

Incidencia de la educación y la prevención en la salud bucal de poblaciones periféricas en riesgo epidemiológico.

Etel Beatriz Mosconi, Gustavo Omar Papel, Leticia Argentina Rueda, Silvia Irigoyen; Silvia Albarracin; Luis M. Cantarini; Nélica Coscarelli.

Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata

mosconi@folp.unlp.edu.ar

Resumen:

La necesidad de enfrentar al paciente como un ser bio-psico-social planteó para la Odontología un doble desafío, construir nuevos modelos, no solo en la práctica profesional sino también la formación de recursos humanos; comienza así la preocupación por formar odontólogos con “sensibilidad social” a través de la confrontación con la realidad, es así que la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, en nuestro caso la enfermedad bucal, existe pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad que tiene demandas, creencias y valores que nos pueden llevar al éxito o al fracaso de nuestro trabajo.

El objetivo general del presente trabajo es promover la integración del conocimiento en forma estructural, orgánica y con una dimensión social; cuyos objetivos específicos son promover estilos de vida saludables; desarrollar un modelo de trabajo que articule promoción y prevención; Evaluar conductas orientadas hacia un compromiso social del futuro egresado de la FOLP.

La metodología utilizada fue descriptiva y participativa, cuya modalidad se basa en los servicios a la comunidad. La experiencia se realizó durante 24 meses.

El universo sobre el que se trabajó fueron pacientes del Centro de Atención Primaria N° 34, de la zona rural de Colonia Urquiza y de una comunidad Toba.

El programa incluyó examen bucodental, revelado de placa, enseñanza de cepillado y reforzamiento de conductas a través de la motivación.

Se procedió a la recolección de datos, análisis de los mismos, utilizando como indicador la reconversión epidemiológica, comparando índices inicial y final de enfermedades prevalentes.

Como conclusión podemos afirmar que el programa educativo utilizado produce impacto en la población cubierta, actuando como factor relevante en la prevención de la salud bucal.

Introducción:

La necesidad de enfrentar al paciente como un ser bio-psico-social planteó para la Odontología un doble desafío, construir nuevos modelos, no solo en la práctica profesional sino también la formación de recursos humanos; comienza así la preocupación por formar odontólogos con “sensibilidad social” a través de la confrontación con la realidad, es así que

la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, en nuestro caso la enfermedad bucal, existe pero no sola y aislada, sino en el marco de una sociedad que tiene demandas, creencias y valores que nos pueden llevar al éxito o al fracaso de nuestro trabajo.

Las universidades, al igual que los países, buscan con mayor o menor éxito, adaptarse al nuevo contexto económico, social, político y cultural que trae consigo la globalización.

Diversas actividades de la economía y la sociedad demandan calificaciones profesionales y técnicas. Por lo tanto la educación superior se ve forzada a acomodar, ella también, un número creciente de especialidades y subespecialidades.

A medida que la sociedad usa más conocimientos, cada vez más especializados, las universidades deben multiplicar sus unidades, especializarse e incurrir en una creciente fragmentación. Han aumentado y se han diversificado las demandas provenientes de los diferentes agentes como: los gobiernos reclaman calidad, eficiencia y relevancia de la educación superior para el desarrollo nacional; la industria requiere encontrar en las universidades una fuente de información y un mayor énfasis en la innovación tecnológica; los empleadores exigen profesionales que se adapten a sus múltiples y cambiantes necesidades; los medios de comunicación siguen a la distancia la educación de los sistemas educativos y critican sus fallas; la opinión pública se ha acostumbrado a esperar más de la educación de lo que ésta puede entregar (equidad de acceso, empleos bien remunerados, un camino garantizado de movilidad social, un lugar de orientación para la sociedad, una variedad de servicios culturales y mucho más).

Por lo tanto el proceso de enseñanza aprendizaje debe estar dirigido hacia la idea de que los alumnos aprendan a pensar por ellos mismos y en consecuencia puedan tomar acciones adecuadas a sus propias decisiones.

En cuanto a los contenidos, como el propósito está dirigido hacia las necesidades sociales, los contenidos son en buena parte diferentes a los dirigidos a mantener el prestigio y la imagen profesional.

De acuerdo a lo expresado anteriormente sobre las profesiones de la salud, si el objetivo es la salud, los contenidos deberán ser diferentes que si fuera la enfermedad. Es más, si el énfasis se da en los aspectos de curación y rehabilitación, los contenidos seguramente no serán los mismos que en el caso a donde la prevención fuera lo más sobresaliente.

Si la intención es preparar a los egresados para atender preferentemente a las minorías que tienen mayor capacidad económica, los contenidos irán dirigidos obviamente con mayor énfasis hacia el tipo de problemas de esta clase social y desde luego no tanto hacia aquellos de las grandes mayorías quienes con dificultad podrían pagar directamente un servicio privado.

Por último, si se trata que los alumnos aprendan principalmente técnicas, los contenidos presentarán más la forma de información dogmática. Si por el contrario, interesa que los

alumnos piensen y decidan por ellos mismos, los contenidos se definirán más por medio de actividades de búsqueda, análisis, discusión, aplicación y evaluación efectuados por los propios estudiantes, es decir, que aprenden a aprender, más que a obedecer sin mucho pensar.

En el análisis de la formación de recursos humanos en Odontología, no puede dejarse de lado los perfiles epidemiológicos de nuestra sociedad.

Para poder lograr un adecuado cuidado de nuestra salud individual, familiar y de la comunidad, es necesario utilizar todos los medios a nuestro alcance para evitar la aparición de enfermedades, detectarlas oportunamente y minimizar las consecuencias que ellas conllevan, a través de actividades concretas, tanto individuales como colectivas.

La educación permanente en salud es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor en cualquier momento, sus problemas.

Una adecuada orientación actuará como fuente de información y como herramientas, que permitirán a las familias tomar medidas de prevención e incluso alternativas de atención que les ayuden a mejorar su calidad de vida con una educación permanente ligada a la salud.

La universidad que se requiere en los tiempos actuales se debe insertar en el todo social; en el caso de la salud, ésta es un producto y un proceso social y no sólo un resultado esperable de las acciones sectoriales. Esta inserción tiene vínculos intrínsecos con las realidades nacionales y los procesos históricos culturales, sociales y epidemiológicos.

