

PROMOCION DE SALUD BUCODENTAL Y PREVENCION DE ENFERMEDADES

Dra. Maritza de la Caridad Sosa Rosales

Máster en Salud Pública. Especialista de Segundo Grado en Organización y Administración de Servicios de Salud. Diplomada en Epidemiología. Funcionaria de la Dirección Nacional de Estomatología. Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Jefa del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal.

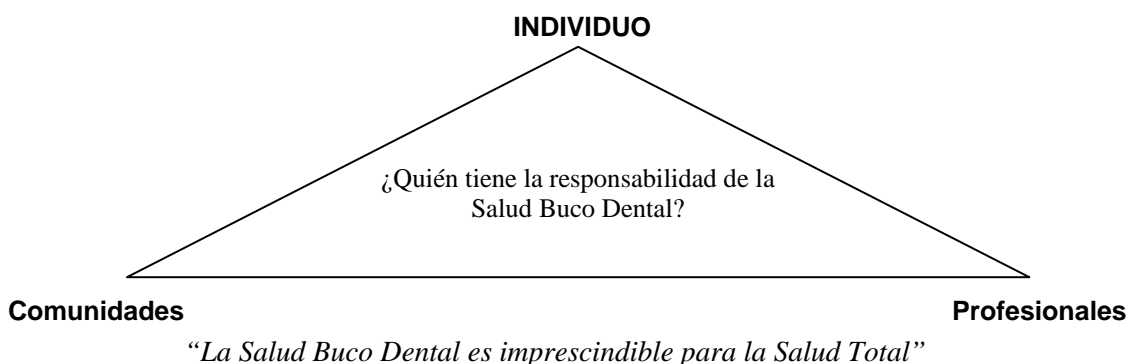
INTRODUCCIÓN

En Cuba la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades se ha ejecutado por más de 25 años. Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo – participativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación, capacitando a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las Comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo a la problemática de cada territorio.

Desde hace más de cuatro décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que los Estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la Salud Buco Dental.



Definición de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), planteo en el año 1946 que la Salud es: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”

Actualmente se define a la **SALUD** como “componente fundamental del proceso de desarrollo humano. Proceso social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos. Es un producto social”

El *Nivel de Salud* es concebido como la resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan, con el fin de proporcionar las mejores opciones (las más saludables) a sus ciudadanos, para que desarrollen, individual y/o colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar. No existe un nivel de salud último, pero sí un nivel óptimo.

El *Fomento de la Salud* es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

En nuestra conceptualización el fomento de la salud ha estado dirigido hacia dos dimensiones importantes: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual.

PROMOCIÓN DE SALUD

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que *“la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas vidas sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”*

Es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa y una optimización de los recursos destinados a ellos.

La Promoción de la Salud tiene tres componentes fundamentales:

- Educación para la Salud
- Comunicación
- Información.

Todas sustentadas en un elemento fundamental que es la Participación Social, tanto de la Población como del resto de los Sectores de la Sociedad.

A) Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de 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 la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Fue definida por la OMS como “la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad”.

También ha sido definida como “el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas e influir en su comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo los contenidos de salud en el currículo de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes, redes de apoyo social entre otros”.

Formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas para que participen activamente en su tratamiento, aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas uno y otro día es el objetivo específico de la **Educación Terapéutica**, una disciplina mucho más reciente y de carácter más particular que entra en juego cuando la enfermedad ya está instalada, el seguimiento a largo plazo es requerimiento mandatorio y el fin último de las acciones de salud se dirige a disminuir las crisis agudas y la aparición o desarrollo de las complicaciones crónicas.

La educación del paciente es un **ACTO TERAPEUTICO** que consiste en la gestión de comprensión y compromiso con vistas a obtener una calidad de vida satisfactoria a pesar de la omnipresencia de la enfermedad. No es “educación para el tratamiento” sino educación como tratamiento. Se compone de un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas que deben traducirse en el desarrollo de capacidades para tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, minimizando la dependencia de la enfermedad y de los servicios de salud.

La educación terapéutica, se relaciona con patologías que implican un seguimiento a largo plazo, a menudo sin perspectiva de retorno, e incluye la prevención de las complicaciones agudas y crónicas. Hay que aprender a afrontar el desafío del proceso de salud y darle un nuevo sentido.

Considerada en su conjunto como acto terapéutico, la educación del paciente tiene un poderoso impacto sobre toda la gama de indicadores clínicos, contribuyendo significativamente a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad y a disminuir los costos de los servicios de salud.

Si se tiene en cuenta que la definición de la educación para la salud es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad, la **Educación Terapéutica** está implícita en esta disciplina con la que comparte elementos comunes como son mejorar el estado de salud mediante una acción sistemática y un “saber hacer” específico; pero a su vez tiene diferencias particulares que la hacen formar un subconjunto o rama especial dentro de la disciplina general. Mientras la educación para la salud trabaja para reducir los riesgos de enfermar y la enfermedad (prevención primaria y secundaria), la educación terapéutica trabaja con la persona enferma en función de prevención terciaria e incluye sensibilización, concientización, información, aprendizaje del autocuidado y apoyo psicosocial. Es un proceso continuo y sistemático, integrado al cuidado y dirigido a ayudar a las personas y sus allegados a cooperar con el Proveedor de Salud en la mejoría de la calidad de vida.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la Educación para la Salud es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo.

La **Actitud** ha sido definida como la “posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación”.

Ella posee tres componentes:

- **Cognitivo:** incluye todo lo que sabemos del objeto, generalmente el conjunto de opiniones y creencias que se tienen con relación a él, lo cual se ha ido formando a lo largo del tiempo, ha adquirido complejidad y estabilidad, por lo cual no es fácil de modificar.
- **Conativo:** indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.
- **Afectivo:** incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto el objeto de la actitud. Es precisamente en este componente en el que se apoya la utilización de las técnicas afectivas participativas.

y están formadas de acuerdo a la Cultura en que se ha desarrollado el individuo, sus creencias, experiencias personales, así como del grupo y la que ha recibido del entorno en que se desarrollo, como medios de comunicación, escuela, hogar, entre otros.

Las acciones de Educación para la Salud se realizan en todas las unidades y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y en la Comunidad, por todos los profesionales y técnicos.

Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y sus características. Los temas se seleccionarán de acuerdo al análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades. La calidad en las actividades de Promoción de Salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida.

La percepción individual es elemento básico para el acto de enseñar a cuidarse y está fuertemente influenciada por la estructura de personalidad, las creencias de salud, la situación psicosocial, el nivel escolar y el entorno cultural así como por la comprensión, destrezas y confianza que tengan ante el cuidado diario. La persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos o efectos indeseables que implicaría no asumir este cambio de vida o esta restricción. En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, difícilmente se adherirán a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios.

En cuanto a la motivación para seguir un tratamiento uno y otro día, mejor que culpar a los pacientes por su incumplimiento lo cual aumenta el estrés será ayudarles a identificar los métodos más eficaces para que tomen conciencia de sus necesidades de salud y actúen en consecuencia.

También hay que tener presente que los comportamientos además de respuestas son estímulos al cambio. Hay que apoyarse en los comportamientos positivos para reforzar la motivación en el desarrollo de acciones de salud. Hay que elevar el grado de conocimiento para que la necesidad objetiva que hemos detectado coincida con la necesidad subjetiva de la persona. Este proceso de concientización debe realizarse muy cuidadosamente para lograr el adecuado equilibrio entre la percepción de riesgo y las barreras percibidas para afrontarlos. Una percepción de riesgo separada de la capacidad de afrontarlo sólo provocaría temores que pueden conducir a la depresión o a la negación y afectan tanto el estado emocional como la respuesta adaptativa ante la situación.

No obstante, cuando se hace un análisis detallado del desarrollo convencional de la educación para la salud, de manera general se encuentra que los proveedores de salud encargados de desarrollar la dimensión educativa generalmente no están preparados para ello. La acción se centra en el problema de salud y no en la persona.

Se utiliza una comunicación directa y autoritaria sin dar oportunidad a que la persona exprese que significa realmente para él/ella esa situación de salud, riesgo o enfermedad, qué hace realmente para afrontarla y por qué lo hace. El proveedor de salud es el sujeto y a las personas no se les permite otra alternativa que ser "el objeto de aprendizaje".

Esta es la estrategia perfecta para que las personas sean – en vez de actores – simples espectadores ante su propio problema, y no resulta difícil entender por qué los proveedores de salud se sienten desalentados con la poca eficacia de sus acciones y por qué las personas se defraudan y pierden la confianza en su quehacer por desarrollar salud y evitar enfermedades.

La gestión educativa, al igual que la gestión clínica debe seguir un proceso riguroso y continuo. Se debe iniciar en el diagnóstico que toma en cuenta las características de la enfermedad y el modo de vida de la persona enferma y permite precisar los objetivos comunes y particulares. A partir de los objetivos se eligen los métodos.

- Lo primero es centrar la acción en el hombre y no en la enfermedad o en el funcionamiento fisiológico del órgano dañado.
- Lo segundo es no suplir el papel activo y responsable que cada persona debe tener ante el desarrollo de su salud.
- Lo tercero es que no se trata de curar una enfermedad sino de enseñar a la persona con determinada enfermedad a cuidarse.

Es importante entonces tener en cuenta:

- En este escenario, el papel protagónico no lo tiene ni la enfermedad ni el proveedor de salud con sus conocimientos especializados. El centro de la Educación está en LA PERSONA.
- Hay que favorecer un proceso en el que el grupo descubra y elabore su propia interpretación del mensaje. Hay que dejar hablar a la persona y escuchar con atención cómo construye su situación de salud. Nadie mejor que ella para iniciar la discusión sobre el tema, desde sus propias percepciones, sus ansiedades, sus necesidades reales y sentidas y sus vivencias cotidianas.
- Se dará importancia vital al momento del diagnóstico de una enfermedad. Conociendo que la enfermedad crónica provoca cierto grado de frustración del paciente ante la incapacidad médica para resolver el problema de manera definitiva, es fácil comprender que una percepción emocional negativa en el momento del diagnóstico puede afectar la futura posición de la persona para afrontar la enfermedad.

