

RESUMEN

El presente documento contiene la investigación referida a la necesidad de implementar estrategias de promoción y prevención de salud oral de niños menores de 5 años en el kinder Norah G. de Zaballos de la localidad de Viacha ya que las medidas preventivas y curativas de salud oral son componentes importantes en el marco de atención en salud.

Para ello, se parte del principio de que la salud oral va mucho más allá del hecho de que las personas tengan una boca sana que les permita cumplir cómodamente las funciones más importantes y cotidianas. es decir, la masticación, la pronunciación correcta de palabras, la deglución y la estética. La importancia de la salud oral radica también en el hecho de que sea la puerta de ingreso para otras enfermedades o complicaciones para otros órganos del cuerpo humano, como el corazón o las articulaciones, constituyéndose en un foco infeccioso de alto riesgo para la salud física de los individuos.

Asimismo, se toman en cuenta las limitaciones del sistema odontológico, tanto público como privado para la atención preventiva en salud oral, primando el criterio curativo.

Para ello, se efectuó una investigación documental que permitió fundamentar la propuesta teóricamente, sustentando la propuesta en actividades similares desarrolladas en otros contextos, y tomando en cuenta los principales indicadores que permiten medir el éxito de tales propuestas.

Con este marco general se efectúa el diagnóstico individual de cada niño y niña, a fin de identificar las principales afecciones y diseñar un plan estratégico que involucre tanto a padres de familia, profesores y los mismos niños y niñas en edad preescolar.

INTRODUCCIÓN

A. Definición de la situación problemática

La prevención de las enfermedades es uno de los principios rectores de la estrategia de Atención Primaria a la salud, que puede ser instrumentada de acuerdo a las condiciones particulares de cada comunidad. Cada grupo poblacional tiene características propias que la distinguen de otros. Estas también le permiten estimar la probabilidad de riesgo por alguna enfermedad. “En nuestro país, donde no existe una cobertura institucional a nivel nacional que garantice la atención integral de la salud bucal de nuestros niños, los índices de prevalencia de caries son aún moderados, y tienden a decrecer. Sin embargo, se deduce que existen todavía necesidades terapéuticas acumuladas, lo que incrementa la importancia de una planificación cuidadosa del tratamiento”⁽¹⁾.

Las medidas prioritarias de prevención y curación de salud bucodental son componentes de importancia en el marco general de la atención de salud. La salud bucodental va mucho más allá del hecho de que las personas tengan una boca sana que les permita cumplir con funciones como la masticación, la pronunciación, la deglución y la estética. En realidad, es la primera porción del aparato digestivo y es a través de ella que se pueden adquirir enfermedades que afectan a otros órganos importantes como el corazón, las articulaciones, etc.

A fin de evitar que este aparato tan complejo albergue enfermedades que puedan afectar al ser humano, se tiene la prevención, la detección y el tratamiento de las caries dental y las enfermedades periodontales. La cavidad bucal es uno de los aparatos donde se instalan signos de variadas enfermedades. Existen también otras manifestaciones de carencias

nutricionales. Los problemas de mal oclusión y el cáncer de la cavidad bucal son otras patologías componentes del perfil de las enfermedades bucodentales.

La salud oral en la población boliviana es un tema que no recibe la suficiente atención del Estado ni de los ciudadanos. Una de las medidas habituales de los diferentes problemas dentales es la extracción de la pieza afectada sin que se valore la dentadura, siendo este problema algo habitual en las diferentes edades y estratos, pero sobre todo entre niños y niñas de las clases sociales bajas, debido al acceso limitado a los servicios de profesionales odontólogos y a la información requerida para la prevención de problemas bucodentales.

B. Planteamiento del problema científico

En base a lo anteriormente planteado, es necesario plantear la siguiente interrogante de investigación:

¿Será que la ejecución de una estrategia comunicacional educativa en salud oral, dirigido a los padres de familia y plantel docente, contribuya a disminuir los índices CEO (Dientes Cariados, extraídos y obturados) en los niños en edad preescolar del Kinder “Norah G. de Zeballos”, ubicado en el municipio de Viacha?

C. Contexto socioeconómico en el que se desarrolla la investigación

El Kinder “Norah G. de Zeballos” se halla ubicado en el municipio de Viacha, cuyos datos generales son los siguientes:

Ubicación

Viacha se halla situada geográficamente en el Altiplano central y norte de La Paz a 32 Km de la Sede de Gobierno (25'-30' de viaje) y de El Alto, a una distancia de 22 Km a 15'-20' de viaje ⁽²⁾.

Coordinación geográfica

Latitud Sur : 16° 18'

Longitud Oeste: 68° 28'

Temperatura Promedio

8° C

Altitud

3.853 msnm

Tabla 1
Población según sector y edad

	Sector	Total	Menores de un año	1 año	2-5 años
Municipio de Viacha	Viacha	28.300	534	569	2037
	Florida	8084	153	163	582
	V remedios	3537	67	71	251
	Chacoma I. G.	3031	57	61	216
	Jalsuri	1917	39	39	128
	Coniri	2526	48	51	182
	Hilata centro	2021	38	41	145
	Collagua	1107	21	22	80
	Qorpa	2928	57	58	212
	Sullkatiti Kh.	2519	47	51	181
	Chama	2139	40	43	154
	San Andrés M.	2708	51	54	195
	Jesús Machaca	3191	60	64	230
	Sto. Domingo	1294	24	26	93
	Laquinamaya	1386	26	28	100
	Villa Pusuna	1607	30	32	116
	Conchacollo	915	17	18	66
	Total	69210	1306	1391	4980

Fuente: Gobierno del Municipio de Viacha, 2003

Idiomas

En la ciudad urbanizaciones, castellano- aymaras y poco de quechua en los Distritos 1-2 y 7

Área Rural: Aymará, Castellano en el Distrito 3-5 y 6.

Área Rural: aymará, castellano, puquina (Iruhito Urus), Distrito 4.

Economía

Ganadería: Ovinos, camélidos, vacuno y porcino

En granjas: conejos y pollos.

Factoría doméstica: lácteos y quesos.

Pejerrey, Karachi, trucha

Papa y derivados, oca, haba, quinua, alfalfa y cebada

Existen carpas solares con buenos resultados que producen variedad de siembras

Turismo

Área Urbana:

Distrito 1. - Templo Colonia de San Agustín, obra iniciada en 1828, inaugurado en 1840, al servicio en 1842.

Distrito 2: Puente Colonial de Kalachaka desde antes del Coloniaje, los Campos pantanosos de Wajrapila.

Distrito 3: Santuario de Letanías, Campos de Ingavi y el Cerro de Pan de Azúcar (trinchera en 1841).

Distrito: Templo Colonial de Jesús de Machaca, Ruinas de Wankani (propios de la Cultura Aymará).

Distrito 4: Templo Colonial de San Andrés de Machaca.

Distrito 5: Templo Colonial de San Andrés De Machaca.

Distrito 7: Su laguna protegida de árboles con lanchas cómodas listas para un pequeño paseo.

D. Antecedentes del problema

La salud, al ser uno de los elementos más importantes del desarrollo humano, requiere toda la atención de parte del Estado y de la sociedad en su conjunto, ya que sólo con miembros sanos y productivos, además de educados y adiestrados, un país puede aspirar a mejorar sus condiciones materiales de existencia. En este contexto, se identifican principalmente tres factores que permiten que una sociedad reciba atención en salud de calidad: recursos humanos, insumos médicos e infraestructura. Pero, estos tres componentes, incluso coherentemente articulados, no permiten mejorar la situación de la salud si no se cuenta con una gerencia consistente y que permita alcanzar los objetivos de largo plazo.

En el campo de la salud oral, es necesario incorporar diferentes estrategias que permitan preservar el buen estado de salud de la población que no tiene afecciones dentales, así como restituir la salud deteriorada de las personas afectadas. La población del país en su conjunto debe recibir la asistencia médica que le permita mejorar sus condiciones de vida, tomando en cuenta sus necesidades de bienestar físico.

En este sentido, una revisión de los datos estadísticos disponibles permiten señalar que en la gestión 2003, sólo se presentaron 1.098.057 consultas odontológicas nuevas y 634.014 consultas repetidas en todo el país ⁽³⁾, lo cual es un indicador de la escasa atención que le dan la población y las propias instituciones sanitarias a la salud oral en nuestro país. Además, tenemos el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el estado de la salud oral en Bolivia, que señala: “En la población de 12 años, la prevalencia de caries no

tratada fue 84,6% en 1998. En esa misma edad, el índice CPO-D fue de 4,7, el 93% a expensas del componente caries”⁽⁴⁾.

El problema de la salud oral se presenta en todo el territorio nacional. Así, retomando una nota periodística del matutino Jornada, tenemos que “De cada 10 personas en el país, 7 tienen problemas de caries múltiples. El mayor porcentaje de caries múltiples se encuentra entre los 4 y 5 años en cuanto al índice CEO se refiere. El índice CPO se presenta en mayor severidad entre personas que se encuentran entre los 14 y 15 años”⁽⁵⁾.

En el caso del departamento de La Paz, tenemos 385.426 consultas nuevas y 200.257 consultas repetidas, lo cual también es un índice bajo de consulta a los servicios de odontología. Por tanto, observamos un desinterés peligroso en la población y una negligencia también alarmante de las instituciones.

En el caso del municipio de Viacha, tenemos alrededor de 12.520 consultas nuevas y 6.800 consultas repetidas⁽⁶⁾. En el caso de la población infantil en edad preescolar, la situación era sumamente negativa hasta las pasadas gestiones, cuando, pese a la implantación del Seguro Básico de Salud a partir del 31 de diciembre de 1998, no se dio cobertura a la población preescolar del municipio, ya que la Distrital no mostró interés por brindar atención a los niños y niñas menores de 5 años que no fueran beneficiarios de los asegurados.

La situación no mejoró con la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil, aprobado el 21 de noviembre de 2002, que reemplazó al Seguro Básico de Salud y amplió la cobertura y las prestaciones a la población del país. Sin embargo, la ley no contó con el respaldo institucional del Distrito de Viacha, donde los funcionarios e incluso el director del policlínico Viacha desconocían el texto de la ley y su alcance, lo cual impidió que se diera cobertura a toda la población señalada en esta norma.

Por tanto, fue necesario –e incluso imprescindible– contar con una estrategia comunicacional que diera a conocer a la población del municipio de Viacha acerca del Seguro Universal Materno Infantil y las prestaciones en el servicio de Odontología de la Caja Nacional de Salud.

E. Justificación teórica del estudio

Los niños de las zonas rurales del país que viven en situación de pobreza están expuestos a un mayor riesgo de sufrir enfermedades. También se evidencia una falta de conocimientos del ciudadano en el hogar sobre las técnicas de prevención, la programación de una dieta adecuada, la importancia al cuidado e higiene de la boca, lo que da lugar a la aparición de caries, permitiendo el avance y la producción de infecciones que obligan a la extracción de piezas dentales, extracciones que podrían evitarse en caso de contar con la suficiente información sobre los riesgos a que se ven expuestas la cavidad bucal y las piezas dentales.

Se tiene como consecuencia el hecho de que un niño con caries dental no se alimenta adecuadamente, no participa en los juegos debido al dolor, por lo que se alteran su crecimiento y desarrollo psicosocial.

El motivo por el cual se plantea este estudio es contribuir a mejorar la salud dental, especialmente de los dientes temporarios, ya que guardan espacio para los dientes permanentes y así los niños no sufran una mala posición dentaria.

Este estudio se fundamentará básicamente en la aplicación de encuestas y cuestionarios a los padres de los niños menores de 5 años que están dentro del programa del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Con esta investigación se pretende contribuir a la disminución de la incidencia de caries dental en los niños menores de 5 años, con la participación de las dependencias estatales de salud como ramas afines a la salud Integral de la

persona, educación, autoridades del municipio de Viacha y población en general, tomen conciencia, acerca de la magnitud del problema y actúen con responsabilidad para satisfacer esta necesidad creciente y determinen la practica de las políticas de Salud, viendo una realidad que se vive a diario en el consultorio dental, en especial en niños que provienen de familias de escasos recursos.

F. Objeto de la investigación

El objeto de la presente investigación lo constituyen los índices elevados de salud oral de dientes cariados, perdidos, y extracción indicada y obturado (índice CPEIO) y la prevalencia de enfermedades bucodentales en la población de niños y niñas de 4 a 5 años en el municipio de Viacha del departamento de La Paz.

G. Campo de acción de la investigación

El campo de acción de la investigación lo constituyen los problemas de salud oral que presentan niños y niñas de 4 a 5 años, quienes se encuentran en edad preescolar del Kinder Norah G. de Zeballos del Municipio de Viacha, por medio de una acción directa después de efectuar el diagnóstico clínico dental de los menores y las hábitos de higiene bucal en la familia.

H. Objetivos de la investigación

H.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia comunicacional educativa en salud oral, dirigido a los padres de familia y plantel docente del Kinder “Nora G. de Zeballos” del municipio de Viacha, el cual contribuya a disminuir los índices CEO (Dientes Cariados, extraídos y obturados) en los niños en edad preescolar.

H.2 Objetivos Específicos

- Identificar los índices CEO, dientes cariados, extraídos y obturados en la población objeto de estudio.
- Desarrollar una estrategia comunicacional educativa en base a la salud oral.
- Determinar los resultados obtenidos en base a la ejecución de la estrategia comunicacional educativa en salud oral, para la disminución de los índices CEO.

I. Planteamiento de la Hipótesis

LA EJECUCIÓN DE UNA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL EDUCATIVA EN SALUD ORAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA Y PLANTEL DOCENTE, CONTRIBUIRÁ A LA DISMINUCIÓN DE LOS ÍNDICES CEO (DIENTES CARIADOS, EXTRAÍDOS Y OBTURADOS) EN LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR DEL KINDER NORA G. DE ZEBALLOS ESTABLECIDO EN EL MUNICIPIO DE VIACHA.

Variable Independiente

Ejecución de una estrategia comunicacional educativa en salud oral

Variable Dependiente

Disminuir los índices CEO (Dientes Cariados, extraídos y obturados), en los niños en edad preescolar

Variable Interviniente

Padres de Familia y plantel docente

Variable Moderante

Kinder Nora G. de Zaballos del Municipio de Viacha.

