



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

DIRIGIDO A

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PADRES

FALTOS DE LIBERTAD.

(FUNDACIÓN FAMILIAR INFANTIL I.A.P.)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CLAUDIA GARRIDO SUÁREZ

DIRECTOR: C. D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESORA: LIC. ELIZABETH GARRIDO ESTRADA



**TELIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir y permitirme llegar a disfrutar de este momento.

Gracias a mis padres Socorro y Miguel Ángel por todo su apoyo, comprensión y cariño durante toda mi vida, ya que a ellos les debo todo lo que he logrado y lo que soy. LOS QUIERO MUCHO.

Gracias a mis hermanos Miguel Ángel y Berenice por aguantarme y ayudarme siempre que lo he necesitado sin pedir nunca nada a cambio.

Gracias a mi Abuelita Manuelita por el apoyo proporcionado durante mi carrera y mi vida.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir y permitirme llegar a disfrutar de este momento.

Gracias a mis padres Socorro y Miguel Ángel por todo su apoyo, comprensión y cariño durante toda mi vida, ya que a ellos les debo todo lo que he logrado y lo que soy. LOS QUIERO MUCHO.

Gracias a mis hermanos Miguel Ángel y Berenice por aguantarme y ayudarme siempre que lo he necesitado sin pedir nunca nada a cambio.

Gracias a mi Abuelita Manuelita por el apoyo proporcionado durante mi carrera y mi vida.

Gracias a mis tías Daria, Amalia y Elizabeth ya que ellas son parte muy importante en este gran logro, ya que siempre estuvieron apoyándome sin esperar nada a cambio.

Gracias a mis amigas Vianey, Karina y Juanita por su amistad y cariño, ya que son un gran apoyo en mi vida.

Gracias Gil por darme la oportunidad de conocerte y por todo el apoyo, comprensión y cariño durante la realización de esta tesina. TE QUIERO.

Gracias al Dr. Alfonso Bustamante Bécame por ser como es y apoyarme en la realización de este logro.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes.....	1
1.1 Antecedentes Históricos de los Programas de Salud	1
1.2 Antecedentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.....	4
2. Infraestructura Administrativa de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.....	7
2.1 Patronato.....	7
2.2 Comité Técnico.....	8
2.3 Localización geográfica.....	12
2.4 Servicios Públicos Presentes.....	12
2.5 Instalaciones.....	12
2.6 Infraestructura educativa.....	13
2.7 Infraestructura económica.....	14
2.8 Medios de Transporte.....	14
3. Marco Teórico Conceptual.....	15
3.1 Promoción de la Salud.....	15
3.2 Prevención de la Salud.....	15
3.3 Placa Dentobacteriana.....	16
3.4 Caries Dental	17
3.4.1 Índices de Caries.....	19
3.5 Técnicas de Cepillado.....	21
3.6 Selladores de Fosetas y Fisuras.....	22
3.7 Aplicación Tópica de Fluoruro.....	23
3.8 Gingivitis de la Adolescencia.....	24
3.9 Desarrollo de la Conducta en la Niñez y Adolescencia.....	26

4. Planteamiento del Problema.....	30
5. Justificación.....	31
6. Objetivos.....	32
7. Metodología.....	33
7.1 Material y Método.....	33
7.2 Tipo de Estudio.....	33
7.3 Población de Estudio.....	33
7.4 Variables de Estudio.....	34
7.5 Criterios de Inclusión.....	34
7.6 Técnicas de Recolección y Análisis de Datos.....	34
8. Diseño e Implementación del Programa.....	35
8.1 Metas a corto plazo.....	35
8.2 Límites	35
8.2.1 De Espacio (geográfico).....	35
8.2.2 De Tiempo.....	35
8.2.3 Universo de Trabajo.....	36
8.3 Especificación de Actividades.....	36
8.4 Recursos.....	38
8.4.1 Recursos Humanos.....	38
8.4.2 Recursos Físicos.....	39
8.4.3 Recursos Materiales.....	39
8.5 Cronograma de Actividades.....	40
9. Resultados.....	41
10. Conclusiones.....	47
11. Bibliografía.....	48

INTRODUCCIÓN

La prevención de la enfermedad bucal, ha sido desde hace mucho tiempo una meta inalcanzable, por lo que se debe exhortar a las asociaciones, instituciones y autoridades implicadas en la salud Pública Dental a promover de manera más eficaz la atención de la salud oral; creando programas efectivos que todos los grupos de la población puedan adoptar, con el fin de prevenir enfermedades orales, siendo los más importantes los niños y los adolescentes, para que puedan conservar durante toda su vida las estructuras y condiciones buco-dentales lo más sanas posibles.

La Salud Oral es parte integral de la salud general, las enfermedades bucales son progresivas y acumulativas y se hacen más complejas con el tiempo, por lo que es de suma importancia que el dentista aprenda a educar a los niños y adolescentes, en cuanto a la prevención de caries.

La Caries Dental se considera la enfermedad más frecuente de la cavidad bucal, su prevalencia e incidencia es elevada en casi la totalidad de la población, siendo las más afectadas las de bajos recursos económicos y educativos, es por esto que la Estomatología mundialmente se esfuerza por encontrar métodos, técnicas y medicamentos para la reducción de esta enfermedad.

El examen bucal es un método sencillo e imprescindible para conocer la afectación por caries de los pacientes y puede ser también una técnica simple para predecir la posterior actividad cariogénica.

Es por todo esto la necesidad de implementar programas de Promoción de la salud y Prevención de las enfermedades dentales dirigidos a las comunidades más necesitadas; en este caso en la Fundación Familiar Infantil I.A.P., ya que los niños y los adolescentes no cuentan directamente con sus padres para recibir la orientación básica sobre el cuidado de su salud bucal; por lo que se les debe proporcionar el concepto de Autocuidado, no solo de hábitos de higiene bucal, sino también personal y de alimentación, enfocados siempre a nivel individual, pero contando siempre con el apoyo del grupo de personas encargadas de su cuidado en la Fundación Familiar Infantil I.A.P.

1. ANTECEDENTES:

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.

La Educación en Salud Bucal es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos, actitudes frente a la salud, a la enfermedad, al uso de los servicios y que refuerza conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido que facilita al personal de salud y a la comunidad, la identificación y el análisis de los problemas así como la búsqueda de soluciones de acuerdo al contexto social y cultural. (6)

La promoción en salud y específicamente en salud oral, ha sido manejada de forma meramente cotidiana por los trabajadores de la salud. Hoy en día se empieza a dar un nuevo y diferente enfoque a este tema, y por esto se requiere aportar la metodología aplicada en este trabajo a los promotores de la salud que quieran de forma diferente promocionar la salud.

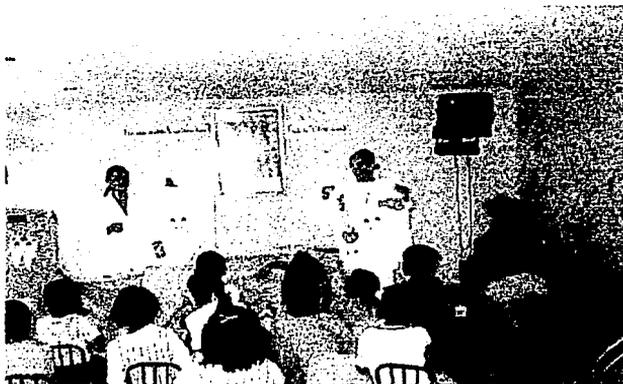
Asumir la promoción, es apropiarse de la educación como una de las estrategias, diferente a la de la atención de la enfermedad, que se sustenta en el impulso de procesos que fortalecen la capacidad individual y colectiva de mejorar la calidad de vida y por consiguiente, la salud. Por tanto, la educación busca informar, capacitar y sensibilizar a los profesionales a favor de la promoción de la salud y de los ejes conceptuales que la sustenten.

