuperación de la salud oral. Sin embargo esto no es sostenido en el tiempo, debido a que es necesario considerar características particulares como son valores, creencias y actitudes, por lo que un programa educativo debe constituirse a partir de las necesidades educativas basadas en el contexto, con personal con capacidad administrativa de la labor pedagógica y conocimiento especializado.

Es necesario continuar con el estudio para obtener una muestra más amplia que respalden los resultados y aumente el nivel de confiabilidad estadística, así también de datos que aporten al diseño de un PROGRAMA EDUCATIVO que logre el

impacto deseado en la comunidad, haciendo factible la integración de actividades de docencia, investigación y servicio.

### **3.3 Presentación de la propuesta**

Cumpliendo con el objetivo general, se presenta el siguiente documento que permite organizar y detallar el proceso pedagógico orientado en facilitar conocimientos de salud oral y hábitos saludables en pacientes atendidos en la Clínica Dental “La Cubana”. Esta plataforma de aprendizaje lleva el nombre de “Sonrisas saludables en Chiclayo”.

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GRADO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E  
INVESTIGACIÓN EDUCATIVA**

**PROGRAMA EDUCATIVO: SONRISAS SALUDABLES EN CHICLAYO**

**MAESTRANTE: MIGUEL ANGEL ARAMBULO CULQUI**

## INTRODUCCIÓN

Las clínicas particulares de salud oral representan en la actualidad los lugares de mayor afluencia de pacientes en busca de soluciones a sus problemas estomatológicos. La responsabilidad social asumida debe extenderse más allá de la labor asistencial y comprometerse con la educación, pero para la promoción de conocimientos y hábitos es necesario un programa educativo que aborde las necesidades de la población como resultado de un estudio descriptivo.

Este programa educativo toma como referencia los resultados de la Tesis “Estrategia educativa para la prevención y promoción de la salud oral en pacientes adultos de la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo, en el año 2012”, estableciendo como pilares de la actuación didáctica la higiene oral, alimentación, calidad de vida y asistencia profesional relacionados al incremento de conocimiento y la adquisición de hábitos que conlleven a la mejora de la salud oral de la población.

Crear un programa educativo es conocer lo que se desea alcanzar en el proceso de enseñanza-aprendizaje, conocer y utilizar los instrumentos y materiales educativos dentro de un contexto y organizarlo por etapas interrelacionadas.

## **I. MISION**

Crear un espacio de discusión y reflexión sobre los problemas de salud oral y convertirse en instrumento indispensable para el desarrollo de estilos de vida saludables.

## **II.VISION**

Ser un referente en la educación continua para la salud oral, logrando la valoración por parte de la población como instrumento para alcanzar proyectos de vida.

## **III.OBJETIVOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

### **3.1 Objetivo General**

Incrementar los índices de conocimiento de prevención de enfermedades orales y promoción de la salud oral mediante un aprendizaje significativo y crítico que conduzca a la adquisición de hábitos que favorezcan la perpetuidad de estilos de vida saludables.

### **3.2 Objetivos Específicos**

3.2.1 Impulsar procesos formativos integradores, con enfoque educativo por competencias, que orienten al desarrollo de estilos de vida saludables.

3.2.2 Facilitar la comprensión de los factores de riesgos individuales (hábitos de higiene, hábitos de alimentación) y comunitarios (hábitos de calidad de vida, hábitos de asistencia profesional), a fin de generar conciencia de su existencia.

3.2.3 Lograr mayor participación de la población sobre su propia salud oral, generando mayor responsabilidad sobre ella.

#### **IV. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

4.1 Modelo psicopedagógico:

Sociocognitivo transversal andragógico.

4.2 Competencias a desarrollar:

4.2.1 Lista y describe los factores de riesgo de las enfermedades crónicas estableciendo relaciones con la salud oral, asumiendo una postura crítica y dialogante.

4.2.2 Asocia conductas de riesgo y salud oral considerando las consecuencias inmediatas y a largo plazo.

4.2.3 Valora la salud oral como instrumento importante de bienestar general y calidad de vida, aportando ideas con sentido crítico constructivo a su mejora.

