



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCODENTAL DIRIGIDO A NIÑAS DE EDUCACIÓN
PRIMARIA “CASA HOGAR LAS NIEVES, A. C.”
TLALPAN. 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

CELIA PAOLA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA: C. D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORES: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ

OCAMPO

C. D. MARIO HERNÁNDEZ PÉREZ

MÉXICO, D. F.

2006.



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.

A mi padre:

Gracias por todo lo que me has dado, pero principalmente por ser mi papá, ese papá que me ha dado tanto cariño, amistad y apoyo incondicional durante toda la vida, gracias por brindarme la oportunidad de formarme como profesionalista.

A mi madre:

A ti te agradezco por tu inmenso amor, por tu presencia en todo momento y por esas palabras de aliento que siempre me has brindado, gracias mami por haber hecho de mí la persona que ahora soy.

A mi hermano:

Gracias por tu paciencia, por ser como eres, te quiero.

A mi abuelita Celia:

Por ser esa estrella que siempre ilumina mi camino, gracias por estar siempre conmigo.

A mi amiga María Antonieta:

Gracias por enseñarme el significado de la amistad, por estar siempre a mi lado para ayudarme en todo momento.

A ti C. D. María Elena Nieto:

Gracias por toda la ayuda y sabiduría brindada a lo largo de mi carrera y por el apoyo incondicional para lograr llegar a la meta.

ÍNDICE

Introducción

1. Antecedentes	7
2. Historia Casa Hogar las Nieves	12
3. Marco teórico	14
3.1 Caries dental	14
3.2 Enfermedad periodontal	16
3.2.1 Placa dentobacteriana	16
3.2.2 Cálculo dental	17
3.2.3 Gingivitis	18
3.2.4 Periodontitis	18
3.3 Índices epidemiológicos	19
3.3.1 CPO	20
3.3.2 CPO (D)	20
3.3.3 ceo (d)	22
3.3.4 Índice de higiene bucal de Love	22
3.4 Hábitos	24
3.4.1 Hábitos bucales	25
3.4.2 Succión digital	25
3.4.3 Hábito de labio	28
3.4.4 Onicofagia	30
3.5 Métodos de prevención en odontología	31
3.5.1 Higiene bucodental	31
3.5.2 Técnicas de cepillado	31
3.5.3 Técnica de barrido o de Stillman	32
3.5.4 Técnica vibratoria o de Bass	33
3.5.5 Auxiliares en la higiene bucodental	34
3.5.5.1 Cepillo dental.....	34
3.5.5.2 Dentífrico.....	35
3.5.5.3 Agentes reveladores de placa.....	36

3.5.5.4	Fluoruro.....	36
3.5.5.5	Hilo dental.....	37
3.5.5.6	Enjuagues bucales.....	38
4.	Planteamiento del problema	40
5.	Justificación	40
6.	Objetivos	41
6.1	Objetivo general	41
6.2	Objetivo específico	41
7.	Metodología	41
7.1	Material y método.....	41
7.2	Tipo de estudio	41
7.3	Población.....	42
7.4	Tamaño de la muestra	42
7.5	Criterios.....	42
7.5.1	Criterios de inclusión.....	42
7.5.2	Criterios de exclusión.....	42
7.6	Variables.....	42
7.6.1	Variable independiente.....	42
7.6.2	Variable dependiente.....	42
7.7	Análisis de la información.....	42
7.8	Recursos.....	43
7.8.1	Humanos.....	43
7.8.2	Materiales.....	43
7.8.3	Financieros.....	43
8.	Programa de salud bucodental.....	44
8.1	Contenido temático.....	44
8.2	Metas.....	44
8.3	Estrategias.....	44
8.4	Límites del programa.....	45
8.4.1	De espacio.....	45
8.4.2	De tiempo.....	45
8.5	Actividades.....	45

9. Resultados.....	50
10. Conclusiones.....	65
11. Bibliografía.....	66
12. Anexos.....	68

INTRODUCCIÓN

La caries dental, representa un problema de salud pública que afecta a toda la población. Se ha observado que a pesar de los esfuerzos que han realizado la secretaria de salud y las instituciones educativas para disminuir este problema de salud, no se han obtenido los resultados deseados.

Es por ello, la necesidad de implementar programas de educación para la salud bucal, dirigidos a poblaciones más vulnerables, es decir los que tienen mayor riesgo de presentar enfermedades bucodentales.

En el presente trabajo, se diseñó y se llevó a cabo un programa de salud bucodental, dirigido a la Casa Hogar las Nieves A. C. en esta casa hogar se encuentran niñas y adolescentes con problemas familiares. Las niñas y adolescentes no cuentan con la orientación adecuada para el cuidado de su salud, ni tampoco la reciben de sus familiares, por ello la necesidad de que el programa se lleve a cabo de manera permanente.

1. ANTECEDENTES

Varios países de Latinoamérica; han participado en reuniones internacionales para llevar a cabo acciones de atención primaria en salud en la cual se incluyen los programas de educación para la salud bucal.

Siguiendo con esta inquietud la Facultad de Odontología en colaboración con la Secretaria de Salud y Educación del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, en Argentina; llevó a cabo un programa de salud en el año de 1980 en tres escuelas, dirigido a alumnos preescolares y escolares, donde se analizaron medidas y programas preventivos.

Los resultados y comparaciones permitieron seleccionar modelos de atención, que posteriormente fueron aplicados en zonas urbanas, suburbanas y rurales. En este programa se hizo énfasis en la promoción y prevención de la salud.

El objetivo del programa fue mejorar la salud bucodental de preescolares y escolares con la aplicación de un modelo de atención, orientado a la promoción y prevención, a partir del enfoque de riesgo en el marco de la articulación docencia e investigación.

En la actualidad (2006), los escolares reciben el modelo de atención odontológica enfocado en la promoción y prevención hasta el alta básica, llevando a los escolares a una disminución de problemas bucodentales.¹

Por otro lado el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, creó en el año de 1995, el programa "Escuela Saludable". El objetivo del programa fue contribuir al logro de un mejor estado de salud de la población preescolar y escolar de escuelas rurales y urbanas.

Las acciones de promoción y educación en salud que realizaron fueron:

- En promoción y educación en salud, se ejecutaron 12,500 capacitaciones a la población escolar y 130,860 pláticas educativas dirigidas a escolares, docentes, padres y madres de familia. En atención

odontológica, se dieron 12,753 atenciones. Este programa se sigue llevando a cabo hasta la fecha con gran éxito.²

Armando Rodríguez Calzadilla y Valente Saldivar en la Habana, en Cuba, en el año de 1999 llevaron a cabo un estudio epidemiológico, con la finalidad de implementar un sistema de vigilancia que permita identificar y realizar acciones sobre los problemas que afectan la salud bucal de la población.

En la actualidad se lleva a cabo el programa de atención primaria, pero no se han publicado los resultados.³

La subsecretaría de salud de la provincia Neuquén en Argentina, en el año 2000, estableció un programa que se lleva a cabo en la actualidad en los establecimientos de su dependencia, y éstos son llevados a cabo con la programación local, así mismo se realiza la evaluación y el monitoreo continuo de las actividades. A partir de estos lineamientos de orden general, las zonas sanitarias, y dentro de ellas los hospitales y centros de salud, diseñan y ejecutan programas en los que su población objetivo son:

- Niños menores de seis años.
- Madres, docentes, agentes sanitarios y otros factores de la comunidad.

El objetivo general del programa es:

- Reducir los riesgos asociados a caries y enfermedad periodontal en la población menor a seis años.

Las actividades principales son:

Indicación de flúor por ingesta, según norma.

Control de placa dentobacteriana mediante:

- Enseñanza a las madres de técnicas de remoción de placa dentobacteriana.
- Enseñanza de técnicas de cepillado y asesoramiento en la dieta a docentes de nivel inicial, agentes sanitarios y niños preescolares.⁴
- Aplicación de fluoruro tópico y cepillado dental.

Los resultados obtenidos hasta el año 2005 son: 80% de las madres aprendieron la técnica de cepillado. La población escolar alcanzó un 76% en el conocimiento de las técnicas de cepillado dental y un 70% en el dominio de la misma.⁴

El programa Interinstitucional “Educación Saludable” (PIES), fue puesto en marcha en el año 2002 en México, y busca efectuar acciones de prevención, detección y promoción de la salud en escuelas de nivel preescolar y escolar. Hasta agosto de 2004, se habían incorporado un total de 22 mil 569 escuelas de las que más de 3 mil habían sido certificadas como saludables y seguras.

El programa interinstitucional “Educación Saludable”, ha identificado a la población infantil como una de sus poblaciones prioritarias de las políticas públicas y de salud. En colaboración con la Secretaria de Educación Pública, este programa esta promoviendo, entre otros aspectos la salud bucal.

El objetivo de este programa es crear en planteles escolares y en los primeros años de vida, una cultura de autocuidado, y conductas que beneficien a la sociedad.⁵

Gonzalo Hernández en la ciudad de Nuevo León, en México en el 2003 llevó a cabo un estudio observacional, transversal y analítico, en el cual se consideraron a escolares de 8 a 12 años de un estrato social bajo. El número de escolares fue de 53. El promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados por caries en la población estudiada fue de 3.9. En este estudio se señaló que el promedio de índice CPO (D) va aumentando con la edad, ya que a los 6 años fue de 2.7, y a los 12 años fue de 6. El promedio del índice de higiene oral simplificado fue de 1.09 para la población estudiada. De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio se observa la necesidad de implementar programas de educación

para la salud, sobre todo a grupos vulnerables o con menores recursos económicos.⁶

Cuba, un país preocupado por la salud bucal de su población realizó un estudio de intervención grupal educativa, denominada “Salud a pedir de boca”, para modificar conocimientos sobre salud bucal en 68 alumnos de tercer y cuarto grado de la Escuela Primaria “Josué País” del municipio de Santiago, en enero de 2003 a enero de 2004, a los escolares se les aplicó un cuestionario para determinar sus conocimientos sobre la salud bucal antes y después del estudio, para medir cambios significativos antes y después de la acción educativa. Se logró que 88.24% de los alumnos adquirieran conocimientos adecuados, en relación a su salud bucal de modo que las diferencias observadas antes y después de la intervención fueron altamente significativas, revelando que el mecanismo empleado demostró ser eficaz al obtener resultados satisfactorios en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal.⁷

En el año 2004 el DIF municipal Ocoyoacac, propone la cartilla de salud bucal como un instrumento técnico, normativo y educacional en el desarrollo y control de los programas de prevención y fomento de la salud bucal de la población infantil, aunado al Programa Nacional de Salud Bucal.

De acuerdo con este programa, se plantea como compromiso social a la población de Ocoyoacac, la implementación de la cartilla de salud bucal, que pretende valorar el beneficio y operatividad de dicho instrumento entre la comunidad infantil y profesional del área odontológica.

Se puso a prueba piloto la cartilla de salud bucal, para saber el beneficio y el impacto que causa este instrumento a la población en comunidades del municipio de Lerma. Posteriormente se aplicó a niños de preescolar y primaria en el municipio de Ocoyoacac. Este proyecto se pretenderá extender a toda la población infantil del municipio de Ocoyoacac.⁸

En la actualidad, no se encontró, información en relación a la propuesta en el municipio, así como los resultados obtenidos.⁸

Es importante destacar los programas que en salud bucodental se llevan a cabo en las unidades académicas; como es el caso del Cuerpo Académico de Salud bucal infantil, de la Unidad Académica de Odontología en Guadalupe, Zacatecas, México en 2005, están desarrollando el proyecto de investigación y los factores determinantes del estado nutricional y de salud bucal de preescolares del municipio de Guadalupe, Zacatecas, para así poder integrar programas de salud bucal individual y colectivos, en beneficio de los grupos de mayor riesgo.

El objetivo general, es determinar el estado de nutrición y de salud bucal e identificar los factores de riesgo para elaborar los perfiles epidemiológicos de trastornos de la nutrición y de caries dental de preescolares de 3 a 5 años, como base para el diseño de los programas se tomó en cuenta la atención, prevención y educación para la salud, orientados a mejorar la calidad de vida de la población, enfocado a preescolares y sus madres.⁹

2. HISTORIA

Casa Hogar Las Nieves A. C.

El hogar las Nieves A. C. dirigido por las religiosas de la congregación el Buen Pastor, solidarias con la problemática de la ciudad de México, desde hace más de 40 años, brinda acogida a niñas y jóvenes en situación de riesgo.