La salud de la población y los problemas de salud tienen que ser elementos organizadores, de los que emergen las diferentes acciones para el desarrollo de la educación permanente en los diferentes niveles.

La evidencia científica muestra que estas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura.

Por otra parte, como consecuencia de las discusiones generadas por las estrategias educacionales, propuestas en la declaración de Alma Ata: Salud para Todos, surgió un nuevo concepto, el de promoción en salud, definido como cualquier combinación de educación para la salud con intervenciones organizacionales, políticas y económicas, diseñadas para facilitar cambios conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud.

En relación a ello Misrachi (1990) dice que “el componente operativo esencial de la promoción de la salud es la educación de los individuos, grupos y comunidades”.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social.

Depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, y su componente operativo esencial es la educación.

El conocimiento y la capacidad de aprender se consideran cada vez más centrales para la calidad de vida y el bienestar de los individuos y sus comunidades.

En el último tiempo, se reconoce una multiplicación y dispersión de los agentes que efectivamente “educan” a las nuevas generaciones, reforzándose el rol de la escuela, como actor central y portador principal de la misión de promover el desarrollo de las capacidades cognitivas y otras esenciales para la vida y convivencia humanas.

La Salud Bucal es esencial para una óptima calidad de vida, ya que tiene influencia en la vida cotidiana y en las relaciones con nuestros pares.

Abordar la situación de Salud Bucal en nuestro país, requiere aplicar enfoques de Salud Pública, con estrategias preventivas claras que permitan asumir este problema, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial mediante actividades que vinculan la acción individual, comunitaria y profesional.

Los problemas de salud que se deben resolver localmente son la razón que otorgan el contenido y la naturaleza de los procesos educativos permanentes, su forma de asegurar la organización de los procesos atencional, docente e investigativo y de las medidas socioeconómicas, culturales, sanitarias y epidemiológicas.

La heterogeneidad de los problemas impone la heterogeneidad de las soluciones, de allí que en las estrategias y tácticas de intervención en los problemas de salud, este principio debe estar presente junto con la búsqueda de las soluciones más eficientes.¹

Información reciente del Banco Mundial de datos de la OMS, confirma dos tendencias en el estado de salud bucal de la población mundial: un deterioro en la mayoría de los países en vías de desarrollo y un progreso en casi todos los países industrializados.

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentarias, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares.

La Educación Permanente en Salud es impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de 1988. Desde esta fecha se viene conformando un cuerpo de conocimientos que han dado la forma actual a esta estrategia. En efecto, en 1988 se establecen los primeros principios y entre 1989 y 1995 se perfecciona la definición actual de EPS.

¹ Rev Cubana Educ Med Sup 1997;11(2):101-106

La Educación permanente en salud es una estrategia educativa que parte de la teoría constructivista donde el personal de salud es el agente activo de la generación de nuevos conocimientos, partiendo de sus experiencias previas desarrolladas en el desempeño de su trabajo.

En un contexto de EPS los equipos de trabajo, investigan, analizan y construyen nuevas prácticas y conocimientos de forma participativa, compartiendo experiencias con los demás y mejorando la comprensión de la realidad.

Considera el enfoque de educación de adultos como un continuo a través de toda la vida que excede a la educación formal en aulas. El personal de salud son adultos que aprenden a partir de sus propios procesos de trabajo y del compartir experiencias con otros, por lo que las metodologías, herramientas y formas en que se puede estimular su aprendizaje preferencia las metodologías activas, participativas y en servicio. El personal de salud utilizando la estrategia de EPS aprende a aprender a partir de problemas detectados en los servicios.

El modelo pedagógico utilizado es el de la problematización, partiendo de la caracterización y análisis de los problemas de la práctica diaria, como medio para transformar los servicios. La aplicación de este modelo permite alcanzar cambios a escala conceptual: nuevas maneras de pensar, y a nivel práctico: nuevas maneras de actuar.

Este modelo pedagógico sostiene la capacidad del recurso humano en salud como agente de transformación social para detectar problemas reales y buscarles solución original y creativa.

En este modelo el personal de salud es el principal soporte del aprendizaje y punto de partida de los conocimientos y el tutor de EPS tiene un papel estimulador, catalizador y facilitador del proceso.

Se inicia en la indagación sobre los procesos de trabajo, entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional, de manera colectiva, reuniendo los aportes individuales en el pensamiento del equipo.

Del análisis de los procesos de trabajo, se detectan los problemas, se avanza en las fuentes de información y en una reflexión teórica para comprenderlos y profundizar en ellos y finalmente se llega a una hipótesis de solución que es probada en la práctica verificando su adecuación para la resolución del problema y la modificación de la práctica. El modelo pedagógico nos invita a un proceso permanente de reflexión del equipo de trabajo acerca de las realidades de su práctica cotidiana, que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud, y que no solamente produce aprendizajes sino un crecimiento personal en cuanto a que le permite entender mejor su trabajo como parte importante de un

gran contexto y el papel integral de la institución a la cual pertenece, desarrollando la afirmación personal de un compromiso profesional frente a esa realidad captada en su totalidad, posibilitando así una acción transformadora.

La pedagogía de la problematización se sostiene en el aprendizaje significativo basado en problemas, privilegia la formación “en” y “para” la práctica, donde el personal de salud de acuerdo a su nivel de avance técnico y con la orientación del tutor de EPS reflexiona acerca de la situación encontrada, identificando problemas, teorizando y planteando las soluciones. Esto se desarrolla en cualquier espacio didáctico (clínico, comunitario u otro) de tal manera que va adquiriendo gradualmente competencias tendientes a mejorar el servicio que ofrece y así lograr calidad en su quehacer laboral, impulsando su desarrollo profesional, técnico e institucional.

Esta articulación entre el problema identificado y el trabajo en donde se establecen conexiones entre la teoría y la práctica lo hace un aprendizaje significativo. Podemos decir que se desarrollan aprendizajes participativos, con enfoque de adultos que genera competencias técnicas y sociales, a través de la identificación de problemas en los procesos de su propio trabajo impactando en la mejora de la calidad de atención, cambio organizacional y satisfacción del usuario.