J. Métodos

J.1 Métodos teóricos

- Revisión bibliográfica
- Revisión de fuentes electrónicas

J.2 Método empírico

- Encuesta
- Ficha colectiva
- Rotafolios
- Macromodelos
- Charlas educativas de información

J.3 Instrumentos de recolección de datos

- Formulario de preguntas aplicado a los padres de familia de niños menores de 5 años.
- Fichas de investigación documental

K. Universo y muestra

K.1 Universo

384 niños y niñas menores de 5 años de edad.

K.2 Muestra

Se tomaron los mismos 384 niños y niñas referidos en el universo, por lo que no es necesario presentar un procedimiento de selección de muestra.

L. Alcances y aportes

L.1 Alcances

La presente investigación es un apoyo para los niños menores de 5 años, para luego extender la información y los beneficios a toda la población infantil del municipio de Viacha.

L.2 Aportes

El principal aporte fue para la salud pública, al haberse proporcionado información dirigida a las familias de Viacha, a fin reducir los índices de problemas y enfermedades bucodentales, el cual se realizó en la gestión 2003.

M. Materiales

M.1 Material odontológico

10 espejos bucales
10 pinzas
10 sondas exploradoras
5 periodontómetros
200 baberos desechables
200 pares de guantes desechables
4 riñoneras metálicas
1 paquete de algodón

M.2 Material de limpieza

DG-6
Jaboncillo
Detergente
Toalla

M.3 Material de escritorio

Formularios de registro
Historias clínicas
500 hojas tamaño oficio
Borradores
Tajador
Fotocopias
Computadora
Impresora
Disquetes
Tinta

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Comunicación

"El término comunicación debe reservarse a la interrelación humana, al intercambio de mensajes entre los hombres, sean cuales fueran los aparatos intermediarios utilizados para facilitar la interrelación a distancia".⁽⁷⁾

De esta forma, la comunicación puede estar definida como un acto que permite a los seres crecer y ser, porque es por intermedio de la comunicación que la persona humana logra definirse como tal, ser uno mismo, desarrollarse, decir lo que piensa y siente, favoreciendo el desarrollo interpersonal y social.

"La comunicación no se refiere solamente al acto de hablar. Se puede pasar el día hablando pero sin comunicar nada, porque la comunicación implica escuchar; una ida y una vuelta del mensaje. También a veces el silencio es comunicación"⁽⁸⁾.

Mediante la comunicación se establece el contacto con alguien; transmitiendo un mensaje y recibiendo a la vez; se expresan experiencias, ideas o sentimientos; percibiendo lo que se requiere, necesidades y problemas de los demás.

De esta manera, la comunicación supone un intercambio, interacción, transmisión, flujo, transferencia de una estructura entre un punto y otro en el espacio y en el tiempo.

Por todo lo expuesto anteriormente, y la posición manifestada por Pascuali se puede definir que la "comunicación es la relación comunitaria humana consistente en la emisión-recepción de mensajes entre interlocutores en estado de total reciprocidad, siendo por ello un factor esencial de convivencia y un elemento determinante de las formas que asume la sociabilidad del hombre"⁽⁹⁾.

1.1.1 Comunicación Humana

Según la teoría presentada por De Fleur ⁽¹⁰⁾, la comunicación humana presenta cinco perspectivas o pilares en los cuales se basa, entre éstos se encuentra que:

- ❑ Toda comunicación es un proceso semántico puesto que necesita el uso de símbolos y reglas para cualquier comunidad de lenguaje.
- ❑ Proceso neurobiológico, donde los símbolos son registrados en la memoria de las personas y el sistema nervioso es el encargado de recuperar las experiencias de esos significados.
- ❑ Es también un proceso psicológico, puesto que son dados y adquiridos a un individuo mediante un proceso de aprendizaje y estos significados constituyen la percepción de mundo y su respuesta ante él.
- ❑ La comunicación humana es un proceso cultural puesto que el lenguaje es el conjunto de normas culturales, es el grupo de gestos, símbolos, etc. que poseen interpretaciones y significados compartidos.
- ❑ Es un proceso social, donde los seres humanos son capaces de interactuar entre ellos, construyendo significaciones, mediante el intercambio simbólico desempeñan roles, comprensión de las normas de un grupo, sanciones sociales, etc."

La comunicación es fundamental para los procesos psicológicos y sociales. En este sentido la comunicación se convierte en el encuentro libre de los semejantes que buscan descubrir a la otra persona; como menciona Paulo Freire "...la comunicación liberadora, consiste en la palabra viva que es el lugar de reconocimiento del otro y de nosotros mismos, donde asumen un

compromiso de construir y colaborar a la construcción de un mundo común en el cual van creciendo como personas críticas de conciencia humana y no de conciencias vacías”.

Por otra parte, en el caso de la manifestación de Gusdroff sostiene que “la comunicación se basa en el intercambio informativo entre uno y otro, donde se va descubriendo el sentimiento humano, la falta de comunicación sería imposible el relacionamiento como también la existencia propia del ser”⁽¹¹⁾.

Dentro de la comunicación humana, según Santoro, los niveles más significativos son los siguientes:⁽¹²⁾.

- **La comunicación intrapersonal**

Se utiliza para hacer referencia a procesos recepción, procesamiento, transformación de información y sistemas de símbolos. Esta forma de comunicación supone el intercambio de mensajes del sujeto consigo mismo. Es a la vez receptor y emisor.

En un sentido más riguroso, la comunicación intrapersonal refiere a la totalidad de los procesos psicológicos de naturaleza simbólica, conscientes o inconscientes, mediatos o inmediatos, reactivos, reproductivos o productivos.

- **La comunicación interpersonal**

El nivel más alto de la comunicación interpersonal, es aquella que se efectúa entre dos personas, ésta puede variar en términos de la direccionalidad (uni o direccional), comunalidad del código (nula, parcial, total), la finalidad (información, afecto, juego), el grado de interacción (superficial, profundo), la duración (temporal, permanente), la novedad. El contexto en el que se realiza el acto comunicacional modula los distintos aspectos.

- **La comunicación grupal**

Ésta forma de comunicación se produce en un agregado de personas en interacción personal, reunidos en un espacio, en condiciones específicas de espacio y tiempo, con metas comunes.

Los miembros del grupo se perciben como tales y poseen sentimientos de cohesión y pertenencia. Entre ellos se establecen relaciones mutuas compartidas respecto a las actitudes, creencias, afectos, intereses, motivaciones, etc. No se considera como grupo a la simple reunión ocasional de individuos.

- **La comunicación de masas**

Ésta, se caracteriza por no depender de los mecanismos y decisiones individuales o de pequeños grupos, sino por un proceso de dependencia y determinación de estructuras sociales, políticas, económicas. El sistema de comunicación queda integrado y se hace dependiente de la estructura social. El emisor no es un individuo, es una institución compleja en la cual operan mecanismos específicos de recopilación, procesamiento y difusión de la información, condicionados por agentes sociales globales de tipo económico, político, histórico, social, etc.

1.2 Comunicación y Educación

La comunicación tiene un estrecho relacionamiento con la educación, ya que con éste se puede transmitir enseñanzas, puntos de vista, criterios que posteriormente serán percibidos por una amplia gama de receptores, de tal manera, la comunicación siempre tendrá una implicancia educativa, lo que establece su importancia dentro de una comunidad. Las formas de llegar a éste serán mediante la comunicación, específicamente por medios de comunicación.

Buscando una pedagogía sobre educación y comunicación surge la interrogante de conocer sus conceptos y su relación, es por eso que aquí se realiza una pequeña descripción para poder tener un panorama más claro de este tema.

"Educación es un proceso formativo, que prepara para asumir conocimientos y orienta hacia una visión crítica y transformadora" ⁽¹³⁾.

En este sentido la comunicación busca también crear espacios para que las personas desarrollen actividades donde se muestre un cambio crítico de actitudes frente a los hechos de la vida en el contexto político, social, económico y otras.

De esta manera se puede decir que la Comunicación cumple un rol muy importante para los sectores sociales (receptores) siendo éste un medio que influye en las personas se debe tener cuidado en los mensajes que se emiten.

1.2.1 Relación entre Comunicación y Educación

1.2.1.1 Educación para la Comunicación

La educación ha dejado de ser un asunto exclusivamente pedagógico, un problema solo de educadores y que a su vez la educación contribuye en gran medida a la comunicación ya que éste apoya a la formación de la conciencia, modos de pensar, actitudes y opiniones de los sujetos.

Mario Kaplun comenta "...cuando hacemos comunicación educativa, estamos siempre buscando, de una y otra manera, un resultado formativo" ⁽¹⁴⁾. Es decir que se debe tomar muy en cuenta las bases de la comunicación popular, continua citando "Es bueno, entonces, que comencemos aclarándonos como vemos a la educación; que concepción de educación subyace en nuestras prácticas de comunicación" ⁽¹⁵⁾.

Anteriormente se mencionada que la comunicación y la educación se encuentran ligados en su forma de difusión, en ella se puede encontrar diferentes formas que conllevan su propósito, teniendo los siguientes puntos:

a. Educación Formal

Se relacionan con las normas y certificaciones estipulados por el sistema educativo nacional. Proporcionan una segunda oportunidad para los adultos que no tuvieron acceso al sistema escolarizado, o que lo abandonaron permanentemente; de esta manera, el estudiante puede obtener una acreditación oficial de su grado escolar que le permite, si así lo quiere, continuar con sus estudios en el sistema escolarizado.

b. Educación No Formal

Son fruto de una actividad organizada y sistemática que se realiza fuera del sistema escolar formal para brindar un aprendizaje muy definido y que responde a necesidades precisas de la comunidad; tienden a favorecer la aplicación inmediata y directa de los conocimientos adquiridos.

c. Educación Informal

Constituyen un proceso permanente sin organización especial gracias al cual toda persona adquiere conocimientos, aptitudes y actitudes mediante el contacto con determinados programas que, sin pretender educar liberalmente, son considerados “educativos” por los escuchas.

1.3 Comunicación e Información

De forma resumida se puede decir que la información es simple y llega a través del medio elegido, de modo frío y estático, sin pretensión de respuesta. Sin

embargo, la comunicación logra esa corriente de ida o vuelta, con la que se puede permitir una identificación o integración, entre el emisor y el receptor. O sea, entre la Institución y sus públicos. La comunicación en este caso sería un diálogo entre las instituciones y sus públicos ⁽¹⁶⁾.

Los temas de actualidad sugieren detenernos y hacer una serie de interrogantes, y es ahí donde Antonio Pasquali se pregunta ¿Constituye el desarrollo de la comunicación un reto a la libertad de información? ⁽¹⁷⁾.

Tanto la comunicación, como la información van muy relacionadas una con otra puesto que ambas se resumen en una "libertad de expresiones". Pascuali continúa citando "La libertad de información no puede originarse sino allí donde la libertad de opinión esta garantizada" ⁽¹⁸⁾. Concluye que éstas son inseparables y que es casi imposible que esta situación se haya dado por completo en alguno los países latinoamericanos. No es cuestión de abrir espacios para que la gente se exprese libremente, bajo parámetros de respeto y comprensión, se trata de crear en todas las personas una conciencia crítica para que utilicen estos espacios de una manera libre, justa y sin la formación de grupos "elite".

Otro aspecto que se debe considerar es que en todo proceso comunicacional existen los llamados ruidos comunicacionales, que interfieren con la verdadera significación de lo emitido pudiendo romper con la armonía del contexto.

1.3.1 Procesos comunicacionales

El diccionario define "proceso" como "cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo como cualquier operación o tratamiento continuos" ⁽¹⁹⁾.

Asumiendo este concepto, se considera los acontecimientos y las relaciones como dinámicos, en un constante devenir, eternamente cambiantes y continuos. Si se define algo como proceso, también se está significando que este algo carece de principio, de fin, o de una secuela fija de acontecimientos; que no es estático, no descansa; que se halla en movimiento.

La teoría de la comunicación refleja un concepto de proceso. Un teórico de la comunicación rechaza la posibilidad de que esté constituida por acontecimientos o componentes que puedan ser separados de todo otro hecho o componente. Sostiene que no es posible hablar ni del principio ni del fin de la comunicación, o decir que una idea determinada proviene de una fuente específica y que la comunicación se produce de una sola manera.

Cuando se trata de hablar o describir sobre un proceso como el de la comunicación, nos enfrentamos por lo menos a dos problemas. En primer lugar, se tiene la dinámica del proceso, así como se detiene el movimiento para tomar una fotografía, de la misma se puede sacar observaciones muy útiles, pero se cometerá un error si se olvida que la cámara no reproduce en forma completa los objetos fotografiados. La fotografía es una representación del hecho, no es el hecho en sí. En segundo lugar, es importante tomar en cuenta la necesidad de tener que hacer uso del lenguaje, la forma en que ha sido usado por la gente a través del tiempo, lo que se constituye como un proceso ya que es cambiante y está sujeto al devenir, pero a pesar de ello, la cualidad del proceso del lenguaje se pierde cuando se convierte en letra escrita. Los signos de la escritura son sobre el papel, una forma de registrar el lenguaje, una imagen de éste, son fijos, permanentes y estáticos.

Si se tiene el concepto de proceso bien definido en la mente, se puede sacar provecho de un análisis de los componentes de la comunicación, elementos que parecen necesarios (sino suficientes) para que se produzca ésta. Se debe prestar atención a elementos como: **¿Quién, por qué y con quién se está**

comunicando? Se tiene que considerar las distintas formas de conducta en la comunicación: los mensajes que se producen y qué es lo que la gente está tratando de comunicar. Se debe examinar los medios de comunicación, es decir, los canales que utiliza la gente para hacer llegar sus mensajes a sus auditores, a sus lectores.

Para Moles, los elementos de la comunicación son: Un emisor, un receptor, un canal y el mensaje. "Por su naturaleza, estos elementos pueden ser físicos o naturales, sociales o humanos" ⁽²⁰⁾. Bajo este punto de vista el proceso de la comunicación sólo puede ocurrir cuando el emisor y el receptor poseen lenguaje común, en otros términos el emisor y el receptor deben tener en común un cierto número de signos y de comunicaciones, o sea ambos tienen que conocer y comprender aquello de lo que se está hablando, de lo contrario el acto comunicativo será trunco e ineficaz.

1.3.2 Comunicación Masiva

En el presente estudio, se analiza a un programa radial, el mismo tiene una cobertura masiva, por tal razón, es necesario identificar la concepción clara y oportuna del significado de comunicación masiva, siendo que la importancia de éste radica en que está dirigida a una masa uniforme, donde la información es transmitida por un medio como la radio.