- Cada nuevo tratamiento debe hacerse sentir en la persona. Frecuentemente el proveedor de salud juzga como indisciplinada a la persona que trata de evaluar, con sus propias experiencias, la eficacia de su tratamiento y de su aprendizaje. El enfermo, por su parte, ve al médico más como un crítico que como un apoyo; y el sentimiento de fracaso, especialmente cuando se repite, es causa de distanciamiento. Para evitarlo, el Proveedor de Salud será un facilitador del encuentro con el problema y sus vías de solución, observará y caracterizará el modelo individual de afrontar la enfermedad y no asumirá una posición de experto ‘conocedor de todo sobre el tema’ pero ajeno a la angustia que provoca la realidad o la posibilidad de una complicación que afecta no sólo la perspectiva sobre la enfermedad sino también aquella sobre la vida social y las relaciones personales.
- Un contenido general adaptado a la necesidad individual y coproducido en el grupo. Lo primero a tener en cuenta al decidir el contenido de la educación para la salud son las características particulares de cada PERSONA. El sexo, la edad, el nivel de escolaridad influyen en el nivel de comprensión o en la respuesta conductual ante el problema. La presencia de una enfermedad es otro factor a tener en cuenta. No puede abordarse el tema de igual manera para aquellos que se inician con una enfermedad que para los que ya superaron la primera etapa de adaptación.
- El contenido principal del aprendizaje será sobre la acción. El mensaje tiene una formulación abierta y problémica a partir de la experiencia objetiva y la interpretación subjetiva de los participantes para, mediante la confrontación de opiniones, construir entre todos el mensaje final.
- Un proceso de enseñanza-aprendizaje que abarque al hombre integralmente: soma, psiquis y entorno social. Conociendo que la percepción es la etapa que precede a la responsabilidad y la acción y que los signos de depresión en personas enfermas se relacionan más que con la severidad de la enfermedad, con la interpretación individual que cada uno tiene sobre las cargas que representa vivir con esa enfermedad, el proceso de enseñanza/aprendizaje no puede limitarse al conocimiento, debe actuar más sobre los sentimientos y las reacciones emocionales del paciente.

Los métodos pedagógicos pueden ser clasificados de diferentes maneras, atendiendo a las audiencias metas a las que se dirigen: niños, adultos, ancianos; al número de participantes: colectivo, en pequeños grupos, cara a cara; o al dominio de aprendizaje que se aspira obtener: capacidad intelectual, habilidad práctica, actitudes.

Desde el punto de vista de la práctica, de acuerdo a las edades se puede afirmar que para **los niños** aprender y jugar son acciones inseparables, **los adolescentes** necesitan un modelo educativo alejado del modelo escolar formal y que responda a sus necesidades de socialización e identificación personal; **el adulto** requiere métodos que le ayuden a identificar su problema y buscar alternativas de solución, mientras **el anciano progresa** con mensajes muy prácticos y emitidos uno cada vez.

Por su parte, los métodos colectivos de aprendizaje agrupan personas con las mismas necesidades, intereses y nivel de competencia por lo que son útiles cuando se desarrollan los objetivos comunes de aprendizaje. Sin embargo cuando se desarrollan acciones para alcanzar los objetivos particulares, el método de discusión cara a cara responde mejor a la individualidad de la persona.

Deben reforzarse las actividades en pequeños grupos con la educación individual, ambas apoyadas con material impreso que destaque, sencilla y gráficamente, los aspectos principales del contenido educativo. Así se aprovechan las ventajas de los diferentes métodos y técnicas educativas. Las primeras tienen la ventaja de la influencia del grupo en el individuo, de la co-producción del mensaje entre todos. La segunda facilita la respuesta a la percepción y necesidad particular. También deben propiciarse ambientes lúdicos que faciliten la manifestación espontánea y la expresión natural.

No existe un método mejor que otro, cada método tiene sus ventajas y desventajas en función del objetivo de aprendizaje propuesto para cada actividad. En ocasiones es útil la combinación de más de un método y siempre se tendrá en cuenta que el método seleccionado cumpla con los principios de pertinencia – grado de adaptación a los objetivos – y de la participación activa. En todo caso, cualquiera sea el objetivo de aprendizaje y el método seleccionado, la motivación es la fuente de energía del aprendizaje y el conocimiento anterior la base de incorporación del nuevo conocimiento. Por tanto siempre hay que partir de algo conocido, de la experiencia personal y lo nuevo que se aprenda tiene que responder a un valor personal.

El método debe ser apoyado con técnicas que tengan en cuenta que: “La persona o el grupo no sean concebidos como “receptores de información” sino como productores de información, información que ha de ser compartida y perfeccionada en el grupo para alcanzar la acción y el cambio.

Más eficaces que la charla o la clase, resultan las técnicas de participación que enfrentan al enfermo con situaciones previamente establecidas o con inquietudes que ellos plantean, les ayudan a identificar el problema y a buscar las posibles vías de solucionarlo, compartiendo opiniones de unos y otros a partir del conocimiento previo y la experiencia cotidiana.

La materia siempre se abordará procurando que la actividad se centre más que en la simple transmisión de información, en el desarrollo de destrezas prácticas y en el reforzamiento de conductas adecuadas. Nada mejor que guiarlos a la concientización de que ocuparse de la salud hoy, garantiza un mañana sin enfermedades.

El mensaje educativo debe dejar bien claras y definidas las orientaciones sobre qué, por qué y cómo hacer, con un lenguaje muy sencillo, preciso y concreto. Los proveedores de salud se formaron en un lenguaje profesional y ahora necesitan entender y hacerse entender en el lenguaje de las personas a las que brindan el servicio. La clave está en el saber escuchar y reformular lo expresado para después guiar hacia la confrontación y el análisis que finalmente permita la búsqueda de alternativas de solución. La comunicación sólo habrá cumplido su objetivo terapéutico cuando modifique la construcción de la realidad de la persona enferma y genere nuevas posibilidades de afrontar la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que las personas no están aisladas de su entorno. Familiares y amigos influyen en sus determinaciones. El escenario más cercano a la persona es su entorno familiar, entorno que resulta fundamental tanto en el enfoque de la situación de salud como en determinadas actitudes ante las exigencias para su desarrollo.

En un peldaño superior se encuentra la comunidad, que posee una trayectoria socio-histórica concreta, que le confiere su particularidad socio-cultural. En las acciones educativas, estas mediaciones adquieren especial significado porque es allí donde el hombre desarrolla su vida. En el caso concreto del Sistema Nacional de Salud en Cuba, la Atención Primaria de Salud toma en cuenta la interacción de todas las redes de apoyo social y tiene posibilidad de insertar a las diferentes instituciones estatales y sociales en el análisis y puesta en práctica de las acciones de salud.

El centro laboral o escolar es otra institución a tener en cuenta. Cada individuo se siente parte de su colectivo de trabajo y los valores que predominan en el grupo son incorporados, en mayor o menor grado a los valores individuales. Por otra parte la actividad laboral o escolar influye directamente y - a su vez es influida - por los procesos de salud enfermedad y deben ser un aspecto más a tener en cuenta en la educación para la salud.

Los medios de difusión masiva ejercen una creciente mediación en la audiencia y muchas veces funcionan como comunidad de referencia y de apropiación. En nuestro contexto los medios de difusión masiva son de propiedad estatal y resulta totalmente factible utilizarlos como apoyo de la promoción y la educación para la salud.

Las estrategias educativas para fomentar las diferentes conductas y capacidades corresponden esencialmente a tres métodos o enfoques distintos, que no son excluyentes:

El método didáctico: Es el más conocido y la estrategia más utilizada, también se conoce como el método tradicional, estilo formal de instrucción, enfoque centrado en contenidos, o enfoque dirigido. Sus variantes incluyen la comunicación en su versión orientada a metas, las estrategias de elaboración de mensajes y la técnica de mercadeo social como medio para producir mensajes con base en la cultura de la comunidad.

El método de concientización o pedagogía liberadora: Es un enfoque que parte del análisis de las causas y condiciones sociales, económicas e históricas de la pobreza y la marginalidad, y busca movilizar a los pobres y desposeídos para iniciar un proceso de transformación social y así liberarlos de la opresión.

El método participativo centrado en el desarrollo humano: Es un enfoque que busca desarrollar la energía social y el poder interno de cada ser humano para transformar su realidad y trascender las condiciones de pobreza en que vive. También se conoce como método de aprender haciendo, técnica orientada y centrada en el educando, estrategia participativa y técnica no dirigida. Su propósito es facilitar que las personas descubran y ejerzan ese poder interno en acciones constructivas. Esta estrategia pretende fomentar una revolución en el interior de la persona. Es una estrategia para construir protagonismo, ciudadanía y democracia. Estas son las grandes tendencias en la educación de adultos de las cuales se han desprendidos las metodologías utilizadas en la educación en salud.

Las respuestas a las siguientes interrogantes nos permiten alcanzar el consenso en la ejecución de la Educación para la Salud:

1. ¿Para qué?: cual es el objetivo que se propone, que resultados espera obtener.
2. ¿A quién?: cual es el destinatario o receptor de la técnica. Es importante tener en cuenta las características de los receptores, sus motivaciones, necesidades e intereses.
3. ¿Quién?: se refiere a conocer la persona que va a ejecutar la técnica.
4. ¿Qué?: es importante conocer que contenido tendrá la actividad educativa, de qué se trata, que aspectos son importantes abordar para alcanzar los objetivos.
5. ¿Dónde?: aquí consideramos el lugar donde vamos a realizar la técnica, si es la consulta, en la casa, en la comunidad.
6. ¿Cuándo?: al aplicar la técnica es importante considerar el momento en que se va a ejecutar, esperando siempre que sea factible y oportuna.
7. ¿Cómo?: nos define el método más adecuado a utilizar. Nos indica el camino a seguir para lograr los resultados esperados.
8. ¿Con qué?: nos muestra los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad y de ellos cuales tenemos posibilidad de utilizar realmente.

Algunas técnicas y medios de enseñanza son:

Charla: Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.

Demostración: Muestra en forma práctica como hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de "aprender haciendo". También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.

Sociodramas: Técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación de los participantes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de 5), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.

Pares y Cuartetos: Esta dinámica permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial.

Árbol de la Salud Enfermedad: Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que puedan intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

Lluvias de ideas: Mediante esta técnica los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva y disgregaciones del tema principal. Así mismo estimula la participación de los tímidos y retraídos. Otra ventaja es que se ejecuta en poco tiempo.

Integración y reconocimiento de actitudes o conocimientos: En la Educación para la Salud, no solo se necesita instruir o dar conocimientos, sino es necesario comunicarse para lograr la motivación del individuo como vía de alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos, la comunicación requiere de la retroalimentación como un medio para reconocer, si se están presentando dichos cambios.

Teatro Popular: Es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina la enseñanza con la diversión. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local.

Discusión en Grupos: Esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes, quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma inmediata la información recibida.

Técnicas afectivo - participativas (TAP).

- Se usa para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo. Hacer más sencillos o comprensibles los temas que se quieran tratar.
- Deben usarse como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población.
- Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, permitiendo la reflexión educativa.
- Es el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos.
- Herramientas para hacer viables nuestros métodos.

Las TAP deben llevarse a la cúspide del objetivo propuesto. Cuidar no dejarla en el plano de recursos, ya que las desvalorizamos. Si aplicamos técnicas afectivas-participativas sin tomar en cuenta las perspectivas transformadoras del proceso educativo podemos correr el riesgo de que los coordinadores se conviertan en "dinamiqueros". Lo importante no es el uso de la técnica, sino la concepción metodológica, en la que interese hacer un proceso educativo basado en una permanente recreación del conocimiento.

