

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**SESIONES EDUCATIVAS SOBRE SALUD BUCAL A  
DOCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL  
DISTRITO DE SANTA ANA LA CONVENCIÓN 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y  
COMUNITARIA**

**GINA MEJIA HUACAC**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gina Mejia Huacac", written in a cursive style.

**Callao, 2018**  
**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL      |

**ASESORA: Mg. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 230

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 932-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	37
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	39
3.1 Recolección de Datos	39
3.2 Experiencia Profesional	40
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	48
<b>IV. RESULTADOS</b>	52
<b>V. CONCLUSIONES</b>	55
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	56
<b>VII. REFERENCIALES</b>	57
<b>ANEXOS</b>	62

## INTRODUCCIÓN

Una de las múltiples funciones de la Enfermera como facilitador en temas de salud a la población. La salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren. Además, participa en la fonación de las palabras para la comunicación de las personas. (1)

Nueve de cada 10 personas en todo el mundo está en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, lo cual incluye desde caries hasta enfermedades de las encías pasando por el cáncer de boca. La prevención empieza en la infancia y, sin embargo, incluso en los países desarrollados, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar tienen caries. (2)

El presente informe de experiencia profesional titulada “**Sesiones Educativas sobre salud bucal a docentes de las Instituciones Educativas del distrito de Santa Ana**”. Tiene por finalidad Fortalecer las actividades de enfermería a los docentes logrando entornos y comportamientos saludables en la salud bucal, mejorando así la calidad de vida de los niños y niñas, padres de familia, docentes y comunidad.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación:

**El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual o referencial o teórico y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de los casos o situaciones relevantes como fases de recolección de datos, fases de tratamiento o procesos realizados, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.- Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental es un problema de salud pública que afectan a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. (2)

Las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar de morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de Salud pública en el Perú.

El Ministerio de Salud realizó un estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en población escolar de 6 a 8, 10, 12 y 15 años a nivel del país, en el período comprendido entre octubre del 2001 y julio del 2002. Los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. Los departamentos con mayores prevalencias fueron Ayacucho (99,8%), Ica (98,8%), Huancavelica (98,3%) y Cusco (97,2%). La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. (3)

Las enfermedades bucodentales comparten los factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente. (4)

En la provincia de la convención la caries dental es la enfermedad más prevalente en la población infantil de 5 años a 17 años, siendo la segunda causa de presencia de enfermedades en nuestra región.

El 90% del distrito de Santa Ana, de esta población presenta caries dental lo cual es un indicativo que este grupo etario no posee adecuados hábitos de higiene Bucal.

## **1.2.- Objetivo**

Describir la experiencia profesional en Sesiones Educativas sobre Salud Bucal a docentes de las Instituciones Educativas del distrito de Santa Ana- La Convención.

## **1.3.- Justificación**

La Salud Bucal en el Perú es un problema grave de Salud Pública, por lo que es necesario abordar un problema integral, para aplicar medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal a través del trabajo y abordaje multidisciplinario donde podemos hacer estos cambios culturales y apoyar a las familias para que éstas puedan mantenerlos en los hogares, disminuir estas inequidades, con intervenciones eficaces en los grupos más vulnerables. (5)

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada hace que la participación sea consciente y responsable. (6)

Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable", afirmó Saskia Estupiñán, experta en Salud Bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

(OPS/OMS. "Hay que valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas".

En el Perú se identifican muchos problemas en el sector salud, una de ellas es la salud bucal. Las Instituciones Educativas; son un valioso espacio para alcanzar la formación de estilos de vida saludables, sobre todo, si se inicia la promoción de una cultura en salud en edades tempranas. (7)

La promoción de la salud bucodental en la edad escolar tiene un gran valor para la conservación de la boca y los dientes durante toda la vida de las personas. La adopción de medidas sencillas desde la infancia puede prevenir la aparición de las principales enfermedades bucodentales como la caries y la enfermedad Periodontal. (2)

El presente informe se realizó a fin de describir la experiencia profesional de la Intervención de Enfermería a docentes en Practicas Saludables en Salud Bucal en las Instituciones Educativas, para fortalecer conocimientos del docente enfatizando que al igual que cuidamos nuestro cuerpo para mantenerlo sano es muy importante cuidar la salud de nuestra boca, pues influye y mucho en la salud del resto de órganos de esta manera promover comportamientos y entornos saludables en bien de nuestra población de la Convención.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

CALA, Francisco (2006), **"Intervención educativa en salud bucal dirigida a educandos de la Escuela Bolivariana Primaria: Pedro María Ureña"** su objetivo fue evaluar la eficacia de un sistema promocional en salud bucal como método didáctico con mediciones diagnósticas inicial y posterior a esta (3 meses), en la escuela bolivariana primaria Pedro María Ureña del propio municipio y que asistieron a consulta estomatológica en el período de marzo a diciembre del 2005 previo consentimiento informado, se evaluó el índice de higiene bucal (IHB-Love) y el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención. Se realizó un estudio descriptivo transversal de intervención grupal educativa sin grupo control a los escolares de 6-12 años pertenecientes a la escuela primaria Pedro María Ureña del propio municipio el universo estuvo constituido por 120 pacientes que asistieron a la consulta de estomatología "Barrio Adentro I" "pacientes pertenecientes al área. La estrategia del estudio partió de una primera etapa donde se realizó un diagnóstico educativo mediante la aplicación de una encuesta confeccionada por el autor para diagnosticar conocimientos y simultáneamente se determinó el índice de higiene bucal de leve a los beneficiarios seleccionados, el objetivo fue identificar las necesidades educativas de este grupo de población, para luego aplicar la intervención que consistió en charlas y demostración, además se utilizó un método de acción grupal (Dinámica de Grupos) en la que se analizó materiales didácticos gráficos e impresos. Con ello se incentivó la motivación para el cambio a través de la participación, la reflexión grupal y la autorreflexión de los participantes.

La etapa final consistió en una evaluación del impacto del sistema de influencia educativo sobre la población estudio que como forma de enseñanza debió conducir al proceso de cambio de actitud y de conducta y comparar los resultados de ambas etapas. Este estudio partió de la detección e intervención de las necesidades educativas para el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo, familia y de su comunidad, se ejecutó una sesión educativa semanal durante el trimestre para completar las doce visitas.

Los resultados se procesaron en Microsoft Excel y Microsoft Word (Microsoft Office XP 2003) y por estadística descriptiva mediante distribución de frecuencia se expresaron en valores absolutos y por ciento y se presentaron en tablas utilizando las variables de edad, sexo y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Tanto el IHB como el conocimiento sobre salud bucal, al inicio del estudio, mostraban un 82,5% con malos resultados en la encuesta, después de la segunda medición ambos grupos mostraron buenos resultados en un 91,6% tanto en el IHB como en los conocimientos sobre salud bucal. Concluyendo Hubo un predominio del sexo femenino en el grupo objeto de estudio, se observó diferencias entre los conocimientos, que sobre enfermedades bucodentales, tenían al inicio y los que mostraron una vez concluida la intervención. Se pudo constatar que pacientes participantes en programas de educación para la salud, previenen y mantienen mejor el autocuidado del complejo bucal; teniendo como resultado final mejores prácticas e incremento del nivel de salud y calidad de vida.(8)

**PALESTEIN Y COL. (1989) , "Evaluación de la efectividad de un programa de educación en salud bucal en escuelas primarias de Morogoro (Tanzania)".** Cuyo objetivo fue mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos luego de un seminario taller impartida a docentes de 19 escuelas sobre salud bucal, con la metodología caso-control de los cuales, cuatro de ellas fueron seleccionados como grupo experimental y otras cuatro, cuyos profesores nunca participaron de las sesiones educativas, como grupo control. Concluyendo que, los valores de placa bacteriana de los estudiantes en el examen clínico inicial y en los exámenes de seguimiento posteriores (3, 8, 15 y 36 meses) no fueron significativamente diferentes tanto en el grupo experimental como en el grupo control. El índice CPOD en el examen inicial fue de 0.4 y tres años después fue de 0.9 tanto en las escuelas experimentales como en las escuelas control. Estos resultados se pueden explicar probablemente debido a que los profesores no fomentaron el desarrollo de habilidades necesarias en sus alumnos para realizar un adecuado cepillado dental . (9)

**FRANCO A, MARTÍNEZ C, ÁLVAREZ M, COUTING I, LARREA I, OTERO A, (2008), Los niños tienen la palabra: nuestras bocas sanas, la niñez es una etapa de la vida que se considera decisiva para el adecuado desarrollo de los seres humanos,** el objetivo fue la motivación para ejecutar un programa de intervención comunitaria, familiar e individual, orientado a la promoción de la salud general y bucal, en la vereda Tierradentro, municipio de Bello Antioquia, durante los años 2005 y 2006. Materiales y Métodos: El programa se realizó en tres fases: (a) Diagnóstica: Identificación de las principales características de la población involucrada. (b) Intervención:

Estrategias de información, educación y comunicación, buscando negociación de saberes e incorporación de aprendizajes para una vida sana. (c) Evaluación: Identificación de resultados alcanzados. Resultados: Sensibilización de la comunidad educativa (profesores y estudiantes) sobre la importancia de la salud bucal; posicionamiento de hábitos de higiene bucal en la cotidianidad de la escuela; reducción de valores del Índice de Higiene Oral; atención a necesidades básicas de salud bucal y general; aprendizaje de los estudiantes de Odontología del CES, sobre las características y el compromiso que requiere el trabajo comunitario. Conclusión: El trabajo comunitario con propósitos educativos es posible y productivo y los resultados permanecerán en el tiempo, si hay participación y compromiso de todos los actores implicados y los objetivos se integran al diario vivir de las comunidades. (10)

-Dávila M y COL. (2008), El estudio "Aplicación de un programa educativo a los escolares, sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas, del Municipio Iribarren del estado Lara- Venezuela", el objetivo fue medir el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas a estudiantes antes y después de la aplicación de un programa educativo, realizaron una investigación cuasi experimental , la población estuvo conformada por 85 estudiantes. Se utilizaron estrategias como los juegos didácticos, simulaciones, demostraciones, videos, charlas y dibujos. Concluyendo, el nivel de conocimiento mejoró considerablemente, siendo que el 66% de los escolares reportó un conocimiento bueno después de suministrar el programa educativo. Sobre la base de los resultados concluyeron que el programa educativo facilitó el aprendizaje sobre las enfermedades de la cavidad bucal y

medidas preventivas en los escolares. En este estudio valoraron como muy positivo la participación de los padres del alumnado puesto que la presencia de ellos en el proyecto fue necesaria para la modificación de hábitos así como la participación de todo el profesorado. (11).

