



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN
ESCOLARES DE 8-9 AÑOS EN LA ESCUELA
PRIMARIA INSTITUTO BILINGÜE RUDYARD
KIPLING, 2006**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE**

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

FRIDA RAQUEL PADRÓ TORRES

TUTORA: C. D. MARIA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO D. F.

2007



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.

*Doy gracias a Dios
por la nueva oportunidad de vida:
¡Creo que no te defraude!*

*A los directivos del KIPLING,
porque sin su apoyo no hubiera sido posible
realizar una etapa más de mi vida.*

*Agradezco a la UNAM, a la Facultad de Odontología,
por permitirme culminar mis estudios
y porque en ella conocí a personas tan valiosas en mi vida.*

*Frida, porque eres el motor de mi vida, este logro es por ti y para ti.
Te amo*

*Eres la persona que más admiro en el mundo,
por tu ejemplo de fortaleza y superación,
¡me has enseñado a valorar tantas cosas!
Gracias Papá*

*Por darme la vida, y estar a mi lado
en cada uno de los momentos más importantes.
Gracias Mamá*

*Gracias Sandra
por apoyarme incondicionalmente.*

*A ti, por tu comprensión y ternura.
Gracias Amor*



ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	7
2. PROGRAMAS DE SALUD	12
2.1 DIAGNÓSTICO	13
2.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	14
2.3 IDENTIFICAR, ANALIZAR Y SELECCIONAR LAS ESTRATEGIAS	14
2.4 PLAN DE ACCIÓN	14
2.5 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	14
2.5.1 EVALUACIÓN DE PROCESO	15
2.5.2 EVALUACIÓN SUMATIVA	16
2.5.3 EVALUACIÓN DE IMPACTO, FINAL O DE PRODUCTO	16
3. TEORIAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL	17
3.1 TEORÍA DEL DESARROLLO DE PIAGET	17
3.1.1 ETAPAS COGNOSCITIVAS	17
3.1.2 DESARROLLO COMO CAMBIO DE ESTRUCTURAS DEL CONOCIMIENTO	18
3.2 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO DE VYGOTSKY	19
3.2.1 DESARROLLO Y APRENDIZAJE	19
3.3 TEORÍA DEL DESARROLLO SOCIAL	20
4. DESARROLLO FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL EN EDAD ESCOLAR	21
4.1 ETAPA DE LAS OPERACIONES CONCRETAS (DE 7 A 12 AÑOS)	21
5. DESARROLLO Y APRENDIZAJE EN EDAD ESCOLAR	23
5.1 TEORÍA DE PIAGET	23
5.2 DESARROLLO SOCIAL	24





	PÁGINA
5.2.1 ETAPA DE INDUSTRIOSIDAD VS. INFERIORIDAD DE ACUERDO A ERIKSON	24
5.3 DESARROLLO FÍSICO	25
5.4 DESARROLLO EMOCIONAL	25
6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CARIES	27
6.1 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)	27
6.1.1 SELECCIÓN DE DIENTES Y SUPERFICIE	27
6.1.2 REGISTRO DE SEIS PUNTAJES DE PLACA Y SEIS PUNTAJES DE CÁLCULO	28
7. SALUD BUCAL DEL NIÑO	32
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
9. JUSTIFICACIÓN	34
10. OBJETIVOS	35
10.1 GENERAL	35
10.2 ESPECÍFICOS	35
11. METODOLOGÍA	36
11.1 MATERIAL Y MÉTODO	36
12. TIPO DE ESTUDIO	37
13. POBLACIÓN DE ESTUDIO	37
14. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
15. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
16. VARIABLES DE ESTUDIO	38
16.1 VARIABLE DEPENDIENTE	38
16.2 VARIABLE INDEPENDIENTE	38
17. RECURSOS	39
17.1 HUMANOS	39
17.2 MATERIALES	39
17.3 FÍSICOS	40
17.4 FINANCIEROS	40





	PÁGINA
18. PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE 8-9 AÑOS EN LA ESCUELA PRIMARIA RUDYARD KIPLING, 2006	41
18.1 CONTENIDO TEMÁTICO	41
18.2 DELIMITACIÓN DEL PROGRAMA	41
18.2.1 DE ESPACIO	41
18.2.2 DE TIEMPO	41
18.3 METAS	41
18.4 ESTRATEGIAS	42
18.5 ESPECIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	42
19. RESULTADOS	44
19.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	56
FUENTES DE INFORMACIÓN	57
ANEXOS	
ANEXO 1: CUESTIONARIO	61
ANEXO 2: PRESENTACIÓN DE PREVENCIÓN BUCODENTAL	63
ANEXO 3: CONTROL IHOS (FORMATO)	66
ANEXO 4: ACTIVIDAD INTERACTIVA	66
ANEXO 5: TRÍPTICO	70





INTRODUCCIÓN

La caries dental y las enfermedades periodontales son un problema de salud pública en la República Mexicana, alcanzando en algunas zonas geográficas una prevalencia muy significativa, a pesar de los esfuerzos realizados por la Secretaría de Salud y las instituciones educativas formadoras de recursos humanos en el área de salud.

La secretaria de Educación Pública a nivel preescolar y escolar tiene implementados programas de prevención en los cuales se incluyen la salud oral, sin embargo estos programas no cuentan con un seguimiento ni tampoco con una evaluación que nos pueda indicar los avances que tienen, únicamente se presentan como pláticas aisladas.

Otro aspecto importante que hay que destacar, son los resultados que han tenido otros países en relación a los programas de salud bucodental, éstos han tenido un impacto significativo en la población escolar, ya sea rural o urbana, observándose cambios en la nutrición, así como en la modificación de sus hábitos en beneficio de su salud bucodental

En el presente trabajo, se diseño y se aplicó un programa de salud bucodental dirigido a escolares; en el diseño destacan las estrategias didácticas empleadas de acuerdo a las edades de los alumnos así como la evaluación del programa.

Finalmente quiero señalar la destacada participación e interés de los escolares por mejorar el cuidado de su salud así como conocer aspectos que dañen la misma.

Agradezco a la Dra. Ma. Elena Nieto, por su apoyo e interés en la realización de este trabajo.





1. ANTECEDENTES

Dadas las implicaciones que tienen las infecciones bucales en la salud del organismo, es necesario que los cirujanos dentistas conozcan las posibles consecuencias sistémicas de los focos infecciosos existentes en la cavidad bucal, así como las repercusiones en el organismo, consideradas como factores de riesgo; de tal forma que se puede inferir que el tener un diente afectado por caries y/o enfermedad periodontal puede generar complicaciones en la salud general de cualquier individuo.¹

En las islas Filipinas, en 1996, se implementó el *Programa de "Atención Dental Preventiva"* para los niños filipinos, con limitados recursos del sector público. Los recursos se invierten prioritariamente en problemas sociales, de salud general y de urgencia, no siendo así con respecto a la salud bucal. Considerando que la caries y las enfermedades periodontales no son enfermedades que llegan a amenazar la vida, las autoridades filipinas no le dieron mucha importancia a la salud bucal. Sin embargo, la caries dental afecta a 97% de la población, donde la mayoría de los filipinos no tiene acceso a servicios básicos de atención dental y el 77% nunca ha visitado un dentista, lo que se infiere que no se pueden satisfacer las demandas del público.

Las estadísticas del Departamento de Salud de Filipinas, informan que la prevalencia de caries (CPO) en los niños de 12 años de edad es de 4.6 y se han observado diferencias entre los niños de zonas rurales (CPO 3.9) y los que viven en zonas urbanas (CPO 4.9).

Por lo tanto es importante señalar que en 1998, los alemanes, dentro de la organización no gubernamental, en colaboración con el departamento de educación, cultura y deportes de Filipinas, iniciaron un programa preventivo el cual fue concebido como un proyecto piloto antes de poner en práctica



programas escolares en gran escala. La evaluación de los datos de este proyecto era esencial para verificar la efectividad y utilidad del programa. En la dentición primaria, la prevalencia media de caries era de 7,2 ceo, y sólo un 8.8% de estos niños no tenía caries en ambas denticiones. Los resultados demostraron claramente que los niños Filipinos son un grupo de la población que corre mayor riesgo de caries.

Estos datos también indicaron que el programa de salud bucodental no puede consistir solamente de medidas preventivas primarias. La prioridad es combatir el avance de la caries y el dolor existente; en la planificación del proyecto se incluyó tratamiento bucodental de urgencia. Las autoridades señalaron que las medidas preventivas primarias podrán detener el desarrollo de caries pero únicamente después de haber establecido condiciones orales profilácticas.²

En nuestro país y basándose en las investigaciones epidemiológicas, se implementó en el Sector Salud, “la *Primera Semana de Salud Bucal*” en el Distrito Federal, del 7 al 11 de abril del 2003, la cual tuvo como propósito promover las actividades educativo-preventivas de salud bucal en los escolares de educación básica. Esta acción se llevó a cabo en mil ciento sesenta y cinco escuelas de los niveles preescolar, primaria y secundaria de la capital de la República, formando parte de el *Programa para la Atención Integral de la Salud del Escolar (PAISE)*, en los planteles de educación básica, instrumentado por la Secretaría de Educación Pública, a través de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el DF y en coordinación con el Sector Salud.³

Siguiendo con esta inquietud, los senadores del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista, presentaron una iniciativa con Proyecto de Decreto mediante la cual se adiciona el Artículo 307 Bis a la Ley General de Salud,



en materia de Salud Bucal. La reforma propuesta tiene por objetivo evitar la proliferación de enfermedades bucales mediante la introducción de una leyenda de publicidad para los alimentos y bebidas que tengan azúcar o grasas saturadas, y que recuerde al público lavarse los dientes después de su consumo. Esta leyenda de publicidad podrá ser visual, auditiva o visual y auditiva, según sea para impresos, radio, cine y televisión. Además de inducir a la población a tener un constante aseo bucal, lo que ayudará a evitar la caries y padecimientos periodontales.⁴

Analizando los factores de riesgo, el Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Antofagasta, Chile, preparó una exposición sobre la salud oral, con el fin de sensibilizar a la población sobre éstos. Se realizó una actividad con exposiciones, dentro un Proyecto de Extensión 2003, denominado “*Boca Sana en Cuerpo Sano*”, cuyo objetivo principal se basó en informar a las personas sobre las enfermedades bucales más recurrentes, como son las caries dental y enfermedades periodontales.⁵

En un informe publicado por la OMS, se aborda éste problema mundial de las enfermedades bucodentales, reportando que, en febrero de 2004, en Ginebra Suiza, dichas enfermedades como la caries dental y la periodontitis afectan a los países industrializados y, con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, particularmente entre las comunidades más pobres.

Se piensa que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, pero en realidad afecta entre el 60% y el 90% de la población escolar; siendo también frecuente en países asiáticos y latinoamericanos.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el



5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, encontrándose por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

A pesar de que se cree que el problema es menos grave en la mayoría de los países africanos, este informe indica que con el cambio en las condiciones de vida, probablemente la caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo, debido al creciente consumo de azúcares.

La OMS, en los programas de salud bucodental, aborda primordialmente los factores de riesgo como son: los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micro nutrientes, por otro lado una parte esencial de la estrategia también se ocupa de los principales determinantes socioculturales, como son la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de estrategias que fomenten la salud bucodental. Un aporte es que los países tomen en cuenta el uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, así como la insalubridad del agua y la falta de higiene, los cuales son factores de riesgo para la salud bucodental y para la salud en general.⁶

En el Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, realizado en Montreal Canadá, en agosto de 2005, se estableció un “*reto del programa regional de salud oral de la Organización Panamericana de la Salud*”, este reto consiste en elaborar y poner en práctica un nuevo plan de acción para la salud oral. Dicho plan debe ser totalmente colaborativo y poner más énfasis en el desarrollo de políticas de salud oral con mayor coordinación en las áreas de atención primaria de salud y metas del milenio.

Los objetivos principales de esta reunión son: mejorar los sistemas de prestación de servicios de salud con énfasis en las poblaciones vulnerables y en los países prioritarios; revisar el enfoque de la OPS en la Atención Primaria de Salud (APS) y en las Metas del Milenio (MDG's); revisar la política de salud oral de la OPS y los logros obtenidos; discutir los enfoques



técnicos de salud oral para ser incluidos dentro de la atención primaria en salud y las Metas del Milenio; presentar la estrategia de salud oral de la OPS y el nuevo plan de acción, e incorporar la reacción de los países, de acuerdo a los lineamientos establecidos.⁷

El ISEM (Instituto de Salud del Estado de México), pone en marcha la primera semana nacional de Salud Bucal 2005 en el Edo. de México. El sector salud mexiquense se basa en el manejo de la prevención integral de la enfermedad, disminuyendo el nivel de prevalencia e incidencia de los padecimientos bucodentales más frecuentes en 125 municipios mexiquenses. Por otro lado la SEP llevó a cabo el VII Concurso Estatal de Carteles en Salud Bucal, en igual número de centros escolares, de diversos municipios de la República Mexicana.⁸

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y la normatividad vigente, en la cual México preocupado por la salud bucal de la población, presenta el *Sistema para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales (SIVEPAB)* y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que tienen como objetivo proveer información y conocimientos epidemiológicos sobre daños y riesgos a la salud a través del fortalecimiento del mismo, con la finalidad de contribuir a las acciones de prevención y protección de la salud.⁹

En Viña del Mar, Chile se incorporó el *Programa de “Control Niño Sano”*, formando parte de las medidas preventivas de salud bucal en los compromisos de gestión de los Servicios de Salud y el MINSAL (Ministerio de Salud). Dentro de este programa se implementó la *evaluación del desarrollo bucodental* como una de las actividades, incluyéndolo en una página del “carnet infantil”, y otra página para el registro de las *edades*, donde se anota



alguna anomalía durante el desarrollo del niño, en este programa se hace énfasis en motivar a la madre para que lleve a cabo una observación continua de los dientes de su hijo, anotando las fechas de erupción de los dientes en el odontograma anexo.¹⁰



2. PROGRAMAS DE SALUD

Uno de los aspectos más relevantes en cuanto al cuidado dental, se refiere al hecho de que éste debe iniciarse en la infancia, para lo cual, deben conjuntarse esfuerzos tanto en el ámbito privado como de salud pública comunitaria.