Herramientas del pensar: Preparar el terreno para la generación de ideas eliminando barreras del pensamiento que bloquean la mente. El individuo puede así pensar en situaciones no convencionales o fuera de lo esperado. Permiten ver el problema con mayor amplitud y profundidad; propician esquemas de pensamiento con apertura, flexibilidad, equilibrio y autorregulación.

Apoyos Didácticos:

En la ejecución de este apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, el que por lo general no es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado.

Esta basada en una investigación, análisis y ordenamiento de los que lo produjo. Esta Técnica aporta elementos de importancia adicional, lo que permite una mayor reflexión y análisis sobre algún tema, posibilitando profundizar en el mismo. Debe hacerse una discusión para analizar los contenidos.

Medios de Enseñanza: deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.

Algunos son:

- Plegables
- Marcadores con mensajes de salud
- Pizarra
- Láminas
- Rotafolios
- Papelográficos
- Proyector y Diapositivas
- Vídeo casetera y casete
- Modelo dental y cepillo

B) Comunicación: Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción de Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.

C) Información: Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.

Como elemento importante para el desarrollo de estos componentes de la Promoción de Salud tenemos que tener en cuenta algunos conceptos, tales como:

- **Bienestar Social:** que el ser humano tenga satisfecha todas sus necesidades para vivir decorosamente: alimentación, trabajo, vivienda, vestido, educación, asistencia médica.
- **Características:** apreciaciones importantes de algún fenómeno o problema. Rasgos que describen constantes de algún objeto, persona, documento, lugar, etc.
- **Comunidad:** colectivo de personas que comparten ciertos valores, intereses, condiciones, problemas y características comunes.
- **Conducta:** manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia, duración y propósitos específicos, ya sea consciente o inconsciente. Una forma de actuar adquirida, aprendida.
- **Costumbres:** lo que se hace comúnmente, formas de actuar, hacer, celebrar, etc. , aprendidas y transmitidas de generación en generación.
- **Creatividad:** proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo, valioso, original y adecuado que cumpla las exigencias de una determinada situación social en la cual se expresa el vínculo de los aspectos cognoscitivos y afectivos de la personalidad.
- **Creencia:** una posición, sentido o significado, declarada o insinuada, aceptada emocional y/o intelectualmente como verdadera por una persona o grupo.
- **Cultura:** la suma de conocimientos, destrezas y valores que se transmiten de generación en generación.
- **Destreza:** habilidad, el saber hacer un procedimiento de manera adecuada.
- **Hábitos:** es la repetición de una práctica determinada.
- **Informante Clave:** aquella persona que vive o trabaja en una comunidad y que es reconocida como "buena conocedora" de la problemática existente en la misma, en función del contacto que tiene con los que allí residen y de la experiencia de vida o de trabajo en esa comunidad.
- **Lactancia:** período de alimentación del recién nacido con la leche materna.
- **Líder Formal:** aquella persona perteneciente a una comunidad, que tienen asignada determinada posición que le confiere poder en ello.
- **Líder Informal:** aquella persona perteneciente a una comunidad y que ejerce sobre ella una influencia reconocida por la mayoría, la que le confiere un determinado poder que no le ha sido asignado por ningún cargo.

Participación Social

Valor social deseado, conducente a una mayor democracia, un instrumento útil para lograr mayor eficacia en la gestión.

- ❖ Requiere una representación activa
- ❖ No es una forma de control político
- ❖ Requiere confianza y credibilidad en el gobierno
- ❖ Necesita la existencia de un estado democrático
- ❖ No es algo natural y garantizado
- ❖ No es sólo ampliar la base de acceso social

Es un proceso participativo, dinámico, integral e intersectorial dirigido a todos los diferentes ámbitos y poblaciones de la vida social. Unir voluntad, capacidad y esfuerzo de los ciudadanos para mejorar la salud y calidad de vida en su comunidad.

Dimensiones de la Participación Social:

a) Mecanismos: existencia de organizaciones que permitan a los miembros de la Comunidad reunirse y efectuar acciones colectivas.

b) Amplitud: quiénes y cuántos tienen la posibilidad de participar y cuántos lo hacen en relación a las actividades de salud.

c) Modalidades: se describen varias formas de manifestarse, algunas de las cuales son:

1. La colaboración o participación colaborativa: es tutelada en los aspectos que se le solicita.
2. La cogestión o gestión conjugada: permite a la población o su representante intervenir en las decisiones que se tomen, aunque es una manifestación de la descentralización, tiene como principal obstáculo la Hegemonía Médica, donde el personal de salud ofrece resistencia a compartir su poder con otros que no tienen conocimientos técnicos.
3. La autogestión: se refiere al conjunto de acciones que realiza el individuo sólo con ayuda familiar en diferentes niveles del sistema de salud con vistas a mejorar o solucionar sus problemas. Tiene cuatro niveles:
 - Primer nivel: acciones realizadas por el individuo para el cuidado de su propia salud (autocuidado).
 - Segundo nivel: cuidado a nivel familiar.
 - Tercer nivel: acción de las redes sociales (apoyo de la comunidad).
 - Cuarto nivel: el individuo acude a solicitar ayuda a las instituciones de salud.

4. Negociación o participación negociada: en ella las instituciones involucradas siguen un proceso que incluye: deliberación, concertación y negociación.

d) Áreas de participación comunitaria o grados de influencia: planificación, ejecución y evaluación

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

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

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en **grupo de iguales**. Sus principales ventajas son:

- Mayor **adecuación** de los contenidos y estrategias.
- Mayor **motivación y crédito** de la información.

Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, hay que procurar siempre usar **métodos participativos**:

- Que potencien:
 - La adquisición de habilidades sociales.
 - La competencia en la comunicación.
 - La resolución de conflictos.
- Que incidan:
 - En la responsabilidad.
 - En la autoestima.
 - En la toma de decisiones.
- Que faciliten:

- o La práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

La estrategia especialmente efectiva es el trabajo en **grupo de iguales**. Sus principales ventajas son:

- Mayor **adecuación** de los contenidos y estrategias.
- Mayor **motivación y crédito** de la información.

ACCIONES A EJECUTAR PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

- Indicar la asistencia al estomatólogo de la mujer embarazada hasta el alta, y posteriormente cada seis meses.
- Orientar llevar al recién nacido al estomatólogo, antes de cumplir los tres meses de edad, para su examen.
- Enseñar la importancia de la Higiene Bucal, de la embarazada, la familia, y el futuro hijo, para mantener una buena salud bucal.
- Recomendar la practica de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda los cuatro primeros meses de vida del bebe, pues ella:
 - Suministra calcio, flúor y otros oligoelementos al organismo con la consiguiente constitución favorable de huesos y dientes más resistentes, de vital importancia en la prevención de caries.
 - Favorece la inmunidad del niño y evitar estados alérgicos.
 - Evita la instalación de hábitos bucales incorrectos que conlleven a maloclusiones.
 - Satisface el instinto de succión y favorecer la estabilidad psicológica del niño.
 - Ejercita los grupos musculares que influyen en el desarrollo del maxilar y la mandíbula, evitando anomalías de la oclusión.
- Divulgar las desventajas del uso de biberones para la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, por entorpecer el desarrollo de la lactancia. Además con el uso de estos y del tete, se establece un patrón de succión que difiere del que fisiológicamente existe con la succión del pecho, entorpeciendo el desarrollo bucal. Indicar la no utilización de biberones, si no el jarrito, posterior a la lactancia materna.
- Orientar sobre la nutrición a la embarazada y madres con niños menores de un año:
 - Importancia de la nutrición adecuada de las madres desde las primeras semanas del embarazo hasta el termino de este, para evitar desarrollo de recién nacidos con bajo peso, por constituir factor de riesgo a caries, maloclusiones, alteraciones de los dientes en formación, en cuanto a calidad y textura de los tejidos y de las proporciones de las estructuras en el área craneofacial que alteran la armonía facial en el período prenatal.
 - Calidad y modos adecuados de alimentación, tales como: Alimentación balanceada, constitución de alimentos (evitar papillas), e introducción de dieta fibrosa, evitando la pereza masticatoria, para la ejercitación adecuada de la musculatura de la cara desde edades tempranas.
- Educar sobre las anomalías bucomaxilofaciales y factores que favorecen su instalación y desarrollo, tales como: Hábitos bucales incorrectos, deficiente higiene bucal, caries dentales y disfunciones del aparato estomatognático en la población infantil y adolescente fundamentalmente.
- Divulgar la importancia de erradicar hábitos bucales incorrectos o deformantes, como succión digital, respiración bucal, deglución infantil, otros hábitos de succión a objetos, biberones, etc., queilofagia, glosofagia, bruxismo y posturales. Dar a conocer el origen y hasta dónde pueden llegar las consecuencias de los mismos para la salud bucal y en general de los individuos.
- Dar a conocer la importancia de las funciones fisiológicas del aparato estomatognático (Masticación, respiración, fonación, deglución) por el desarrollo de oclusopatías cuando existen alteraciones en estas y remitir al Médico de Familia a los respiradores bucales para descartar enfermedades de vías aéreas.
- Orientar sobre la importancia del cuidado de la dentición temporal, por dar lugar a maloclusiones, tanto por la presencia de caries, en la preservación del perímetro del arco como por las modificaciones en la forma de las arcadas y posiciones anómalas de los dientes, que producen interferencias de la oclusión en edades tempranas.
- Divulgar las características fisiológicas de la oclusión en la dentición temporal, mixta y permanente, y así poder detectar tempranamente anomalías en las mismas.
- Destacar la importancia y características del diente 6 (primer molar permanente) tanto en niños como en familiares y personal que rodea al niño

- Que no sustituye a ningún diente temporal
- Que es "la llave de la oclusión" por lo que su pérdida afectara todo su aparato masticatorio
- Extremar la educación, precaución y prevención ante situaciones que puedan ser causas de traumatismos dentales y faciales. (ver guía práctica clínica ante traumatismos dentales y faciales)
- Orientar el incremento de la higiene bucal, ante enfermedades sistémicas crónicas (diabetes mellitus, epilepsia, etc.), alteraciones congénitas o traumáticas del complejo bucomáxilofacial, así como en personas que recibirán o hayan recibido radiaciones
- Brindar información y educar a la población sobre las enfermedades gingivales y periodontales, insistiendo en que visiten al estomatólogo ante la presencia de sangramiento gingival, cambio de morfología de la encía o cualquier otra alteración de estos tejidos.
- Educar en la importancia del cepillado dental para la eliminación de la placa dentobacteriana como medio para dar más a los tejidos gingivales y periodontales.
- Enseñar a toda la población la realización del autoexamen de la cavidad bucal y de acudir al estomatólogo ante la evidencia de cualquier alteración.
- Indicar a la población que ante cualquier alteración de la cavidad bucal, como aftas, abscesos, entre otras, debe acudir inmediatamente al Estomatólogo para su atención.
- Orientar a toda la población visitar al Estomatólogo al menos una vez al año
- **Enseñar como realizar correctamente la Higiene Bucal: cepillado, hilo dental, control químico de la placa.**

Características del Cepillado

Forma: de acuerdo a las características del paciente. En Cuba la más utilizada es la Stillman modificada. Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso al cepillo: técnicas horizontal y vertical, rotatoria, vibratoria, circular, fisiológica y de barrido. A continuación expondremos algunas técnicas:

- ❖ *Técnica de Bass:* fue desarrollada por Bass en 1954. El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal. Se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa. Para las caras vestibulares de todos los dientes y para las linguales de premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de los incisivos y los caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior. Se recomienda en pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos por su capacidad de remover tanto la placa supragingival como la subgingival más superficial.
- ❖ *Técnica Horizontal:* fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90 grados con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja.
- ❖ *Técnica de Stillman modificada:* Las cerdas se colocan 45 grados con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.
- ❖ *Técnicas de Charter:* El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y sólo trabajan las cerdas de las puntas.

