



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL IHOS PRE Y POST A LA TÉCNICA
DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO EN NIÑOS
DE EDAD ESCOLAR.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DULCE ALHELI FERNÁNDEZ PÉREZ

TUTOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero comenzar agradeciéndole a dios por darme la gran oportunidad de poder llegar hasta aquí realizando mi sueño de ser una Cirujana Dentista.

A mi mamá: Ya que gracias a ella a su amor, tiempo, confianza, esfuerzo, trabajo y motivación me ha apoyado a seguir adelante y poder terminar las dos juntas este logro que durante estos 5 años hemos pasado. Te Quiero Mucho.

A mi abuelita: Gracias Abuelita por todo tu apoyo, palabras, comprensión, tiempo, cariño y paciencia te quiero mucho y por confiar en mí.

A mi hermana: Gracias hermana por tu ayuda, tiempo, esfuerzo y dedicación para poder realizar este trabajo.

A mi hermanito: Gabo te quiero mucho gracias por estar aquí conmigo. *A mis Tías:* Silvia, Gaby y Tita: Gracias por su apoyo y palabras de aliento las quiero mucho.

A mi prima Ivonne: Por apoyarme en cada momento de mi recorrido, ayudarme y por tu confianza de consultarme, así como ponerte en mis manos como mi paciente.

Al Doctor Alfonso, a *la Dra. Mirella y a la Dra. Nieto:* Gracias por su tiempo y dedicación que me *brindaron* para poder realizar este trabajo.

A Oscar: *Gracias por tu apoyo y animó para poder realizar este trabajo.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	1
1. ANTECEDENTES-----	2
1.1 Escuela WinstonChurchill (Matrícula)-----	8
1.2 Evaluación -----	11
1.2.1 Definición -----	11
1.2.2 Tipos de Evaluación -----	11
1.2.3 Evaluación de Diagnóstico-----	11
1.2.4 Evaluación de Proceso-----	12
1.2.5 Evaluación de Impacto-----	13
1.2.6 Evaluación Sumativa -----	13
1.2.7 Evaluación de Resultados-----	14
1.3 Teorías del Aprendizaje-----	15
1.3.1 Conductismo-----	15
1.3.2 Cognoscitivismo-----	15
1.3.3 Teoría del Aprendizaje Social-----	16
1.4 Ciencia de la Conducta-----	18
1.4.1 Definición-----	18
1.4.2 Enseñanza aprendizaje-----	19
1.4.3 Selección de Métodos de Enseñanza-----	21

1.5 Técnicas de Cepillado -----	22
1.5.1 Técnica de Stillman Modificado-----	24
1.5.2 Técnica de Bass -----	26
1.5.3 Técnica de Fones-----	28
1.5.4 Técnica Horizontal-----	28
1.5.5 Historia del Cepillado Dental -----	29
1.5.6 Definición de Cepillo Dental-----	30
1.6 Auxiliares en la Higiene Bucodental-----	34
1.6.1 Recomendaciones de cepillos eléctricos dentales-----	34
1.6.2 Hilo Dental -----	35
1.6.3 Técnica para la utilización del Hilo Dental-----	35
1.6.4 Dentífrico-----	36
1.6.5 Colutorios-----	36
1.6.6 Agentes Reveladores de Placa Dentobacteriana-----	37
1.8 Depósitos Dentarios-----	39
1.8.1 Formación de la placa dental (Biopelícula) -----	40
1.8.2 Colonización inicial de la superficie dental-----	41
1.8.3 Colonización secundaria y maduración de la placa-----	41
1.9 Definición de Índice-----	42
1.9.1 Índice de Higiene Oral Simplificado-----	43
1.9.2 Levantamiento -----	44
1.9.3 Interpretación-----	45
1.9.4 Sistema de Registro de la Placa bacteriana-----	46

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
3. JUSTIFICACIÓN	47
4. OBJETIVO	47
4.1 Objetivo General	47
4.2 Objetivos Específicos	48
5. METODOLOGÍA	49
5.1 Material y método	49
5.1.2 Cronograma	55
5.1.3 Tipo de estudio	56
5.1.4 Población de estudio	56
5.1.5 Muestra	56
5.1.6 Variable Independiente	56
5.1.7 Variable Dependiente	56
5.1.8 Criterios de Inclusión	56
5.1.9 Criterios de exclusión	57
5.2 Pláticas Informativas	57
5.2.1 Metas	57
5.2.2 Estrategias	58
5.2.3 Técnica de Recolección de Datos	58
5.2.4 Recursos Humanos	58
5.2.5 Recursos Financieros	58

6. RESULTADOS	60
7. CONCLUSIONES	71
8. ANEXOS	72
9. BIBLIOGRAFÍA	77

INTRODUCCIÓN

En este trabajo pretendemos evaluar la posibilidad de que en un corto plazo los escolares modifiquen la apreciación que tienen sobre la importancia de la salud bucodental, así como aprender a mantenerla utilizando las técnicas adecuadas para la prevención de caries dental y gingivitis.

Primeramente se identificará cuál es la técnica de cepillado que comúnmente utilizan los alumnos de 3º a 6º año así como los conocimientos previos en este sentido.

Más adelante indicaremos la Técnica de Cepillado Stillman Modificado y procederemos a aplicar una evaluación sobre conocimientos previos así como a realizar el levantamiento del Índice de Higiene Oral Simplificado para detectar si existió aprendizaje y un cambio conductual.

Nuestro objetivo es que los alumnos de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino, logren modificar su conducta acerca de la técnica de cepillado, sus conocimientos acerca de los padecimientos bucales mas frecuentes y por ende corregir que se disminuya esta problemática.

Estableciendo una calendarización acerca de las actividades que se llevaron a cabo.



1. ANTECEDENTES

La Educación para la Salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud. La meta final de la Educación para la Salud es la mejoría de la misma y la reducción de enfermedades que pueden prevenirse la incapacidad y muerte.¹

El educador para la salud funciona como un preparador de la escena psicológica que estimula a la gente en la comunidad, para reconocer los problemas de Salud que pueden desconocer y trabajar para encontrar solución.

Encontramos que la Educación para la Salud esta firmemente establecida en escuelas públicas de Educación en términos de historia y mandatos legislativos (Means,1975). Entre los primeros personajes que apoyaron esto fueron Benjamín Franklin y Horace Mann y Henry Bernard, el primer comisionado de Educación en los Estados Unidos de Norteamérica. La salud es uno de los siete principios cardinales de la Educación Pública. Históricamente, la educación para la salud como parte de la currícula de las escuelas públicas ha sido propuesta por numerosos grupos, incluyendo la (Asociación Nacional de la Education), American Council en Educación (1944) (Consejo Americano sobre la Educación) ¹ y la práctica de la educación para la salud ha influido gradualmente en la modificación de conducta de los escolares. Hasta hace muy poco, la salud escolar era tema principal de casi todos los programas de capacitación en las preparatorias y universidades, preparadas por los educadores en la salud.



Puesto que ofrece oportunidad única para enseñar los conceptos y conocimientos apropiados para la salud en la fase de desarrollo del estudiante, proporcionando los fundamentos básicos sobre los cuales los programas de Salud Pública pueden desarrollarse años más tarde o en otros contextos.¹

Las escuelas proporcionan ambientes naturales para la evaluación de distintos programas y métodos de enseñanza; por lo que la educación para la salud es el centro de una gran cantidad de estudios e investigaciones publicados sobre la investigación de esta materia.

Varios países de Latinoamérica; como : Colombia, Argentina, Costa Rica, Cuba, el Salvador y México entre otros, han llevado a cabo encuentros Internacionales para intercambiar acciones e ideas con respecto a temas relacionados con la Atención Primaria en Salud, donde se incluyen programas de Educación para la Salud.

Uno de los países participantes fue Cuba donde se implementó el primer programa básico de atención estomatológica que se elaboró en 1973, al confeccionarse el documento denominado “Los programas básicos en el área de la Salud”.

En 1979, se instituyó el modelo de atención de la Estomatología en la comunidad, que establecía un cambio conceptual en la prestación de los servicios, pero manteniendo vigente el programa básico antes citado. En agosto de 1984 es aprobado el Programa de Atención Estomatológica a la población menor de 15 años y en septiembre de ese mismo año, el programa de Atención Estomatológica a la población con retraso mental, en tanto que en el año de 1986 se aprueban programas de Diagnóstico precoz de Cáncer Bucal y de Atención Estomatológica al Adulto.



Por otra parte Rodríguez CA, y Salvador V. en la Habana Cuba en 1999 llevaron a cabo un estudio de tipo epidemiológico con el objeto de dar a conocer un sistema de vigilancia que permitía identificar y realizar acciones sobre los problemas bucales mas frecuentes de la población²

La Fuente PJ, Gómez Pérez de Mandila F., en España del 2002 realizaron una encuesta sobre Salud Bucodental auto administrada en 1380 adolescentes, encontrando que el 41.9% se cepillaba los dientes 3 o más veces al día, siendo más prevaleciente en pacientes del género femenino.

Un 64% nunca utilizaba hilo dental y el 30% lo utilizaba ocasionalmente, además de un 88.1% no había utilizado hasta la fecha del estudio. En el mismo estudio se observó que el 81.9% de los adolescentes valora su salud oral lo mismo que la de otras partes del cuerpo.