De acuerdo a la American Board of Dental Public Health (1992), se define como *salud pública dental*, a la ciencia y el arte de prevenir y controlar enfermedades dentales y fomentar la salud dental a través de esfuerzos organizados en la comunidad.¹¹

Definición.

Los programas de salud pública, son el conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados, en relación a los problemas de salud precisos para una población definida.¹²

Es necesaria la planeación de un programa preventivo de educación para la salud, iniciando con un buen diagnóstico de la situación de salud, utilizando las estrategias y técnicas para el análisis y evaluación de las necesidades y recursos de la población beneficiaria del programa. De esta forma se establecen los objetivos y metas a alcanzar, los cuales deben ser específicos y medibles en cuanto a tiempo, espacio y características muy concretas.

En el desarrollo de un programa para la salud, se recomienda iniciar partiendo de un diagnóstico, que comprenda la situación que se está atendiendo, y en base a esto, establecer el problema y determinar las variables que se involucran en ella; definir los objetivos del programa; identificar, analizar y seleccionar las estrategias; y elaborar un plan de acción, el cual debe llevar a cabo una constante evaluación.



A continuación se detallan cada uno de estos pasos:

2.1 DIAGNÓSTICO

a) *Diagnóstico de la situación.*

Al trabajador de la salud le corresponde, *educar y promover* la participación de la comunidad en el análisis de los problemas de salud y las necesidades de acción para solucionarlos, y tiene la responsabilidad de traducir el diagnóstico de salud en *diagnóstico educativo*, es decir, de comportamiento; reconociendo los factores cognoscitivos, conductuales y actitudinales susceptibles a una intervención educativa y así evitar una reincidencia en el agravamiento del problema.

b) *Definición del problema.*

Se refiere a detectar situaciones negativas que afectan al medio ambiente, a las personas o a ambos; al planear el programa de salud se debe definir a “quienes” está afectando, “cuántos” son los afectados, de “qué” edad y “cuáles” sus condiciones socioeconómicas.

c) *Determinar prioridades.*

Identificando las más relevantes, las de mayor índice, las de mayor importancia y de solución urgente, las que requieren de una intervención de tipo educativa, y las más vulnerables y factibles de resolver.

2.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Como segundo paso en la planeación del programa de salud, se definirá *qué* es lo que se desea lograr en el programa. Es una declaración específica y medible de lo que se va a lograr en un periodo de tiempo definido.



2.3 IDENTIFICAR, ANALIZAR Y SELECCIONAR LAS ESTRATEGIAS

Se deben identificar, analizar y seleccionar las estrategias con el fin de obtener la consecución de los objetivos. Definiendo como *estrategia* a la serie de actividades que se realizan, en forma secuencial y sistemática, para lograr un objetivo definido. Las estrategias educativas que se utilizarán van a depender de las necesidades de los beneficiarios del programa, y de la posibilidad de poderlos llevar a cabo. Otro aspecto importante es determinar *qué* se necesita para implementar la estrategia seleccionada, es decir la *selección de recursos*, los cuales van a depender de la factibilidad de implementar una estrategia y por lo tanto del logro de los objetivos. Los recursos necesarios para un programa educativo son: financieros, humanos, infraestructura (espacio físico) y de materiales (audiovisual e impresos), equipo (electrónico y mecánico), tiempo, conocimientos y destrezas.

2.4 PLAN DE ACCIÓN

Éste consiste en determinar las tareas, definir plazos de tiempo y calcular los recursos, para lograr un objetivo específico. Dicho plan de acción servirá para la *evaluación continua del programa*.

2.5 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Como parte final de la planeación del programa, se determinará un sistema que provea información sobre los logros reales del programa, comparados con el objetivo planteado.

Existen tres tipos de evaluación: *de Proceso (Formativa o de Monitoreo)*, *Sumativa* y *de Impacto o de resultado*.

2.5.1 EVALUACIÓN DE PROCESO

Implica el análisis del desempeño real y actual del programa, comparado con lo planeado para la misma etapa en el *plan de acción*.¹¹ Ayuda a detectar



de manera temprana problemas que existen, y permite hacer ajustes *sobre la marcha*.

Al referirnos a programas de salud con la finalidad de establecer medidas profilácticas, es conveniente considerar las tendencias que hay en estos momentos en cuanto a evaluación de aprendizaje se refiere, como la *evaluación centrada en el desempeño o ejecución*, que expone Frida Díaz Barriga (2006). La cual tiene como propósito evaluar la habilidad del educando para trasladar el conocimiento y la comprensión a la acción, para destacar en él el empleo de conocimientos y habilidades disponibles en contextos de desempeño, donde se permite reflexionar sobre las estrategias establecidas y explorar el aprendizaje desde el punto de vista conceptual, procedimental y estratégico y el actitudinal.

Dichas estrategias serán auténticas sólo en la medida en que se vinculen la experiencia educativa y la evaluación con acciones de la vida real.

Esta evaluación sólo tiene sentido si representa una verdadera *motivación* para el cambio.¹³

Las “cosas” que se evalúan son útiles como soportes dinámicos para la reflexión y la acción, más que como productos estáticos de valor por sí mismos.

Linda Darling-Hammond

2.5.2 EVALUACIÓN SUMATIVA

Se utiliza para medir logros del programa, generalmente se realiza al final del periodo del programa. Se refiere a los efectos (resultados) de un programa a largo plazo, y mide si se logró el impacto sobre los objetivos establecidos previamente. Los datos obtenidos de la evaluación sumativa aunque son útiles para conocer los resultados del programa, ya no permiten mejorar dicho programa o corregir errores.



La medición del éxito del programa, se realiza comparando lo que se ha hecho, con un *estándar* (patrón o medida) previamente establecido; de ahí la importancia sobre el principal estándar para la evaluación, que son los *objetivos* y *comparar* la situación al término del periodo del programa.

Proporciona información sobre los logros parciales o finales del programa; permite conocer el grado de avance de un proyecto y su éxito final.

2.5.3 EVALUACIÓN DE IMPACTO, FINAL O DE PRODUCTO

Analiza los resultados, no sólo a largo plazo sino durante el corto y mediano plazo. Hace un análisis sobre lo que está sucediendo con variables como: conocimientos, conceptos, habilidades, capacidades, destrezas, actitudes, hábitos y conductas de la población, intervienen también variables como condiciones sociales, económicas y ambientales, variables a largo plazo como son: disminuir la frecuencia de la enfermedad, aumentar el uso adecuado de los servicios, diagnóstico temprano y oportuno de enfermedades, disminución de los indicadores y estadísticas de morbilidad, mortalidad.

Esta evaluación proporciona información sobre el resultado alcanzado en el programa, así como cambio de creencias, hábitos y costumbres.

La evaluación forma parte integral del proceso de planeación, ejecución y culminación de un programa, no sólo de la medición de los resultados finales.



3. TEORÍAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

3.1 TEORÍA DEL DESARROLLO DE PIAGET

Jean Piaget (1896-1980), psicólogo, observador de la conducta de los niños, creador de una amplia teoría del desarrollo cognoscitivo.

Fue uno de los primeros teóricos del constructivismo, haciendo importantes aportaciones en el proceso de aprendizaje, destacando que los niños construyen activamente el conocimiento, usando lo que ya saben e interpretando nuevos hechos.

3.1.1 ETAPAS COGNOSCITIVAS

Piaget dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro grandes etapas:

- *Etapa sensorio motora* (del nacimiento a 2 años).

El bebé deja de ser alguien que responde principalmente a través de reflejos y se convierte en alguien que organiza actividades en relación con el ambiente. Aprende mediante las actividades sensoriales y motrices.

- *Etapa preoperacional* (de 2 a 7 años).

El niño desarrolla un sistema representativo y emplea símbolos, como las palabras, para representar a las personas, los lugares y los hechos.

- *Etapa de las operaciones concretas* (de 7 a 12 años).

El niño puede resolver problemas lógicamente si se enfoca en el aquí y el ahora.

- *Etapa de las operaciones formales* (de los 12 años a la edad adulta).

La persona puede pensar en términos abstractos, enfrentar situaciones hipotéticas y cavilar en posibilidades.

Cada una de las etapas supone que el pensamiento del niño es “cualitativamente” diferente al resto de las etapas. Las etapas se relacionan



con ciertos niveles de la edad, Piaget propuso que todos los niños pasan invariablemente por las cuatro etapas siguiendo una secuencia invariable en el desarrollo cognoscitivo, aunque el tiempo de duración varía de acuerdo a las características individuales y culturales.¹⁴

3.1.2 DESARROLLO COMO CAMBIO DE ESTRUCTURAS DEL CONOCIMIENTO

Piaget llamó “esquemas” al conjunto de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con las que se organiza la información adquirida sobre el mundo. Conforme avanza cada etapa, mejora la capacidad de emplear esquemas complejos y abstractos que le permitan organizar sus conocimientos, es decir reorganizar los preexistentes.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO.

De acuerdo a Piaget, dos principios rigen el desarrollo intelectual del niño, se trata de las “funciones invariables”. Como primer principio se tiene a la *organización*, que es una predisposición innata de las especies. El niño al ir madurando, integra patrones físicos simples o esquemas mentales a sistemas más complejos. El segundo principio es la *adaptación*, en donde Piaget señala que todos los organismos tienen la capacidad de ajustar sus estructuras mentales o conducta a las exigencias ambientales.

Para Piaget existían dos medios de adaptación al entorno y que van estrechamente correlacionados: la *asimilación*, la cual moldea la información nueva para que encaje en esquemas actuales; y la *acomodación*, que es el proceso de modificar los esquemas actuales cuando la información discrepa un poco de dichos esquemas.

Es importante destacar que para Piaget en el desarrollo cognoscitivo intervienen cuatro factores:

- Maduración de las estructuras físicas heredadas.
- Experiencias físicas en el ambiente.



- Transmisión social de información y de conocimientos.
- Equilibrio, el cual se define como la tendencia innata de conservar estables las estructuras cognoscitivas.

3.2 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO DE VYGOTSKY

Lev Vygotsky (1896-1934), psicólogo ruso. Formuló una teoría psicológica que correspondía a la situación de su país, sobre el desarrollo del niño en donde refleja el influjo de los acontecimientos de esa época.

En su teoría pone de manifiesto que los patrones de pensamiento del individuo no se deben a factores innatos sino que son producto de las instituciones culturales y de las actividades sociales. A través de actividades sociales, el niño aprende a incorporar a su pensamiento herramientas culturales como lenguaje, sistemas de conteo, escritura, arte y otras aptitudes sociales. El niño lleva a cabo su desarrollo cognitivo a medida que internaliza los resultados de sus interacciones sociales y culturales.

Desde su punto de vista, el conocimiento no se construye de manera individual, sino que se *coconstruye* entre las personas a medida que interactúan.

Para Vygotsky el niño nace con habilidades mentales como percepción, atención y memoria, y gracias a la interacción con los adultos estas habilidades *innatas* se transforman en actividades mentales superiores.

Para él, la *internalización* se designa como el proceso de construir representaciones internas de acciones físicas externas, es decir, aquellas que suceden en el plano social, o de operaciones mentales.

3.2.1 DESARROLLO Y APRENDIZAJE

Vygotsky, concede gran importancia al *potencial* que presenta el niño para el crecimiento intelectual más que a su *nivel real* de desarrollo, a lo cual denominó *zona del desarrollo proximal*. Esta zona incluye las funciones que todavía no maduran, pero que están en proceso de maduración. Con su



teoría, Vygotsky enfatizó: que con la supervisión y apoyo de los adultos, el desarrollo intelectual del niño puede funcionar en un nivel superior del desarrollo.

3.3 TEORÍA DEL DESARROLLO SOCIAL

Erik Erikson (1902-1994) psicólogo alemán, utilizó una combinación de ideas psicoanalíticas acerca de las experiencias sociales vinculadas con la edad, para construir una teoría de las etapas del desarrollo social y la personalidad.

El niño es un ser social y debe aprender patrones de vida en sociedad como la interacción social, interesarse por los otros, afirmar su personalidad, controlar su conducta social y desarrollar habilidades relevantes para su edad.

Diversos cambios conductuales vinculados al ambiente, acontecen debido a la interacción de maduración y aprendizaje, y pueden verse influidos por su ambiente. A medida que los niños desarrollan su entendimiento social, se dan cuenta de que el aumento de edad les trae consigo no sólo privilegios, sino también responsabilidades y nuevas expectativas.

Erikson identificó ocho etapas durante el ciclo de vida. Cada una de las cuales implica una crisis de desarrollo, y en donde la personalidad se *reintetiza*, al resolver la crisis durante y después de cada etapa.

Etapas de Erikson del ciclo de vida humano:

Etapa 1. Confianza vs. Desconfianza (de 0 meses a 1 ½ años).