“La inserción de la EPS en la vida cotidiana de los servicios permite reconocer diversos medios de formación que no son suficientemente aprovechados: los datos del servicio, las reuniones formales e informales, el contacto con los superiores, la participación e intercambio entre distintos equipos y/o especialistas presentes en la institución, el estudio de casos prototípicos o especiales, la observación en terreno, la circulación en distintas salas o sectores del servicio a intervalos regulares, las tutorías o estudios especializados aprovechando los recursos de la organización, el aprendizaje sobre la tarea, las sesiones de estudio y/o debate, paneles y seminarios, la observación de la comunidad, las entrevistas a pacientes, las estadísticas, las sesiones de lectura, etc. son todos medios y recursos presentes en el servicio que sólo precisan ser utilizados con intención de educación y desarrollo.

En su desarrollo histórico, la premisa que ha orientado los programas educativos en el campo de la salud odontológica, se sustenta en la creencia de que la estimulación a través de charlas, películas, demostraciones, etc., establecen las condiciones necesarias para el desarrollo de patrones de conducta que permitan el alcance de niveles de salud óptimos. Este enfoque intenta aplicar las ideas básicas de la Teoría Estructural-Funcional de Parsons y Merton, en la cual los factores integradores de todo sistema social son los valores y normas, los cuales ofrecen al hombre modelos o patrones de conducta que debe seguir, asegurando el mantenimiento y estabilidad del sistema. Parsons valora la participación como una relación interactiva, de tipo personal, un elemento funcional que permite mantener

las fuerzas en equilibrio. Ahora bien, si la participación es un proceso de carácter individual y no grupal, determinado y perfilado por el sistema de valores y normas estatuidos por la sociedad, ¿qué factores explican las diferencias que se detectan en relación al grado de participación?, ¿es la condición social y las características que le son implícitas, lo que genera en el individuo cambios conductuales que favorecen o no su motivación en la realización de acciones en salud?

Es del consenso general que la motivación y el reforzamiento de la conducta constituyen elementos claves en el desarrollo de los programas. Así mismo, la literatura existente permite identificar varios factores que inciden en la conducta del niño y su respuesta a las estrategias de motivación.

No obstante, la mayoría de las veces, los patrones de comportamiento son imputables a las características innatas del niño, al estadio de su desarrollo y al rol de sus padres.

Los Programas de educación para la Salud, contribuyen a mejorar los niveles de salud gingival del niño en edad escolar siempre y cuando en su implementación, se garantice en forma permanente, el reforzamiento de conducta, a través de la motivación, la técnica y la supervisión, por lo menos hasta que el niño fije la conducta deseada y la destreza psicomotora necesaria para aplicar efectivamente la técnica. No obstante, la influencia de los factores psicosociales debe ser considerados elementos importantes en la definición de las estrategias que estos programas requieren para abordar las poblaciones hacia las cuales van a dirigir su atención.

Los estudios realizados por la Asociación Dental Americana y los de Kriesberg y Treiman, concluyen que la pertenencia social constituye un aspecto crucial en los programas de educación odontológica y que éstos no deben ser dirigidos a poblaciones homogéneas sino a grupos socialmente definidos, con estilo de vida y actitudes propias, los cuales afectan su percepción y aceptación a los mismos.

Lo importante es establecer un diseño o programa de acciones con la participación activa de los actores de la práctica y a partir de la identificación de los problemas del servicio.

Los programas educativos sobre higiene oral tendrán características diferentes dependiendo en gran parte de la edad de los sujetos objeto de ellos. Los buenos hábitos de salud son más fáciles de establecer en la infancia, pues es más sencillo instaurar un hábito nuevo que modificar el existente. En adolescentes, la participación activa y la aceptación del grupo son elementos motivantes, mientras que en adultos el control profesional periódico parece ejercer una influencia positiva. En todos los grupos la forma de aportar la información no parece ser relevante, va que todos los métodos son buenos a la hora de incrementar los conocimientos. Sin embargo la mera información no consigue cambiar hábitos y comportamientos, siendo necesarias para ello las técnicas de motivación.

La retroalimentación correctiva y el refuerzo de la conducta mediante la probación o por incentivos son los métodos más utilizados en la motivación para la higiene oral, y se han conseguido resultados prometedores también con las técnicas de aprendizaje activo y estrategias de motivación basadas en los intereses, valores y opiniones de salud del individuo.

Control profesional de placa. Efectividad en la prevención de enfermedades orales y evaluación económica.

Diversos estudios han demostrado que las profilaxis profesionales periódicas, incluyendo motivación para la higiene oral y uso de productos fluorados pueden reducir la incidencia de caries y gingivitis y controlar la progresión de la periodontitis. No obstante no se puede dar una norma estándar respecto a la frecuencia de profilaxis necesaria para conseguir dichos resultados, ya que depende de las características de cada individuo y de su nivel de riesgo de caries y enfermedades periodontales.

La eficiencia de las profilaxis periódicas en la prevención de la caries depende fundamentalmente de la susceptibilidad del paciente a esta enfermedad, ya que al ser un procedimiento que requiere un tiempo considerable de atención individualizada, su coste en relación al resultado es elevado en personas con bajo riesgo de caries. Por lo que respecta a la eficiencia de las profilaxis en la prevención de las enfermedades periodontales, la bibliografía es casi inexistente, aunque puede asumirse que dependerá también del nivel de riesgo de los individuos que las reciben.

Los programas educativos de higiene oral sólo mantienen los cambios de conducta a largo plazo mediante el refuerzo continuado y las técnicas de motivación.

El éxito de los programas educativos depende de: su instauración precoz, participación de padres y educadores, factores socio-ambientales, refuerzo positivo y control profesional periódico.

Uno de los factores clave para lograr el control de las enfermedades periodontales radica en mejorar la higiene bucal. Los programas de educación tradicionales, se han mostrado poco efectivos para conseguir cambios de conducta eficaces y duraderos. Nuestra primera tarea es educar y entrenar al paciente para que sea capaz de eliminar correctamente la placa bacteriana. Tan importante como la habilidad de instruir al paciente en la correcta higiene bucal, es la habilidad de conseguir que la práctica de dichas instrucciones se mantenga a lo largo del tiempo. La puesta en marcha de un conjunto de estrategias puede ayudarte a resolver esta difícil situación. El éxito de los programas educativos depende de su instauración precoz, de la participación de los padres y educadores, de los factores socioambientales, del refuerzo positivo y del control profesional periódico

Todos los vehículos de transmisión de la información e instrucción en higiene oral son válidos. Las técnicas psicológicas de motivación son prometedoras, pero la evidencia es

limitada. Los medios de comunicación de masas pueden mejorar los conocimientos de la población pero no consiguen cambios de hábitos o comportamientos.