En relación a la frecuencia con que acudía al odontólogo en función de la fecha de su ultima visita, se reportó que el 66.7% había acudido al dentista en menos de un año.³

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, creó en el año de 1995, el programa “Escuela Saludable” cuyo objetivo del programa fue contribuir al logro de un mejor estado de Salud de la Población preescolar y escolar de escuelas rurales y urbanas.⁴

La Subsecretaría de Salud de la Provincia Neuquén en Argentina en el año 2000, establecieron un programa que se lleva a cabo actualmente en los establecimientos de su dependencia con programación local, asimismo, se realiza la evaluación y monitoreo continuo de actividades.⁴

A partir de estos lineamientos de orden general, las zonas sanitarias y dentro de ellas los hospitales y centros de salud diseñan y ejecutan programas en los que su población de objeto son:



- Niños menores de 6 años.
- Madres, docentes y agentes sanitarios.

Las actividades principales son:

Control de placa dentobacteriana

Enseñanza de técnica de cepillado y asesoramiento en la dieta a docentes de nivel inicial, agentes sanitarios y niños preescolares.

Aplicación de fluoruro tópico y cepillado dental.

Los resultados obtenidos hasta el año 2005 son que el 80% de las madres aprendieran la técnica de cepillado. La población escolar alcanzó un 76% de conocimiento de técnica de cepillado y un 70% en el dominio de la misma.⁵

La secretaria de salud, a través de la división materno infantil y la región metropolitana, han implementado el programa de salud bucal 2000-2006 el cual incluye diversos componentes para mejorar la salud bucodental de la población y por ende de la Salud General. En este programa se contempla la prevención masiva y grupal, la atención curativa y la normatividad al respecto. Así mismo se refleja la importancia de no prescribir suplementos fluorurados en la población infantil y los riesgos cuando esto suceda:

Los componentes del programa de salud bucal son:

- De prevención grupal a través de salud bucal del preescolar y escolar.
- De prevención masiva a través de fluoruración de la sal de mesa.
- Curativo- asistencial.
- Normatividad.



En el año 2003 en Nuevo León, México se llevó a cabo un estudio a 53 niños escolares de 8 a 12 años en condiciones sociales bajas.

El promedio obtenido del índice CPO fue de 3.9 observándose que a medida que aumentaba la edad el índice también aumentaba; así se observó que el índice a los 6 años fue de 2.7, mientras que a los 12 aumentaba casi al doble ya que fue de 6. En relación al Índice de Higiene Oral Simplificado, los resultados obtenidos fueron de 1.09 para la dicha población.

Debido a estos resultados se observó la necesidad de incrementar y perfeccionar la atención estomatológica por medio de la implementación de programas de Educación para la Salud, sobre todo en aquellas poblaciones donde existen grupos vulnerables o con bajos recursos económicos.

Las acciones de promoción y educación para la salud que se realizaron en 12,500 capacitaciones a la población escolar y 130,860 pláticas educativas dirigidas a escolares, docentes y padres de familia. Este programa se sigue llevando a cabo hasta la fecha con gran éxito.

En el año 2004 el DIF municipal de Ocoyoacac, propone la cartilla de Salud Bucal como instrumento técnico, normativo y educacional para el desarrollo y control de los programas de prevención y fomento de la salud bucal de la población infantil llamado Programa Nacional de Salud Bucal⁶.

Se inicia la prueba piloto mediante la cartilla de salud bucal, para saber el beneficio y el impacto que causa este instrumento en la población de comunidades del Municipio de Lerma; posteriormente se aplicó a niños de preescolares y primaria en el municipio de dicho municipio. Este proyecto pretende extenderse a toda la población infantil del Municipio de Ocoyoacac.



Es importante destacar los programas se llevan a cabo en las unidades académicas como es el caso del cuerpo académico de salud bucal infantil, desde la Unidad Académica de Odontología en Guadalupe, Zacatecas, México en el año 2005 están desarrollando este proyecto de investigación y los factores determinantes del Estado Nutricional y de Salud de preescolares de este municipio, para así poder integrar programas de salud bucal ya sea de manera individual o colectiva. Cuyo objetivo general, es determinar el estado de nutrición y de salud bucal identificar los factores de riesgo de caries dental en preescolar de 3 a 5 años⁶.



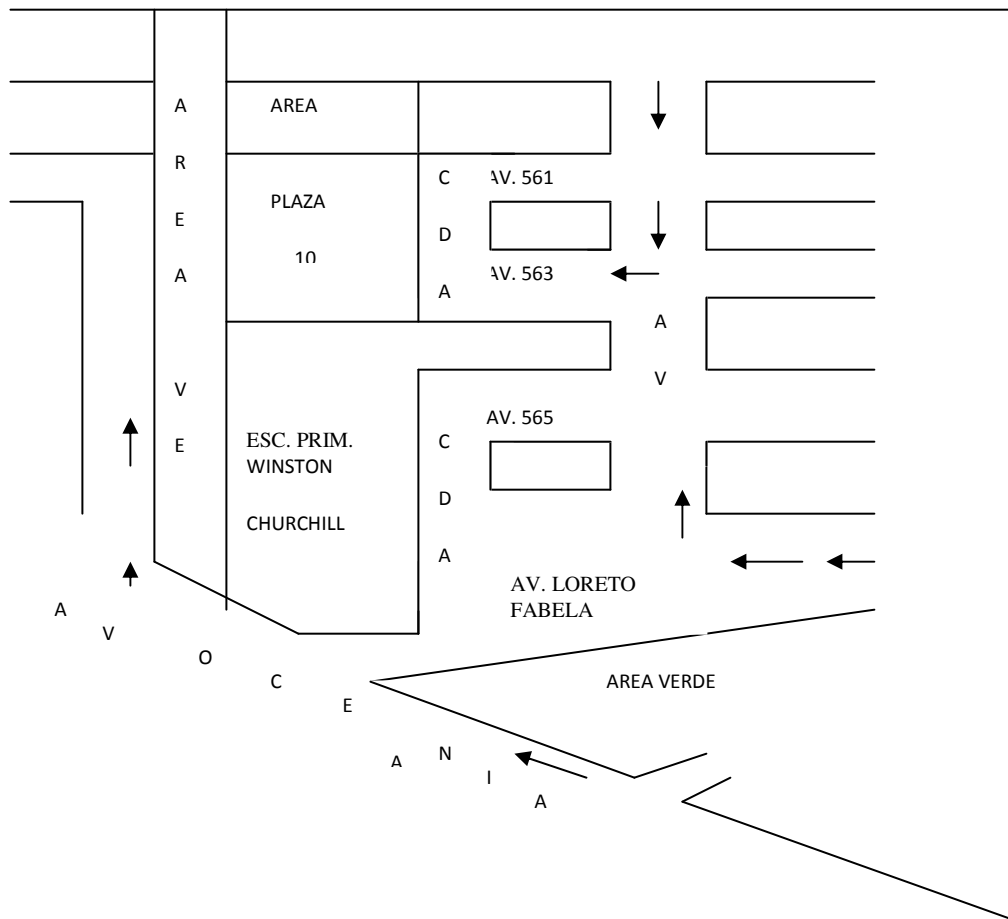
1.1 ESCUELA PRIMARIA WINSTON CHURCHILL

DATOS DE SU DENOMINACIÓN E HISTORIA

UBICACIÓN

La Escuela "Winston Churchill" fue inaugurada el 14 de noviembre de 1964, como lo indica la placa colocada en la entrada principal. Su ubicación precisa es Av. 563 S/N plaza 10, de la Unidad Habitacional San Juan de Aragón sección II de la Delegación Gustavo A. Madero, en el Distrito Federal. En la actualidad el Edificio del plantel escolar se señala en el siguiente croquis:

PLANTEL ESCOLAR





Muy próximos a la escuela se encuentran hacia el sur el Deportivo Oceanía, y hacia el oriente, la Secundaria Diurna No. 85, "República de Francia". La colonia donde se ubica la escuela consta mayormente de casas habitación construidas para dar cabida a los núcleos de población que habitaban la Candelaria de los Patos, el Cerro del Chiquihuite y diversas agrupaciones de trabajadores como policías, maestros y trabajadores al servicio del Estado.

POBLACIÓN ESCOLAR

Como se trata de una Escuela Primaria, la población se compone de niños entre 6 y 14 años de edad, cuya población reside en la propia colonia y en la que queda al otro lado de la Av. Oceanía, llamada Pensador Mexicano, en el Estado de México. El horario de clases es de 14:00 a 18:30 horas.

En la actualidad solo se imparten clases a seis grupos, uno en cada grado de la instrucción primaria, anteriormente se trabajó albergando a niños ya que cuenta con 18 salones de clases.

La Dirección Escolar ha designado desde sus inicios a 6 profesores quienes en su oportunidad han promoviendo una serie de actividades relevantes para tal fin conjuntamente con los Padres de Familia. Actualmente se cuenta con 88 alumnos que al hacer uso de los medios de Enciclomedia, Aula de Medios y de las Actividades de Proyectos Académicos como Laboratorio GAM de (próxima inauguración), Educación Física, Educación Artística, Computación e Inglés establecen el cumplimiento de la Misión y Visión Institucionales plasmados en el Proyecto Escolar.

La población escolar ha presentado diferentes fases de incremento y de decremento en la matrícula pero el empeño de trabajar con esmero y calidad ha permitido avances en la labor educativa, sellándola con la realización de actividades académicas, físicas, socio- culturales y hoy el apoyo de la Unidad de USAER.