De esta manera, los medios de comunicación desarrollan un importante rol en la información, educación, orientación y esparcimiento de la población, dado que su impacto genera diversas corrientes de opinión y en la formación de las personas que se manifiesta en la conducta que asumen frente a determinados hechos o en las diferentes actividades que desarrollan diariamente.

La comunicación de masas, se encuentra relacionada al hecho que un solo emisor habla a un gran número de receptores, como un líder a la masas o un

profesor en clase. La comunicación por difusión se amplía con los medios de comunicación masiva, en donde un emisor único, por medio de los canales técnicos (televisión, radio, prensa), difunde mensajes a millones de receptores. Con frecuencia, el emisor y el receptor no comparten realmente más que una fracción de lo que se recibe y se establece una comunicación sólo parcialmente efectiva; en otras palabras, no existe retroalimentación en la mayoría de los casos.

Este es un nivel muy complejo, que no depende de características, mecanismos y decisiones individuales o de pequeños grupos, sino se encuentra ligado a una estructura social, política, económica. El sistema de comunicación queda integrado y se hace dependiente de la estructura social.

"La comunicación de masas es un fenómeno que si bien tiene características generales, debe analizarse en términos de la realidad específica en la cual existe. En principio y de una manera esquemática, el agente emisor es una organización o institución que tiene como propósito el hacer disponibles bloques de mensajes a grandes grupos de personas, heterogéneas, dispersas en el espacio y en el tiempo, utilizando recursos tecnológicos complejos y sistemas administrativos institucionalizados. Las instituciones de comunicación pueden actuar directamente o ser intermediarios de otras agencias (económicas, políticas, etc.) a quienes presta servicios" ⁽²¹⁾.

La fuente principal de la comunicación de masas es una organización o una persona institucionalizada, esto se refiere, a un periódico, estación transmisora de televisión, un estudio de cine, un libro o editora de revistas.

"La organización funciona igual que un comunicador individual. Opera como decodificador, intérprete y codificador. Por ejemplo en un periódico la información que será codificada fluye a través de los cables noticiosos y de los reporteros. Se evalúa, se comprueba, se amplía en donde sea necesario, se escribe una historia

de relación con ella, se le da título, se decide en qué lugar aparecerá, se imprime y se distribuye. Es el mismo proceso que se lleva a cabo en un comunicador individual... los destinatarios de la comunicación masiva son las personas que están al otro lado de estos canales, enterándose de las noticias en el periódico, hojeando las revistas o un nuevo libro, viendo una película, o sintonizando diferentes estaciones de radio. Esta situación receptiva es muy distinta a la comunicación frente a frente, y esto se debe a que hay muy poca retroalimentación de parte del receptor al emisor" (22).

Por lo tanto, se puede definir a la comunicación masiva, como la acción por la cual un "único" emisor se dirige hacia gran número de receptores.

1.4 Estrategias de comunicación

Como se había mencionado anteriormente, la comunicación es "...el proceso de interrelación humana mediante el cual se transmite información a través de signos con un significado definido y la intención de participar ideas con el fin de persuadir" (23).

Los aspectos claves de esta definición son:

- 1.- La comunicación es un proceso.
- 2.- Transmite información.
- 3.- Mediante signos.
- 4.- Con la intención de comunicar ideas.

Es esencial pensar en la comunicación como un proceso, pero como ya hemos definido el concepto de comunicación, veamos qué se entiende por proceso.

Aquí se indican siete definiciones de proceso que se expresan en distintos términos, pero que coinciden en significado. Proceso es:

- ◆ La serie de fases de un fenómeno.
- ◆ Todo lo que varia con el tiempo.
- ◆ Una operación o tratamiento continuo.
- ◆ Una serie de acciones o de operaciones siempre en movimiento.
- ◆ Cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo.
- ◆ Un sistema cuya característica es el constante cambio.

De manera que “la comunicación no es una entidad estática arreglada en el espacio y en el tiempo, sino un proceso dinámico”⁽²⁴⁾, y cuando nos referimos al proceso, es necesario detenernos en su dinámica si queremos analizarlo.

“Para comunicarnos eficazmente necesitamos estar familiarizados con el proceso de comunicación y con todos los demás factores que en él intervienen. El conocimiento de estos factores puede ayudarnos a plantear y analizar situaciones, resolver problemas y, en general, hace mejor las cosas”⁽²⁵⁾.

Los elementos del proceso están en continuo movimiento relacionándose entre sí, y todos estos componentes y factores de la comunicación se hallan entrelazados. Cuando nos comprometemos a considerar la comunicación como proceso, no podemos excluir a ninguno de ellos, o toda la estructura se desmoronará.

La comunicación es un proceso inevitable, irreversible y continuo. Es inevitable porque donde se requiere progreso debe haber transmisión de significados. Es irreversible porque, una vez que se ha realizado, no puede darse igual en dirección contraria, pues aunque se dé una respuesta, la consideramos como un paso más de avance en el proceso.

Además, como dijimos, la comunicación es un proceso continuo. Éste es un factor que la caracteriza, pues para que pueda ser un proceso requiere que se mantenga en movimiento.

Sin embargo, para su estudio es necesario detener el proceso y dividirlo en sus partes, conocer cada una, ver las relaciones que guardan entre sí e integrarlas nuevamente para comprender mejor el proceso de comunicación.

A la información que se transmite cuando nos comunicamos se le conoce como mensaje. Éste tiene gran valor pues se define como la información que está siendo transmitida. El mensaje es el núcleo de la comunicación y el resto de los elementos del proceso realizan su función en relación directa con éste.

- **Manual de comunicación oral**

Muchos autores piensan que el ruido es un elemento que influye principalmente sobre el mensaje, aunque otros creen que también puede afectar a la fuente, como al codificador, el emisor, el mensaje, el canal, el receptor y la retroalimentación.

- **Niveles de comunicación**

La comunicación que ocurre cara a cara es distinta de la comunicación a través de la televisión, la que se da en un grupo es diferente de la que establecemos con una sola persona.

Pero primero mencionaremos los seis tipos de comunicación y después explicaremos cada uno de ellos.

1. Comunicación intrapersonal
2. Comunicación interpersonal

3. Comunicación de grupo
 4. Comunicación organizacional
 5. Comunicación masiva
 6. Comunicación intermedia
- **Características de los niveles de comunicación**

Comunicación verbal.

Como su nombre lo indica, es la que usa palabras para dar un mensaje y se subdivide en comunicación escrita y comunicación oral o hablada. Mientras la comunicación escrita da en caracteres que podemos leer, la comunicación oral se manifiesta en palabras que podemos escuchar.

Comunicación no verbal

Es la transferencia de significados sin la intervención de sonidos o palabras, y se lleva a cabo por movimiento corporal (posturas, gestos, ademanes), la proxemia (uso del espacio físico), olores que estimulan al olfato y la sensibilidad de la piel al tacto y al calor.

1.5 Modelos de Comunicación

El interés por la comunicación a producido muchos modelos del proceso, descripciones, listas de ingredientes, etc., y por supuesto, estos modelos difieren.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, un modelo es “la representación en pequeño de alguna cosa”⁽²⁶⁾.

El modelo verbal de Laswell consiste en preguntar:

“¿Quién dice /qué / por qué canal / a quién / y con que efecto?”

A continuación se presenta el mismo modelo esquematizado con los términos equivalentes a cada elemento.

¿Quién dice?	→	Emisor
¿Qué?	→	Mensaje
¿Por qué canal?	→	Canal
¿A quién?	→	Receptor
¿Con qué efecto?	→	Respuesta o retroalimentación

El lenguaje forma una parte del soporte de la comunicación, y se dice “una parte” porque es un proceso más complejo que requiere otras aportaciones. El lenguaje, ya sea hablado o escrito o en cualquier otra forma de expresión, es el esquema representacional del mundo que cada uno construye en función de su propia experiencia de vida y de la percepción que tiene de ella. Percepción que se encuentra distorsionada en cada uno de nosotros a través de los filtros mentales que aplicamos como consecuencia de nuestras propias interpretaciones.

Sólo podemos comunicarnos cuando hay una actitud presente y activa en el escuchar y transmitir, es decir, cuando el proceso es entender, comprender y participar de ese momento actual, sin contaminarlo con tiempos pasados o futuros y con la intención de llegar a una idea mejorada a través de las diferentes ideas de partida.

1.5.1 Esquema de comunicación

En todo proceso comunicacional, ya sea entre dos o más personas siempre nos vamos a encontrar los siguientes componentes:

EMISOR → MENSAJE → RECEPTOR

La dirección del proceso va variando en función del cambio de papeles o roles de los participantes en el mismo, así el emisor (el que habla) será también receptor (el que escucha) cuando se le devuelva el mensaje (contestación o idea nueva frente a lo que se dice o habla) de la misma manera, el receptor se convierte en emisor al hablar o expresarse.

Pero como decíamos al principio, interviene en este proceso algo más que lo que se dice. Es muy importante el como se dice, ya que “Las investigaciones concluyen que un 7% de la comunicación son las palabras (lo que decimos). El 55% corresponde a una parte no-verbal que son los gestos, movimientos del cuerpo y postura, y el 38% restante corresponde a la parte paralingüística, el ritmo, velocidad, vocalización, volumen, pausas. etc. que realizamos al hablar”⁽²⁷⁾.

Cuidar estos aspectos en el proceso de interacción comunicacional, es como puede deducirse, de gran valor para entender y expresar lo que realmente se quiere transmitir, creando coherencia entre lo que decimos (palabras) y cómo lo decimos.

1.5.2 Localización y enumeración de los posibles problemas que surgen en este proceso

La comunicación no consigue su finalidad debido a algunos problemas que se pueden presentar en cada elemento del proceso o en varios elementos a la vez.

Problemas del emisor:

- Inhibe la comunicación.
- Se comunica de forma inadecuada.
- Deja de comunicarse por miedo a la reacción que pueda suscitar

Problemas en el mensaje:

- No es concreto
- No es claro
- No es operativo, presenta ambigüedad, difícil vinculación a la realidad.
- No se encuentra dentro del contexto, es irrelevante, carece de significación en ese momento.

Problemas del receptor:

- No escucha.
- No presta atención.
- Hace interpretaciones propias, sesgando el mensaje y no pide aclaraciones al respecto.
- No reconoce los mensajes positivos que se expresan.

Para mantener una conversación fluida hay puntos básicos como:

- Hacer preguntas.
- Dar información gratuita y adicional.
- Escuchar.
- Cambiar de tema, tomar la palabra, pasar la palabra, etc
- Cerrar la conversación oportunamente.

Para que nuestra conversación sea constructiva, no utilizaremos en ella un lenguaje acusador, pedante o repetitivo. Si deseamos resolver un problema hay que escuchar los diversos enfoques y puntos de vista que los otros tienen del mismo, comunicarse es aceptar el criterio de los demás, conseguir llegar a acuerdos satisfactorios para todos, cada uno de nosotros cree ser quien lleva razón y posiblemente la tiene en función de su experiencia, interpretación de la realidad, conocimiento y contexto en que se desenvuelve. Ahora bien, como cada cual cree lo mismo, las opiniones no pueden tomarse de forma absoluta sino referidas a las variables individuales de cada uno.

Por tanto, en la comunicación buscaremos en un primer lugar los acuerdos y enfoques comunes y en segundo lugar la claridad del mensaje y la coherencia en el mismo.

Otro aspecto que solo referiré aquí, es la implicación de los gestos y posturas, aquél que haya leído sobre la comunicación no-verbal sabe que esta parte, si es armónica con el resto de los componentes comunicacionales (palabras, tono, ritmo, etc) nos abre las puertas de la confianza y la atención de aquellos que nos escuchan, genera una imagen positiva de la persona siempre que ésta la utilice de forma correcta y no agresiva o inhibitoria.

1.6 Salud oral

Betty Silvana define la salud oral como el "...completo estado de bienestar de toda la estructura que componen la cavidad bucal fundamentalmente de las piezas dentales temporarias que forman parte de salud integral del ser humano"⁽²⁸⁾. Sin embargo, esta visión excluye los dientes permanentes, que también son importantes para hablar de salud oral. Otro elemento que restringe es la extensión del concepto a la comunidad, limitándose al individuo, que es sólo un miembro de la sociedad, y cuyo estado de salud repercute, al menos de manera inmediata, al grupo social más próximo: la familia.

Por ello, y tomando en cuenta que la salud en general es el "Estado de bienestar físico, emocional y social de una persona"⁽²⁹⁾ afirmamos que la salud oral es el estado de bienestar integral de la cavidad bucal y las piezas dentales de un individuo, estado del cual depende su desenvolvimiento en la sociedad y que puede determinar el bienestar de los grupos sociales más próximos a él.

1.6.1 La importancia de la prevención en salud oral

La prevención es "...la acción de prevenir, prevenir es anticiparse a un acontecimiento que puede ser dañino o perjudicial. Es el conjunto de acciones que se realizan con la finalidad de evitar o impedir un riesgo. En este caso, nos referimos a la prevención de las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal en niños y adolescentes"⁽³⁰⁾.

En el campo de la odontología preventiva, tenemos los siguientes niveles de prevención:

- **Prevención primaria**

Este utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento⁽³¹⁾. Los objetivos de esta prevención son:

- Mejorar el nivel general de salud;
- Procurar medidas de protección específicas como ser:
 - Tareas de inmunización;
 - Sanidad ambiental;
 - Protección de accidentes y riesgos de trabajo.

- **Prevención secundaria**

Este emplea métodos de tratamiento estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos en lo más cercano a la normalidad.⁽³²⁾ Consiste mayormente en el diagnóstico temprano de las enfermedades mediante exámenes periódicos y complementarios.

- **Prevención terciaria**

Este utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o actitudes mentales o ambas están lo más cerca posible de la normalidad después de la falta de la prevención secundaria. ⁽³³⁾. Consiste en evitar la discapacidad total, una vez que se han estabilizado las condiciones anatómicas y fisiológicas.

Uno de los elementos primordiales que permite medir el impacto de un programa o proyecto de educación en salud oral es la prevención, ya que mediante las acciones que la componen se evita la curación o extracción de piezas dentarias afectadas.

Inicialmente, el éxito de la prevención radica en la higiene y la terapia dental. En el caso de la higiene dental, los especialistas en la materia señalan: “Debido a su entrenamiento y autorización legal para realizar trabajo intrabucal, la higienista debe ser el centro a partir del cual se expande el programa preventivo. En muchos consultorios, es la primera en ver la boca del paciente, no sólo para realizar una profilaxis preparatoria para el examen del dentista sino también para hacer una evaluación preliminar de la placa bacteriana y el estado gingival”⁽³⁴⁾. Como puede advertirse, más que una fase de la consulta odontológica, se trata de una especialidad de la odontología. Sin embargo, en nuestro contexto aquello no es frecuente, debiendo delegarse esta función a una sola profesional en odontología.