La ausencia de una real participación de la comunidad conlleva graves problemas metodológicos. Uno de ellos es que con frecuencia existe una adecuación de la planificación con las necesidades comunitarias lo cual comporta un peculiar modo de intervención que dificulta los buenos resultados que persiguen. (10)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Existe de igual manera, una carencia manifiesta de personal sanitario formado en áreas educativas, promocionales y preventivas frente a la salud oral como parte integral de la salud general, de forma tal que, no es posible responder a las necesidades de la población en este aspecto.

Se requiere brindar los elementos para una mejor comprensión de cómo la educación para la salud, es clave de la participación y se puede convertir en una herramienta de transformación sociocultural, de cambio dentro y fuera del sistema de salud, buscando estructurar una metodología que facilite una visión integradora del proceso educativo y de la problemática de la comunidad, en sus interrelaciones históricas, estructurales y contextuales con la sociedad global. (4)



La práctica de la educación para la salud se explica mejor en términos de responsabilidades y funciones; las cuales se dividen en cinco categorías las cuales son:

- **Planeación de Programas.-** El éxito de cualquier programa depende de la planeación cuidadosa. Los programas de educación para la salud hace mucho tiempo que padecen de la tendencia de tomar acción sin una planeación suficiente. El resultado con demasiada frecuencia ha sido un desperdicio de esfuerzos, falta de éxito o de resultados no decisivos. La planeación permite la obtención de datos básicos que proporciona dirección al programa y fija la evaluación final, la planeación facilita la elección de conductas clave y los determinantes que tienen influencia sobre las conductas.
- **Ejecución de Programas.-** Este proceso es una labor que incluye la selección y capacitación del personal administrativo; obtención de facilidades, materiales para la enseñanza; y el reclutamiento de aprendices.
- **Proporcionar servicios directos de Educación para la salud.-** La responsabilidad de los educadores de salud consiste en la enseñanza, capacitación, asesoría, consultoría, promover la comunidad. (6)
- **Administración de Programas.-** En ésta los educadores desempeñan una actividad administrativa siendo las principales: promover el programa mediante la preparación de informes, preparación de presupuestos y distribución de fondos así como la

participación en la creación de los planes y políticas dentro de la organización que los empleará. (6)

- **Evaluación de los Programas.-** La evaluación en la educación para la salud, es tanto, una función integral de la práctica de la educación para la salud como un área de sub-especialización. Algunos educadores para la salud, que están capacitados sobre todo en el diseño de investigaciones y análisis estadísticos, sirven como evaluadores externos de los programas de educación.

Los programas de educación para la salud que han sido preparados de manera cuidadosa rinden resultados que pueden ser medidos para su evaluación así como para su realimentación a fin de examinarlos.(4)

1.2. Antecedentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.

Es una Institución de Asistencia Privada que se constituyó en el año de 1989 por el Señor Rodolfo Maza Brito quien continúa siendo Presidente hasta la actualidad, como respuesta a todas las inquietudes de que muchos niños menores de 6 años de edad que viven en la cárcel junto con sus madres. Ellos comparten su celda, su cama y su castigo porque no hay quien se ocupe de ellos fuera del reclusorio. Al cumplir 6 años estos niños son trasladados a instituciones o albergues de la procuraduría. A partir de ese momento dejan de ver a sus madres porque nadie los lleva a visitarlos.

Esto esta establecido en el Código Penal para el Distrito Federal en los Artículos:

-ART. 97. - En los libros, actas y constancias de registro civil de los niños nacidos en las instituciones de reclusión a que se refiere este reglamento, no se hará constar en ningún caso el nombre ni domicilio del establecimiento como el lugar de nacimiento. El juez del Registro Civil asentará como domicilio del nacido, el Distrito Federal, de conformidad a lo dispuesto por el artículo 58 del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal. (2)

-ART. 98. - Los hijos de las internas del reclusorio para mujeres, en caso de que permanezcan dentro de la institución, recibirán atención pediátrica, educación inicial y preescolar hasta la edad de seis años. En ningún caso podrán permanecer después de esta edad alojados en las estancias familiares de los reclusorios, por lo que los responsables de los centros femeniles se abocarán con la anticipación debida a realizar los estudios de trabajo social necesarios para entregar a estos menores a los familiares más cercanos o a instituciones que desarrollen estas funciones de asistencia social. (2)

Los objetivos de la Fundación Familiar Infantil I.A.P. son:

- Proporcionar asistencia social, educativa y médica a menores de edad, hijos de madres que se encuentran recluidas en Centros de Readaptación Social, a efecto de suministrarles en las diferentes etapas de su crecimiento, un hogar en mejores condiciones de seguridad y estabilidad.

- Garantizar durante los períodos de la infancia y adolescencia un ambiente propicio para su desarrollo y crecimiento tanto en el ámbito físico como mental.
- Promover las actividades educativas de los menores en la Institución, de tal modo que encuentren en ella respaldo pedagógico y psicológico.
- Procurar la integración del menor en la sociedad, respondiendo a las exigencias de un desarrollo en el cual la madre, desafortunadamente no estará presente.

Requisitos para ingresar a la Fundación Familiar Infantil I.A.P. :

- Se aceptarán menores cuyas edades oscilen entre 3 y 6 años.
- La permanencia de los menores en la Institución, será hasta cumplir la mayoría de edad. (7)
- Ser varones o mujeres (según el caso).
- Hijos de madres que se encuentren purgando condenas en cárceles o reclusorios preventivos del Distrito Federal.

Servicios que reciben los Internos:

- La protección y el cuidado, que sean necesarios para el bienestar del niño, proporcionándole alimentación y vivienda, así como educación primaria y secundaria.
- Formación moral y religiosa en un ambiente familiar.
- Atención médica integral.

- Actividades manuales (cerámica y juguetería).
- Actividades musicales (Estudiantina de la Fundación).
- Clases de computación.
- Actividades recreativas y culturales (paseos, deportes, visitas a museos, etc.).
- Fortalecimiento del vínculo familiar, mediante la convivencia semanal de los niños con su madre y/o padre en los Centros de Readaptación Social.

2. INFRAESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA FUNDACIÓN:

2.1 PATRONATO

Objetivo General: Asegurar el estricto funcionamiento de la institución.

Funciones:

- Vigilar el cumplimiento de objetivos para los cuales fue creada la institución.
- Representar a la institución frente a los organismos públicos y privados.
- Nombrar a los patronos y establecer la forma de sustituirlos.

2.2 COMITÉ TÉCNICO

Objetivo General:) Asesorar al Patronato en la realización de los objetivos preestablecidos.

El comité técnico está integrado por:

- a) **Un miembro del patronato (Presidente)**
- b) **Director Operativo (Coordinador** Cumple con los acuerdos y resoluciones del Patronato y del Comité Técnico.
 - Representa al Patronato en la ejecución de los acuerdos tomados.
 - Revisa los presupuestos de ingresos y egresos de la Institución.
 - Atiende los requerimientos del personal que integra la institución e interviene en su evaluación, nombramiento y contratación.
 - Supervisa que se cubra puntualmente el pago de salarios y demás prestaciones al personal de la institución.
 - Coordina las diferentes actividades que desempeñarán la Asesoría Jurídico –Contable, Trabajo Social, Administración, Relaciones Públicas y los Responsables del Hogar. (7)
- c) **Director Técnico:** Cumple con los acuerdos y resoluciones del patronato y del Comité Técnico, en el área de su competencia.
 - Coordina las diferentes actividades que desempeñan las áreas de Pedagogía y Psicología.
 - Vigila el cumplimiento de las actividades escolares, culturales, educativas, deportivas y recreativas programadas para los menores dentro y fuera de la institución.