Etapa 2. Autonomía vs. Vergüenza (de 1 ½ a 4 años).

Etapa 3. Iniciativa vs. Culpa (de 4 a 8 años).

Etapa 4. Industriosidad vs. Inferioridad (de 8 años a 11 años).

Etapa 5. Identidad vs. Confusión de rol (de 11 años a 18 años).

Etapa 6. Intimidad vs. Aislamiento (de 18 a 40 años).

Etapa 7. Generatividad vs. Estancamiento (de 40 a 65 años).

Etapa 8. Integridad vs. Desesperación (de 65 años en adelante).



4. DESARROLLO FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL EN EDAD ESCOLAR

El niño entre los 8 y 9 años, por primera vez en su vida se desenvuelve en un ambiente hasta ahora desconocido para él, el niño deberá aplicar las habilidades de las etapas anteriores de su desarrollo. Se podría afirmar que incrementará su desarrollo cognitivo, emocional y físico, de acuerdo a las Teorías del desarrollo del aprendizaje de Piaget, Vygotsky y Erikson.

4.1 ETAPA DE LAS OPERACIONES CONCRETAS (DE 7 A 12 AÑOS)

De acuerdo a Jean Piaget en la *etapa de las operaciones concretas* que abarca la niñez intermedia de los 7 a los 11 años, el niño empieza a utilizar las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre hechos y objetos de su medio ambiente. Demuestra menos rigidez de pensamiento y más flexibilidad. En esta edad presentan procesos lógicos elementales, razonando deductivamente de la premisa a la conclusión. Piaget llama “operaciones” a las *transformaciones mentales* basadas en las reglas de la lógica. Al inicio de esta etapa sólo pondrá en práctica los procesos lógicos cuando haga referencia a *objetos concretos*; hacia el final de la misma, podrá incluir en su razonamiento problemas abstractos e hipótesis verbales. Su evolución de pensamiento se va haciendo cada vez más complejo, con una tendencia hacia la abstracción; poco a poco es capaz de coordinar cambios sucesivos en el espacio y tiempo.

En esta etapa existen tres tipos de operaciones mentales con las que el niño organiza e interpreta el mundo:

➤ Seriación.

Es la capacidad de ordenar los objetos en progresión lógica, comprende conceptos de número, tiempo y medición.



➤ Clasificación.

Otra forma en que el niño introduce orden en el ambiente, agrupando las cosas y las ideas a partir de elementos comunes, al comprender las relaciones entre las clases de objetos. El niño empieza a entender las relaciones jerárquicas, y es así como comprende mejor los conceptos numéricos y hacia los 8 o 9 años, basa sus respuestas en la *regla lógica de la inclusión en una clase*.

➤ Conservación.

Consiste en entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de forma o aspecto físico. En ésta etapa el niño aprende las operaciones mentales para reflexionar sobre las transformaciones representadas en los problemas de conservación, y entonces se encontrará en condiciones para realizar la *abstracción reflexiva*, cuando aprenda a razonar respecto al número, masa y volumen sin confundirse con las apariencias físicas. Entre los 5 y los 7 años el niño ya adquirió la capacidad de conservación de los números, y es entre los 8 y 10 años cuando aparece la comprensión de la conservación del área y del peso.¹⁵

Una de las principales aportaciones de la teoría de Piaget a la educación, es sobre la idea de que el conocimiento obtenido de experiencias físicas y mentales, debe ser utilizado, transformado y comparado con las estructuras del conocimiento ya existentes; los niños necesitan la oportunidad de explorar, experimentar y encontrar respuestas a sus preguntas.

Otra de sus aportaciones fue sobre la importancia de la interacción social que tiene en el desarrollo cognoscitivo.



5. DESARROLLO Y APRENDIZAJE EN EDAD ESCOLAR

5.1 TEORÍA DE PIAGET

Sus investigaciones se centran en *como* adquiere el niño conceptos lógicos, científicos y matemáticos.

Entre las contribuciones más importantes que hizo a la educación se encuentran:

- 1) Criticó los métodos que hacen hincapié en la transmisión y memorización de información ya conocida, los cuales provocan que el alumno no aprenda a pensar por sí mismo, ni a confiar en sus procesos del pensamiento. Para Piaget, *Aprender a Aprender* debe ser el propósito de la educación, convirtiendo a los niños en pensadores creativos, inventivos e independientes.
- 2) El conocimiento se construye a través de actividades *físicas y mentales* del niño. Piaget afirmaba que los niños no pueden entender los conceptos con sólo leerlos o hablar de ellos, necesitan explorar, experimentar, buscar respuestas a sus preguntas. El conocimiento obtenido de la actividad física debe ser utilizado, transformado y comparado con las estructuras existentes del conocimiento.
- 3) Piaget señaló la necesidad de adaptar las actividades de aprendizaje a nivel de desarrollo conceptual del niño. Las actividades demasiado simples pueden provocar aburrimiento o llevar al aprendizaje mecánico y las que son demasiado difíciles no podrán incorporarse a las estructuras del conocimiento. De acuerdo al modelo de Piaget, el aprendizaje se facilita cuando las actividades se relacionan con lo que el niño ya conoce, y al mismo tiempo, superan su nivel de comprensión que posee, provocando un conflicto cognoscitivo. El aprendizaje se lleva a cabo a través del proceso del conflicto cognoscitivo, de la reflexión y la reorganización conceptual.



La última aportación es con respecto a la función que tiene la interacción social con el desarrollo cognoscitivo del niño. Dicha interacción que realizan los niños con sus compañeros y con los adultos, es una fuente natural de conflicto cognoscitivo, a través de la cual, aclaran sus ideas y conocen otras opiniones, comparando así sus ideas con las de otros.

5.2 DESARROLLO SOCIAL

En este estudio no se señalan las etapas 1, 2 y 3 del Desarrollo Social de Erikson, en virtud de que la selección temática de este trabajo se centra en niños en edad escolar, considerados de los 6 a los 11 años.

5.2.1 ETAPA DE INDUSTRIOSIDAD VS. INFERIORIDAD DE ACUERDO A ERIKSON

Es desencadenada por la necesidad de afrontar expectativas del grupo de compañeros y de la escuela. El niño comienza a identificar sus cualidades y a disfrutar sus logros. Si no se le apoya o si no logra corresponder a las expectativas de los demás, puede experimentar un *sentimiento de inferioridad*.

Los niños deben de aprender a cooperar, compartir, llevarse bien con otros, así como dominar habilidades implicadas en el juego. En la escuela deben dominar sus tareas escolares.

En esta etapa, lo que se debe resolver es la capacidad del niño para el trabajo productivo. Si los niños han tenido un buen comienzo en el hogar, desarrollarán sus tareas con un sentido de *industria*.

La “virtud” que surge de la solución exitosa de esta crisis es la *competencia*, es decir la capacidad del yo para dominar habilidades y completar trabajos. Si contrariamente fallan en alguna de las expectativas, o si sólo lo sienten así, al no hacerlo tan bien como sus compañeros, desarrollan una sensación de inferioridad y autoestima baja. Si por el



contrario se vuelven en demasía *industriosos*, pueden olvidarse de sus relaciones con otras personas, llegando a convertirse en “trabajadores compulsivos” en la edad adulta.¹⁶

5.3 DESARROLLO FÍSICO

El desarrollo físico, es menos rápido que durante los primeros años de vida. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comienzo de este periodo, aunque posteriormente, ellas alcanzan el crecimiento repentino hacia la adolescencia. Existen amplias diferencias en altura y peso entre individuos y entre grupos. Es en la etapa de la niñez media (de 6 a 12 años), cuando se presentan cambios constantes de estatura y peso, pero a un ritmo más lento cada año.¹⁷

El desarrollo físico se encuentra estrechamente relacionado tanto con el desarrollo intelectual como con el emocional y social, e influye directamente con el desarrollo conductual del niño.

Entre los factores que influyen en el crecimiento, se encuentra como determinante principal la herencia en combinación con otros factores como la nutrición, cantidad de descanso y los cuidados adecuados infantiles.¹⁸

La mayor parte de los dientes que duran para toda la vida, aparecen al comienzo de la infancia intermedia. Los dientes primarios, comienzan a exfoliarse alrededor de los seis años, y los remplazan casi cuatro dientes permanentes por año, durante los siguientes cinco años.

5.4 DESARROLLO EMOCIONAL

Entre los seis y doce años de edad, el niño se inscribe en la aceptación de las normas sociales de la conducta. Mientras que los preescolares necesitan satisfacción inmediata, en esta etapa de transición toman conciencia en la postergación de tal satisfacción, por su participación en la escuela y cada vez, es más guiado hacia la dedicación de su tiempo en actividades valiosas.



Toman gran importancia las tareas escolares, las responsabilidades en el hogar, el cuidado de mascotas, la participación en deportes de equipo y lecciones musicales.

Un cambio emocional importante, es la capacidad de utilizar las tareas propias de la vida diaria para evitar el aburrimiento. En los escolares, va disminuyendo la necesidad de que los adultos guíen su atención.

Su imagen corporal comienza a convertirse en una característica emocional, lo cual tiene sus *ramificaciones* hacia el cuidado bucal; siendo de gran relevancia algún deterioro dental que interfiera en su aspecto físico, provocando que el niño deje de sonreír, se retraiga socialmente y puede hasta llegar a provocar un sentimiento de desolación.

Durante esta etapa, la mayoría de los niños, deriva satisfacción emocional sólo con la aceptación social. El niño debe adquirir flexibilidad emocional con la ayuda de sus padres, profesores, y otros modelos sociales importantes en su vida.¹⁹



6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CARIES

Es necesario tener en cuenta algunas recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación a la exploración bucal.

Para llevar a cabo la evaluación del estado de salud bucodental, se emplean diferentes índices bucodentales.

6.1 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) (*Greene and Vermillion*)

El objetivo es determinar la limpieza bucal por medio de la estimación de superficies cubiertas por placa dentobacteriana y/o cálculo dental.

El IHO-S se encuentra formado por dos componentes, el índice de placa simplificado (IP-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S). Los dos puntajes pueden ser usados individualmente o combinarse para el IHO-S.²⁰

6.1.1 SELECCIÓN DE DIENTES Y SUPERFICIES.

Identificación de los seis dientes específicos.

a) Posterior. Se examina el primer diente totalmente erupcionado, distal al segundo premolar. La superficie vestibular del molar superior y la superficie lingual del molar inferior. Si no esta presente el primer molar, se emplea el segundo o el tercer molar.

b) Anterior. Se determina en la superficie vestibular del incisivo superior derecho y el incisivo inferior izquierdo. Si no se encuentran presentes, se mide el incisivo homólogo.

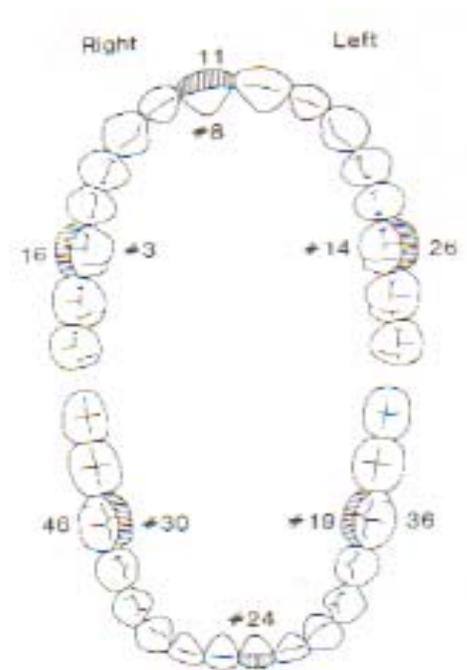


figura 1

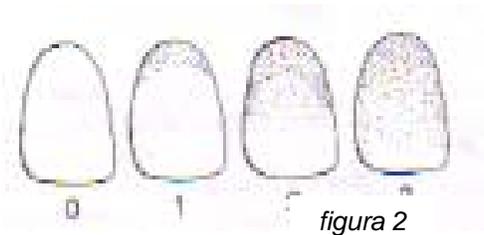


Al menos dos de las seis superficies se examinan para dar un puntaje individual y poder ser calculado. Entendiendo como *un puntaje* a la mitad de la circunferencia axial del diente seleccionado, el cual incluye las caras proximales y el área de contacto. (*figura 1*)

6.1.2 REGISTRO DE SEIS PUNTAJES DE PLACA Y SEIS PUNTAJES DE CÁLCULO.

Definición de placa dentobacteriana: es la película de materia blanda extraña, sobre la superficie del diente que consiste en placa bacteriana, material alba y dentritus alimenticio.

Exploración: Se pasa sobre la superficie del diente la punta de un explorador o de una sonda para determinar el área cubierta por placa. (*figura 2*)



Criterios:

0 = No hay presencia de placa o mancha presente.

1 = Hay presencia de materia blanda cubriendo no más que un tercio de la superficie del diente examinado, o hay presencia de manchas extrínsecas sin placa, prescindiendo de la superficie del área cubierta.

2 = Materia blanda, que cubre más de dos tercios de la superficie del diente expuesta.

3 = Materia blanda, cubriendo más de dos tercios de la superficie del diente.



Definición de Cálculo: El cálculo dental es un depósito duro de sales inorgánicas compuestas principalmente por carbonato de calcio y fosfato, mezclado con placa, microorganismos y células epiteliales descamadas.