Sin embargo, por la naturaleza de sus funciones y las tareas específicas que debe realizar, se continúa con la transcripción del texto citado: “Frecuentemente, es también la persona que tiene a cargo la presentación del concepto preventivo al paciente, y la indicación de la necesidad de un programa de control de placa. Su papel se vuelve cada vez más importante cuando se

han terminado los programas iniciales de restauración y control de la enfermedad. Junto con el dentista –y tal vez aun más que él, si es lo suficientemente entusiasta y agresiva– la higienista tiene la responsabilidad durante las visitas de control de dar fundamento a los esfuerzos del paciente hacía la continuación de su salud dental”⁽³⁵⁾.

También deben efectuarse las aplicaciones tópicas de fluoruro y llevar a cabo controles y análisis de las dietas y proveer los consejos dietéticos necesarios. Estas medidas, aisladas, pocos efectos positivos pueden producir en los pacientes, pero una aplicación sistemática y prolongada podría beneficiar a toda la población.

1.6.2 Bacterias y producción de ácidos

Respecto a las bacterias y la producción de ácidos, “Fue W. D. Miller quien, hace casi un siglo, propuso que eran las bacterias los agentes causales de las caries dentales. Sin embargo, no fue hasta 1954 que se demostró en forma concluyente su carácter fundamental para la cario génesis. Las ratas criadas bajo condiciones ‘libres de gérmenes’ y que comían una dieta productora de caries, no hacían caries, mientras que sus pares, criadas en un ambiente convencional, desarrollaban extensas lesiones”⁽³⁶⁾.

Desde entonces “...se ha demostrado que numerosas cepas bacterianas tienen la capacidad de fermentar hidratos de carbono con la producción resultante de ácidos como subproductos metabólicos. Los principales formadores de ácidos con los estreptococos, que son también los más numerosos habitantes de la placa. Se sabe que otros tipos de bacterias, tales como lacto bacilos, entero cocos, levaduras, estafilococos y neisserias son acidógenos. Además de formar ácidos, esas bacterias son capaces de crecer y reproducirse en medios ácidos; es decir, no sólo son acidógenas sino también acidúrica”⁽³⁷⁾.

Debe aclararse que en el pasado se creía que el total de la flora bucal acidógena mixta era responsable de la caries dental. Sin embargo, “Los estudios con animales gnatobióticos han demostrado que los principales agentes de la producción de caries son estreptococos, tales como el *S. Mutans*, *S. Sanguis* y *S. Salivarius*. Los lacto bacilos, que antes se creía que eran los principales culpables sobre la base de su presencia en gran cantidad en la saliva de personas prácticamente libres de caries, se ha demostrado que poseen sólo un ligero potencial cariogénico. Las superficies radiculares, en virtud de estar cubiertas por cemento, que es menos resistente a la disolución ácida que el esmalte, pueden ser atacadas por formadores de ácidos débiles, tales como los differoides (*Actinomyces*). Por supuesto, para poder ser cariogénica, la bacteria tiene que ser también capaz de colonizar sobre las superficies dentarias”⁽³⁸⁾.

La producción de ácido dentro de la placa dental después de la ingesta de hidratos de carbono puede demostrarse muy fácilmente. A fin de demostrar esto “Stephan usó electrodos de antimonio in vivo para medir la producción de ácido en la placa expuesta a enjuagatorios de azúcar. Se demostró que el Ph de la placa caería a niveles que están por debajo del punto de descalcificación del esmalte (llamado pH) comenzaría a ascender, alcanzando los niveles previos al enjuagatorio, aproximadamente 30 minutos después. En pacientes con alta susceptibilidad a las caries, tanto la disminución del Ph como el tiempo requerido para que el Ph se recupere son notablemente mayores que en los individuos con caries inactivas”⁽³⁹⁾.

1.6.3 Dientes susceptibles

Una vez que se han formado ácidos dentro de la placa dental, o más precisamente, una vez que existen ácidos en la interfase placa- esmalte, éstos desmineralizarán a los dientes susceptibles. Que constituye un diente susceptible, no puede ser bien definido en nuestro nivel actual de conocimientos.

Es bien sabido, sin embargo, que en una boca dada, ciertos dientes hacen caries mientras que otros no. Además, algunas caras de los dientes son más susceptibles a las caries que otras, aun con respecto al mismo diente. La evidencia existente sugiere que la relativa resistencia a la caries de un diente dado o de una cara plana para acumularse sobre ese diente o sobre esa cara que con cualquier factor inherente al diente o a la superficie dentaria.

A su vez, la posibilidad de la acumulación de placa está relacionada con factores tales como alineación de los dientes en el arco dentario, proximidad a los conductos salivales, textura superficial, anatomía de la superficie, etc. Esto no significa que la resistencia del esmalte a la disolución no pueda aumentarse.

El efecto de los ácidos sobre el esmalte está gobernado por varios mecanismos de regulación, a saber:

- La capacidad buffer de la placa.
- La concentración de calcio y fósforo en la placa.
- La capacidad buffer de la saliva, que contribuye a la placa bacteriana.
- La capacidad de la saliva para remover el sustrato.

Clínicamente, los efectos de estos factores reguladores desempeñan un papel en la susceptibilidad general de una persona determinada al ataque de la caries dental y a veces se emplean como parámetros de prueba para medir esa susceptibilidad (prueba de susceptibilidad a la caries).

1.6.4 Programa de control de placa bacteriana

Cuando los problemas de la enfermedad bucal de un paciente se deben aunque sea parcialmente a la placa, esto es así en la mayoría de ellos, es imperativo un control de placa. La caries activa, detectable por la presencia de cavidades

abiertas, y la gingivitis, detectable por la presencia de enrojecimiento, tumoración o hemorragia de las encías, son signos evidentes de la presencia de bolsas periodontales. La observación atenta y la vigilancia alerta por parte del dentista y de los auxiliares del consultorio de los pacientes que son capaces de eliminar en forma adecuada. Y de esta manera no mostrar signos clínicos detectables de enfermedad periodontal, presencia de placa bacteriana, también es importante para asegurarse de que continúen relativamente libres de placa a medida que pase el tiempo.

La evaluación de la gingivitis es a menudo un indicador más sensible de la presencia de placa que la determinación de la placa misma, porque la mayoría de los pacientes se cepillan los dientes hacerlo regularmente en otro momento. Sin embargo, los signos de gingivitis persisten, y esto ayudará al dentista a reconocer que existe un problema de placa. Antes de tratar los detalles de un programa de control de placa, consideremos primero los métodos para la evaluación de la placa y la gingivitis.

1.6.5 Evaluación gingival

Dado que la evaluación de la placa requiere el uso de compuestos revelantes, y esto puede enmascarar el estado de los tejidos gingivales, la evaluación del estado gingival debe proceder al de la placa. De los varios índices que se han propuesto para la evaluación gingival explicaremos dos:

- 1) El índice gingival, que mide la gravedad de la respuesta inflamatoria alrededor de todos los dientes presentes en la boca.
- 2) El índice de sangrado, que cuenta la cantidad de unidades gingivales que sangran bajo la acción suave del periodontómetro.

1.6.6 Índice gingival

Este índice fue desarrollado inicialmente por Loe y Silness y posteriormente modificado por Loe . La gingivitis se evalúa en las cuatro unidades de encía (vestibular, lingual, mesial y distal) que corresponde a cada diente presente en la boca, de acuerdo con los siguientes criterios:

Puntaje Criterio (Examen realizado después de haber secado la encía con aire)

- 0: Encía normal.
- 1: Inflamación leve-ligero cambio de color, ligero edema. No sangra al sondear con el periodontómetro.
- 2: Inflamación moderada-enrojecimiento, edema. Sangra al sondear.
- 3: Inflamación marcada- marcado enrojecimiento y edema, ulceración. Tendencia a la hemorragia espontánea y presentar bolsas periodontales.

1.6.7 Estudios sobre salud oral

En el campo de la salud oral son numerosos los estudios que se vienen desarrollando en el mundo entero, y la información disponible se encuentra en soportes variados, como ser libros, revistas especializadas, páginas web, etc. Así, tenemos el caso de www.med.utah.edu, la página web de la universidad de Utah en Estados Unidos, que presenta resultados de investigaciones en salud pública, con datos estadísticos actualizados, que permiten verificar la situación actual de la salud en las distintas especialidades. En este caso, el vínculo "oralhealth" contiene información relativa a la salud oral en los diferentes estados de la unión norteamericana, mismos que se presentan a continuación:

"De acuerdo con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, su sigla en inglés es CDC) en

Estados Unidos se efectúan anualmente cerca de 500 millones de visitas al dentista, con un valor estimado de 500 mil millones de dólares gastados actualmente en servicios dentales”⁽⁴⁰⁾.

En este párrafo se presentan datos importantes respecto a los problemas que tiene una sociedad tan desarrollada como la estadounidense en el campo de la salud oral, pues las cifras que se presentan dan una idea del problema serio que enfrentan los ciudadanos norteamericanos, tomando en cuenta que su población supera los 260 millones de personas, lo que indica un promedio aproximado de 2 visitas anuales al dentista por persona. Este dato se refuerza con la información contenida en el siguiente párrafo:

Sin embargo, muchos niños y adultos sufren innecesariamente de enfermedades orales que pueden prevenirse. De hecho este año 30.000 estadounidenses eran diagnosticados con casos de cáncer oral y de la faringe, lo cual resultará en más de 1.000 muertes -muchas de las cuales podrían prevenirse⁽⁴¹⁾.

Aquí se amplía la visión proporcionada por la publicación ya que se trata de un índice elevado de casos mortales asociados a problemas bucodentales para una sociedad tan avanzada. Interiorizando más la información relativa a los niños, tenemos:

Además, cerca del 20 por ciento de los niños en edad preescolar (niños menores de 5 años) tienen caries dental –un 50 por ciento la desarrolla antes del tercer grado, y el 86 por ciento antes de los 17 años. No obstante, con el cuidado preventivo apropiado, como los exámenes periódicos; el cepillado; el uso de hilo dental, la fluorización y los selladores de fosas y fisuras dentales, el riesgo de contraer enfermedades dentales puede disminuir en gran medida⁽⁴²⁾.

Investigaciones similares fueron realizadas en diferentes países como México, donde se desarrolló una investigación sobre prevalencia de caries en niños de 4 y 5 años. El 36% de los niños se encontró libre de caries y el 64% mostró evidencia de caries. El índice de necesidades de tratamiento fue del 79%. Ante esta prevalencia de caries, se observa la necesidad de apoyar programas de atención y medidas preventivas oportunas para devolver y mantener la salud de la dentición temporal, lo que beneficiará posteriormente a los dientes permanentes.

En Bogotá, se implementaron programas que mejoren las condiciones de salud bucodental en la población, principalmente para niños y gestantes, usando técnicas preventivas como fluorización de la sal para consumo humano, sellantes de fosas y fisuras, fluorización tópica en escolares y en la parte promocional focalizándose en cambios conductuales y transmisión de información en cuidados bucodentales. En este sentido, tiene gran importancia evaluar programas de intervención comunitaria en Salud Oral.

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública la Dirección Nacional de Estomatología de La Habana Cuba, determina que la vigilancia del estado de salud bucal constituye el método de observación y control mediante el cual se logra una verdadera profilaxis a escala social. Constituye un sistema de observación dinámico de la población, mediante el control de riesgos, según enfermedades o grupos de población y resulta un importante método de trabajo en la orientación educativa y preventivo-curativa de la salud bucal. Se determinan las enfermedades o eventos a vigilar, así como los datos relacionadas con la misma población, enfermedades bucales y el control higiénico-sanitario.

En España se realizó un estudio relacionado con el índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados.

Por otra parte, son varios los proyectos que se desarrollan en diferentes lugares del mundo con distintos niveles de éxito. Así, tenemos el caso de la provincia Santa Fe de la vecina República Argentina, cuyo origen se presenta en las siguientes líneas:

El trabajo clínico y la experiencia de campo en diferentes partes de Argentina resaltaron la necesidad de un programa preventivo de salud dental en lugar de concentrarse solo en el tratamiento clínico. La escuela parecía ser el mejor lugar para introducir la educación para la salud oral; entrenando a los maestros para establecer medidas preventivas en los niños ⁽⁴³⁾.

En este caso, como pudo advertirse, los replicadores fueron los profesores, quienes recibieron la capacitación esencial para que difundieran entre los niños y niñas las principales técnicas de limpieza y despertaran en ellos la conciencia sobre la importancia de la salud oral. Otra experiencia de un contexto distinto al latinoamericano la encontramos en el lejano Kuwait (Medio Oriente) y la información más importante sobre el particular señala:

“Hasta 1986 la única forma de cuidado dental en Al-Ahmadi en el sur de la capital de Kuwait con 20% de la población del país; era el tratamiento de urgencia en las clínicas dentales públicas. Ningún programa preventivo de salud existía en las escuelas. El estudio inicial mostró que la salud dental de los niños de 6 años de edad en Ahmadi había empeorado mostrando una disminución de niños libres de caries de 19% en 1982 a 9% en 1986 Al principio el programa se llevó a cabo durante el periodo de 1986 a 1987 para los niños del primer y segundo grado de las escuelas primarias públicas de Ahmadi. Con el tiempo el programa incluyó a todos los niños de escuelas primarias de 6 a 10 años de edad de Ahmadi. En total entre 1996 y 1997, el programa abarcó un total de 17.799 niños divididos en cuatro grados. (1º a 4º Grado)” ⁽⁴⁴⁾.

Esta nota extraída de Internet permite tomar en cuenta los resultados de la aplicación exitosa de un proyecto de educación en salud oral, pues no se trata sólo de difundir información sobre la importancia de la salud oral, sino que los principales problemas relacionados con la misma sufren un paulatino decremento. Para ello, es necesario que se diseñen las estrategias más convenientes y que la información esencial sea difundida de manera clara y organizada.