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

DELGADO LLANKARI, Roxana (2012), "**Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica**". Que tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primario de los distritos rurales de Huachos y Capillas de las provincias de Castrovirreyna – Huancavelica en el año 2012. Metodología es un estudio de tipo descriptivo, transversal y social; En general concluyendo, sobre conocimiento en Salud Bucal el 21.5% mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el nivel regular, un 38 % en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, 49.4% de los encuestados presentó un conocimiento malo, conocimiento regular con 40.5% y conocimiento bueno 10.1%, y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje de docentes, 58.2%, posee un conocimiento regular. No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, el tiempo de experiencia, edad y sexo de los encuestados. En cuanto al índice de higiene oral, la mayoría de encuestados presentó un nivel regular con 69.6% y con respecto a la condición del instrumento de higiene en este caso el cepillo

dental se obtuvo que 3 de los encuestados no lo presentaron. La mayoría de encuestados utilizan un cepillo dental con cabeza mediana, de cerdas planas, de dureza mediana y el cepillo de un 68.4 % de encuestados no presentó desgaste o descoloramiento. (12)

LEÓN H. (2011), **“Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Tutores y Padres de Familia de Niños de Educación Inicial en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote - Ancash”**, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de salud bucal, aplicando una encuesta estructurada y de manera voluntaria en 5 instituciones designadas. Metodología, se realizó un estudio cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo en tutores y padres de familia de niños de nivel inicial en los distritos de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia del Santa, región Ancash .El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Concluyendo finalmente, se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en salud bucal el 63,5% mostró un nivel regular y el 36,5% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90,4% tuvo un nivel regular y el 9,6% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 86,5% tuvo nivel malo, el 13,5% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 75% mostró un nivel malo, el 25% un nivel regular. Y con respecto al conocimiento de hábitos bucales hubo un 100% de desconocimiento, así mismo

la asociación de hábitos con mal oclusiones con un 100% negativo, que manifiesta la realidad en esta área. (13)

GUTIÉRREZ Y ORTIZ. La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2007-Lima realizaron un estudio cuasi experimental-comparativo para, **“comprobar la eficacia de dos tipos de métodos didácticos, uno tradicional (expositivo por experto) y otro innovador (lúdico: juego de reglas Dentoplay) en las actitudes de niños de 8 y 9 años para la preservación de su salud bucal”**. El estudio fue realizado en una Institución Educativa Nacional de Nivel Primario del distrito de San Martín de Porres. La población fue de 70 niños que se dividieron en dos grupos Educación para la Salud en Odontología. 239 (A y B) de 35 niños cada uno. Al grupo A se le asignó el método didáctico expositivo por experto utilizando una maqueta gigante de maxilares superior e inferior y un rotafolio, mientras que al grupo B se le aplicó el método didáctico juego de reglas Dentoplay. Una ficha de evaluación fue aplicada a los niños al inicio y término de la intervención para el control del aprendizaje. En ambos grupos se desarrollaron los temas por igual y se midió la actitud de los niños hacia su salud bucal en base a los siguientes elementos: cognitivo (conocimientos y creencias), afectivo (sentimientos y preferencias), volitivo (acciones manifiestas: participación, atención y concentración) y el control de la higiene bucal. Con respecto a la higiene bucal, se observó que el porcentaje de niños con mala higiene (al inicio del estudio) tanto del grupo A como del grupo B disminuyó notoriamente luego de la aplicación de los métodos señalados, siendo mayor esta diferencia en el grupo de niños que empleó el método lúdico. Además, sólo en el grupo B, al término del estudio se apreció un porcentaje de niños

con buena higiene bucal (8,82%). Por otro lado, tanto en el grupo A como en el grupo B las variables cognitivas comparando el antes y el después fueron de regular a bueno y las variables afectivas en el grupo A fueron de no favorable a poco favorable, mientras que en el grupo B fueron de medianamente favorable y favorable a muy favorable., pero Finalmente, ambos métodos permitieron incrementar el grado de conocimientos en los niños sus sentimientos y preferencias hacia la salud bucal (componente afectivo) se inclinaron hacia el método lúdico. Se concluyó que el método lúdico (juego Dentoplay) fue una herramienta muy útil para transmitir mensajes de salud bucal y así lograr el desarrollo de actitudes positivas en los niños. (14)

CHIONG, L. (2002), realizó un estudio para **“determinar la efectividad de la educación en salud oral y el control de la placa bacteriana antes y después del programa educativo en niños de 6 a 12 años del centro educativo José Gálvez – Callao”**. El programa tuvo una duración de siete 36 meses, se realizaron charlas preventivas usando dinámicas grupales y refuerzos didácticos como afiches, cepilleros y separatas. Los resultados obtenidos reflejaron una mejora en conocimientos, los cuales variaron de 227 casos (63.1%) en la categoría regular a 214 casos (59.4%) bueno, y en el nivel higiene oral se encontró inicialmente mayor incidencia del valor de 2.1 que cambió a 1.3. Finalmente se concluye que el sexo femenino logró un mayor aprendizaje respecto a conocimientos, y que los niños en general a mayor edad realizaron un mejor control de la placa bacteriana. (15)

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1.- Sesión Educativa:**

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), las sesiones educativas son consideradas como una herramienta para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la atención integral en salud, el cual tiene como misión crear espacios y convertirse en instrumentos imprescindibles para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a la salud. (16).

El Ministerio de Salud en articulación con el Ministerio de Educación, viene impulsando políticas y creando alianzas en favor de la salud con el propósito de contribuir al desarrollo integral de la persona mediante el fortalecimiento de las condiciones que le permitan adoptar cada vez mejores decisiones en torno a su salud. (1)

La sesión educativa en salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física, psíquica individual y colectiva. (17)

Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud. (18)

La sesión educativa es una actividad considerada como la organización básica, lógica y secuencial de situaciones de aprendizaje, dosificada para la adquisición de capacidades.

Responde al desarrollo de un programa, unidad ó módulo de aprendizaje: (19)

**a) Características de la sesión educativa**

Antes de iniciar una sesión educativa, debe realizarse la contextualización, etapa esencial para lograr los objetivos de la educación. Durante la contextualización, el educador debe, primero, conocer las características de sus educandos, incluyendo aspectos relevantes para el tema por tratar y, en segundo lugar, debe adecuar los mensajes de la educación a los educandos. Es importante conocer algunas características tales como: edad, sexo, nivel educativo, oficio, horario de trabajo, lugar de residencia, estilo de vida, situación de salud, hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos, intereses y contacto previo con el tema. Aunque no se conoce de antemano que individuos participarán en la sesión educativa, pueden conocerse las características del grupo de población al cual pertenecen. Para adecuar los mensajes, el educador debe tratar de ponerse en el lugar del educando y preguntarse: ¿qué motivaría al educando sobre el tema?, ¿cuál es el conocimiento del educando sobre el tema?, ¿qué debe saber el educando para poder cambiar sus conocimientos y prácticas? (20)

**Las etapas de la sesión educativa son:**

**a.-Introducción**

La sesión educativa debe iniciarse con una pequeña introducción. Si el grupo no se conoce desde antes, debe presentarse. Después, se informa al grupo sobre el tema por tratar, la razón de escoger este tema y la relevancia para ellos. (Tiempo: 2 a 10 minutos). (21)

En esta fase de la sesión educativa se realizan las siguientes actividades:

### **1.- Sensibilización (motivación)**

Es promover o estimular en una persona o grupo el interés por aprender, mediante la aplicación de determinados estímulos, y con la creación de las condiciones físicas y psicológicas pertinentes. Puede plantearse preguntas que generen discusión, un cartel, una reflexión, presentación de objetos reales, presentación de fotografías alusivas al tema, anécdotas, entre otras. (19)

En esta fase, el capacitador busca: generar motivación, crear expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación del grupo. (22)

### **2.-Diagnóstico**

Se debèn plantear preguntas que le permitan determinar el nivel de conocimiento del grupo con respecto al tema de la sesión educativa esto cuando se trate de un tema nuevo y cuando la sesión educativa es continuación de otra el diagnóstico podría hacerse por medio de preguntas tendientes a repasar o aclarar posibles dudas que hayan quedado. (19)

Este espacio sirve para que el educador conozca, con más detalle, lo que los educandos conocen del tema y cuáles son sus experiencias y prácticas. No es para indagar cuánto saben del saber del educador, sino para que el educador conozca el saber o la realidad de los educandos sobre el tema. El papel predominante del educador, en esta etapa, es escuchar al educando y no debe corregir conceptos que considera incorrectos. Con base en la información que recibe el educador, debe decidir cómo seguir con las siguientes

etapas de la sesión educativa. Si los educandos demuestran conocimientos y prácticas acordes con los mensajes de la sesión educativa, el educador debe referirse a ellos para reforzarlos en la etapa de explicación que sigue. Al contrario, cuando el educando demuestra conocimientos o prácticas no favorables para los mensajes, el educador debe hacer la aclaración (de manera que no descalifique al educando) en la etapa de explicación. (Tiempo: 5 a 15 minutos). (23)

### **3.-Repaso del tema anterior**

Es la actividad que permitirá enlazar el tema nuevo con el tema anterior.

### **4.- Presentación del objetivo**

Esto le permite a la población participante conocer lo que se pretende alcanzar durante la sesión educativa.

### **5.- Presentación del tema**

Es lo que permite a la población participante ubicarse en relación con los puntos por desarrollar durante la sesión educativa.

### **6.- Instrucciones específicas (si se requieren)**

Son los pasos a seguir para el logro de los objetivos propuestos.

#### **b.- Desarrollo**

En esta fase se intensifica la actividad del grupo de participantes, seleccionando estrategias metodológicas que estimulen la creatividad e iniciativa de las personas participantes para el logro de los objetivos propuestos. Con base en lo que el educador comprobó o aprendió en la etapa anterior, da una explicación de su tema y los educandos

efectúan un análisis de este. En este momento, el educador realiza su exposición utilizando todos los principios de una buena comunicación y didáctica, mediante el uso de técnicas de enseñanza cuyo material de apoyo debe contener pocos mensajes y que estos sean claros y cortos, ayudas visuales y demostraciones. El educador tiene que incorporar dentro de su explicación, lo que aprendió en la etapa de diagnóstico. Debe partir de lo conocido por el educando para introducir lo nuevo; debe usar ejemplos basados en situaciones presentadas por los educandos y no debe contradecir sino modificar las prácticas del educando. Debe llegarse a una explicación nueva, una síntesis de los aportes de los dos saberes. (Tiempo: 15a 20 minutos).