Compartiendo la vida con 50 niñas y adolescentes, provenientes de familias desintegradas y de bajos recursos, y que además tienen necesidad de seguridad y cariño; porque en el medio en el que viven corren el peligro de ser agredidas.

En el 95% de los casos en la casa hogar sólo cuentan con el apoyo de la madre, las cuales tienen que trabajar para poder solventar los gastos de sus hijos, lo que afecta el estado emocional de las niñas, por falta de cariño y seguridad, además de impedir su desarrollo personal.

El objetivo principal de la asociación es proporcionar a las niñas y adolescentes una formación integral y personalizada, que las lleve a ser vínculo de unidad e identidad para que vayan formando su futuro con mayor plenitud, y de esta manera se eviten daños mayores hacia ellas y a la sociedad, ya que por sus características personales, familiares y ambientales, pueden llegar a sumarse a la gran cantidad de niñas de la calle; en la casa hogar, se les brinda alimentación y educación primaria, además de la formación moral y espiritual, por otro lado se les brinda seguridad y se les trata de integrar a sus familias, para que puedan crecer en un ambiente sano.

Las niñas y adolescentes permanecen en la casa hogar cinco días de la semana, el viernes por la tarde salen a reunirse con sus familiares, con la finalidad de no perder contacto y evitar un descontrol familiar e inadaptación social.

La meta de la casa hogar Las Nieves A. C., es principalmente brindar a las niñas y adolescentes una vida digna, rompiendo con ello una secuencia de maltrato.¹⁰

Gracias al apoyo y solidaridad de muchos benefactores, esta institución ha estado por largos años al servicio de las niñas y adolescentes con desintegración familiar.¹⁰

3. MARCO TEÓRICO

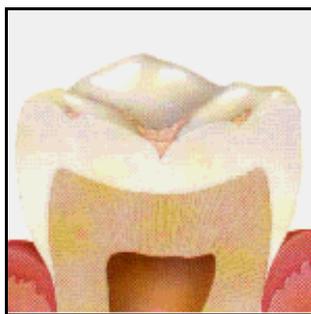
3.1 Caries dental

La caries es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros de las piezas dentales, originada por los ácidos producidos por las bacterias de la placa dentobacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta.¹¹

Los hidratos de carbono ingeridos en la dieta (ejemplo: azúcar, chocolate, bebidas de cola) son metabolizados en la cavidad bucal por las bacterias. El resultado de este proceso genera ácidos que atacan la superficie de las piezas dentales.¹²

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, de manera general, es un conjunto de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a las piezas dentales y encías.¹³

La característica principal de esta enfermedad, es la formación de cavidades en las piezas dentales. La enfermedad da inicio en la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.



Fuente: <http://www.caries.info/cariologia.htm>

El progreso de la enfermedad es variable, ya que puede desarrollarse en sólo unos meses o puede requerir de varios años para su formación.¹⁴

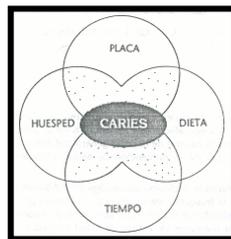
Etiología de la caries

La caries dental es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de tres factores.

Keys, en 1969, reportó que para que se inicie el proceso carioso es necesario la presencia del huésped, la bacteria y la dieta, posteriormente en 1978, Newbrun introduce un nuevo factor, el tiempo, el cual viene a esclarecer de una manera más precisa en el proceso de formación de la caries dental.

Gracias a la interacción de los factores etiológicos se evidenciará clínicamente la caries dental.¹¹

Relación de los factores etiológicos de la caries dental



Fuente: Sogbe R. Conceptos básicos en odontología pediátrica

Factores etiológicos de la caries dental

Factor huésped: diente susceptible.

La susceptibilidad de las piezas dentales esta asociada a diferentes factores como:

- Defectos estructurales como las fosetas y fisuras profundas en caras oclusales, vestibulares y linguales.
- Piezas dentales mal alineadas y apiñadas que dificultan el acceso a una buena higiene oral, ya que en ellas se acumula gran cantidad de placa dentobacteriana.¹¹

- Las piezas dentales recién erupcionadas presentan un esmalte menos maduro y por lo tanto más susceptibilidad a caries dental.

Factor agente: placa dentobacteriana, es considerada el principal factor etiológico capaz de producir tanto caries dental como enfermedad periodontal.

Factor sustrato: se ha demostrado que una dieta rica en carbohidratos refinados en especial la sacarosa, aumenta la actividad cariogénica de la placa dentobacteriana.¹¹

El azúcar consumido en la dieta es utilizado por las bacterias como alimento, favoreciendo la producción de ácidos y la disminución del ph en la saliva.¹⁵

Factor tiempo: es importante la frecuencia y el tiempo que los carbohidratos permanecen adheridos. Debido a que el ph de la placa dentobacteriana permanece a niveles cariogénicos hasta 30 minutos después de la ingestión de carbohidratos, la repetida ingesta de ellos da como resultado el continuo ataque de los ácidos sobre el esmalte.¹¹

3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a los tejidos blandos y a la estructura de soporte de las piezas dentales. La bacteria presente en la placa dentobacteriana es la causante de la enfermedad periodontal. Si no se retira, frecuentemente con el cepillo y el hilo dental, la placa dentobacteriana se endurece y se convierte en un material duro y poroso llamado cálculo dental (también conocido como sarro).¹⁶

3.2.1 Placa dentobacteriana

La placa dentobacteriana es un material blando, bacteriano, adherente, compuesto por microorganismos que se adhieren firmemente a las piezas dentales. La placa dental se ha considerado como el principal factor

etiológico capaz de producir tanto caries dental como enfermedad periodontal.



Fuente: Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia

Esta placa dentobacteriana se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y a las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios.¹⁶

3.2.2 Cálculo dental

El cálculo dental es el depósito de sales, calcio y fósforo que se adhiere a la superficie dental, debido a la carencia de una higiene adecuada.

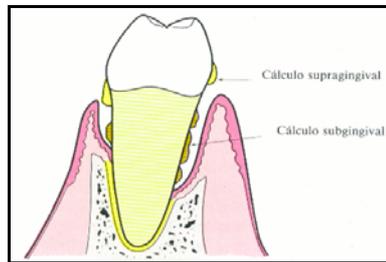
El cálculo dental se localiza en el surco formado por la encía y el diente, aumenta su acumulación hasta llegar a la superficie dental, y puede producir la retracción de la encía (el cálculo dental se forma con la placa dentobacteriana).^{16, 17}

Según su localización puede clasificarse en:

Supragingival: Es visible y se localiza en la región coronal del margen gingival, generalmente en la cara lingual de los dientes anteriores inferiores y vestibular de los molares superiores. Es de un color blanquecino amarillento y su consistencia es blanda. Esta poco adherido a la superficie dentaria por lo que se desprende con facilidad.^{18, 19}

Subgingival: Es el cálculo dental que se deposita por debajo del margen gingival en el surco o en la bolsa periodontal y no es visible a simple inspección clínica. Es duro y de color pardo oscuro a negro. Su

consistencia firme a la superficie dentaria, hacen que sea más difícil su desprendimiento.^{18, 19}



Fuente: Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia

3.2.3 Gingivitis

La gingivitis es la inflamación de la encía afecta únicamente los tejidos gingivales y no ha causado la destrucción del ligamento periodontal, cemento, o hueso alveolar.

Se presenta como una banda de color rojo brillante a lo largo de la encía marginal, puede acompañarse de eritema difuso puntiforme de la encía insertada y alveolar. Si bien muestra tendencia al sangrado, no existe ulceración, ni bolsas periodontales y tampoco pérdida de la unión periodontal.¹⁶



Fuente: Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia

3.2.4 Periodontitis

La periodontitis es la inflamación del periodonto donde se ha producido la destrucción del hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal, al igual que la de los tejidos gingivales.¹⁶

La periodontitis, se caracteriza por la pérdida de tejidos blandos y de la unión periodontal, así como por destrucción ósea.¹⁶



Fuente: Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia

3.3 ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

Un índice epidemiológico, es un valor numérico que calcula la prevalencia o manifestación relativa del estado clínico. Se cuantifica sobre una escala graduada, de los estados clínicos, facilitando de esta manera la comparación entre grupos de poblaciones examinadas a través de criterios y métodos iguales del verdadero estado clínico, facilitando la comparación entre grupos.

Prevalencia: es aquella proporción de personas afectadas por una enfermedad en un momento específico.

Incidencia: es la frecuencia de manifestación de la nueva enfermedad en una población durante un intervalo determinado.

Un índice epidemiológico debe de ser: a) fácil de usar, b) permitir explicar el examen a una variedad de personas en un lapso breve, c) definir de una manera objetiva el estado clínico, d) ser sujeto al análisis estadístico y e) mostrar un nexo numérico, y sólido con las etapas clínicas de la enfermedad específica en investigación. La calibración o estandarización respecto del uso de los criterios de un índice por un examinador, es necesario para garantizar la confiabilidad de los resultados.²⁰

3.3.1 Índice CPO

El objetivo de este índice es determinar el total de piezas dentales con experiencia de caries presente y pasada. Además el índice muestra el número de personas afectadas por caries dental, el número de piezas dentales que requieren de tratamiento y la proporción de piezas dentales que han sido tratadas.

Los índices para identificar la caries dental más usados son los siguientes: para piezas dentales permanentes son el CPO (D) (cariado, perdido y obturado – diente) y el CPO (S) (cariado, perdido y obturado – superficie) y para piezas temporales son el ceo (d) (cariado, extraído y obturado – diente) y el ceo (s) (cariado, extraído y obturado – superficie). Cuando existe dentición mixta, se emplean los dos índices por separado, cada uno para su respectiva dentición.²¹

3.3.2 Índice CPO (D)

Este índice fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños de escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935.

Este índice se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de caries dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, ya que toma en cuenta las piezas dentales con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se consideran solo 28 piezas dentales.²⁰

Criterios de diagnóstico

Sano. Una corona se registra como sana, si no muestra signo de caries clínica tratada o sin tratar.

Caries dental. Se registra la presencia de caries, cuando una lesión esta presente en una foseta o fisura, o en una superficie dental suave o

reblandecida, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared ablandada. También debe incluirse en esta categoría a piezas dentales con una obturación temporal o una pieza dental obturada, pero también cariada. En caso de duda la caries no debe registrarse como presente.

Obturado. Se considera que una corona esta obturada cuando se hayan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

Perdido por caries. Se utiliza esta clave para las piezas dentales permanentes o temporales que se han extraído por la presencia de caries. Pieza dental perdida por causa diferente a caries. Esta clave se utiliza para las piezas dentales permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodóncicos o por periodontopatias y traumatismos, entre otros.

Obturación de fosetas y fisuras. Se utiliza esta clave para las piezas dentales en los que ha sido colocado un sellador de fosetas y fisuras en la superficie oclusal, vestibular y lingual de molares, o la cara palatina de incisivos superiores.

Soporte de prótesis, corona o funda. Se incluye esta clave en el estado de la corona, para indicar que un diente forma parte de una prótesis. Esta clave también puede emplearse para las coronas colocadas por motivos distintos a la caries.

Diente no erupcionado. Esta clasificación esta limitada a las piezas dentales permanentes y se utilizan sólo para un espacio dental, en el cual hay un diente permanente sin erupcionar, pero en ausencia de un órgano dentario primario.²¹



Fuente: directa

3.3.3 Índice ceo (d)

Es el índice adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera que el CPO (D), pero considerando las piezas dentales temporales cariadas, extraídas y obturadas. Son consideradas 20 piezas dentales.²⁰

3.3.4 índice de higiene bucal de Love

Este índice fue elaborado con el objetivo de detectar los niveles de placa dentobacteriana existente en las superficies de las piezas dentales tanto de la dentición primaria, como la permanente.



Fuente: directa

1. Para detectar la placa dentobacteriana, se utilizan agentes reveladores de placa dentobacteriana (tabletas), se le indica al paciente triturarla con las superficies oclusales y con la lengua expandir por todas las superficies dentales.
2. Con ayuda del espejo se comprueban las superficies de las piezas dentales que han sido teñidas por la sustancia reveladora y se registra con un punto de color rojo en el diagrama del formulario.
3. Las piezas dentales ausentes se indican en el diagrama con una línea horizontal azul.
4. Las piezas dentales que no han sido teñidas por la solución reveladora, se señalan con un punto azul.²²

PORCENTAJE: _____ %

FECHA: _____

TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

Fuente: Historia clínica de periodoncia. F. O. UNAM

5. Los terceros molares no se incluyen en el análisis por no ser dientes pilares de prótesis.

Se suman todas las superficies teñidas y se dividen entre el total de superficies examinadas, se multiplica por 100, la cifra obtenida será el resultado, por lo tanto este será el índice de análisis de higiene bucal de Love.