En el contexto boliviano también se desarrollaron varios estudios, tanto universitarios como institucionales. Entre los primeros, podemos citar la tesis de grado presentada por Úrsula Verónica Domínguez Encinas, titulada “Influencia de factores educativos de salud oral para caries dentales en niños de 5 a 10 años. Policlínico El Alto C.N.S” Esta tesis, entre sus antecedentes más importantes cita:

El conocimiento de la historia natural de las caries dental y enfermedad periodontal permite afirmar que se trata de enfermedades prevenibles Si se considera la tendencia de la prevalencia de estas dos patologías buco dentales; a escala mundial se puede decir que no hay país exento de ellas, aun que varíe de un país a otro y entre regiones de un mismo país. Un informe de la Federación Dental Internacional (1979) precisa que las infecciones dentales son las enfermedades humanas más frecuentes desde el neolítico hasta nuestros días. Según la O.M.S, la caries dental es la enfermedad más extendida en Europa y el mundo ⁽⁴⁵⁾.

En cuanto a las propuestas institucionales, debemos destacar el plan operativo 2002 del Servicio Nacional de Odontología, dependiente de la Caja Nacional de Salud que entre sus partes más sobresalientes señala:

“Está demostrado que la población en general no acude a los consultorios odontológicos sino cuando el daño causado es grave y difícil de reparar con costos mayores” ⁽⁴⁶⁾.

Los problemas bucodentales son el resultado de un complejo proceso en el que intervienen distintos factores, entre los que destacan los inadecuados hábitos de higiene oral, la dieta y el tiempo.

En sentido contrario, la disminución de la prevalencia de caries en la mayoría de los países se ha relacionado con el uso de fluoruros y con el mejoramiento de la higiene oral más que con la reducción en el consumo de azúcares. Según esto, la educación en salud oral debería centrarse en la higiene y en el uso de fluoruro, ya que el cambio en los hábitos alimenticios es difícil y podría tener un menor costo/efectividad en la prevención de la caries. Sin embargo, la intervención en edades tempranas de la higiene y de la dieta ha demostrado tener altos beneficios para la salud dental. Es necesario advertir a los padres de la importancia del control de las golosinas y dulces, y de llevar una dieta balanceada en los niños como parte de un programa integral de prevención oral.

Sobre este particular, debe tomarse en cuenta que “La mayoría de los dentistas pediátricos están de acuerdo en que el cuidado dental periódico debe comenzar al año de edad, con una revisión dental dos veces al año para la mayoría de los niños. Algunos niños podrían necesitar evaluaciones y cuidado más frecuentes”⁽⁴⁷⁾.

1.6.8 Atención primaria en odontología

La atención Primaria en Odontología es “...el conjunto de acciones que se pone al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer las necesidades Básicas de la Salud Oral, tanto en los aspectos de Promoción, Conservación,

Reparación y Prevención de las enfermedades bucales. Esto debe ir acompañado de medios que sean socialmente aceptables, con plena participación comunitaria y a un costo que la misma pueda soportar; forma parte de los sistemas de salud y es la puerta de entrada del individuo a niveles de atención más complejos y costosos”⁽⁴⁸⁾.

Por tanto, constituye un paso importante en el acceso a los servicios de salud, pues es el momento del primer contacto entre el ciudadano y el Estado como entidad organizada al servicio de la sociedad. Además, la Atención Primaria “...es una respuesta de las necesidades básicas de la salud de los seres humanos y en nuestro medio es necesario implementar, ya que es fácilmente accesible a la población por que sus técnicas son apropiadas, aceptables, y manejables por el personal de salud que trabaja a nivel de comunidad la que a su vez debe participar activamente en la formulación, implantación y desarrollo de las actividades de Salud, de esta manera Atención Primaria es la resultante de los esfuerzos de la comunidad que la verá como su propia obra ya que va aparejada además a las características socioculturales y económicas, utilizando al máximo los recursos disponibles de la comunidad; cumpliendo los recursos oficiales una función complementaria a esos programas”⁽⁴⁹⁾.

1.7 La caries dental

La caries “...es una enfermedad infecciosa químico – microbiana que destruye los tejidos duros del diente, pulpa dentaria llegando a tomar a los tejidos periodontales, muy frecuente en el ser humano que afecta a personas de cualquier edad, sin tratamiento adecuado provoca la pérdida de los dientes”⁽⁵⁰⁾.

Además, observamos que la caries “...es una entidad de origen multifactorial en la que hay una compleja interrelación entre los factores del huésped la placa bacteriana de los dientes, la dieta y el tiempo”⁽⁵¹⁾. Por tanto, la caries es una

enfermedad multifactorial caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente que tiende a comprometer la pulpa dentaria.

Por otra parte, tenemos la pérdida de piezas dentarias, que es "...la privación de la presencia de un órgano vital muy esencial que cumple diferentes funciones importantes en la salud bucal"⁽⁵²⁾.

1.7.1 Semiología de la caries

Inicialmente se observa un color blanquecino tizoso en el esmalte de la pieza dentaria, se denomina también caries agudas por su curso rápido, características de los niños y pacientes jóvenes, dependiendo de los hábitos del paciente va tomando a color marrón para posteriormente tomarse negrozco y a éstas se las denominan caries crónicas por tener un curso de evolución lento pudiendo presentar diversos grados de desmineralización de la corona dentaria

Existen varias clasificaciones de caries. La más usada es la de la escuela francesa que las clasifica en:

- Caries de primer grado cuando el proceso carioso abarca sólo el esmalte de la pieza dentaria ⁽⁵³⁾.
- Caries de segundo grado, cuando el proceso carioso abarca la dentina de la pieza dentaria ⁽⁵⁴⁾.
- Caries de tercer grado, cuando el proceso carioso abarca dentina y pulpa y caries de cuarto grado, en caso de presentarse necrosis pulpar, es decir, la muerte del tejido pulpar ⁽⁵⁵⁾.

También se las puede clasificar según su sintomatología en caries de esmalte cuando abarca la superficie adamantina, y caries de dentina la cual se puede subdividir en caries de dentina superficial que tiene poca profundidad y caries de dentina profunda que involucra más de la mitad del espesor del tejido dentario.

1.7.2 Morfología de los dientes

La dentición primaria "...está formada por 20 dientes, la dentición mixta hasta los 10 años por 24 dientes, y la dentición permanente a partir de los 18 años por 32 piezas dentarias. Una pieza dentaria consta de corona que una vez erupcionada es visible en la cavidad bucal, la raíz que se halla implantada en el alvéolo dentario y el cuello que une ambas partes y que se halla cubierto por la encía marginal. Contorneando la corona se halla el esmalte dentario, por dentro de este se encuentra la dentina, que a su vez va a conformar la cámara pulpar está contiene el paquete vásculo-nervioso a nivel radicular y contorneando la dentina se halla el cemento y por fuera de este el ligamento periodontal. El diagnóstico correcto de las lesiones cariosas, tanto en lo concerniente a su localización, signo-sintomatología como su extensión es fundamental para poder realizar un correcto tratamiento"⁽⁵⁶⁾.

1.7.3 El fluoruro

El flúor es uno de los elementos más importantes en todo programa de salud oral. "Químicamente, el flúor es un no metal clasificado dentro de la categoría de los halógenos, que, a temperatura ambiente, se encuentra en estado gaseoso. Presenta la propiedad de ser elemento conocido más electronegativo, razón por la cual, en la naturaleza, siempre se encuentra asociado con otras sustancias con las que forma diferentes tipos de compuestos. Puede ser purificado por medio de procedimientos de laboratorio, obteniéndose una molécula biatómica. Este compuesto es un gas con propiedades tóxica. Sin embargo, no hay relación entre la toxicidad de un elemento y la de cualquiera de sus compuestos, que deber ser considerados entidades separadas. Así, el argumento que sostiene que los compuestos fluorados son siempre venenosos es totalmente incorrecto"⁽⁵⁷⁾.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta que “Los compuestos orgánicos del fluoruro son extremadamente raros en la naturaleza, encontrándose sólo en algunas especies vegetales venenosas. El principio venenoso de estas plantas es el ácido fluoroacético, pero las propiedades tóxicas de esta molécula son debidas a la molécula en sí misma y no al flúor presente en ella. Existen miles de compuestos orgánicos fluorados sintetizados de forma artificial, que son utilizados por la industria y la medicina. Sin embargo, el hecho de que la unión carbono-flúor sea sumamente estable impide que constituyan un vehículo adecuado para la fluoración”. Estos fundamentos químicos son importantes para comprender la naturaleza y características del flúor y su acción en el campo de la prevención en salud oral ⁽⁵⁸⁾.

Se pensó que las sustancias orgánicas en la dieta (como el ácido acético del vinagre) podrían combinarse con el fluoruro presente en el agua y formar compuestos con potencial tóxico, como el ácido fluoroacético. Sin embargo, “se comprobó que los compuestos flúor orgánicos no pueden desarrollarse en medios acuosos” ⁽⁵⁹⁾.

En contraste, las formas inorgánicas de fluoruro son muy frecuentes en la naturaleza. Estas combinaciones con diferentes metales son consecuencia de uniones iónicas, es decir, con intercambio de electrones orbitales, que forman distintas sales, como fluoruro de sodio, de calcio, etc. Las consecuencias de este proceso iónico son fundamentales para comprender la fluoración, ya que “...Cuando el átomo elemental de flúor está en combinación con otros elementos formando una sal, se encuentra con su estructura modificada y sus propiedades alteradas. Cuando estas sales se disuelven en agua, la molécula se disocia como resultado de procesos de hidratación, de hidrólisis, o de ambas, manteniendo luego las partículas su forma ionizada, y presentando así diferentes propiedades que las poseían antes. Generalmente, el flúor está bajo la forma de su ión fluoruro (F⁻); no obstante, puede adoptar la forma de F₂H o FH no disociado, bajo la influencia de la concentración iónica y del Ph de la

solución. En las soluciones diluidas a pH neutro, prácticamente todo el flúor se encuentra en forma de iones F⁻. A medida que disminuye el pH de la solución, los iones F⁻ desaparecen de forma progresiva y son reemplazados por iones F₂H⁻ o FH no disociados”⁽⁶⁰⁾.

Además, “El ion fluoruro proviene del elemento flúor. El fluoruro, aplicado de forma tópica en los dientes erupcionados, o ingerido por vía oral (fluoruro sistémico) durante el desarrollo de los dientes, ayuda a prevenir las caries, fortalecer el esmalte dentario y reducir los efectos perjudiciales de la placa. El fluoruro también hace que toda la estructura del diente sea más resistente a las caries y fomenta la remineralización, que ayuda a reparar las caries tempranas antes de que el daño pueda notarse”⁽⁶¹⁾.

1.8 Odontología

1.8.1 Concepto y Antecedentes históricos

La palabra Odontología proviene de dos palabras griegas: Odonto, que significa diente y Logos que significa tratado o estudio, por lo que se traduce como la ciencia que estudia los dientes⁽⁶²⁾.

La palabra odontología proviene de los términos odontos (diente) y logos (tratado o estudio), por lo cual etimológicamente significa tratado o estudio de los dientes. Sin embargo, la odontología es ciencia y arte a la vez; por una parte, requiere de fundamentos teóricos y concepciones científicas acertadas y comprobadas; por otra, exige habilidad y manejo de técnicas y procedimientos para ejecutar ideas relacionadas no sólo con los dientes, sino con todas las estructuras de la boca⁽⁶³⁾.

La revisión de la historia de la odontología revela ya entre los egipcios la existencia de médicos cuyas prácticas curativas de los dientes se enfocaban al

tratamiento de caries, enfermedades periodontales, abscesos periapicales y abrasiones intensas ⁽⁶⁴⁾.

Los dientes entre los hebreos simbolizaban fuerza y belleza. En libros como el Talmud se mencionan aspectos preventivos, por ejemplo “el abuso del vinagre debe evitarse, pues es tan dañoso a los dientes como el humo a los ojos”. Por su parte, los romanos aconsejaron el uso de un polvo llamado “nitrium” para pulir los dientes, así como de un palillo de dientes entre un platillo y otro; además, reemplazaban los dientes perdidos con piezas dentales de ternera o carnero o con prótesis removibles en lámina de oro ⁽⁶⁵⁾.

La medicina y la odontología alcanzaron un gran adelanto en la primera escuela médica fundada en el siglo X: la escuela de Salerno. Se utilizaban instrumentos para tratar los abscesos, así como para la limpieza dental. Albucasis recomendó realizar el aseo de los dientes con la corteza de un árbol que tenía propiedades astringentes ⁽⁶⁶⁾.

Según los datos relativos a la Prevención, la limpieza del sarro dental ya se realizaba en el siglo XVI. En Inglaterra, el barbero cirujano Charles Allen escribió en el siglo XVI el primer libro que menciona reglas para la preservación de los dientes ⁽⁶⁷⁾.

En esa época las caries se trataban con ácidos, álcalis o calor directo y se obturaban con materiales de poca duración; también “...se vendía el agua para blanquear y fortificar la dentadura” ⁽⁶⁸⁾.

En el siglo XX se elaboró el plan de estudios para la enseñanza de la odontología con propósitos curativos. En 1916 la Facultad Odontológica contempló ya la enseñanza de la higiene aunque de manera secundaria.

Por fin, hacia 1960, se valoró la importancia de la prevención y la salud pública. En la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, durante la administración del doctor José Álvarez Amézquita, se creó la dirección de Odontología cuyos objetivos fueron: impulsar el desarrollo de procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales correspondientes a los centros de salud del país; divulgar, sobre todo en el ámbito escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental, y estudiar la viabilidad de la fluoruración del agua potable o la sal de consumo ⁽⁶⁹⁾.

1.8.2 Áreas especializadas de la odontología

Se requiere entrenamiento adicional de postgrado para convertirse en especialista dental. Los especialistas de salud dental y oral son los siguientes:

- **Dentista Pediátrico**

Un dentista pediátrico es un especialista en el campo de la odontología se ocupa especialmente del cuidado de la salud oral de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia. Al guiar a los niños y adolescentes durante su desarrollo y crecimiento dental, los dentistas pediátricos a menudo trabajan muy de cerca con los pediatras, los médicos de cabecera y otros especialistas dentales para ofrecer una atención dental y médica completa.

- **Endodoncista**

También conocido como especialistas de la pulpa dentaria, los endodoncistas han pasado por un enfrenamiento especializado para realizar la terapia de conducto radicular. Esta rama de la odontología se ocupa de la morfología, la fisiología y la patología de la pulpa dental humana (el tejido blando entre el esmalte y la dentina de los dientes) y los tejidos perirradiculares - además de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, las lesiones de la pulpa y las condiciones perirradiculares asociadas.

- **Cirujano Oral y Maxilofacial**

Los cirujanos orales y maxilofaciales son responsables del tratamiento de una gran variedad de problemas dentales –incluyendo la extracción de dientes impactados y la cirugía facial reconstructiva. Esta especialidad odontológica también incluye el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lesiones y defectos relacionados con los aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros y blandos de la región oral y maxilofacial.