- d) **Administración:** Maximiza los recursos disponibles de la institución para el logro de los objetivos establecidos por la misma.
- Elabora en conjunto con las demás áreas que integran la institución, el presupuesto anual y someterlo a aprobación por parte del Patronato.
 - Canalizar oportunamente los recursos a las diferentes áreas.
 - Registrar los gastos, mismos que acreditará con la factura correspondiente o comprobante de caja debidamente foliado, con nombre y firma del receptor, concepto, monto, fecha y rúbrica de autorización de la Dirección Operativa.
- e) **Relaciones Públicas:** Promover y difundir la labor social realizada por la Fundación Familiar Infantil, I.A.P. con la finalidad de establecer un lazo de buena voluntad entre esta y la Junta de Asistencia Privada, Instituciones Gubernamentales, Instituciones Privadas y la Comunidad.
- Normar, coordinar y orientar las actividades de difusión de la labor social realizada por la institución.
 - Difundir acciones y proyectos de la institución con el fin de promover el apoyo de terceros en los mismos. (7)
 - Organizar el directorio de donadores y prospectos en coordinación con el área de Donativos y Eventos Especiales.
- f) **Trabajo Social:** Proporcionar a los menores, cuyos padres se encuentren reclusos en algún centro de readaptación social del Distrito Federal, la oportunidad de ingresar a un hogar donde se propicie su desarrollo integral.

- Integra el expediente socioeconómico de los menores.
- Investigar si existe algún familiar y localizarlo.
- Canalizar casos específicos de menores a otras instituciones.
- Dar seguimiento a los menores que salen de los hogares.
- Asistir a las reuniones mensuales de la Dirección general de Reclusorios.

g) Pedagogía: Proporcionar apoyo académico y educativo a los menores con el fin de mejorar su formación y facilitar su proceso de aprendizaje que les permita mayores posibilidades de desarrollo personal.

- Propicia el desarrollo integral de los menores por medio de actividades educativas. Recreativas y culturales.
- Desarrollar en los menores hábitos de estudio.
- Dirigir y supervisar las tareas escolares.
- Valorar a los menores que presentan problemas de aprendizaje, audición o lenguaje e impartir la terapia necesaria en cada caso.
- Organizar visitas culturales mensuales o extraordinarias. (7)

h) Psicología: Brindar asistencia psicológica y psiquiátrica oportuna a los menores para garantizarles una estabilidad emocional y afectiva.

- Valorar a los menores de nuevo ingreso.
- Brindar terapia individual o grupal a los menores.
- Practicar exámenes de evaluación al personal de nuevo ingreso y presentar un reporte de los resultados a la Dirección Técnica.

i) **Responsable de Hogar:** Propiciar un ambiente adecuado, de salud, seguridad y estabilidad emocional dentro del hogar para que el menor aprenda valores y hábitos necesarios para su desarrollo.

- Fomenta la asistencia regular y puntual a los menores a los centros educativos.
- Mantener una comunicación directa y continua con los maestros para vigilar el rendimiento escolar de los menores.
- Reportar el aprovechamiento escolar de los menores.
- Planificar la alimentación de los niños de común acuerdo con la Administración, la Asesoría Médica y las Auxiliares de Hogar.
- Asistir a cursos de cocina y dietética.
- Participar en la organización de actividades y paseos.
- Estimular la creatividad, imaginación y fantasía de los menores a través de juegos, narraciones, etc.
- Registrar de manera cronológica los gastos incurridos para la satisfacción de necesidades de alimentación, higiene, limpieza, etc. (7)
- Reportar el estado de las instalaciones o equipo que necesiten compostura o mantenimiento.

j) **Asesoría Médica:** Brindar asistencia médica oportuna a los menores con el fin de preservar su salud física.

- Practicar un examen médico a los menores de nuevo ingreso.
- Elaborar expediente clínico de los menores.

- **Control permanente:** Inmunizaciones, parasitosis, diagnóstico oportuno, vigilancia nutricional, higiene personal y salud bucal.
- **Educación sexual y prevención de adicciones.**

2.3 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Ubicada en la Calle de Alonso Cano # 71 Colonia Alfonso XIII, C. P.. 01460 Delegación Álvaro Obregón, entre las calles de Benvenuto Cellini y Giotto.

2.4 SERVICIOS PÚBLICOS PRESENTES:

1. Agua Potable
2. Drenaje
3. Pavimentación
4. Luz Eléctrica
5. Instalaciones Telefónicas y de Fax

2.5 INSTALACIONES:

1. Cochera para dos automóviles
2. Cancha de Fútbol
3. Áreas verdes (jardines)
4. Sala de Usos múltiples (para realizar actividades como Música, Juguetería, Pintura)
5. Sala de video
6. Biblioteca

7. Sala de Cómputo
8. Dos cocinas; una para los niños y una para las niñas
9. Dos comedores; uno para niños y otro para las niñas
10. Diez dormitorios divididos para niños, para niñas y gente de servicio
11. Cuatro baños completos y dos medios
12. Una Dirección General (Director Operativo)
13. Sala de Juntas para las reuniones del Patronato
14. Área de Lavandería

2.6 INFREESTRUCTURA EDUCATIVA:

Los menores son llevados y traídos a las Escuelas Públicas asignadas para ellos por la Fundación, tanto en horario Matutino como Vespertino, por lo que en las instalaciones de la Institución sólo reciben el apoyo para la realización de tareas y actividades extraescolares que les imparte el personal contratado por la Fundación.



Así como también son trasladados a los Reclusorios en donde se encuentran sus padres respectivamente y según el caso (Papá o Mamá) cada 15 días o cada mes de acuerdo a lo que recomiende el personal psicológico y de trabajo social para cada menor.

En caso de los adolescentes la mayoría de ellos visitan a algunos de sus familiares los fines de semana, retomando sus actividades los Domingos por la tarde o noche.

Todo esto es realizado para fomentar un mejor desarrollo en cada uno de los menores, sin olvidar él porque de su situación y su estancia en la Fundación.

2.7 INFRAESTRUCTURA ECONÓMICA:

Los ingresos de y para la Fundación se obtienen a través de los donativos monetarios o en especie que otorgan los miembros del Patronato y de los Particulares que han sido previamente aceptados por el Comité Técnico y el Presidente de la Institución.

2.8 MEDIOS DE TRANSPORTE:

La Fundación cuenta con una Camioneta y un automóvil para realizar sus traslados a las diferentes actividades que tienen establecidas.

Para los particulares que visitan la Fundación generalmente para otorgar donativos, para realizar algún programa de servicio social, etc., cuentan con el servicio público del Metro Mixcoac y diferentes rutas de transporte colectivo. Además del acceso por el Periférico y Río Mixcoac. (7)

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

La promoción de la Salud Bucal empieza con las personas que están básicamente saludables y busca crear medidas en la comunidad e individuales que puedan ayudar a adoptar estilos de vida, permitiendo mantener y realzar el estado de bienestar, se define en términos de programas de bienestar y de estilos de vida.

Las actividades de promoción de la salud pueden incluir cambios de políticas para proporcionar un ambiente que ofrezca más facilidades, así como la Educación para la Salud. (6)

3.2 PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL

La Odontología Preventiva abarca tres diferentes niveles:

- 1. Prevención Primaria:** Comprende todas aquellas medidas encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad por uno o más de los siguientes procedimientos; eliminando los agentes causales, incrementando significativamente las defensas orgánicas y confiriendo inmunidad o resistencia a un organismo susceptible.
- 2. Prevención Secundaria:** Incluye aquellos métodos que tienden a prevenir el desarrollo de la enfermedad y a restaurar la función normal de un organismo, lo que incluye las prácticas de diagnóstico oportuno y la aplicación del tratamiento eficaz.

