



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BUCODENTAL EN  
UNA ESCUELA SECUNDARIA**

**T E S I S A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**MANUEL VALENCIA MENDOZA**

**DIRECTORA  
C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO**

**ASESOR  
C.D. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR**

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*Gracias*

*A mis Padres*

*Gracias*

*A mis Hermanos y Hermanas y sus compañeros de la vida*

*Gracias*

*Tania Jimena y Andrea Sol  
..... Para el día que la vean*

*Gracias*

*Josefina*

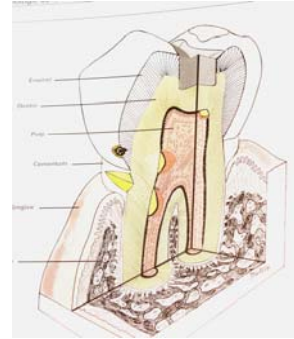
*Manuel*

## INDICE

		Página
1.	INTRODUCCIÓN	4
2	ANTECEDENTES	6
2.1	Educación para la salud	9
2.2	Programas para la educación	10
2.3	Principios de educación para la salud de escolares	11
2.4	Cartillas de salud	13
2.5	Cartillas de salud bucal	15
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4.	JUSTIFICACIÓN	20
5.	OBJETIVO GENERAL	21
5.1	Objetivos específicos	21
6.	Material y métodos	21
6.1	Tipo de estudio	22
6.2	Población de estudio	22
6.3	Muestra	22
6.4	Variables	22
6.5	Criterios de inclusión	23
6.6	Criterios de exclusión	
7.	RECURSOS HUMANOS	23
7.1	Recursos materiales	23
7.2	Recursos financieros	23
8.	PLÁN DE ANÁLISIS	24
9.	RESULTADOS	24
10.	CONCLUSIÓN	26
11.	REFERENCIAS	27
12	REFERENCIAS Anexo 1	45
Anexo 1	Programa de intervención	30
Anexo 2	Carta de autorización para la realización del trabajo	46
Anexo 3	Consentimiento informado	47
Anexo 4	Cartilla se Salud Bucal	48

## 1. INTRODUCCION

La prevención en la educación de la salud bucal es la acción que permite reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad o disminuir su propagación. Hasta hoy los servicios odontológicos han estado más enfocados a los tratamientos de emergencia y curación y no a la prevención de problemas detectados oportunamente, como es el caso de la caries dental.



La caries dental constituye un problema de salud pública en virtud a su severidad, magnitud y trascendencia y afecta, sobre todo a la población escolar, provocando serios problemas de ausentismo y dificultades en su desarrollo a causa del dolor.

Datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinan que la caries dental afecta al 95% de la población reconociendo que existen grupos en riesgo como son los escolares y los adolescentes, bien porque realizan prácticas inadecuadas de salud bucal o bien, por la frecuencia de exposición a factores de riesgo como desconocimiento de los efectos futuros en que la caries se traducirá como edentulismo a más temprana edad.



Dicha problemática, requiere de la realización de estudios epidemiológicos y de control, que permitan conocer el estado de salud bucal de la población, para la planeación, la investigación, la evaluación y/o continuación de programas de prevención y control de la enfermedad.

Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue el de integrar la información relacionada con el problema de caries dental y proponer la realización de un programa de intervención y la realización de una cartilla de salud bucal para un control de la revisión bucodental de ésta población.



*Muchas gracias a la oportunidad a.*

*La Universidad Nacional Autónoma de México*

*Arq. Eduardo Quiroz Crespo. Director de la Secundaria Técnica N° 74 José María y Pavón*

*A todos mis maestros*

*Dra. Miriam*

*Dr. Alberto*

## 2. ANTECEDENTES

La caries dental se define como un proceso patológico infeccioso, transmisible, dinámico y de etiología multifactorial, que afecta a los tejidos duros del diente, la cual se inicia con una desmineralización del esmalte, a través de ácidos orgánicos producidos por bacterias bucales específicas, que metabolizan a los hidratos de carbono de la dieta, y pueden conducir la cavitación y alteraciones del complejo dentino-pulpar.<sup>1,2</sup>

Katz la define como una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción.<sup>3</sup>

Desde el punto de vista epidemiológico, para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental de dientes permanentes en diferentes poblaciones a nivel mundial, se utilizan los siguientes índices:

- Índice CPO-D

Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada y se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, entre el total de individuos examinados, considerando sólo 28 dientes.<sup>4</sup>

- Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Evalúa el estado de higiene oral considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental.

Este examen se realiza en seis superficies dentarias que son:

- ✓ Primer molar superior derecho y se examina la superficie vestibular
- ✓ Incisivo central superior derecho y se examina la superficie labial
- ✓ Primer molar superior izquierdo y se examina la superficie vestibular

- ✓ Primer molar inferior izquierdo y se examina la superficie lingual
- ✓ Incisivo central inferior izquierdo y se examina la superficie labial
- ✓ Primer molar inferior derecho y se examina la superficie lingual

El sistema que se utiliza par valorar el grado en que aparece el cálculo es el siguiente:

	Para Grado	Código
✓ Placa ausente superficie examinada	0	0
✓ Placa a 1/3 o manchas	1	1
✓ Placa más de 1/3	2	2
✓ Placa más de 2/3	3	3

Descripción de Hallazgos clínicos en la zona subgingival es como sigue:

✓ Ausencia de calculo subgingival	0	0
✓ Calculo subgingival más de 1/3	1	1
✓ Calculo subgingival menos de 2/3	2	2
✓ Calculo subgingival más de 2/3	3	3

A través de la medición de este índice, se ha concluido que la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia, que afecta a más del 95% de la población mundial, cuyo incremento se ha asociado al desarrollo social y a los cambios en los hábitos dietéticos de las poblaciones. Su comportamiento presenta variaciones entre países, influyendo diversos factores como: sistema de salud, cultura, economía y medio ambiente.<sup>5</sup>

Es evidente la necesidad de establecer programas preventivos para fomentar el interés colectivo, tanto de los niños como de los padres o encargados de



familia y educadores, en la conservación de una adecuada higiene bucal, para así evitar las consecuencias que trae la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentales, así mismo, para que se valore la importancia de tener una boca sana.

En las últimas décadas, se han presentado una considerable disminución en los países desarrollados. Cabe mencionar, que en Europa, se registró una reducción de hasta el 60%, tanto en la dentición temporal como en la dentición permanente, para lo cual, varios factores contribuyeron, siendo uno de los más importantes la utilización de medidas preventivas a base de fluoruros.<sup>6</sup>

Sin embargo, en los países considerados en vías de desarrollo presentan un dramático incremento en los índices de caries dental estudios epidemiológicos en África y China no informan de un aumento considerable en los índices de dicha enfermedad; ya que mientras existen reducciones en algunos países, otros experimentan gran progresión. En América Latina los índices de caries son muy elevados. En Chile niños de de 6 a 8 años mostraron un COP-D de 3.42, en Guatemala niños de seis años de edad mostraron un índice CPO-D de 5.38, mientras que en niños de Estados Unidos en este mismo grupo de edad se presentó un CPO-D de 2.55. En Brasil se obtuvo un índice de caries de 6.56, mientras que en Nicaragua, éste índice fue de 2.41 y que comparado con el dato reportado por Estados Unidos de CPO-D 1.8 en niños de 12 años la diferencia es considerable.<sup>7, 8,9</sup> A continuación explicaremos como se puede detectar la placa dentobacteriana con un índice en los órganos dentales:

- INDICE DE O'Leary.