En el periodo de la adolescencia se produce la estructuración de la personalidad del individuo, a través de intensas transformaciones en los aspectos corporales, psicológicos y en sus relaciones. En ella el individuo experimenta los mejores índices de salud y vitalidad lo que le permitirá realizar sus tareas en la edad adulta. Pero es un período de riesgo para la Salud bucal.

Sin embargo, se sabe que las enfermedades bucales prevalentes pueden prevenirse con medidas de auto cuidado y de protección específica

Por las razones anteriores es importante la realización de estudios con los adolescentes para que, a partir de sus vivencias, expectativas y visión del mundo, se pueda comprender mejor cómo se expresan y buscan ayuda, con el objetivo de auxiliar y orientar la creación de medidas más eficaces, y la planificación de acciones educativo-preventivas dirigidas a ese grupo.

Diversos autores relatan que la salud bucal se determina por la dieta, higiene, hábito de fumar, uso de alcohol, tensión y trauma, y enfatizan la necesidad de difundir una política de comidas saludables en escuelas, como medio efectivo de promover la Salud bucal, pues se sabe que la alimentación de los adolescentes en la escuela es cariogénica.

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje.

En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje.

Estas necesidades comprenden los conocimientos, valores y actitudes requeridos para que los seres humanos sean capaces de sobrevivir, desarrollen sus capacidades intelectuales, vivan y trabajen con dignidad; mejoren la calidad de sus vidas, tomen decisiones y continúen aprendiendo.

El alcance de las necesidades básicas de aprendizaje y la manera de satisfacerlas varía según cada país y cada cultura e inevitablemente cambia con el paso del tiempo.

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial.

De naturaleza multidisciplinaria, la educación para la salud deriva de las ciencias biológicas y se basa en las ciencias sociales que permiten comprender la conducta de los individuos y

de los grupos, así como la complejidad de los procedimientos de percepción, comunicación y aprendizaje.

La educación para la salud apunta al logro de adaptaciones voluntarias de conductas que favorezcan la salud.

La verdadera educación sanitaria dirige sus esfuerzos a una formación completa de la personalidad de cada individuo, a un verdadero cultivo de la salud como parte fundamental del bienestar individual y colectivo, por lo que toda persona podrá estar implicada, ya sea como individuo o como integrante de una comunidad estructurada.

Es un complemento indispensable de toda acción médica, sea ella de fomento, protección o recuperación de la salud, ya que se preocupa de crear conductas, reforzar hábitos y actividades que contribuyan a mantener al individuo sano y evitar la enfermedad.

En el presente, la Educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países.

Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo.

En relación a la temática “salud oral” se desarrolla en gran medida, en nuestra comunidad, conductas erróneas, de ahí la necesidad de detectar con claridad los modos, niveles, grados y matices en los que dichas situaciones erróneas se manifiestan en el plano institucional, en las actitudes de los agentes sanitarios, en las creencias de la población demandante y en los programas de asistencia a la comunidad.

De acuerdo a las características de la enseñanza impartida será el perfil del futuro egresado, por lo tanto el proceso de enseñanza aprendizaje debe estar dirigido hacia la idea de que los alumnos aprendan a pensar por ellos mismos y en consecuencia puedan tomar acciones adecuadas a sus propias decisiones.

En este contexto la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, ha encarado una Reforma Curricular para construir un profesional de la salud con una integración total y real, que pasa por lo filosófico, lo pedagógico y lo práctico, de ésta manera se proporciona al estudiante una visión de conjunto de la sociedad y un sentido de compromiso hacia la comunidad que contribuye a formarlo y capacitarlo.

Objetivo General:

Promover la integración del conocimiento en forma estructural, orgánica y con una dimensión social.

Objetivos Específicos:

- Promover estilos de vida saludables;
- Desarrollar un modelo de trabajo que articule promoción y prevención;
- Evaluar conductas orientadas hacia un compromiso social del futuro egresado de la FOLP.

Metodología:

La metodología utilizada fue descriptiva y participativa, cuya modalidad se basa en los servicios a la comunidad. La experiencia se realizó durante 24 meses.

El universo sobre el que se trabajó fueron pacientes del Centro de Atención Primaria N° 34, de la zona rural de Colonia Urquiza y de una comunidad Toba de la ciudad de La Plata.

El programa incluyó examen bucodental, revelado de placa, enseñanza de cepillado y reforzamiento de conductas a través de la motivación.

Se procedió a la recolección de datos y análisis de los mismos, utilizando como indicador la reconversión epidemiológica, comparando índices inicial y final.

Se utilizó soporte informático para la confección de gráficos para representar los resultados obtenidos.

Resultados:

1- Centro de Atención Primaria N° 34 Villa Elvira – Partido de La Plata:

De 186 pacientes que comenzaron el estudio, 59 fueron menores de 15 años; de los cuales 30 pertenecen al grupo control “c” y 29 al grupo experimental “e”, los mayores de 15 años fueron 127, de los cuales 63 pertenecen al grupo “c” y 64 al grupo “e”. Completaron el presente estudio 137 y 49 no concurrieron más a la consulta.

	Pacientes	
Grupo control “c”	< a 15 años	60
	≥ a 15 años	63
Grupo Experimental “e”	< a 15 años	29
	≥ a 15 años	64

Nº Total de Pacientes	186
------------------------------	------------

El reforzamiento de la conducta a través de la motivación se llevó a cabo con charlas preventivas sobre el cuidado de la salud oral, tanto en forma individual como grupal, demostraciones con macro modelos para poder indicar una correcta técnica de cepillado acorde a la edad de los pacientes y utilizando videos educativos, esperando generar en el individuo cambios conductuales que favorecieran su estado de salud bucal.

La medición de la variable dependiente (índice de placa bacteriana) se realizó al inicio y a la finalización del tratamiento.