4.2.4 Reconoce la importancia del examen profesional en todas las etapas de la vida, mostrando responsabilidad y compromiso con su salud y con quienes lo rodean.

4.2.5 Demuestra habilidad en el uso de los instrumentos de higiene oral, mediante su participación en el taller de capacitación, mostrando a su vez entusiasmo, colaboración y respeto con todos los integrantes.

4.3 Contenido temático

4.3.1 Higiene oral

4.3.2 Alimentación

4.3.3 Calidad de vida

4.3.4 Asistencia profesional

4.4 Métodos de enseñanza-aprendizaje

4.4.1 Exposición –diálogo

4.4.2 Lectura individual

4.4.3 Demostraciones

4.4.4 Talleres

4.4.5 Técnicas afectivo – participativas

4.4.6 Discusiones grupales.

4.5 Evaluación del proceso de enseñanza – aprendizaje

4.5.1 Proceso: cualitativa.

4.5.2 Impacto: cuantitativa.

4.6 Utilización de tecnología educativa

4.6.1 Multimedia: imágenes, videos

4.6.2 Pizarra

4.6.3 Macromodelos

4.6.4 Artículos de aseo oral

4.6.5 Gráficos descriptivos

4.6.6 Folletos informativos

#### 4.7 Infraestructura

Consultorio odontológico situado en el segundo nivel de la Clínica Dental Cubana sede – Chiclayo. Ambiente amplio con capacidad para ocho personas, con perfecta iluminación natural en el día y artificial de noche, ventilación adecuada.

### 5 PROGRAMACIÓN POR SESIONES

Son cuatro sesiones de 90 minutos cada uno, cada sesión toca un tema específico: la primera sesión se desarrollará la higiene oral, la segunda sesión la alimentación, la tercera se hablará sobre calidad de vida y la última sesión sobre la importancia de la asistencia profesional.

TEMA	N° DE SESION	CONTENIDO CONCEPTUAL	PRODUCTOS ESPERADOS
HIGIENE ORAL	I  90 minutos	1. Artículos de higiene oral. Uso adecuado.  2. Técnicas de Higiene oral.  3. Historia natural de las enfermedades orales.	1. Participación del taller:  Reconocimiento de la anatomía dental.  2. Reflexión y crítica de los hábitos de higiene oral.

ALIMENTACION	II  90 minutos	1. Caries dental. Concepto. Etiología. 2. Alimentos cariogénicos.	1. Participación del taller: La masticación 2. Reflexión y crítica de los hábitos de alimentación.
CALIDAD DE VIDA	III  90 minutos	1. Calidad de vida. Concepto. Relación con la salud oral. 2. Relación de la salud oral con la salud general.	1. Reflexión y crítica de los determinantes de la salud.
ASISTENCIA PROFESIONAL	IV  90 minutos	1. Niveles de prevención. 2. La boca. Funciones.	1. Reflexión y crítica de la responsabilidad de nuestra propia salud.

## 6 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

6.1. Cada sesión educativa estará dirigida a un máximo de ocho participantes.

6.2 Al inicio de cada sesión se repartirá folletos informativos sobre el contenido temático con gráficos que ayuden a la comprensión del tema.

6.3 Construcción del aprendizaje utilizando técnicas participativas y colaborativas. Se privilegia el análisis contextual.

6.4 Adecuación del trabajo académico y su estructura al tema con coherencia, flexibilidad y actualizaciones.

## **CONCLUSIONES**

1. El índice de higiene oral de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana- sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012 fue regular en un 68,61% y malo en un 31,38%.
2. El índice COPD (dientes cariados, obturados y perdidos) de las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo en los meses de junio, julio y agosto del 2012 fue muy alto (mayor de 6.6) en un 100%.
3. Existen deficiencias en conocimientos y hábitos sobre promoción de la salud oral y prevención de enfermedades orales en las personas adultas atendidas en la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo.
4. Es necesario desarrollar el programa educativo “Sonrisas saludables en Chiclayo” para incrementar conocimientos de salud oral y hábitos saludables que permitan mejorar los índices IHO-s y COPD.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