Este índice nos indica el porcentaje de superficies teñidas, si se emplea eritrosina diluida en la boca es una sustancia

que revela la presencia de la placa con un color rosa y azul, (si se usa en doble tono) y nos muestra en las superficies de los dientes en que grado se acumula las sustancias que dañan a los dientes.

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa mecánicamente, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Y se obtiene de la siguiente forma.

Para su análisis cada diente se divide en cuatro caras, y el registro para determinar el índice se realiza marcando la superficie teñida sobre los diagramas destinados y diseñados para este fin.

Su fórmula es simple se toman el número de caras de los dientes presentes (que es multiplicar por 4 el total del 100% de los dientes) como el 100%, las caras teñidas se cuentan y se aplica al 100% y se divide entre las caras totales presentes.

## **2.1 Educación para la Salud**

La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.<sup>10</sup>

La palabra combinación implica la complementación de distintos métodos educativos, los cuales se complementan con un objetivo de aprendizaje diferente. El integrar dichos métodos permite alcanzar el conjunto de los objetivos del proyecto de educación para la salud.

Se dice que con experiencias de aprendizaje porque se trata de dominar un comportamiento y experimentar situaciones que conjunta los aspectos cognitivos (conocimientos), afectos (actitudes y valores) y psicomotoras (habilidades) del comportamiento que se pretende que sea realizado.

Generalmente, el grupo principal hacia el cual van dirigidos los programas de salud lo constituyen aquellas personas a las que les dificulta el acceso a servicios médicos u odontológicos, sin embargo, un programa educativo puede aplicarse sin discriminación a cualquier sector de la población. Esta apertura para la educación, puede extenderse a los familiares de aquellas personas, los cuales también deben recibir los consejos educativos pertinentes.<sup>11</sup>

## **2.2 Programas de Educación para la Salud**

La protección de la salud bucodental en nuestro país está sustentada en el Programa de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales que contempla la valoración de la salud bucal y la adquisición de comportamientos sanos para mantenerla en escolares de cuatro a catorce años bajo la premisa de que la boca juega un rol fundamental en nuestra salud y bienestar general, siendo el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella podemos recibir, triturar y tragar los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor y el sentido del gusto, así como, la respiración.

Con la intervención de disminuir las diferencias de atención, educación y prevención de muchas enfermedades bucales en varios países del mundo, la Alianza para la Salud Bucal en colaboración con la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional formularon la Declaración de Berlín para la salud bucal. El manifiesto tiene como objeto principal, diseñar las estrategias básicas para la prevención y la factibilidad de los servicios de tratamiento para los países en vías de desarrollo y comunidades necesitadas.<sup>12</sup>

Pero para que un programa de salud bucal alcance sus objetivos, es fundamental que la comunidad se comprometa con él entendiendo su importancia como parte integral y activa del proceso social, económico y cultural para la promoción de la salud bucal, dentro del concepto de mejoría de la calidad de la salud general.<sup>12</sup>

### **2.3 Principios de educación para la salud en escolares**

La metodología utilizada en la educación para la salud contempla la motivación de los escolares para aprender a medida que experimentan necesidades e intereses que pueden ser cubiertos o resueltos a través de la información que se les proporciona, y que al ser aprendida puede ser enfocada al desarrollo de las actividades relacionadas con sus roles en un nivel social.

Una adecuada promoción de educación para la salud, se dirige a conceptos fundamentales como el autocuidado o la autoeficacia al basarse en las decisiones individuales respecto al beneficio de una comunidad y le creación de entornos o ambientes favorables que propician el privado a la salud.

El autocuidado es asumir voluntariamente que el mantenimiento de la salud es una responsabilidad individual que comprende todas las decisiones y actividades enfocadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. También se puede entender como las actividades que una persona inicia y realiza por decisión propia para mantener la vida, la salud y el bienestar.<sup>13</sup>

Para llevar a cabo esta labor se requiere de un trabajo multidisciplinario, donde el equipo de salud solo debe actuar como un mediador del proceso de aprendizaje. Organizando el esfuerzo individual y conjunto, pero sobre todo concientizado a las personas sobre su función activa y motivándolas a dejar el papel de receptor pasivo en la atención a la salud.

Las acciones en salud son motivadas por el grado de temor o amenaza percibida y el potencial que se espera que tengan las acciones en la reducción del temor; es decir, que las personas otorguen mayor importancia a la atención de estos temores o miedos en aspectos de salud, que a los posibles problemas u obstáculos que se presentan para solucionarlos.

El aprendizaje por observación, es con frecuencia llamado “modelo”, ya que las personas aprenden lo que deben esperar por medio de la experiencia de otros, de tal forma, que las personas puedan obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus acciones, observando a otros y percatándose si los comportamientos modelados son deseables o no.

Según la declaración de Berlín, ningún problema de salud bucal llegará a buen resultado sin que primero pase por una etapa de adaptación a las necesidades de las comunidades necesitadas a que se destina.<sup>12</sup>

Todas las estrategias de salud bucal deben estar integradas a los programas de prevención que, a su vez, deben estar inmersos dentro del contexto de salud, aumentados por los niveles de calidad de vida. Los aspectos más importantes de la prevención son: la efectividad, la simplicidad, el bajo costo y la disponibilidad. Siendo la epidemiología una herramienta importante para el desarrollo y evaluación de los planes y programas de salud bucal. Podría tomar en cuenta aspectos sociales como desempleo, insomnio, oportunidades sociales, son parámetros para ser considerados e incluidos junto con los datos clínicos, con medidas de prevención simples y efectivas que no confunda a la comunidad.<sup>14</sup>

La Declaración Berlín previene que los servicios y campañas de salud bucal deberán ser modificados de acuerdo a las necesidades específicas de cada comunidad. Esto exige revisiones constantes de las bases científicas para los métodos de educación bucal, tales como: entrenamiento y formación

profesional, historia de las enfermedades bucales, patología bucal, estrategias de prevención, tratamiento, control de infecciones, métodos de investigaciones y ciencias sociales para la salud bucal y programas comunitarios.<sup>12</sup>

El educador es un eje central en la modificación de actitudes, al respecto, Zerón presenta los conceptos fundamentales en la dinámica grupal como estrategia de promoción en grupos poblacionales enfatizando que el profesor u odontólogo es un comunicador que debe guiar al grupo para alcanzar sus metas.<sup>15</sup>

En muchas ocasiones, el profesor u organizador desconoce o confunde las características principales de cada técnica grupal. El estar familiarizado con las dinámicas grupales permitirá conducir de manera eficiente al grupo para alcanzar sus metas y los profesores que tienen a su cargo la educación escolar con mayor razón deben manejar estrategias grupales además del conocimiento a impartir.<sup>16</sup>

#### **2.4. Cartilla de Salud**

El último antecedente que trata de solucionar el problema de salud en México y que con fecha de publicación del 24 de diciembre del 2002 lo dicta el Decreto que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud y que considera que el Plan de Desarrollo 2001-2006 reconoce que la salud es una prioridad y pretende dar un servicio de salud a la población y plantea como uno de sus objetivos principales elevar el nivel de salud de toda la población.