En las diversas generaciones que han cursado su educación primaria en el plantel se han impartido los conocimientos que han sido vertidos con entrega y entusiasmo para más de cincuenta docentes que han participado y con ello estimular las destrezas, habilidades y conocimientos de los alumnos con una meta definida de crecimiento responsable, ético y respeto a las instituciones y personas.

LA DIRECTORA DE LA ESCUELA

Profra. Hermelinda Maricela González Barajas



1.2 EVALUACIÓN

1.2.1 Definición

La evaluación es una reflexión, un control de calidad sobre lo que se hace, un análisis... y luego una toma de decisiones.⁷

La evaluación de la intervención educativa debe ser continua y, por tanto, conviene tomar datos a lo largo de todo el proceso para hacer los cambios pertinentes en el momento adecuado. No obstante, dadas las características propias del proceso enseñanza-aprendizaje y de los documentos en que se plasman, en cualquier momento especialmente indicados para recoger la información que sirve de base para la evaluación, además de los que obligatoriamente dictaminen las Administraciones Educativas.⁷

La evaluación en la educación es tanto una función integral de la práctica de la educación para la salud como un área subespecialización. Los tres aspectos básicos bajo los cuales se evalúa un programa son: proceso, impacto y resultados.

1.2.2 TIPOS DE EVALUACIÓN

1.2.3 EVALUACION DIAGNÓSTICA (PRECEDE)

El diagnóstico educacional requiere de la medición de la importancia relativa de los determinantes del comportamiento organizados por el método PRECEDE en tres categorías amplias: factores que predisponen al individuo, como los conocimientos, actitudes, percepciones, experiencias y otros, relacionados con un comportamiento específico; factores que lo hacen posible de naturaleza ambiental que facilitan su acción; y factores de refuerzo como las acciones de otra gente, profesionales de la salud, maestros y personas que apoyan en lo social.



La evaluación educacional da como resultado los objetivos educacionales que, si se logran, deben tener un impacto grande en los comportamientos.

PRECEDE (Predisposing reinforcing and enabling in educational diagnosis and evaluation) que significa predisponer, reforzar las causas que hacen posible el diagnóstico y evaluación educacional, convertido en base de la planeación de programas en educación para salud. Es un formato fuerte que sirve con la misma utilidad a una amplia gama de situaciones

Como muchos otros métodos de planeación, PRECEDE proporciona los medios para una serie de pasos en orden de sucesión diseñados para ayudar al que planea, para que a partir del conocimiento de los vacíos o necesidades educacionales, se encargue de la creación de un programa preparado para llenar esas necesidades.

PRECEDE describe claramente el tipo de datos o información sobre los que hacen los planes deben dirigir su atención.

1.2.4 LA EVALUACIÓN DE PROCESO hace la pregunta, ¿qué tan bien está dirigiéndose a los objetivos la educación? .Con el fin de explicar esta pregunta lo adecuado de las actividades de aprendizaje se examinan, así como la calidad de lo que proporcionan estas actividades.

Los métodos para llevar a cabo esta evaluación incluyen: la observación de la conducta de las actividades de aprendizaje, la retroalimentación de los estudiantes así como de los instructores. Se señalan áreas de debilidad y otras de fuerza con el fin de modificar y mejorar el curriculum.



1.2.5 LA EVALUACIÓN DE IMPACTO hace la pregunta ¿hasta que punto se lograron los objetivos? Aquí se valora el impacto que tiene el programa en el estudiante en términos de conocimientos, actitudes y habilidades. Un ejemplo clásico de esta prueba es la que se aplica al final de curso.

La evaluación de impacto puede identificar aquellas áreas del curriculum que no tuvieron un efecto adecuado en los estudiantes, pero esto debe practicarse simultáneamente durante todo el proceso del éxito o fracaso del programa para el impacto.

Esta función está unida a la evaluación continua, en cuanto a que está inmersa en el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno y forma parte del mismo.

1.2.6 EVALUACIÓN SUMATIVA

La evaluación sumativa permite comprobar los resultados alcanzados y valorar el grado de consecución.

Va asociada al momento de la evaluación final.



1.2.7 LA EVALUACIÓN DE RESULTADO: responde a la pregunta ¿se lograron las metas del programa? En los programas de educación para la salud, las metas se refieren a las conductas deseables para lograr la salud; con el fin de determinar si las metas se lograron, los estudiantes pueden ser interrogados en cuanto a las conductas de salud en algún momento después de haber completado el programa. Este tipo de información es necesaria con el fin de medir el éxito del mismo y tomar decisiones respecto a su continuación.⁸

Las tres formas básicas de evaluación de proceso, impacto y resultados están relacionadas entre sí y se trabajan juntas, unas con las otras, para proporcionar constante retroalimentación que haga posible su revisión.



1.3 TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

1.3.1 CONDUCTISMO

El conductismo se interesa en forma principal por los efectos ambientales sobre la conducta, los conductistas no niegan que las disposiciones psicológicas o condiciones socioculturales pueden ser importantes contribuyentes de la conducta, pero estiman que es más científico concentrarse en la influencia de los estímulos controlados del ambiente en la observación de la conducta.⁹

1.3.2 COGNOSCITIVISMO

La educación, sin importar el medio de orientación teórica, se interesa en los tres dominios del aprendizaje: cognoscitivo, afectivo y psicomotor. La cognición es más que el simple conocimiento de los hechos.

La adquisición de los conocimientos es la versión cognitiva del término aprendizaje, es el proceso que permite el incremento de cualquier información.⁹

Incluye la comprensión de la información, su aplicación a situaciones prácticas y el análisis de sus elementos y relaciones con otras informaciones, sistematizando la información en un plan, y evaluándola en términos de criterios internos y externos.

La educación para la salud, se interesa sobre todo en aquellos en los métodos de presentar información de modo que puedan ser comprendidos, aplicados, analizados, sintetizados y evaluados por el estudiante.¹



1.3.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (TAS)

La Teoría del Aprendizaje Social como la conciben primeramente Rotter y Bandura es relativamente nueva, pero se ha desarrollado en lo que en la actualidad es tal vez el método de mayor influencia en relación tanto al desarrollo de la personalidad humana y la teoría general del aprendizaje.⁹

Debido a que la educación para la salud depende en mucho de ambos campos, sus teóricos también se han interesado de manera extraordinaria en la T.A.S. Esta teoría asimismo, tiene varias características que no sólo la hacen importante sino también atractiva intrínsecamente para los educadores de la salud.

Esta frecuentemente orientada hacia la gente, hacia las ideas u objetos. La T.A.S trata el comportamiento complejo, como lo son los hábitos de comer o de ejercicio y proporciona un sistema para su autoreglamentación lo que es bastante compatible con el ideal del educador para la salud.

El procedimiento de observar y adoptar el comportamiento de otros, con frecuencia llamado modelamiento, reside en el centro de la teoría del aprendizaje social.

Como la teoría del comportamiento humano, la T.A.S es comprensiva, flexible y versátil; tiende a enfocarse en el comportamiento abierto, visible, en lugar de la dinámica interna y por tanto se presta muy fácilmente a las aplicaciones en la educación para la salud.



Puede no ser tan útil en los medios tan solo académicos como en los programas de educación para la salud que se desarrolla en escuelas y universidades; sin embargo, en las clínicas y en la comunidad por lo general, donde el cambio de conducta inmediato es una prioridad común, el educador para la salud que ejerce podría estar peor que al usar la T.A.S como un sistema de guía la toma de decisiones respecto a técnicas de instrucción y metodología.⁹

Pero pocos educadores para la salud se sienten cómodos con tal posición doctrinaria; prefieren ser más eclécticos y estar listos para obtener técnicas y estrategias de cualquier parte.

Al principio parece que la T.A.S esta enfocada a demostraciones concretas de comportamiento favorable, con exclusión de cualquier uso de materiales impresos o de verbalizaciones. Sus principios pueden conducir en forma muy rápida al principiante educador de la salud a una conclusión que la mayoría de los maestros experimentados hacen después de pasar años , es decir, que la gente es persuadida de manera mas fácil para que adopte nuevos patrones de comportamiento mediante acciones de otras personas y no solo por sus ideas.

Finalmente, el método para explicar este procedimiento autorreglamentario, nos da una resolución lógica del conflicto entre los que abogan por los factores internos contra los externos como determinantes del comportamiento, debido a esta característica, se le califica como un método de integracion.⁹



1.4 CIENCIA DE LA CONDUCTA

1.4.1 Definición

La ciencia de la conducta se ocupa de cómo y por qué las personas se comportan como lo hacen. Contribuciones de la psicología, sociología y antropología han proporcionado un cuerpo sustancial y creciente de literatura sobre la conducta de la salud.¹⁰

Naturalmente, la conducta humana es demasiado compleja para ser clasificada de manera fácil, sin embargo, los determinantes primarios de la conducta que pueden ser influenciados por la educación han sido identificados en las investigaciones y teorías de la ciencia de la conducta.¹⁰

Estos determinantes se organizan de manera conveniente en tres categorías: predisposiciones psicológicas, refuerzos del ambiente, y contexto sociocultural.

Las disposiciones psicológicas incluyen aquellas características que están dentro del individuo, como conocimientos, actitudes, creencias, habilidades, experiencias, etc. que se identifican en forma típica como el centro de los esfuerzos educacionales. El refuerzo del ambiente se presenta sobre todo en los medios cercanos e inmediatos en el hogar, la escuela, amigos, compañeros de trabajo y maestros.