### **c.- Conclusión**

Es la etapa en el que el capacitador y las personas participantes puedan verificar el aprendizaje logrado durante la sesión educativa, consta de dos momentos: (23)

- Resumen o recapitulación de los temas tratados
- Criterio de desempeño logrado.

Además es importante hacer mención del tema de la siguiente sesión para que la persona participante establezca relaciones y se predisponga para la siguiente sesión.

La evaluación de la sesión educativa

Es un proceso continuo que permite conocer en qué medida se ha logrado cumplir los objetivos establecidos. (19)

El personal de salud deberá considerar la evaluación en cualquiera de los siguientes momentos:

**-Al inicio de la sesión educativa:** Para determinar el nivel de conocimiento de los participantes sobre el tema a desarrollar,

se puede considerar el uso de dinámicas de motivación a fin de recoger los saberes previos, o el uso de un pre-test, etc.

**-Durante la sesión educativa:** Para verificar el desempeño de los facilitadores, la participación de los asistentes y la pertinencia de los materiales y metodología utilizada.

**-Después de la sesión educativa:** Para realizar el seguimiento y acompañar a los integrantes de la comunidad educativa momento donde se aplicará un post test u otra metodología de evaluación.

## **b) Concepto de Sesiones Demostrativas**

Es una actividad educativa en la cual las(os) participantes aprenden a poner en práctica lo aprendido (cepillado de dientes, uso de hilo dental) en forma adecuada a (APRENDER HACIENDO), Organización de la sesión demostrativa:

### **Momentos antes de la sesión demostrativa**

Parte del éxito de una sesión demostrativa está estrechamente ligado al trabajo previo a su ejecución. Son tres los pasos que debes cuidar: (24)

#### **1. Planificar:**

Para lo cual se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

**El tema y título:** Determina el tema que se trabajará, un título apropiado y llamativo.

**Objetivo:** Se plantea claramente lo que se quiere alcanzar respondiendo estas preguntas: ¿Para qué haré esta sesión demostrativa? ¿Qué quiero lograr con ella?

**Metodología:** Se prepara las técnicas para todo aquello que se va a transmitir. Se debe tener presente que los docentes de preescolares deben aprender haciendo; se aplican dinámicas; se define bien cada momento del trabajo para que este fluya de mejor manera y revisar los fundamentos teóricos para tenerlos frescos en el momento de la sesión. Tener cuidado con el número de participantes que se convoque. Ya que si se convoca a 50, lo más probable es que aprendan la mitad de lo que esperabas

Si se convoca de 10 o 15 por sesión, se tiene la seguridad de un trabajo de calidad y la transmisión de conocimientos será efectiva.

**Fecha, hora y lugar:** Se fija claramente estos tres puntos. Es importante que se tome en cuenta la disponibilidad de tiempo de las participantes y que se tenga un calendario con las actividades de la Institución Educativa para que no haya interferencias.

**Recursos:** Se prepara el material que sea necesario, como útiles de aseo maqueta de dientes, Agua, toallas, cepillo, pasta dental, material educativo, etc.

## **2. Organizar:**

Esta parte se refiere a todo aquello que gira en torno a la realización de la sesión demostrativa:

**Sobre la ambientación;** Un espacio cómodo, acogedor y llamativo para aprender, será un verdadero aliado. Para esto se utiliza mensajes de bienvenida, afiches o láminas con imágenes claras y directas que apoyen los objetivos. Todo el material debe estar listo para ser utilizado por lo menos con una hora de anticipación.

En cuanto a la ubicación de los participantes, siempre es mejor disponer las sillas o bancas en semicírculo para permitir que haya contacto visual entre todos.

El local elegido debe contar con un caño de agua para el lavado de manos, alejado de los alimentos. Proveer jabón, toalla y una escobilla para lavar las uñas. Si no hubiera un caño cerca, se utilizará un bidón que tenga un cañito, colocándolo junto a una batea. Si son dos los facilitadores/as, es muy importante que definan las funciones de cada uno para evitar duplicidad de esfuerzos, descoordinación y deterioro de las relaciones interpersonales.

### **3. Convocar:**

Tiene que ver con las diversas acciones que se ejecutarán para contar con la asistencia de todas las participantes esperadas. Podemos utilizar diferentes medios de comunicaciones volantes o invitaciones, pero siempre teniendo en cuenta que el público al que nos dirigimos, será siempre más efectiva una imagen que palabras escritas. Por ejemplo, en lugar de redactar una invitación convencional, se puede utilizar un dibujo del local donde se reunirán y lo que tienen que llevar, consignando por escrito sólo la hora, el día y el nombre de la invitada. A mayor creatividad y alcance de la convocatoria, mayor asistencia, sin duda. Si bien los docentes son nuestro objetivo y ellos pueden cumplir un rol determinante de reforzadores en la institución educativa, en la familia y es necesario motivar su participación. Asimismo, invitar a las autoridades-Directores de las Instituciones Educativas para que se involucren, ha dado buenos resultados. Recuerda el tipo de organización y la fortaleza

que nos da el que las autoridades-Directores apoyen en la vigilancia del cambio de comportamientos. (24)

### **Momentos durante la sesión demostrativa**

#### **1. La recepción y el registro de participantes**

Uno de los facilitadores de la sesión demostrativa se encarga de recibir cordialmente a cada participante. En este momento es muy importante la amabilidad y la confianza que se inspire. Se debe colocar solapines con los nombres en el pecho de las madres, que les permitirá la posibilidad de llamarlas así durante la jornada y establecer una relación más cercana.

#### **2. La presentación de los participantes y/o motivación**

El facilitador debe explicar el objetivo de la reunión indicando que se realizarán actividades de cepillado de dientes, medidas preventivas de la salud bucal. Luego se explicará la dinámica de presentación. El propósito de este momento es establecer un clima de confianza y despertar el interés de los participantes.

- Los participantes se forman en parejas. Cada uno le dice al otro su nombre, su plato preferido y la fiesta del año que más le gusta.
- Cada pareja presenta a su compañero(a).
- Luego de presentarse todos, se finaliza con un aplauso general.

#### **3. Sensibilización:**

Antes de empezar la sesión, es importante sensibilizar a los docentes captar su atención hacia el tema que se trabajará. El objetivo es que cada una esté convencida de la importancia de la salud bucal. Para esto se puede utilizar diferentes

estrategias como relatos, fotos, dibujos, teatro, videos, etc. Las posibilidades son tan amplias como la creatividad. Si los pasos previos han sido planificados y trabajados con eficiencia, en este momento las participantes estarán motivadas e interesadas en la actividad y estarán listas para recibir los contenidos programados.

#### **4. Contenidos educativos:**

Tomar en cuenta los conocimientos previos que las/los participantes tienen sobre el tema. Se recoge las ideas, experiencias y prácticas de cepillado, uso de hilo dental, que puedan ser favorables, utilizando preguntas motivadoras para lograr la participación de todas. Los contenidos que se maneje, como profesional de salud, se debe traducirlos a ideas sencillas, cortas y prácticas. Evitar siempre términos o explicaciones complicadas y utiliza ejemplos cercanos a ellas, que acerquen la teoría a la realidad. Contarles, por ejemplo, "el caso de una docente en otra institución educativa". Será siempre un recurso interesante y efectivo.

#### **2.2.2.-Practicas Saludables.**

Se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

(25)

### **2.2.3.- Estilos de Vida Saludable**

Es un conjunto de comportamientos y hábitos, individuales y sociales, que contribuyen a mantener el bienestar, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc. (26)

### **2.2.4.-Programas Presupuestales**

Son unidades de programación de las acciones de los gobiernos locales, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos, para lograr un resultado específico en favor de la población y contribuir al logro de un resultado final, asociado a un objetivo de política pública. Promueve actividades operativas orientadas a conseguir resultados de impacto, migrando del enfoque histórico de asignación de recursos hacia uno enfocado en productos por resultados. (27)

### **2.2.5.- Entornos saludables**

Comprende los lugares donde viven las personas, su hogar, su comunidad, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.(36) Según OMS, un entorno es donde las personas interactúan activamente con el medio que lo rodea (espacio físico, biológico, ecosistema, comunidad), es también donde la gente crea y/o soluciona problemas relacionados con la salud. El entorno se identifica por tener un espacio físico definido, grupo de personas con roles definidos,

y una estructura organizacional. Los entornos, además de los relacionados con el espacio físico, biológico, o del ecosistema que rodea a las personas, son los relacionados con el ámbito social donde interactúan. (28)

#### **2.2.6.-Acción intersectorial**

Trabajo integrado entre los distintos sectores para alcanzar una meta colectiva. En el contexto de la salud se refiere a todas las acciones desarrolladas por el estado de manera articulada, tanto a nivel de los sectores, de los sistemas administrativos, fomentando la información, coordinación, cooperación e integración continua asociada a la promoción de recursos y capacidades para responder a las demandas ciudadanas con eficiencia y de manera oportuna.(29)

#### **2.2.7.-Fortalecimiento de competencias:**

El desarrollo de las acciones de capacitación dirigidas a docentes, estará a cargo del personal de salud del Primer Nivel de Atención; quienes antes fortalecerán sus competencias en Promoción de la Salud Bucal y en metodología para el trabajo con docentes.

Las competencias son un conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que forman parte activa en el desempeño responsable y eficaz de una actividad y deben entenderse desde un enfoque sistémico como actuaciones integrales para resolver problemas en un contexto determinado. (30)

#### **2.2.8.- Educación para la salud:**

Como estrategia en la promoción de la salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de su detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad. (31)

Según Arce y Zamora es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia al momento de nacer, se extiende durante toda la vida y lleva a la persona a cuidar y valorar su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria, evitando situaciones y comportamientos de riesgo. (32)

Los niños y jóvenes que son sanos, física y emocionalmente, y que reciben su educación en un entorno adecuado, tienen más autoestima que aquellos que no poseen las mismas ventajas, les va mejor en la escuela y disfrutan de mejores relaciones con los demás. El bienestar de los niños es una obligación de la familia, pero también es una responsabilidad compartida de toda la comunidad y sus instituciones.