Dicho decreto establece programas de acción que abarca desde la atención prenatal hasta la de los adultos mayores, en los cuales se involucra a la promoción de la salud como uno de los elementos más relevantes para la protección de la salud pública y que según la Ley General de Salud, tiene por

objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva;

La promoción de la salud comprende, según lo señala la propia Ley General de Salud, entre otros, a la educación para la salud, la cual tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades y protegerse así de los riesgos que pongan en peligro su salud;

En su contenido y con fecha 20 de octubre de 1978 se estableció con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación, destinada a controlar y comprobar la administración de vacunas como parte esencial de la protección de la salud de la niñez;

El 6 de marzo de 1998 se publicó en el órgano de difusión oficial el Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer con el objeto de que, desde el inicio de la edad reproductiva, las mujeres contaran con un instrumento que facilitara el seguimiento de su estado de salud; el 25 de junio de 2002 también se publicó los derechos de las personas adultas mayores, que señala garantizar a los adultos mayores la disponibilidad de una cartilla de salud y autocuidado, que deberá utilizarse indistintamente en instituciones públicas y privadas;

La utilización de las cartillas mencionadas ha permitido dotar de un documento de utilidad personal comprobando que este mecanismo ayuda considerablemente para dar servicio médico no únicamente como mecanismos de seguimiento de la atención recibida por los individuos, sino que además han demostrado que constituyen herramientas fundamentales de promoción de la salud, ya que permiten al usuario crear conciencia de la

importancia del autocuidado de la salud, así como, de que se demanden oportunamente los servicios preventivos correspondientes.

No obstante la utilidad de las cartillas antes mencionadas existen grupos que no quedan comprendidos dentro de las mismas, por lo que es necesario que se establezca un esquema más completo que permita a los preescolares y escolares llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud en la Cavidad Bucal acorde a todas y cada una de las etapas de la vida.

## **2.5. Cartillas de Salud Bucal**

Con relación al diseño y desarrollo de las Cartillas de Salud Bucal, en Sinaloa en el ciclo escolar 2003-2004 en cinco municipios de la zona urbana y rural del estado, se aplicó un método de revisión, evaluación y tratamiento preventivo de la Salud Bucal a nivel preescolar, y en el cual se distribuyeron cartillas de salud bucal a los equipos de trabajo utilizando en índice ceo, IHOS, con la finalidad de disminuir la incidencia y severidad de la caries dental y promover así una cultura de salud bucal.

Por otro lado, en el año de 1991, en Santiago de Chile, se implementó un programa de salud bucal en Chile a cargo del Ministerio de Educación de Chile y la junta de Auxilio Escolar y Becas.

El programa de salud bucal nació en 1991 y está concebido como el Manejo Integral Educativo Preventivo y Curativo del problema de salud bucal de escolares de primero a séptimo año básico de escuelas municipales y particulares, que presenten un Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) de 30 (nivel socioeconómico bajo). Es de cobertura nacional, aún cuando no está presente en todas las regiones de este país.

El programa consta de tres componentes. El primero es una atención odontológica integral a estudiantes en unidades dentales, que comprende,



una atención integral (inicio y fin del tratamiento) para los escolares de 1er grado y una atención de seguimiento para los escolares de 3er, 5to y 7to grado. El segundo componente, abarca la promoción para la salud en las escuelas comprometiendo la participación de la comunidad escolar, padres, profesores y administrativos. El tercero beneficia a estudiantes del programa con becas alimenticias y educativas, programa que ha contribuido con el control y la disminución del problema de la caries dental.

En Tijuana, a partir de 1998, la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California a través del MC Miguel Alberto Zamudio Gómez y conjuntamente con el Sistema Educativo Estatal se instauró un programa de prevención de caries utilizando como herramienta la Cartilla de Salud Bucal (CBS). Este documento, dirigido a los padres de familia, y maestros tuvo como objetivo principal registrar la prevalencia de caries y de manera indirecta servir como recordatorio de tratamiento dental para los niños. Para la implementación de dicha cartilla, participaron 964 niños, de los cuales 53.39% fueron niños y 47.61% fueron niñas. Los datos iniciales de prevalencia de caries por cada uno de los jardines de niños involucrados, así como, los datos de las observaciones, en todos los casos muestran una disminución. La mayor diferencia se observó entre la primera y la cuarta detección de niños con caries dental. En la primera observación se encontró una prevalencia del 48.18%, mientras que en la última observación la prevalencia disminuyó a 27,9%.

Sin embargo, a pesar de que en México se cuenta con diversas cartillas de salud, no se ha considerado la importancia de aplicar una Cartilla de Salud Bucal con la cual se podría establecer un control del estado de salud bucodental y poder entender la historia del problema de caries en los escolares.

La información que se tiene es sobre estadísticas recopiladas por la Secretaría de salud como por ejemplo:

De 1997 a 2001, por primera vez, la Secretaría de Salud realizó una Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental incluyendo a las 32 entidades federativas, abarcando tanto localidades rurales como urbanas, examinando a más de 126,000 escolares entre 6 a 10 y 12 a 15 años, mostrando una prevalencia de caries superior a 60%.<sup>17</sup>

La Subdirección General Medica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) realizó la primera Encuesta de Salud Bucal entre 1998 y 1999, en usuarios de primer de atención en sus 35 delegaciones, obteniendo como resultado que el número de dientes afectados por caries dental fue de 4.5 y 10.7 en los usuarios de 5,12 y 18 años de edad, respectivamente.<sup>18</sup>

Los datos antes mencionados sirven como línea de base para investigaciones futuras, sin embargo, el homogenizar la información y control el tratamiento odontológico serviría para contribuir al conocimiento de las principales causas de la pérdida prematura o no de las piezas dentales.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La caries dental es un grave problema de salud pública en razón al considerable número de personas que la padecen. Esta generalmente es abandonada a su historia natural, es decir, la atención odontológica por lo general se observa cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas, lo que conlleva a la pérdida de piezas dentales a más temprana edad.

La caries dental aparece desde el primer año de vida, presentando su mayor incidencia en los grupos de edad de 6 a 24 meses y en algunos casos se ha observado que a edades tempranas la pérdida precoz de los dientes.

Tomando en cuenta que en el país funcionan distintos programas que apuntan a atender las necesidades de salud de la población infantil, es cierto, que algunos de estos programas se ha mantenido con fortalezas y debilidades, según la necesidad emergente del momento, sin un compromiso real de continuidad y valoración y sin tener en cuenta la promoción y prevención como objetivos principales, y que han sido sostenidos, la mayoría de las veces, por el esfuerzo cotidiano de los equipos de base.

Por lo cual, dado que la presencia de caries dental en nuestro país muestra un escenario desalentador el presente trabajo propone la elaboración de una cartilla de salud bucal como una opción para el control y seguimiento del problema de caries dental y otras enfermedades en edad escolar y con repercusiones para la edad adulta.

La cartilla de salud bucal para escolares podría implementarse como una propuesta de cultura del cuidado y educación de la salud bucal, ya que se propone como un método progresivo de revisión, evaluación y tratamiento preventivo de la salud bucal a nivel escolar.

Uno de los puntos más importantes sería promover acciones conjuntas con los equipos docentes de escuelas y jardines, que dirigida hacia diagnósticos oportunos y veraces por profesionales, sería de un interés emergente para trabajar conjuntamente en la consulta, en la escuela y en la comunidad.

#### 4. JUSTIFICACIÓN

A la fecha no existe un sistema de medición de salud bucal efectivo que nos muestre el estado de Salud Bucal en edad preescolar y escolar.