Frecuencia: después de las comidas y antes de acostarse, el más importante

Duración: para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos

Inicio: Los dientes temporales deben comenzar a higienizarse desde que brotan, primero los padres o familiares y después los niños y niñas asesorados por ellos. Durante toda la vida

Aparatología: removible o fija debe tenerse muy en cuenta al practicarse la higiene bucal, retirándola para efectuar el cepillado y cepillándola a ella

Prótesis Fija: se cepillara al igual que los dientes, cumpliendo los mismos principios.

Prótesis Removible: se limpiara con el cepillo y crema dental con la misma frecuencia, debiéndose guardar durante la noche, después de higienizada en un recipiente con agua limpia.

➤ **Educación en una cultura nutricional en salud**

a) *Hábitos alimentarios*

- Promover desde edades tempranas, e inclusive desde el embarazo, una nutrición adecuada para la formación de los dientes.
- Disminuir la ingestión de azúcar y carbohidratos en las comidas y entre ellas.
- Promover la ingestión de alimentos con leche, fosfatos y flúor en las comidas.
- Ingerir los alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.

b) *No sólo es importante tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, sino también:*

- Frecuencia con que son ingeridos.
- Forma en que están preparados, lo que condicionan el tiempo de su presencia en la boca.

c) *Dulces y golosinas.*

- No comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera ellas, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua

Se ha observado que en condiciones de desnutrición hay una mayor susceptibilidad a Caries y defectos hipoplásicos. Algunos estudios han demostrado que una deficiencia proteico energética (DPE), o de otros nutrientes esenciales durante el desarrollo dentario produce una mayor susceptibilidad a Caries, retardo en la erupción dentaria, defectos estructurales en el esmalte, alteraciones en las estructuras de soporte y desarrollo de las glándulas salivales, lo que puede alterar en cantidad y calidad la saliva secretada.

El Médico de Familia debe reconocer que, aunque la etiología de la enfermedad es multifactorial, los hábitos nutricionales constituyen un riesgo importante, y que conociendo la dieta de su paciente y de la población en la cual trabaja para poder dar los consejos necesarios para su modificación positiva, puede reducir este riesgo y así prevenir tempranamente la Caries y tratarla eficazmente.

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

La Prevención ha sido definida como el conjunto de actuaciones que se realizan, por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Incluye en las etapas iniciales el diagnóstico y tratamiento precoz. Algunos autores exponen a la Promoción de Salud como Prevención Primaria.

FACTORES DE RIESGO: CONCEPTO

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. Todas las acciones de promoción y prevención deben dirigirse hacia los riesgos.

El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o ausencia se relaciona con la enfermedad investigada, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.

La finalidad del enfoque de riesgo, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria.

Factores de Riesgo para la Caries Dental

- ◆ **Alto grado de infección por Streptococcus mutans:** El Streptococcus mutans, es el microorganismo más fuertemente relacionado con el inicio de la actividad de caries. Los altos grados de infección por Streptococcus mutans ($> 10^6$ UFC x $> 10^5$ ml/saliva), significan elevado riesgo a caries y a la transmisión del microorganismo.

- ◆ **Alto grado de infección por lactobacilos:** Los lactobacilos se relacionan con la progresión de la lesión cariosa en corona y/o raíz. El alto grado de infección por lactobacilos ($> 10^6$ UFC lactobacilos x ml de saliva), se relaciona con elevada actividad de caries y con la elevada ingestión de carbohidratos fermentables.
- ◆ **Experiencia anterior de caries en personas muy afectadas por la enfermedad:** Generalmente las personas muy afectadas por caries, tienen mayor probabilidad a seguir desarrollando la enfermedad, también es importante considerar para el riesgo la severidad de las lesiones, mientras mayor sea la severidad de las mismas, mayor será la probabilidad de que la actividad de caries persista.
- ◆ **Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido:** Cuando la resistencia del esmalte al ataque ácido es deficiente, el proceso de desmineralización se extiende y se favorece el progreso de la caries.
- ◆ **Deficiente capacidad de mineralización:** Cuando esta afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado (maduración post-eruptiva), o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la desmineralización progresa y se favorece el proceso de caries.
- ◆ **Dieta cariogénica:** Es uno de los principales factores promotores de caries. La cariogenicidad de un alimento, no se determina solamente en base al contenido de azúcar, sino que hay que considerar varios factores: características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura (tamaño y forma de las partículas), la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca.
- ◆ **Mala higiene bucal:** Las deficiencias en la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo a caries, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos.
- ◆ **Baja capacidad buffer salival:** La baja capacidad salival para detener la caída del pH y restablecerlo, incrementa la posibilidad de desmineralización.
- ◆ **Flujo salival escaso (xerostomía):** Las funciones protectoras de la saliva, resultan afectadas al disminuir el flujo salival, promoviendo desmineralización y elevación del número de microorganismos cariogénicos. Ello incrementa el riesgo a caries.
- ◆ **Viscosidad salival:** La saliva viscosa es menos efectiva en el despeje de carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.
- ◆ **Apiñamiento dentario moderado y severo, tratamiento ortodóncico y prótesis:** Dificultan los procedimientos de higiene bucal, promoviendo acumulación de placa dentobacteriana patógena y por consiguiente favorecen la desmineralización.
- ◆ **Anomalías del esmalte:** Su prevalencia eleva el riesgo a caries.
- ◆ **Recesión gingival:** Condiciona la aparición de caries radicular en presencia de placa dentobacteriana.
- ◆ **Enfermedad periodontal:** las personas que presentan enfermedad periodontal o secuelas de esta, tienen mayor riesgo a caries radicular.
- ◆ **Factores sociales:** Tales como el bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicios de salud, se asocian a mayor probabilidad a caries.

Otros factores de riesgo: Entre otros se pueden señalar: el bajo peso al nacer, la diabetes mellitus, embarazo, malnutrición, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, pacientes epilépticos, parálisis cerebral, discapacitados físicos y/o mentales, déficit vitamínico, lactancia con biberón, personas sometidas a radioterapia, personas medicadas con ansiolíticos, sicofármacos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes,

Determinación del Grado de Riesgo

La determinación del riesgo de Caries Dental es difícil debido a la existencia de complejas interacciones entre múltiples factores. Internacionalmente se ha planteado que las poblaciones que tienen mayor riesgo son las de bajo nivel socioeconómico o con padres de bajo nivel educacional, las que no reciben atención estomatológica periódica (anual) o que no pueden acceder a los servicios. Por otra parte las personas pueden tener un alto riesgo de Caries Dental aunque no presenten ninguno de los factores anteriores. Los factores individuales asociados y que posiblemente aumenten el riesgo incluyen la Caries Dental Activa, los antecedentes familiares de Caries, la exposición de la superficie radicular debido a la retracción de las encías, los altos niveles de infección por microorganismos cariogénicos, el deterioro de la capacidad para mantener una buena higiene bucal, las malformaciones del esmalte o de la dentina, la disminución del flujo salival ocasionado por medicamentos, enfermedades o radioterapia, la baja capacidad tampón de la saliva y el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia. El riesgo puede aumentar cuando cualquiera de estos factores se combina con dietas cariogénicas, como las ricas en hidratos de carbono refinados.

El riesgo a caries dental cambia a lo largo del tiempo, es decir de la vida de la persona, a medida que cambian los factores de riesgo.

Actualmente la capacidad para predecir la caries dental es inexacta, clasificaremos el riesgo de forma dicotómica: alto o bajo, utilizando como criterios predictores sólo aquellos que estén disponibles en nuestros servicios estomatológicos, aunque es necesario conocer de la existencia de otros métodos más exactos en la determinación de los microorganismos presentes, del pH salival entre otros.

Por cada criterio que este presente en el riesgo se le asigna una puntuación positiva y por cada uno que no este presente se le otorga puntuación negativa, al final se realiza una suma algebraica y cuando la diferencia es mayor de 0 se clasifica el paciente como de ALTO RIESGO. *Ejemplos:*

I- Paciente de 12 años que presenta, las siguientes características:

- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Placa dentobacteriana: > 1por Løe y Silness, >20% por O'Leary. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Flujo Salival: > 5 ml/min. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 4 veces. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -2**
- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Fluorosis Dental: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Caries: presente y activas. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Índice CPO-D = 2, mayor al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos) similar al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Obturaciones defectuosas: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**

PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: + 13

PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: - 11

DIFERENCIA: + 2, por tanto es > 0

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ALTO RIESGO

II- Paciente de 9 años que presenta, las siguientes características:

- Cepillado Dental: menos de dos veces al día. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 3**
- Placa dentobacteriana: < 1por Løe y Silness, <20% por O'Leary. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Flujo Salival: > 5 ml/min. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados: 2 veces. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -3**
- Aparatos de prótesis u ortodoncia: no utiliza. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Enfermedad gingival o periodontal: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -2**
- Opacidades del esmalte o hipoplasias: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**

- Fluorosis Dental: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Caries: presente y activas. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Índice CPO-D = 1.6, mayor al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: 2**
- Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos), similar al de su población. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Obturaciones defectuosas: no presente. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**
- Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros: no presentes. **PUNTUACIÓN OTORGADA: -1**

PUNTUACIÓN POSITIVA ASIGNADA POR PRESENCIA DE RIESGOS: + 7

PUNTUACIÓN NEGATIVA ASIGNADA POR AUSENCIA DE RIESGOS: - 17

DIFERENCIA: - 10, por tanto es < 0

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: BAJO RIESGO

TABLA PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS RIESGOS INDIVIDUALES

CRITERIO	PUNTUACIÓN	RIESGO
Cepillado Dental	3	Menos de dos veces al día
Placa dentobacteriana	3	Índice de Løe y Silnes >1 Índice O'Leary = ó > 20%
Flujo Salival	3	< 5 ml/min
Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados	3	> de 2 veces al día
Aparatos de prótesis u ortodoncia	1	Utiliza
Enfermedad gingival o periodontal	2	Esta presente y no tratada, o tratada inadecuadamente
Opacidades del esmalte o hipoplasias	1	Presentes
Fluorosis Dental	1	Presente
Caries	2	Presentes y Activas
Índice CPO-D	2	Mayor al de su grupo
Caries en padres, hermanos u otro familiar que conviva (abuelos)	1	Presentes y superior al de su grupo
Obturaciones defectuosas	1	Presentes
Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros	1	Presente más de uno

Las acciones preventivas contra la caries dental, tiene como objetivo general reducir su incidencia, prevalencia y gravedad. Pueden ser implementadas a nivel individual, familiar y comunitario, siempre previa concertación con los involucrados.

PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL: Actividades a desarrollar

1. Realización de Control de Placa Dentobacteriana: Remitir al Estomatólogo

Se denomina placa dentobacteriana, a la masa constituida por glicoproteínas salivales, microorganismos y restos de nutrientes, que se forma aproximadamente 6 horas después del cepillado y se adhiere a los dientes, de los cuales solo puede ser removida por medios mecánicos.

El poder cariogénico de la placa dentobacteriana depende de varios factores, entre ellos uno de los más importantes es su contenido microbiano, si el número de Streptococcus mutans y/o lactobacilos esta elevado, la placa tendrá alto potencial cariogénico, favoreciendo la desmineralización de los tejidos duros del diente y dificultando su remineralización, de ahí lo necesario de su remoción.

2. Control de la Dieta Cariogénica: Para ejecutar por el Médico de Familia

Se considera dieta cariogénica al consumo de azúcares solos o combinados con leche, pan, almidones y cereales, ingeridos casi diariamente, con una frecuencia de ingestión de 3 ó más veces al día, frecuentemente la consistencia de estos alimentos es blanda y la textura adhesiva y permanecen en la boca largo tiempo por una deficiente higiene bucal. Por lo general estas personas consumen pocos o no consumen vegetales, frutas, quesos, compuestos vitamínicos y proteínicos.

Acciones a ejecutar por el Médico de Familia:

Se procede en comunicación interpersonal a determinar si existen patrones de riesgo dietarios, dialogar sobre dieta cariogénica y dieta protectora, motivar a cambios en los patrones de consumo o a su restricción acorde al grado de susceptibilidad a caries y características individuales, evaluar los cambios, reforzando conductas positivas. Estas actividades deben trabajarse en coordinación con el equipo de salud.

3. Productos, sustancias o medicamentos de acción preventiva a la caries dental: Remitir al Estomatólogo

La elección del tratamiento se realizará en dependencia del riesgo a caries identificado para el individuo o grupo, y los recursos existentes.

A) Flúor: Es un mineral electronegativo, aumenta la resistencia del esmalte e inhibe el proceso de caries por disminución de la producción de ácido de los microorganismos fermentadores, reducción de la tasa de disolución ácida, reducción de la desmineralización, incremento de la remineralización y estabilización del pH.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Solución de fluoruro de sodio al 0.02%.* Se utiliza en enjuagatorios bucales semanales o quincenales.
- ❖ *Laca con fluoruro de sodio al 2.23% y al 2%.* Se utiliza en aplicaciones trimestral, cuatrimestral o semestral.
- ❖ *Barniz con fluoruro de sodio al 0.1%.* Se utiliza en aplicaciones trimestral, cuatrimestral o semestral. En forma intensiva se utilizan 3 aplicaciones durante 10 días 1 vez al año.
- ❖ *Gel de fluoruro de sodio neutro al 1.1% ó al 2% y Gel de fluorofosfato acidulado al 1.23% (no utilizar si existen restauraciones de porcelana y resinas compuestas).* Se utilizan, de acuerdo al grado de riesgo identificado, de las siguientes formas:
 - 4 aplicaciones a intervalos de 2 a 4 semanas de manera inicial, y posteriormente continuar con 1 aplicación trimestral, semestral o anual
 - 1 aplicación trimestral o semestral.
- ❖ *Crema dental con fluoruro de sodio, monofluorofosfato o ambos,* a concentraciones de 500 ppm para niños hasta los 10 años y en territorios con flúor sistémico en el agua o la sal, y en concentraciones mayores a este valor para el resto. Se utiliza con el cepillado diario.
- ❖ *Solución de fluoruro de sodio al 2% combinado con laserterapia.* Se utiliza en enjuagatorios bucales seguido de la aplicación de láser 15 J/cm², durante 5 días continuos, cada tres meses ó 1 vez al año en dependencia del grado de riesgo.
- ❖ *Flúor sistémico:* el flúor ha sido añadido a varias soluciones y productos para su uso sistémico, siendo la fluoruración del agua y la sal de cocina, los que más se han utilizado como Programas. En aquellas regiones tropicales donde el agua contiene una cantidad de flúor igual o mayor a 0.6 ppm, no está indicado administrar suplementos de flúor sistémico por el riesgo de producir fluorosis dental, tampoco se debe aplicar de forma arbitraria el flúor tópico, pues una parte importante se absorbe, fundamentalmente en los niños al cepillarse. Las concentraciones de flúor a adicionar a la sal están en dependencia de los hábitos de consumo de la población, la temperatura promedio, entre otros factores.

B) Compuestos Mineralizantes: Contienen calcio, fosfato y flúor en estado iónico por tener un agente antinucleante. Su acción se basa en que incrementa la resistencia del esmalte y disminuye la incidencia de caries.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Solución fuerte:* Se utiliza en enjuagatorios bucales diarios, semanales o quincenales, en dependencia del grado de riesgo identificado.
- ❖ *Gel:* Se utiliza en el cepillado durante 15 días, mensualmente, o cada 2 ó 3 meses en dependencia del grado de riesgo.

C) Xilitol: Es un poliol (alcohol calórico), no metabolizado por los microorganismos bucales. Su acción consiste fundamentalmente en inhibir la desmineralización, además favorece la remineralización, estimula el flujo salival, disminuye los efectos del *Streptococcus mutans* y estabiliza la caries rampante.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Crema dental con xilitol al 10%:* Se utiliza en el cepillado diario.
- ❖ *Comprimidos masticables con 10 g. de Xilitol:* Uso diario.
- ❖ *Crema dental con xilitol y flúor a diferentes concentraciones:* Se utiliza en cepillado diario.

D) Clorhexidina: Es un antimicrobiano catiónico de amplio espectro. Su acción está dada por la reducción de la formación de la película adquirida, reducción de la adhesión microbiana a la superficie dental y a que previene la transmisión de microorganismos cariogénicos.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Solución al 0.12%:* Se utiliza en enjuagatorios bucales 2 veces al día durante 15 días continuos mensualmente, o cada 2 ó 3 meses, en dependencia del grado de riesgo.
- ❖ *Solución al 0.2%:* Se utiliza en enjuagues bucales 1 vez al día durante 15 días continuos mensualmente o cada 2 ó 3 meses en dependencia del grado de riesgo.
- ❖ *Gel de gluconato de clorhexidina al 0.2% y 0.3%:* Se utiliza en el cepillado 1 vez al día durante 15 días continuos mensualmente, o cada 2 ó 3 meses.
- ❖ *Crema dental con acetato de clorhexidina al 0.3%:* Se utiliza en el cepillado 1 vez al día durante 15 días continuos cada 3 ó 4 meses.

- ❖ *Barniz o gel con clorhexidina al 1%:* Se utiliza en aplicación tópica, trimestral, cuatrimestral o semestral, en dependencia del grado de riesgo identificado.

E) Flúor – clorhexidina: Su acción se basa en el incremento de la resistencia del esmalte, reducción del grado de infección por *Streptococcus mutans* y reducción de la formación de placa dentobacteriana.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Barniz flúor- clorhexidina al 1% ó 2%:* Se utiliza en aplicación tópica trimestral, cuatrimestral o semestral, de acuerdo al grado de riesgo identificado.
- ❖ *Solución o gel de fluoruro de sodio al 0.05% ó 0.1% y clorhexidina al 0.1%:* Se utiliza en enjuagatorios bucales o cepillado dental, 1 vez al día durante 15 días continuos, mensualmente o cada 2, 3 ó 4 meses en dependencia del grado de riesgo identificado.
- ❖ *Solución o gel de fluoruro de sodio al 0.2% y clorhexidina al 0.2%:* Se utiliza en enjuagatorio bucal o cepillado dental, 1 vez al día durante 15 días continuos, mensualmente, o cada 2 ó 3 meses de acuerdo al grado de riesgo.

F) Gel mineralizante con maltosa: Contiene calcio, fósforo, flúor y maltosa. Su acción se basa en el incremento de la resistencia del esmalte, disminución de la agresividad del *Streptococcus mutans* y en la reducción de la incidencia de caries.

Presentación y uso recomendado:

- ❖ *Tubo de 100 g. que contiene 1 mMol de calcio y fósforo, y maltosa al 5%:* Se utiliza en el cepillado dental 1 vez al día durante 15 días continuos mensualmente, o cada 2 ó 3 meses, en dependencia del grado de riesgo.

4) Sellantes de fosas y fisuras:

Existen 2 tipos, los compuestos por Bisphenol Glicidil Metacrilato (Bis-GMA) y los compuestos por ionómeros de vidrio. Su acción consiste en sellar las fosas y fisuras para evitar o prevenir las caries.

Indicaciones:

- ❖ Alto o moderado riesgo a caries.
- ❖ Molares con fosas y fisuras retentivas con hasta 2 años de brotados:
 - primeros molares permanentes: niños de 6 y 7 años de edad
 - segundos molares permanentes: niños de 11 a 13 años de edad
 - segundos molares temporales: niños de 2 a 4 años de edad.
- ❖ Lesiones incipientes del esmalte sin cavitación (manchas blancas), que no responden a otras medidas preventivas.
- ❖ Fosas y fisuras con restauraciones de extensión limitada.
- ❖ Fosas y fisuras retentivas en molares cuyo contralateral este cariado o restaurado.

INDICACIONES PARA LA ATENCIÓN A LOS MENORES DE 19 AÑOS.

GRUPO ETARIO	INDICACIONES
0 – 4 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos. 2. Control de placa dentobacteriana a niños de 2-4 años. 3. Educación para la Salud a las personas en contacto con los menores y a los niños de 2- 4 años. 4. Atención a las madres de niños < de 1 año. 5. Atención a las educadoras de Círculos Infantiles y personal de las vías no formales. 6. Aplicación de laca flúor a los niños de 2 a 4 años. 7. Tratamiento curativo a los afectados.
5 – 11 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos. 2. Control de placa dentobacteriana. 3. Acciones de Promoción de Salud. 4. Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0.02% quincenales. 5. Aplicaciones de Laca Flúor a los niños de 1er y 5to Grado. 6. Tratamiento curativo a los afectados.
12 – 14 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos 2. Control de placa dentobacteriana. 3. Acciones de Promoción de Salud. 4. Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0.02% quincenales. 5. Tratamiento curativo a los afectados.
15 – 18 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos. 2. Control de placa dentobacteriana. 3. Acciones de Promoción de Salud. 4. Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0.02% quincenales. 5. Tratamiento curativo a los afectados.