La etapa de la niñez y la adolescencia es delicada y vulnerable, pues la población se encuentra en proceso de formación de hábitos, creencias y competencias, que le permitirán desarrollar su propio concepto como personas y ciudadanos. Para el logro de este propósito es necesario un trabajo dinámico y permanente a nivel interinstitucional y transdisciplinario, donde profesionales de la salud y la educación, las familias, trabajen unidos para ofrecer la mejor atención y cuidado a la población escolar.

Durante un gran e importante espacio de la vida, todos los niños son acogidos por la escuela, tiempo en el cual las capacidades de desarrollo y acumulación de aptitudes y actitudes son fundamentales para la formación integral de la personalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que las enseñanzas en salud siguen siendo pobres, a pesar de valiosos esfuerzos, situación que compromete a los profesionales de la salud a convertirse en verdaderos agentes para la salud. El agente de salud está llamado a fortalecer los estilos de vida saludable; así, debe poner énfasis en cuidar la salud, y ello ha de estimularse desde la más temprana infancia, en el seno de la familia y en la escuela, buscando fomentar la salud, pues es un bien imprescindible para la persona y un bien para la comunidad. (16)

#### **2.2.9.-Institución Educativa:**

Por otro lado, para algunos autores, la Institución Educativa, escuela es el ambiente perfecto para educar en salud, debido a que los estudiantes son niños y adolescentes, que atraviesan etapas en las que la adopción de nuevos comportamientos son más fáciles. Ellos tienen gran capacidad de asimilación y no han adquirido aún hábitos inadecuados o los tienen en poca cantidad. Para educar en salud en la escuela, no es necesario que existan asignaturas en las que sólo se toquen temas de salud, ya que éstos pueden ser abordados transversalmente incluyendo sus contenidos en las distintas materias que integran el currículum escolar. (33)

#### **2.2.10.-La salud Bucal**

La Salud Bucal incluye la boca, la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian a determinados factores de riesgo, relacionados a inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene que ocasionan sarro, la placa dental, la gingivitis, la periodontitis, lesiones de caries y halitosis.

La salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.

Además, participa en la fonación de las palabras para la comunicación de las personas. Diversas investigaciones han demostrado la relación entre la salud bucal y otras enfermedades sistémicas, por ejemplo, enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias.(34)

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor oro facial crónico. (35)

En 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como "recurso para la vida y no como objetivo de vida". (35-36)

Los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. (36)

La salud pública bucal se define como la ciencia y la práctica en la prevención de enfermedades bucales, promoción de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la sociedad. (36)

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, las enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afecta la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.(37)

### **Importancia de la Salud Bucal**

El perfecto funcionamiento de sus componentes permite a la boca cumplir con sus funciones.

Las más importantes son:

**a. La masticación:** Es la fase inicial de la digestión. Para que esta se cumpla de manera correcta, es necesario que la dentadura esté completa, sana y que cierre de forma adecuada. La saliva ayuda a que la comida pase al estómago, mantenga la humedad de la boca y proteja los dientes y encías.

**b. La comunicación:** la correcta pronunciación de las palabras depende del buen estado de los componentes de la boca. Los sonidos dependen en gran parte de la posición y estado de los labios, mejillas, dientes, paladar, lengua y cuerdas vocales.

**c. La buena apariencia:** todos los componentes de la boca y en especial los dientes, juegan un importante papel en la buena apariencia. Dientes en mal estado, rotos, cariados, o encías enrojecidas y sangrantes, dan una inadecuada impresión. (38)

La Salud Bucal en el país representa en la actualidad uno de los mayores problemas de Salud Pública, debido a que se registra una elevada prevalencia de enfermedades bucales en la población que afectan en todas las etapas de vida, sobre todo en la niñez.

La enfermedad de mayor prevalencia que afecta a los dientes es la caries dental, que es de 90,7 por ciento; le sigue la

enfermedad periodontal, 85 por ciento y la maloclusión 80 por ciento. (39)

Los dientes especialmente, juegan un importante papel en la buena apariencia y sonrisa, una buena apariencia de los dientes fortalece el desarrollo de la autoestima.

Los dientes Temporales, Sirven de guía de erupción: Los dientes de leche mantienen el espacio hasta la erupción de los dientes permanentes, estimulan el crecimiento de los maxilares por medio de la masticación para la formación del rostro y los dientes permanentes. Sirven de guía de erupción: Los dientes de leche mantienen el espacio hasta la erupción de los dientes permanentes, estimulan el crecimiento de los maxilares por medio de la masticación para la formación del rostro y los dientes permanentes.

Cada persona tiene dos denticiones durante su vida: Los dientes temporales (dientes de leche) y los dientes permanentes.

#### **c.a.- Dientes Temporales:**

La aparición de los primeros dientes suele ser a los 6 meses y se prolonga aproximadamente hasta los 30 meses, aunque hay bebés que tienen el primer diente a los 3 meses o retrasan la salida hasta cumplir el año.

El nacimiento o brote dentario inicial, es llamado erupción. Un niño de 3 años debe tener 20 dientes, estos dientes acompañarán al niño hasta que inicie la segunda dentición aproximadamente a los 6 años de edad.

La dentición Temporal consta de 20 dientes que se dividen en tres grupos, incisivos, caninos y molares.

#### **Importancia de los dientes temporales**

Los dientes temporales son esenciales para una apropiada nutrición, masticación, el habla, apariencia y autoestima, así

como en el desarrollo de la cavidad oral y la erupción de los dientes permanentes. (40)

**c.b.- Dientes Permanentes:**

El primer diente permanente erupción a alrededor de los 6 años y hacia los 13 años se cuenta con la mayoría de los dientes permanentes, a excepción de los terceros molares o muelas del juicio que se completan entre los 17 y 21 años.

Las primeras molares permanentes son los primeros dientes en aparecer y no reemplazan a ningún diente temporal, en algunos casos suelen confundirse con los dientes temporales, son piezas fundamentales para mantener el orden de la nueva posición dentaria por ello deben ser cuidadas.

**2.2.11.-Prácticas Saludables en salud Bucal:**

Son las intervenciones que promueven conductas, estilos de vida saludables, para el cuidado y el autocuidado de la salud, articuladas con la gestión pedagógica, que contribuyen a los aprendizajes fundamentales y que se desarrollan considerando la necesidad sanitaria y adecuación cultural.

Estas intervenciones se realizan con las escuelas en articulación con los especialistas regionales y locales de educación para la planificación, organización y desarrollo de estrategias para promover los comportamientos saludables.

Los condicionantes de estilo de vida tienen que ver con cambios culturales, y para tener éxito en ello es necesario trabajar en forma intersectorial, siendo el sector Educación fundamental en esta tarea. Es sabido que para establecer estilos de vida saludables en la población, es más eficiente intervenir en etapas tempranas de la vida de los niños. Existe evidencia que los programas de promoción para reducir el

riesgo de caries temprana en la niñez deben iniciarse antes de los 3 años de edad. (41)

Higiene Bucal: La higiene bucal consiste en la limpieza para evitar enfermedades desde su nacimiento sobre todo con la aparición constante para desarrollar el hábito. La limpieza de dientes, lengua, encías, caries. Se inicia desde la aparición del primer diente y debe ser un hábito.

Las conductas saludables tales como los hábitos higiénicos y alimenticios tienen gran impacto en la salud bucal de los individuos siendo los más importantes, la práctica del correcto cepillado dental y adecuado uso del hilo dental.

### **2.2.12- Cepillado Dental**

El cepillado dental se asocia a la salud bucodental, con un gran impacto clínico. (17) Es un hábito cotidiano en la higiene de una persona, una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada con la caries dental y con las enfermedades de las encías (gingivitis y periodontitis).

La madre o padre de familia debe ser quien cepille los dientes del niño hasta los seis años de vida, se recomienda cepillarlos como mínimo tres veces al día, especialmente después de cada comida y sobre todo antes de dormir.

#### **A. Momentos claves**

Los momentos claves para el cepillado dental son:

- Después del desayuno
- Después del almuerzo
- Antes de acostarse

El proceso de cepillado dental, debe durar por lo menos dos minutos. (41)

## **B. Insumos**

### **a. Cepillo dental**

El objetivo principal de los cepillos dentales es remover adecuadamente la placa dental que se encuentra por encima del borde de las encías:

- La cabeza del cepillo debe tener bordes protectores y ser de tamaño adecuado al niño, de forma que permita su acceso a las zonas posteriores de la cavidad oral
- Las cerdas deben tener puntas redondeadas
- Las cerdas deben ser suaves o regulares
- Los mangos de los cepillos deben ser antideslizantes

El momento de cambiar de cepillo dental, varía según la fuerza o la frecuencia del Cepillado. En promedio se sugiere cambiar cada tres meses el cepillo dental, o cada vez que las cerdas se vean desgastadas. Es importante mantener el cepillo, con un protector de la cabeza, o en un lugar fresco y seguro, para evitar su contaminación.

### **b. Pasta dental**

El uso de la pasta dental está condicionado a que el niño tenga la capacidad de escupir. Se debe usar **pasta dental fluorada**: Para niños menores de 6 años de 250 ppm a 550 ppm (partes por millón) y para niños mayores de 6 años de 1100 ppm a 1500 ppm. Tener cuidado de indicar que no se debe ingerir. La cantidad adecuada se obtiene al colocar la pasta dental sobre la cabeza del cepillo en sentido transversal al mismo (a lo ancho), en niños menores de 6 años utilizar una pequeña cantidad (tamaño de una lenteja) y ser supervisados por sus padres.

### **c. Hilo dental**

El hilo dental sirve para limpiar las áreas de contacto entre los dientes, sin mucha fuerza para no dañar la encía. Debe ser introducido bien extendido para que pueda tener mayor eficacia.

Se recomienda su uso desde los cuatro años, bajo la supervisión de los padres o tutores.

### **C. Técnicas de Cepillado Dental**

No basta con cepillarse los dientes, es necesario realizarlo correctamente. Existen diversas técnicas. Para efectos de este módulo se han planteado dos técnicas que toman en cuenta las características del desarrollo evolutivo de las habilidades motrices de los niños.

Técnica para niños menores de 8 años:

Los dientes del niño se mantienen juntos y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie del diente. Se realiza el cepillado en forma de círculos.

### **D.-Uso del Hilo Dental:**

Cortar un tramo del rollo de hilo dental. Se sugiere entre 30 y 60 cm.

- Enrollar los extremos del hilo en los dedos medios para poder manipular el hilo con el índice y el pulgar. En un dedo debe enrollarse una medida pequeña, y en el otro el resto. Con los dedos pulgar e índice deberá ser extendido el hilo y el espacio entre los dedos debe ser de 3 cm para proceder con la limpieza de los espacios.
- Sostener el hilo tenso entre los índices de las dos manos, entre los dedos.