El índice es evaluado de la forma siguiente:

- De 0 a 14 %: excelente.
- Del 14 al 20 %: bien.
- Del 20 al 30 %: regular.
- Más del 30 %: mal.²²

3.4 HÁBITOS

Un hábito es cualquier acto adquirido por la experiencia y realizado regular y automáticamente.

El concepto de hábito ha sido emitido por diversos autores:

Thomson, citado por Raymond Pauley, establece que el hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción de todo inconsciente.

Langford señala otro concepto de hábito, y lo define como una manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos.

Por otro lado Rubinstein, define el hábito como a un componente automatizado consciente del hombre que elabora dentro del proceso de su ejecución.

Aunque de manera diferente, estas definiciones engloban una misma idea, se puede establecer que un hábito es:

- Un patrón de conducta fijado por repetición.
- Una manera de actuar que se fija por el entretenimiento.
- Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.¹¹

3.4.1 Hábitos bucales

Son definidos como vías de desfogue emocional.

La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años de edad, es un dato importante dentro del examen clínico. Tal costumbre ya no se considera normal en los niños próximos al fin de ésta categoría de edades.¹¹

3.4.2 Hábito de succión digital

Los efectos nocivos del hábito de succión digital, varía ampliamente, generalmente se concuerda que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas dentales, pero si el hábito persiste durante el periodo de dentición mixta (6 a 12 años) pueden producirse varios desplazamientos.

Un hábito de succión digital puede causar diversos cambios dentales, lo cual depende de su intensidad, duración y frecuencia. La primera es la cantidad de fuerza aplicada a las piezas dentales durante la succión. La duración se refiere a la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo y la frecuencia es el número de veces que se realiza el hábito durante el día. La duración tiene la función más crítica en los movimientos dentales producidos por un hábito de succión digital.²³

La intensidad, es otro factor a considerar; debe remarcarse que la gravedad de las alteraciones dependerán de:

- Posición del pulgar dentro de la cavidad bucal.
- Acción de palanca que ejerce el dedo contra las piezas dentarias y el proceso alveolar.¹¹

Los estudios clínicos y experimentales, sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de aplicación de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. En consecuencia, el niño que succiona con gran intensidad y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental, mientras que otro niño succiona de manera persistente durante más de seis horas origina un cambio dental relevante.¹¹

Como signos clásicos de un hábito activo se señalan:

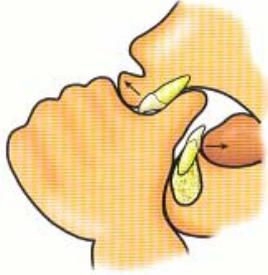
1. Mordida abierta anterior.
2. Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
3. Constricción maxilar.

La mordida abierta anterior, es la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores, se produce debido a que el dedo se apoya directamente en los incisivos.



Fuente: Vellini F. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica

El movimiento vestibulo-lingual de los incisivos depende de cómo se coloca el paciente el pulgar o el índice en la boca. Es muy común, que el dedo se coloque de tal modo que ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores, y de esta manera se ejerza una fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores hacia lingual, el resultado es un aumento de la sobremordida horizontal.²³

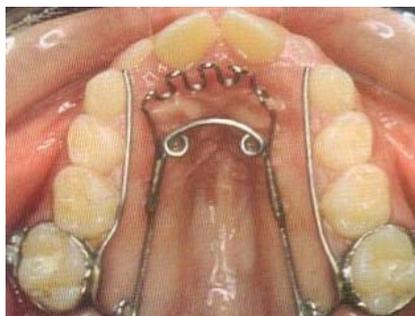


Fuente: Vellini F. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica

El hábito de succión digital provoca una constricción de la maxila y la mandíbula en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso alveolar.^{11, 23}

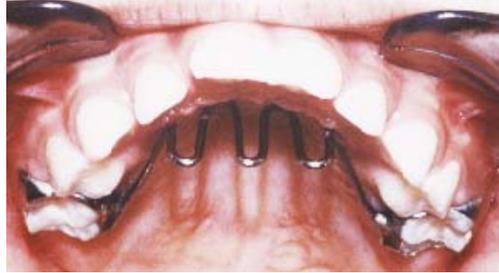
Si el hábito persiste, luego del tratamiento con recordatorios y recompensas, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos. Este tipo de tratamiento, requiere la colocación de un dispositivo en la cavidad bucal, que físicamente desaliente del hábito, es necesario informar a los padres y al niño que éste no es un castigo, sino un recordatorio permanente de que el dedo no debe ser introducido a la cavidad bucal.

Los dos dispositivos que se utilizan generalmente, son la llamada espira cuádruple (quad helix) y la rejilla palatina. El primero se emplea para ensanchar el arco superior estrecho. Al sentir la espira del aparato, el niño recordara que no debe chuparse el dedo.²³



Fuente: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/quad-helix.htm>

La rejilla palatina esta diseñada para interrumpir el hábito de succión digital al impedir la colocación del dedo y de la satisfacción de la succión.



Fuente: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/rejilla.htm>

Es necesario informar a los padres y a los pacientes que durante los primeros días, pueden llegar a presentarse alteraciones en los patrones de alimentación y fonación. Estas dificultades suelen disminuir en un lapso de tres días a dos semanas.²³

La terapia con dispositivos intraorales fijos ha demostrado ser una herramienta eficaz en la terapia de los hábitos de succión digital. La rejilla palatina es uno de los dispositivos más sencillos y mejor tolerados por los pacientes y contribuye a eliminar el hábito. Una vez que el hábito se ha corregido, el aparato debe continuar en la boca un promedio de 3 a 6 meses para disminuir sus opciones de regresión.^{23, 24}

También la espira cuádruple requiere de seis meses de tratamiento; se necesitan 90 días aproximadamente para corregir la mordida cruzada.²³

3.4.3 Hábito de labio (Queilofagia)

Este hábito se refiere a la manipulación de los labios y estructuras peribucales, este debe de medir los siguientes aspectos: la intensidad, frecuencia y duración.

La presentación más frecuente de succión de los labios, es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores. Se aplica una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular

sobre los superiores. Esto ocasiona inclinación vestibular de los dientes superiores y retroinclinación de los inferiores.²³



Fuente: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/rejilla.htm>

Para la corrección de este hábito se emplea una Placa Labiactiva o Lip bumper. Es un arco de alambre ortodóncico de 1.2 mm con la parte anterior revestida de acrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores o a una placa Hawley inferior. Su función consiste en impedir la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.²⁵



Fuente: Vellini F. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica

3.4.4 Onicofagia

La onicofagia se enmarca dentro de las respuestas motoras a un estado de tensión psíquica. La onicofagia se deriva, del griego onyx uña y phagein comer, se define como una costumbre de “comerse o roerse” las uñas con los dientes.²⁶

Es una alteración, que produce como consecuencia problemas a nivel dentario como son los desgastes de las piezas dentales, infecciones frecuentes en la boca (herpes) producto de este mal hábito.²³

La continua y reiterativa costumbre, ocasiona desgaste y astillamiento de los incisivos centrales superiores, piezas dentales de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados y aftas) sea frecuente.

El tratamiento puede estar diseñado entre el psicoterapeuta y el odontólogo. El primero pondrá en marcha, la terapia de modificación de conducta. El odontólogo elaborará un dispositivo el cual controlará cuando el paciente asiste a la consulta dental. La comunicación entre psicólogo y odontólogo será fluida a lo largo del proceso. Es esencial que el paciente este dispuesto a utilizar el dispositivo para corregir el hábito y de esta manera lograr abandonar el mordisqueo. El dispositivo es una férula de acetato parcial, de levantamiento de mordida que cubrirá premolares y primeros molares de ambas hemiarquadas.

Una vez colocada la férula en boca del paciente, queda una mordida abierta anterior que dificulta totalmente la acción de morderse las uñas.

Normalmente se da el alta a las catorce semanas, cuestión que hay que observar a los pacientes para que tomen conciencia del hecho y no pierdan su decisión.²⁶

3.5 MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

3.5.1 Higiene bucodental

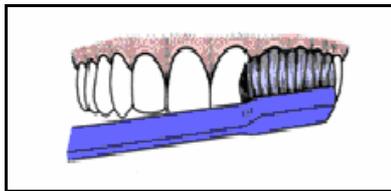
La placa dentobacteriana constituye un factor causal sumamente importante en la formación de caries dental y enfermedad periodontal.²⁷

Por lo tanto, es elemental eliminar a la placa dentobacteriana por medio de los siguientes métodos:

- a) Cepillado dental, encías y lengua.
- b) Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentales e irrigadores bucales.
- c) Dentífrico.
- d) Enjuagues bucales.

3.5.2 Técnicas de cepillado

Se menciona que cualquier técnica que sea capaz de generar desorganización de la placa dentobacteriana y que no lacere los tejidos blandos, será considerada como una buena técnica de cepillado.



Fuente: <http://www.odontocat.com/tecnicasplaca.htm>

El cepillado permite lograr la desorganización de las bacterias que forman la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- 1.- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- 2.- Limpiar aquellas piezas dentales que tengan restos de alimento.
- 3.- Estimular a los tejidos gingivales.¹¹

4.- Aportar cantidades de fluoruro dental al medio bucal por medio de dentífricos.

Todo este proceso debe realizarse con un cepillo suave y sin aplicar mucha presión ya que si se hace con fuerza se lesionarán las encías.¹¹

El cepillo dental debe llegar a todas las superficies dentales. Por ello es necesario hacerlo poco a poco y siguiendo un orden: es aconsejable empezar por las superficies externas, luego las internas y por último las masticatorias. El tiempo calculado para realizar la limpieza de modo óptimo es de aproximadamente cinco minutos.^{28, 29}

3.5.3 Técnica de Barrido o de Stillman

Como su nombre lo indica, esta técnica consiste en realizar un barrido vertical con el cepillo dental, mismo que se coloca a 45° de inclinación abarcando parte de la encía y "barriendo" desde ésta hacia el diente para lograr eliminar la placa dentobacteriana que se aloja en el surco gingival (surco que se forma en la unión entre diente y encía). Para los dientes de la arcada superior el barrido se hace hacia abajo y para los dientes de la arcada inferior hacia arriba. Las superficies oclusales o masticatorias de los molares y premolares se cepillan con movimientos ligeramente circulares.³⁰

Cepillado de la arcada dental superior



Fuente: <http://www.odontologiaestetica.com/cepillado>

Cepillado de la arcada dental inferior



Fuente: <http://www.odontologiaestetica.com/cepillado>

3.5.4 Técnica Vibratoria o de Bass

Esta técnica debe llevarse a cabo con una inclinación del cepillo, de 45° realizando movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes, pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Es una técnica muy recomendada en adultos. En la cara masticatoria de los molares, deben hacer movimientos para eliminar todos los restos de alimentos.³⁰

Cepillado de la lengua

El cepillado de la lengua, permite disminuir la presencia de los restos alimenticios y de la placa dentobacteriana.

La técnica correcta para cepillar la lengua, consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin provocar náuseas, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, el movimiento se repite de seis a ocho veces aproximadamente en cada área.²⁷



Fuente: <http://www.odontologíaestetica.com/cepillado>

Limpiador de lengua

Cuando no se tiene el hábito de limpiar la lengua, se observa en su parte media y posterior una capa o masilla blanquizca o amarillenta que acumulada a través del tiempo se hace espesa y gelatinosa; ésta es la que produce el mal aliento.³¹

El limpiador de lengua es un instrumento manual, simple como un cepillo dental. Actúa en toda la región superior de la lengua, retirando los restos de alimentos y bacterias principalmente donde el cepillo dental no alcanza.