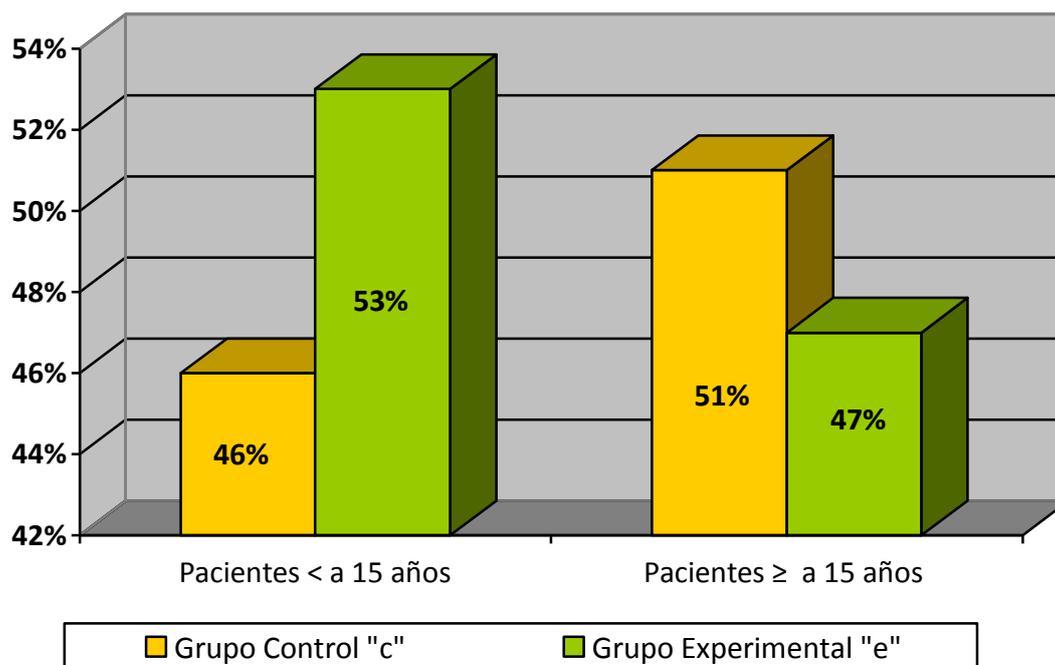
Los valores del Índice de O'Leary permite establecer el riesgo que tiene el paciente de padecer caries, siendo su valor significativo por encima del 20%, lo que indica la cantidad de placa bacteriana presente en boca, para poder realizarlo se utilizan diversas sustancias reveladoras de placa bacteriana, ya que éstas tienen afinidad por los microorganismos presentes sobre la superficie dentaria.

La sustancia utilizada fue la "doble tono" que nos permite identificar la placa bacteriana antigua de la placa bacteriana recién conformada. De ambas revelaciones, nos interesa conocer la que produce daño a lo largo del tiempo sobre la estructura de la pieza dentaria, es decir la placa más antigua, que no fue removida mediante la acción mecánica del cepillado dental.

Índice de O'Leary Inicial:

Se realizó sobre el total de 186 pacientes el índice de placa bacteriana, resultando en todos los casos pacientes de "riesgo", ya que superaban el valor de 20%.

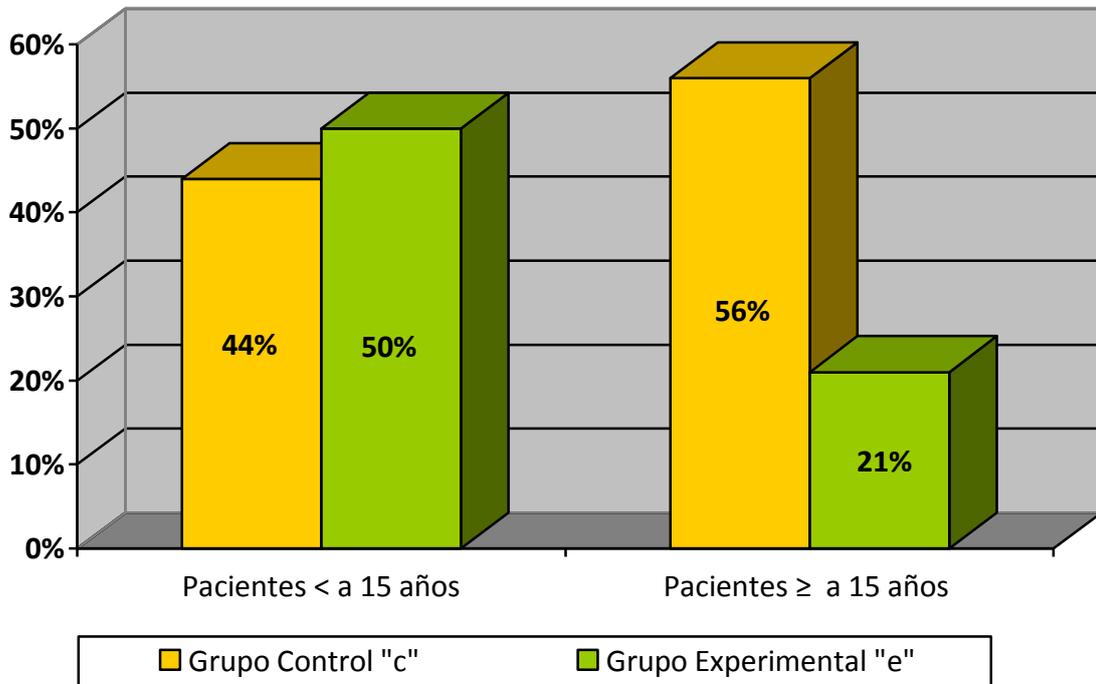
	Pacientes	Índice de O'Leary inicial
Grupo control "c"	< a 15 años	46%
	≥ a 15 años	51%
Grupo Experimental "e"	< a 15 años	53%
	≥ a 15 años	47%