- **Ortodoncista**

Los ortodontistas son dentistas especialmente entrenados en el desarrollo, la prevención y la corrección de las irregularidades de los dientes, la mordida y las mandíbulas. Los ortodontistas también reciben entrenamiento especializado en las anomalías faciales y los desórdenes de la mandíbula. Un paciente a menudo consulta a un ortodontista después de que su dentista general lo remite a éste.

- **Periodontista.**

Los periodoncistas son responsables del cuidado y la intervención de las enfermedades periodontales, la regeneración guiada del hueso y los implantes dentales. Es la especialidad de la odontología que incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del tejido circundante del soporte de los dientes o sus sustitutos y el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos.

- **Prostodoncista.**

Los prostodoncistas son especialistas dentales que han recibido entrenamiento adicional y se han certificado en la restauración y el reemplazo de los dientes

rotos con coronas. puentes o prótesis removibles (dientes postizos) Es la rama de la odontología que se especializa en comprender la dinámica de la sonrisa la conservación de una boca saludable y la creación de reemplazos dentales Los prostodoncistas a menudo trabajan estrechamente con otros miembros del equipo de la salud oral en la restauración de los dientes naturales, el reemplazo de los dientes perdidos o el desarrollo de sustitutos artificiales para los tejidos orales y maxilofaciales dañados.

- **Cirugía bucal.**

Es la especialidad de la odontología donde se realizan cirugías de los terceros molares, piezas retenidas, piezas impactadas, mala posición de dientes, etc.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Reseña histórica del kinder “Norah G. de Zeballos”

La salud oral es muy descuidada en nuestra sociedad, y nuestros niños no escapan a esta realidad. Como veíamos anteriormente, la pobreza es una de las principales causas para la desinformación en salud.

Por lo general, el cuidado bucodentario no despierta ningún interés espontáneo, cuando no existe una educación o información previa de las consecuencias que acarrea un mal estado bucodental.

Además, como señalábamos en el primer capítulo de este estudio, la mayor parte de la población no tiene acceso a ninguna forma de asistencia odontológica permanente, ya sea por la falta de instrucción o conocimiento sobre el cuidado de los dientes o por motivos de índole económica, así como por el lugar que ocupa la salud oral en las prioridades de orden cultural. Con estas premisas, pasamos a detallar los resultados obtenidos en el trabajo de campo, que fue desarrollado en el kinder “Norah G. de Zeballos”. La reseña histórica de esta unidad educativa es la siguiente ⁽⁷⁰⁾:

“El 20 de Abril de 1970 se fundó el Kindergarten “Norah G. de Zeballos”, a petición de la Profesora Directora Sra. Laura Flores de Ugarte, el personal docente y administrativo, acordando proponer el nombre de la que fuera maestra kindergarterina Profesora Norah G. de Zeballos.

“El Jardín empieza a funcionar en la Parroquia “San Agustín”. A partir de 1978, pasa a otro inmueble de la calle Illimani, domicilio del Sr. Gerardo Wohl (fallecido).

“A partir de 1998, la niñez viacheña cuenta con un local propio, financiado por el Fondo de Inversión Social. Este Jardín acoge a 440 niños y niñas, de 4 y 5 años de edad, contando 17 personas entre docentes y personal administrativo”.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO

3.1 Antecedentes de la Salud Oral

3.1.1 Estado de la Salud oral en América latina

En América Latina las condiciones de la cavidad bucal se expresan como un mosaico epidemiológico donde se ven los problemas de las sociedades subdesarrolladas y en el aspecto dental por las condiciones de salud y las posibilidades de acceso a los servicios de odontología.

La caries dental es una de las enfermedades más comúnmente sufridas por la humanidad. No existe nación, cultura ni religión que se vea libre de ellas tiene una alta incidencia, afectando aproximadamente a la mitad de la población infantil ⁽⁷¹⁾.

La caries dental se puede prevenir modificando uno o más factores de su etiología, ya sea aumentando la resistencia del esmalte mediante la administración de flúor: la aplicación de selladores de fosas y fisuras e interfiriendo la acción de los microorganismos careogénicos en contacto con los dientes Así, es necesario aplicar procedimientos que se conocen con el nombre de higiene oral, pero también es necesaria la educación oral y la comprensión de la importancia de la dieta. Todos los problemas registrados en niños y niñas pueden tener serias consecuencias por que las infecciones dentales condicionan la generación de otras patologías.

3.1.2 Salud Oral en Bolivia

En Bolivia, la ex Secretaria Nacional de Salud con el apoyo de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial (BM), el Rotary Club impulsó el año 1996 el Programa Nacional de Fluoración de la sal con la meta de lograr al cabo de 6 años una reducción del 50% al 60% en la incidencia de caries en la población infantil. También se establecieron contados con los productores de sal agrupados en la Asociación Boliviana de Productores de Sal (ABISAL) buscando su participación en el programa de Salud Oral.

Este programa, sin embargo, no tuvo el éxito esperado, por lo que se hace necesaria la participación de otros actores y el diseño de nuevas propuestas cuya efectividad sea cuantitativa y cualitativamente medible.

3.1.3 Salud Oral en el Municipio de Viacha

Centrando nuestro interés en una unidad específica, tenemos el Kinder “Nora G. de Zeballos” del municipio de Viacha en la provincia Ingavi del departamento de La Paz. Esta provincia, con una extensión de 1.4.410 km², está situada geográficamente en el altiplano central y norte, entre las provincias Los Andes, Pacajes Murillo y Aroma del departamento de la Paz. Con una altura de 1853 msnm tiene una precipitación promedio de 523 mm/año, una temperatura media anual de 7,80 C y humedad relativa de 58% promedio anual ⁽⁷²⁾.

Su capital, Viacha es una localidad de paso y de gran actividad comercial, situada a 32 km de la ciudad de La Paz. Cuenta actualmente con 214.878 habitantes ⁽⁷³⁾. La fecha conmemorativa de la provincia es el 18 de noviembre de 1841, día que se recuerda la Batalla de Ingavi, en la cual las fuerzas comandadas por José Ballivián derrotaron al ejército invasor peruano. Cuenta

con una arquitectura colonial y su iglesia San Agustín, ubicada en la plaza principal, es un atractivo turístico ⁽⁷⁴⁾.

Con una población compuesta predominantemente por personas inmigrantes del área rural del departamento de La Paz, concretamente el altiplano, Viacha tiene los problemas característicos de un municipio pobre: bajo nivel de instrucción, ingresos bajos y actividades mal remuneradas, economía ligada a la producción agropecuaria, etc.

En este contexto, se identifican en el campo específico de la salud numerosos problemas, como ser la baja cobertura de los servicios de salud, el deficiente equipamiento de los mismos y normas de corta duración y bajo alcance. En el tema específico de la salud oral, la población cuenta con atención odontológica estatal y privada y los sitios en los que se puede percibir esta realidad con mayor claridad son las unidades educativas.

3.2 Resultados del Diagnóstico efectuado a los niños y niñas entre 4 y 5 años, en edad preescolar

Es importante resaltar que el diagnóstico se basó en evaluar la salud bucal en los niños y niñas de 4 y 5 años, quienes acuden al Kinder Norah G. de Zeballos del Municipio de Viacha, mismos encontrándose en el nivel preescolar.

Es importante resaltar que en el presente capítulo se detalla el pre diagnóstico llevado a cabo a la población en estudio; en un capítulo posterior se planteará los resultados finales a los cuales se arribaron con ejecución del programa comunicacional educativo en salud oral.

A continuación se presente, información general con respecto a la población que fue objeto de estudio del presente proyecto, teniendo los siguientes resultados:

Tabla 2

Distribución de los pacientes según sexo.

Sexo	Nº	%
Niños	198	51,6
Niñas	186	48,4
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 1

Distribución de los pacientes según sexo

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este primer gráfico, se expone la distribución porcentual de los pacientes atendidos según sexo, verificándose una ligera superioridad de las niñas en relación a los niños (51,6%). La diferencia, como se advierte, no es significativa. Los niños y niñas corresponden a los 10 cursos en que se distribuyen las dos secciones que componen el kinder “Norah G. de Zeballos” de Viacha. A su vez, las dos secciones referidas se distribuyen en 4 cursos para la primera sección (pre-kinder) y seis en la segunda (kinder). La distribución por sección es la siguiente:

Tabla 3

Distribución de alumnos por sección

Sección	Nº	%
Primera	149	38,8
Segunda	235	61,2
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 2

Distribución de alumnos por sección

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Como puede advertirse, el porcentaje más alto de alumnos corresponden a la segunda sección, con el 61,2%, dato que también se refleja en los porcentajes de edad, como se expone a continuación:

Tabla 4
Edad de los pacientes

Edad	n°	%
4 años	112	29,2
5 años	272	70,8
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 3
Edad de los pacientes

Fuente: Elaboración propia, 2003.

El porcentaje más alto, que corresponde a los niños y niñas de 5 años, refleja el mayor número de preescolares en la segunda sección, añadiendo el hecho de que existe un paralelo completo de primera sección que tiene alumnos de esa edad (cinco años), mientras que sólo se evidencia la presencia de dos niños de cinco en un paralelo de Segunda Sección.

3.2.1 Pre Diagnóstico

3.2.1.1 Evaluación a Niños de 4 años

Tabla 5
Número de casos CEO (Alumnos de 4 años)

Alumnos de 4 años de edad	Cariados	Extraídos	Obturados
Primero "A" Celeste	145	4	6
Primero "B" Amarillo	142	9	9
Primero "C" Rosado	142	9	9
Total	429	22	24

Fuente: Elaboración propia, 2003

De acuerdo al diagnóstico realizado a los niños y niñas de preescolar del Kinder "Norah G. de Zeballos" se obtuvieron, 429 problemas de dientes cariados en los alumnos de preescolar que tiene 4 años de edad, por otra parte, 22 fueron los casos de dientes extraídos y finalmente 24 aquellos obturados.

De esta manera, se puede confirmar que existe elevados índices en cuanto al problema de caries en la población infantil de 4 años, mientras que los otras variables son mínimas, pero que se deben tomar en consideración

Gráfico 4
Número de casos CEO (Alumnos de 4 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003

Tabla 6
Evaluación a la Higiene Bucal (Alumnos de 4 años)

Higiene Bucal	Primero "A" Celeste	Primero "B" Amarillo	Primero "C" Rosado
Bueno	29,7	30,6	63,2
Regular	48,7	33,3	10,5
Malo	21,6	36,1	26,3
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En base a la evaluación bucal realizada en la población infantil, objeto de estudio del presente estudio, se obtuvieron variados resultados, una mayoría de los casos es regular en el nivel "A", con el 48,7% del alumnado total, mientras que el 29.7% es bueno y el 21.6% malo, por otra parte, en el nivel "B" mayormente se tuvieron alumnos con una higiene bucal regular, conformando este el 33.3%, en tanto que se diagnóstico como malo al 36.1% de esta población y solo el 30.6% es fue catalogado como bueno.

Por otra parte, en el nivel "C" se diagnosticó en su mayor parte a alumnos que tiene una buena higiene bucal, siendo este el 63.2%, contrariamente a ello, se evaluó como malo al 26.3% y regular al 10.5%.

Gráfico 5
Evaluación a la Higiene Bucal (Alumnos de 4 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003

3.2.1.2 Evaluación a Niños de 5 años

Tabla 7

Número de casos CEO (Alumnos de 5 años)

Alumnos de 5 años de Edad	Cariados	Extraídos	Obturados
Segundo "A"	143	1	21
Segundo "B" Azul	145	0	13
Segundo "C" Blanco	123	4	25
Segundo "D"	108	5	19
Segundo "E"	145	0	26
Segundo "F"	90	2	2
Primero "A"	82	15	0
Total	836	27	106

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Como se aprecia los resultados de la tabla presentada, en los alumnos de 5 años que se encuentran en preescolar del Kinder Norah G. de Zeballos, se obtuvo que la mayoría de los problemas en la dentadura de los menores es el de caries, puesto que se tiene 836 casos, mientras que 106 son aquellos que se encontraban obturados, y 27 que fueron extraídos.

Gráfico 6

Número de casos CEO (Alumnos de 5 años)

Tabla 8

Higiene Bucal en Alumnos de 5 años

Higiene Bucal en Alumnos de 5 años	Bueno	Regular	Malo
Segundo "A"	46,2	12,8	41,0

Segundo "B" Azul	44,7	13,2	42,1
Segundo "C" Blanco	45	25	30
Segundo "D"	47,5	25	27,5
Segundo "E"	32,5	25	42,5
Segundo "F"	63,2	13,2	23,7
Primero "A"	60,5	31,6	7,9

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Como se aprecia los resultados de la tabla, en este se identifica que la higiene bucal de los niños y niñas en su mayoría es bueno, puesto que se tiene una mayoría que sobrepasa el 40% del total de la población diagnosticada, contrariamente a ello se tiene a otra población que la evaluación determinó como mala la higiene bucal de una parte de la población aunque esta no es mínima, por lo que se debe tomar muy en cuenta.

Gráfico 7

Higiene Bucal en Alumnos de 5 años

Fuente: Elaboración propia, 2003.

3.3 Resultados de la evaluación a padres de familia en cuanto a la Salud Oral

Tabla 9
Dieta

Dieta	Nº	%
Energéticos (hidratos de carbono)	384	100
Formadores (fibras, carne)	384	100
Reguladores (frutas, legumbres, vegetales)	384	100

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 8
Dieta e los pacientes

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este gráfico se observa que todos los padres aseguran que sus hijos e hijas consumen, en mayor o menor medida, los tres grupos de alimentos.

Tabla 10
¿Cuántas veces al día come su niño(a)?

Veces que come al día	Nº	%
Dos	102	26,6
Tres	183	47,7
Cuatro o más	99	25,8
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 9
¿Cuántas veces al día come su niño(a)?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este gráfico se observa que el porcentaje más alto de los informantes (47,7%) consume alimentos tres veces al día, lo cual es un buen indicador de alimentación, si se mide el dato en forma cuantitativa. En cuanto a la dimensión cualitativa de la alimentación, los informantes proporcionaron los siguientes datos:

Tabla 11
¿Consume golosinas?

Consume	Nº	%
Sí	250	65,1
No	134	34,9
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 10
¿Consume golosinas?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Se puede observar que el porcentaje más significativo (65,1%) consume golosinas, lo cual refleja una situación dentaria preocupante.