Hoy en día los problemas dentales a corto y largo plazo son un problema tanto de salud, educación y económicos.

Por lo que es importante, recalcar que un Programa Prioritario de Atención a preescolares y escolares con una Cartilla de Salud Bucal busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los mismos que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, entre otras, la accesibilidad y continuidad en la atención de los escolares, brindándole asimismo, a la salud bucal la atención y seguimiento adecuado.

**La educación con un documento de educación bucal que fomente preguntas a los docentes y trabajadores de la salud**, sería también, una auxiliar que ayude a los buenos hábitos de alimentación e higiene bucal.

Con esta Cartilla de Salud Bucal como un parámetro homogéneo de revisión alentaría la participación de la madre y el padre en la prevención y diagnóstico oportuno de la enfermedad.

## **5. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una cartilla bucal para facilitar el conocimiento del número de piezas cariadas, perdidas y obturadas, con la cual se facilite el historial bucodental de los escolares.

### **5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Diseñar la cartilla de salud bucal, tomando como base la cartilla de vacunación
- Aplicar el uso de la cartilla para conocer los principales errores de su diseño
- Dar a conocer el manejo y seguimiento de la misma a los padres familia para su aprobación.

## **6. MATERIAL Y METODOS**

La presente investigación consistió en primer lugar, en diseñar una cartilla de salud bucal tomando como referencia la cartilla de vacunación, para ello, se elegirán escolares de una secundaria a los cuales previamente se le pidió el permiso para tener acceso a las instalaciones (anexo2), el permiso fue dirigido al director por parte de la Coordinación del Seminario de Titulación de Educación para la Salud.

En segundo lugar se les citó a los padres de familia y/o tutores para la presentación del trabajo, plantear los objetivos del proyecto de investigación y recabar su aprobación a través de un consentimiento informado.

La exploración bucal se llevó de acuerdo a los lineamientos establecidos por la OMS, los cuales son los siguientes: barreras de protección, espejo plano y explorador del N°, 5 desechables y unidad dental instalada para tal fin. Para la exploración y registro bucal se utilizó el índice CPO-D para la

cuantificación de piezas permanentes. Al mismo tiempo se hizo uso del índice de *L' Olevry* para contabilizar el número de caras teñidas y por ende, conocer el porcentaje de caras con placa dentó bacteriana (PDB).

La exploración bucal y las anotaciones las realizó el tesista, así como la técnica de cepillado que se impartió a cada uno de los escolares fueron realizadas por dos asistentes dentales previamente capacitados para tal fin.

## **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

Transversal descriptivo y de intervención

## **6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Escolares de primer grado de una secundaria pública diurna mixta, de la delegación de Iztacalco.

## **6.3 MUESTRA**

Se elegirán a 36 escolares de la secundaria que se encuentren cursando el primer grado. El tamaño muestral se determinó por conveniencia, eligiendo a los escolares al azar a través de las listas de asistencia, hasta completar la muestra.

## **6.4 VARIABLES**

Debido a que nuestro objetivo es diseñar una cartilla de salud bucal y no comprobar relación entre variables, éstas se omitirán del presente trabajo.

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Escolares que deseen participar y que presenten el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores, sin distinción de género.

## **6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Escolares que no presenten aparatología fija
2. Escolares que completen la exploración bucal

## **7. RECURSOS HUMANOS**

Director: C, D, Miriam Ortega Maldonado

Asesor: C.D. Alberto Zelocuatecatl Aguilar

Tesista: Manuel Valencia Mendoza

Dos asistentes dentales

### **7.1 RECURSOS MATERIALES**

Consumibles

Espejo y explorador del N°.5 (desechables)

Barreras de protección

Computadora

Cámara

Cañón

Cartillas

Cuestionarios

Cepillos dentales de obsequio

### **7.2 RECURSOS FINANCIEROS**

Los costos correrán a cargo del tesista.



## 8. PLAN DE ANÁLISIS

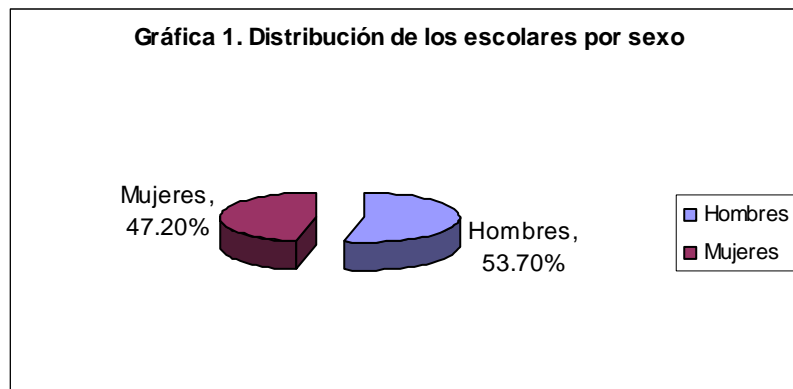
Los resultados se capturaron en una base de datos previamente diseñada en el paquete estadístico SPSS versión 11, con la finalidad de obtener estadística descriptiva (media, frecuencia y porcentajes), así como, también se obtuvo la prevalencia de caries dental y placa dentó bacteriana en la población.

## 9. RESULTADOS

Los puntos clave que integraron la Cartilla de Salud Bucal fueron la caries y la presencia de placa dento bacteriana los resultados encontrados fueron los siguientes:

De los escolares encuestados en la “Escuela Secundaria Diurna2”, 17 (47.2%) fueron del sexo femenino y 19 (52,7%) del sexo masculino.

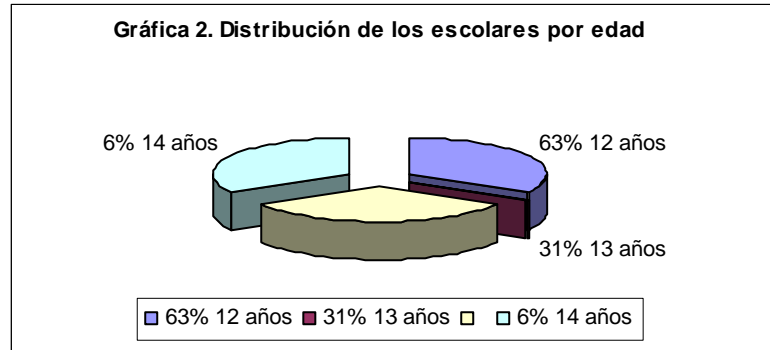
(Gráfica 1)



Fuente directa

Tomando en cuenta que la muestra estuvo conformada por escolares de primer ingreso la edad mínima fue de 12 y la máxima de 14 años.

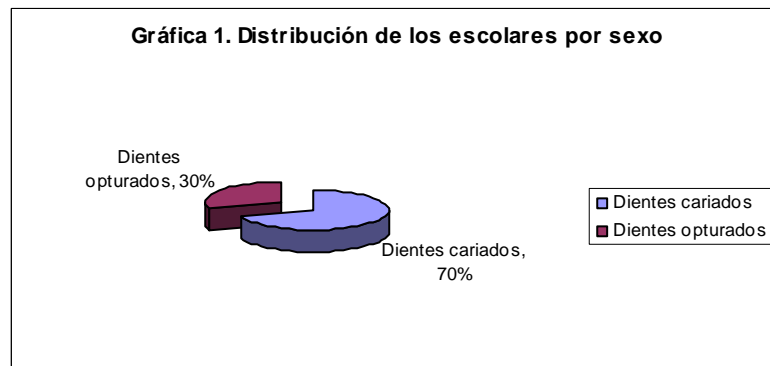
(Grafica2)



Fuente directa

La prevalencia de caries dental en los 36 escolares fue del 91.66%, mientras que la prevalencia de dientes tratados fue tan sólo del 39

(Grafica 3)



Fuente directa

AL analizar el índice CPO por diente, el resultado de este fue de 3.94. El índice ceo-d no se analizó debido a que solo tres de los escolares presentaron dentición temporal.