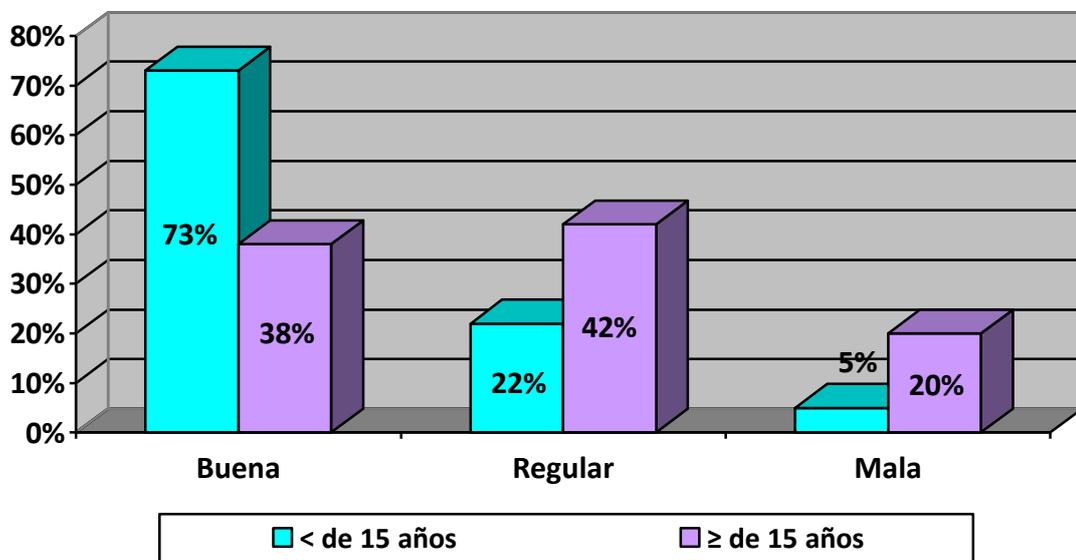
Índice de O'Leary final

Se realizó sobre un total de 137 pacientes el índice de placa bacteriana, ya que 49 pacientes no concurren más a la consulta, permaneciendo en todos los casos un valor de "riesgo", ya que superaban el valor de 20%.

	Pacientes	Índice de O'Leary final
Grupo control "c"	< a 15 años	44%
	≥ a 15 años	56%
Grupo Experimental "e"	< a 15 años	50%
	≥ a 15 años	21%



En relación con la Destreza Adquirida en la Técnica de Cepillado, fue buena en el 73% de los menores de 15 años, y 38 % de los mayores de 15 años; fue regular en el 22% de los menores y 42% de los mayores, siendo mala la destreza adquirida en el 5% de los menores y del 20% de los mayores.



Los resultados demostraron mejoras en el Índice de placa bacteriana en pacientes del grupo mayores de 15 años; lo que demostró la efectividad del programa preventivo de Educación para la Salud Bucal implementado; en los pacientes menores de 15 años, no se modificaron los valores del índice, aunque sí mejoraron la destreza motriz en la técnica de cepillado indicada acorde a la edad.

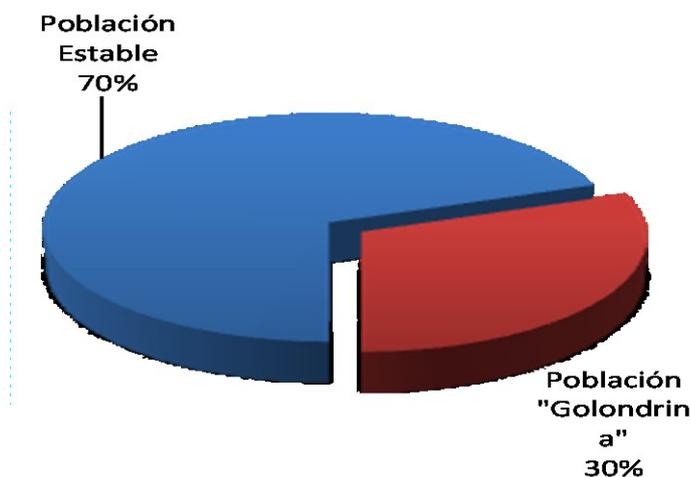
2 - Zona Rural “Colonia Urquiza” – Gran La Plata:

Total de universo de la zona rural 6000 habitantes, de los cuales el 70% corresponde a la población estable y el 30% a la población llamada “golondrina”, es decir en determinada época del año se verifica el ingreso temporario en la región de trabajadores para las cosechas de producciones regionales en la zona que luego regresan a sus lugares de origen, países limítrofes y del interior de nuestro país.

Se realizó motivación a través de charlas de prevención de salud bucal en forma grupal en Escuelas de nivel pre escolar, primario y secundario y en centros de fomento.

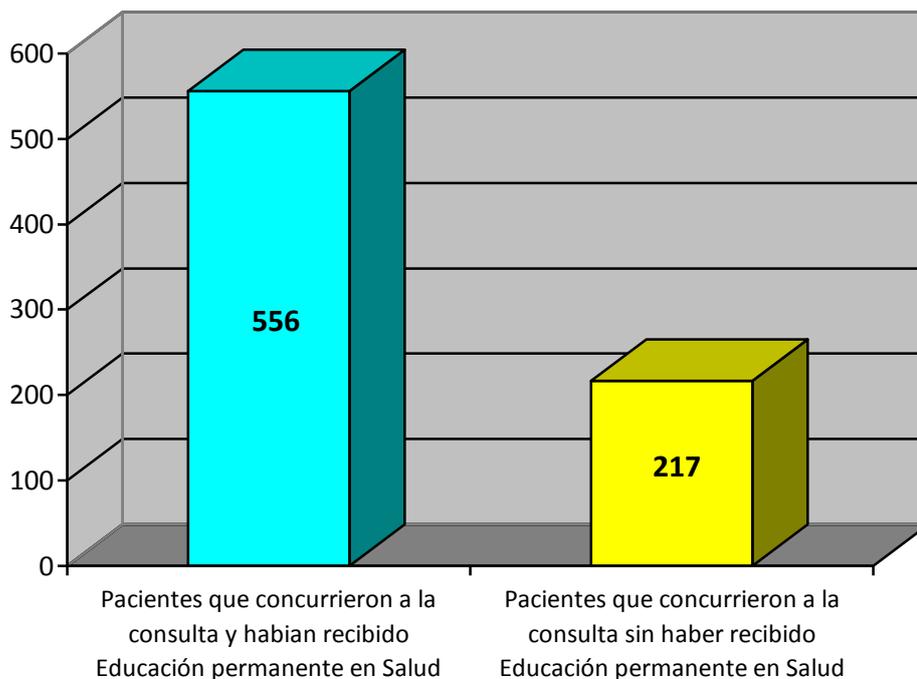
Se cuantificó la cantidad de pacientes que concurren a la consulta y quienes habían recibido educación permanente en salud.