En el siguiente grupo de preguntas, se buscaba determinar la situación clínica extraoral, habiéndose obtenido los siguientes datos:

Tabla 12

¿Se cepilla los dientes su niño(a)?

Respuesta	Nº	%
Sí	196	51,0
No	188	49,0
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 11

¿Se cepilla los dientes su niño(a)?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Como puede advertirse, un porcentaje ligeramente superior (51,0%) de los padres de familia encuestados afirma que sus hijos e hijas sí se cepillan los dientes. Sin embargo, el 49,0% restante que no lo hace es un porcentaje bastante elevado para la población de estudio. Esto indica que la información que se brinde a los padres de familia y a sus hijos debe incluir datos sobre la higiene dental.

Tabla 13

**En caso afirmativo, ¿con quién aprendió el niño(a)
a cepillarse los dientes?**

Con quién aprendió	Nº	%
Padre	32	8,3
Madre	81	21,1
Hermanos	19	4,9
Dentista	64	16,7
No se cepilla	188	49,0
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 12

**En caso afirmativo, ¿con quién aprendió el niño(a)
a cepillarse los dientes?**

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En el gráfico se advierte que el porcentaje predominante de los niños aprendió a cepillarse los dientes con la ayuda de su madre. El siguiente porcentaje importante corresponde a aquellos niños que aprendieron a cepillarse con ayuda del dentista, llamando la atención que sólo el 8,3% aprendiera a hacerlo con la ayuda del padre. Como siguiente dato de interés, tenemos la frecuencia del cepillado, cuyas respuestas se exponen a continuación:

Tabla 14

¿Cuántas veces al día se cepilla su niño(a)?

Veces que se cepilla	Nº	%
Una vez	92	24,0
Dos veces	68	17,7
Tres veces	36	9,4

No se cepilla	188	49,0
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 13

¿Cuántas veces al día se cepilla su niño(a)?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Se observa que el porcentaje más alto indica cepillarse una sola vez al día (24%), después de almorzar y antes de acostarse. Sin embargo, al margen del grupo que no lo hace, es significativo el porcentaje de los niños que se cepillan sólo dos veces al día (17,7). Esto indica un descuido en la higiene bucal, que es un paso fundamental para garantizar la salud oral de la población. Otro dato de interés es el cambio de cepillo. Los resultados se exponen a continuación.

Tabla 15

¿Renueva su cepillo dental?

Cambia	Nº	%
Sí	149	38,8
No	235	61,2
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 14

¿Renueva su cepillo dental?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En el gráfico se observa que un porcentaje ligeramente superior cambia su cepillo dental periódicamente, dato que se complementa con los siguientes datos.

Tabla 16

Tiempo para el cambio de cepillo dental

Respuesta	Nº	%
Cada año	42	10,9
Cada seis meses	38	9,9
Cada tres meses	31	8,1
Cada mes	38	9,9
Nunca cambió	235	61,2
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 15

En caso afirmativo, ¿cada cuánto tiempo cambia el cepillo dental de su hijo(a)?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Del total de informantes, sólo el 8,1% cambia su cepillo dental con una periodicidad de tres meses, que es lo aconsejable. Esto refleja el desinterés por la higiene bucal, y fundamenta la necesidad de proporcionar la información necesaria a la población de Viacha. En los siguientes gráficos se exponen los datos referidos a la frecuencia de visita al dentista.

Tabla 17

¿Visita al dentista?

Respuesta	Nº	%
Sí	121	31,5
No	263	68,5
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 18

¿Visita al dentista?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Sobre la visita al dentista, el gráfico, este nos permite afirmar que no todos los niños y niñas visitan al dentista, pues sólo el 31,5% afirmó hacerlo. El restante 68,5% que no lo hace constituye un porcentaje representativo y a la vez preocupante.

Tabla 17

¿Cada cuánto tiempo lo visita?

Respuesta	Nº	%
Una vez al año	73	19,0
Dos veces al año	34	8,9
Cada mes	14	3,6
Nunca	263	68,5
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 16

¿Cada cuánto tiempo lo visita?

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este gráfico se aprecia que el porcentaje más alto no visita al dentista, mientras el 19% sólo lo hace una vez al año. El 3,6% que lo hace una vez al mes mantiene un tratamiento dental.

En cuanto al examen clínico intraoral, tenemos los siguientes resultados:

Tabla 18
Mucosas de la cavidad bucal

Mucosas de la cavidad bucal	Nº	%
Alteradas	250	65,1
Sanas	134	34,9
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 17
Mucosas de la cavidad bucal

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este gráfico se observa que el examen intraoral permitió advertir la presencia de mucosas alteradas en un 65,1% de los niños y niñas examinados.

Tabla 19

Fístulas en la cavidad bucal

Fístulas en la cavidad bucal	Nº	%
Sí	251	65,4
No	133	34,6
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 18

Fístulas en la cavidad bucal

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Otro problema detectado en el examen intraoral lo constituyen las fístulas, que aparecen en el 65,4% de los casos atendidos, como se observa en el gráfico N° 15. En los resultados siguientes se presentan los datos referidos a la movilidad dentaria.

Tabla 20
Movilidad dentaria

Movilidad dentaria	Nº	%
No	299	77,9
Sí	85	22,1
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 19
Movilidad dentaria

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Si bien es el porcentaje más alto, el dato de la presencia de movilidad dentaria (22,1%) llama la atención, debiendo considerárselo alto.

Finalmente, tenemos la detección de secreciones purulentas, resultados que se presentan a continuación.

Tabla 21
Secreción purulenta

Secreción purulenta	Nº	%
Sí	83	21,6
No	301	78,4
Total	384	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Gráfico 20
Secreción purulenta

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En este gráfico se observa que el 21,6% de los niños y niñas examinados presentan secreción purulenta, dato que evidencia infección en la cavidad bucal.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En el Kinder Norah G. de Zeballos del municipio de Viacha se desarrolló la experiencia de aplicar una estrategia gerencial comunicacional de Prevención en salud oral bajo la siguiente estructura general:

4.1 Fundamentación

La experiencia se basó en la comprobación de un alto índice de piezas dentales cariadas de los niños en edad preescolar del Kinder Norah G. de Zeballos, debido a la falta de información sobre la salud oral.

La base legal de la experiencia la proporcionaron la Constitución Política del Estado, Artículo 7, inciso a), que dice:

Art. 7. Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

- a) A la vida, la salud y la seguridad.

También se recurrió a la revisión de la Ley 2028 de Municipalidades, que en su Artículo 8, Parágrafo I, numeral 22, señala:

Artículo 8 (Competencias) Las competencias del Gobierno Municipal para el cumplimiento de sus fines son las siguientes:

- I. En materia de desarrollo humano sostenible:

Artículo 22. Contribuir para la otorgación de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general,

mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de coberturas y asunción de riesgos colectivos.

Complementó esta base legal la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (Ley SUMI).

4.2 Objetivo

Objetivo	Dónde	Para Quiénes	Observaciones
Curación y Rehabilitación	Tratamiento integral a niños de 6 y 12 años	A todos los niños beneficiarios de Fonasa inscritos en los consultorios.	Se atiende a lo menos el 70% de los niños de 6 años y al 35% de los de 12 esperando llegar al 100% de ellos el año 2005. (se atienden en consultorios y módulos escolares en coordinación con las escuelas).
Curación y Rehabilitación	Tratamiento integral primigestas	Tratamiento para embarazadas que esperan su primer hijo.	Se atiende a lo menos el 40% en los consultorios y hospitales rurales, el objetivo es que tengan su boca sana al nacer su hijo y así no les contagien las caries.
Curación y Rehabilitación	Tratamiento Caries Adultos	Sólo en horario extendido y día sábados en la mañana.	Después de las 5 de la tarde para privilegiar la atención de los niños en horario diurno, debe consultar en el SOME del consultorio donde esta inscrito para que le den hora de atención.
Curación y Rehabilitación	Endodoncias (tratamiento de conductos).	En consultorios y hospitales la primera prioridad la tienen los niños de 6 y 12 y las primigestas, seguidos de los hombres y mujeres del programa de escasos recursos.	Por orden del odontólogo tratante del consultorio.
Curación y Rehabilitación	Limpiezas	Todos los niños con alta integral al igual que las primigestas.	Adultos pueden atenderse en extensiones de tarde o sábado, en el consultorio donde están inscritos.
Curación y Rehabilitación	Prótesis mujeres y hombres de escasos recursos	Deben estar inscritos en el consultorio y pertenecer al programa puente, ser jefe de hogar u hombre cesante inscritos en las	El 2004 estará en todas las comunas menos, Cochamó, Curaco de Velez y Queilen. Consultar en el área social de la municipalidad o en el consultorio. Los pacientes son atendidos en los consultorios u

		oficinas municipales de cada comuna.	hospitales rurales o en consultas privadas en convenio.
Curación y Rehabilitación	Especialidades de endodoncia odontopediatría, prótesis, periodoncia, radiología dental, ortodoncia y cirugía máxilo facial.	Hospital de Puerto Montt mediante cupo otorgado por interconsulta del consultorio u hospital rural.	Mayores listas de espera están en las especialidades de ortodoncia, prótesis y endodoncia, por lo que se deben privilegiar los casos más graves. Periodoncia y odontopediatría también tienen dificultades para tener los cupos necesarios.
Curación y Rehabilitación	Especialidades de prótesis, odontopediatría, endodoncia y cirugía maxilo facial	Hospital de Ancud	Atiende a las comunas de Ancud y Quemchi previa interconsulta.
Curación y Rehabilitación	Especialidades de prótesis, odontopediatría, periodoncia, endodoncia y cirugía máxilo facial	Hospital de Castro	Atiende el resto de las comunas de Chiloé por interconsultas y cupos entregados a los consultorios y hospitales rurales.
Curación y Rehabilitación	Prótesis Adulto Mayor	En los hospitales y previa interconsulta de los consultorios y hospitales rurales.	
Curación y Rehabilitación	Urgencias	En el establecimiento más cercano a su casa, Ningún beneficiario Fonasa con dolor, traumatismo, hemorragia o cara hinchada puede ser rechazada su atención si hay dentista trabajando.	El Centro de Salud Familiar Angelmó en Puerto Montt atiende todos los días hábiles de 17 a 21 horas y sábados, domingos y festivos de 8 AM a 12 PM. La atención es gratuita para los beneficiarios Fonasa y se realizan extracciones, tratamiento médico de infecciones, atención de traumatismos dentarios y sesión inicial de tratamientos de conductos.
Curación y Rehabilitación	Urgencias Escolares	Para tener derecho al seguro debe ser atendido en el hospital más cercano a la escuela.	Deben consultar rápidamente

4.3 Localización

La experiencia se localizó en dos instalaciones:

- Kinder Norah G. de Zaballos de la ciudad de Viacha.

- Dependencias de la Caja Nacional de Salud

4.4 Actividades desarrolladas

4.4.1 Aprestamiento

- Contacto con la dirección y plantel docente del establecimiento
- Contacto con los padres de familia
- Contacto con la población infantil

4.4.2 Difusión

- Exposición pública mediante rotafolio y macromodelos.
- Distribución de trípticos y otros materiales didácticos.

4.4.3 Diagnóstico de la salud oral de los niños y niñas del kinder Norah G. de Zeballos

- Detección de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas mediante el siguiente material: espejos, sonda, bajalengua, babero, linterna, algodón, cubetas y pinza.
- Registro de la situación individual en las historias clínicas.

4.4.4 Prevención

- Explicación de la técnica del cepillado.
- Explicación de la dieta.
- Aplicación de flúor en ambas arcadas de dientes sanos, previa valoración.

4.5 Estrategia desarrollada

Para concretar la estrategia destinada a mejorar la salud oral de niños y niñas del Kinder Norah G. de Zeballos, se efectuaron las siguientes tareas y actividades:

- Reunión con la Sra. Directora y plantel docente, donde se hace conocer y se informa sobre la educación en salud oral y su importancia para aplicar los niños y niñas del kinder Norah G. de Zeballos.
- Se citó a los padres de familia para reuniones semanales.
- Exposición de los temas de interés utilizando rotafolios, macromodelos y trípticos que contenían información sobre salud oral. En estas charlas se incluyó una explicación sobre la importancia y el conocimiento del cuidado de los dientes temporarios, el peligro y los riesgos de las caries, así como una exposición sobre las principales precauciones a fin de bajar los altos índices de caries.
- Una nueva reunión con los padres de familia fue aprovechada para aplicar las encuestas, que se utilizaron para la obtención de la información ya expuesta y discutida.
- Se explicó el procedimiento para el cepillado de dientes.
- Se incrementaron las acciones de educación para la salud oral.
- Se utilizaron técnicas afectivo-participativas.
- Se apeló a la motivación en edad temprana para prevenir las enfermedades dentales.

- También participó el plantel docente, con preguntas sobre los diferentes temas que se iban desarrollando, lo que permitió absolver dudas sobre los diferentes puntos tratados.

El trabajo desarrollado fue efectivo, ya que los padres de familia y los niños obtuvieron una información importante para el cuidado de sus dientes, la técnica del cepillado, dieta, prevención y tratamiento de enfermedades, etc. Debe destacarse la colaboración de la Directora, Sra. Prof. Carmen Escobar Vargas, quien facilitó los ambientes, coordinó la participación de los padres de familia y el plantel docente, habiendo participado en varias de las actividades programadas.

De esta manera, en el capítulo que se presenta a continuación se refleja los resultados obtenidos, después de haber ejecutado la estrategia comunicacional educativa en salud oral.

4.6 Descripción de la Estrategia

4.6.1 Estrategia Comunicacional dirigida a los Niños

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1 Post Diagnóstico

5.1.1 Evaluación de niños de 4 años de edad

Tabla 22
Número de caso CEO (Alumnos de 4 años)

Alumnos de 4 años	Cariados	Extraídos	Obturados
Primero "A" Celeste	94	13	31
Primero "B" Amarillo	88	36	13
Primero "C" Rosado	54	16	12
Total	236	65	56

Fuente: Elaboración propia, 2003.

De acuerdo a los resultados obtenidos, después de la ejecución de la estrategia comunicacional educativa en salud oral, se tiene, que disminuyeron los casos, por lo que se tiene que en los problemas de caries, en el pre diagnóstico se tenía 429 dientes con carias, en cambio en el post diagnóstico se observa una disminución en los casos, puesto que se solo se llega a 236.