- Guiar suavemente el hilo entre los dientes. Mantener el hilo contra la superficie de cada diente deslizándolo hacia la encía.
- Hacer movimientos de vaivén de arriba hacia abajo a los lados de cada diente para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.
- Después de su uso, desechar el hilo dental.}

### **2.2.13.-Educación:**

La educación es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano. Se inicia en el nacimiento y es la familia (unidad básica de la sociedad) su primera fuente de aprendizaje. Posteriormente, será su entorno biopsicosocial quien lo determine. Pero la educación no sólo implica la transmisión de mensajes necesarios para la vida del hombre por parte de un docente o del medio biopsicosocial; por el contrario, es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en éste último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición. (42)

### **2.2.14.-Definición de Salud:**

La Organización Mundial de la salud (OMS) viene definiendo a la salud desde 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. (16) Este estado no es estático ya que podemos pasar del bienestar al malestar con bastante frecuencia y está influenciado por factores biológicos,

psicológicos, sociales, económicos, políticos, históricos, geográficos, etc.

Para alcanzar la salud, es necesario el ejercicio de prácticas saludables, las cuales sólo serán posibles de adquirir a través de la educación. (43)

#### **2.2.15.-La Caries:**

La caries dental es la enfermedad más común entre las y los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Sin embargo, existe evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición. (42)

La caries dental es una enfermedad infecciosa, producida por microorganismos, que ocasiona el deterioro y posterior pérdida de la estructura del diente si no es atendida oportunamente. Para el desarrollo de la caries influyen los siguientes factores:

- Los azúcares de la dieta
- Las bacterias de la boca
- Los dientes susceptibles
- El tiempo, entre otros; el de mayor importancia es la falta de higiene bucal.

Después de comer, en los dientes quedan los residuos de comida. Las bacterias que viven en la boca toman estos residuos produciendo ácidos que destruyen los dientes. Las lesiones de caries pueden provocar dolor, dificultad en la masticación, infección e incluso la pérdida prematura del diente.

Si un niño o niña tiene caries dental es necesario curarla oportunamente, mientras aún esté pequeña, pero lo mejor es evitarlas.

#### **2.2.16.-La Gingivitis:**

La gingivitis es la inflamación de las encías producida por bacterias. Las encías se ponen rojas e hinchadas y sangran fácilmente; si la enfermedad avanza los dientes pueden caerse. (39)

#### **2.2.17.-Promoción de la salud:**

Proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y Comunidades los medios necesarios para mejorar su salud. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población adoptar cada vez mejores decisiones en torno a la salud. En este sentido la promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y Administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla. (30)

#### **2.2.18.-Promoción de entornos saludables**

Intervenciones de las comunidades educativas y gobiernos locales, para la promoción de entornos saludables dentro y alrededor de las Instituciones educativas.

### **2.3.- Definición de Términos**

#### **2.3.1.-Colegios:**

Es un establecimiento dedicado a la enseñanza.

**2.3.2.-Docentes:** Es quien se dedica profesionalmente a la enseñanza, bien con carácter general, bien especializado en

una determinada área de conocimiento, disciplina académica, ciencia o arte.

**2.3.3.-Educación:** Proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad.

**2.3.4.-Educación inicial:** Constituye el primer nivel de la educación Básica regular.

**2.3.5.-Educación primaria:** Constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años.

**2.3.6.- Institución Educativa:** Es un sistema organizado, que está fuertemente arraigado de valores, sentimientos y actitudes con la finalidad de gestión del proceso de enseñanza aprendizaje.

**2.2.7.-Sesiones Educativas:** Es una construcción educativa en el campo de la educación a partir de una construcción teórica desde un diagnóstico.

**2.3.8.-Salud Bucal:** Se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, y toda la estructura de soporte de la cavidad bucal.

**2.3.9.-Institución Educativa:** Es un sistema organizado, que está fuertemente arraigado de valores, sentimientos y actitudes con la finalidad de gestión del proceso de enseñanza aprendizaje.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

Las fuentes de recolección de datos para el presente trabajo académico han sido:

- Actas de actividades realizadas en las Instituciones Educativas con docentes y Personal de Salud.
- Informes de Seguimiento y monitoreo que se realiza cada mes.
- HIS Sistema de Información Estadística de las actividades realizadas con docentes de IIEE del distrito de Santa Ana
- Oficina de Estadística de la Red de Servicios de Salud la Convención.
- Para las sesiones Educativas se Programa de manera conjunta con el personal de Salud de la Micro Red Pavayoc y Santa Ana, con acompañamiento del responsable de PROMSA RED.
- Se utiliza las cartillas informativas para la promoción de la salud bucal en educación inicial. 30 hojas bond, 5 papelotes 10 plumones gruesos de colores 1 Masking tape, 5 hojas de color rojo 5 hojas de color verde, 5 hojas de color amarillo, Laptop y proyector.
- Cartilla Informativa para la promoción de la salud bucal. Son utilizadas en cada sesión educativa con los docentes.

### 3.2.- Experiencia Profesional

En el año 2007, inicio mi actividad profesional con el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) en el Puesto de Salud de Miaria del bajo Urubamba Perteneciente a la Micro Red Camisea de la Red la Convención, ultimo establecimiento de la Región del cusco del distrito de Echarate, a 550 m.s.n.m. Presenta una configuración baja ondulada, de alturas variables, de contorno homogéneo, de altitud inferior a las montañas que rodean la zona; Mishagua, Bajo Urubamba, Que presentan un accidente geográfico importante que en cierto modo, constituye una barrera de ingreso al Bajo Urubamba, Pongo de Maynique. Es ahí donde solo hay comunidades Nativas Miaria está habitada por la Etnia Yine su lengua es el Piro, la principal dificultad que tuve fue el idioma y sus costumbres, donde tuve que aprender algunas palabras para comunicarme como dolor "Catchi", ven "tecali"o Tayna Miaria tiene comunidades para atenderlos como Mishahua, Puerto Rico comunidad machiguenga, y Sensa que también tiene población yine, la movilización es fluvial en pequeños peque-peque para poder ir a través de la orilla del rio Urubamba atendiendo a los pobladores llevando medicamentos se sale una semana llevando sopas instantáneas, azúcar y sal ya que en las comunidades te compartían su pescado y masato (chicha de yuca) o chapo (refresco de plátano), en las comunidades nativas del bajo Urubamba son muy buenos, amables y la principal autoridad máxima es el jefe de la comunidad con quien se coordina todas las actividades de salud, seguimiento a gestantes a niños menores de 5 años, administración de tratamiento, tuve la oportunidad de laborar con un personal sanitario de la zona, ex jefe de la comunidad y nos facilitaba el trabajo y acceso con la población, en el establecimiento laborábamos una obstetra un técnico laboratorio y un sanitario, las salidas comunitarias eran mensuales y las atenciones integrales que

se realiza son cada mes según cronograma y se labora tres meses consecutivos por 15 días libres el transporte es vía fluvial que dura dos a tres días desde Comunidad nativa de Miaria-Camisea-Ivochote luego via terrestre 8 horas de Ivochote-Quillabamba y 5 horas a Cusco, al retornar se pasa por la Red la Convención en Quillabamba a la entrevista con los coordinadores de programas y ponerse al día en las actualizaciones que haya o formatearía que recoger y demás insumos que siempre faltan en nuestro EESS y como todo profesional de enfermería debe de darse tiempo para fortalecer conocimientos, Se realiza las compras de víveres , enlatados para tres meses, y desplazarse nuevamente a EESS de Miaria que por cierto es toda una travesía poder pasar el pongo de mainique que en fechas de épocas de lluvia es bravo ocurren muchos accidentes, se presentan muchos naufragios y demás.

Se laboraba de 6 am-6pm, no se cuenta con luz eléctrica solo a motor en las noches solo prendían 2 horas de 8pm-10 pm, atendíamos partos con linterna, aprendí la atención de parto vertical, atendíamos emergencias de día y de noche, mordeduras de víboras, EDA con deshidratación con shock , es cierto tener el conocimiento, la teoría pero es otra muy distinta la práctica donde uno tiene que adecuarse al lugar donde trabaja y con equipos que no se cuenta, y poder sentir la satisfacción de atender niños que realmente volvían a la vida tras pasar noches y noches seguidas al pie del paciente turnándonos con el personal y cuidar su vía periférica y que por lo general los comuneros traían a sus hijos ya después de llevarlos con el curandero, también aprendí el uso de la medicina tradicional como el "PIRI\_PIRI" que utilizan para la mordedura de serpiente o el jugo de esta planta como antiséptico para el lavado de las heridas infectadas, el agua de coco para la

deshidratación, la sangre de gato (Árbol), para la gastritis y curación de heridas u cicatrizante.

Al concluir mi SERUMS, realice un trabajo de investigación sobre la prevalencia de caries en madres de niños menores de 5 años que asisten al consultorio de CRED, donde el 85% de madres que asistieron a control CRED de 42 niños, presentaron caries dental por consumo de cariogénicos como el plátano que es muy común en la Zona. Luego soy contratada para seguir trabajando en el Centro de Salud de Kepashiato, perteneciente a la Micro Red Kiteni en los diferentes "Programas", conformado por "Estrategias". Ubicado en el Distrito de Echarate, Provincia de la Convención, departamento del Cusco donde laboro por el lapso de 2 años laborando ya con un equipo completo de salud entre médico, obstetra, técnicos de enfermería y técnicos en laboratorio realizando labores administrativas y asistenciales brindando atenciones en Medicina general cuando no se encontraba el médico, así como atenciones del primer nivel en los diferentes Programas, como realizando el control Crecimiento y desarrollo, a los niños y adolescentes así como protegiendo a los niños y a la población susceptible en inmunizaciones, atendiendo casos de tuberculosis, enfermedades Metaxénicas, como la Malaria, Bartonella, Leishmania, que se presentaron en esos años también se realizó atenciones materno perinatales como el control prenatal y atención de partos y complicados, asimismo se brindó atención en planificación familiar, infecciones respiratorias, infecciones diarreicas, así como también casos de enfermedades zoonóticas como son las mordeduras por serpientes, por esta razón cada fin de mes se realizaban las capacitaciones al personal que venían de los Establecimientos de Salud a entregar información de igual manera realizábamos atenciones de Salud y de las diferentes estrategias en todas las comunidades que eran muy lejanas y que no tenían acceso al