Se han desarrollado cuatro orientaciones teóricas amplias, que intentan explicar la conducta humana: 1) conductismo, 2) psicología interna (cognición, creencias, actitudes, valores), 3) teoría del aprendizaje social, y 4) teoría del cambio social.



1.4.2 ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

Los educadores para la salud deben ser personas preparadas. La enseñanza es más que la propagación de información; enseñar es el arte y la práctica de crear experiencias de aprendizaje para lograr objetivos educacionales específicos.

Asimismo, el educador para la salud como maestro: selecciona los objetivos educacionales apropiados, promueve las actividades de aprendizaje acordes para aumentar los conocimientos, influencias, actitudes, promover las habilidades de la audiencia a la que se dirige o ambas cosas.¹⁰

Para muchos educadores de la salud, la enseñanza es su responsabilidad principal y su preocupación profesional de mayor importancia, se debe llevar a cabo en escuelas, hospitales, clínicas, comunidades e industrias; la enseñanza implica a estudiantes, pacientes, residentes y trabajadores.

Hay dos actores principales en cada experiencia educacional, el educando y el educador. El proceso es necesariamente interactivo. El educador es solo quien comunica a los que aprenden lo que sabe. Algunas veces el que aprende comunica lo que sabe o desea saber, el educador o comparte sus conocimientos con otros que aprenden, haciendo la distinción entre el educador y el que aprende. El proceso educacional es interactivo, que implica a los que aprenden y a los educadores.¹⁰

El educador de la salud/maestro influye en el aprendizaje de diferente manera; primero, en la planeación y creación de los componentes de la sesión estableciendo las condiciones de aprendizaje. En segundo lugar, selecciona ciertos métodos para usarlos en las sesiones de enseñanza/aprendizaje.



Establecimiento de las condiciones para el aprendizaje:

1. El participante comprende lo que se espera que aprenda por medio de los objetivos de desempeño manifestados.
2. La instrucción va desde lo conocido hasta lo desconocido.
3. La instrucción va desde lo simple a lo complejo.
4. Las generalizaciones están apoyadas con hechos.
5. El contenido se apoya con recursos y técnicas apropiadas.
6. La instrucción tiene lugar en una instalación apropiada.
7. La instrucción se apoya con la práctica y retroalimentación constante.

El instructor de un curso deberá seguir los principios útiles sobre el aprendizaje:

1. Preparar y distribuir una lista de objetivos de desempeño relevantes que estén expresados en términos de conocimientos, actitudes y habilidades que se espera que aprendan los interesados.
2. Empezar el curso (y cada sesión) con una revisión del prerrequisito básico de información.
3. Fraccionar el contenido complejo y las habilidades en unidades más sencillas para facilitar el aprendizaje.
4. Incluir prácticas sobre nutrición mediante ejercicios y trabajos de campo. Realimentando a los que aprenden respecto al desempeño, tanto en forma verbal como por escrito.



1.4.3 SELECCIÓN DE MÉTODOS DE ENSEÑANZA

Además de fijar las condiciones para que se de el aprendizaje, el maestro influye en mismo aprendizaje seleccionando los métodos adecuados para ser usados en la conducción de clases y sesiones. Con este propósito el educador de la cuenta con algunas herramientas a su disposición. Cada método puede ser útil para varios enfoques teóricos y es adaptable a diversas situaciones de aprendizaje. Con el fin de hacer uso de un método, el educador para la salud debe convertirlo en una actividad de aprendizaje que se dirige a un objetivo específico.

Los métodos adecuados son las herramientas mas importantes y disponibles con la que se disponen para el proceso enseñanza/comunicación/facilitación de la educación para la salud. La aplicación de las habilidades a estas herramientas da vigor a las estrategias educacionales y lleva al máximo el potencial de resultados positivos. Todos los métodos empleados en una estrategia deberían estar diseñados o modificados para ser compatibles con las bases teóricas del programa de estrategias.



1.5 TÉCNICAS DE CEPILLADO

Es importante educar a los padres ya a los pacientes acerca de los distintos métodos de eliminación de la biopelícula. Para lograr una eficacia completa estos métodos deben ser planeados y efectuados con habilidad.

La misión del cepillado es eliminar la placa dentobacteriana, donde se encuentran las bacterias que forman parte de la flora bacteriana en la cavidad oral y que, si bien no son patógenos, al degradar los azúcares procedentes de los alimentos que elaboran sustancias ácidas que deterioran la superficie de los dientes. Aunque la placa bacteriana se forma de manera continua, su acción más nociva se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada porque las bacterias cuentan con las sustancias nutritivas para alimentarse.¹¹

Por tal motivo es fundamental cepillarse los dientes después de cada comida y antes de que pasen 30 minutos, que es lo que tardan las bacterias en producir secreciones ácidas.

Es probable que el cepillado se realice con mucha eficacia a fin de tener un efecto en la prevención de la caries dental y la gingivitis.

Para que el cepillado de los dientes cumpla eficazmente su función, es preciso que se convierta en una rutina cotidiana, la regularidad es determinante ya que la placa bacteriana se forma de manera continua, y solo eliminándola una y otra vez se podrá evitar su efecto nocivo. Pero tan importante como respetar esta norma es proceder a una técnica adecuada: si el cepillado es incorrecto no cumple su finalidad y, puede resultar perjudicial, dañar los dientes e irritar las encías.¹¹

La labor del profesional y su equipo incluirá la formación de los padres en las técnicas de eliminación de placa con ayuda del cepillo dental e hilo.



Se debe instruir y orientar a los niños a eliminar por completo la placa bacteriana de todas las superficies dentales; por lo cual se debe buscar una técnica de cepillado adecuada según la edad y destreza manual del niño.

Se han descrito muchas técnicas de cepillado de los dientes y promocionado como eficientes y eficaces. Estas técnicas se pueden dividir de acuerdo con la forma del movimiento al cepillar.¹²

Giratoria: Técnica circular ò de Stillman Modificada.

Vibratoria: Técnicas de Stillman, Chartes o Bass.

Circular: Técnica de Fones.

Vertical: Técnica de Leonard.

Horizontal: Técnica de Frotado.

Aquí se describen tres técnicas de cepillado dental; cualquiera de ellas, si se practican de manera adecuada, puede lograr excelente control de placa. La finalidad del cepillado es eliminar la mayor cantidad de placa posible de las superficies dentarias.

1.5.1 TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADO

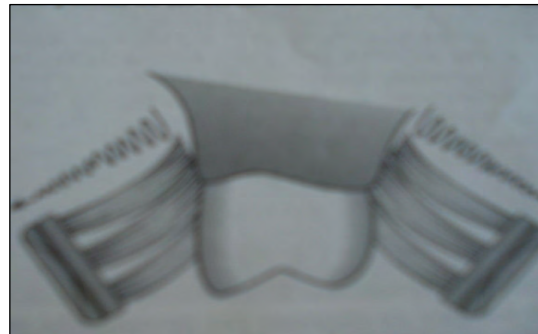
Se decidió utilizar esta Técnica de cepillado dental por que a comparación de las demás esta es más compleja, abarcando así diversos movimientos como lo son de tipo vibratorio, circular y de barrido con el propósito de eliminar la placa dentobacteriana.

La técnica de Stillman modificado requiere que el cepillo se coloque con los extremos de las cerdas apoyados parcialmente sobre la porción cervical de los dientes y también sobre la encía contigua, apuntando en dirección apical y en el ángulo oblicuo con respecto al eje longitudinal de los mismos.¹²

Se aplica presión contra el margen gingival a fin de producir isquemia perceptible, luego debe activarse el cepillo con 20 movimientos cortos de vaivén al mismo tiempo que se mueve en sentido coronario a lo largo de la encía insertada, el margen gingival y la superficie dentaria.



Fuente: <http://www.colgate.com.mx>



Fuente: Carranza Fermín A. Periodontología Clínica novena edición.

Las superficies oclusivas de los molares y premolares se limpian con las cerdas perpendiculares al plano oclusivo y penetrando los surcos y los espacios interproximales. Con esta técnica se emplea un cepillo de múltiples penachos blandos o medianos para no lastimar la encía.

Se repite lo mismo en todas las superficies de los dientes, prosiguiendo de manera sistemática en torno de la boca para alcanzar las superficies linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene el mango en posición vertical, tomando el talón del cepillo. Con esta técnica se usan los costados más que los extremos de las cerdas, las cerdas tienden a no penetrar en el surco gingival.



Fuente:<http://www.colgate.com.mx>.



Fuente:<http://www.colgate.com.mx>.

Se puede recomendar la técnica de Stillman Modificada para la limpiar zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular con el objeto de minimizar la destrucción abrasiva del tejido.



1.5.2 TÉCNICA DE BASS

Se coloca la cabeza del cepillo suave paralela al plano oclusivo, cubriendo tres a cuatro dientes y empezando en el diente mas distal del arco.¹²

Deben aplicarse las cerdas en el margen gingival con un ángulo de 45° respecto al eje longitudinal de los dientes. Hay que ejercer presión vibratoria suave con movimientos cortos de vaivén sin desalojar las puntas de las cerdas, esto fuerza los extremos de estas contra el surco gingival así como, en parte, contra los espacios interproximales.

La presión debe producir isquemia gingival perceptible, se concluyen 20 movimientos en la misma posición. Este movimiento reiterado limpia las superficies dentarias, concentrando en el tercio apical de las superficies proximales tan lejos como las cerdas alcancen. Se retira el cepillo, se desplaza hacia los dientes contiguos y se repite la misma operación en los siguientes tres o cuatro dientes.