Exploración: Se emplea un explorador para estimar la superficie del área cubierta por depósitos de cálculo supragingival. Identifica depósitos subgingivales por exploración o por sondeo. Registrando sólo depósitos definidos de cálculo duro. (figura 3)

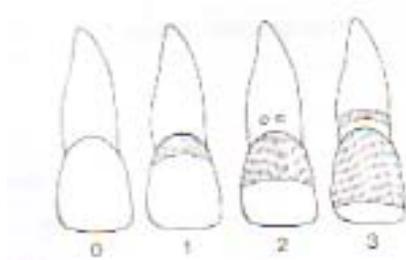


figura 3

Criterios:

0 = No hay cálculo presente.

1 = Hay cálculo supragingival, cubriendo no más de una tercera parte de la superficie del diente.

2 = Hay presencia de cálculo supragingival cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie del diente expuesto, o la presencia de depósitos individuales subgingivales de cálculo alrededor de la porción cervical del diente.

3 = Hay cálculo supragingival cubriendo más de dos tercios de la superficie expuesta del diente o una banda firme continua de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente.



Puntaje:

IHO-S individual.

- Determinar el índice de placa simplificado (IP-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S).
- Se divide el total de puntajes por el número de sextantes.
- IP-S e IC-S rango de valores de 0 a 3.
 1. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).
 2. Combinación de IP-S e IC-S.
 3. IHO-S rango de valores de 0 a 6.

Escala nominal:

IP-S e IC-S

Categoría Puntaje:

Excelente	0
Buena	0.1-0.6
Limpio	0.7-1.8
Pobre	1.9-3.0

IHO-S

Categoría Puntaje:

Excelente	0
Buena	0.1 - 1.2
Limpio	1.3 - 3.0
Pobre	3.1 - 6.0



Ejemplo del cálculo de un individuo:

No. de Diente	IP-S	IC-S
16	2	2
11	1	0
26	3	2
36	3	2
31	2	1
46	2	2
Total:	<hr/> 13	<hr/> 9

$$\text{IP-S} = \frac{\text{Puntaje de placa total}}{\text{Número de dientes examinados}} = \frac{13}{6} = 2.17$$

IHO-S Grupal:

Para determinar el índice de higiene oral de un grupo, se captura el promedio de puntajes individuales entre el total de individuos.



7. SALUD BUCAL DEL NIÑO

La etapa de los 6 a los 12 años, se presenta como un reto profesional para el odontólogo, ya que el ambiente escolar y las presiones sociales ponen a prueba la calidad de la dieta y los hábitos alimenticios.

En esta etapa el niño busca independencia de sus padres, sobre todo en lo que se refiere a higiene personal. La influencia de las actividades diarias, escolares y extraescolares hace imperativo el programar la higiene personal sistemática; y es aquí donde los padres deben ejercer una intensa influencia en los cuidados bucales.

Las principales enfermedades bucodentales que encontramos en los niños de esa etapa son: placa bacteriana y caries dental.

➤ PLACA BACTERIANA

Se conoce como *placa bacteriana* al recubrimiento microbiano que se acumula sobre los dientes, de consistencia blanda, mate, y de color blanco-amarillo; se forma en pocas horas y no se elimina simplemente con el lavado.

La colonización inicial de los dientes se inicia con diferentes microorganismos cuyo mecanismo incluye:

- Adherencia de las bacterias en la superficie del esmalte.
- Adhesión entre bacterias de la misma especie o diferentes.
- Proliferación de las bacterias en los pequeños defectos del esmalte y de las células que se insertaron previamente en la estructura dental.²¹

➤ CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa, compleja y de origen multifactorial. Estos factores son: la morfología dental, herencia, agente causal, alimentación y la falta o deficiencia de higiene bucal. Ésta última puede deberse a ignorancia, falta de interés y/o a no tener acceso a los servicios de salud.²²



8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucodentales son un problema de salud pública a nivel mundial. México presenta un elevado índice de caries dental y enfermedad periodontal, lo que se ve representado en la niñez, ya que un 90% y un 70% de esta población las presentan respectivamente. En México no se cuenta con suficientes programas de salud bucal que orienten sobre todo a la población escolar en el cuidado de su salud, esto se ve reflejado en la parte de la higiene bucal; por lo tanto en el marco de la política de la promoción de la salud se debe orientar en la necesidad de aplicar medidas preventivas oportunas para evitar el deterioro bucal en la población infantil.

De manera que, nace la necesidad de implementar un programa de salud bucal como guía para los niños en edad escolar, así como apoyar a los profesores de las escuelas y a los padres, a fomentar la salud bucodental para evitar la aparición o avance de las enfermedades bucales.



9. JUSTIFICACIÓN

En virtud de que en México existe un alto índice de enfermedades bucodentales, se necesitan desarrollar programas preventivos de salud bucodental, donde se integren diversas estrategias que favorezcan la preservación de la salud bucal, poniendo mayor énfasis en el grupo de riesgo más importante que es el del niño en edad escolar, que abarca de los 6 a los 12 años edad.

En México, los niños en edad escolar representan casi la cuarta parte de la población total del país; de ahí la importancia de establecer este tipo de programas en dichas edades.



10. OBJETIVOS

10.1 GENERAL

- Implementar un programa de prevención de enfermedades bucodentales en niños de 8-9 años de la escuela primaria Rudyard Kipling, con la finalidad de desarrollar mejores hábitos de higiene bucal.

10.2 ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental, en niños y niñas de 8-9 años de la primaria Rudyard Kipling.
- Determinar el IHOS en escolares de 8-9 años.
- Identificar la prevalencia de placa dentobacteriana, por sexo.
- Incrementar los conocimientos y habilidades de los escolares en beneficio de su salud bucal.



11. METODOLOGÍA

11.1 MATERIAL Y MÉTODO

Por medio de una entrevista, se realizó comunicación formal con el Director de la Primaria Rudyard Kipling, ubicada en Santa Cruz del Monte, Tlalnepantla, Edo. De México, solicitando autorización para llevar a cabo las actividades del programa de prevención bucodental en el plantel a su cargo.

En la primer fase, se diseñó un cuestionario de evaluación, para obtener información acerca de los conocimientos, conductas y hábitos de higiene bucal, mismo que se aplicó a los niños de 8-9 años de edad que cursaban el 2° grado de primaria, de los grupos “D” y “E” (anexo 1).

En la segunda fase, se llevó a cabo una plática donde se abordaron los siguientes aspectos: importancia de la salud buco dental, aspectos nutricionales, hábitos de higiene bucal y caries dental. La plática se complementó con pósters, y una presentación con diapositivas (anexo 2). Al término de la plática se llevó a cabo una dinámica para explicar detalladamente la técnica de cepillado en tipodonto; se procedió a tomar en cada uno de los niños presentes la medición de la placa (IHOS), en el formato previamente diseñado (anexo 3). La actividad se realizó en un laboratorio del colegio, portando bata blanca, lentes de protección, cubrebocas, y guantes de látex desechables. Para cada uno de los alumnos, se utilizó espejo plano del no. 5, y se trabajó con luz artificial, siguiendo las normas que establece la OMS.

En la tercer fase, se diseñó y programó una actividad interactiva, basada en tecnología computacional, por medio de un software, dirigido a los niños en edad escolar, en dicha actividad los alumnos resolvieron a manera de juego la información en relación a su salud bucal (anexo 4). Se elaboró un tríptico con información básica de las pláticas (anexo 5).



La cuarta fase, correspondió a la evaluación, en esta fase se reforzaron los conocimientos adquiridos a lo largo del programa y se realizó una segunda evaluación, mediante la solución del cuestionario, así como una última medición de la placa dentobacteriana mediante el IHOS.

Se evaluaron tanto los resultados del cuestionario, como los resultados de los niveles de placa dentobacteriana obtenidos en el primer y último control.



12. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Observacional, Transversal.²³



13. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Alumnos que cursan el segundo grado de primaria de los grupos “D” y “E”, de la primaria Rudyard Kipling.

MUESTRA

20 escolares de 8 y 9 años del 2° año grupo “D” y 20 escolares de 8 y 9 años del 2° año grupo “E”.



14. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos de la Primaria Rudyard Kipling, inscritos en el ciclo escolar 2005-2006 que cursan el 2° grado, grupos "D" y "E".
- Alumnos que tengan 8 y 9 años de edad.



15. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no tienen 8 y 9 años de edad.
- Alumnos que no deseen participar.
- Alumnos que no estén presentes en todas las actividades del programa.



16. VARIABLES DE ESTUDIO

16.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de conocimientos y habilidades sobre salud bucal.
- Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

16.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Contenido Educativo del Programa de Salud Bucal.
- Edad: 8 y 9 años.
- Sexo: femenino, masculino.



17. RECURSOS

17.1 HUMANOS

- Una directora de tesis.
- Una pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Alumnos que cumplan con los criterios de inclusión.

17.2 MATERIALES

- Espejos planos del no. 5
- Abatelenguas
- Guantes desechables
- Cubrebocas
- Tipodonto
- Cepillos dentales
- Libros
- Cuestionarios
- Cámara fotográfica
- Computadora
- Impresora
- Internet
- Software: Microsoft Office (Word, Excell, Power Point), Corel Draw, Adobe In Design, Software educativo Kid´s PC.
- Material didáctico: tríptico y cartel.
- Material didáctico basado en la tecnología: audiovisual, actividad basada en el desarrollo de habilidades llamada “Sopa de letras”.



17.3 FÍSICOS

- Escuela Primaria “Rudyard Kipling”
- Facultad de Odontología, U.N.A.M.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología
- Biblioteca Central, U.N.A.M.

17.4 FINANCIEROS

A cargo de la tesista.



18. PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE 8-9 AÑOS EN LA ESCUELA PRIMARIA RUDYARD KIPLING, 2006

El objetivo de este programa es elevar el nivel de conocimientos de los alumnos acerca de los cuidados sobre las enfermedades bucodentales, así como lograr un cambio de conductas y actitudes hacia los mismos.

18.1 CONTENIDO TEMÁTICO

- Orientación sobre el cuidado y preservación de la salud bucodental
- Higiene Bucal
- Nutrición
- Técnicas de cepillado
- Placa dentobacteriana
- Gingivitis
- Sarro

18.2 DELIMITACIÓN DEL PROGRAMA

18.2.1 DE ESPACIO

El programa se aplicó en la Primaria Rudyard Kipling.

18.2.2 DE TIEMPO

El programa se realizó del 19 de mayo al 1º de junio del 2006.

18.3 METAS

- Elevar el nivel de conocimientos de los alumnos acerca de las enfermedades bucodentales más frecuentes, su tratamiento y prevención.



- Motivar la práctica de la higiene bucal en los escolares para prevenir desde esta etapa la presencia de enfermedades bucodentales.
- Lograr en los niños un cambio de hábitos y costumbres en beneficio de su salud bucodental.

18.4 ESTRATEGIAS

- Enseñar a los niños medidas preventivas de salud bucal, basadas en diferentes aspectos, como son: el obtener una dieta balanceada que contenga alimentos ricos en fibra y bajos en azúcares, técnica de cepillado adecuada a su edad, y uso de hilo dental.
- Mostrar a los alumnos imágenes de enfermedades bucodentales como la caries dental, la placa dentobacteriana y la gingivitis.

18.5 ESPECIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

El programa estuvo conformado por actividades de información, educación y prevención.

Se implementó el Programa de Educación para la Salud Bucal en niños de 8 y 9 años de edad, de 2º grado de primaria, grupos “D” y “E”, realizando las siguientes actividades:

1. La primera entrevista con los niños fue para explicar las actividades programadas.
2. Se aplicó el cuestionario dentro de su salón de clases y con apoyo de las maestras titulares de grupo.
3. Orientación a los alumnos sobre los cuidados y prevención de la salud bucal, con ayuda de material didáctico.
4. Se levantó el Índice de Higiene Oral (IHOS) en dientes superiores (16, 11 y 26) y en dientes inferiores (46, 31, 36), como diagnóstico inicial.



5. Se mostró la forma correcta de cepillado, primero en tipodonto y posteriormente de manera práctica en su boca.
6. Explicación de las principales enfermedades bucodentales y aspectos de prevención con apoyo visual de una presentación en power point.
7. Diseño (por parte de la tesista) de una actividad interactiva, integrando la tecnología a los procesos de enseñanza-aprendizaje, basada en una destreza llamada “sopa de letras”.
8. Se distribuyó un tríptico informativo a cada niño, sobre las medidas preventivas.
9. Se realizó una encuesta de evaluación final y se procedió a levantar el segundo Índice de Higiene Oral (IHOS).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Fecha	Recursos
Cuestionario inicial	19 Mayo 2006	Hojas de papel impresas
Plática de prevención	23 Mayo 2006	Cartel, tipodonto grande e hilo dental
1er. Índice IHOS	23 Mayo 2006	Exploradores, cepillos dentales, y pasta dental
Presentación con Diapositivas en power point	25 Mayo 2006	Televisión Computadora
Actividad en computadoras	29 Mayo 2006	Computadoras (software)
Distribución de Tríptico informativo	29 Mayo 2006	Hojas de papel impresas
Cuestionario final	1º Junio 2006	Hojas papel impresas
2o. Índice IHOS	1º Junio 2006	Exploradores cepillos dentales pasta dental



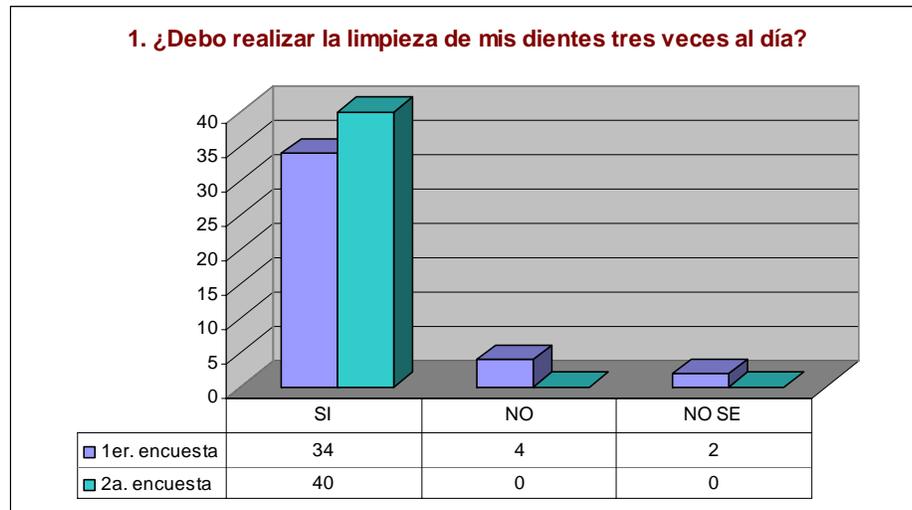
19. RESULTADOS

19.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos se analizaron de una base de datos de Microsoft Excel, por medio de gráficos, donde se obtuvo en estadística descriptiva las tablas de frecuencia y porcentaje.