Con relación al índice de O'Leary, el 78.23% de los escolares presentan una higiene dental deficiente, esto es, que la presencia de PDB se localiza, en promedio, en tres caras dentales.

## **10. CONCLUSIÓN**

Los resultados presentados en la cartilla sólo refleja un estado bucodental somero de los escolares, se debe presentar la propuesta ante un comité de expertos con la finalidad de considerar algunas preguntas que en un futuro podrían ser útiles para el abordaje de la caries dental.

El diseño de la cartilla bucodental no cubrió las expectativas esperadas por lo que se considero ampliarlo en un futuro y por lo pronto, promover la realización de un programa de educación para la salud.

Trabajo que se sugiere en un futuro, de la siguiente manera:

1. Valoración bucodental a través de la corrección de la Cartilla de Salud Bucal que hoy se presenta.
2. Presentación de los resultados a los padres, tutores, profesores y autoridades de la escuela y/o comunidad.
3. Aplicación e intervención con énfasis en la educación para la salud bucodental.
4. Actividades de seguimiento para el control sobre el impacto del mismo

Debido al tiempo que se tiene para la realización del presente trabajo se complementó con el diseño del programa de intervención que renglones arriba se menciona (ver propuesta, anexo 1)

## 11. REFERENCIAS

1. boj j. Odontopediatria. 1ª ed. Barcelona; Masson; 2004 p. 125-132
2. Duke J. Rodríguez A, Coulin G. Reverón F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40(2): 1-10
3. Dra. Sayde Adelina Pérez Olivares y col. Universidad Autónoma de Campeche y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. México. 2001.
4. Guías prácticas clínicas de caries dental. Facultad de Estomatología de la Habana. Disponible en : <http://www.facest.sld.cu/articulos.html>
5. Manual para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales. Secretaria de Salud. México 2001. Disponible en:  
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/SIVEPAB.html>
6. Downer MC, Drugan CS, Blinkhorn AS. Dental caries experience of British children in an International context. Community Dent Health. 2005,(2): 86-93.
7. Brunelle JA, Carlos JP. Recent trends in dental caries in USA children and the effect of water fluoridation. J Dent Res 2001; 69(1):723-737
8. Ojofeitimi EO, Hollist NO, Baji T, Adu TA. Effect of cariogenic food exposure and prevalence of dental caries among and non fee paying Nigerian schoolchildren. Community dental oral Epidemiol 1998;12(3):274-277
9. MacNutly JA, Fost JP. The study of caries prevalence in children in a developing country. J Dent Children. 199; 18(3): 129-136.
10. Green WH, Simona-Morgton BG. Introduction to Health Education. Londres: Collier. Mac Millan Pub, 1984: 32-45.
11. Costa M, Benito A, González JL, López E. Educación sanitaria de pacientes: el autocuidado. Jano 1989; 856: 75-80.
12. Ubrei Sheiman. Declaración de Berlín para la salud y servicios odontológicos un paso adelante para la cooperación Mundial. Departamento de Epidemiología y Salud Publica. University Collage London, Medical School Inglaterra.

13. Strayer MS. A description of dental public health programs for the elderly J Public Health Dent 1993; 53(2): 83-7
14. De Biase CB. Dental health education. Theory and practice. 1a edition Lea & Febiger; 1991 p: 1-5, 243-264.
15. Zerón A. Códigos y criterios para la dinámica grupal. Revista de la ADM. Vol. LVI, No. 6, Nov- Dic.199.
16. Aquino ZF. La educación del movimiento en la edad preescolar. Ediciones Ciencia y Técnica. S.A. México. 1999.
17. Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1997- 2001. SSA, Subdirección de Prevención a la Salud, Centr. Nacional de Vigilancia, Programa de Salud Bucal.
18. Primera encuesta de Salud Bucal ISSSTE 1998- 1999. Informe Ejecutivo. Subdirección General Medica del ISSTE.

# **A N E X O S**

El presente trabajo tiene como fundamento el programa implementado por:  
**Vivanco González O, Legrá Alba W, Fernández Maffu N, Ganén Prats I.** Propósito en salud bucal para el año 2005. Situación actual y perspectiva. Rev. Salud PÚBLICA. Guantánamo Cuba. 1996.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

La educación para la salud, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial para la salud (OMS), es promover, organizar y orientar los procesos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos, grupos y colectividades, adquiere una importancia capital y contribuye al desarrollo de la conciencia sanitaria de la población.<sup>1</sup>

Actualmente el objetivo primordial de la odontología debe ser la prevención, por lo que la educación sanitaria, es un elemento esencial en ese sentido y debe de ir dirigida fundamentalmente hacia los individuos que no necesitan tratamiento curativo, con el fin de que tomen conciencia sobre su autoresponsabilidad en el mantenimiento de su estado de salud.<sup>2</sup>

Los Sistemas Nacionales de Salud en México realizan acciones de educación para la salud, pero carecen de la sistematicidad y otros requisitos de calidad que garanticen la asimilación y la modificación de actitudes y conductas en la población con respecto a la salud bucodental.

Se ha recomendado aplicar programas de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones hacia los grupos que potencialmente pudieran incurrir en conductas inadecuadas problemas que afecten de alguna manera su salud; por ejemplo aquellos que puedan llevarse a cabo en centros estudiantiles y áreas donde residan estos pobladores en riesgo.<sup>3</sup>

En su labor educativa, el odontólogo utiliza diferentes vías para lograr la comunicación, entre ellas: la entrevista, la discusión en grupo, la charla, la audiencia sanitaria y el círculo de interés.<sup>3,4</sup>

Otras técnicas se han abierto paso por la importancia y los resultados obtenidos en cuanto a facilitar el aprendizaje, tales como: la técnicas afectivo participativas, la creatividad y los juegos didácticos como herramientas fundamentales en esta tarea, en función de un tema específico, como un objetivo concreto y en dependencia de los participantes con los cuales se esta trabajando.<sup>5,6</sup>

Estudios realizados evidencian la elevación del conocimiento sobre salud bucal mediante el juego como instrumento de trabajo educativo.<sup>5,7</sup>

En México, se ha hecho evidente la falta de interés y la desvalorización que muestran los adolescentes hacia la atención odontológica, la cual se demuestra por la dificultad para lograr que asistan a los servicios, finalicen los tratamientos y, mantengan hábitos y conductas higiénicas adecuadas para conservar la salud bucal.<sup>2,8</sup>

## **MÉTODOS**



Número uno, se debe seleccionar una muestra representativa de los estudiantes donde se decida utilizar el instructivo (se propone primer grado), a quienes se aplicara un cuestionario de 20 preguntas relacionadas con los temas que tratará la intervención (5 preguntas cada tema), los cual servirá para valorar el grado de conocimiento que poseen sobre los contenidos a estudiar ante la acción educativa.