- 3. Prevención Terciaria:** Cuando no es posible evitar la aparición de la enfermedad mediante la prevención primaria, y los medios de prevención secundaria no han sido eficaces para evitar su avance, debemos aplicar hasta donde sea conveniente medidas tendientes a reparar el daño sufrido y rehabilitar al individuo para que se reincorpore a sus actividades normales y prevenir así su incapacidad permanente, ya sea total o parcial. Este conjunto de medidas integran los procedimientos de prevención terciaria. (10)

3.3 PLACA DENTOBACTERIANA

Se define como una película formada por colonias bacterianas siendo la primaria integrada por estreptococos y lactobacilos y la secundaria integrada por actinomices, espiroquetas, bacteroides., que se pegan a la superficie del diente y a la encía, cuando las personas no se cepillan adecuadamente. El principal nutriente de la placa es la sucrosa, a partir de la cual los microorganismos obtienen energía y metabolizan ácidos, polisacáridos intracelulares como nutrientes de reserva y polisacáridos extracelulares que intervienen en el firme anclaje de la placa al esmalte.

Según su localización se denomina:

- **Supragingival:** Se extiende desde el margen libre de la encía hacia la corona del diente.
- **Subgingival:** Localizada a partir del margen gingival en dirección a apical .
- **Fisural:** Desarrollada en los surcos y fosetas.(10)

Las bacterias adheridas en los dientes producen ácidos que atacan a los tejidos dentarios, iniciando así la caries.

Para detectar adecuadamente la placa dental, es necesario utilizar un método de tinción que la haga fácilmente observable. Lo más práctico y sencillo es usar cualquier pastilla colorante, a base de fuccina o eritrosina.

Esta pastilla deberá ser masticada por el paciente hasta disolverla en la boca y después con la lengua pasarla por todas las superficies dentales para distribuir el pigmento; a continuación se enjuagará la boca para eliminar el tinte sobrante, entonces se procede a examinar las superficies dentales. La eliminación se facilita en la consulta dental con cepillos de profilaxis y pasta abrasiva, y en el hogar debe ser una actividad rutinaria por medio de métodos mecánicos como el cepillado dental y el hilo dental. (10)

Es importante hacer notar que la tinción para el diagnóstico de la placa se debe realizar únicamente después de un examen cuidadoso de la boca, ya que el colorante puede enmascarar lesiones importantes de la mucosa, caracterizadas precisamente por modificaciones en la coloración normal.

3.4 CARIES DENTAL

La etiología de la caries se define como un proceso químico-parasitario de dos etapas; descalcificación del esmalte hasta su destrucción y descalcificación de la dentina seguida de disolución de sus residuos blandos. Se distinguen dos etapas diferentes en la evolución de la caries:

- La Lesión Incipiente es una alteración esencialmente subsuperficial cubierta por esmalte clínicamente sano, en el que únicamente con el microscopio se detectan " poros" que comunican la superficie con el área desmineralizada, donde se observa primero la pérdida de iones de magnesio y carbonato, seguida de la remoción de iones calcio y fósforo.

Desde el punto de vista de la prevención, detectar la lesión incipiente es de especial relevancia, ya que en esta fase el proceso puede detenerse y ser reversible, mediante la eliminación de placa y aplicaciones tópicas de fluoruro.

- La Fase manifiesta de la caries que se divide en:

1. **Caries Aguda:** Se le conoce también como caries rampante, este tipo de lesión avanza rápidamente afectando casi todos los dientes, y dando poco tiempo a la formación de dentina secundaria, por lo que frecuentemente se compromete la integridad de la pulpa en los dientes afectados. (10)
2. **Caries Radicular:** En los casos en que las lesiones paradontales provocan la retracción de la encía, dejando el cemento radicular en contacto con el medio bucal, éste también puede verse afectado por adherencia de la placa dental y desarrollar un proceso de caries similar al del esmalte, con la única diferencia de que en el caso del cemento, por la mayor mineralización de este tejido, el proceso avanza con mucho mayor rapidez alcanzando rápidamente la dentina. (10)
3. **Síndrome por alimentación infantil:** Se desarrolla en niños pequeños con el hábito de utilizar por largos periodos, biberones con líquidos azucarados. Las piezas más atacadas son los incisivos superiores y los primeros molares superiores e inferiores. Este tipo de caries puede prevenirse mediante orientaciones a las madres sobre las causas de la misma.

- 4. Caries secundaria o recurrente:** Recibe este nombre la caries que se forma entre los límites de una restauración dental y el tejido sano que la circunda, la aparición es tan frecuente como la lesión primaria.

3.4.1 ÍNDICES DE CARIES

Los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades y hechos en la comunidad, pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad de la enfermedad.

Para expresar numéricamente la experiencia de caries en un determinado sujeto o en una comunidad dada, se utiliza alguno de los índices epidemiológicos siguientes:

- 1. " CPO D " :** (C-Dientes permanentes con caries, P-perdidos por caries u O-obturados), cada diente se examina cuidadosamente y se utiliza el espejo dental y el explorador cuidando, en lo posible, el secado previo con la jeringa de aire. A continuación se suma el número de dientes con diagnóstico de caries, bajo los siguientes criterios:

- Cavidad obvia visible clínicamente
- El extremo del explorador se detiene en alguna foseta o surco y desprende materia reblandecida
- Pérdida de brillo y decoloración de un área de esmalte
- Presencia de una obturación con caries recurrente.

A la cifra anterior se agrega el número de dientes obturados por caries, más los extraídos por la misma causa. El total obtenido se divide entre el número de dientes permanentes, considerados en el examen y el resultado se multiplica por cien para obtener porcentaje.

2. “ **CPO S** “: Cuando se desee obtener datos más detallados se utiliza este índice, que es una adaptación del concepto CPO para superficies dentales, pero contabiliza no sólo el número de dientes afectados, sino el número de superficies dentales con experiencia de caries, cada diente es considerado como provisto de cinco superficies. En el caso de dientes extraídos existen varios criterios, el más frecuente es contabilizar cinco superficies para las piezas posteriores extraídas (molares y premolares) y cuatro en anteriores (caninos e incisivos).

El número total de superficies afectadas se divide entre el número de superficies consideradas y se multiplica por cien para el porcentaje.

Para investigar prevalencia del CPO S; el estado de la dentición temporal se puede expresar utilizando el mismo procedimiento, pero los índices se denominan “ **ceo d** “ y “ **ceo s** “ respectivamente y representa la media proporcional para cada niño, del número de dientes temporales cariados (c), con extracción indicada (e) y obturados (o), se inscriben con minúscula invariablemente. (10)

La principal diferencia entre el índice CPO y el índice ceo es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca.

En los estudios de grupos o comunidades, el Índice se obtiene por la suma de los valores individuales, dividido entre el número de sujetos examinados y multiplicados por 100.

3.5 TÉCNICAS DE CEPILLADO

Los objetivos del cepillado son: Remover y destruir la formación de placa bacteriana, Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos o manchas, Estimular los tejidos gingivales y Aplicar dentífricos medicados.

Los métodos de cepillado que más se destacan son el cepillado horizontal de Fones, el de Leonard, Stillman, Charters, Bass, el del movimiento giratorio y el de Smith-Bell; todas estas técnicas son aplicadas en la limpieza de superficies bucales, linguales y oclusales.