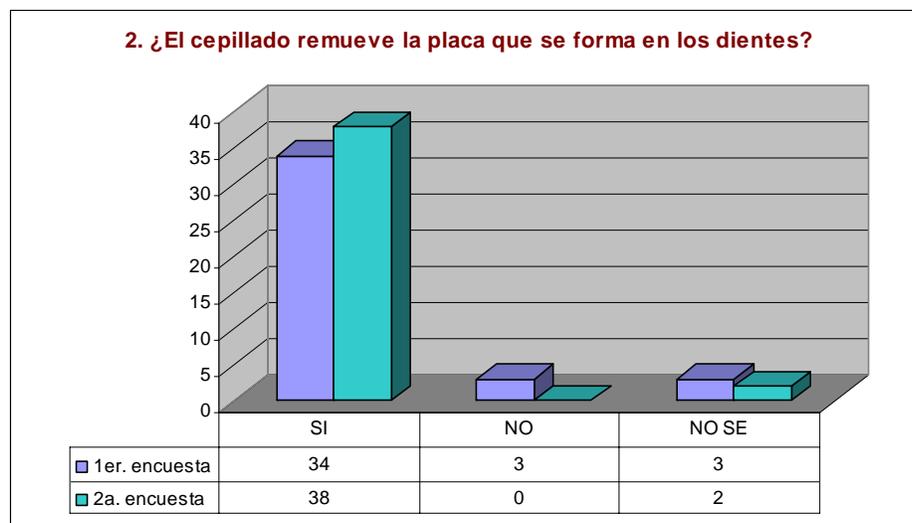
De la población de estudio, se evaluaron los conocimientos de los escolares en relación a su salud bucal, por medio de un cuestionario de diagnóstico, el cual contenía 11 preguntas de *conocimientos*; las *conductas o hábitos* fueron evaluadas con 7 preguntas de opción múltiple.

	Primaria Rudyard Kipling 2º Primaria Cuestionario
1	¿Debo realizar la limpieza de mis dientes tres veces al día?
2	¿El cepillado remueve la placa que se forma en los dientes?
3	¿El fluoruro produce caries dental?
4	¿Entre más pasta dental ponga a mi cepillo mejor se limpian los dientes?
5	¿Al lavar mis dientes debo cepillar mi lengua?
6	Alimentos blandos y ricos en azúcares ¿son perjudiciales?
7	¿Es conveniente, para proteger mis dientes qué después de ingerir dulces y refrescos, me enjuague la boca?
8	¿La caries dental es producida por bacterias que destruyen diente?
9	¿Es necesario visitar al dentista por lo menos una vez al año?
10	¿Se deben cepillar las encías?
11	¿Mis dientes de "leche" ayudan a guardar espacio para mis dientes permanentes?
12	¿Cada cuánto te llevan tus papás al dentista?
13	¿Cuántas veces cepillas tus dientes al día?
14	¿Qué utilizas para la limpieza de tus dientes?
15	¿Lavas tus dientes después de comer dulces o tomar refrescos?
16	¿Cada cuándo cambias tu cepillo dental?
17	¿Acostumbas cepillar tus dientes antes de dormir?
18	¿Qué usas para endulzar la leche que consumes?



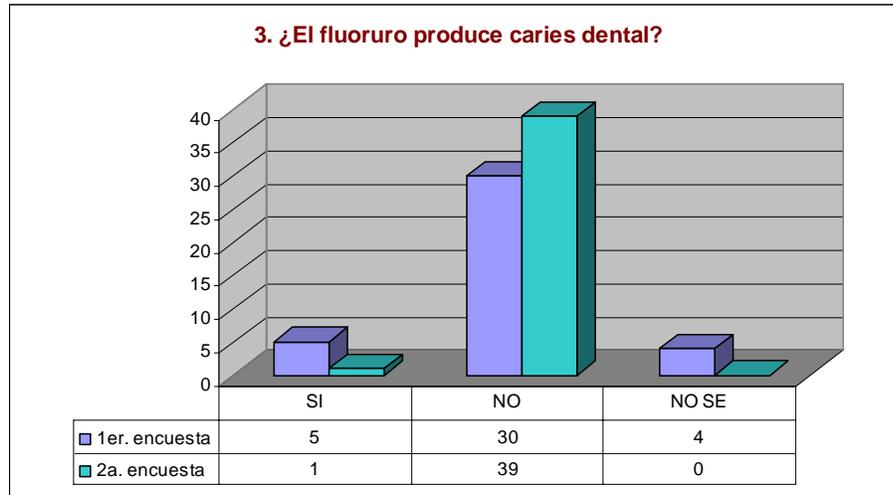
Fuente directa

Gráfica 1. Al aplicar por primera vez el cuestionario, en la pregunta: *¿Debo realizar la limpieza de mis dientes tres veces al día?*, el 85% de los niños y niñas respondieron afirmativamente, el 10% que no, y el 5% no sabía; después de la instrucción, el 100 % de los alumnos contestó que sí.



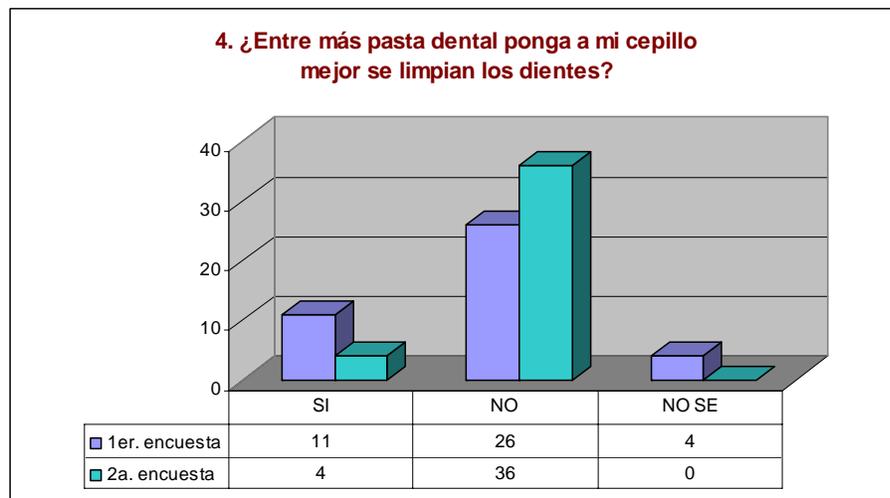
Fuente directa

Gráfica 2. En la preinstrucción, a la pregunta: *¿El cepillado remueve la placa que se forma en los dientes?* el 84% de los alumnos respondió afirmativamente, el 8% que no, y el 8% no lo sabía; después de la instrucción el 95 % contestó que sí, el 0% que no y sólo el otro 5% no sabía.



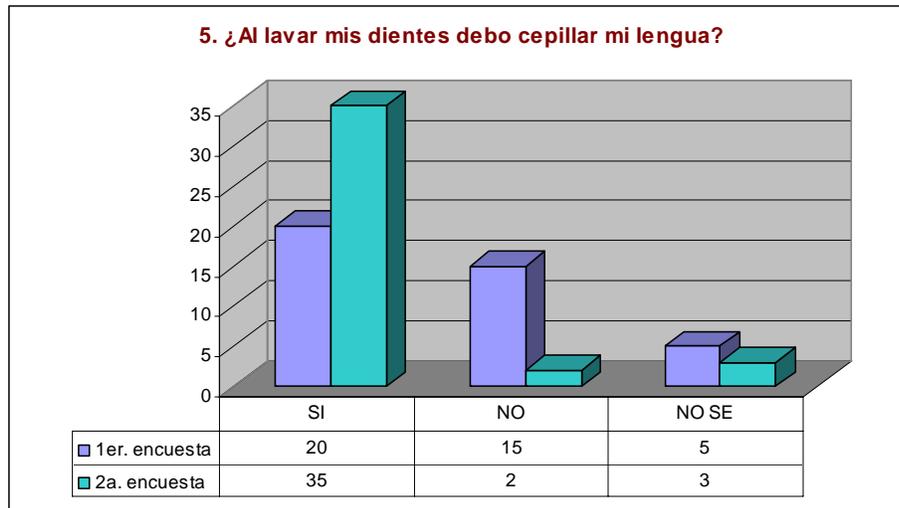
Fuente directa

Gráfica 3. De la pregunta: *¿El fluoruro produce caries dental?*, en la preinstrucción, el 13% de los niños respondió que sí, el 77% negativamente, y sólo el 10% no lo sabía. Posterior a la instrucción, el 98% de los niños y de las niñas, ya tenían el conocimiento.



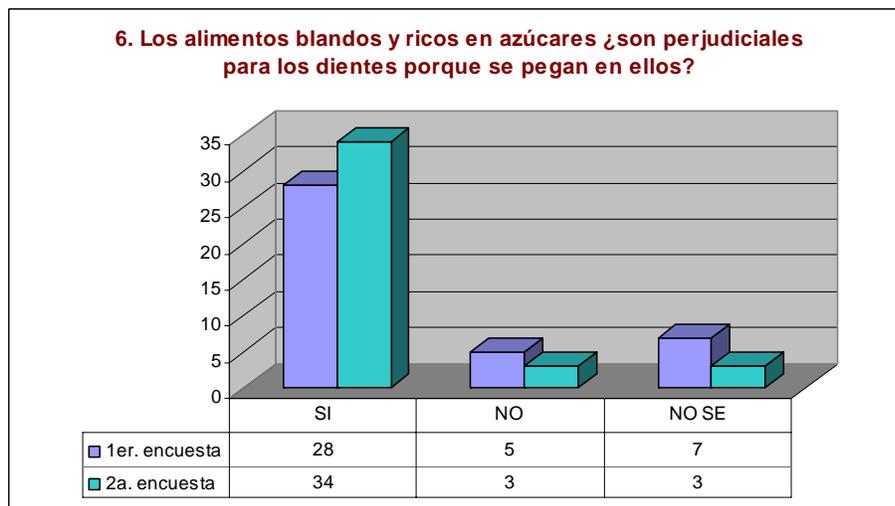
Fuente directa

Gráfica 4. En la pregunta 4, como resultado de la preinstrucción, obtuvimos que el 28% respondieron afirmativamente, el 62% que no, y un 10% no lo sabía; con la instrucción, sólo hubo un 10% que respondió que sí, y el 90% ya sabía que la cantidad de pasta no es factor determinante.



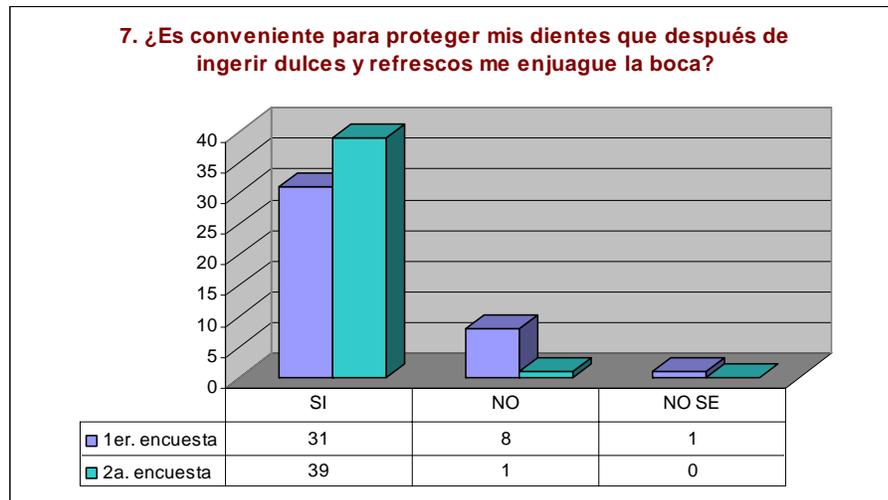
Fuente directa

Gráfica 5. Respecto al *cepillado de la lengua al lavarse los dientes*, en la primer evaluación, sólo el 50% de los niños lo sabía, el 38% respondieron que no, y el 12% no lo sabía; en la segunda evaluación, hubo un incremento al 88% de niños y niñas que respondieron afirmativamente, el 5% que no y no lo sabía el 7%.