OPCIONES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO SEGÚN EL GRADO DE RIESGO

TRATAMIENTOS	RIESGO	
	ALTO	BAJO
Exámenes periódicos	Cada 3 meses	Cada 6 meses
CPDB hasta obtener resultados satisfactorios	Cada 3 meses	Cada 6 meses
Recomendaciones sobre la dieta	1. Restricción semi- estricta del consumo de azúcares 2. Incorporación a la dieta de alimentos protectores.	Modificar patrones de riesgo.
Profilaxis	Cada 3 meses	Cada 6 meses
Cepillado individual	4 veces al día y cuando ingiera algún alimento.	4 veces al día y cuando ingiera algún alimento.
Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0.02%	Semanal	Quincenales en la población de 5 hasta los 18 años de edad
Enjuagatorios flúor- clorhexidina	15 días continuos mensualmente o cada 2 meses	-----
Lacas o barnices flúor- clorhexidina	Cada 3 meses	Cada 6 meses
Crema dental con clorhexidina	15 días continuos mensualmente o cada 2 ó 3 meses	-----
Sellantes de fosas y fisuras	Si existen fosas y fisuras retentivas, de acuerdo a las indicaciones	-----
Xilitol	15 días continuos cada 2 meses	-----
Gel mineralizante con maltosa	15 días continuos cada 2 ó 3 meses	-----
Soluciones de fluoruro de sodio y laserterapia	5 días seguidos cada tres meses.	5 días seguidos una vez al año.
Compuestos mineralizantes	Enjuagatorios diarios o semanales Cepillado durante 15 días continuos mensual o cada 2 ó 3 meses.	Quincenal

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES: Actividades a desarrollar

El objetivo es desarrollar actividades específicas de prevención contra la caries, los traumatismos y algunas disfunciones oclusales como sobrecargas e interferencias, considerados éstos factores como los principales en la etiología de las enfermedades pulpares y periapicales.

La caries dental actúa como irritante microbiano, siendo una de las principales causas de agresión al complejo dentino-pulpar la presencia de las bacterias y sus toxinas, la cual es considerada actualmente como la mayor responsable de la inflamación pulpar. Cuando este tejido ricamente vascularizado es agredido, responde con señales o signos característicos, como el “**dolor**”, considerando que la pulpa se encuentra dentro de cavidades inextensibles, a diferencia de otros tejidos. El dolor es el síntoma de alerta, que el organismo ha sido atacado y la pulpa ha llegado a su límite de tolerancia fisiológica, y en este caso se impone un tratamiento conservador. En la mayoría de los casos con una simple remoción del tejido cariado y la protección adecuada, se soluciona el cuadro clínico de dolor.

El tratamiento preventivo estará encaminado a la **protección del complejo dentino-pulpar**, con la interposición de un material entre el tejido dentario y la restauración, además es importante tener en cuenta las maniobras clínicas que se realizan durante la preparación cavitaria, las sustancias y materiales que se utilizarán para proteger este órgano dentino-pulpar que incluyen, la restauración definitiva y la temporal. Si los procedimientos no son los adecuados, estos pueden actuar como irritantes pulpares causando verdaderas iatrogenias por lo que al realizar un tratamiento restaurador debemos considerar los siguientes aspectos:

- a) Irritantes físicos.
 - Calor friccional.
 - Desecamiento de la dentina.
 - Profundidad excesiva.
 - Presión del condensado.
 - Trauma por sobrecarga (trauma oclusal, contacto prematuro).
 - Anclaje dentario
- b) Irritante químicos.
 - Antisépticos o limpiadores para eliminar el barrillo dentinario.
 - Ácidos, primer y adhesivos.
 - Materiales de protección y restauración.
- c) Irritantes bacterianos.
 - Restos de tejido cariado.
 - No eliminación de barro dentinario.
 - Filtración marginal.

Las principales acciones a ejecutar por parte de los Médicos de Familia son:

- Modificar o Eliminar Hábitos.
- Identificación y modificación de factores de riesgos.
- Remitir al Estomatólogo.

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES: Actividades a desarrollar

Las acciones preventivas están dirigidas a detener el avance de las enfermedades gingivales y periodontales o evitar su aparición en la población supuestamente sana o con riegos, e incluyen:

- El control de la placa dentobacteriana como acción preventivo curativa que interesa a toda la estomatología.
- Diagnóstico y tratamiento precoz e interferencia en el avance de las enfermedades gingivales y periodontales, la detección y eliminación de los posibles factores de riesgo (hábitos nocivos, caries, manifestaciones iatrogénicas de tratamientos estomatológicos etc.) y el detartraje en los pacientes que lo requieran.

Algunos factores de riesgo asociados a las enfermedades gingivales y periodontales:

- *Higiene bucal deficiente*

Es el factor más estudiado, se ha demostrado que los individuos con higiene bucal deficiente tienen 10 a 20 veces más probabilidad de padecer Periodontitis a cualquier edad.

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituye el factor de riesgo más fuertemente asociado con el origen y la evolución ulterior de la gingivitis crónica perpetuándola en la medida que se mantenga el contacto de la encía con los acúmulos de placa y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal.

La relación de la higiene bucal deficiente con respecto a la Periodontitis es menos clara que en el caso de la Gingivitis por la ecología del surco gingival y el menor acceso a esta área por el paciente, no obstante los reportes en la literatura plantean que:

Es de considerar que en los niños cuando se establecen métodos efectivos de control de la placa la gingivitis crónica remite con rapidez.

El control de la placa supragingival retarda la recolonización del área subgingival y facilita la recuperación después del tratamiento.

La presencia de cálculos aumenta la pérdida de inserción fundamentalmente en individuos que no reciben atención estomatológica regular y en diabéticos con mal control metabólico

El control de placa por el individuo y por el profesional enlentece la evolución de la Periodontitis.

La higiene bucal excelente reduce marcadamente el riesgo de todas las formas de enfermedad periodontal.

- *Microorganismos*

La presencia de microorganismos en el área subgingival se ha asociado con el inicio y progresión de la periodontitis. Diferentes especies microbianas miembros de la flora normal se han relacionado con diferentes tipos de Periodontitis especialmente las de inicio precoz y rápido avance. Entre estas especies se encuentra el *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* y *Capnocytophaga sputigena* entre otros. Sin embargo la sola presencia de una o más de estas especies no es equivalente a enfermedad pues otros factores medioambientales y del huésped deben estar involucrados para que esta se desarrolle.

- *Tabaquismo*

Es un factor bien documentado relacionado con la severidad de la enfermedad periodontal y la respuesta al tratamiento con una probabilidad 5 veces mayor de padecerla en relación con los no fumadores.

Influye en las características clínicas del tejido gingival, afecta la respuesta inmune, la función de fibroblastos y osteoblastos, la composición de la flora subgingival e interfiere en la cicatrización.

La eliminación del hábito de fumar debe considerarse en la prevención y en el plan de tratamiento del enfermo periodontal.

- *Diabetes Mellitus*

Es un factor bien documentado relacionado con la prevalencia, incidencia y severidad de la enfermedad gingival y periodontal con un riesgo de 2 a 3 veces mayor que los no diabéticos fundamentalmente en aquellos pacientes con mal control metabólico

Los mecanismos potenciales por los que se presenta la enfermedad son: a) la resistencia disminuida a la infección, b) cambios vasculares, c) flora bacteriana bucal alterada, y d) metabolismo anormal del colágeno.

Es importante la dispensarización de estos pacientes y considerar el control metabólico en el plan de tratamiento.

- *Factores genéticos*

Numerosas investigaciones en los últimos años implican al factor genético en la susceptibilidad a padecer Periodontitis, aunque ninguno de estos estudios son concluyentes se piensa que los factores están implicados fundamentalmente en las periodontitis de inicio precoz y en menor medida en la crónica del adulto. Se ha planteado que la herencia es la responsable del 50% del riesgo de padecer Periodontitis grave.

El desarrollo futuro del estudio de la genética en la Periodontitis abre un camino para la prevención y el tratamiento de estas enfermedades.

- *Otras enfermedades sistémicas*

Se ha planteado que individuos con osteoporosis, portadores del virus del VIH o que padecen la enfermedad, síndrome de Down y síndrome de Papillon Lefevre entre otros presentan mayor riesgo de padecer Periodontitis

Los estudios realizados hasta el momento no han sido concluyentes pero cualquier condición que comprometa los mecanismos de defensa del individuo lo pone en desventaja, por lo que se debe tener en cuenta en el tratamiento y en la dispensarización de estas personas.

Otras afecciones sistémicas como hemopatías, endocrinopatías, trastornos psicosomáticos, y estados funcionales en la mujer, que establecen condiciones biológicas en el hospedero favorables al agravamiento de cuadros preestablecidos de gingivitis crónica.

- *Edad*

La mayoría de los autores lo consideran como un factor potencial ya que se ha demostrado que la prevalencia y severidad de la Periodontitis aumenta con la edad parece que esto se debe al efecto de otros factores en el tiempo y no a una consecuencia del envejecimiento. Por otra parte no es posible hacer un estudio de intervención.

La estrategia de prevención en edades tempranas es de vital importancia.

Hay factores tales como frecuencia de visitas al estomatólogo, experiencia anterior de enfermedad periodontal, nivel socio económico, escolaridad estrés u otros dependientes del estilo de vida que deben tenerse en cuenta en la valoración de riesgo pues pudieran actuar modificando los verdaderos factores de riesgo o ser un indicador

de deterioro futuro de los tejidos de soporte. Teniendo en cuenta este criterio deben considerarse los siguientes aspectos al hacer la valoración de riesgo:

- Individuos menores de 20 años sin periodontitis, con índices de placa elevados, con antecedentes de gingivitis o episodios de gingivitis ulcero necrotizante.
 - Individuos con periodontitis juvenil localizada o generalizada, de rápido avance o refractaria al tratamiento
 - Individuos con ciertas enfermedades sistémicas (Síndrome de Down, Síndrome de Papillon Lefevre, enfermedades sanguíneas, SIDA.
 - Individuos que reciban tratamiento con hidantoína, nifedipina o ciclosporina.
 - Individuos con gingivitis y | o periodontitis que reciban tratamiento estomatológico iatrogénico.
 - Hábitos conductuales (nivel de atención profesional, nivel de auto cuidado, uso de alcohol, tabaco, drogas.)
- Son riesgos también una serie de factores que favorecen la formación de placa y la microbiota del surco como son el sarro, el apiñamiento dentario, restauraciones deficientes, respiración bucal, presencia de caries y contactos dentarios deficientes, entre otros.

Profilaxis Bucal.