servicio por ser muy distantes, pues la realizábamos en forma mensual. El centro de salud de Kepashiato tiene 22 comunidades entre distantes y cercanas, las comunidades como Changuiro o Mapotoato que se tenía que caminar tres días ya que no se contaba con carretera, se llevaba el termo KST bien protegido para que no haya ruptura de cadena, un día de caminata nos encontramos con un grupo numeroso de personas armadas, entramos a la única casa que daba del camino y nos quedamos a descansar por seguridad. Así que nos levantamos temprano a concluir con la campaña de vacunación de Hepatitis B a la comunidad pero eso si ni bien terminamos nos aseguramos en quedarnos con la profesora del lugar y nos regresamos con dos comuneros del lugar. Kepashiato es conocido como las 7 plagas lugar donde se presentan las mayores enfermedades Metaxenicas estuve presente en un brote de malaria donde tuve que realizar el IPHN de doce horas por la noche en la casa del paciente con malaria positivo con sebo humano (ósea Nosotros mismos) exponiéndonos a contraer la enfermedad, caminatas extensas alrededor del caso positivo de malaria buscando colaterales y posibles casos febriles y evitar brotes, se administraba tratamiento a pacientes con Leishmania y realizar las coordinaciones con la comunidad para hacer limpieza de charcos y faenas de ordenamiento del medio, así evitar que se proliferen casos de leishmaniosis, presentando 2 casos de malaria importados el año 2008 o sea casos del lugar, por lo tanto significaba que teníamos el vector y el medio propio para la propagación de la enfermedad. Sin embargo se pudo controlar realizando adecuado seguimiento e investigación de caso oportuno.

Continuando con las actividades en el centro nos organizábamos para realizar las actividades de promoción y prevención de enfermedades, ya que si no trabajamos adecuadamente se

presentaba el brote de cualquier enfermedad Metaxenicas. Adquiriendo más experiencia en manejo de enfermedades Metaxenicas y zoonóticas.

Luego fui rotada al Establecimiento de Chinganilla Micro Red Quellouno, distrito de Ocobamba, provincia de la Convención, cuenta con una población de 1200 habitantes el EESS es de categoría I-2, cuenta con enfermera, obstetra y dos técnicos en enfermería, aquí se trabajó mucho en lo que son casos de leishmaniosis en todos los grupos etarios, no cuenta con movilidad solo con una moto no cuenta con chofer y se solicitaba a la comunidad que a cambio dos galones de combustible-Gasolina nos trasladaran para las zonas programadas como las salidas comunitarias, las atenciones integrales que generalmente solo iba una sola persona , las atenciones era en una de las casas las más lejanas para luego ir bajando a pie ya que la moto esperaba en la parte baja de la comunidad, la dificultad que se me presento fue en temporada de lluvia, pero seguimos laborando a pesar de las inclemencias del clima continuamos con las actividades del EES, después de dos años soy rotada al EES de Chirumbia donde también se tiene comunidad nativa machiguenga y algunas de sus comunidades de colonos. Donde labore con un solo técnico en enfermería quien cuando se realizaba salidas comunitarias se hacía de una sola persona, EESS donde falta personal para abarcar todas las actividades de las estrategias sanitarias sin embargo se continua con el trabajo de inmunizaciones, controles CRED, atención de medicina, partos control prenatal, el EESS no cuenta con cerco es abierto, tuve emergencias la principal dificultad que se tuvo fue movilidad, y la geografía es más accesible a la Miro Red de Palma Real que a Quellouno, se realizaba las atenciones y seguimientos de niños y gestantes los días sábados ya que entraba una sola vez camiones a la comunidad donde por estrategia realizamos y ya toda

la comunidad de Santa María conocía que había atención en su zona.

Laboré un año luego fui rotada a la sede Red por necesidad de servicio al área de Zoonosis tuvimos el brote de rabia silvestre en las comunidades nativas de Puerto Huallana donde fallecieron 7 escolares por mordedura de murciélago, empezamos con la campaña de vacunación antirrábica Humana en todas las comunidades del Bajo Urubamba, coordinando con el ejercito de Quillabamba y empresas como Repsol para el traslado de las vacunas coordinar con los responsables de inmunizaciones, activar el funcionamiento de las cadenas de frio de la micro red y 10 EESS se realizó monitoreo y fue un reto para mi realizar la campaña de vacunación antirrábica humana la dificultad que encontré al llegar a la Red fue la indiferencia y poco apoyo o nada de mis propios colegas en la orientación y apoyo con la amplia experiencia que se tiene en RED, aprendí el manejo administrativo que era sumamente nuevo para mí como la programación de metas en el SIGA empecé a prepararme y auto capacitarme ,leer los criterios de programación y normativas de la estrategia, reconocer el apoyo brindado del coordinador regional de la Estrategia de Zoonosis de la DIRESA CUSCO a quien va mi eterno agradecimiento por el apoyo en el envío de documentos normativos .

También me asignaron la estrategia de tuberculosis, conociendo que la convención es la segunda provincia nivel de la región en ser zona de muy alto riesgo para tuberculosis. Manejo de tratamientos, realizando las coordinaciones con Hospital Quillabamba para la atención y referencia de pacientes para atención con medico consultor, exámenes de laboratorio, toma de placa radiográfica y demás. Aprendí que la tuberculosis no se termina con el termino de

tratamiento si no que se debe continuar realizando los exámenes cada 6 meses y que si no se realizó buen seguimiento uno de los familiares cercanos desarrolla la enfermedad máximo dos años y cada vez son casos Multidrogorresistente .Es importante sensibilizar al personal de salud a realizar buen seguimiento y explicar al paciente sobre su enfermedad y como prevenirla.

Las coordinaciones también se realizan a nivel de municipalidad para la alimentación o canasta de alimentos para pacientes con tuberculosis o PAN TB. Que debe ser entregado cada fin de mes al paciente en su EESS.

Actualmente me encuentro laborando hace 5 años en el área administrativa, de acuerdo al Manual de organización y Funciones (MOF) de la Red de Servicios de Salud la convención, donde me desempeño como Coordinadora del Programa Daños No Transmisibles y el Área de Promoción de la Salud del Programa Daños No Transmisibles que es transversal a todas las estrategias. Y las funciones que se realiza son:

#### **A.-Función Básica**

Planifica, organiza, dirige, coordina, supervisa, controla y evalúa el cumplimiento de las actividades sanitarias de la institución, supervisa la labor de personal profesional y técnico.

#### **B. Funciones Específicas**

- Planificar, Programar, ejecutar y evaluar las metas físicas y presupuestales del Programa Presupuestal Daños No Transmisibles por centro de costo.
- Monitorizar y Retroalimentar el avance de metas físicas y financieras en forma mensual a los establecimientos de salud y nivel superior con las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

- Realizar el monitoreo, supervisión y evaluación periódica de los procesos e indicadores de desempeño de las estrategias a su cargo, en el 100% de los establecimientos de salud de la Red según corresponda.
- Difundir, supervisar, coordinar y evaluar el cumplimiento de la normatividad técnica, directivas y procedimientos referidos al proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, para cumplir los objetivos y metas sanitarias propuestas en el Plan operativo Institucional.
- Supervisar, ejecutar y evaluar el cumplimiento de las diversas estrategias de atención integral de salud por etapas de vida con enfoque al MAIS, con el propósito de dar solución a las necesidades de salud de la población de su ámbito.
- Participar en la elaboración de los documentos de Gestión de la Red de Salud La Convención.
- **Capacitar y dar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud con referente a las normas técnicas, directivas y guías clínicas.**
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.
- **Otras Instituciones públicas y privadas afines con la Institución**

### **3.2.1.-Descripción del Área Laboral:**

La Red de Servicios de Salud la Convención es la sede Central, Ubicada en el Distrito de Santa Ana, Cuenta con 75 Establecimientos de Salud cuenta con 07 Micro Redes.



La Red de Servicios de Salud la convención ofrece diariamente atenciones según las normativas dadas por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los programas estratégicos y las estrategias sanitarias vigentes por cada profesional de salud.

### **3.3.- Procesos Realizados en el tema:**

El Programa Daños No Transmisibles está compuesto por 04 Estrategias Salud Bucal, Ocular, Problemas o Trastornos Cardiometabólicos y Metales Pesados y sustancias Químicas y el área de Promoción de la Salud que es transversal a todas las estrategias que componen el Programa.

En el área de Promoción de la salud se trabaja un producto: Instituciones Educativas con el Consejo Educativo Institucional (CONEI), que promueven prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades No transmisibles. Así como también se trabaja docentes de Instituciones Educativas capacitados en promoción de prácticas saludables para la prevención y control de la Salud Bucal.

Donde se realiza las reuniones con los docentes- UGEL la Convención para incorporación de temas en el plan Anual de trabajo-PAT, (salud Bucal) en el Programa de Daños no Transmisibles.

Capacitación mediante Sesiones Educativa y Demostrativa a docentes de las Instituciones Educativas en temas de Salud Bucal enfatizando temas de Promoción.

Visitas de Seguimiento a los docentes de las Instituciones Educativas sobre la implementación de proyectos de aprendizaje para la promoción de comportamientos saludables que contribuyan a

la reducción de enfermedades de salud Bucal de parte del personal de Salud de los EESS.

### **Limitaciones para el desempeño Profesional**

A través de mi experiencia profesional he podido encontrar muchas limitaciones y a la vez utilizar estrategias en el área donde me he desempeñado y así promover entornos y comportamientos saludables.

Prioritariamente para la conclusión de esta actividad se presentó este año 2017, la huelga de los docentes que en nuestra localidad fue al 100% de las Instituciones Educativas los cuales se trabaja las actividades de Salud Bucal lo cual no muestra el avance óptimo que se debía evidenciar en el HIS.

Insuficiente asignación de presupuesto para el área de Promoción de la Salud para requerir materiales como dípticos, Trípticos, material audiovisuales, falta de difusión en actividades preventivo promocionales desde el nivel central de Lima con adecuación intercultural de acuerdo a la zona de difusión.

Es así como también se ha podido identificar aquellas de otra índole como:

-Carencia de personal especializado (enfermeras especialistas en Salud Publica y el área de Administración en Servicios de Salud.