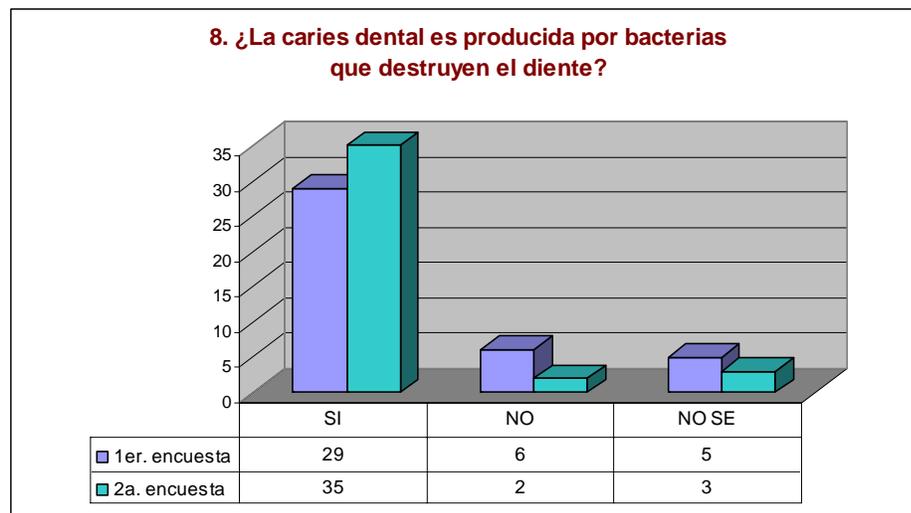
Fuente directa

Gráfica 6. En la preinstrucción, en cuanto al conocimiento sobre *si los alimentos blandos y ricos en azúcares se adhieren a los dientes*, el 70% respondieron que sí, el 13% que no, y el 17% no lo sabía; posterior a la instrucción, el 85% de los alumnos adquirió el conocimiento de ello, el 5% respondió que no y el 5% restante, no lo sabía.



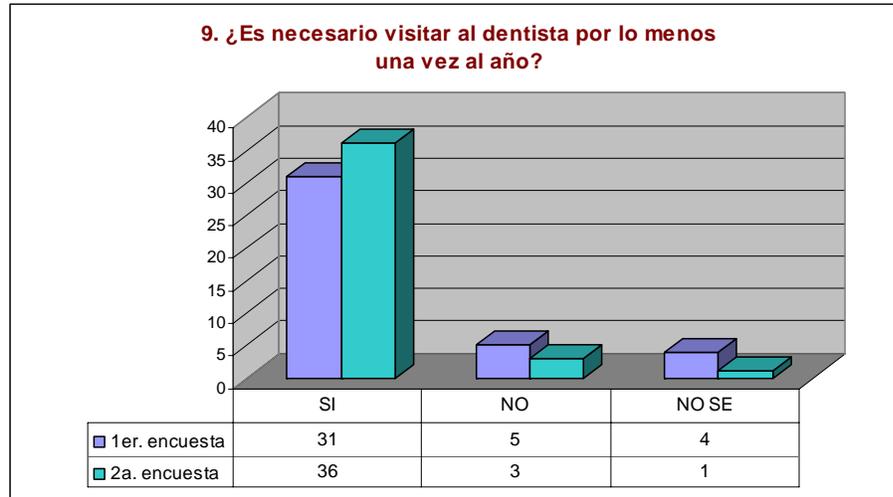
Fuente directa

Gráfica 7. En la preinstrucción sobre si es *conveniente para proteger sus dientes, que después de ingerir dulces y refrescos se enjuaguen la boca*, el 78% respondió que sí, el 20% que no, y sólo el 2% no lo sabía; después de la instrucción, aumentaron al 98% de alumnos que respondieron afirmativamente, y disminuyó el número de alumnos que respondieron negativamente al 2%.



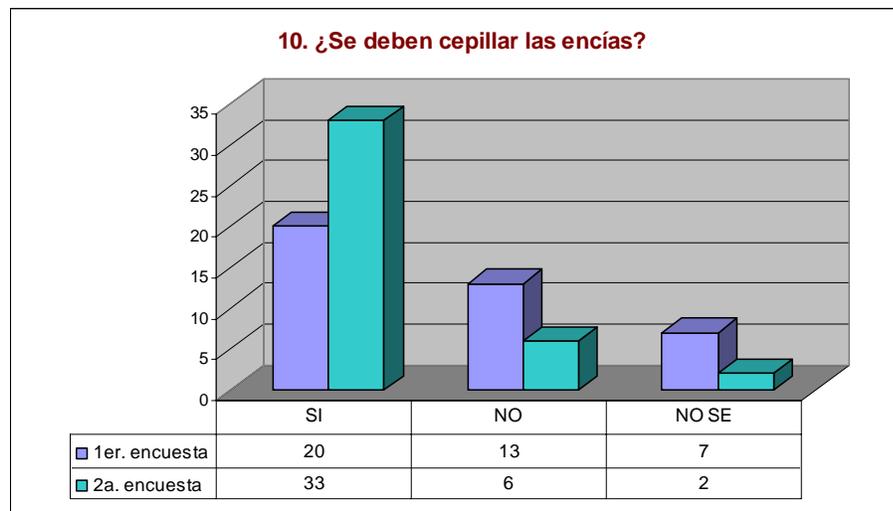
Fuente directa

Gráfica 8. En la primera evaluación, en relación a lo que sabían acerca de *si la caries es producida por bacterias*, el 73% sí lo sabían, el 15% decía que *no era por bacterias*, y sólo el 12% no tenía conocimiento de ello; posterior a la instrucción, aumentó al 87% de alumnos que respondieron afirmativamente, el 5% que respondió no, y el 8% no lo sabía.



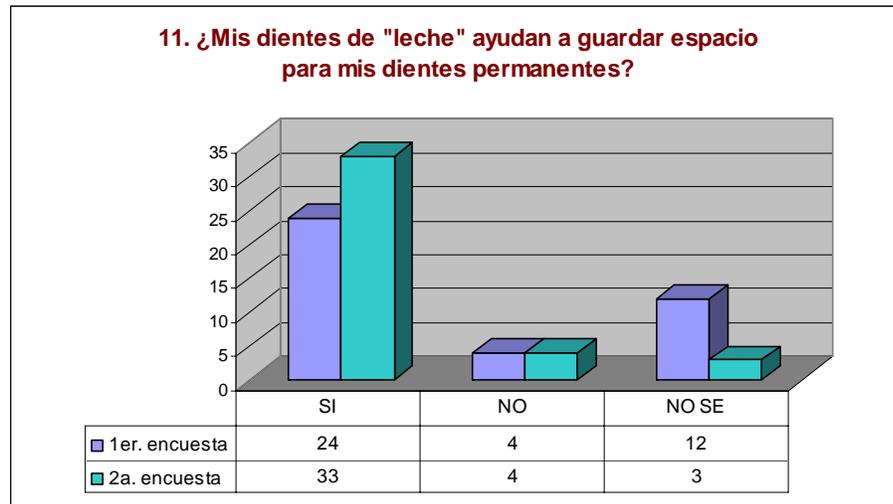
Fuente directa

Gráfica 9. Con respecto a *la necesidad de visitar al dentista por lo menos una vez al año*, en la preinstrucción, el 78% respondió que sí, el 12% que no, y sólo el 10% no sabía; después de la instrucción, el 90% respondieron que sí, el 8% que no, y el sólo el 2% no lo sabía.



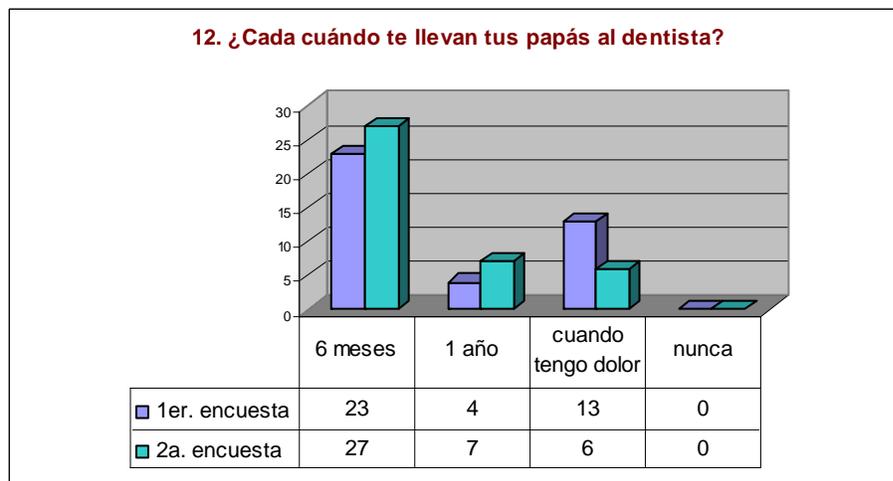
Fuente directa

Gráfica 10. En la preinstrucción, sobre si *deben cepillarse las encías*, el 50% respondió afirmativamente, el 32% negativamente, y el 18/% no lo sabía; posterior a la instrucción, hubo un incremento del 80% que respondieron afirmativamente, el 15% que no, y sólo un 5% no lo supo.



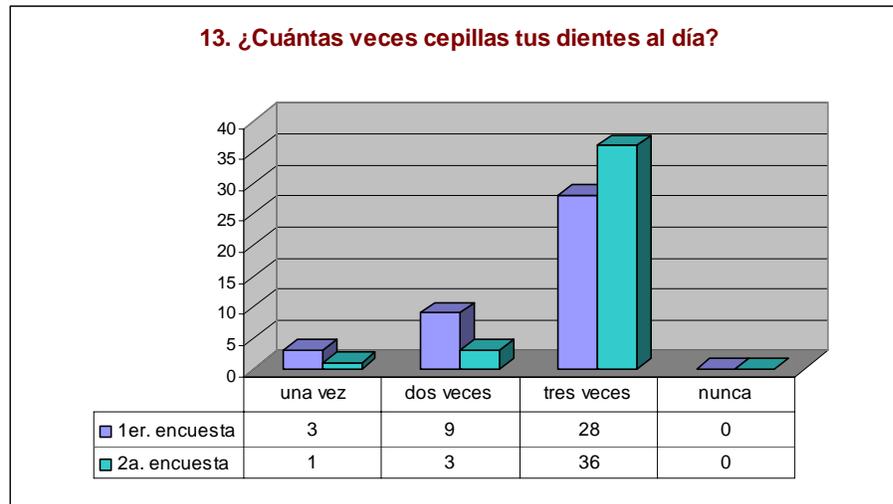
Fuente directa

Gráfica 11. En la pregunta relacionada con *los espacios que ocupan los dientes*, durante la preinstrucción, el 60% respondió afirmativamente, el 10% negativamente y un 30% desconocían la respuesta. Posterior a la instrucción, se elevó a 83% la respuesta afirmativa, el porcentaje negativo se mantuvo y decreció a un 7% el desconocimiento sobre los espacios dentales.



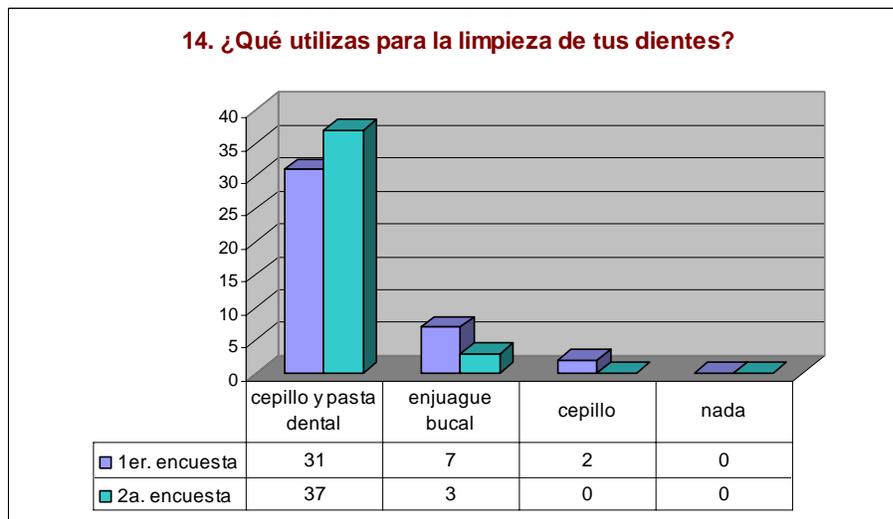
Fuente directa

Gráfica 12. En cuanto a sus hábitos y *la frecuencia de su visita al dentista*, el 58% afirmó que lo hacían *cada 6 meses*, el 10% *cada año*, y el 32% *cuando tenían dolor*; posterior a la instrucción, el 68% respondieron que debía hacerse *cada 6 meses*, el 18% *cada año*, y el 14% *cuando tenían dolor*.