Deben continuarse alrededor del arco; se cepillan unos tres dientes a la vez y luego se aplica la misma técnica para cepillar las superficies linguales. Una vez concluido el maxilar superior, se lleva el cepillo al arco inferior y se cepilla de la misma manera hasta completar toda la dentadura.

Para ayudar a alcanzar las superficies linguales de todos los dientes anteriores, cuando el cepillo parece ser demasiado largo, debe colocarse en sentido vertical, hay que presionar el extremo del cepillo en dirección del surco gingival y las superficies proximales en un ángulo de 45° en relación con el eje mayor de los dientes y cepillar mediante movimientos vibratorios cortos múltiples.

Se presionan las cerdas con firmeza en las fosas y fisuras de las superficies oclusivas y se cepillan con aproximadamente 20 movimientos cortos de



vaivén, debe utilizarse esta técnica y cepillar pocos dientes a la vez hasta limpiar todos los órganos dentales posteriores en los cuatro cuadrantes.

La técnica de Bass exige paciencia y la colocación del cepillo en muchas posiciones diferentes para abarcar toda la dentición. En consecuencia, hay que enseñar al paciente de manera ordenada y sistemática para optimizar la eliminación de la placa.

Dicha técnica posee las siguientes ventajas peculiares sobre otras:

1. Es sencillo dominar el movimiento corto de vaivén ya que la mayoría que se requiere el mismo movimiento simple, familiar a la mayoría de los pacientes acostumbrados a la técnica de frotado.
2. Concentra la acción de limpieza sobre las porciones cervical e interproximal de los dientes, donde es más probable la acumulación de la placa microbiana.

La técnica de Bass es eficaz y sirve tanto para sujetos con lesión periodontal o sin ella.



1.5.3 TÉCNICA DE FONES

Con los dientes en oclusión, desplazar el cepillo con un movimiento rotatorio contra las superficies dentales superiores e inferiores y los bordes gingivales con dirección horizontal.¹³

1.5.4 TÉCNICA HORIZONTAL O DE FROTADO

La técnica de frotación no penetra el surco gingival ni en las aéreas interproximales tan fácilmente como las demás; pero es esta técnica que se recomienda para los niños más pequeños y que aprenden por primera vez una técnica de cepillado, posteriormente orientarlos hacia otra técnica.¹³

1.5.5 HISTORIA DEL CEPILLADO DENTAL

El cabello de otros animales fue usado para la higiene dental, hasta el inicio del siglo XX. Pero fue el cabello del jabalí siberiano el más usado para la higiene dental, tanto así que lo importó por muchos años, hasta que el nylon fue inventado en 1937 por Wallace H. Carothers, en los Laboratorios DuPont en los Estados Unidos.

En 1938, este nuevo material se convirtió en el símbolo del modernismo y prosperidad a través de la comercialización de las medias de nylon y los cepillos milagrosos del Dr. West, con cerdas de nylon por su puesto. Finalmente, los jabalíes salvajes dejaron de ser cazados. Al inicio, si bien era cierto que existían muchas ventajas al usar este nuevo cepillo en vez del fabricado con cabello de jabalí (el cual se despegaba del mango, no secaba bien o quedaba lleno de bacterias), los consumidores no quedaron enteramente satisfechos.¹²

La insatisfacción era por la siguiente razón: las cerdas de nylon eran muy duras y lastimaban la encía. En 1950 Dupont mejoró su cepillo



proveyéndolos con cerdas suaves. Hoy en día encontramos cepillos dentales de un sin número de marcas, tipos, durezas y colores.

Datos Recopilados:

→ 3000 Años antes de Cristo: Los egipcios usan pequeñas ramas con puntas desgastadas para limpiar sus dientes.

→ 1400: Los chinos inventan el cepillo dental de cerdas, hecho con cerdas de jabalí siberiano fijado a un mango de bambú o de hueso.

→ 1600: Los viajeros europeos que viajan a China traen a su regreso el cepillo dental; reemplazan las cerdas del jabalí.

→ 1885: Las compañías comienzan a producir cepillos manuales a gran escala.

→ 1935: Se presentan las primeras cerdas de nylon.

→ 1950: Las cerdas de nylon se hicieron más suaves.

→ 1960: Se presenta el primer cepillo dental eléctrico en Estados Unidos.

→ 1987: Se presenta el primer cepillo dental eléctrico para uso doméstico, de acción rotatoria.

→ 2000: Los cepillos dentales eléctricos de bajo precio hacen crecer al mercado de los cepillos eléctricos.



1.5.6 DEFINICIÓN DE CEPILLO DENTAL

El cepillo es uno de los instrumentos necesarios para eliminar la placa dental, su uso junto con la técnica adecuada, eliminará la placa dental sin lesionar el esmalte. Generalmente, va a ser difícil acceder con el a todas sus superficies dentarias y debe completarse su acción con la utilización del hilo dental en los espacios interproximales.

La American Dental Association describió las dimensiones admisibles de los cepillos: superficie del cepillo de 25.4 a 31.8mm de longitud y 7.9 a 9.5mm de ancho, entre los dos y cuatro hileras de cerdas y entre 5 y 12 penachos por hilera²⁵. Un cepillo dental debe alcanzar y limpiar con eficacia la mayor parte de las áreas de los dientes.

Un estudio reciente sobre cuatro diseños de cepillos del mercado comparó la eliminación de placa con un solo cepillado. Los cuatro cepillos eliminaron placa de la misma manera y los autores llegaron a la conclusión de que ninguno de los diseños superó a los demás.¹⁴

Si el punto es recomendar un cepillo en particular, no se ha comprobado la superioridad clínica de alguno sobre otro. Al seleccionar un cepillo es importante que el paciente lo pueda manipular con facilidad, además de que tenga la sensación de que el cepillo trabaja bien.

La eficacia y la agresión potencial de los diferentes tipos de cepillo dependen en buena medida de la forma de usarlos.¹⁴

Datos de estudios in vitro sobre la abrasión producida por distintos cepillos manuales revelan que las diferencias de diseño permiten a las cerdas alojar mayor cantidad de pasta dental, en tanto que el cepillado incrementa más la abrasión que las cerdas mismas.¹⁵



El tipo de cepillo es, en gran medida, cuestión de preferencia personal. Sin embargo existe acuerdo acerca de que el uso de un cepillo duro, con cepillado horizontal vigoroso y posiblemente el uso de dentífricos abrasivos pueden causar abrasiones cervicales de los dientes y recesión gingival.

En fecha reciente se han descrito algunos diseños nuevos que tratan de facilitar el cepillado y hacer accesibles zonas difíciles de alcanzar. Uno tiene cerdas curvas a cada lado de la cabeza del cepillo y hacer accesibles zonas difíciles de alcanzar. Uno tiene cerdas curvas a cada lado de la cabeza del cepillo y cerdas más cortas que descienden hacia el centro.

Las cerdas de los cepillos dentales se agrupan en penachos dispuestos por lo general en tres o cuatro hileras. Los cepillos dentales de penachos múltiples contienen más cerdas y pueden limpiar con mayor eficacia que otros más espaciados.

Las puntas redondeadas de las cerdas raspan menos la encía que las cerdas cortadas al ras con extremos agudos.¹⁵

No se han establecido cuál es la dureza más conveniente de las cerdas, la dureza de las cerdas es proporcional al cuadrado del diámetro de la longitud de la cerda.

Los diámetros de las cerdas usadas con frecuencia varían de 0.2mm para los cepillos suaves a 0.3mm para los medianos y 0.4mm para los duros.¹⁵

Los cepillos de cerdas suaves del tipo descrito por Bass son muy aceptados. Bass sugirió un mango recto y cerdas de nylon de 0.2mm de diámetro y 10.3mm de longitud, con extremos redondeados, dispuestas en tres filas de penachos, seis de estos espaciados uniformemente por hilera, con 80 a 86 cerdas por penacho. Para los niños el cepillo es más pequeño con cerdas más delgadas (0.1) mm y más cortas (8.7) mm.



Las cerdas blandas son más flexibles, limpian por debajo del margen gingival cuando se usan con la técnica de cepillado del surco y llegan más lejos en las superficies proximales de los dientes.

El uso de los cepillos dentales regularmente con cerdas duras produce recesión gingival. Las personas que se cepillan regularmente con cerdas duras producen mayor recesión respecto de los individuos que suelen cepillarse con cerdas blandas.¹⁵

Sin embargo la manera de manipular un cepillo y la abrasividad del dentífrico afectan la acción y la abrasión en mayor grado que la dureza de las mismas cerdas.

El cepillado demasiado enérgico puede ocasionar recesión gingival, bacteriemia, en especial en los pacientes con gingivitis pronunciada, defectos cuneiformes en el área cervical de las superficies radiculares y ulceración dolorosa de la encía.¹⁵

Para conservar la eficacia de la limpieza es preciso sustituir los cepillos dentales con periodicidad, los patrones de deterioro varían de forma notoria de una persona a otra, pero con el uso regular la mayor de los cepillos se desgasta en unos meses.

La preferencia respecto de las características del mango es asunto de gusto individual. El mango tiene que alojarse con comodidad en la palma de la mano. Puede ser recto o angulado, grueso o delgado.

Existen cepillos con poca anulación entre la cabeza y el mango; algunos odontólogos afirman que estos cepillos mejoran la eliminación de placa en condiciones supervisadas.¹⁶

Para la mayoría de los individuos se recomiendan cepillos de cabeza corta con cerdas de nylon blandas a medianas dispuestas en tres a cuatro hileras.