1. Los resultados obtenidos aportan evidencia suficiente para impulsar este tipo de investigaciones, que sirven como referente para brindar un mayor espacio dentro de los programas educativos para la salud.
2. Reorientar las políticas de salud a incentivar a las empresas privadas que instalen plataformas educativas orientadas a incrementar el control de las personas sobre su salud.
3. Es necesario considerar características particulares como son valores, creencias y actitudes, por lo que un programa educativo debe constituirse a partir de las necesidades educativas basadas en el contexto, con personal capacitada para administrar la labor pedagógica y con conocimiento especializado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcover, C. y Rodriguez, F. (2012). Plasticidad Cerebral y Hábito en William James: un Antecedente para la Neurociencia Social. *Psychologia Latina*, 3(1),1-9. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSLA.2012.v3.n1.38737](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSLA.2012.v3.n1.38737)
2. Barrena, S. (2013). Los hábitos y el crecimiento: Una perspectiva peirceana. *Revista de educación física*, 130, 28-34.
3. Bernabé, E., Sánchez-Borjas, P., Delgado-Angulo, E. (2006). Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: Resultados después de 18 meses. *Revista Médica Herediana*. 17(3).
4. Bleger, J. (1994). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Ediciones Paidos.
5. Campos, M. L. (1992). *Valoración de los procedimientos de instrucción y de las actitudes hacia el tratamiento en la higiene oral de adultos*. Tesis para optar el Grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0038101.pdf>
6. Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Paidos.
7. Colegio Odontológico del Perú. Brigada Alerta Perú. *Colegio Odontológico del Perú*[Portal electrónica]. Recuperado de [http://www.cop.org.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=551%3Abrigada-alerta&catid=35%3Acontenido-esta&Itemid=248](http://www.cop.org.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=551%3Abrigada-alerta&catid=35%3Acontenido-esta&Itemid=248)
8. Costa, M. y Coy, E. (2000). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Piramide
9. De la Fuente-Hernandez, J., Sumano-Moreno, O., Sifuentes-Valenzuela, Mc., Zelocatecatl-Aguilar, A. *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental*. Universitas Odontológica 2010 Jul-Dic, 29(63):83-92.
10. Enciclopedia GER (1991). *Hábitos II. Psicología*. Recuperado de [http://www.canalsocial.net/ger/ficha\\_GER.asp?id=4318&cat=ciencia](http://www.canalsocial.net/ger/ficha_GER.asp?id=4318&cat=ciencia)

11. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud (2007-2008). *Programa de promoción y prevención en salud bucal, para niños y niñas pre-escolares*. Recuperado de [web.integra.cl/doctos\\_cedoc/archivos/documentos/MANUAL\\_SALUD\\_BUCA\\_L\\_2007\\_2008.pdf](http://web.integra.cl/doctos_cedoc/archivos/documentos/MANUAL_SALUD_BUCA_L_2007_2008.pdf)
12. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Bucal*. Recuperado de <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>
13. Gobierno del Perú. Ministerio de Educación (2017). *El Perú en PISA 2015. Informe nacional de resultados*. Lima: Oficina de medición de la calidad de los aprendizajes.
14. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud (2005). *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Recuperado de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/84\\_LINEPOLIPROMO.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/84_LINEPOLIPROMO.pdf)
15. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud (2006). *Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud*. Recuperado de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203\\_PROM30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf)
16. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. *Modelo de Atención de Salud Bucal*. Recuperado de [http://gycperu.com/descargas/1\\_Abril/MINSA\\_salud\\_bucal\\_pdf](http://gycperu.com/descargas/1_Abril/MINSA_salud_bucal_pdf)
17. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud (2007). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Recuperado de [bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000\\_pncs.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_pncs.pdf)
18. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad (marzo 2008). *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud*. Proyecto de investigación comisionada. Investigador principal: José M. Cortada Plana. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [www9.euskadi.net/sanidad/osteoba/datos/d\\_08\\_07\\_estilos\\_vida.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteoba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf)