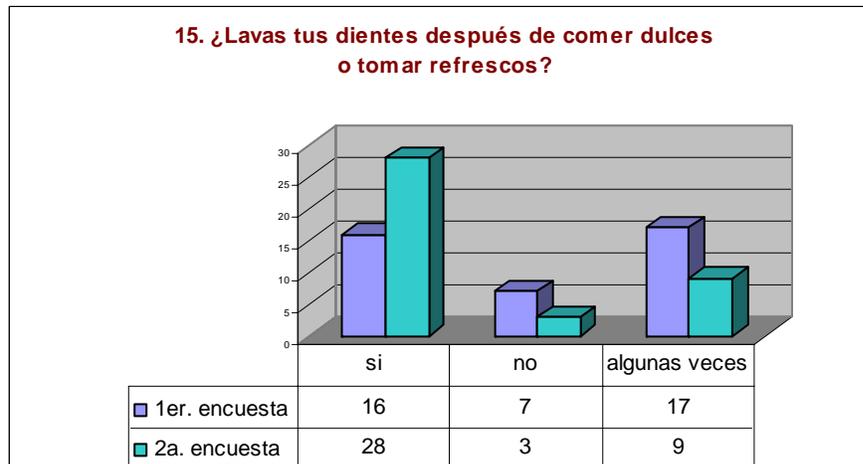
Fuente directa

Gráfica 13. En relación al cepillado dental, durante la primera evaluación, el 7% respondió que tenía la costumbre de hacerlo *una vez al día*, el 23% *los cepilla dos veces al día*, y el 70% *tres veces al día*; posterior a la instrucción, el aprendizaje se refleja en los porcentajes, ya que el 1% lo hacen *una vez al día*, el 7% *dos veces al día*, y se eleva considerablemente al 90% el cepillado *tres veces al día*.



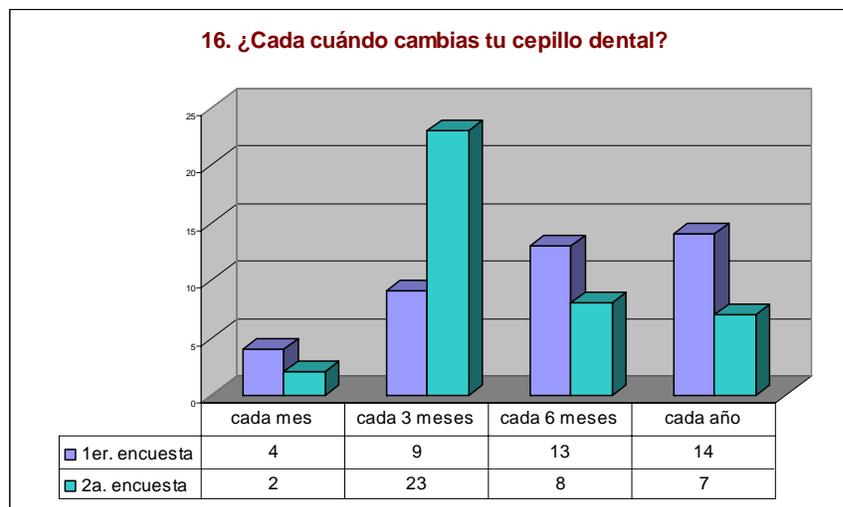
Fuente directa

Gráfica 14. Respecto a los productos que utilizan para su limpieza dental, el 78% respondió que lo realiza con *cepillo y pasta dental*, el 18% con *enjuague bucal*, y el 4% *sólo cepillo*; después de la instrucción, el 93% respondió que con *cepillo y pasta dental*, y el 7% con *enjuague bucal*.



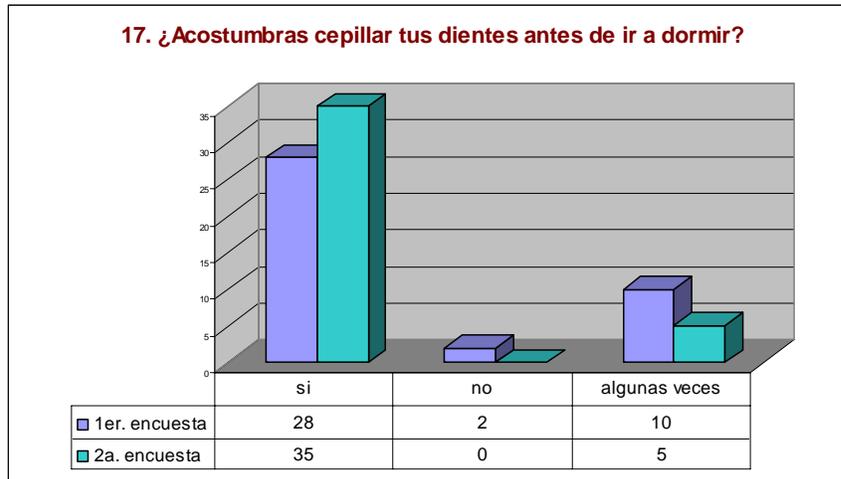
Fuente directa

Gráfica 15. Sobre sus hábitos, y la necesidad de *lavarse sus dientes después de comer dulces o tomar refrescos*, en el primer cuestionario, el 40% respondió que sí, el 18% que no y el 42% algunas veces; en el segundo cuestionario, el 70% respondió afirmativamente, el 7% que no y el 23% algunas veces.



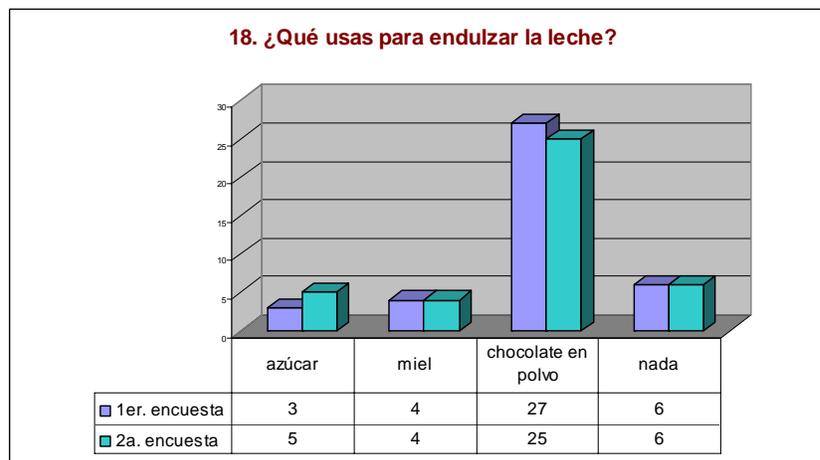
Fuente directa

Gráfica 16. En la preinstrucción sobre la *frecuencia del cambio de su cepillo dental*, el 10% respondió que *cada mes*, el 23% *cada 3 meses*, el 33% *cada 6 meses*, y el 34% *cada año*; posterior a la instrucción, el 5% afirmó que *cada mes*, el 58% *cada 3 meses*, el 20% *cada 6 meses*, el 18% *cada año*.



Fuente directa

Gráfica 17. Referente al hábito de *cepillar sus dientes antes de ir a dormir*, en la preinstrucción, el 70% respondió *afirmativamente*, el 5% *que no* y el 25% *algunas veces*; en la segunda evaluación, se incrementó al 88% *que sí*, y sólo el 13% respondió *algunas veces*.



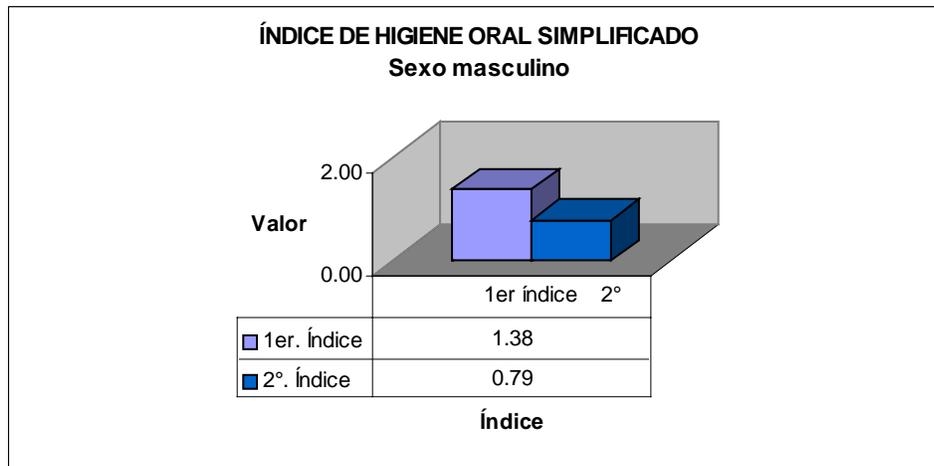
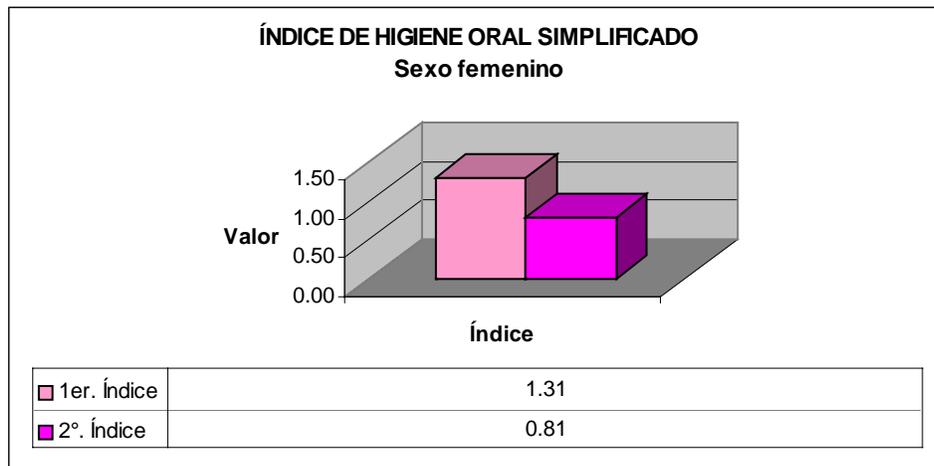
Fuente directa

Gráfica 18. En la preinstrucción sobre *que producto usan más frecuentemente para endulzar la leche*, el 8% respondió que *azúcar*, el 10% *miel*, el 68% *chocolate en polvo*, y el 14% que *nada*; con la instrucción sólo hubo una variación en cuanto al *azúcar* del 13%, y el *chocolate en polvo* del 63%.



A continuación se presentan los resultados obtenidos al tomar el Índice de higiene oral simplificado de la muestra poblacional, por sexo, tanto de la primer evaluación como de la segunda.

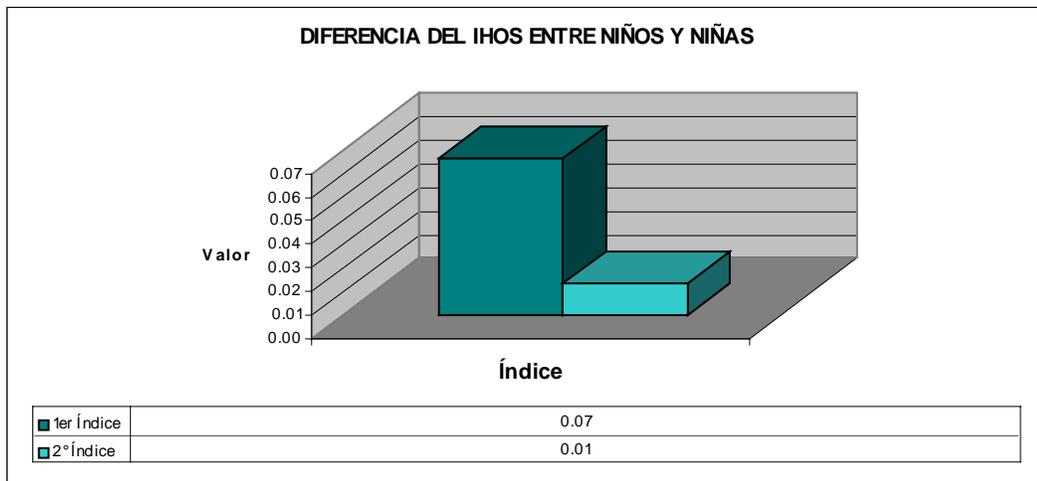
Índice de Higiene Oral Simplificado			
Sexo: Femenino		Sexo: Masculino	
1er. Evaluación	2a. Evaluación	1er. Evaluación	2a. Evaluación
1.31	0.81	1.38	0.79





Se muestran los resultados arrojados sobre diferencia en la prevalencia de placa dentobacteriana por sexo.

Diferencia del Índice de Higiene Oral Simplificado por sexo			
Sexo: Femenino		Sexo: Masculino	
1er. Evaluación	0.07	2a. Evaluación	0.01





CONCLUSIONES

En virtud de que la caries dental y las enfermedades periodontales se presentan en edades muy tempranas, es necesario implementar programas de educación para la salud bucal dirigido a preescolares, éstos programas deben de ser multidisciplinarios, es decir deben de participar de manera muy activa los educadores, ya que son las personas que están en contacto directo con los niños durante toda la mañana.

Se deben de elaborar una serie de pláticas para los educadores, para que puedan reforzar los contenidos durante todo el ciclo escolar; de igual manera se deben orientar en la elaboración del material audiovisual, el cual debe ser comprendido por los niños de acuerdo a su grado escolar y madurez.

En todo exitoso programa debe incluirse a los padres de familia, para que sean los que motiven e impulsen a sus hijos a mejorar sus salud, así como a crear conciencia en mejorar la alimentación tanto en el hogar como en el refrigerio que les mandan a la escuela.

Finalmente es importante destacar el impacto que tuvo el programa de educación para la salud bucodental, ya que los niños mostraron gran interés y motivación en todas las actividades programadas, aclarando muchas dudas, y compartiendo con sus compañeros los conocimientos adquiridos.

Cabe señalar que mediante el uso de juegos didácticos el niño aprende de manera más fácil y agradable los conceptos, los cuales comparte con sus compañeros.