No obstante, si el paciente percibe algún beneficio con el diseño de un cepillo en particular, es preciso alentar el uso de este instrumento.

El cepillo debe:

1. Tener un tamaño apropiado para la dentición.
2. Ser de nylon, blando y de puntas redondeadas.
3. Estar en buenas condiciones de uso.

Además, puede tener otros elementos que lo hagan atractivo: color brillante, etc.; aun esto es secundario, muchas veces hace mas atractivo su utilización.

El paciente portador de aparatología ortodòntica puede necesitar, además del cepillo convencional, otro tipo de cepillos como auxiliares. Suele servir de ayuda la utilización de cepillos ortodonticos o cepillos sulculares que permiten mejor el acceso a la encía.

1.6 AUXILIARES EN LA HIGIENE BUCODENTAL

1.6.1 RECOMENDACIONES CON CEPILLOS DENTALES ELÉCTRICOS

Es posible realizar otros movimientos manuales para limpiar zonas complicadas, como las superficies distales de los terceros molares, las furcaciones o fisuras gingivales. Las técnicas descritas para el cepillado manual también son aptas para los cepillos dentales eléctricos.

Los diversos movimientos mecánicos que llevan a cabo los cepillos dentales eléctricos no presuponen técnicas especiales de aplicación. No obstante, debe recordarse a los pacientes la necesidad de colocar la cabeza del cepillo junto a los dientes en el margen gingival y proseguir sistemáticamente alrededor de la dentadura.¹⁷



Fuente:<http://infotinta.com/imagenes/cepillos>

1.6.2 HILO DENTAL

El uso del hilo dental sirve para eliminar la placa dentobacteriana y los residuos de los alimentos de la parte interproximal de los dientes, particularmente cerca del gingival, precisamente donde la mayoría de la caries tiene su origen.



Fuente: <http://www.oralb.com.mx>

1.6.3 TÉCNICA PARA LA UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL

1. Cortar un trozo de hilo dental de aproximadamente 20 cm.
2. Enrollar los extremos en los dedos índices, dejando entre ellos la cantidad suficiente.
3. Colocar los dedos medios a la altura de la papila (por vestibular y lingual) del espacio que hay que limpiar. El hilo quedará empujando con los dedos pulgares con un movimiento de vestibular a lingual.
4. En la arcada superior son los dedos pulgares los que se colocan en la papila y los medios los que se inserta el hilo.
5. De esta forma, una inserción brusca del hilo queda frenada por los dedos evitando que lesione la encía.
6. Desplazar ambos lados del hilo hacia mesial o distal y desinsertarla hacia oclusal. La placa interproximal se arrastrará con ella.

1.6.3 DENTÍFRICO

La crema dental o dentífrico se usa para la limpieza dental con ayuda del cepillo dental, suele contener flúor gradualmente en forma de monofluorofosfato de sodio y fluoruro de sodio.¹⁸



Fuente:<http://www.formatodo.com/productos/img/bucal/pasta>

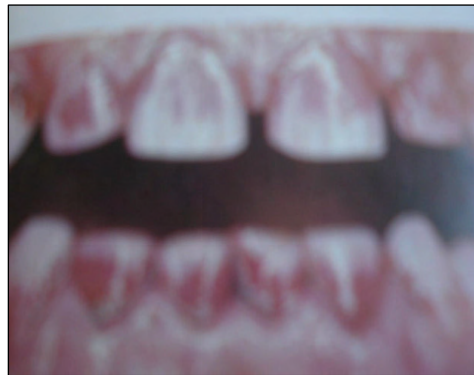
Para conseguir los mejores resultados, es conveniente colocar un centímetro de pasta en un cepillo de cerdas suaves y cepillar correctamente con un ángulo de cuarenta y cinco grados por la parte interna y externa de los dientes, y entre ellos, haciendo un ligero movimiento circular.³⁷

1.6.5 COLUTORIOS

El enjuague bucal o colutorio es una solución útil después del cepillado dental, para eliminar las bacterias causantes de las caries y para la eliminación de halitosis.¹⁸

1.6.7 AGENTES REVELADORES DE PLACA

El agente revelador consiste en un preparado de forma líquida o en tabletas, que contiene cierto tipo de colorante como la fucsina básica que se indica para teñir la placa dentobacteriana, son de uso rutinario en consultorios odontológicos y pueden ser utilizados por el paciente en casa. El revelador de placa es una ayuda extremadamente valiosa en los programas de higiene oral.²⁰



Fuente Carranza Fermin. A Periodontología Clínica, novena edición



El agente revelador ideal debe poseer las siguientes características:

No ser tóxico.

Tener sabor aceptable.

Debe ser factible de eliminar en los dientes, labios y lengua al enjuagar.

Ofrecer contraste de color entre los dientes y tejidos blandos.

Ser económico.

Entre los agentes mas usados comúnmente están el pardo de Bismark, fucsina básica, la eritromicina, el verde rápido o brillante y la fluoresceína.²¹



1.8 DEPÓSITOS DENTARIOS

La biopelícula se define como aquellos depósitos blandos que se adhieren a la superficie dentaria u otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones removibles y fijas.²²

La placa bacteriana se diferencia de otros depósitos que pueden encontrarse en la superficie dental, como materia alba y los cálculos. La primera se refiere a las acumulaciones blandas con contenido de bacterias y células histicas que carecen de la estructura organizada de la placa dental y se desprenden fácilmente incluso con agua.

Cálculo es un depósito sólido que se forma por mineralización de la placa dental; por lo general esta cubierto por una capa de placa sin mineralizar.

Según sea la posición que ocupe sobre la superficie dental; la placa se clasifica en términos generales, como supragingival o subgingival.

La placa supragingival se localiza en el margen gingival o por encima de éste; si está en contacto directo con el margen gingival recibe la denominación de placa marginal.²²

La placa subgingival se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival.

1.8.1 FORMACIÓN DE LA PLACA DENTAL

Al cabo de uno a dos días de no realizarse la higiene bucal, se observa con facilidad la placa sobre los dientes; su color es blanco, grisáceo o amarillento y tiene aspecto globular. El desplazamiento de los tejidos y los alimentos sobre los dientes durante la masticación causa a veces, por si sola la eliminación mecánica de la placa.

Esta remoción es muy eficaz en los dos tercios coronarios de la superficie dentaria; en consecuencia, lo característico es observar placa en el tercio gingival de la superficie dental, donde se acumula con mayor facilidad.

Los depósitos de placa también se localizan en hendiduras, fosas y fisuras de la estructura dentaria; así como por debajo de restauraciones desbordantes y alrededor de dientes en malposición.²³

Si se desliza una sonda periodontal o un explorador a lo largo del tercio gingival del diente, es posible identificar cantidades pequeñas de placa que no son discernibles a simple vista en la superficie dental.



Fuente: Carranza Fermin. A Periodontología Clínica, novena edición



1.8.2 COLONIZACIÓN INICIAL DE LA SUPERFICIE DENTAL

Tras una hora aparecen bacterias en la película dental, entre las primeras bacterias que colonizan la superficie dentaria cubierta con la película predominan los microorganismos grampositivos facultativos como *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis*, estos colonizadores iniciales se adhieren a la película. Mediante moléculas específicas denominadas adhesinas, presentes en la superficie bacteriana que interactúa con receptores la película dental. Por ejemplo, las células de *A. viscosus* poseen estructuras proteínicas fibrosas llamadas fimbrias que se extienden desde la superficie celular bacteriana. Las adhesinas proteínicas en las fimbrias se fijan de manera específica a proteínas con alto contenido de prolina que se encuentra en la película dental. Esto fija la célula bacteriana a la superficie dental cubierta por la película.²⁴

1.8.3 COLONIZACIÓN SECUNDARIA Y MADURACIÓN DE LA PLACA

Los colonizadores secundarios son los microorganismos que aparecen posteriormente, entre ellos *Prevotella intermedia*, *Prevotella loescheii*, especies de *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleum* y *Porphyromonas gingivalis*⁴³. Dichos patógenos se sobreponen y se adhieren a las células de las bacterias ya presentes en la masa de la placa.²⁵



1.9 DEFINICIÓN DE ÍNDICE

De acuerdo con la definición de Russell, un índice es un valor numérico que describe una situación relativa de salud o enfermedad de una determinada población a través de una escala graduada, con límites superior e inferior definidos, que permiten comparaciones con otras poblaciones clasificadas con los mismos métodos y criterios.

Generalmente los índices son proporciones o coeficientes que sirven de indicadores de la prevalencia con que se presentan determinadas enfermedades o condiciones de una comunidad; pueden incluir una indicación del grado de severidad de esa enfermedad o condición son:

1. Validez, es decir, que sirva para medir lo que se pretende y que se adapte a las características del problema en estudio.
2. Claridad, el examinador debe ser capaz de memorizar fácilmente sus reglas y criterios, a fin de aplicarlos con facilidad y rapidez en su trabajo de campo.
3. Fiabilidad, los resultados deben ser consistentes, bajo condiciones de utilización y por lo tanto, reproducibles por distintos examinadores.
4. Sensibilidad, un buen índice debe ser capaz de detectar, razonablemente pequeñas variaciones en cualquier dirección del estado de salud del grupo de población estudiado.
5. Aceptabilidad, la utilización del índice no debe causar incomodidad o molestia a los individuos observados.