A todos los estudiantes se les hará un control de placa dentobacteriana (PDB) y se calculara el índice o'Leary para determinar la condición de higiene bucal antes de la intervención. Posteriormente se procederá a la etapa de intervención propiamente dicha en el grupo de estudio, la cual se llevara a cabo mediante un programa de actividades educativas con aproximadamente 15 estudiantes para garantizar que todos participen en las técnicas y juegos didácticos diseñados y reciban los conocimientos de los 14 temas escogidos.

Las reuniones se efectuaran en semanas alternas, durante 3 meses, y en cada una de ellas se empleará un juego didáctico confeccionado especialmente para consolidar los conocimientos y servir de retroalimentación del tema impartido, el cual será entregado a cada grupo para ser utilizado entre uno y otro encuentro educativo y después en la etapa de consolidación.

En la última reunión con el grupo de estudio se procederá a aplicar el cuestionario y realizar un nuevo control de la placa dentobacteriana, de tal manera de que se obtengan dos resultados o una evaluación de conocimientos e higiene bucal: antes y después de la intervención, de modo que los cambios producidos en esto serán considerados como el efecto o la consecuencia de las labores educativas con el grupo.

Para evaluar el conocimiento de los escolares sobre salud bucal se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- De cada tema se formularán 5 preguntas, de ellas 4 con una única solución (sólo habrá una respuesta correcta) y 1 de selección múltiple (con varias respuestas correctas).
- En las preguntas de selección única se otorgaran 5 puntos cuando escojan la adecuada, pero por cualquier otra selección no obtendrán punto alguno.
- En las preguntas de selección múltiple, la clasificación se distribuirá como sigue:
  - 5 puntos cuando seleccione 3 repuestas correctas.
  - 3 puntos cuando seleccione 2 respuestas correctas.
  - 0 puntos cuando seleccione sólo 1 respuesta correcta o incorrecta.

Las preguntas de respuestas únicamente tienen 3 ítems; y las de selección múltiple 4.

Se considerará al evaluar el cuestionario:

1. Conocimientos generales sobre salud bucal
  - a. Se clasificará con conocimiento general **adecuado** al estudiante que acumule cuando menos 70% de los puntos posibles.
  - b. Se clasificará con conocimientos generales **inadecuado** al estudiante que no alcance el 70% de los puntos de cuestionario.
2. Conocimiento sobre el tema (para cada uno)
  - a. Se considera con conocimiento **adecuado** sobre el tema al estudiante que acumule cuando menos 70% de los puntos al respecto (nunca debajo de 18 puntos).
  - b. Se considerará con conocimiento **inadecuado** sobre el tema al estudiante que no alcance el 70% de los puntos al respecto.

Para evaluar la higiene bucal:

- Cuando el valor del índice o'Leary al realizar el control de la placa dentobacteriana sea de 20 ó menos, se considerará la higiene como **adecuada**.
- Cuando el valor del índice Love al realizar el control de la placa dentobacteriana sea de más de 20, se considerará la higiene bucal como **inadecuada**. Este índice responde a la fórmula:

$$I.O = \frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies presentes}} \times 100$$

Donde las superficies presentes representan las caras de los dientes, excepto, la oclusal, y sin tener en cuenta el tercer molar; y las superficies teñidas, aquellas que al usar el colorante se tiñen de rojo en los sitios de acumulación de dicha placa.

### **Recursos utilizados para el aprendizaje**

1. **Exposición oral:** Es el templo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar. Ello estará a cargo del coordinador y será utilizado en la introducción, a una parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.
2. **Interrogatorio:** Es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vistas o verificar lo aprendido. Se utilizará para despertar el interés central, la atención la reflexión sobre los aspectos importantes.  
Cuidados: Dirigir la pregunta al grupo y no interrogar directamente participante.  
Uso: Después de la presentación del tema y para resumir puntos importantes de éste.
3. **Demostración:** Consiste en ejecutar, ante un individuo o grupo, que se está explicando y repetirlo hasta su comprensión. Permite verificar

algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones, de modo que proporcionará la participación de los integrantes del grupo.

Uso: Se explicará la actividad a realizar:

- Repitiendo paso a paso, enfatizando en los aspectos centrales y aclarando las dudas que sugiere.
- Invitando a los participantes a que repitan el procedimiento y corrigiendo los errores.
- Reforzando lo correcto.

4. **Dinámica de grupo:** Se basa en la discusión de un tema por grupo no mayor de 15 personas, bajo la conducción de un moderador. Contribuye a modificar conductas negativas.

Uso: Permite delimitar el tema mediante la formulación de problemas y preguntas, así como llegar a conclusiones con ayuda del grupo.

5. **Dramatización:** Se trata de la escenificación de un problema ante un grupo, donde los participantes tienen la oportunidad de analizar situaciones en circunstancias similares a las que se presentan en la realidad.

Uso: Se delimita el tema a representar, para lo cual:

- Se organiza la escena, preferiblemente con voluntarios.
- Se interpreta la dramatización.
- Se fomenta la discusión sobre conductas positivas o negativas.
- Se elaboran conclusiones con ayuda del grupo.

6. **Técnicas afectivo-participativas:** Se fundamenta en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar la cohesión, la reflexión o el análisis sobre un tema determinado.

Uso: Dinámica de presentación y animación. El objetivo es desarrollar la participación al máximo para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de capacitación, tanto al inicio como después de momento intensos y de cansancio.

7. **Juegos didácticos:** Persiguen consolidar los conocimientos que reciben en las reuniones, elevar el nivel de educación para la salud bucal y garantizar la retroalimentación de los temas impartidos.

**Proyecto realizado actualmente por la coordinación de odontología preventiva y equipo de atención primaria de la Clínica ABC Amistad.**

## **ANEXO 1**

### **Primera reunión**

#### **Introducción**

- Presentación del coordinador
- Técnica participativa

#### **Objetivos**

1. Cohesionar el grupo y motivar por las actividades.
2. Lograr encuadrar las actividades previstas

#### **Desarrollo**

El coordinador se presentará, describirá algunas de sus principales cualidades y defectos y motivará al grupo para que participe en la técnica, qué consiste en repartir a cada estudiante una hoja de papel, un lápiz, para

que anote en ella sus nombres y apellidos, luego de lo cual y a solicitud del coordinador, comenzarán a rotarse los papeles para que cada uno escriba una cualidad o defecto que reconozca en el compañero, según el nombre especificado en la hoja de papel y cuando cada escolar haya recibido su propia hoja, se dará por terminada la rotación. Posteriormente, cada alumno leerá en voz alta las cualidades y defectos que sus compañeros le han señalado.

De esta forma, el coordinador educa al promover la reflexión sobre las cualidades de algunos, así como de aquellas que se repiten en varios y, por tanto, caracterizan al grupo.

Luego se procede a recoger las expectativas de los presentes en cuanto a la intervención, tratando de que expresen sus dudas sobre el cuestionario aplicado, si las hubiese.

Se explicará el programa de la intervención y procedimiento a seguir, a la vez que se acentúa la importancia de mantener la salud bucal que ellos han logrado con la autoresponsabilidad en su cuidado para si poder lograr una mejor salud general y bocas sanas. Acto seguido se les invita a participar activamente en las reuniones, para que al final se conviertan en promotores de salud bucal.

Se les pedirá que traigan el cepillo dental a la próxima reunión y se despide al grupo hasta el nuevo encuentro.