El 98% de los escolares comprendió la necesidad del aseo bucal después de ingerir alimentos, así como enjuagarse cuando no se tenga cepillo a la mano, y el 80% aprendió a cepillarse correctamente.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Manual Merck. 9ª ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial, 1994.
2. Monse-Schneider B., Roswitha, *Programa de Atención Dental Preventiva para niños Filipinos*, Salud Dental para Todos, Buenos Aires, Argentina, www.sdpt.net/prevfilipinas.htm
3. Secretaría de Educación Pública, Sector Salud, *Programa para la Atención Integral de la Salud Escolar*, Boletín 062, Abril, 2003, www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Bol0620403
4. Lavara Mejía, Larregui Nagel, Velasco Rodríguez, Castellanos Cortés, Gómez Bravo, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista, *Proyecto de Decreto mediante el cual se adiciona el artículo 307 Bis a la Ley General de Salud, en materia de Salud Bucal*, Abril, 2004, www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion
5. Casas-Cordero, M., Biaginni, A., García, F., Aravena, V., Proyecto Extensión 2003, Departamento de Odontología de la UA., mercurioantofagasta.cl/site/edic/.../pags/20030929035159.html
6. Petersen, Le Galès-Camus, Porter, *Nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales*, OMS, Comunicado de Prensa 2004, www.who.int/mediacentre/releases/2004
7. Reunión Regional de Jefes de Salud Oral, *Estrategias de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005-2015*, Montreal Canadá, agosto 2005, www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/salud_oral_agenda.pdf



8. *El ISEM, pone en marcha la Primera Semana Nacional de Salud Bucal 2005 en el Edo. De Méx.*, Instituto de Salud del Estado de México, Boletín 105, <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=327>
9. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Salud Bucal*, www.dgepi.salud.gob.mx//diveent/SIVEPAB.htm
10. Prieto Galdames, *Control Odontológico del Niño Sano*, Sub Programa de los Servicios, Departamento de Salud Oral, Viña del Mar-Quillota, Chile, www.sdpt.net/Prietoasistencia.htm
11. Valdivia LA Aller LM, Cerquira MT, Álvarez J., *Evaluación para el Planteamiento de Programas de Educación Para la Salud*, Washington, D.C.; Organización Panamericana para la Salud, 1990.
12. Piedrola Gil et al., *Medicina preventiva y Salud pública*, 9ª. edición, Barcelona, ediciones Científicas y Técnicas, 1991.
13. Díaz, Barriga Arceo, Frida, *Enseñanza Situada: Vínculo entre la escuela y la vida*, Mc Graw Hill, 2006.
14. Papalia, Diane E., *Desarrollo Humano, con aportaciones para Iberoamérica*, Edit. Mc Graw Hill, 6ª edición, Colombia, 1998.
15. Meece L., Judith, *Desarrollo del Niño y del Adolescente para Educadores*, Edit. Mc Graw Hill, 1ª edición, 2000.
16. Craig J., Grace, *Desarrollo Psicológico*, Edit. Prentice Hall, 7ª edición, 1997.



17. Pinkham, J. R., *Odontología Pediátrica*, Edit. Mc Graw Hill Interamericana, 3ª. Edición, 2001.
18. Strommen, Ellen A., McKinney, John Paul, Fitzgerald, Hiram, E., *Psicología del Desarrollo, Edad Escolar*, Edit. El Manual Moderno, 1982.
19. Meneses Morales, Ernesto, *Educación comprendiendo al niño*, Edit. Trillas, 7ª. edición, México, 1990.
20. Epidemiología, Línea de Investigación, *Manual de Índices Bucodentales*, U.N.A.M., Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, 2003.
21. Barbería, Leache, E., *Odontopediatría*, Edit. Masson, 2ª. Edición, 2002.
22. Cameron, A., Widner, R., *Manual de Odontología Pediátrica*, Edit. Harcourt.
23. Bisquerra, R., *Métodos de Investigación Educativa, Guía Práctica*, Grupo Editorial Ceac, S.A., España, 2000.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, CONDUCTAS Y
HÁBITOS BUCODENTALES.SEXO: F M

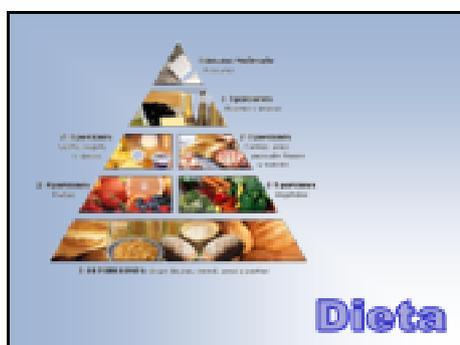
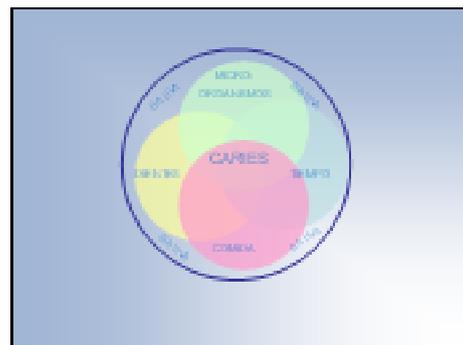
I. CONOCIMIENTOS

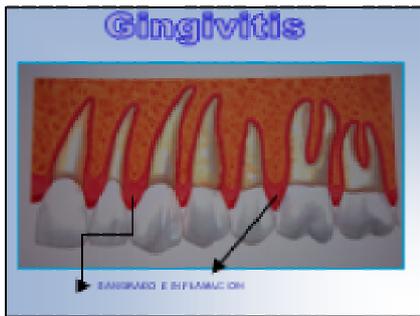
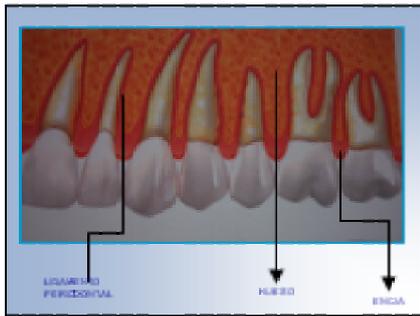
1. ¿Debo realizar la limpieza de mis dientes tres veces al día?
Si no no sé
2. ¿El cepillado remueve la placa que se forma en los dientes?
Si no no sé
3. ¿El fluoruro produce caries dental?
Si no no sé
4. ¿Entre más pasta dental ponga a mi cepillo mejor se limpian los dientes?
Si no no sé
5. ¿Al lavar mis dientes debo cepillar mi lengua?
Si no no sé
6. Los alimentos blandos y ricos en azúcares ¿son perjudiciales para los
dientes porque se pegan en ellos?
Si no no sé
7. ¿Es conveniente para proteger mis dientes que después de ingerir
dulces y refrescos me enjuague la boca?
Si no no sé
8. ¿La caries dental es producida por bacterias que destruyen el diente?
Si no no sé
9. ¿Es necesario visitar al dentista por lo menos una vez al año?
Si no no sé
10. ¿Se deben cepillar las encías?
Si no no sé
11. ¿Mis dientes de “leche” ayudan a guardar espacio para mis dientes
permanentes?
Si no no sé

II. CONDUCTAS O HÁBITOS.

12. ¿Cada cuando te llevan tus papás al dentista?
1) 6 meses 2) un año 3) cuando tengo dolor de dientes 4) nunca
13. ¿Cuántas veces cepillas tus dientes al día?
1) una vez 2) dos veces 3) tres veces 4) nunca
14. ¿Qué utilizas para la limpieza de tus dientes?
1) cepillo y pasta dental 2) enjuague bucal 3) solo cepillo 4) nada
15. ¿Lavas tus dientes después de comer dulces o tomar refrescos?
1) si 2) no 3) Algunas veces
16. ¿Cada cuándo cambias tu cepillo dental?
1) cada mes 2) cada 3 meses 3) cada 6 meses 4) cada año
17. ¿Acostumbras cepillar tus dientes antes de ir a dormir?
1) si 2) no 3) Algunas veces
18. ¿Qué usas para endulzar la leche que consumes?
1) azúcar 2) miel 3) chocolate en polvo 4) nada

PRESENTACIÓN DE PREVENCIÓN BUCODENTAL







UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONTROL IHOS

ICS				ICS
IPS				IPS
	16	11	26	
	46	31	36	
IPS				IPS
ICS				ICS

Presencia de cálculo:

Ausente Presente

Lugar: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONTROL IHOS

ICS				ICS
IPS				IPS
	16	11	26	
	46	31	36	
IPS				IPS
ICS				ICS

Presencia de cálculo:

Ausente Presente

Lugar: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONTROL IHOS

ICS				ICS
IPS				IPS
	16	11	26	
	46	31	36	
IPS				IPS
ICS				ICS

Presencia de cálculo:

Ausente Presente

Lugar: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONTROL IHOS

ICS				ICS
IPS				IPS
	16	11	26	
	46	31	36	
IPS				IPS
ICS				ICS

Presencia de cálculo:

Ausente Presente

Lugar: _____

Vas a trabajar en el programa de
HABILIDADES
El tema de hoy es
SOPA DE LETRAS



Selecciona
este botón
para empezar

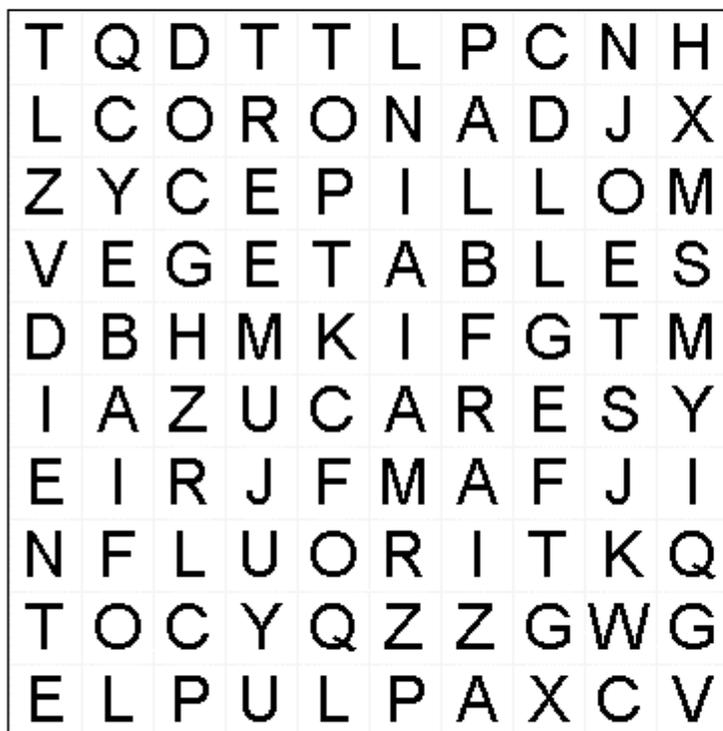
SOFTWARE EDUCATIVO PROFESIONAL

ACTIVIDAD INTERACTIVA

ANEXO 4

Mis Dientes

ENCUENTRA
las palabras escondidas
en la sopa de letras



Lista de Palabras

8

Azúcares
Cepillo
Corona
Diente
Flúor
Pulpa
Raíz
Vegetables



Ayuda

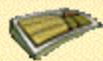
Mis Dientes



Lista de Palabras

1

Azúcares
Cepillo
Corona
Encía
Flúor
Fruta
Hilo
Placa
Pulpa



Ayuda

Mis Dientes

¡ EXCELENTE !



Lista de Palabras

0

Azúcares
Cepillo
Corona
Encía
Flúor
Fruta
Hilo
Placa
Pulpa



UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN



Recuerda comer alimentos nutritivos: Leche, queso, frutas, verduras, carne, y cereales,



70

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA CARIES DENTAL

1. Alimentación rica en fibras.
- 2.- Después de comer dulces cepilarse inmediatamente los dientes.
3. Cepillarse los dientes tres veces al día, sobre todo en las noches.
4. Visitar al dentista cada seis meses.



MIS DIENTES



¿Cómo debo
cuidarlos?

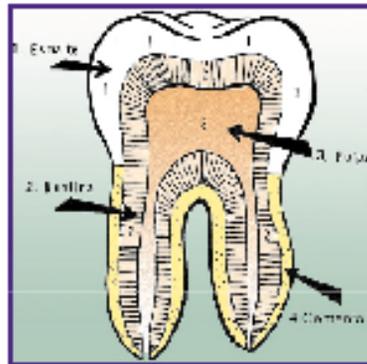


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Elaboró: Frida Raquel Padró Torres
Directora: Dra. Ma. Elena Nieto Cruz

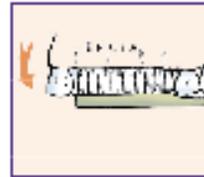
RECUERDA...

Conoce como están
formados tus dientes.



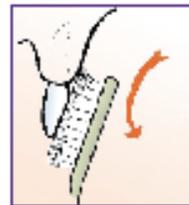
CEPILLADO

Es necesario que realices una técnica de cepillado adecuada, de la siguiente manera:



Cepila tus dientes superiores hacia abajo, y los inferiores hacia arriba, cubriendo ligeramente la encaje y haciendo presión con las cerdas del cepillo.

Tienes que girar el cepillo, de la encaje hacia abajo, para que las cerdas penetren en los espacios entre diente y diente.



Debes cepillar todas las zonas de igual manera tanto por dentro como por fuera.



¿QUÉ ES LA CARIES?

La caries dental, es una enfermedad frecuente que afecta a los dientes.

Los principales alimentos que producen caries son: dulces, chocolates, refrescos, galletas y helados, entre otros.