Los métodos más empleados por los pacientes son:

1. HORIZONTAL: Las cerdas del cepillo se colocan en una posición perpendicular a la corona del diente y se desplaza hacia atrás y adelante con movimientos horizontales. Esta técnica es más efectiva en niños con dentición primaria debido a la forma de campana de sus dientes. En periodos prolongados la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden resultar en recesión gingival y daños en los dientes en la unión cemento esmalte.

2. LEONARD: En este método se efectúan movimientos de arriba hacia abajo en las superficies bucales de dientes anteriores y posteriores, simultáneamente se proporciona limpieza dental y estimulación gingival. (10)

3. STILLMAN: Fúe originalmente diseñado para dar estimulación gingival, el cepillo se coloca con las cerdas inclinadas en un ángulo de 45 grados al ápice del diente, con una parte del cepillo descansando en la encía y la otra en el diente; se efectúan movimientos vibratorios, con una pequeña presión de las cerdas para estimular la encía, repitiendo la operación en todas las áreas de la boca. (10)

3.6 SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

Son compuestos adhesivos que recubren fosetas y fisuras en las superficies oclusales de molares y premolares, ya que es donde se presenta mayor susceptibilidad a la caries.

Se utilizan desde 1950, el sellador actual es un polímero de alta resistencia que se une a la superficie del esmalte por sus propiedades adherentes y por retención mecánica; está compuesto por una mezcla de metilmetacrilato y bisfenol A-glicidil metacrilato, formando un monómero líquido el cual, bajo la acción de un catalizador , forma un polímero sólido de extraordinaria dureza.

Su acción principal es actuar como barrera física para evitar tanto la penetración al esmalte de bacteria y de subproductos.

De acuerdo a su polimerización se dividen en:

- **Autopolimerización:** En este grupo, la presentación comercial consta de dos líquidos: el monómero y el catalizador, los cuales, antes de aplicarse, deben mezclarse perfectamente para iniciar la polimerización y el endurecimiento del producto.

- **Fotopolimerización:** El monómero y el catalizador se presentan premezclados en un solo líquido, ya que el catalizador reacciona únicamente cuando se expone a un haz de luz ultravioleta o de luz halógena, la polimerización se inicia al colocar la fuente luminosa y a una distancia de 2 a 3 mm., el endurecimiento se presenta entre 30 y 90 segundos.(10)

Se recomienda utilizar selladores de color blanco para una mejor visualización de la extensión y ajuste de los márgenes y la ventaja adicional es que el mismo paciente puede revisar la permanencia o pérdida del material sellador.

La pasos más comunes para la aplicación del sellador son:

1. Limpieza de la superficie oclusal
 2. Aislado y secado del o de los dientes a tratar
 3. Grabado o acondicionamiento del esmalte
 4. Aplicación del sellado
 5. Tiempo de espera para la polimerización del producto.
- (10)

3.7 APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO

La aplicación tópica de fluoruro: son soluciones o geles de alta concentración conteniendo 1.2 ó 2.5 % de fluoruro, los más empleados actualmente son:

- **Flúor-fosfato acidulado (APF):** Casi todos los preparados contienen 1.23 % de ión fluoruro con 0.1 de ácido ortofosfórico a un pH de 3.2 a 4.5, cuanto más bajo el pH, mayor la captación de fluoruro. (3)

Después de que los dientes han sido aislados y secados, la solución se aplica a los dientes con un hisopo de algodón, manteniéndolos por 4 minutos, los pacientes no deben comer, beber o enjuagarse, por lo menos durante 30 minutos, para favorecer la penetración y retención de fluoruro. Las aplicaciones se recomiendan cada 6 meses ya que proporcionan los mejores resultados en cuanto a la reducción de caries de un 40-50%.

En la actualidad se emplean geles tixotrópicos , que significa una solución que solidifica en un estado tipo gel, pero no es un gel, verdadero , tiene una viscosidad muy elevada en condiciones estáticas o a una presión baja y velocidad de deslizamiento baja. Los ingredientes activos son los mismos del (APF), pero el material de base tixotrópico.

Estos geles suelen ser más estables a un pH más bajo, no corren como un gel y pueden ponerse en forma más precisa sobre las superficies dentarias y además en interproximal con el hilo de seda dental, donde existe mayor susceptibilidad a la caries.

Algunos de estos geles tienen sabores agradables como chocolate, vainilla, grosella y tienden a ser mejor aceptados por los niños, además pueden usarse con ventaja en niños impedidos con fuertes reflejos de arcada. (3)

3.8 GINGIVITIS DE LA ADOLESCENCIA

La Gingivitis, es la inflamación del margen gingival, es una respuesta a la presencia de factores irritativos asentados junto a la encía; es incompatible con la Salud Bucal y puede progresar hasta llegar a condiciones más serias como la Periodontitis,. además de la inflamación la encía puede verse

alterada por diferentes procesos como la atrofia, la hiperplasia y aún la neoplasia.

Es causada en gran parte por las bacterias de la placa bucodental como lo son los miembros del género Actinomicetes y Estreptococos, que predominan en la placa supra y subgingival.

En cuanto a su evolución y duración puede ser:

- **Aguda:** Es de aparición repentina, corta duración y muy dolorosa.
- **Subaguda:** Es una disminución de la sintomatología aguda.
- **Recurrente:** Se caracteriza por reaparecer después de un tratamiento, o que aparece y desaparece espontáneamente.
- **Crónica:** Es de evolución lenta, prolongada, indolora y es la forma más frecuente de gingivitis. (1)

La gingivitis asociada con los adolescentes se caracteriza clínicamente por enrojecimiento, sangrado gingival, edema o agrandamiento, sensibilidad y fragilidad gingival. Aparece cuando los pacientes eliminan todos los procedimientos de higiene oral.

El tratamiento de elección es indicar una adecuada técnica de cepillado como la de Stillman para favorecer la estimulación de las encías y la eliminación de todos los restos de microorganismos presentes supra y subgingivalmente. Además del uso de hilo dental y enjuagues para mantener estable la producción de flora bacteriana.



3.9 DESARROLLO DE LA CONDUCTA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

INFANCIA- EDADES DE 0 A 2 AÑOS

- **Psicología:** La infancia es definida habitualmente desde el nacimiento hasta el comienzo del lenguaje articulado. La cavidad bucal es la zona primaria de interacción entre el infante y el mundo. (8)
- **Inteligencia:** La inteligencia sensorio-motriz comienza alrededor de los seis meses y comienza el desarrollo del lenguaje.
- **Interacción padre-hijo:** El infante es por completo dependiente física y psicológicamente. (8)
- **Relaciones Interpersonales:** Hay poco interés en la interacción sostenida con otros, el infante habitualmente juega solo.
- **Estrategias persuasivas:** Cualquier tratamiento requerido en esta etapa debe ser realizado sin ninguna o mínima separación de la madre. Hacia los dos años. Las instrucciones suelen ser obedecidas con buena voluntad, especialmente si son sencillas y van acompañadas por seguridades verbales y elogios.

EDADES DE 2 A 4 AÑOS:

- **Psicología:** El lenguaje mejora rápidamente y se perfecciona la locomoción erecta. Hacia los tres años, el niño se hace más positivo y cooperador. Al acercarse a los 4, comienzan períodos mayores de inquietud y regresión aparente. (8)
- **Inteligencia:** La captación verbal y el lapso de atención aumentan marcadamente. Emplea apropiadamente el lenguaje.

- **Interacción padre-hijo:** El niño evidencia agresión, enojo, ansiedad y temor, entre los 2 y los 3 años el negativismo del niño puede ser frustrante para el padre.
- **Relaciones interpersonales:** El niño desarrolla conductas sociales y goza haciendo amigos, alterna la timidez con la franqueza. (8)
- **Estrategias persuasivas:** Hacia los cuatro años, el niño responde bien a explicaciones sencillas. Los niños a esta edad pueden formar relaciones positivas con el odontólogo, alternando períodos de frustración y rechazo.