El limpiador de lengua es recomendado para adultos y menores, tan pronto comiencen a cepillarse los dientes. Su uso reduce la formación de la placa dentobacteriana en la lengua, promueve una higiene oral y un aliento fresco. En el 90% de los casos, de mal aliento tienen origen en la lengua.³¹

3.5.5 Auxiliares en la higiene bucodental



Fuente: <http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

3.5.5.1 Cepillo dental

La tendencia a utilizar cepillos relativamente pequeños y de mango recto con dos o tres hileras de diez a doce penachos de fibras de nylon; debe ser de consistencia suave con los extremos de las cerdas redondeadas. Un cepillo pequeño permite alcanzar todas las superficies dentarias, las fibras sintéticas o de nylon no tienen mayor desgaste como las naturales y recuperan más rápido su elasticidad después de ser utilizadas. Los penachos separados permiten una mayor acción de las fibras, ya que pueden arquearse y llegar a zonas que no alcanzaría el cepillo, éste a su vez debe tener extremos redondeados y ser blando para evitar lastimar la encía.¹¹

Se sugiere que el cepillo dental sea remplazado aproximadamente cada tres meses, debido a que un cepillo en mal estado, sólo irritará las encías y no limpiará adecuadamente.²⁸

3.5.5.2 Dentífricos

El dentífrico es una sustancia para limpiar las caras accesibles de las piezas dentales.

El dentífrico contribuye a la eliminación de la placa dentobacteriana, por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda una sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta.

Se ha comprobado clínicamente que el uso del dentífrico con fluoruro, tanto en adultos como en niños, cuando es utilizado correctamente es efectivo en el control y la prevención de la caries dental.

El uso del dentífrico con fluoruro en niños menores de 6 años, debe ser siempre supervisado por adultos ya que los niños de edad preescolar son susceptibles a desarrollar fluorosis dental, por lo que en ellos particularmente se deben tomar ciertas precauciones para que el efecto del flúor en el dentífrico sea preventivo, seguro y no produzca daño a las piezas dentales permanentes que se están formando.²⁷

En niños menores de 6 años, se debe utilizar dentífrico especialmente formulado para ellos, los cuales contienen menor cantidad de fluoruro (400-500 ppmF-). En niños menores de 6 años se debe colocar la cantidad del tamaño de un chicharo.³²

3.5.5.3 Agentes reveladores de placa dentobacteriana

Sirven para motivar a las personas en el cepillado, debido a que les demuestran fácilmente el grado de acumulación de placa dentobacteriana en las piezas dentales.

Estos agentes son unas soluciones o pastillas, que deben chuparse o masticarse pasándolas con la lengua por todas las superficies accesibles de las piezas dentales, pigmentando la placa dentobacteriana en tonos cada vez más oscuros, el paciente al descubrir la placa tendrá mayor motivación para cepillarse, asimismo, se muestran las zonas donde el cepillado es deficiente. Las soluciones reveladoras pueden prepararse fácilmente, con polvos colorantes de origen vegetal, de los que se usan para repostería, disolviendo un poco de polvo, de preferencia de color rojo, en un vaso con agua.

Una vez que se ha logrado un cepillado adecuado habitual, no será necesario su uso rutinario, pero sí es conveniente su uso esporádico para reforzar la motivación y comprobar la efectividad del cepillado dental.³³



Fuente: Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia

3.5.5.4 Fluoruro

El fluoruro desempeña otra función principal en reducir la caries dental. El fluoruro es un producto químico encontrado en la naturaleza. Fortalece el esmalte, éste actúa contra la desmineralización del esmalte a través de

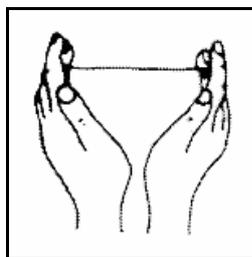
dos procesos, el esmalte con proporción alta a fluorapatita o fluorhidroxiapatita, que es menos soluble en ácido que cuando contiene sólo hidroxapatita; la concentración alta de flúor en los fluidos orales hace más difícil la disolución de las apatitas del esmalte. La aplicación directa del fluoruro en el esmalte produce efectos diferentes según la dosificación, la cual puede ser alta (aplicación del profesional) o baja y continua (en agua o alimentos).^{27, 34}

3.5.5.5 Hilo dental

Es un hilo especial de seda, formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie de las piezas dentales.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo “floss”.

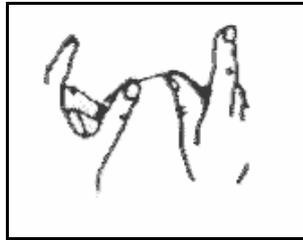
Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos entre 30 o 40 centímetros y se enrolla en los dedos medios de ambas manos.



Fuente: Norman O. Odontología preventiva primaria

Para máximo control debe haber una separación de 2 centímetros entre los pulgares.²⁷

Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental.²⁷

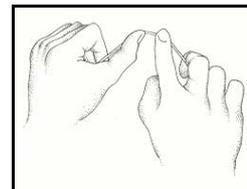
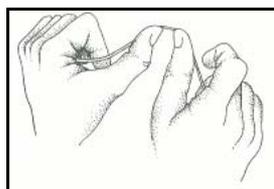


Fuente: Norman O. Odontología preventiva primaria

El hilo se introduce con suavidad entre los espacios interdetales y se desliza hasta el surco gingival. El hilo se pasa suavemente en dirección ocluso gingival y bucolingual, para no lesionar la papila interdental.

Se debe mover el hilo suavemente en dirección ocluso gingival y buco lingual y penetrando ligeramente en el surco gingival.

En los dientes superiores, el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los índices.^{11, 27}



Fuente: Norman O. Odontología preventiva primaria

:

3.5.5.6 Enjuagues bucales

Los enjuagues bucales o colutorios son soluciones que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias. Existen diferentes enjuagues cuyo efecto varía en función de su composición. Así, se pueden encontrar colutorios ricos en flúor, para la prevención de la caries dental.³⁵

Otros enjuagues están específicamente indicados para combatir y eliminar la placa dentobacteriana o la halitosis. Generalmente, se emplean como complemento en los tratamientos de la enfermedad periodontal como la gingivitis o para reducir el desarrollo de placa dentobacteriana.³⁵

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que la caries dental en la población escolar, es un grave problema de salud pública, por su severidad, magnitud y su trascendencia, la cual afecta a diferentes edades, por lo que es indispensable prevenirla.

En la etapa escolar la susceptibilidad a la caries dental es muy grande, debido por un lado a la frecuencia de ingesta de carbohidratos y azúcares procesados como el contenido en refrescos y golosinas y por otro, a una deficiente higiene bucodental.

Esta variante se ha incrementado entre otros aspectos a los malos hábitos nutricionales, como consecuencia de una escasa cultura odontológica de las personas que tienen bajo su cuidado a las niñas y adolescentes:

¿Es factible fomentar el autocuidado de la salud bucodental con los contenidos de un programa de educación para la salud bucodental en niñas y adolescentes de 7 a 12 años, residentes de la Casa Hogar las Nieves A. C .?

5. JUSTIFICACIÓN

El implementar un programa de educación para la salud bucodental, permitirá concientizar y fomentar el autocuidado de la salud bucodental en niñas y adolescentes de 7 a 12 años, residentes de la Casa Hogar las Nieves A. C. sustentado, en el conocimiento de los efectos devastadores de la caries dental y la enfermedad periodontal; con el propósito de modificar los hábitos higiénicos. Es importante tener en cuenta que este grupo de niñas y adolescentes son considerablemente vulnerables para el desarrollo de enfermedades bucodentales.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Implementar y evaluar un Programa de Educación para la Salud Bucodental dirigido a niñas y adolescentes de educación primaria de la Casa Hogar las Nieves A. C. Tlalpan. 2006

6.2 Objetivos específicos

1. Determinar los conocimientos sobre caries dental, placa dentobacteriana, cálculo dental, enfermedad periodontal y auxiliares de higiene bucal que tienen las encuestadas.
2. Identificar los hábitos y actitudes que tienen las niñas y adolescentes en relación a la prevención y salud bucodental.
3. Diseñar los contenidos del programa de Educación para la Salud Bucodental, en función de las necesidades identificadas en la pre-evaluación
4. Determinar el índice promedio CPO (D), ceo (d) y placa dentobacteriana (Love).

7. METODOLOGÍA

7.1 Material y método

Para llevar a cabo la investigación, se realizó una entrevista con la hermana Maria Leticia Chávez Directora de la Casa Hogar las Nieves A. C. solicitando el permiso para realizar el estudio.

El programa de educación para la salud bucodental se llevó a cabo en 7 sesiones; en el cual participaron únicamente 45 niñas y adolescentes de las 50 programadas.

7.2 Tipo de estudio

Transversal y de intervención comunitaria

7.3 Población

Cincuenta niñas y adolescentes de la Casa Hogar las Nieves A. C. de 7 a 12 años de edad.

7.4 Tamaño de la muestra

45 niñas y adolescentes de 7 a 12 años de edad.

7.5 Criterios

7.5.1 Criterios de inclusión

Niñas y adolescentes de la Casa Hogar la Nieves A. C. y que estuvieron presentes los días que se llevó a cabo el programa de educación para la salud bucodental.

7.5.2 Criterios de exclusión

Niñas y adolescentes de la Casa Hogar las Nieves, que no estuvieron presentes desde el inicio del programa, no se presentaron.

7.6 Variables

7.6.1 Variable independiente

Contenidos del programa de educación para la salud bucodental.

7.6.2 Variable dependiente

Hábitos y actitud de las niñas y adolescentes de la Casa Hogar.

7.7 Análisis de la información

Se determinó la distribución porcentual de cada variable de estudio y se calculó el índice promedio de CPO (D), ceo (d) e índice de higiene de Love.

7.8 Recursos

7.8.1 Humanos

Una directora

Dos asesores

7.8.2. Materiales

Computadora

50 encuestas

50 lápices adornados con imágenes infantiles

50 molares de fomi

Sacapuntas

Gomas

Bata

Lentes

Cubre bocas

Guantes

50 espejos planos del número 5

50 exploradores

1 caja de tabletas reveladoras de placa dentobacteriana

1 caja de pañuelos desechables

50 vasos desechables

Rotafolios

3 huevos

1 botellas de vinagre

1 frasco de fluoruro

2 macrotipodontos

1 cepillo didáctico

50 cepillos dentales

50 pastas dentales

3 cajas de hilo dental

7.8.3. Financieros

A cargo de la tesista.

8. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A NIÑAS DE EDUCACIÓN PRIMARIA “CASA HOGAR LAS NIEVES, A. C.” TLALPAN. 2006.

8.1 Contenido temático

- Caries dental
- Placa dentobacteriana
- Cálculo dental
- Gingivitis
- Periodontitis
- Técnica de cepillado
- Utilización del hilo dental
- Fluoruro

8.2 Metas

- 1.- Elevar el nivel de conocimientos en las niñas y adolescentes acerca de caries dental y enfermedad periodontal.
- 2.- Lograr en las niñas y adolescentes un cambio de hábitos y actitud.
- 3.- Motivar la práctica de higiene bucodental en las niñas y adolescentes para prevenir la presencia de enfermedades bucodentales.
- 4.- Contar con un programa de salud bucodental, para su empleo en la Casa Hogar las Nieves.

8.3 Estrategias

- 1.- Mostrar a las niñas y adolescentes rotafolios con imágenes de caries dental, placa dentobacteriana, cálculo dental, gingivitis y periodontitis.

2.- Enseñar a las niñas y adolescentes procedimientos preventivos, como técnica de cepillado y el uso del hilo dental, apoyado en un macro-tipodonto de yeso y explicar la importancia del fluoruro.

8.4 Límites del programa

8.4.1 De espacio

Casa Hogar las Nieves, A. C. Tlalpan. 2006.

8.4.2 De tiempo

Del 11 de septiembre al 2 de octubre de 2006.

8.5 Actividades

En la primera y segunda visita se les aplicó un cuestionario para conocer el nivel de conocimientos, hábitos y actitudes, respecto a los contenidos del programa.

Se determinaron los índices CPO (D) y ceo (d), y posteriormente se levantó el índice de higiene de Love con la finalidad de registrar el índice de placa dentobacteriana presente.



Fuente: directa



Fuente: directa

En la tercera visita, se llevó a cabo la plática sobre el cuidado de salud bucodental, se abordaron los temas de caries dental, placa dentobacteriana, cálculo dental, gingivitis y periodontitis. Esta actividad se realizó en una de las aulas de la casa hogar con la ayuda de rotafolios.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

Durante la 4^o, 5^o y 6^o visita se continuó con la explicación sobre técnicas de cepillado apoyadas con un macrotipodonto, dentífrico, hilo dental y fluoruro; para reforzar lo aprendido se les proporcionó un juego de sopa de letras. Al finalizar se concluyó con un breve repaso de los temas expuestos.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente directa



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

En la séptima visita se aplicó el cuestionario inicial, para poder evaluar el impacto del programa. Se registró el índice de higiene de Love, para determinar el nivel de placa dentobacteriana que cada una de las niñas y adolescentes presentaba, posterior a la implementación del programa.