1.9.1 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) fue diseñado por Greene y Vermillion con el objeto de determinar la extensión de la placa dentobacteriana sobre la superficie del esmalte dental de los dientes permanentes.²⁶

Estrictamente no es un índice que pueda evaluar directamente enfermedad periodontal ni caries; solo determina la presencia y extensión de dos factores de riesgo importantes para ambas enfermedades: la placa dentobacteriana y el cálculo dentario, de modo que su levantamiento es obligado cuando se pretende hablar de caries y enfermedad periodontal.

Para su obtención deben ser evaluados seis dientes llamados índices, en caso de que uno de ellos no esté presente debe revisarse el diente contiguo y encerrarse en un círculo para identificarlo, para el levantamiento deben estar presentes por lo menos dos dientes de los indicados y en la inspección bucal deben ser observadas seis superficies dentales.²⁶

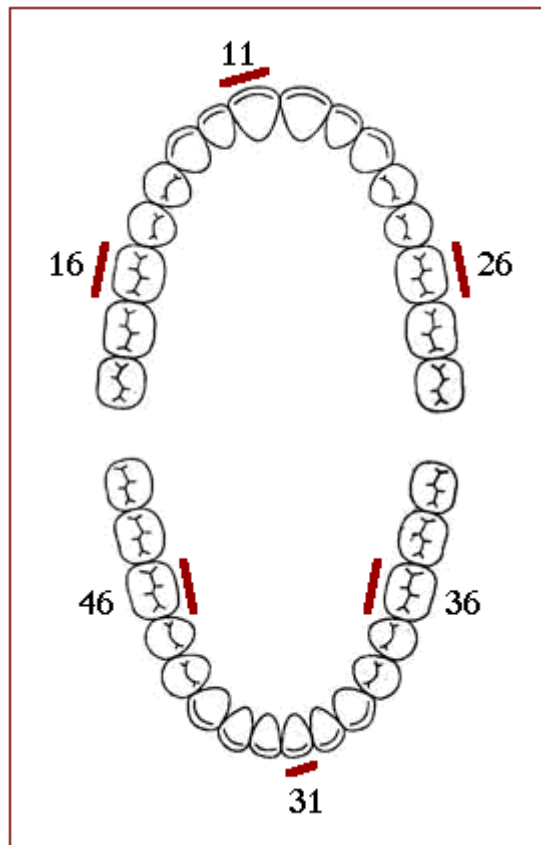
Las seis superficies que se usan en el OHIS son la vestibular de los primeros molares superiores derecho e izquierdo, las linguales de los primeros molares inferiores derecho e izquierdo y las labiales de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo.

1.9.2 LEVANTAMIENTO

Debe iniciarse el levantamiento de la información con la observación del primer molar superior derecho hasta llegar al primer molar superior izquierdo siguiendo siempre el orden se continúa con el primer molar inferior izquierdo hasta llegar al primer molar inferior derecho.

El índice de cada individuo se obtiene realizando la sumatoria de los códigos asignados a cada diente según la condición observada, esta sumatoria debe ser dividida entre el número de dientes presentes.

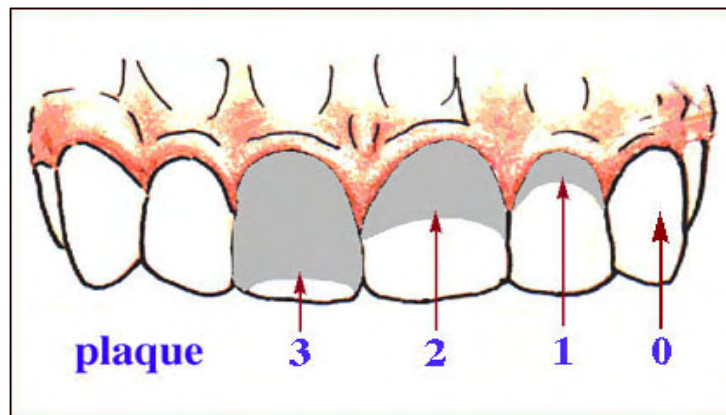
Para determinar el índice grupal basta hacer la sumatoria de los valores de cada individuo y dividirla entre el número de individuos observados.



Fuente: Whocollab.od.mah.se/exp/ohisgv64.htm.

1.9.3 INTERPRETACIÓN

Puntaje	Interpretación
0	Condición excelente de higiene oral
0.1-1.2	Condición buena de higiene oral
1.3-3.0	Condición regular de higiene oral
3.1-6.0	Condición pobre o deficiente



Fuente: Whocollab.od.mah.se/exp/ohisgv64.html



1.9.4 SISTEMA DE REGISTRO DE PLACA DENTOBACTERIANA.

C			
	P		
P	17-16 V	11-21 V	26-27V
	47-46 L	41-31 V	36-37L
P			
C			
	IP=	IC=	IHOS=

Placa	Código	Cálculo
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia de cálculo
Restos blandos que no cubren más de un tercio de la superficie dental examinada.	1	Cálculo supragingival que cubre no mas de una tercera parte de las superficie dental
Restos blandos que cubren mas de un tercio pero no mas de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Cálculo supragingival: cubre mas de un tercio pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente, o ambos
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Cálculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o no hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos.
No registrado	9	No registrado



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Como es bien sabido, la población escolar presenta deficiencia tanto en sus hábitos de higiene bucodental como en sus conocimientos al respecto por lo que es indispensable modificar esta circunstancia, empleando estrategias de enseñanza aprendizaje acordes a su edad y destreza para mejorar esta situación.

Por lo que se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Es factible que mediante la Técnica de Stillman Modificado se logre que los alumnos de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino modifiquen su conducta respecto a la Técnica de Cepillado?

3. JUSTIFICACIÓN

Lograr que los alumnos de 3° a 6° año mediante la utilización de estrategias y técnicas adecuadas modifiquen su conducta y conocimientos previos acerca de la Técnica de Cepillado Stillman Modificado que conlleve a disminuir el índice de placa dentobacterina evitando así posibles problemas bucodentales.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General: Identificar cual es la técnica de cepillado dental que comúnmente utilizan los alumnos de la escuela primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

4.2 Objetivos específicos: Efectuar una evaluación previamente de conocimientos sobre Técnica de Cepillado.

-Determinar previamente el IHOS.

-Enseñar la Técnica de Cepillado Stillman Modificado a los alumnos de 3° a 6° año mediante pláticas informativas y Técnicas didácticas con el fin de lograr que modifiquen su conducta y conocimientos previos acerca del cepillado dental.

-Impartir pláticas informativas que apoyen a tutores y profesores.

-Evaluar el IHOS post a la Técnica de Cepillado.

-Conocer la prevalencia de la Técnica de Cepillado Stillman Modificado post a las pláticas informativas.

Determinar IHOS por edad y género.

Aplicar una Evaluación post de conocimientos acerca del cepillado dental.

5. METODOLOGÍA

5.1 Material y método

La evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) pre y post a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado se llevó a cabo en la "Escuela Primaria Winston Churchill" Turno Vespertino, con previa aceptación de la directora del plantel y permiso de los profesores de 3° a 6° año.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

La Evaluación fue constituida en 5 sesiones:

La primera sesión consistió en la visita de las autoridades del plantel; así como la planeación de la documentación de permisos y autorizaciones (consentimiento válidamente informado).



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Se calibró a la tesista en el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), se preparó el material didáctico, se diseñó una evaluación para obtener información de datos personales y del nivel educacional de los tutores; así

como también de los conocimientos que tienen los niños acerca del cepillado dental.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

En la segunda sesión se identificó cuál es la Técnica de Cepillado que comúnmente utilizan los niños de 3° a 6° año. Se hizo el levantamiento del IHOS pre a la Técnica de Cepillado en los primeros molares permanentes (16, 26, 36,46) y en los incisivos derechos (11 y 41).



Fuente: Directa



Fuente: Directa

En la tercera sesión se llevaron acabo las pláticas informativas a los alumnos de 3° y 4° año, después se trabajó con 5° y 6° año. Más tarde se proporcionaron pláticas a los tutores de los alumnos y profesores de la Escuela.



Fuente: Directa



Fuente: Directa



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Se enseñó Técnica de Cepillado Stillman Modificado, uso del hilo dental y función de las pastillas reveladoras en forma demostrativa empleando macromodelos, rotafolios y actividades didácticas (sopa de letras, rompecabezas y serpientes y escaleras) para reforzar los conocimientos empleados y se les obsequio cepillos dentales.



Fuente: Directa



Fuente: Directa



Fuente: Directa



Fuente: Directa

En la cuarta sesión a dos semanas de realizar la Evaluación pre a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado se efectuaron dos reforzamientos acerca de técnica de cepillado y de los temas abordados.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Fuente: Directa



Fuente: Directa

Quinta sesión: posteriormente se realizó una evaluación para observar si existió aprendizaje, así mismo se levantó el índice de Higiene Oral Simplificado.



Fuente: Directa

Fuente: Directa



Fuente: Directa

5.1.2 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA DE APLICACIÓN
1. Visita a las autoridades del plantel.	11 de febrero del 2009.
Entrega de carta de autorización y consentimiento válidamente informado.	13 de febrero del 2009.
2. Evaluación pre sobre conocimientos de técnica de cepillado; y levantamiento de IHOS.	4 de marzo del 2009.