### **Logros y Aportes**

Puedo mencionar en el presente trabajo los siguientes logros y aportes,

Mis logros:

- A nivel personal y profesional, he podido conocer y poder aprender el área administrativa, de la Red de Servicios de salud la Convención en la oficina de Estrategias, la programación de metas

físicas de acuerdo a documentos normativos, Criterios de programación de los programas presupuestales, Fortalecer conocimientos en las reuniones descentralizadas en cuanto a la promoción y prevención en enfermedades No Transmisibles principalmente el área de la salud bucal, sobre todo el trabajo con las Instituciones Educativas y los docentes.

- A nivel grupal, específicamente al trabajo en equipo de Salud de los diferentes grupos ocupacionales con los cuales compartimos el centro de labor donde se realiza el trabajo articulado con los docentes y que el área de Promoción de Entornos y comportamientos saludables el mayor logro es haber sensibilizado y motivado a nuestros compañeros y cuyo trabajo nos brinda gran satisfacción al ver que nuestros niños practican hábitos saludables a través de ellos a todos los miembros de la familia.

#### Mis aportes

- Precisamente esta experiencia me ha permitido conocer e involucrarme en el área de Promoción de la Salud siendo transversal a todos los programas y como responsable del programa Daños No Transmisibles el de enfocar a disminuir las enfermedades crónicas una de ellas la salud bucal de nuestra jurisdicción. Con esta iniciativa se incentiva y promueve instituciones educativas saludables.
- Es importante considerar y resaltar que en nuestra Red se realizan reuniones descentralizadas donde se comparten experiencias de trabajo con las instituciones educativas y estrategias que emplea cada micro Red de acuerdo a la zona donde labora, considerando que nuestra Red tiene lugares de difícil acceso geográfico e intercultural, se observa que la parte práctica va de la mano con la teoría conocer la codificación de las actividades de Promoción de la salud.

### **Procesos realizados en las instituciones educativas**

En el área de PROMSA de Enfermedades No Transmisibles, se realizó muchas actividades.

1.- En el establecimiento de salud: Actas de Actividades, Codificación del HIS (Sistema de Información) por cada responsable después de realizado la actividad en Salud Bucal.

2.- En la Institución Educativa:

- Se coordinó con la UGEL con los docentes de las instituciones Educativas para la ejecución de las actividades de salud Bucal.
- Se elaboró el plan de trabajo e incorporación del cronograma de actividades para realizar actividades en las Instituciones Educativas-Salud Bucal.

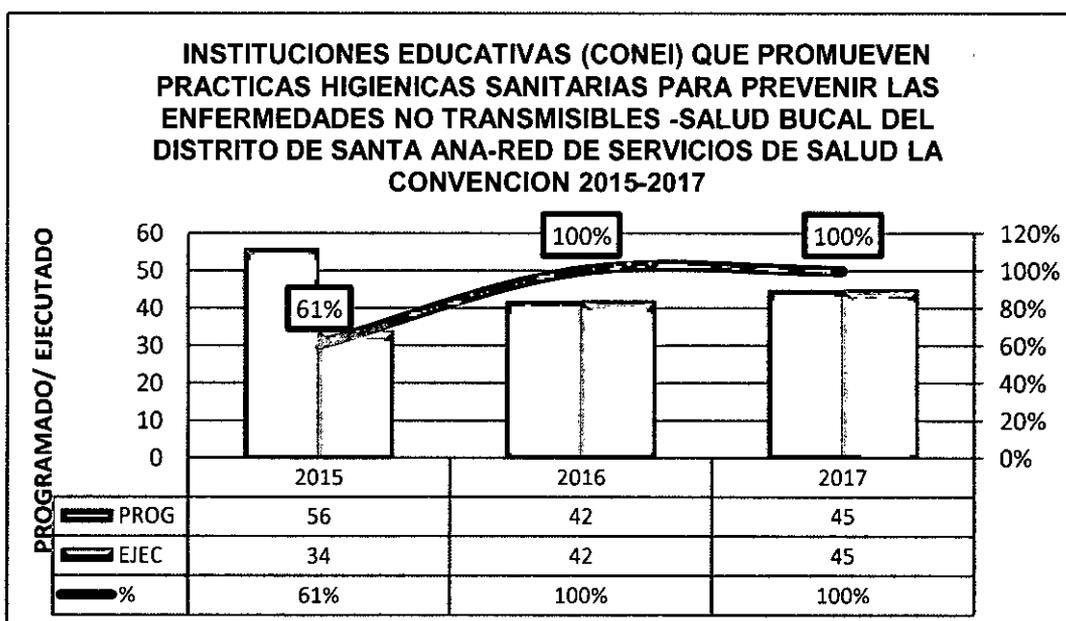
Se capacitó a los docentes y se fomentó el compromiso para la ejecución de las actividades Salud Bucal.

La satisfacción como enfermera, es ver que hoy en día los niños de esta institución Educativa se han empoderado en su autocuidado, exigen la salud como un derecho haciéndose partícipe de ella y no solamente como entes en espera de recibir sino que también son capaces de dar haciéndose efecto multiplicador de prácticas saludables en la salud bucal.

#### IV. RESULTADOS

Se obtuvieron datos del consolidado comparativo por años del Producto de Instituciones Educativas con el Consejo Educativo Institucional (CONEI), que promueven prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades No transmisibles (Salud Bucal) del distrito de Santa Ana.

**Cuadro N° 4.1**

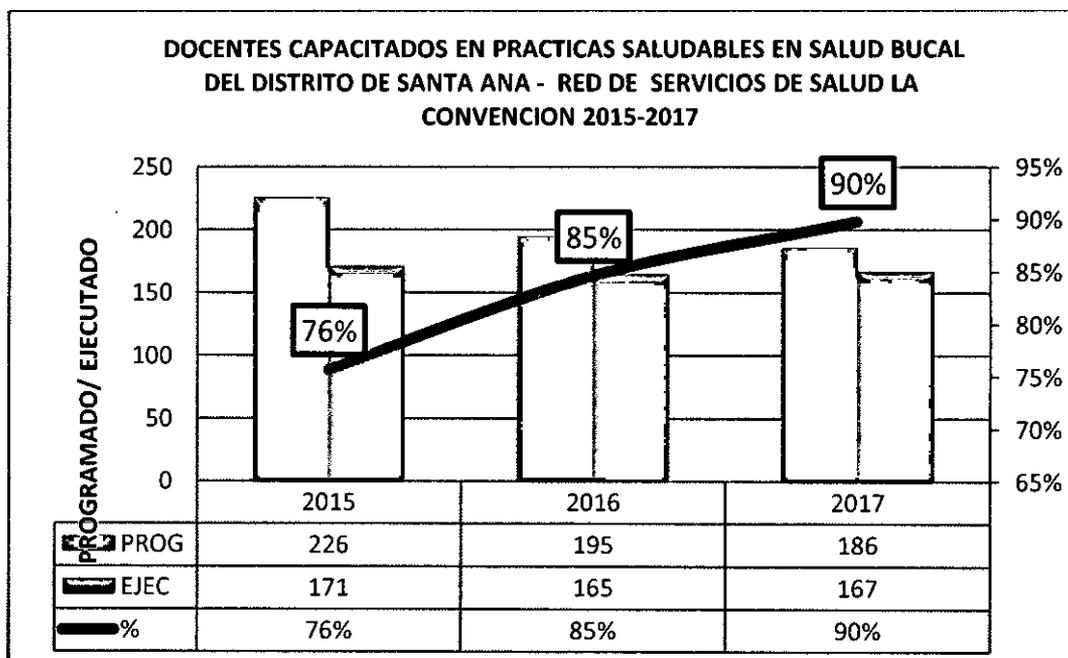


Fuente: Oficina de Estadística RSSLC.

Análisis: El 100% de las IIEE del distrito de Santa Ana tienen un plan de trabajo (temas de salud bucal), así se pudo completar las actividades de evaluación y monitoreo, lo cual se cumplió el último trimestre que por estrategia se desarrolló en el mes de diciembre.

Por esto es fundamental realizar intervenciones educativas de una forma integral, es decir, no solo a la población en riesgo, sino también, involucrar a la población en general en todos los programas de promoción y prevención en salud bucal que se realicen, con el objetivo de ayudar a disminuir las enfermedades bucales y a evitar problemas orales, buscando así aumentar el interés y los conocimientos en salud bucal. (25-26).

**Cuadro N° 4.2**



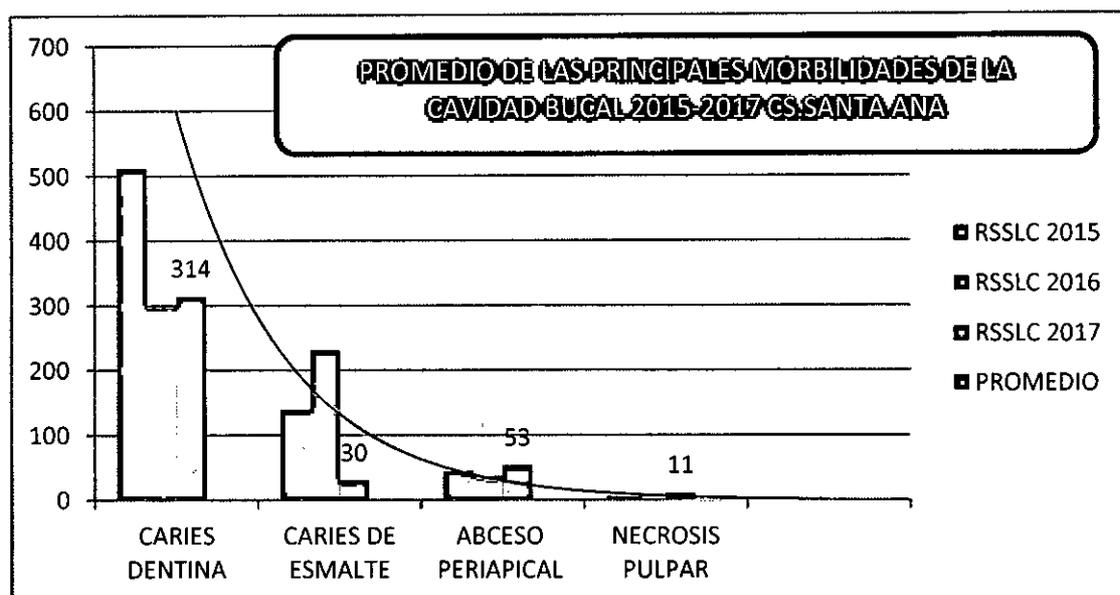
Fuente: Oficina de Estadística RSSLC.