## **Segunda reunión**

**Tema 1:** “Conoce tus dientes y cuídalos”

**Contenido:** Dentición. La placa dentobacteriana. El cepillado y su importancia.

## **Introducción**

Se realiza la técnica participativa: “Refranes”, con el objetivo de agrupar a los estudiantes en dúos, cambiarles de lugar donde se habían sentado inicialmente por afinidad y ubicar las sillas que ocupaban hasta formar un círculo.

## **Objetivos**

1. Acentuar la importancia y función de los dientes.
2. Describir el método y la frecuencia del correcto cepillado.
3. Identificar la placa dentobacteriana y su significado.

## **Desarrollo**

Basado en exposiciones, técnicas participativas, demostración y juego didáctico.

La actividad se inicia con la explicación de que existen 2 denticiones (temporal y permanente), después de lo cual se describen sus características y funciones.

Se les enseñan modelos de yeso con ambas denticiones, se describen los diferentes grupos dentarios, se comenta la importancia de mantener los dientes limpios para que se conserven sanos y se introduce el tema del cepillado dental.

Se explica la técnica correcta del cepillado y su frecuencia y se demuestra con el uso del tipodonto y el cepillo, reafirmando la forma correcta de la encía al diente y su frecuencia (después del desayuno, el almuerzo, la comida y antes de acostarse).

Posteriormente se afirma que si el cepillado no se realiza de la forma descrita, se produce la acumulación de una sustancia blanda en la superficie

dentaria, con gran cúmulo de microorganismos y bacterias, conocida como placa dentobacteriana.

Para animar al grupo se efectúa una rifa, donde aparecen escritas las palabras diente y placa, respectivamente, de manera tal que a los estudiantes que les toque la segunda se les realizará un control demostrativo de esta y servirán de modelos para señalar la placa teñida por el colorante. Se aprovecha la ocasión para que los estudiantes distribuidos en dúos, ejecuten una técnica de animación donde demuestren como se cepillan los dientes. Al final de la acción, cada uno de ellos debe evaluar como hizo el cepillado y el coordinador irá corrigiendo o reafirmando las formas de proceder.

Se imparten las instrucciones sobre el juego referente a trabajo de equipo.

Se pregunta como se han sentido en la reunión y se les cita para el próximo encuentro motivando la actividad diciéndoles que aprenderán las consecuencias que trae la acumulación de placa dentobacteriana y se despide al grupo

### **Tercera reunión**

**Tema 2:** ¿Por qué enferman tu diente y tus encías?

#### **Introducción**

Se comenta breve y sencillamente que la caries dental y las enfermedades de las encías se consideran las afecciones bucales más extendidas en el mundo causan la pérdida de los dientes si no son tratadas a tiempo, pero también que ambas pueden ser prevenidas con procedimientos muy fáciles de llevar a cabo.

#### **Objetivos**



1. Identificar la placa dentobacteriana como causa de las enfermedades bucales más frecuentes.
2. Reconocer las caries y enfermedades de las encías como principales causas de la pérdida dental
3. Mencionar algunos métodos preventivos de la caries dental.

### **Desarrollo**

Exposición. Técnicas participativas. Dramatización.

Se inicia la actividad cuando el coordinador agrupa en dúos o tríos para comentar sobre el encuentro anterior y que un voluntario exprese lo recordado. Se corrige o rectifica la información.

Se solicitan tres voluntarios para dramatizar una escena donde un adolescente asiste al odontólogo acompañado de su madre y con mucho dolor. Se les orienta que expongan una situación con actitudes positivas y negativas de los personajes.

Una vez concluida, se precede a analizar en conjunto dichas actitudes y en ese contexto el coordinador aprovechará para desarrollar el tema y explicar el proceso que produce la caries dental y sus consecuencias. De igual manera se hará con las enfermedades de la encía.

Se les motiva para la próxima actividad y se especifica las medidas que deben tomarse para conservar los dientes y encías saludables durante toda la vida:

- Mantener una correcta higiene bucal, insistiendo sobre la forma y frecuencia del cepillado.
- Reducir el consumo de alimentos que propicien la aparición de la caries dental, dado que las bacterias se acentúan sobre ellos y producen un ambiente que descalcifican el esmalte de los dientes.
- Utilizar fluoruro para que los dientes se tornen más resistentes.

- Visitar periódicamente al odontólogo.

Finalmente se indaga sobre las reflexiones que ha provocado la reunión y se despide al grupo hasta el próximo encuentro.

### **Cuarta reunión**

**Tema 3:** ¿Cómo prevenir que tus dientes se enfermen?

**Contenido:** Dieta cariogénica y su control. El fluoruro y su influencia en la prevención de la caries dental.

### **Introducción**

El consumo excesivo de algunos alimentos puede favorecer la aparición de la caries dental, lo cual se conoce como dieta cariogénica.

El fluor, es un elemento químico que no encuentras en la naturaleza de manera combinada los cuales se identifican como fluoruros y en el organismo se encuentran en pequeñas cantidades con alta afinidad en los tejidos calcificados, en el caso de los dientes la presencia de fluoruro genera una mayor resistencia y estabilidad en los cristales de calcio haciéndolos menos vulnerables a la caries dental.

### **Objetivos**

1. Identificar los alimentos cariogénicos y como pueden ser controlados.
2. Puntualizar la función del fluoruro.
3. Describir los diferentes métodos para la aplicación del fluoruro.

### **Desarrollo**

Exposición, dinámica de grupo, demostración.

El conductor de la actividad agrupa en dúos o en tríos para que comenten acerca de la reunión anterior y solicita un voluntario para que exprese lo

recordado por el al respecto, luego de lo cual se corrige o verifica la información.

Se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué importancia tiene la dieta en la aparición de la caries dental?

Se promueve la discusión en grupos y se rectifican o confirman los conocimientos de los estudiantes sobre el tema, apoyados con laminas donde se muestren los alimentos de la nutrición básica (productos lácteos, verduras, frutas, huevos, carnes y otros) y los cariogénicos (caramelos, galletas, dulces en general, comidas ricas en harina de trigo como el pan, las pastas y otros) para ayudar a su reconocimiento.

Se continúa explicando que el fluoruro es el método preventivo más eficaz para evitar la caries dental, pues proporciona al esmalte dentario una mayor resistencia contra el ataque de los ácidos producidos por los microorganismos en contacto con la placa dento bacteriana. Puede aportarse al organismo en forma de enjuagues; se utiliza en niños menores de 5 años así como, en colutorios en alumnos de enseñanza de primaria, cada seis meses, en cuya ocasión deberá mantenerse el colutorio en la boca durante un minuto y no enjuagarse ni comer alimento alguno por espacio de dos horas.

Se les informa que el fluoruro se encuentra adicionado actualmente al agua y a la sal de consumo, así como a las pastas dentales. Se invita llevar a cabo la práctica de la aplicación tópica (colutorio) de fluoruro para demostrar, estimar el tiempo y emitir las recomendaciones pertinentes luego de su uso.

Se les pide que opinen acerca de la actividad desarrollada y como se han sentido, después de lo cual se despide al grupo hasta el próximo encuentro.

### **Quinta reunión**

#### **Tema 4: Los dientes y su función estética**

**Contenido:** Hábitos deformantes de la cavidad bucal.

### **Introducción**

El crecimiento y desarrollo normal de los huesos maxilares y de toda la cara son afectados cuando se practican hábitos inadecuados.