Población de Colonia Urquiza



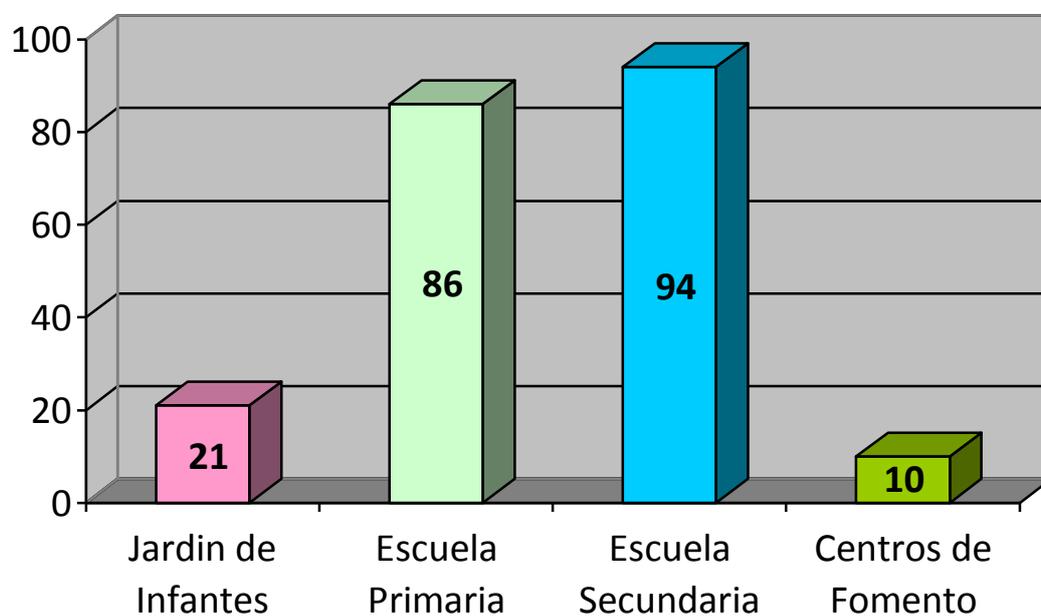
Pacientes que recibieron educación permanente en salud:

De los 773 pacientes que concurren a la consulta, el 71.96% (556) de los mismos había recibido educación permanente en salud, mientras que el 28.07% restante (217) concurren si haber recibido educación permanente en salud.



Charlas de prevención de salud bucal

Se llevaron a cabo charlas preventivas sobre el cuidado de la salud oral, tanto en forma individual como grupal, demostraciones con macro modelos para poder indicar una correcta técnica de cepillado acorde a la edad de los pacientes y utilizando videos educativos, esperando generar en el individuo cambios conductuales que favorecieran su estado de salud bucal. Se designaron las Escuelas de nivel pre escolar, primario y secundario y en centros de fomento de la zona.



3 Comunidad Toba – Gran La Plata:

La experiencia se realizó en una comunidad cerrada de aborígenes Tobas integrada por 500 familias entre estables y transitorias; asentada en el Barrio Islas Malvinas del partido de La Plata en la Pcia. de Buenos Aires. Cada familia está constituida en promedio por 5 personas.

Se trabajo en forma conjunta con 20 familias conformándose 2 grupos de 10 familias cada uno, un grupo llamado control “C” y un grupo llamado experimental “E”.

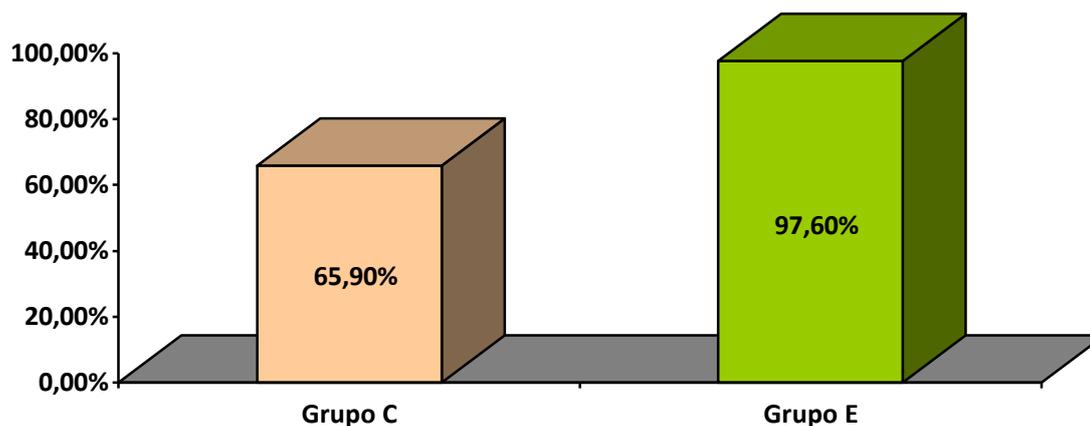
Al segundo grupo se lo visitó cada 15 días para reforzar las conductas preventivas sobre la salud bucal (Enseñanza de técnicas de cepillado acorde a la edad de los integrantes de la familia, control del medio (a través de la frecuencia de la ingesta de hidratos de carbono, indicación de sustitutos edulcorantes). Al grupo C se realizaron las mismas acciones pero solamente en una única visita al comienzo del estudio.

Los resultados obtenidos indican que el grupo E conserva mejores condiciones de salud el 97,6%, mientras que el grupo C el 65,9%.

	Grupo Control “C”	Grupo Experimental “E”
Total de Familias = 20	10 familias	10 familias

	Frecuencia de visitas
Grupo “C”	Única
Grupo “E”	Cada 15 días

Condiciones de Salud al finalizar el estudio:



Conclusiones:

Como conclusión podemos afirmar que el programa educativo utilizado en cada uno de los centros de atención primaria dependientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, produce impacto en la población cubierta, actuando como factor relevante en la prevención de la salud bucal, y puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales y ejecutar una acción educadora de acuerdo a las necesidades del país y de la sociedad.

Somos conscientes que existe la necesidad de continuar desarrollando programas estratégicos preventivos de salud bucal, que promuevan la participación de todos los integrantes de la comunidad, en la adquisición de hábitos de higiene bucal, desde la edad preescolar, para poder así contribuir a mejorar las condiciones de salud en estos grupos etarios. Un abordaje preventivo, masivo e integral, garantizaría una alta efectividad de los programas odontológicos en la resolución de los problemas bucales de la población que atiende.