El manejo de los niños de 2 y 3 años que dice no a todo, es manejado mejor con respuestas firmes, pero no arbitrarias.

EDADES DE 4 A 6 AÑOS:

- **Psicología:** La mayoría de ellos inicia la escolaridad formal, el niño pasa por un período tranquilo de autocrítica, tiene una orientación más realista y le divierte menos la fantasía.
- **Inteligencia:** Se desarrolla el pensamiento intuitivo, forma conceptos y tiene mayor coordinación de las relaciones lógicas.
- **Interacciones padre-hijo:** La creciente independencia y los diferentes niveles de expectativa son fuente de conflicto padre-hijo.
- **Relaciones interpersonales:** La transición del juego independiente al compromiso definido con otros niños se hace más notable, hay una clara inclinación hacia el juego cooperativo. El niño se preocupa más por sus padres aún en su ausencia. (8)

- **Estrategias persuasivas:** Los niños aceptan bien la autoridad, responden bien si se les permite el mayor control posible en el ambiente de tratamiento. La coordinación motora mejorada facilita realizar las prácticas de higiene bucal rutinarias y permite al personal del consultorio recompensar cualquier logro positivo obtenido. (3)

-

EDADES DE 7 A 9 AÑOS:

- **Psicología:** El niño adquiere generalmente una idea realista del ambiente; la imaginación es más reflexiva. Hacia los nueve años esta motivado para enfrentar los problemas de su propia elección.
- **Inteligencia:** Los cambios cognoscitivos marcan un impulso en el desarrollo de la inteligencia. El pensamiento se caracteriza por lo concreto, pero comienzan a entenderse las relaciones especiales y cronológicas.
- **Interacción padre-hijo:** El niño trabaja para adquirir los hábitos y código moral de la familia. Aparece el sentido de responsabilidad.
- **Relaciones interpersonales:** Hacia los 9 años el niño ha alcanzado un nivel de madurez social representado por una conducta estable y mejor integrada, es muy autocrítico .
- **Estrategias persuasivas:** A medida que el niño se acerca a los 9 años, esta dispuesto a repetir tareas y perfeccionar habilidades, así como para aprovechar las oportunidades para demostrar su madurez y recibir aprobación y apoyo. (3)

EDADES DE 10 A 12 AÑOS:

- **Psicología:** La personalidad alcanza un nivel de integración y adaptación.
- **Inteligencia:** El niño establece el pensamiento hipotético-deductivo y puede confiar en los poderes de juicio.
- **Interacción padre-hijo:** Época relativamente relajada para los padres e hijos, el niño acepta y comprende la responsabilidad.
- **Relaciones interpersonales:** Las habilidades sociales están razonablemente desarrolladas y hay gran interés en los clubes, deportes en equipo y actividades grupales. (8)
- **Estrategias persuasivas:** El niño goza que se le trate como adulto y acepta mucha información. Es capaz de la fina coordinación motora necesaria para lograr una higiene bucal aceptable y aceptará mensajes que le convenzan de cambiar conductas.

EDADES DE LOS 12 A LOS 18 AÑOS:

Los odontólogos que tratan adolescentes se encuentran con períodos crecientes y decrecientes de interés en la limpieza, obediencia a la autoridad y aceptación de la autorresponsabilidad. Las impresiones clínicas llevan a la conclusión que los aspectos emocionales, o la personalidad del odontólogo o sus auxiliares, son la clave para mantener relaciones interpersonales estrechas con el adolescente y obtener un mejor resultado en el tratamiento a realizar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en nuestro país, la mayor parte de la población asiste a una consulta dental sólo cuando presenta un dolor intenso, y ya es casi imposible realizar tratamientos preventivos o de rehabilitación, debido a la falta de atención oportuna de la enfermedad de caries, provocando que los tratamientos sean más agresivos y costosos.

Y sólo una minoría visita al dentista con el propósito de recibir una atención preventiva en salud bucal.

Por ello es que la Educación para la Salud Bucal es básica y necesaria para la promoción y la prevención, enfocada principalmente a los niños y adolescentes.

Es por esto que el grupo interdisciplinario de la Fundación familiar Infantil I.A.P., encargado del cuidado y atención de los menores, deben tener muy presentes todas las medidas de prevención para poder evitar problemas bucales, ya que la salud de los niños y adolescentes debe ser la única o una de sus principales prioridades.

De aquí el interés de proporcionar y promover en este tipo de Instituciones programas de Salud Bucal, enfocados principalmente a la prevención de caries, para apoyar de manera importante el desarrollo integral de los niños y adolescentes de la comunidad.

5. JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de Salud Bucal en la población, por ser multifactorial se hace muy complejo, para ello es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud, los determinantes o factores de riesgo y causalidad de estos (hábitos de higiene inadecuados, mala alimentación, atención primaria o preventiva inoportuna), lo cual permite elaborar un plan de acción y de ejecución que consiste en alcanzar mejores indicadores de salud.

El Programa de Salud Bucal dirigido a la Fundación Familiar Infantil I.A.P., integra dos fases:

a) Promoción: La cual consta de una plática didáctica e informativa sobre Técnicas de cepillado apropiadas, Hábitos adecuados de alimentación, Visitas periódicas al dentista para la aplicación tópica de fluoruro (Cada 6 meses.

b) Prevención: En la cual se llevará a cabo la exploración bucal y realización de la historia clínica, y posteriormente dar atención primaria de salud a los niños y adolescentes de la Fundación.

A través de la aplicación de este programa se pretende incrementar el interés de los niños y adolescentes en la prevención y el cuidado de su salud bucal, por lo que se considera de suma importancia la relación que se de entre el grupo de trabajo de la Fundación y el grupo de promotores de la salud, que realicen actividades y programas en beneficio de los menores.

5. JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de Salud Bucal en la población, por ser multifactorial se hace muy complejo, para ello es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud, los determinantes o factores de riesgo y causalidad de estos (hábitos de higiene inadecuados, mala alimentación, atención primaria o preventiva inoportuna), lo cual permite elaborar un plan de acción y de ejecución que consiste en alcanzar mejores indicadores de salud.

El Programa de Salud Bucal dirigido a la Fundación Familiar Infantil I.A.P., integra dos fases:

a) Promoción: La cual consta de una plática didáctica e informativa sobre Técnicas de cepillado apropiadas, Hábitos adecuados de alimentación, Visitas periódicas al dentista para la aplicación tópica de fluoruro (Cada 6 meses.

b) Prevención: En la cual se llevará a cabo la exploración bucal y realización de la historia clínica, y posteriormente dar atención primaria de salud a los niños y adolescentes de la Fundación.

A través de la aplicación de este programa se pretende incrementar el interés de los niños y adolescentes en la prevención y el cuidado de su salud bucal, por lo que se considera de suma importancia la relación que se de entre el grupo de trabajo de la Fundación y el grupo de promotores de la salud, que realicen actividades y programas en beneficio de los menores.

6. OBJETIVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.1 OBJETIVO GENERAL:

-Incrementar el interés en la atención a los tratamientos de prevención de salud bucal en los niños y niñas de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Enunciar las principales causas que originan caries en la población.

-Determinar el índice C.P.O. y c.e.o., en cada uno de los niños y adolescentes.

-Facilitar técnicas adecuadas de higiene bucal para la prevención de enfermedad bucal.



7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODO.