La información obtenida se registró en una matriz de datos, para su posterior análisis



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

9. RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 45 niñas y adolescentes de 7 a 12 años de edad, en este estudio se observó que la mayor proporción la constituyó el grupo de 11 años de edad. (Tabla 1)

Tabla 1		
Distribución porcentual por edad de 45 niñas y adolescentes residentes en la "Casa Hogar las Nieves, A. C." Tlalpan. 2006		
Edad	Fx	%
7	3	6.7
8	7	15.5
9	9	20
10	6	13.33
11	12	26.7
12	8	17.77
Total	45	100

Fuente: directa

Experiencia de caries dental

Los resultados obtenidos evidencian un alta prevalencia de caries presente y pasada, ya que el 100% de los encuestados la padece o ha padecido, al analizar el promedio total de los índices se observó que el CPO (D) es del orden de 4.83 en promedio y el ceo (d) es de 6.73 promedio en toda la población de estudio. (Tabla 2)

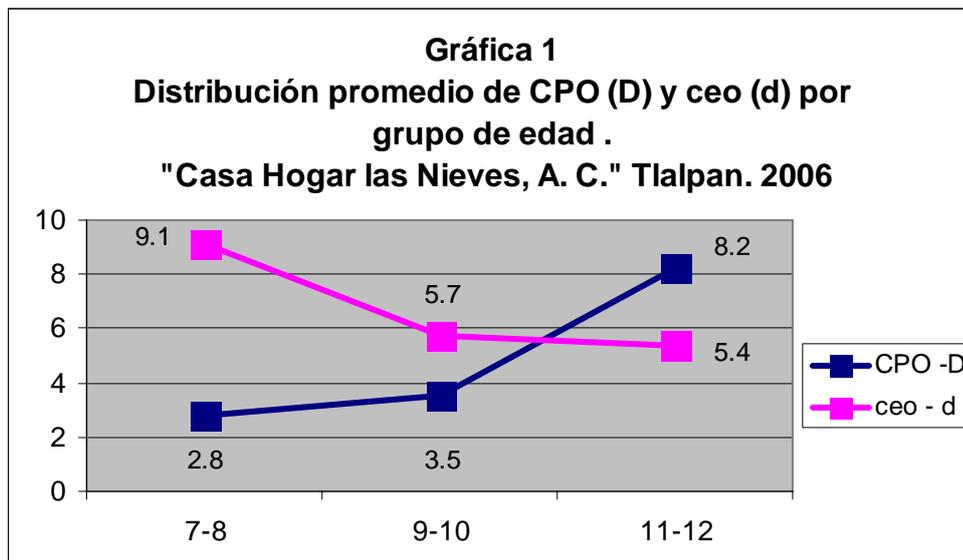
Evaluación de los índices CPO (D) y ceo (d) por edad

Es evidente que a mayor edad, mayor índice CPO (D) (Gráfica 1), se observa en el grupo de 11 a 12 años de edad, 8.2 piezas con experiencia de caries presente y pasada, en cambio, en la dentición temporal que corresponde a menor edad, en un grupo de 7 a 8 años de edad, se presenta el mayor índice ceo (d) 9.1. (Tabla 2)

Tabla 2		
Distribución promedio del índice CPO (D) y ceo (d) por grupo de edad en una muestra de niñas y adolescentes.		
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006		
Edad	CPO (D)	Ceo (d)
7 – 8	2.8	9.1
9 – 10	3.5	5.7
11 – 12	8.2	5.4
Total	4.83	6.73

Fuente: directa

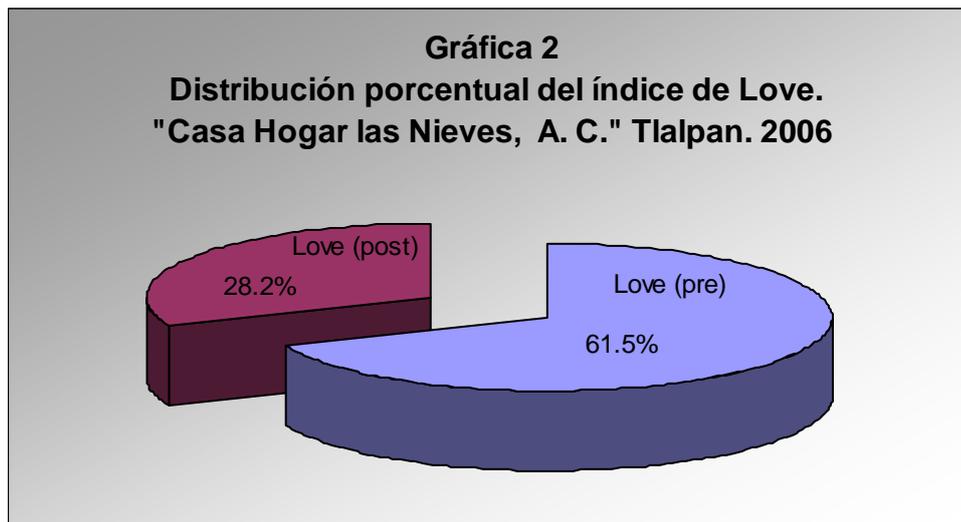
En el grupo de 7-8 años de edad el índice ceo (d) es muy alto debido a que los molares temporales tienen más tiempo en la cavidad bucal, por lo tanto el CPO (D) presenta su valor mínimo en esta edad, en contraste con el grupo de 11-12 años de edad, donde el CPO (D) tiene un valor alto y el ceo (d) un valor bajo.



Fuente: directa

Evaluación del índice de Love

Los resultados obtenidos evidencian un índice porcentual de Love inicial al programa de 61.5% en la población de estudio, posterior a la implementación del programa fue de 28.2%. (Gráfica 2)



Fuente: directa

Es evidente que la post-evaluación evidencia una sensible disminución del índice en todos los grupos de edades. (Tabla 3).

Tabla 3
Distribución porcentual del índice de Love.
"Casa Hogar Las Nieves, A. C." Tlalpan. 2006

Edad (años)	Love (pre)	Love (post)
7-8	57.8%	30.1%
9-10	58.6%	29.2%
11-12	68.1%	25.3%
Total	61.5%	28.2%

Fuente: directa

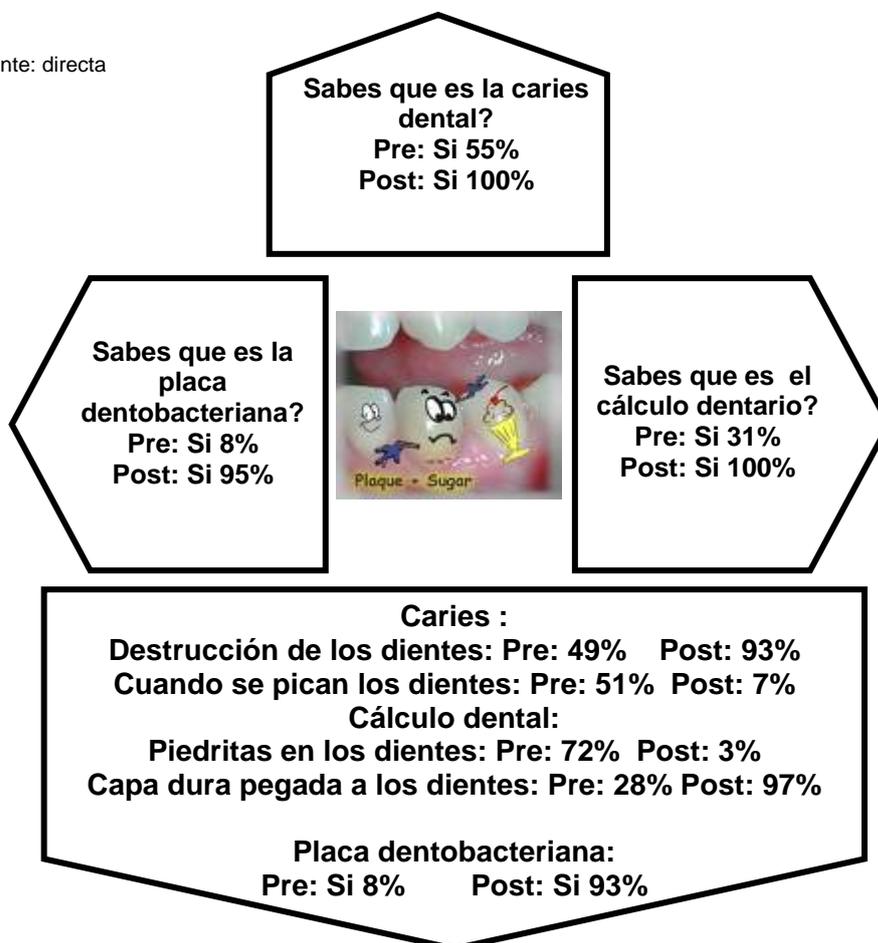
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE CONOCIMIENTOS DE CARIES DENTAL, PLACA DENTOBACTERIANA Y CÁLCULO DENTAL

Cabe mencionar que todas las niñas y adolescentes, antes de implementar el programa de salud bucal, no tenían los conocimientos necesarios sobre caries dental, placa dentobacteriana y cálculo dental para el cuidado de su salud bucal.

En este sentido, es evidente que la proporción de respuestas afirmativas respecto al conocimiento de placa dentobacteriana y cálculo fue sensiblemente diferente entre la pre y la post evaluación ya que sólo el 8% y el 31% respondió de manera correcta antes del programa de educación para la salud bucodental y en la post evaluación fue del 95% y 100%. (Gráfica 3)

Gráfica 3
Distribución porcentual sobre conocimientos de caries dental, placa dentobacteriana y cálculo dental (pre y post evaluación).
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006

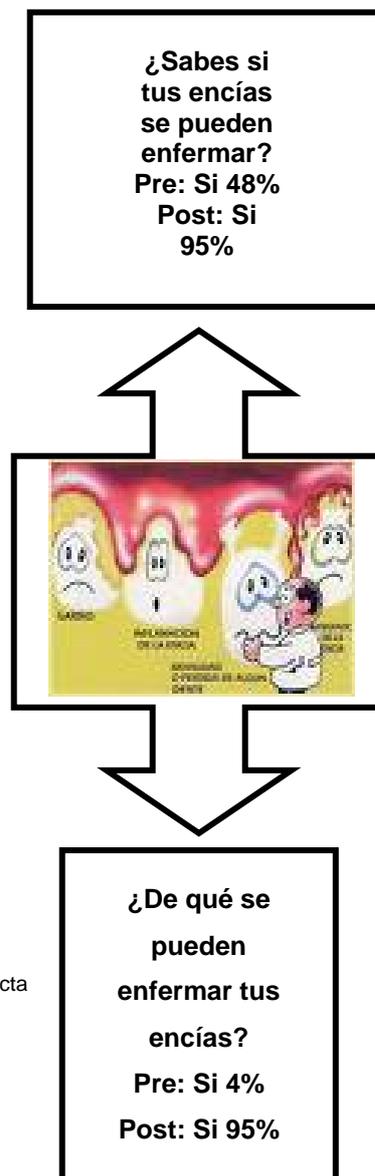
Fuente: directa



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL

En relación a si ¿sabes si tus encías se pueden enfermar? y ¿por qué razón?, el 48% de los encuestados si tenían la percepción de que las encías se pueden enfermar y en la post evaluación el 95% demostró saber que si se pueden enfermar y de qué. (Gráfica 4)

Gráfica 4
Distribución porcentual de ¿sabes si tus encías se pueden enfermar? y ¿por qué razón? (de pre y post evaluación).
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006



Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO DEL FLUORURO

Es sensiblemente significativo que las niñas y adolescentes adquirieron un mayor conocimiento en relación al fluoruro, debido a la implementación del programa de salud bucal. Como se puede apreciar (Gráfica 5), el 22% de las niñas y adolescentes tenían conocimiento del fluoruro, en la evaluación posterior este conocimiento se elevó a 95%. En la pregunta ¿qué es el fluoruro? en la pre evaluación, se observa claramente que el 2% sabía que era y en la post evaluación, las niñas y adolescentes lograron alcanzar un 91%.