En lo que respecta, a dientes extraídos, en el pre diagnóstico se obtuvo solo 22 casos, en cambio con el post diagnóstico se llega a 65; con referencia a dientes obturados, se tenía anteriormente 24 casos, posteriormente a ello se llegó a 56, como se refleja en la tabla y gráfico correspondiente.

Gráfico 21
Número de caso CEO (Alumnos de 4 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Tabla 23
Evaluación de Higiene Bucal (Alumnos de 4 años)

Higiene Bucal	Primero "A" Celeste	Primero "B" Amarillo	Primero "C" Rosado
Bueno	73,7	38,9	47,2
Regular	21,1	38,9	38,9
Malo	5,3	22,2	13,9
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Es importante resaltar que en la evaluación anteriormente realizada a los niños y niñas en cuanto a la higiene bucal, se identificó que en la mayoría de estos era regular esta situación, en cambio como se presenta en la tabla, posterior a la ejecución de la estrategia comunicacional educativa se tiene un resultado favorable a lo anterior puesto que una mayoría ya tiene una adecuada o buena higiene bucal, según se presentan los resultados.

Gráfico 22
Evaluación de Higiene Bucal (Alumnos de 4 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003.

5.1.2 Evaluación de niños de 5 años de edad

Tabla 24
Número de caso CEO (Alumnos de 5 años)

Alumnos de 5 años	Cariados	Extraídos	Obturados
Segundo "A"	86	26	31
Segundo "B" Azul	92	13	26
Segundo "C" Blanco	78	33	27
Segundo "D"	56	31	21
Segundo "E"	96	25	32
Segundo "F"	65	16	10
Primero "A"	82	15	15
Total	555	159	162

Fuente: Elaboración propia, 2003.

En cuanto a los niños y niñas de 5 años de edad diagnósticas anteriormente, se pudo constatar que existía mayormente casos de problemas de dientes con caries: Posteriormente en el post diagnóstico, se refleja que este disminuyo, llegando a 555 casos, en lo que concierne a las dientes extraídos, anteriormente se tenía 27 casos, post diagnóstico se llega a 159, en cuanto a obturados, se tiene post diagnóstico un número de 162 a comparación de pre que solo llegaba a 106.

Gráfico 23
Número de caso CEO (Alumnos de 5 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Tabla 25

Evaluación de Higiene Bucal (Alumnos de 5 años)

Higiene Bucal	Bueno	Regular	Malo
Segundo "A"	47,4	21,1	31,6
Segundo "B" Azul	50,0	34,2	15,8
Segundo "C" Blanco	47,5	30	22,5
Segundo "D"	62,5	22,5	15
Segundo "E"	42,5	27,5	30
Segundo "F"	67,6	24,3	10,8
Primero "A"	81,1	10,8	10,8

Fuente: Elaboración propia, 2003.

Según los resultados obtenidos en cuanto al porcentaje de evaluación de la higiene bucal, se tiene este aspecto fue mejorando, aunque en el pre diagnóstico se evaluó como bueno, en el post diagnóstico se mantiene con la misma evaluación.

Gráfico 24

Evaluación de Higiene Bucal (Alumnos de 5 años)

Fuente: Elaboración propia, 2003.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Los datos que respaldan esta conclusión son reseñados a continuación:

- El porcentaje más alto de los informantes señala que los niños consumen alimentos tres veces al día.
- El porcentaje más significativo consume golosinas.
- Existe un deficiente estado de salud bucal de la población de kinder.
- Existe una pobre participación comunitaria en el análisis de la situación de salud.
- Se evidencia una mala calidad y suministro del agua de consumo.
- Existen hábitos dietéticos inadecuados de la población.
- La mayoría de los niños de Viacha se cepillan los dientes, pero existe un porcentaje significativo que no lo hace.
- La madre es un factor importante en la salud oral, pues la mayoría de los niños aprendió a cepillarse los dientes en compañía de ella.
- Existe un porcentaje significativo de niños que no se cepillan con la frecuencia ni la duración de tiempo adecuadas para garantizar su salud oral.
- No existe el hábito de cambiar los cepillos periódicamente.
- Los niños de Viacha sólo visitan al dentista cuando existe un daño manifiesto en las piezas dentales.
- El problema detectado en el examen intraoral constituyen los abscesos, las fístulas, problema muy frecuente en el examen intraoral.

- Existe movilidad dentaria en un porcentaje importante de los niños examinados.

Por otra parte, observamos que la cobertura aún es insuficiente, pues durante la gestión 2003 sólo se atendió aproximadamente a 460 niños y niñas menores de cinco años.

6.2 Recomendaciones

Diseñar una estrategia de prevención e información en salud oral que brinde información sobre:

- Higiene oral.
- Prevención de enfermedades.
- Prevención de la caries en niños preescolares.
- Prevención de la mala oclusión.
- Prevención de la enfermedad gingival.
- Control de placa bacteriana.

Asimismo, se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones para los padres de familia:

- Los niños temen a lo desconocido y a lo inesperado por lo que conviene explicarle y darle seguridad cuando por primera vez va a asistir a la consulta dental.
- Los niños que han tenido una mala experiencia en una primera atención, donde han experimentado dolor (inyecciones, curaciones, exodoncias, etc. de parte del personal que viste con uniforme blanco), desarrolla temor a todo personal que viste igual, por lo que se debe animarle y tranquilizarle haciéndole comprender la importancia de sus dientes.

- La influencia de los padres y adultos que les rodean es fundamental; la conducta negativa de los adultos frente al profesional odontólogo impiden una relación del niño con el amigo odontólogo.
- Es mejor que el niño entre acompañado de sus padres a la consulta por primera vez con el dentista, para que el niño tenga menos temor y no se sienta solo.
- Si el profesional le pide que el niño debe estar solo, no se rehúse, hay ocasiones que el niño debe recibir una atención personalizada.
- El miedo hace sentir con mayor intensidad cualquier estímulo doloroso, no se debe mentir al niño en el sentido de que no va a sentir dolor, es necesario decirle que las molestias serán mínimas y que las puede tolerar.
- Los adultos no deben expresar su miedo al dentista delante del niño. Procure hablar de la necesidad que tenemos de consultar con el dentista con naturalidad.
- No use al dentista ni a ninguna área de salud. (médico, enfermera, etc.) diciendo;... “te llevaré al dentista para que te pinche”.
- Llevar periódicamente a su niño al dentista, para que se habitúe al examen y prevenir cualquier lesión para tratarlo oportunamente.
- No ofrecer recompensas, esto hace que el niño desconfíe.
- Los padres no deben reírse del temor normal que su niño siente al ir al dentista, evitando detalles que puedan aumentar su temor (inyecciones, curaciones, etc.).
- Revise periódicamente los dientes de su niño y partes blandas de la boca (lengua, encías, paladares mejillas) a fin de detectar algunas lesiones de importancia que el odontólogo puede diagnosticar y tratar oportunamente.

- Felicitar a su niño al terminar la consulta. Acogerlo con cariño y naturalidad, sin exagerar el hecho.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- (1) ILDIS, OMS-OPS: Pobreza y salud en Bolivia. Edit. ILDIS. La Paz, Bolivia, 1994, Pág. 12.
- (2) Gobierno del Municipio de Viacha. Folleto conmemorativo "Saludando de Julio en Gran Día". 2003.
- (3) Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística <<http://www.ine.gov.bo>> [15 de marzo de 2005]
- (4) <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n1-Bolivia.htm> [22 de abril de 2005]
- (5) Matutino Jornada. La Paz, Bolivia, 5 de noviembre de 2004.
- (6) CAJA NACIONAL DE SALUD, Distrito de Viacha, 2004.
- (7) PASQUALI, Antonio. Comprender la Comunicación. 1978, Venezuela. Edit. Monte Avila Editores. Pag. 41.
- (8) IRIARTE, Gregorio. ORSINI, Marta. Realidad y Medios de Comunicación. 1992, Cochabamba - Bolivia. Edit. ILAM. Pag. 25.
- (9) PASQUALI, Antonio. Op. Cit. Pag. 51, 52.
- (10) DE FLEUR Melvin, "Teorías de la comunicación de Masas" Ediciones PAÍDOS. España. 1986. Pág. 161-162.
- (11) GUSDROFF George - O'Sullivan R. Jeremiah, "La comunicación humana". Caracas. 1996. Pág. 20.
- (12) SANTORO, Eduardo. Ob. Cit. Pag.56
- (13) ALER. "Prender para Aprender". Quito. ALER. 1993. Pág. 53.
- (14) Kaplún Mario, "Una Pedagogía de la Comunicación"
- (15) Ibidem. Pág. 87
- (16) PEREZ PORTABELLA, Javier. "Relaciones Públicas no son relaciones públicas". Barcelona-España, 1990. Edit. El Ateneo. Pág. 27.
- (17) Ibidem. Pág. 26.
- (18) PEREZ PORTABELLA Ob. Cit. Pág. 27.
- (19) BERLO, David K. "El Proceso de la Comunicación: introducción a la teoría y a la práctica". 1984
- (20) Citado por TOUSSAINT, Florence. Crítica de la Información de Masas. 1991, México. Edit. Trillas, Pag. 43.
- (21) SANTORO, Eduardo. "Efectos de la Comunicación". Quito 1986. PROGRAMA INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNICACION PIDC-UNESCO. Pag. 73.
- (22) FERNANDEZ, Collado Carlos, DAHNKE, Gordon. "Comunicación Humana Ciencia Social". 1986, México. Edit. McGraw Hill Latinoamericana. Pag. 11.
- (23) MALDONADO WILLMAN, Héctor: Manual de comunicación oral. Edit. Alhambra Mexicana. 1995. Pág. 19.
- (24) HERBERT, Ray Eldon, Ob. Cit., p. 16.
- (25) Manual de comunicaciones, p. 2
- (26) Diccionario de la lengua española, p. 886.
- (27) La comunicación: producto o proceso, artículo de Internet en <http://www.monografias.com>

- (28) SEGALES MAMANI, Betty Silvana: Determinar el comportamiento de caries en piezas dentarias temporarias de 1 a 5 años, zona Luis Espinal, octubre – diciembre 2003. Proyecto de investigación para optar el grado de especialista en Salud Pública con mención en Atención primaria y medicina comunitaria. UMSA, La Paz, Bolivia, 2003. Pág. 9.
- (29) <<http://www.oms.org>> [Mayo de 2004].
- (30) MELGAR HERMOZA, Rosa Ana: Bases para una prevención efectiva. Univ. Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 1998. Pág. 11.
- (31) <<http://www.monografias.com>> [diciembre de 2004]
- (32) <<http://www.monografias.com>> [diciembre de 2004]
- (33) <<http://www.monografias.com>> [diciembre de 2004]
- (34) Simon Katz, James I. Mcdonald, George K. Stookey: Odontología preventiva en acción. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1992. Pág. 15.
- (35) Ídem.
- (36) Simon Katz, James L. Mcdonald, George K. Stookey: Odontología preventiva en acción. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1992. Pág. 12.
- (37) Ídem.
- (38) Simon Katz, James L. Mcdonald, George K. Stookey: Op. Cit. Pág. 13.
- (39) Ídem.
- (40) <<http://www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/oralhealth>> [Agosto de 2004]
- (41) Ídem.
- (42) <<http://www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/oralhealth>> [Agosto de 2004]
- (43) Programa Preventivo de Salud Oral para Niños Escolares de Santa Fe, Argentina, en <<http://www.sdpt.net/progprevescar.htm>> [Agosto de 2004]
- (44) Programa de Salud Oral en las Escuelas de Kuwait, 1986-1997, en <<http://www.sdpt.net/progescuelas.htm>> [agosto de 2004]
- (45) DOMÍNGUEZ ENCINAS, Úrsula Verónica: Influencia de factores educativos de salud oral para caries dentales en niños de 5 a 10 años, Policlínico El Alto C.N.S. Tesis de grado, UMSA, La Paz, Bolivia. 2001. Pág. 1.
- (46) Caja Nacional de Salud, Servicio Nacional Odontología. Plan Operativo 2002, Programa de Odontología preventiva. Fotocopia sin referencias, Pág. 1.
- (47) <<http://www.meridianhealth.com/index.cfm/healthcontent/speds/dental/dentalview.cfm>> [septiembre de 2004].
- (48) MENDOZA PADILLA, Jesús: Atención primaria de Salud Oral. Cátedra: Bioestadística, metodología de la investigación y demografía. UMSA, 1993. Págs. 1 - 2.
- (49) Ibídem, Pág. 2.
- (50) SEGALES MAMANI, Betty Silvana: Op. Cit. Pág. 9.

- (51) MÁRQUEZ ÁLVAREZ, Johana Marcela; NARANJO DUQUE, Luisa Fernanda: Caracterización de la dieta y la salud oral de los estudiantes de básica primaria de escuelas y colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales en el año 2000, en <<http://www.monografias.com/trabajos14/dietasalud/dietasalud.shtml> >
- (52) SEGALÉS MAMANI, Betty Silvana: Op. Cit. Pág. 9.
- (53) COCA CABRERA, Ana María: La rehabilitación oral como instrumento para la disimulación de la prevalencia de caries dental en niños de 6 a 9 años en el Policlínico El Alto de la Caja Nacional de Salud. Proyecto de Intervención, UMSA, Especialidad en Salud Pública, mención Gerencia en Salud, La Paz, Bolivia, 2001. Pág. 7.
- (54) Ídem.
- (55) Ídem.
- (56) APRILE, Anatomía dentaria. Edit. McGraw Hill, México. Pág. 20.
- (57) Bordón Noemí, Squassi Aldo: Odontología Preventiva. Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (PRECONC). Bogotá, Colombia. 1989. Pág. 9.
- (58) Ídem.
- (59) Ídem.
- (60) Ibídem, Pág. 10.
- (61) <<http://www.meridianhealth.com/index.cfm/healthcontents/speds/dental/fluoride.cfm>> [agosto de 2004]
- (62) HIGASHIDA, Berta: Odontología preventiva: Edit. McGraw Hill, Interamericana, 2000. Pág. 1.
- (63) Ídem.
- (64) Ídem.
- (65) Ídem.
- (66) Ídem.
- (67) Ídem.
- (68) Ídem.
- (69) Ídem.
- (70) Kindergarten “Norah G. de Zeballos”. Tríptico informativo sin datos de edición.
- (71) <<http://www.oms.org>> [15 de julio de 2004].
- (72) APLEPI. Resultados del censo agropecuario Provincia Ingavi. 1998-1999. La Paz, 2000, Pág. 4.
- (73) Instituto Nacional de Estadística: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- (74) APLEPI. Op. Cit. Pág. 4.