La población de estudio fueron los 30 niños y los 16 adolescentes, a los cuales se les proporcionó una plática informativa y didáctica enfocada a enseñar una técnica adecuada de cepillado: para los niños la de Leonard y para los adolescentes se estableció la de Stillman.

De igual manera se hizo especial énfasis en los adecuados hábitos de alimentación que deben tener los menores y las visitas periódicas al dentista que deben realizar bajo la supervisión de los encargados de la Fundación.

También se proporcionó la atención primaria de prevención a la salud bucal.

El programa se realizó en una sola sesión con una duración de 4 horas.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo y transversal.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

30 niños y 16 adolescentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.

7.4 VARIABLES DE ESTUDIO

- Sociodemográficas (edad, sexo, grado escolar)
- Hábitos de higiene
- Hábitos alimenticios
- Intercambio de cepillos dentales

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los niños y adolescentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.

7.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Todos los datos se recolectaron a través de la historia clínica realizada a los niños y a los adolescentes.

Los datos se analizaron utilizando el programa Excel.

8. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

8.1 METAS A CORTO PLAZO

-Elevar el interés con respecto a la prevención y atención primaria en salud bucal en los niños y adolescentes de la Fundación

-Al aplicar el Programa Preventivo obtener una disminución significativa en la incidencia de caries y enfermedad bucal, en los niños y adolescentes de la Fundación familiar Infantil I.A.P., posterior al programa.

8.2 LÍMITES.

8.2.1 DE ESPACIO (GEOGRÁFICO)

Instalaciones de la Fundación Familiar Infantil I.A.P., ubicada en Alonso Cano # 71 Colonia Alfonso XIII, C. P... 01460, Delegación Álvaro Obregón, entre las Calles de Benvenuto Cellini y Giotto.

8.2.2 DE TIEMPO.

Se realizaron 5 visitas:

- **1ª. Visita:** Jueves 7 de Febrero, llevé el escrito a la Fundación para solicitando la aceptación y aprobación para la realización del programa.
- **2ª. Visita:** Viernes 22 de Febrero fui a la Fundación para recibir el escrito con la firma de aceptación y se me mostraron las instalaciones.

- **3ª. Visita:** Lunes 18 de Marzo, se me proporcionaron los datos acerca del origen y manejo de la Fundación.
- **4ª. Visita:** Viernes 5 de Abril, fuí a la Fundación para confirmar y detallar la realización del programa con la Lic. Marisa Guzmán.
- **5ª. Visita:** Sábado 13 de Abril, comenzó la ejecución del programa a partir de las 14:00 hrs.

8.2.3 UNIVERSO DE TRABAJO.

- Los 30 niños y los 16 adolescentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P.
- Una Tesista
- Director de la Tesina C. D.
- 2 Asesoras
- Grupo de 20 estudiantes del grupo 1006 de la Facultad de Odontología.

8.3 ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.

-Realice 5 visitas previas a la Fundación con el fin de conocer a las personas encargadas de la atención de los menores, las instalaciones y la manera de trabajar.

-Me reuní en 3 ocasiones con el grupo de promotores para organizar y coordinar las actividades (19 de Marzo, 4 y 9 de Abril del presente).

-Realización del material didáctico para la plática y la preparación de los recursos materiales para la implementación del programa.

Sábado 13 de Abril:

-Llegada a la Fundación a las 13:00 hrs.

-Preparar la zona para la realización de las actividades de promoción, para comenzar a las 14:30 hrs.

-Realizar las actividades de promoción a través de una plática interactiva con los niños y los adolescentes con una duración de 30 minutos.

-Al terminar con la actividad de promoción se ordenará a los niños y se comenzará la actividad de prevención, esto se realizará con el apoyo del grupo de estudiantes que están previamente asignados por el coordinador del grupo de la siguiente manera:

- **1 Recepcionista que controlará el paso de tres menores por segmento.**
- **1 Encargado de la enfermería, que proporcionará los materiales respectivos para cada actividad.**
- **5 Promotores para la realización de Historias Clínicas**
- **4 Promotores que aplicarán la tableta reveladora para la detección de placa dentobacteriana y enseñar Técnica de cepillado a cada uno de los menores.**
- **6 Promotores para la realización de Profilaxis, trabajarán por parejas, ya que, uno apoyará la cabeza del niño y otro realizará la profilaxis.**

- 3 Promotores para la aplicación de Selladores de Fosetas y Fisuras, asignado uno para la aplicación de los selladores, otro proporcionara el material (trabajo a cuatro manos) y un tercero para apoyar la cabeza de los niños; esta actividad se les aplicará sólo a los menores que así lo requieran.
- 6 Promotores para la Aplicación Tópica de Fluoruro, distribuidas por parejas de la misma manera que en realización de las profilaxis, esta actividad se le aplicará a todos los niños y adolescentes de la Fundación.

8.4 RECURSOS.

8.4.1 Recursos Humanos.

- 30 Niños
- 16 Adolescentes
- 1 Tesista
- Director de Tesina C. D.
- 2 Asesoras
- Grupo de 20 estudiantes del Grupo 1006 de la Facultad de Odontología.
- Personal de la Institución.

8.4.2 Recursos Físicos.

- Instalaciones de la Institución
- Mobiliario como sillas, mesas y baños de la Institución
- 3 Motores de baja velocidad

8.4.3 Recursos Materiales.

- 60 copias de Historias Clínicas
- 60 Tabletas reveladoras
- 60 Cepillos de Profilaxis
- 3 paquetes de rollos de algodón
- 1 paquete grande de algodón
- 100 gasas
- 100 Isopos
- 100 Abatelenguas
- 60 juegos de 1x 4
- 100 cubrebocas
- 100 pares de guantes
- 100 vasos
- 100 campos operatorios
- 50 recipientes plásticos que funcionaran como godetes
- 1 frasco de Fluoruro gelificado
- 1 tarro de Pasta Abrasiva
- 1 Paquete de Selladores de Fosetas y Fisuras
- 1 Pasta dental
- 25 Contrangulos
- 50 Cepillos dentales respectivamente para niños y adolescentes.

8.4.2 Recursos Físicos.

- Instalaciones de la Institución
- Mobiliario como sillas, mesas y baños de la Institución
- 3 Motores de baja velocidad

8.4.3 Recursos Materiales.

- 60 copias de Historias Clínicas
- 60 Tabletas reveladoras
- 60 Cepillos de Profilaxis
- 3 paquetes de rollos de algodón
- 1 paquete grande de algodón
- 100 gasas
- 100 Isopos
- 100 Abatelenguas
- 60 juegos de 1x4
- 100 cubrebocas
- 100 pares de guantes
- 100 vasos
- 100 campos operatorios
- 50 recipientes plásticos que funcionaran como godetes
- 1 frasco de Fluoruro gelificado
- 1 tarro de Pasta Abrasiva
- 1 Paquete de Selladores de Fosetas y Fisuras
- 1 Pasta dental
- 25 Contrangulos
- 50 Cepillos dentales respectivamente para niños y adolescentes.

8.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Sábado 13 de Abril del 2002.