Gráfica 5
Distribución porcentual del conocimiento acerca del fluoruro.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006

¿Sabes qué es el fluoruro?
Pre: Si 22%
Post: Si 95%



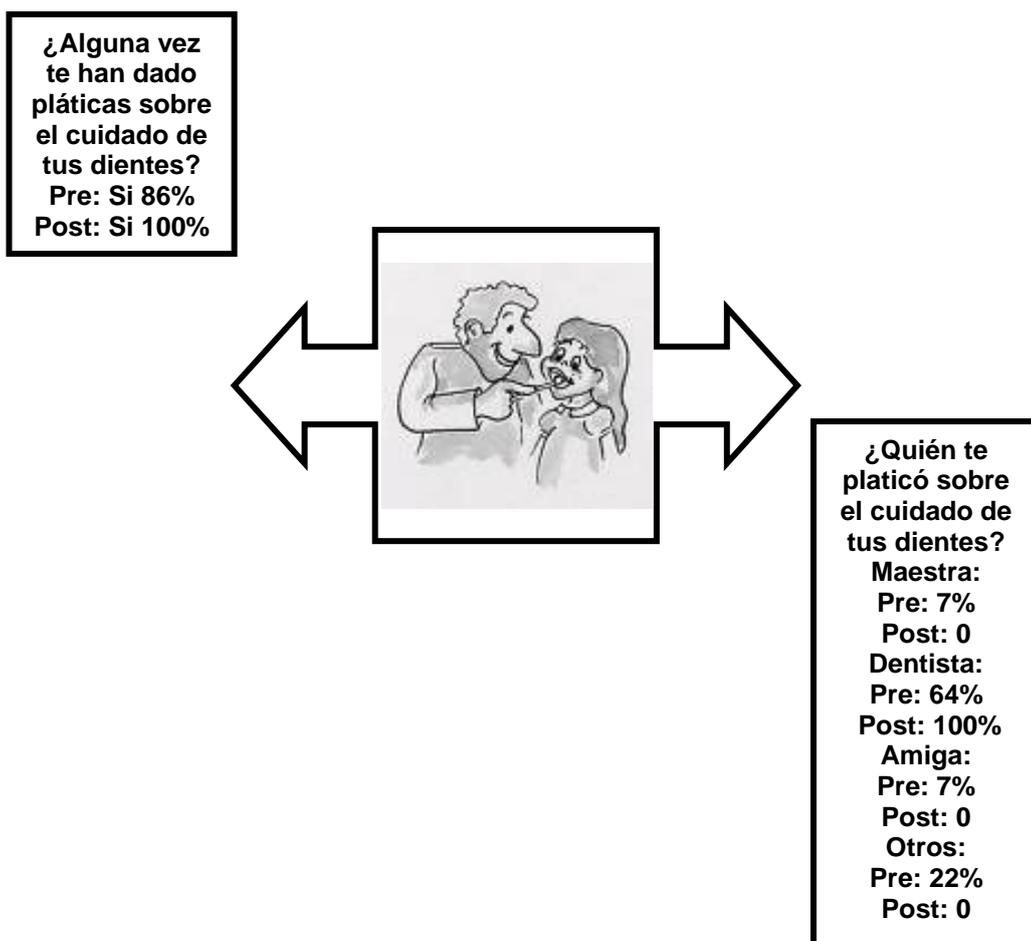
¿Qué es el fluoruro?
Pre: Si 2%
Post: Si 91%

Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PLÁTICAS DE HIGIENE BUCODENTAL RECIBIDAS

Es notorio que el 86% de la población ya habían recibidos pláticas sobre el cuidado e higiene bucodental, pero también es relevante observar que en alguno de los casos estas pláticas no fueron impartidas por especialistas en el tema, como es el caso de los maestros y amigos con un 7% y a otra persona con un 22%. (Gráfica 6)

Gráfica 6
Distribución porcentual de pláticas de higiene bucodental recibidas.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006

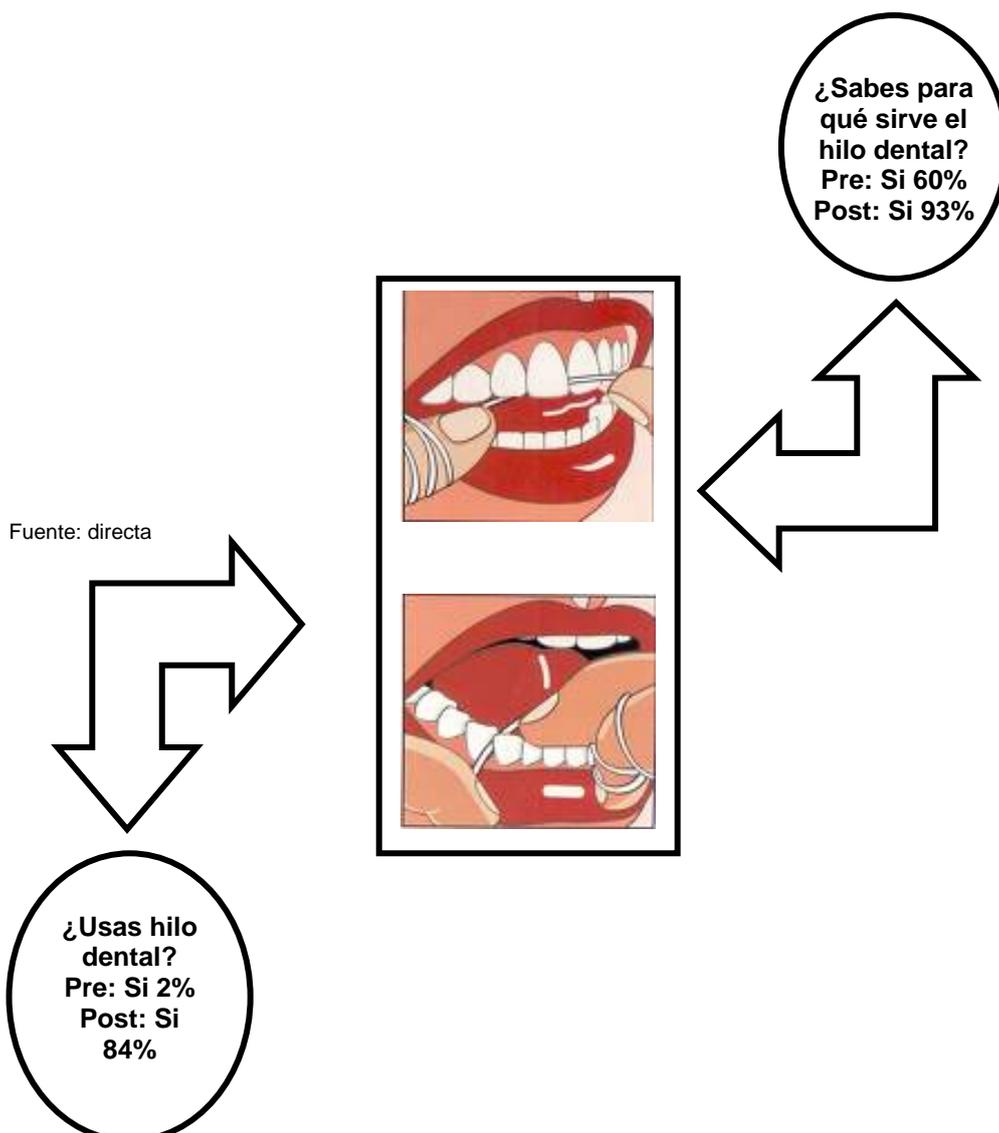


Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL

Prosiguiendo con el apartado de ¿sabes para qué sirve el hilo dental? es importante hacer notar que el porcentaje en relación a esta pregunta resultó elevado después de la demostración del mismo, ya que en un inicio fue de 60% y en la post evaluación alcanzó un 93%. En relación a la utilización del hilo dental, el 2% si utilizaba hilo dental y en la post evaluación también demostró un elevado cambio, ya que alcanzó un 84%. (Gráfica 7)

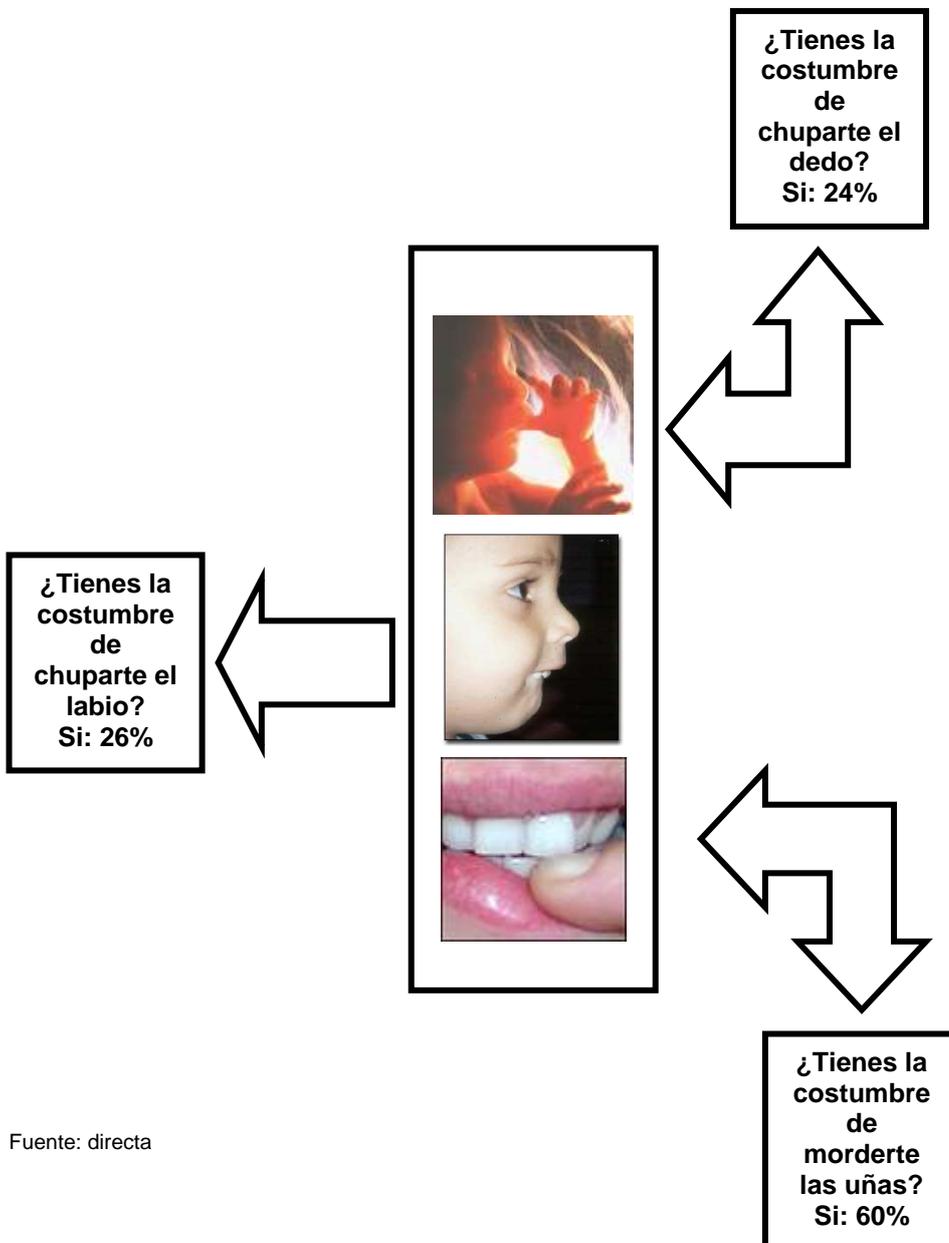
Gráfica 7
Distribución porcentual sobre el conocimiento y utilización del hilo dental.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE HÁBITOS BUCALES

Es importante observar que en las niñas y adolescentes de la casa hogar, hay presencia de tres hábitos bucales, dentro de los cuales, el que más se practica es la onicofagia en un 60%. (Gráfica 8)

Gráfica 8
Distribución porcentual sobre hábitos bucales.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006