Recomendaciones

-Concienciar y sensibilizar al personal docente de la importancia del modelo preventivo para evitar la incidencia de las enfermedades bucales por la falta de higiene bucal.

-Orientar a los padres y representantes sobre la importancia de la prevención que conlleva a la enseñanza con charlas educativas y crear conciencia sobre todos los métodos que se deben utilizar para mantener una buena higiene bucal como parte de la salud integral del individuo.

-Organizar e implementar charlas preventivas, donde los odontólogos se encarguen de filtrar, capacitar, educar y promover el conocimiento sobre la higiene bucal dental para motivar al niño y la niña al cuidado de su boca utilizando medios audiovisuales, radiofónicos y los medios disponibles, en los salones de clase.

-Darle a conocer a los niños y niñas el cómo y porqué se producen las enfermedades dentales, para que éste pueda prevenirlas e identificarlas y acuda a su odontólogo en la etapa temprana para una disminución de sus secuelas motivándoles a mantener una buena higiene bucal.

-Poner en práctica los auto-cuidados de higiene bucal para prevenir las enfermedades bucales, cumpliendo con las normas de higiene: como el cepillado tres veces al día, el uso del hilo dental, enjuagues bucal, etc.

Acudir a las citas programadas por su odontólogo para el control y el mantenimiento de su higiene bucal así como para una evaluación general cada 6 meses

Bibliografía:

1. Albornoz, O. 1996. La educación superior en América Latina y el Caribe. Ideas, problemas y propuestas. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana. Noviembre
2. Briceño León R. 1998. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*; 14(2): 141-147.
3. Briones E, Marín I, Álvarez R, Reyes A. 1996. Fundamentos de consenso en el ámbito de las ciencias de la salud. En: Berra A, Marín I, Álvarez R, eds. *Metodología de expertos: consenso en medicina*. Granada: EASP; 13-24.
4. Conde J. 1996. Evaluación de las tecnologías sanitarias y su relación con la calidad asistencial. En: *la formación de los profesionales de la salud: escenarios y factores determinantes*. Madrid: Fundación BBV
5. Conferencia en Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. OMS: Alma-Ata
6. Cova De Urdaneta, A. 1988. Métodos de Enseñanza de Higiene Bucal en niños. *Acta Odontológica Venezolana* 26(1-2): 16-21,
7. Díaz. Mario De Miguel. 1998. Innovación educativa y desarrollo profesional docente. 1996: *Didáctica y Optimización del proceso de enseñanza – aprendizaje / Fatima Addines Fernández*. La Habana. En CDIP del ISP “Pepito Tey”, Las tunas.
8. Douglass C., Lainson P., Fiel H. and Wawkins B. 1984. “Risk factors for various levels of periodontal disease and treatment needs of Iowa”, *Commun. Dent Oral Epidemiology* ; 12: 17-22.
9. García, C. 1996. Situación y principales dinámicas de transformación de la Educación Superior en América Latina. Cátedra UNESCO. Universidad de los Andes. Santa Fe de Bogotá. Colombia. Colección Respuesta N° 2.
10. Jordan, W.A. and Pugnier, V.A. 1967. Evaluation of dental health education in the Greater Leech. Lake Dental Project of Cass County, Minnesota. *J. Publ. Hth. Dent.* 27: 21-29,
11. Kriesberg and Treiman, B.R. 1960. Socio-economic status and the utilization of dentist's services. *J. Amer. Coll. Dent.* 27: 147-165,
12. Machuca G. 2003 Aspectos específicos del control de placa en: niños, disminuidos y ancianos. En Sanz M, editor 1^{er} Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, :233-76.

13. Medina Rivilla, Antonio. 1994. La función profesional del docente para diseñar, aplicar e indagar el proyecto educativo y su incoordinación en el proyecto curricular. Asturia.
14. Misrachi LC, Arellano OM. 1995. Conductas y factores determinantes en salud oral de los adolescentes. Rev Chil Pediatr; 66: 317-322.
15. Misrachi C. 1990. "Un modelo para la promoción de la salud focalizado en la escuela y su operacionalización"; enfoques en la atención primaria 5(4): 7-14,
16. Misrachi C.1994. "Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral"; Odontología chilena 42 (2):87-92.
17. Misrachi C. 1993. "Estrategias y métodos para la promoción de la salud"; publicación Facultad de Odontología U. de Chile.
18. Misrachi C., Flores M., Fredes J. 1994 "Influencia de la educación del escolar en las conductas de salud de sus madres". Cuadernos médicos sociales. XXXV, 2:8-14.
19. Navas P, R., Morales, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y., Viera, N. 2002. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. Noviembre, Vol. 27 N° 11
20. Nelsy Belloso, Hernández, N, Rivera, L. Morón, A.. 1999. Efectividad de los programas de educación para la Salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo Experimental. Acta Científica Venezolana, 50: 42–47,
21. Odontología Preventiva Primaria. 2001. Edit. "El manual moderno" Norman O. Harris y Franklin García - Godoy.
22. Organización Mundial de la Salud. 2005. Funciones esenciales de salud pública. 42 Consejo directivo. Washington DC. 2000. Disponible en <http://www.who.org> Fecha de la consulta: 21 de Enero
23. Organización Panamericana de la Salud. 1993. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington, D.C. E.U.A.
24. Organización Panamericana de la Salud. 1998. La salud en las Américas. Vol.1.
25. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. 2003. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol; 40(1).
26. Susana Conde, Mabel Leal y Sandra Schmunk.1998. Salud comunitaria. Diagnóstico-Estrategia-Participación. Edit. Espacio.
27. Silveira JL, Oliveira V, Padilha WW. 2002. Evaluation of the reduction of the visible plaque index and of the gum bleeding index in a program of oral health promotion for children. Pesqui Odontol Bras. 16(2):169-74.
28. Valente MSG. 2004. Adolescencia y salud bucal. Adolesc Latinoam; 98: 170-174.
29. Yopez P. 1993. La Salud Bucal en América Latina. OPS/OMS. Publicación de la VII Reunión OFEDO – UDUAL .Bs. As. Argentina.