Es el conjunto de acciones encaminadas a prevenir y limitar los daños de las periodontopatías mediante la eliminación de factores de riesgo relacionados directamente con los tejidos periodontales detectados en la anamnesis y el examen físico incluyendo la detección precoz del cáncer bucal (PDCB)

- ✓ Control de placa dentobacteriana debe ser realizado previo a todo tratamiento en atención primaria.
- ✓ Tartrectomía es la eliminación de todos los depósitos ya sean calcificados, blandos o manchas extrínsecas sobre las superficies dentarias, el pulido de estas y de las obturaciones. Será realizada previo a todo tratamiento con excepción de pacientes con enfermedades sistémicas como la leucemia y hemofilia.
- ✓ La detección de hábitos nocivos exigirá la ejecución de acciones para su modificación o eliminación.
- ✓ Se constatará la presencia de caries por exploración clínica y se procederá a su tratamiento.
- ✓ La respiración bucal será interconsultada con los especialistas correspondientes.
- ✓ Los tratamientos estomatológicos iatrogénicos serán corregidos.
- ✓ Se valorará la condición de riesgo de las fuerzas oclusales lesivas.

Las principales acciones a ejecutar por parte de los Médicos de Familia son:

- Modificar o Eliminar Hábitos.
- Identificación y modificación de factores de riesgos.
- Remitir al Estomatólogo.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA OCLUSIÓN: Actividades a desarrollar

Uno de los aspectos más importantes para prevenir las alteraciones de la oclusión es la de controlar los factores de riesgo, y estableciendo desde edades tempranas estilos saludables de alimentación e indicando visitas al estomatólogo a los niños desde el nacimiento.

Factores de riesgo

- Pérdida prematura de dientes temporales y permanentes.
- Caries proximales de dientes temporales.
- Restauraciones deficientes de contornos proximales.
- Erupción ectópica de dientes.
- Secuencia de erupción alterada.
- Dientes incluidos.
- Erupción demorada o prematura de dientes permanentes.
- Morfología dental anormal.
- Transposición dental.
- Curva de Spee acentuada.
- Estado no fisiológico de la musculatura bucal.
- Herencia.
- Presencia de hábitos.
- Trastornos respiratorios.
- Incompetencia neuromuscular.
- Dientes anquilosados

Las principales acciones a ejecutar por parte de los Médicos de Familia son:

- Modificar o Eliminar Hábitos.

- Identificación y modificación de factores de riesgos.
- Remitir al Estomatólogo.

PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL: Actividades a desarrollar

El equipo de salud debe identificar los factores de riesgo y trabajar para su modificación y eliminación, remitiendo al estomatólogo a todos los pacientes en que se detecte alguna alteración.

FACTORES DE RIESGO.

- Genéticos
- Hábitos inadecuados y tóxicos como: fumar (tabaquismo), alcoholismo, comidas muy calientes, picantes.
- Obturaciones filosas que producen traumatismos crónicos de la mucosa bucal.
- Prótesis mal adaptadas
- Otros

Las principales acciones a ejecutar por parte de los Médicos de Familia son:

- Modificar o Eliminar Hábitos.
- Identificación y modificación de factores de riesgos.
- Realización del examen bucal a toda la población que acuda al consultorio.
- Enseñar a toda la población mayor de 15 años a realizarse el autoexamen de la cavidad bucal.
- Remitir al Estomatólogo.

A continuación expondremos los mensajes editados en el Libro "Para la Vida" lo cual consideramos de interés para el trabajo de los profesionales y técnicos en la Promoción de Salud en la formación de promotores de salud.

Lo que todas las familias y comunidades tienen derecho a saber sobre la

SALUD-BUCODENTAL

INDICACIONES A LOS COMUNICADORES Y PROMOTORES DE SALUD:

La salud buco dental es un componente de la salud general del hombre, al existir cada día una mayor cultura en la población sobre temas de salud, son más las personas que creen en la importancia de una adecuada salud buco dental, así como los beneficios de su logro y mantenimiento.

La boca es especialmente importante en:

- **La alimentación**, desde su primera forma, la lactancia materna
- **La comunicación**, permite relacionarnos por medio de la palabra y los gestos
- **La estética**, es componente indispensable de un rostro armónico.

Es por estas razones, que el cuidado de la salud buco-dental en nuestro país es un derecho de hombres y mujeres, desde su nacimiento, hasta la etapa de adulto mayor.

Las enfermedades más frecuentes de dientes y encías son la caries y las periodontopatías y sus principales causantes son, la placa dentobacteriana producto de una deficiente higiene bucal. Por ello en Cuba, desde mediados de los 60 se iniciaron las campañas educativas para la población destacándose en ellas la importancia de un correcto cepillado. A principios de la década de los 70, se comenzó la utilización del Flúor como un método masivo de prevención de la caries dental, cuyos resultados favorables podemos apreciar hoy en día

MENSAJES BASICOS

1. **Los dientes deben comenzar a cuidarse mucho antes de que los veamos en la boca del bebé.**
2. **Los dientes temporales inician su brote aproximadamente a los seis meses de edad.**
3. **En la boca existe "un lugar para cada diente y cada diente debe ocupar su lugar".**
4. **El cepillo dental es un gran amigo de la salud bucal.**
5. **El Flúor hace más resistente el esmalte de los dientes.**
6. **El primer molar permanente no sustituye a ningún diente temporal.**
7. **Palabras mágicas contra accidentes: Educación y Prevención.**

INFORMACION COMPLEMENTARIA

1. LOS DIENTES DEBEN COMENZAR A CUIDARSE MUCHO ANTES DE QUE LOS VEAMOS EN LA BOCA DEL BEBÉ.

- La mujer embarazada tiene el derecho a disfrutar de condiciones adecuadas de alimentación, descanso, afecto y el deber de vivir alejada del cigarro, el alcohol y otras adicciones. Esto es importante para el futuro desarrollo del bebé, y como parte de él, sus dientes, los que aunque al nacer no se ven, están ahí, en el interior de sus maxilares, esperando el momento indicado para brotar.
- El Estomatólogo y la Técnica de Atención Estomatológica tienen el deber de visitar a la embarazada en su hogar, recibirla en la consulta, y garantizar con sus acciones el derecho a su salud buco-

dental. Este trabajo lo realizarán vinculados al equipo de salud del área.

- La lactancia materna es importante para la salud buco-dental de niñas y niños, porque:
 - Se favorece la administración de calcio, formándose dientes más resistentes al ataque de bacterias causantes de la caries dental en un futuro.
 - Con la succión, los músculos y los huesos maxilares se desarrollan mejor.
 - Disminuye la posibilidad de que se instalen hábitos bucales deformantes como la succión digital (chupeteo de los dedos).

2. LOS DIENTES TEMPORALES INICIAN SU BROTE APROXIMADAMENTE A LOS SEIS MESES DE EDAD.

- La dentición temporal está formada por veinte dientes, los cuales deben estar brotados aproximadamente a los dos años y medio de edad.
- Algún pequeño adelanto o retraso en la aparición de los dientes temporales, (dentición primaria o “de leche”) no debe preocupar a madres, padres y demás familiares. El orden de brote es de mayor importancia.

Esquema de la cronología de brote de los dientes temporales:

Orden de Brote	Diente	Edad aproximada de brote
1ro	Incisivo Central	6 meses
2do	Incisivo Lateral	12 meses
3ro	1er Molar	18 meses
4to	Canino	24 meses
5to	2do Molar	30 meses

- Ante la aparición de fiebre, diarreas u otro malestar durante la etapa de erupción dentaria, no se debe confiar en que estos sean provocados por el brote: tenemos el deber y el derecho de consultar al médico de familia.
- Los dientes temporales deben comenzar a cepillarse en cuanto aparezcan en la boca; al principio, por padres y madres y a medida que avancen en edad, por los propios pequeños. En caso de niñas y niños con alguna discapacidad física o mental, se garantizará su higiene buco-dental por los familiares.
- La principal función de los dientes es masticar. por lo que después que broten es importante entrenar al pequeño o la pequeña en la masticación evitando moler o licuar los alimentos.
- Los dientes temporales son fundamentales en la conservación del espacio para el brote de los dientes permanentes

3. EN LA BOCA EXISTE “UN LUGAR PARA CADA DIENTE Y CADA DIENTE DEBE OCUPAR SU LUGAR”.

- Con acciones sencillas podemos mantener a niñas y niños libres de hábitos deformantes, contribuyendo así a evitar maloclusiones al ocupar cada diente el lugar que le corresponde en la boca.

Algunas de estas acciones de salud son:

- No poner a disposición de las bebitas y bebidos tetes ni biberones.
- Practicar la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros cuatro meses de vida. Después, pasar al uso del jarrito.
- Si la nena o el nene respira por la boca, consultar al Médico de Familia.
- Estar atentos a que los dedos permanezcan alejados de la boca.
- Al dormir, la cara de niños y niñas no debe apoyarse en las manos, almohadas u otros

- objetos, pues esto puede provocar deformaciones.
- Observar si al contactar los dientes superiores con los inferiores hay estabilidad y no existan desviaciones de la línea media o desplazamientos

4. EL CEPILLO DENTAL ES UN GRAN AMIGO DE LA SALUD BUCAL.

- La placa dental bacteriana constituye la principal causa de las caries y las enfermedades de las encías. Se forma a partir de restos de alimentos y bacterias, la mejor forma de eliminarla es mediante el cepillado de dientes y encías.
- Los principales responsables de este cuidado son, las madres y padres, los demás miembros de la familia y educadores en las primeras etapas, los que deben inducir y educar a niñas y niños en la responsabilidad de su auto cuidado.
- El cepillado debe realizarse siempre de la encía al diente y en las caras masticatorias en forma circular o rotatoria. Debiendo higienizarse también la lengua.

Frecuencia óptima del cepillado:

1. Después del desayuno.
 2. Después de las comidas.
 3. Antes de acostarse, el más importante
- La crema dental debe dosificarse en cantidades moderadas. En los niños del tamaño de una alverja.
 - El cepillo debe ser de uso personal, guardarse bien limpio en un lugar ventilado y sustituirse cuando las cerdas estén deterioradas, cada tres meses.
 - Las niñas y niños pueden disfrutar en salud de dulces y golosinas atendiendo a estos cuidados:
 - Tratar de ingerirlos después de las comidas, como postre. De hacerlo entre ellas, cepillar posteriormente dientes y encías. Si no es posible, al menos enjuagarse la boca.

5. EL FLÚOR HACE MÁS RESISTENTE EL ESMALTE DE LOS DIENTES.

- La presencia de fluoruros en el medio bucal es importante, para que el esmalte de los dientes sea más resistente.

Algunas formas de incorporar Flúor al organismo:

- Enjuagatorios de fluoruro de sodio.
- Aplicación de laca flúor.
- Ingestión (a través del agua, la sal, los alimentos).
- Cremas dentales con Flúor.