### **Objetivos**

1. Identificar hábitos deformantes de la cavidad bucal
- 2.

### **Desarrollo**

Demostración, juego didáctico y dinámica de grupo.

Se comienza la actividad con la petición de que menciones algunos hábitos deformantes de la cavidad bucal para motivar la discusión del grupo acerca de los más conocidos, se refirman los conocimientos o se corrige la información y se llega a conclusiones colectivas.

Los hábitos inadecuados afectan las posiciones correctas de los dientes y por eso se les denomina deformantes. Entre estos figuran:

- El empuje lingual: Cuando la lengua se proyecta y apoya contra los dientes anteriores al tragar, lo cual provoca que se desvíen hacia delante y que la mordida anterior se abra.
- El habito de chupa dedo u otro objeto: Condiciona que los dientes anteriores (incisivos) se inclinen hacia delante y la mordida se habrá este habito debe ser eliminado antes de los cuatro años.
- La respiración bucal: Genera irritación e inflamación de las encías y sequedad de los labios, así como altera las características normales de la cara, entre otros problemas.
- Comerse las uñas: Modifica la posición correcta de los dientes y puede provocar movilidad dental y enfermarse de las encías.
- Apoyar la barbilla frecuentemente sobre la mano y dormir con el mentón sobre una mano cerrada o almohadas duras desvían la mandíbula hacia un lado de la cara.

Para ilustrar lo anterior se muestran modelos de yeso con mal posición dentales producidas por hábitos deformantes y se distribuye a los participantes en dos equipos para explicar el procedimiento del juego didáctico integrador de la intervención “Rompecabezas dental”, del cual se entrega un ejemplar al grupo y se orienta que sea practicado en los horarios libres también aclara que la actividad terminará en la próxima reunión y que en ella se les aplicará un cuestionario.

## **Sexta reunión**

### **Introducción**

Se realizará a cada niño un control de la placa dentobacteriana y se aplicará el cuestionario de la investigación.

### **Objetivo**

1. Calibrar la opinión del grupo sobre la intervención efectuada.
2. Seleccionar a los estudiantes que se utilizarán como promotores de salud bucal.
3. Estimular la participación del grupo en la intervención.

### **Desarrollo**

Como es habitual, el coordinador subdivide al grupo en dúos o tríos y se sugiere comentar los aspectos positivos, negativos o interesantes que pudieron detectar durante toda la intervención educativa, a fin de retroalimentar el Programa, y se solicitan voluntarios para formular los planteamientos.

Se seleccionan colectivamente a los estudiantes más destacados y con mejor aprovechamiento durante la intervención para declararles “Promotores de Salud Bucal” y se les entrega un diploma acreditativo diseñado para la ocasión

Se orienta extrapolar a su colectivo estudiantil y familiar los conocimientos recibidos y se estimulo, a todos los estudiantes por haber participado activamente en la acción educativa.

### **Anexo 1. Referencias**

1. Restrepo HE: Promoción de salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública. *Educ. Méd Salud* 1995; 29 (1): 76-91.
2. Gonzalez M. Cabrera R. Grossa SG, Franco F, Aguirre A. Prevalence of dental caries and gingivitis in a population of Medical schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:11-4.
3. Magdalena J. La salud de los adolescentes y jóvenes. En: Bengcigui Y, Jand S, Paganini JM. Acciones de salud materno-infantil. Nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la infancia. Washington: 1996:12-25.
4. Salas MR, Sosa M. Programa educacional de salud bucodental para adolescentes “Una buena compañía. Mi salud”. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1997:5-10.
5. Serrano González M. educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1990:8-12
6. Bustillo G. Técnicas participativas de educadores cubanos y juegos didácticos. La Habana: Editorial Científico – Técnica, 1996;6 - 12
7. Moral M. Modificaciones en el uso inadecuado del cepillado dental utilizando técnicas participativas en preescolares. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina. Santiago de Cuba, 1996.
8. Segovia Villanueva A, Estrella Rodríguez R, Medina Solís, Maupomé Gerardo. Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3 – 6 años de edad en Campeche. *Rev. Salud Pública. México* 2005; 7(1):1-13



Anexo 4

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

2006

# CARTILLA DE SALUD BUCAL







Universidad Nacional Autónoma de México

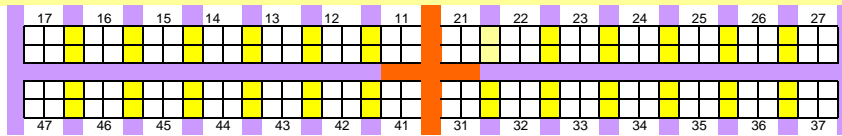
Facultad de Odontología



"Seminario de Titulación "Educación para la Salud" Cartilla de Salud Bucal"

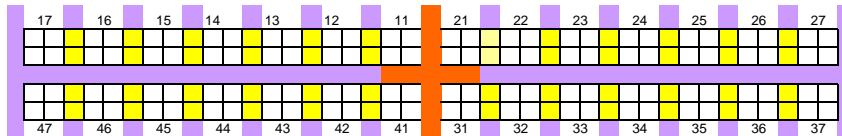
**INDICE O'Leary:**

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa antes y después de la instrucción de la higiene bucal



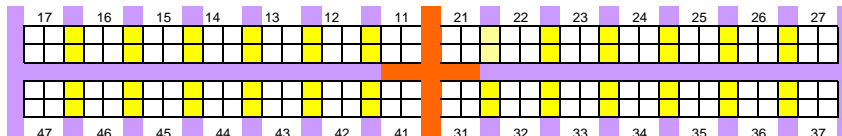
TOTAL DE DIENTES  CONTROL  % PLACA   
 TOTAL DE CARAS

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS



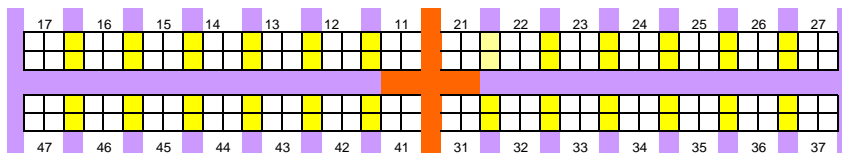
TOTAL DE DIENTES  CONTROL  % PLACA   
 TOTAL DE CARAS

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS



TOTAL DE DIENTES  CONTROL  % PLACA   
 TOTAL DE CARAS

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS



## **Anexo 4**

### **Objetivo:**

Esta cartilla registrará el estado de salud de cada escolar y deberá ser llenada por un cirujano dentista o personal capacitado.

Esta servirá para que los padres vigilen el estado de salud dental y bucal de sus hijos(as)

### **Recomendaciones:**

- 1.- La primera revisión deberá ser realizada al inicio del ciclo escolar
- 2.- Cada seis meses se deberá realizar una revisión del estado de salud bucal.
- 3.- Vigilar las indicaciones del cirujano dentista, en cuanto a las técnicas de cepillado y formación de hábitos
- 4.- Si su Hijo tienen un problema atiéndalo de inmediato
- 5.- Si su hijo esta sano pregunte al cirujano dentista como mantener su salud bucal.
- 6.- Verifique que los datos sean recabados en esta cartilla
- 7.- Participe en cualquier programa que le sea ofrecido por el Sector Salud
- 8.- La prevención es la mejor medicina para que sus dientes y encías duren toda la vida.
- 9.- Cuide su cartilla
- 10.- Quiera a su DENTISTA