19. Gobierno Regional de Lambayeque. *Plan de Desarrollo Regional Concertado de Lambayeque 2011-2021*. Recuperado de <http://siga.regionlambayeque.gob.pe/docs/ainformacion/130520111032521019306350.pdf>
20. Guzmán Díaz, R. (2005). *La teoría del conocimiento como ciencia empírica: Piaget y Rosenblueth*. Puebla, México: Elementos-ciencia y cultura. pp. 5-13
21. Guiofantes, S. (1996). *Salud y prevención desde el punto de vista psicológico*. España. Fundación MAPFRE Medicina. pp. 25-37
22. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación (quinta edición)*. México D.F.: McMraw-Hill. Recuperado de <http://www.esup.edu.pe/>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Primeros Resultados*. Lima: INEI, 2008.
24. Jiménez Ramos, F.S. (2005). ¿Qué entendemos por promoción de la Salud? . *Red Peruana de Alimentación y Nutrición* [Publicación virtual 002]. Recuperado de <http://www.rpan.org/publicaciones/pv002.pdf>
25. Kohatsu, N., Kenichi, A., Irakawa, K., Rosa, C. (2009). Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral, con el uso de multimedia, en adolescentes peruanos. *Revista Estomatológica Herediana*, 19(1), 31-38.
26. Lopez, R., Baelum V. (2006). Spanish versión of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* 2006, 6-11. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/11>
27. Manrique Tisnés, H. (2008). Saber y conocimiento: Una aproximación plural. *Acta colombiana de Psicología*, 11(2):89-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811209>
28. Martínez Marín, A. y Ríos Rosas, F. (2006). Los conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Cinta de Moebio* [en línea], marzo (25). Recuperado de <http://248.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>

29. Melgar, R. y Delgado, E. (2002). Conocimientos de la población de Lima metropolitana y el Callao acerca de medidas preventivas de salud oral. *Estomatología Integrada*, 3(1-2), 22-25.
30. Miñana, V.& Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (2011). Promoción de la salud bucodental. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13(51). Versión online ISSN 1139-7632. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>.
31. Organización Mundial de la Salud (2007). *Organización Mundial de la Salud* [Portal electrónica] / Centro de prensa / Notas descriptivas / Salud bucodental / Nota informativa 318. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factssheets/fs318/es/index.html>
32. Organización Mundial de la Salud (2015). *Organización Mundial de la Salud* [Portal electrónica] / Programas y proyectos / Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)
33. Organización Panamericana de la Salud. *Pan American Health Organization* [Portal electrónica] / Declaración de Alma-Ata. Recuperado de [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
34. Ortiz, F. (2007). Efectividad de un programa preventivo promocional, en el cuidado de la salud bucal durante la primera infancia, dirigido a madres primíparas de niños menores de seis meses. *Odontología pediátrica*, 6 (2), 9-18.
35. Patiño Torres, Mario (2006). Modelo Socio Cognitivo: Teoría educativa y de diseño curricular. *Medicina Interna, Educación y Comunidad*, 22(1),17-40. Recuperado de [www.svmi.web.ve/documentos/doc\\_files/Modelo%20sc%20Teoria%20Educ.pdf](http://www.svmi.web.ve/documentos/doc_files/Modelo%20sc%20Teoria%20Educ.pdf)
36. Pérez, L., Raygada, J., Collins, A., Mauricio, S., Felices, J., Jimenez, S- y Casas, J. (2008). Efectividad de un programa educativo en estilos de vida

- saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Médica. Perú*, 25(4), 204-209.
37. Producciones Cantabria S.A.C. (2009). *Atlas Geográfico, económico y Cultural del Perú*. Lima: Empresa Editora El Comercio S.A.
  38. Rangel, J., Lauzardo, G., Quintana, M., Gutiérrez, M. & Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(1). Versión On-line ISSN 1561-297X. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext).
  39. Revista Actualidad Odontológica y Salud. Comunidades libres de caries. Acción para la Salud Oral en las Américas. *Actualidad Odontológica y Salud* [Revista electrónica] / Promoción educativa. Recuperado de <http://www.actualidadodontologica.com/0908/articulo6.shtml>
  40. Rivas Navarro, M. (2008). *Procesos Cognitivos y Aprendizaje Significativo*. Madrid: BOCM
  41. Rojas, G. y Misrachi, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en odontoestomatología*, 20(4), 185-191.
  42. SACYL (2016). *Enfermero/a. Servicio de salud de Castilla y León*. Madrid: Editorial CEP S.L.
  43. Secretaría Técnica del Acuerdo Nacional (2004). *Acuerdo Nacional (3ra edición)*. Lima: Empresa Peruana de Servicios Editoriales S.A. Segraf – Editora Perú.
  44. Sosa Rosales, M. (2015). *Infomed, Red de Salud de Cuba* [Portal electrónico] / Promoción de Salud Bucodental y Prevención de Enfermedades. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>
  45. UNESCO (1997). *Declaración de Hamburgo*. Recuperado de <http://www.unesco.org/education/uie/confitea/pdf/con5eng.pdf>
  46. Vargas Aguilar, José A. (2008). *El paradigma Sociocognitivo como base del cambio en la cultura pedagógica: Análisis de una experiencia de intervención*

*regional*. (Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid).  
Recuperado de eprints.ucm.es/10324/1/T31413.pdf

47. Zas Ros,B. (n.d.). *Psicología Online [Portal electrónico] / La Prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevención/index.shtml>

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1



### UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ESCUELA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



#### INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION

Código

##### ❖ REGISTRO DE DETRITOS

- Valor o código 0: Ausencia de detritos o mancha en la superficie examinada.
- Valor o código 1: Presencia de detritos cubriendo no más de un tercio de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.
- Valor o código 2: Presencia de detritos cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.
- Valor o código 3: Presencia de detritos cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.
- Valor o código 9: Diente excluido del examen.

16/17 (v)	11/21 (v)	26/27 (v)	36/37 (l)	31/41 (v)	46/47 (l)	PROMEDIO

##### ❖ REGISTRO DE CÁLCULO DENTARIO

- Valor o código 0: Ausencia de cálculo supragingival
- Valor o código 1: Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de un tercio de la superficie examinada.
- Valor o código 2: Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.
- Valor o código 3: Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente.

16/17 (v)	11/21 (v)	26/27 (v)	36/37 (l)	31/41 (v)	46/47 (l)	PROMEDIO

#### ESCALA SUGERIDA PARA LA VALORACION DEL IHO-S

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Excelente	0
Buena	0.1 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Mala	3.1 – 6.0

## ANEXO N° 2



### UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ESCUELA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



#### INDICE COPD (DIENTES CARIADOS, OBTURADOS, PERDIDOS)

Código

Es un índice que se aplica a las denticiones permanentes. Cuantifica históricamente los dientes comprometidos con patologías cuando se desarrolla en una persona, e identifica la variabilidad de presentación de enfermedades cuando se desarrolla un promedio poblacional. Es decir clasifica el nivel de severidad en prevalencia de lesiones dentarias.

- COPD INDIVIDUAL: SUMA C + O + P
- COPD COLECTIVO: PROMEDIO COPD INDIVIDUAL

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN	DIENTES CARIADOS	
MUY BAJO	0.0 – 0.1	DIENTES OBTURADOS	
BAJO	1.2 – 2.6	DIENTES PERDIDOS	
MODERADO	2.7 – 4.4	<b>INDICE INDIVIDUAL</b>	<b>COPD</b>
ALTO	4.5 – 6.5	<b>INDICE COLECTIVO</b>	<b>COPD</b>
MUY ALTO	MAYOR 6.6	<b>CLASIFICACION</b>	

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN  
DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN  
EDUCATIVA



CUESTIONARIO:  
**SONRISAS SALUDABLES**

Código

**I. LEE ATENTAMENTE Y MARCA CON UNA ASPA ( X ) LA LETRA (v) SI CONSIDERAS QUE EL ENUNCIADO ES VERDADERO, O, LA LETRA (f) SI CONSIDERAS QUE EL ENUNCIADO ES FALSO**