6. EL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO SUSTITUYE A NINGÚN DIENTE TEMPORAL.

- De los 32 dientes que forman la dentadura permanente, el primer molar es el primero que aparece en la boca (aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad), no sustituye a ningún diente temporal, brota detrás del último molar temporal y es determinante en el desarrollo del aparato masticatorio.
- El primer molar permanente es conocido también como “llave de la oclusión” o “diente 6”.
- En esta edad, es inmaduro, lo que lo hace más susceptible a la caries dental, ya que acaba de brotar y sus tejidos están todavía en fase de mineralización.
- Es importante identificarlo, para extremar los cuidados, pues debe acompañar al ser humano durante toda la vida.

Esquema de la cronología de brote de los dientes permanentes:

Orden de brote	Edad aproximada de brote	Dientes superiores	Dientes inferiores
1ro	6 años	1er molar	1er molar
2do	7 años	incisivo central	incisivo central
3ro	8 años	Incisivo lateral	Incisivo lateral
4to	9 años	1ra bicúspide	Canino
5to	10 años	2da bicúspide	1ra bicúspide
6to	11 años	Canino	2da bicúspide
7mo	12 años	2do molar	2do molar
8vo	16 años	3er molar(cordal)	3er molar(cordal)

7. PALABRAS MÁGICAS CONTRA ACCIDENTES: EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

- Estar muy atentos ante los primeros pasos de niños y niñas, para evitar caídas que puedan causar daños en los dientes o cara.
- Mantener objetos cortantes y punzantes fuera de su alcance.
- Lápices, bolígrafos, gomas, llaveros, piezas de juguetes y otros objetos diminutos deben estar lejos de la boca.
- Valore su casa y su conducta críticamente buscando dónde o cómo puede existir un accidente potencial: preocúpese y ocúpese de eliminar lo peligroso.
- Tomar precauciones específicas al realizar juegos y practicar deportes para evitar golpes en dientes o cara.
- De producirse un trauma en un diente, acudir inmediatamente al servicio de estomatología mas cercano, si el diente se le cae tratar de colocarlo en su lugar o protegerlo para su traslado colocándolo debajo de la lengua (si el afectado no es muy pequeña o pequeño). De no hacerse así puede introducirse en un recipiente que contenga agua o leche. Una gasa o paño húmedo puede servir también.

Una malformación producida por un accidente puede ocasionar daño psicológico en las personas y lesionar su auto estima, lo que daña su calidad de vida.

La prevención de accidentes son deberes y derechos tanto de la persona, la familia como la comunidad Promover Salud es contribuir a la Felicidad de los hogares y por tanto, de la sociedad.

**La sonrisa de las “Princesas y los Príncipes Enanos” es un regalo muy especial.
¡Cuidémosla..... Para la Vida!**

CONSEJERÍAS DE SALUD BUCAL

Concepto: acciones de Promoción y Educación para la Salud que se desarrollan en un territorio geográfico delimitado en que vive, estudia y/o trabaja una población asignada a un servicio estomatológico, por estomatólogos generales, especialistas, técnicos, integrantes del Equipo Básico de Salud, y otros trabajadores y promotores de salud bucal de la propia comunidad; teniendo en cuenta los resultados del Análisis de la Situación de Salud.

Organización: el Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones referentes a la Consejería de Salud Bucal, y para lo cual creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando que los Jefes de Promoción y Educación para la Salud en los servicios, subordinados directamente a él, organicen y controlen las acciones a ejecutar por el resto de los trabajadores y promotores. La Consejería funciona durante todo el tiempo que este laborando el Servicio Estomatológico.

Acciones: Se realizan acciones de:

- promoción, educación e información,
- prevención: controles de placa dentobacteriana
- capacitación: de los profesionales, técnicos, trabajadores de la institución, médico y enfermera de la familia e integrantes de otros sectores y la comunidad.

Proyección comunitaria: sus acciones rebasan la institución, para extenderse a toda la Comunidad, como son escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, hogares maternos y de ancianos, instituciones de impedidos físicos y mentales, casas de cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Casas de la Mujer, y todos aquellos espacios en que sea necesario y oportuno informar y educar a la población. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de las Consejerías de Salud Bucal:

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a la comunidad en sus propios espacios.
- Ambientación del espacio donde se realizará la actividad para lograr la motivación de la población. Se incluye en este aspecto al Mural de Promoción de Salud de la Unidad, el que debe estar ubicado en un lugar visible y ser frecuentemente actualizado con temas de interés para la propia población, los que serán reforzados por los estomatólogos, generales y especialistas durante la consulta y su trabajo en la comunidad.
- Desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto con la propia población y acorde a sus características, fundamentalmente en la ejecución del JUVEDENTI, así como en la atención de Círculos de abuelos, escolares de primaria, entre otros. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas, técnicas afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas, entre muchas otras, acordes a la edad, a sus costumbres y a sus necesidades de salud y aprendizaje.
- Brindar información y conocimientos a la población sobre aspectos de interés para la misma, los que se pueden conocer a través de un buzón, entrevistas y otros, utilizando las oportunidades locales y territoriales como radio, televisión, etc.
- Realizar divulgación, a través de los medios de comunicaciones locales y territoriales, de las Consejerías de Salud Bucal, y en los casos que sea posible ubicar un teléfono para Línea Ayuda.
- Realizar Controles de Placa Dentobacteriana a todas las personas que acudan a la institución, hasta lograr un cepillado correcto y efectivo en las mismas. Destacar la importancia del cepillado y el hilo dental para la salud bucal. En aquellos centros que sea posible, como escuelas, centros laborales, círculos infantiles, realizar este control en ellos mismos.
- Enseñar a todas las personas mayores de 15 años a realizarse el Auto examen de la Cavidad Bucal, llevando este mensaje a la Comunidad y sus espacios.
- Realizar de conjunto con el EBS y otros miembros de la comunidad, acciones que promuevan cambios en los estilos de vida, apoyándose en técnicas grupales, afectivo participativas y otras.
- Tener en cuenta que todos los trabajadores de la institución son promotores de salud y parte de la Consejería de Salud Bucal, por lo que se requiere su capacitación y participación activa en el proceso, destacándose las compañeras de admisión.
- Formar promotores de salud dentro de la propia población y tener en cuenta sus organizaciones y los colectivos laborales y escolares existentes en la comunidad.

JUVEDENTI

Concepto: tiempo de trabajo que se destina en los Servicios Estomatológicos a la atención única de los adolescentes, de acuerdo a las características de la institución y a los requerimientos y necesidades de este grupo de población.

Organización: el Director de la institución será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento de las indicaciones para JUVEDENTI, para lo que creará todos los mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, garantizando en el espacio de tiempo que se dedica el servicio a esta función, la atención de urgencia al resto de la población. Se le comunicará a todos los representantes de la comunidad y a los EBS, los horarios de trabajo para JUVEDENTI y sus objetivos, para evitar insatisfacciones en la población. Los responsables de Promoción y Educación para la Salud en los servicios serán los encargados de la ejecución y control de la actividad.

Acciones: Se realizan acciones de promoción, de prevención, de curación y rehabilitación, correspondientes al nivel de atención primaria y del nivel secundario, cuando fuese necesario, a través de interconsultas.

Proyección comunitaria: Se continúa el proceso de atención con acciones de promoción y educación para la salud, las que se realizan en espacios de la propia comunidad, como Casas de Cultura, Joven Club, Círculos Sociales, Instituciones Escolares, y otras que se considere, de acuerdo a las características del territorio y de la actividad que se va a desarrollar. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentada en la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Algunas indicaciones para el mejor desarrollo de JUVEDENTI

- Rebasar los marcos de la institución y buscar el acercamiento a los adolescentes en sus propios espacios.
- Crear una ambientación y desarrollar actividades educativo-recreativas en los servicios estomatológicos de conjunto con los propios adolescentes para el tiempo en que estos acudan al servicio. Pueden ser música para bailar, obras de teatro, juegos de roles, rifas, técnicas afectivo-participativas, buzones del saber, competencias de baile, conocimientos, deportivas, entre muchas otras, acordes a la edad de los adolescentes, a sus costumbres y a sus necesidades de salud y aprendizaje.
- Tener en cuenta los grupos de edades dentro de los adolescentes, pues sus características e intereses son diferentes: 10-12, 13-15, 16-19
- Formar promotores de salud dentro de los propios adolescentes y tener en cuenta las organizaciones juveniles: Pioneros, FEEM, FEU, UJC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen M., Andersen R., Barnes D. Comparing Oral Health Care Systems. A second international collaborative study WHO/Center for health administration studies, The University of Chicago. Génova, 1997.
2. Colimon K. Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos, S.A. España, 1990.
3. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. DAI: The Dental Aesthetic Index. Iowa, Iowa College of Dentistry, University of Iowa, 1986.
4. Documentos de Trabajo OPS / OMS. Años 1994 – 1998.
5. FDI. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. A review of the development defects of enamel index (DDE Index). International dental journal, 1992, 42: 411-426.
6. Gaceta Oficial de la República, Constitución de la República de Cuba. Edición Extraordinaria, No. 7, Ciudad Habana, 1992.
7. Hernández R, Fernández C, Batista, P. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. Editorial Mc Graw Hill, México 1998.
8. INFOMED. Vigilancia en Salud. Página Web del MINSAP. Ciudad de la Habana, 2000.
9. Kriger L. Promoción de Salud Bucal. 2da Edición. Sao Paulo: Artes Médicas, 1999.
10. Mena A, Riviera L. Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). OFEDO – UDUAL. Caracas, Venezuela, 1991.
11. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica del MINSAP. Ciudad de la Habana: ECIMED, 1996.
12. Ministerio de Salud Pública. Documento presentado por el Ministro sobre los daños causados por el Bloqueo a la Salud del pueblo cubano. Ciudad de la Habana, 2000.
13. OMS. Avances recientes en salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No. 826, 1992.
14. OMS. Manual "Encuestas de Salud Buco Dental, Métodos Básicos". 4ta. Edición. Ginebra, 1997.
15. OPS/OMS. Análisis de Costos, Demandas y Planificación de Servicios de Salud. Una Antología Seleccionada. HSD / SILOS – 11 – Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
16. OPS/OMS. La Administración Estratégica. Washington D.C, 1992.
17. OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología (CIE-OE). 3ra Edición. Publicación científica No. 562, Washington, D.C., 1996.
18. OPS/OMS. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Publicación científica No. 572. Washington DC, 2000.
19. PAHO. Guyana Oral Health Survey for School Children. April, 1996.
20. Ruiz S. El desarrollo de la Estomatología en Cuba. Ciudad de la Habana: Ed. Palacio de las Convenciones, 1982.
21. Secretaria de Salud de México. Programa Nacional de Salud Bucal. México, D.F., 1996.
22. Sosa M, Mojáiber A. Sistema de Vigilancia Estomatológica en Cuba. Ciudad de la Habana: ECIMED, 1999.
23. Sosa M, Mojáiber A. Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. "Componente Bucal". Una Guía para su ejecución". Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
24. Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 782, 1989.
25. Weintraub J, Douglas C, Gillins D. Bioestadística en Salud Buco Dental. Organización Panamericana de la Salud. 1989.