- 1. Llegada a las 13:00 hrs., para solicitar las zonas donde se nos permitirá implementar el programa.**
- 2. Preparar las áreas en donde se realizaran las actividades de promoción y prevención, la cual será la sala de video.**
- 3. Comenzar con la Actividad de Promoción a las 14:30 hrs., que consta de cárteles informativos acerca de Técnica de cepillado, Hábitos de alimentación adecuados y Visitas periódicas al dentista para la Aplicación tópica de fluoruro para prevenir caries.**
- 4. Realizar las Actividades de Prevención a las 15:00 hrs. , previa designación de los cargos a desempeñar que incluye:**
 - 5 Promotores realizarán Historias clínicas**
 - 4 Promotores aplicaran la tableta reveladora y enseñaran Técnica de cepillado a cada menor.**
 - 6 Promotores realizarán Profilaxis .**
 - 3 Promotores colocarán Selladores de Fosetas y Fisuras a los menores que así lo requieran.**
 - 6 Promotores realizarán la Aplicación Tópica de Fluoruro a todos los menores.**
- 5. Concluir las actividades a las 18:30 hrs.**
- 6. Limpiar y acomodar el inmobiliario de las áreas en donde se realizó el programa.**
- 7. Les di las gracias al personal de la Fundación por las facilidades otorgadas para la implementación del programa y me retire.**

9. RESULTADOS.

La implementación del Programa de Salud Bucal dirigido a los niños y adolescentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P., proporcionaron los datos acerca de la incidencia y prevalencia de caries presente en los menores .

Los índices de caries CPO y ceo fueron bajos, en el sexo femenino fué del 25% y en el sexo masculino del 30%, ésto gracias al servicio de atención dental curativo que reciben los menores en la UNITEC.

La edad, el grado escolar y la cantidad de veces que se cepillan los dientes los menores no influye de manera significativa en la salud bucal, ya que la mayoría ha recibido información acerca del cuidado de sus dientes.

A continuación se mostrarán las tablas con todos los porcentajes de las variables del estudio.



TABLA 1

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DEL ceo DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
MASCULINO 23	0.26
FEMENINO 12	0.58
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DEL ceo DE TODA LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
ceo	.024

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE DIENTES SANOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
MASCULINO 23	8
FEMENINO 12	12.5
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	0.58

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE DIENTES CARIADOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
MASCULINO 23	2.5
FEMENINO 12	3.5
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	0.17

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE DIENTES EXTRAÍDOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
MASCULINO 23	1.5
FEMENINO 12	0.5
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	0.05

TABLA 6

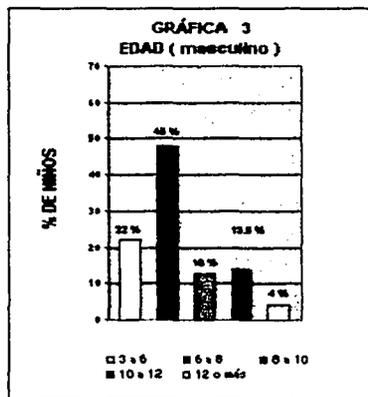
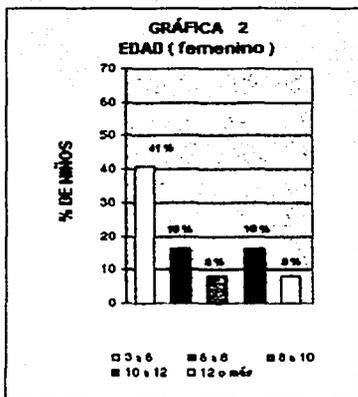
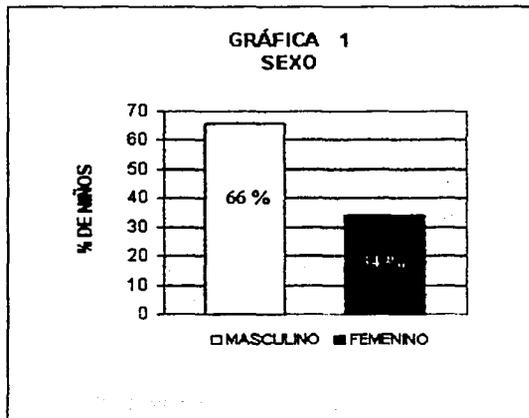
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE DIENTES OBTURADOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
MASCULINO 23	2
FEMENINO 12	3
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	0.14

TABLA 7

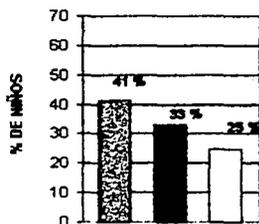
DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DEL ceo POR COMPONENTE			
	c	e	o
MASCULINO 23	2.5	1.5	2
FEMENINO 12	3.5	0.5	3
100 % DE LA POBLACIÓN TOTAL 35	0.17	0.05	0.14

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO

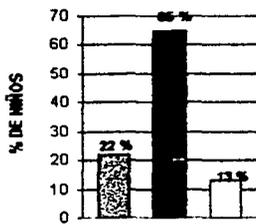


GRÁFICA 4
GRADO ESCOLAR (femenino)



■ Kinder ■ Primaria □ Secundaria

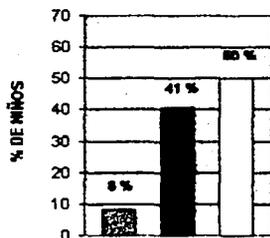
GRÁFICA 5
GRADO ESCOLAR (masculino)



■ Kinder ■ Primaria □ Secundaria

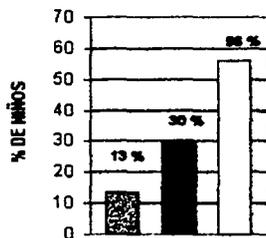
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 6
DE CEPILLADAS (femenino)



■ 1 vez ■ 2 Veces □ 3 Veces

GRÁFICA 7
DE CEPILLADAS (masculino)



■ 1 vez ■ 2 Veces □ 3 Veces

10.CONCLUSIONES.

La realización del Programa de Salud Bucal dirigido a los niños y adolescentes de la Fundación Familiar Infantil I.A.P., a pesar del corto tiempo disponible para su realización, cumplió con los objetivos planteados, ya que los niños y los adolescentes mostraron gran interés en el cuidado de su salud bucal.

El trabajar en esta Institución fue una experiencia nueva de gran valor porque a pesar de ser niños y adolescentes físicamente normales, su perfil psicológico es muy similar al de un niño que no vive su situación, esto gracias al gran apoyo y estímulos que reciben por parte de todo el equipo de trabajo que integran la Institución.

Por esto es que el granito de arena que significó este programa ahora, les proporcionó actividades educativas y dinámicas sobre el autocuidado de su salud bucal y general, sea en un futuro no muy lejano una actividad requerida y necesaria para la Institución, ya que proporcionará el desarrollo de nuevos programas enfocados a la prevención de Enfermedad Bucal.

Las metas a corto plazo no es posible obtenerlas, ya que requieren tiempo, pero a través del diagnóstico temprano de las lesiones cariosas iniciales, se logrará obtener un conteo de la incidencia y prevalencia de caries, canalizando así a los menores a recibir la atención de un tratamiento adecuado que justifique la implementación de programas de prevención de caries dirigidos a los niños y adolescentes.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. BAER. P. Enfermedades parodontales en Niños y Adolescentes, Buenos Aires, Editorial Mundi, 1975.
2. CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, Editorial Porrúa, 2000.
3. DE PAOLA. Odontología Preventiva, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1981.
4. EVALUACIÓN PARA EL PLANTEAMIENTO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, Serie Paltex, No. 8, O.P.S., 1990
5. GLICKMAN Carranza. Periodoncia Clínica, Editorial Mc-Graw Hill, 1992.
6. GREENE, W.H. Educación para la Salud, Editorial Interamericana, 1990.
7. MANUAL ADMINISTRATIVO DE LA FUNDACIÓN FAMILIAR INFANTIL I.A.P.
8. NEWMAN , Bárbara. Desarrollo del niño, Editorial Limusa, 1991.
9. SERRANO González, María. Educación para la Salud y Participación Comunitaria, Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, 1990.
10. ZIMBRÓN, Levy Antonio y FEINGOLD Steiner Mirella. Odontología Preventiva: Conceptos básicos, Editorial CRM, 1993.