1. La higiene oral en un bebe debe iniciarse antes de la erupción de los primeros dientes. ( v ) ( f )
2. Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado, el uso de hilo dental y enjuague bucal no ayudará a los hijos. ( v ) ( f )
3. El uso de hilo dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con pasta dental y cepillo. ( v ) ( f )
4. La higiene oral debe realizarse después de cualquier alimento. ( v ) ( f )
5. Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes. ( v ) ( f )
6. Las frutas, las carnes y la leche son alimentos cariogénicos. ( v ) ( f )
7. La posibilidad de tener caries aumenta con alimentos de mayor adhesividad. ( v ) ( f )

8. La capacidad de originar caries de cualquier alimento es mayor al ser consumido entre las comidas principales. ( v ) ( f )
9. Las tabletas masticables de vitamina C son identificadas como particularmente nocivas para la salud dental. ( v ) ( f )
10. La manzana es una fruta de acción detergente para la boca. ( v ) ( f )
11. Los problemas con los dientes, boca o prótesis dificultan morder adecuadamente los alimentos. ( v ) ( f )
12. Los problemas con los dientes, boca o prótesis deterioran el aliento. ( v ) ( f )
13. Los problemas con los dientes, boca o prótesis empeoran la digestión. ( v ) ( f )
14. La apariencia de los dientes, boca o prótesis influyen en la imagen personal. ( v ) ( f )
15. Las molestias dolorosas en la boca disminuyen las posibilidades de éxito en las oportunidades laborales y sociales. ( v ) ( f )
16. Los problemas con los dientes, boca o prótesis empeoran la salud general. ( v ) ( f )
17. Es necesario visitar al dentista aunque no tenga molestias en la boca. ( v ) ( f )
18. La consulta periódica al dentista permite detectar signos de diabetes. ( v ) ( f )

**I. LEE ATENTAMENTE LAS PREGUNTAS Y MARCA CON UNA ASPA ( X ) LA PALABRA (si) SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, O, LA PALABRA (no) SI TU RESPUESTA ES NEGATIVA.**

19. ¿Lleva cepillo y pasta dental al trabajo y/o estudio? (si) (no)
20. ¿Está atento a los cambios o problemas en su boca? (si) (no)
21. ¿Cambia cada tres meses su cepillo dental? (si) (no)
22. ¿Utiliza hilo dental en su limpieza diaria? (si) (no)
23. ¿Limpia su lengua en cada higiene oral? (si) (no)
24. ¿Evitas comer bocaditos regularmente entre comidas? (si) (no)
25. ¿Bebes como mínimo dos litros de agua diario? (si) (no)
26. ¿Incluyes rutinariamente fruta en tu alimentación? (si) (no)
27. ¿Evitas tomar con mucha frecuencia bebidas gaseosas? (si) (no)
28. ¿Te alejas de ambientes donde fuman o se drogan? (si) (no)
29. ¿Te preocupas por la apariencia de tu sonrisa? (si) (no)
30. ¿Te preocupas por la salud oral de tu familia? (si) (no)
31. ¿Usas la buena salud oral como instrumento importante en el desarrollo de metas y objetivos personales? (si) (no)
32. ¿Acude al dentista mínimo una vez al año? (si) (no)
33. ¿Aconseja visitar al dentista a las personas con quien vive o frecuenta? (si) (no)

ANEXO N° 4



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN  
DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN  
EDUCATIVA  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



YO, .....  
con Documento Nacional de Identidad  
N° ....., natural  
de ..... bajo firma declaro que:

código

- Acepto participar en la investigación "Estrategia educativa para la prevención y promoción de la salud dental en pacientes adultos de la Clínica Dental Cubana – sede Chiclayo", siendo realizada por el maestrante : Miguel Ángel Arámbulo Culqui.
- Acepto participar de las encuestas, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizan el secreto profesional, respetando la privacidad.
- Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado más no serán mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere cualquier perjuicio y/o gasto, se que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con la investigadora.
- Por último declaro que después de las respectivas aclaraciones realizadas consiento participar de la siguiente investigación.

Lambayeque ..... de ..... del 2012.

.....  
**Firma del Informante**

.....  
**Firma de la Investigador**