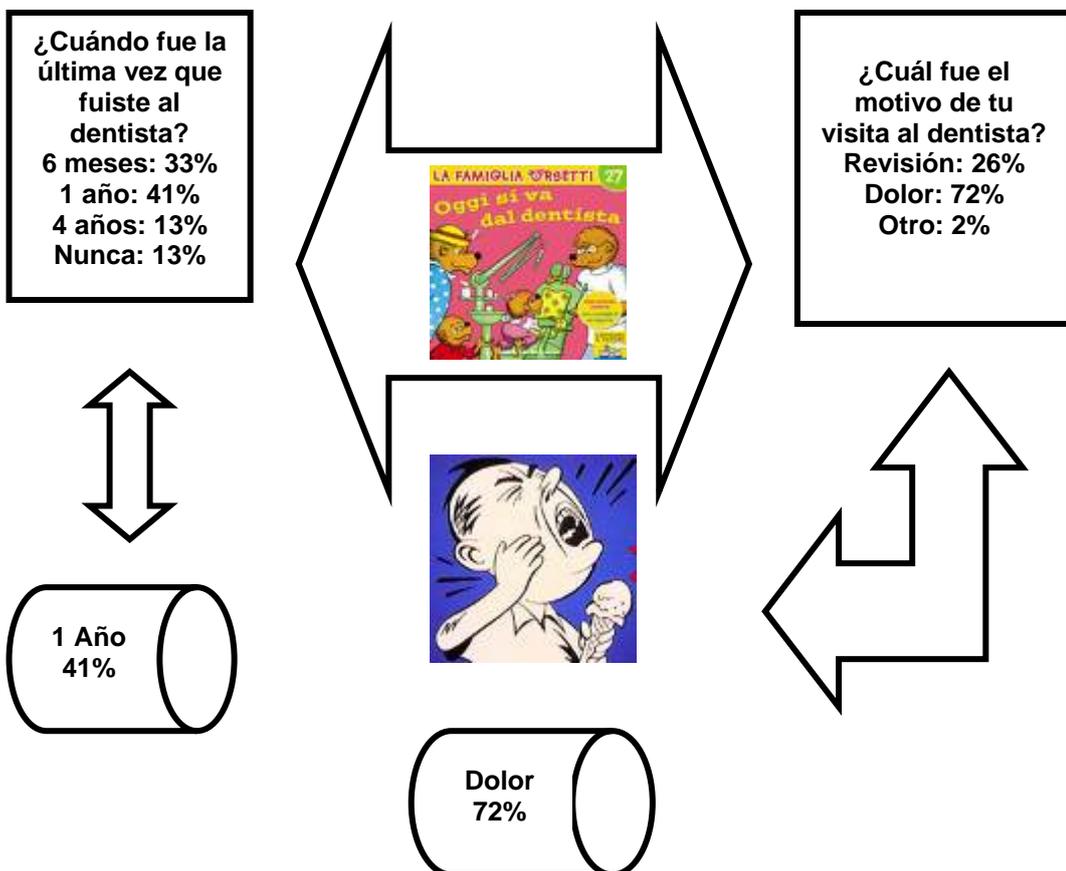


Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE VISITAS REALIZADAS AL DENTISTA

Es importante resaltar que más del 50% de las niñas y adolescentes han acudido al dentista durante el último año; cabe mencionar que un 72% han acudido por dolor y sólo el 13% nunca han ido al dentista. (Gráfica 9)

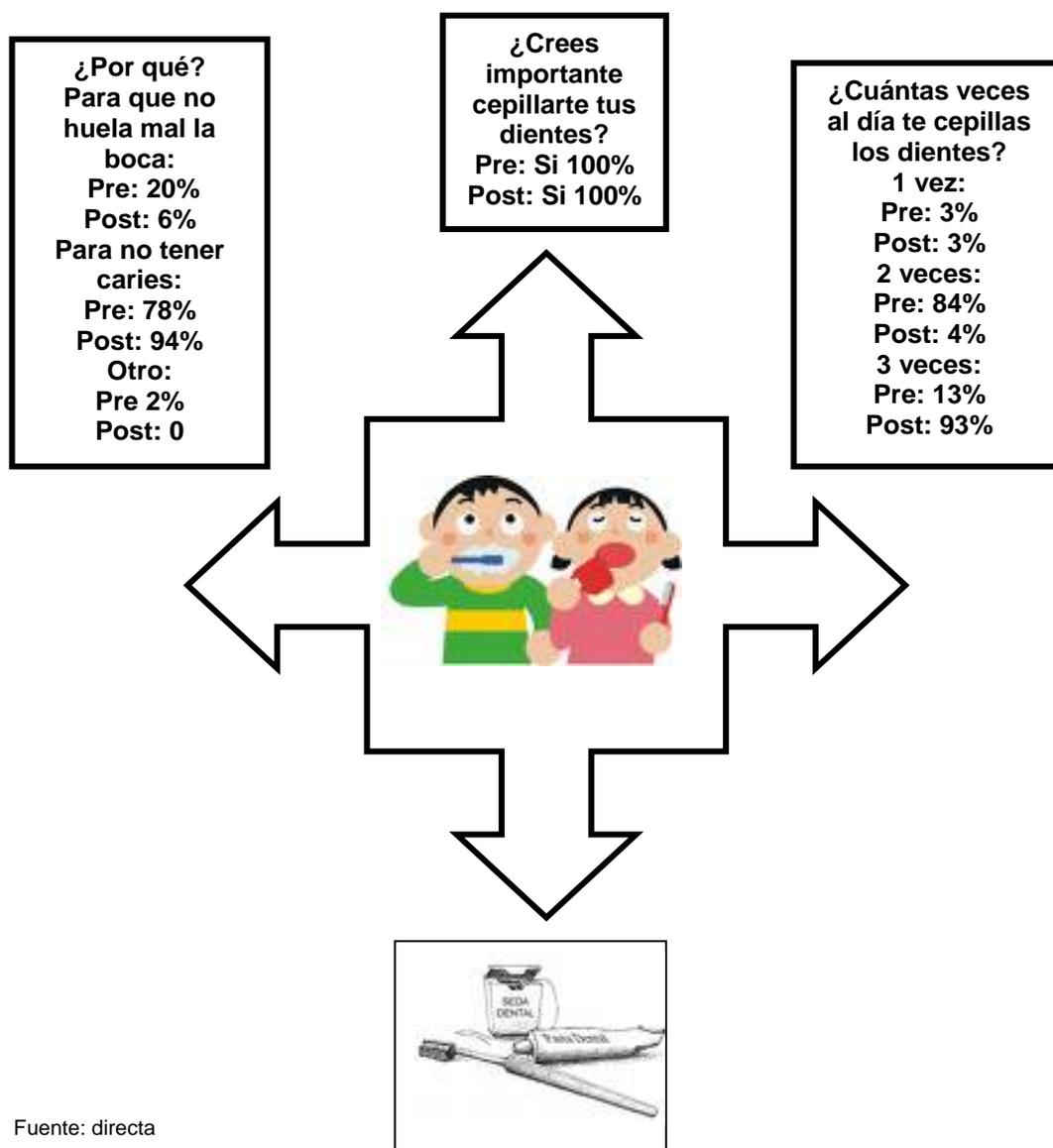
Gráfica 9
Distribución porcentual sobre visita al dentista y el motivo de la visita.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006



Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE HIGIENE BUCODENTAL

Gráfica 10
Distribución porcentual acerca del cuidado e higiene bucodental.
“Casa Hogar las Nieves, A. C.” Tlalpan. 2006



Los datos revelan un importante cambio antes y después de la implementación del programa, como puede observarse en ¿cuántas veces te cepillas al día?, en la pre evaluación se reportó que una vez al día representa el 3%, dos veces al día el 84% y tres veces al día el 13%. La post evaluación presentó el 93% de tres veces al día. En relación a la pregunta ¿por qué te cepillas los dientes? en la pre evaluación el 78%

señaló que para no tener caries, y la post evaluación representó el 94%. Para que no huela mal la boca la pre evaluación representó un 20% y la post evaluación 6%; en relación a la respuesta otros, la pre evaluación fue de 2% y en la post evaluación, nadie contestó que otros. (Gráfica 10)

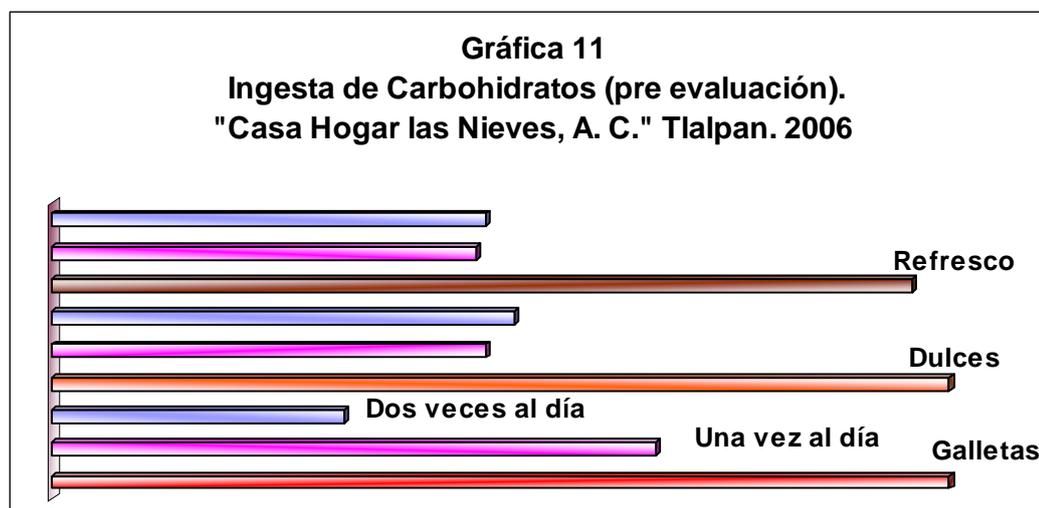
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS

Es importante valorar que los porcentajes en cuanto a la ingesta de carbohidratos que tienen las niñas y adolescentes de la casa hogar es sumamente elevado, ya que algunos de estos carbohidratos son incluidos en los alimentos diariamente.

La (Tabla 4 y Gráfica 11) muestran que casi en un 100% de niñas y adolescentes ingieren refrescos, galletas y dulces.

Tabla 4 Ingesta porcentual de carbohidratos (pre evaluación) "Casa Hogar las Nieves, A. C." Tlalpan. 2006		
Ingesta %	Una vez al día	Dos veces al día
95% - galletas	64%	31%
95% - dulces	46%	49%
91% - refresco	45%	46%

Fuente: directa



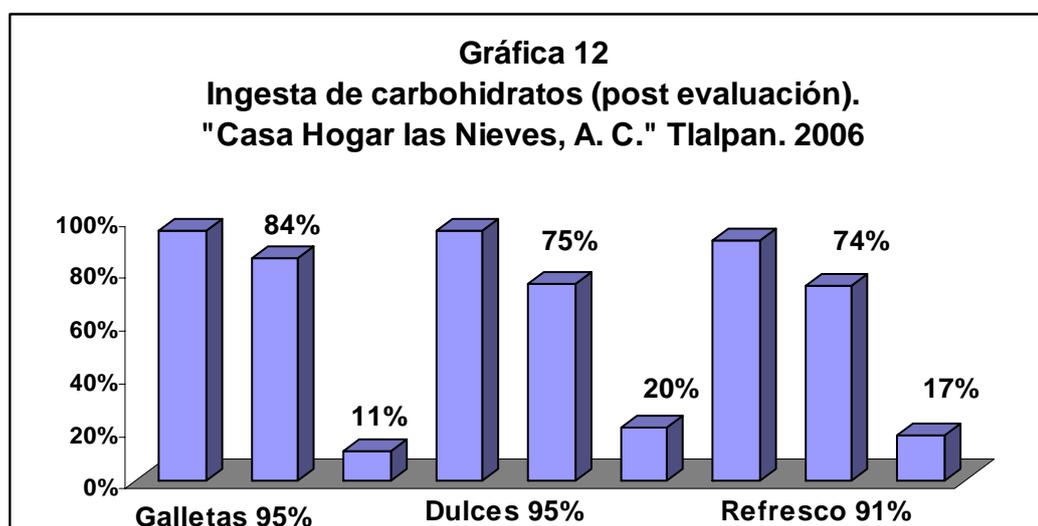
Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS

Tabla 5		
Ingesta porcentual de carbohidratos (post evaluación).		
"Casa Hogar las Nieves, A. C." Tlalpan. 2006		
Ingesta %	Una vez al día	Dos veces al día
95% - galletas	84%	11%
95% - dulces	75%	20%
91% - refresco	74%	17%

Fuente: directa

Como se puede observar en la (Tabla 5 y Gráfica 12), la ingesta de carbohidratos después de la implementación del programa, tuvo una disminución considerable, en cuanto al consumo de carbohidratos debido a que las maestras se comprometieron a racionar este tipo de alimentos dentro de la dieta.