**Análisis:** para el presente año no se tiene la intervención de salud del escolar (Recurso humanos y presupuesto), sumado la huelga de docentes lo que se traduce la intervención de salud a docentes con asistencia técnica y acompañamiento en los módulos educativos, según prioridad identificada es a Menos del 95% en temas de salud bucal. A comparación de los años anteriores podemos evidenciar el trabajo con los docentes que va mejorando en salud bucal a través de los años focalizando los temas prioritarios para nuestra población escolar.

Investigaciones e intervenciones de programas de Salud Bucal con preescolares, han demostrado la eficacia de trabajar a través de actividades motivadoras y lúdicas. Estas actividades se han basado en la práctica saludable del cepillado en forma correcta y en el número de veces que se debe de realizar. Existen razones fundamentales para educar a los niños y niñas sobre la salud bucal. (27-28)

Así como también se trabaja docentes de Instituciones Educativas capacitados en promoción de prácticas saludables para la prevención y control de la Salud Bucal

Cuadro N° 4.3



Fuente: Oficina de Estadística RSSLC

Análisis: El promedio de caries de esmalte encontrados en los años 2015,2016 y 2017 es de 30 escolares que acuden al EESS por tratamientos preventivos, siendo este un diagnóstico, de la etapa inicial de las enfermedades cariosas de tejidos duros en boca, El promedio de caries dentina encontrados en los escolares durante los mismos años es de 314 escolares lo cual indica que esta cantidad de niños acudieron a los EESS ya en una etapa avanzada de la afección dental. Una Proporción menor se atendió con diagnóstico de absceso peri apical y necrosis pulpar que son etapas tardías de afección dental, siendo el propósito del estudio disminuir las actividades recuperativas e incidir los tratamientos preventivos con lo cual se estaría mejorando significativamente la salud bucal en los escolares.

En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y las maloclusiones; el 10 por ciento de la población ha perdido una o dos piezas dentales .(44)

## V. CONCLUSIONES

- a) Se demostró que las Instituciones Educativas (IE) con CONEI, del distrito de Santa Ana promueven prácticas y entornos saludables por ende fomentan el cuidado y autocuidado de la salud bucal en los escolares.
  
- b) Se demuestra una mejora significativa de docentes capacitados y comprometidos, implementando prácticas de higiene bucal después del refrigerio Qali warma en IE, del distrito de Santa Ana.
  
- c) Se concluye que a través de las sesiones educativas a docentes, los escolares se encuentran empoderados en el cuidado de su salud bucal, y acuden oportunamente por afecciones dentales iniciales, lo que permite una adecuada practica saludable.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Para el personal de salud: Continuar con el trabajo de prevención y promoción de la salud que es nuestro enfoque prioritario como primer nivel de atención y que involucra a todo el equipo de salud del EESS.
- b) Es importante que se complemente las actividades de la salud en las escuelas generando entornos saludables, fomentar estilos de vida saludable y habilidades para la vida, promoviendo la participación social y la intersectorialidad como acciones de concertación y coordinación efectivas entre todos los actores como son los alumnos, docentes, familia y comunidad.
- c) Durante la infancia se forman los hábitos, incluidos los hábitos de higiene, es en esta edad entonces, donde se debe incidir en la práctica de la higiene oral para formar estos hábitos cuya práctica los protegerá a lo largo de toda su vida.
  - Las enfermedades bucales como la caries y enfermedades periodontales afectan a individuos de todas las edades, y encuentran en el correcto cepillado dental un mecanismo eficaz de prevención. Los daños a la salud producidos por las enfermedades bucales se reducen en gran medida cuando se lleva a cabo mecanismos de prevención y detección temprana de la enfermedad.
  - La enfermera salubrista es muy importante priorizar el trabajo en el primer nivel de atención y así disminuir problemas potenciales a futuro, y concientizar a los licenciados de enfermería que debe ser como primer requisito de segunda especialización la carrera de salud pública. Por lo que el Área de Promoción tiene un gran impacto en la población y la disminución de enfermedades promoviendo entornos y comportamientos saludables a nivel de la persona, familia y comunidad.

## VII. REFERENCIALES

- 1.- MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción de la Salud: Cartilla informativa para la promoción de la salud bucal en instituciones educativas, Primera edición, 2015 Lima 11-Perú.
- 2.- OMS. La salud bucodental es esencial para la salud general [En línea]. Massachusetts. 2013 [accesado 25 Agosto 2017]. Disponible en [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8387%3A2013-oral-health-vital-overall-health&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387%3A2013-oral-health-vital-overall-health&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es)
- 3.- MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Epidemiología. Situación Epidemiológica en Salud Bucal. Estudio Epidemiológico de Prevalencia Nacional de Caries Dental, Fluorosis del Esmalte y Urgencia de Tratamiento en Escolares de 6 a 15 años. Perú. 2001-2002.
- 4.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Módulo Salud Oral. Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria.
- 5.- MINISTERIO DE SALUD. Documentos Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la salud. 2005.
- 6.- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Conocimiento sobre Metodología Educativa para la capacitación de adultos del personal de salud del primer nivel de atención. Rev. Peruana Médica Experimental de Salud Pública. 2009; 26(1): 27-34.
- 7.- MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Dirección General de Promoción de la Salud 2006.
- 8.- CALA, Francisco M. Intervención Educativa en salud Bucal dirigida a educandos de la Escuela Bolivariana Primaria "Pedro María

- Ureña". Tesis de Bachiller. Venezuela: República Bolivariana de Venezuela, 2006.
- 9.- VAN PALENSTEIN WH, Munchk L, Van't Hof MA, Mrema FG. Effect evaluation of an oral health education programme in primary schools in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiologic.* 1997;25:296-300.
  - 10.- FRANCO A, MARTÍNEZ C, ÁLVAREZ M, COUTIN I, Larrea I, Otero A. Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. Instituto de Ciencias de la Salud - CES. Medellín: 2008; 20 (2): 9-16.
  - 11.- DÁVILA M, MUJICA M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontológica. Venezuela.* 2008; 46(3): 1-7.
  - 12.- DELGADO LLANCARI, Roxana (2012), Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas-Huancavelica (Citado 10 Noviembre 2017). Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1127>.
  - 13.- LEÓN H. Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Tutores y Padres de Familia de Niños de Educación Inicial en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, región Ancash, en el año 2011 [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011
  - 14.- GUTIÉRREZ M, ORTIZ L, Albino J, et al. Eficacia de dos métodos didácticos en la actitud del niño para la preservación de su salud bucal. *Odontol. Sanmarquina.* 2007; 10 (2):8-11.
  - 15.- CHIONG, L. (2002) Educación en la salud bucal y control de placa bacteriana en niños de 6 a 12 años del Centro Educativo José Gálvez Callao. Tesis de título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.

- 16.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OPS/OMS; 1989.
- 17.- CHOQUE R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. [En línea] Perú, Dic. de 2005. [Citado el 18 noviembre 2017.] <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.
- 18.- REDONDO P. Introducción a la educación para la salud. Universidad de Costa Rica. Quinta unidad modular, 2004.
- 19.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica de Gestión de promoción de la salud en Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible. [En línea] Lima, Junio de 2011. [Citado el: 12 de Mayo de 2015.] Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>.
- 20.- RETAMOZO C. Efectividad de un programa educativo con metodología interactiva en la preparación de loncheras saludables en padres de niños preescolares en una institución educativa. [Tesis para optar título profesional].
- 21.- CHINNOCK A, BEAUSSET I. Propuesta Metodológica para la educación nutricional. Costarrica Rev. Sal publi : s.n. p. 20-2.
- 22.- INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE. Políticas institucionales 2002-2006. San José Costa Rica. [En línea] INA, 2003. [Citado el: 22 de Noviembre de 2017.] Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fixers/unidad1.pdf>.
- 23.- MINISTERIO DE SALUD. Guía de sesiones educativas. Lima, 2013.
- 24.- MINISTERIO DE SALUD. Documento técnico sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. Lima : 2013.
25. PLAZAS M. Nutrición del preescolar. Facmed unam Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/prescolar.pdf>, Consultado el 10 Noviembre 2017.

- 26.- Estilo de Vida. Revisado de: <http://consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida> [citado el día 12 noviembre de 2017]. California Childcare Health Program.
- 27.- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
- 28.- OMS, Glosario de Términos de Promoción de la Salud.
- 29.- OMS. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Octubre de 2011
- 30.- ARCE M, ZAMORA A. Guía metodológica para educar en salud. Primera edición. Lima: Asociación Kallpa; 2001.
- 31.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OPS/OMS; 1989.
- 32.- GONZÁLES A. La promoción de la salud. Su implicación en odontología. En: Rioboo R, editor. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Madrid: Avances Médico Dentales; 2002. p. 1299-1319.
- 33.- MINISTERIO DE SALUD. Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud (Internet). Lima: Ministerio de Salud; 2006 (Citado 11 de mayo del 2017). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/guiadegestion.pdf>.
- 34.- OPS. Módulo de Salud Oral. Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria y Página Web de Oral Health Center.
- 35.- BROWN S. Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el ámbito escolar y estrategia escuelas promotoras de salud. OPS. [Citado el: 14 de set de 2015.] Disponible en: [http://www.educaragon.org/files/Concepto\\_Buenas\\_Practicas.pdf](http://www.educaragon.org/files/Concepto_Buenas_Practicas.pdf).
- 36.- CERQUEIRA, María Teresa. Promoción de la salud y educación para la salud. Retos y perspectivas, OPS.

- 37.- DNP, PNUD. Informe sobre desarrollo humano para Colombia, Bogotá, 1998.
- 38.- OMS. Salud Bucodental, Nota Informativa N°318-Abril 2012. {Accesado 25 agosto 2017}. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.pdf>
- 39.- Módulo Salud Oral. Salud del niño y del adolescente. Salud Familiar y Comunitaria. OPS 2015
- 40.- OPS. Prevención y manejo integral de las enfermedades orales.
- 41.- MC. DONALD, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
- 42.- OPS. Módulo de Salud Oral. Salud del Niño y Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria.
- 43.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas más frecuentes (Internet). Ginebra: OMS; 2011. (Accesado 27 de Agosto del 2017). Disponible en:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.
- 44.- Estrategia Sanitaria de Salud Bucal del Ministerio de Salud. El Consumo de sal fluorada reduce la caries dental hasta en 60%. Agosto 2010.

# **ANEXOS**

CCNN- Miaria.



MATERIAL PARA LA SESIÓN EDUCATIVA CON ADECUACIÓN PARA

NUESTRA ZONA



Fuente: Elaboración propia, 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017