Fuente: directa

10. CONCLUSIONES

Después de la implementación del programa, las niñas y adolescentes de la casa hogar, demuestran un cambio significativo en relación al cuidado de su salud bucal, por lo tanto es indispensable reconocer la importancia de la prevención de la salud bucodental, ya que debido a la carencia de ésta existe una gran cantidad de población con caries dental y enfermedad periodontal.

Es notorio que se pueden obtener resultados satisfactorios, con la implementación de programas de salud bucodental, por lo que sería importante seguir realizando este tipo de programas, para motivar y enseñar a la población, principalmente a las niñas y adolescentes a mejorar su higiene bucodental, y de esta manera responsabilizarlas de su autocuidado.

Por consiguiente el programa de educación para la salud bucodental dirigido a las niñas y adolescentes de educación primaria "Casa Hogar las Nieves, A. C." debe tener continuidad para que las internas no pierdan el interés por su salud y éste se mantenga de manera permanente.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretario de Salud y Educación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programa preventivo en escolares

http://www.eba.ar/extensión/trabajos/adontología_prevencción.htm

2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa escuela saludable.

<http://www.mspas.gob.su/programas.asp>

3. http://www.kanehealth.com/spanish_version.htm

4. Dirección de Salud Integral. Programa de salud bucal.

<http://sdpt.net/neuquyencampañabucal.htm>

5. Mensaje del Secretario de Salud Julio Frenk Mora, en el día mundial de la salud, 2003.

<http://www.salud.gob.mx>

6. <http://www.folaoral.org/programas.htm>

7. <http://www.consultas.cuba.cu/consultas.php?ini=s&ord=23>

8. DIF municipal de Ocoyoacac. La cartilla de salud bucal como alternativa de prevención y educación en la población infantil.

http://www.odontología.com.mx/noticiasviii_encuentro/p15.htm

9. El cuerpo académico "Salud bucal infantil" de la Unidad Académica de Odontología. Salud bucal de preescolares del municipio de Guadalupe Zacatecas.

<http://cecai.reduaz.mx/>

10. Chávez L. Tríptico Casa Hogar las Nieves A. C. Cd. México, 2006.

11. Sogbe R. Conceptos básicos en odontología pediátrica. 1° ed. Caracas, Editorial Disinlimed, 1996. Pp. 179-183, 575-580.

12. <http://www.caries.info/acidos,htm>

13. <http://www.caries.info/placa.htm>

14. <http://www.caries.info/cariología.htm>

15. <http://www.caries.info/dieta.htm>

16. Bascones A. Periodoncia básica. 1° ed. Cd. México, Editorial Lerdo, 1999. Pp. 35-45, 47-50, 64-72.

17. http://www.sdpt.net/sarro_dental.htm
18. Orban B. Periodoncia de orban. 4° ed. México, Editorial Interamericana, 1975. Pp. 108-109.
19. <http://www.uoa.mx/sitios/umd/caries.htm>
20. Carranza S. A; Newman M. G., Takei H. H. Periodontología clínica. 9° ed. México, McGraw-Hill, 1993. Pp. 443-444.
21. Wilkins E. Clinical practice of the dental hygienist seven edition Williams &Wilkins. 1999. Baltimore. Pp. 297-299.
22. <http://www.sdpt.net/salud%20dental%20indices.htm>
23. Pinkham J. R. Odontología pediátrica, 3° ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1994. Pp. 375-381.
24. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/rejilla.htm>
25. <http://www.PsicoPedagogia.com>
26. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/onico-fagia.htm>
27. Higashida B. Odontología preventiva. 1° ed. Cd. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2004. Pp. 141-156.
28. <http://www.pediatralda.cl/higienedental.htm>
29. <http://www.pulevasalud.com>
30. <http://www.odontologíaestetica.com/cepillado>
31. <http://www.Kissfresh.com.mx/info.shtml>
32. <http://www.tupediatra.com>
33. http://www.odonto_red.com/higienedental.htm
34. <http://www.Dentist.4kids.com>
35. <http://www.ondasalud.com/index.html>

12. ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

HNA. MARÍA LETICIA CHÁVEZ
Directora de la Casa Hogar "Las Nieves"
PRESENTE

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización para que la alumna CELIA PAOLA GONZÁLEZ MARTÍNEZ con No. de cuenta 401112645 del Seminario de Titulación en Educación para la Salud lleve a cabo un programa Educativo en la Casa Hogar que tan dignamente dirige.

Este programa será llevado a cabo en 4 sesiones que abarcaran temas sobre prevención e higiene bucal, por medio de las cuales se verán beneficiadas las niñas de la casa hogar.

Agradeciendo de antemano las atenciones que se sirva tener a la presente, y esperando vernos favorecidos con su apoyo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D. F; a 30 de agosto del 2006.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. E. Nieto Cruz', written over a horizontal line.

C. D. María Elena Nieto Cruz



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD**

**C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se hace constar que la alumna CELIA PAOLA GONZÁLEZ MARTÍNEZ fue *calibrada* por Usted en los índices epidemiológicos CPOD, ceo-d y Love, con la finalidad de que la alumna antes mencionada pudiera realizar su trabajo de investigación para su tesina, con el tema Programa de Educación para la salud bucodental dirigido a niñas de educación primaria "Casa Hogar las Nieves, A. C", Tlalpan, 2006.

Sin otro particular, y en espera de seguir contando con su apoyo para el Seminario de Titulación de Educación para la Salud, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
" POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU "
Ciudad Universitaria D.F., a 3 de octubre del 2006



**C.D MA. ELENA NIETO CRUZ
COORDINADORA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
CASA HOGAR LAS NIEVES

Nombre del Paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

CONOCIMIENTO

Subraya la respuesta que consideres correcta:

- 1.- ¿Sabes qué es la caries dental?
a) Si b) No
- 2.- ¿Qué es la caries dental?
a) Destrucción b) Cuando se pican
de los dientes los dientes
- 3.- ¿Sabes qué es la placa dentobacteriana?
a) Si b) No
- 4.- ¿Qué es la placa?
R= _____
- 5.- ¿Sabes qué es el sarro (cálculo)?
a) Si b) No
- 6.- ¿Qué es?
a) Piedritas en los b) Una capa dura
dientes pegada a los dientes
- 7.- ¿Sabes si tus encías se pueden enfermar?
a) Si b) No
- 8.- ¿De qué se pueden enfermar tus encías?
R= _____
- 9.- ¿Sabes qué es el fluoruro?
a) Si b) No
- 10.- ¿Qué es?
R= _____
- 11.- ¿Alguna vez te han dado pláticas sobre el cuidado de tus dientes?
a) Si b) No

12.- ¿Quién te platicó sobre el cuidado de tus dientes?
a) Mi maestra b) Un dentista c) Una amiga d) Otros _____

13.- ¿Sabes para qué sirve el hilo dental?
a) Sí b) No

HÁBITOS

14.- ¿Usas hilo dental?
a) Sí b) No

15.- ¿Tienes la costumbre de chuparte el dedo?
a) Sí b) No

16.- ¿Tienes la costumbre de chuparte los labios?
a) Sí b) No

17.- ¿Tienes la costumbre de morderte las uñas?
a) Sí b) No

ACTITUD

18.- ¿Cuándo fue la última vez que fuiste al dentista?
a) 6 meses b) 1 año c) 4 años d) Nunca he ido al dentista

19.- ¿Cuál fue el motivo de tu visita al dentista?
a) Revisión b) Dolor c) Otro _____

20.- ¿Crees importante cepillarte tus dientes?
a) Sí b) No

21.- ¿Por qué?
a) Para que no huela mal la boca b) Para no tener caries c) Otro _____

22.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?
a) 1 vez al día b) 2 veces al día c) 3 veces al día

23.- ¿Comes galletas?
a) Sí b) No

24.- ¿Cuántas veces comes galletas?
a) Una vez al día b) Dos veces al día

25.- ¿Comes dulces?
a) Sí b) No

26.- ¿Cuántas veces comes dulces?
a) Una vez al día b) Dos veces al día

27.- ¿Tomas refresco?

a) Sí b) No

28- ¿Cuántas veces tomas refresco?

a) Una vez por semana b) Dos veces por semana

ODONTOGRAMA

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Índice ceo – d

Índice CPO - D

Dientes cariados: _____

Dientes cariados: _____

Dientes extraídos: _____

Dientes perdidos: _____

Dientes obturados: _____

Dientes obturados: _____

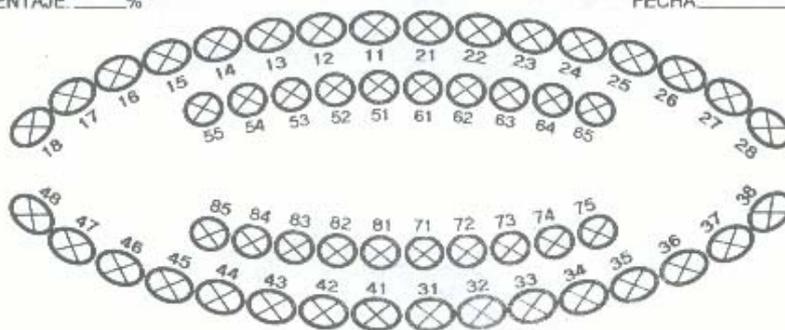
ceo – d: _____

CPO – D: _____

Índice de Love:

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

Número de superficies teñidas: _____

Total de superficies examinadas: _____

Número de piezas dentarias: _____

- De 0 a 14%: excelente
- Del 14 al 20%: bien
- Del 20 al 30%: regular
- Más del 30%: mal

CUIDA TUS DIENTES

Encuentra las siguientes palabras en la sopa de letras:

Caries dental
 Placa
 Sarro
 Encía
 Bacterias
 Diente
 Lengua
 Dulces
 Fruta
 Verdura
 Pasta
 Fluoruro
 Cepillo
 Hilo Dental
 Pastilla Reveladora

P	L	A	C	A	A	B	C	D	F	L	U	O	R	U	R	O
A	L	U	M	N	A	S	A	A	B	I	A	S	Q	U	E	L
S	Z	L	H	I	A	B	S	U	A	C	I	D	O	S	S	L
T	I	U	O	Ñ	S	A	A	K	C	A	R	I	E	S	G	O
A	D	L	L	A	A	S	R	G	T	A	T	E	L	A	P	P
S	E	U	A	S	C	A	R	I	E	S	D	E	N	T	A	L
O	N	O	L	E	N	T	O	W	R	U	I	N	F	T	S	E
D	T	D	O	S	L	O	G	W	I	R	E	C	A	A	T	N
A	I	I	N	I	E	V	E	S	A	A	N	Ì	L	S	I	G
L	S	C	A	S	A	C	H	R	S	C	T	A	L	U	L	U
E	T	A	N	M	N	O	L	U	E	U	E	S	T	R	L	A
H	O	G	A	L	L	E	T	A	S	Z	I	L	O	P	A	L
L	S	L	S	L	I	A	R	O	D	A	L	E	V	E	R	O
M	O	O	I	C	A	L	C	U	L	O	D	E	N	T	A	L
A	F	P	K	H	I	L	O	D	E	N	T	A	L	F	B	S
S	A	N	O	S	O	B	R	I	L	A	N	T	E	S	F	T
C	P	A	S	F	R	U	T	A	Y	V	E	R	D	U	R	A



Calle Oriza No. 12
Col. Tlaltilo Guerrero
Tlalman, D.F.
5636 77 90

México D. F; a 16 de octubre del 2006.

C. D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
Coordinadora Sem. Ed. para la Salud
PRESENTE

Por este conducto me permito informar que la pasante **CELIA PAOLA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**, alumna de la carrera de Cirujano Dentista de la **FACULTAD DE ODONTOLÓGIA, UNAM**, llevó a cabo un programa de educación para la salud bucodental dirigido a las niñas que viven en esta casa hogar, con el objetivo de brindar mayor conocimiento e información acerca de la higiene bucodental para que sea parte de su formación integral.

Sin más por el momento y agradeciendo el apoyo que en bien de nuestra niñas y adolescentes nos ha proporcionado, me despidió con un abrazo afectuoso.

ATENTAMENTE


HERMANA: MARÍA LETICIA CHÁVEZ