3. Pláticas informativas y técnicas didácticas a los alumnos de la escuela y padres de familia.	11 y 12 de marzo del 2009.
4. Refuerzo de la Técnica de Cepillado y de Conocimientos.	18, y 19 de marzo del 2009.
5. Evaluación post de conocimientos y levantamiento del IHOS.	3 de abril del 2009.

5.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Observacional y descriptivo

5.1.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

90 niños de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

5.1.5 MUESTRA

70 niños de 3° a 6° año de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

5.1.6 VARIABLE INDEPENDIENTE: Técnica de Cepillado Stillman Modificado.

5.1.7 VARIABLE DEPENDIENTE: Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

5.1.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Niños y niñas que estuvieron presentes los días que se llevó a cabo la Evaluación del IHOS.

Niños y niñas que pertenecen a la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

Niños y niñas que sus Tutores aceptaron ser evaluados.

Niños y niñas que sean de edad escolar.

5.1.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Niños y niñas que no estuvieron presentes desde el inicio de la Evaluación del IHOS no se presentaron.

Niños y niñas que no fueron autorizados por sus Tutores para ser evaluados.

5.2 PLÁTICAS INFORMATIVAS

Se abarcaron temas acerca de:

- Técnicas de Cepillado
- Biopelícula
- Tipos de Cepillo
- Higiene Bucodental
- Enfermedades Bucodentales consideradas por la O.M. S como las más frecuentes que afectan a la población (Caries, Gingivitis, Enfermedad Periodontal y Maloclusiones).

5.2.1 METAS

Disminuir el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Lograr que los alumnos de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino modifiquen su conducta sobre Técnica de Cepillado y conocimientos de la misma.

Motivar la práctica de higiene bucodental.

5.2.2 ESTRATEGIAS

Enseñar Técnica de Cepillado Stillman Modificado apoyado en el uso de macromodelos y tipodontos a los alumnos de 3° y 4° año.

Mostrar diapositivas del contenido temático establecido a los alumnos de 5° y 6° año.

5.2.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una Evaluación para cada una de las variables de estudio; los resultados obtenidos se realizaron en la base de datos en el programa de Excel.

5.2.4 RECURSOS HUMANOS

-Niños y adolescentes de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

- Personal que elabora en la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino.

- Un Tutor

- Una Tesista

5.2.5 FINANCIEROS

A cargo de la tesista

5.2.6 MATERIALES

-Hojas de Recolección de Datos para el (Índice de Higiene Oral Simplificado y Evaluación de conocimientos previamente).

-Rotafolios

-Espejos

- Macromodelos

-Pastillas Reveladoras de Placa Dentobacteriana.

-Abatelenguas

-Exploradores

- Sonda de la O.M.S.

- Cámara digital

-Cepillos

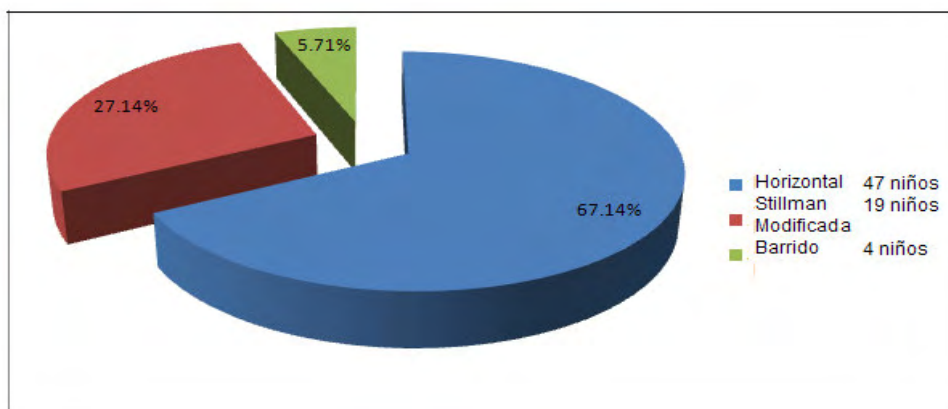
- Tipodontos

6. RESULTADOS

GRÁFICA 1

En esta gráfica se muestra cuál es la Técnica de Cepillado que comúnmente utilizan los alumnos de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino; siendo la de mayor prevalencia la Técnica de Cepillado Horizontal con un 67.14%, la de Stillman Modificado con un 27.14% y la de Barrido con un 5.71%.

TÉCNICA DE CEPILLADO QUE COMÚNMENTE UTILIZAN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA PRIMARIA WINSTON CHURCHILL TURNO VESPERTINO.

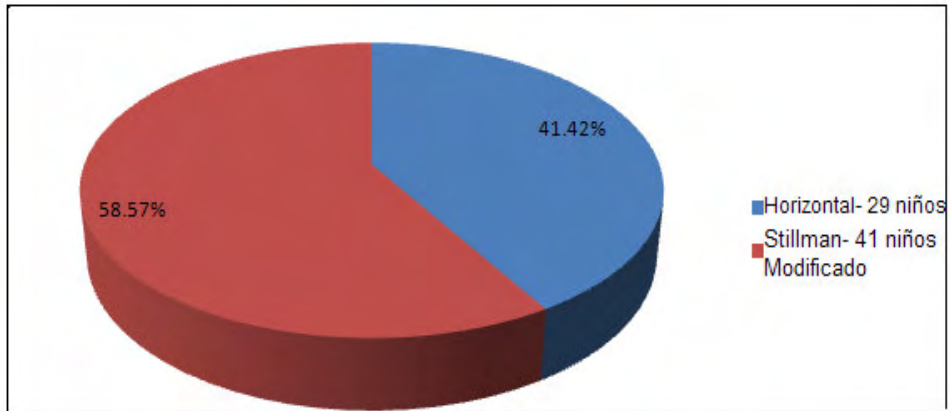


Fuente: Directa

GRÁFICA 2

En esta gráfica se observa que después de impartir la Técnica de Cepillado Stillman Modificado y las pláticas informativas el 58.57% realizó la Técnica Stillman Modificado mientras, el 41.42% utilizó la Técnica de Cepillado Horizontal.

TÉCNICAS DE CEPILLADO QUE REALIZARON POST A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO



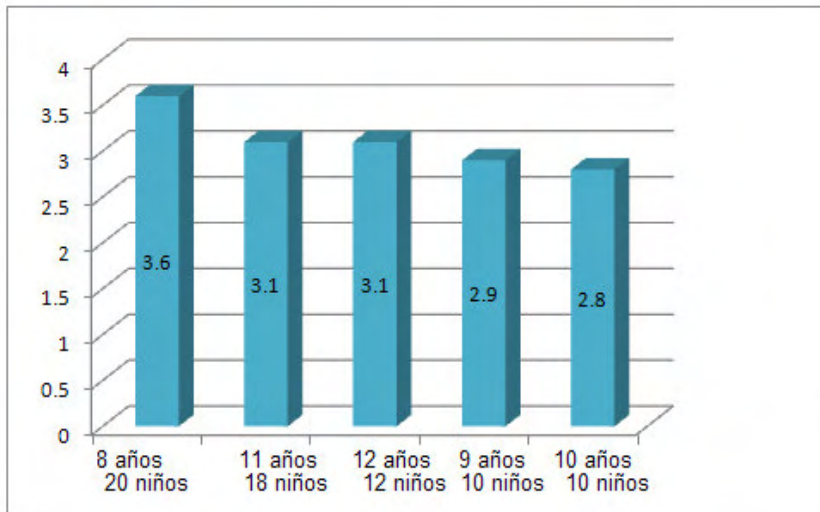
Fuente: Directa

GRÁFICA 3

En la gráfica 3, de los 70 niños a los cuales se realizó la evaluación del IHOS pre a la Técnica de Stillman Modificado se observó que entre los 8, 11 y 12 años el Índice de Higiene Oral Simplificado fue deficiente, mientras que entre los 9 y 10 la condición de higiene fue regular.

DISTRIBUCIÓN DEL IHOS PRE A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO POR EDADES.

ÍNDICE



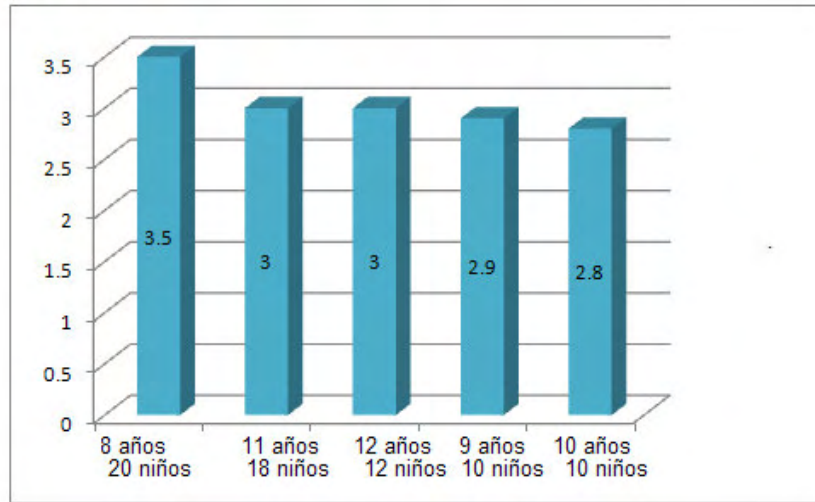
Fuente: Directa

GRÁFICA 4

En la siguiente gráfica se muestra la distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado por edades la cual, muestra una distribución del IHOS minima después de haber impartido las pláticas informativas y Técnica de Cepillado Stillman Modificado.

DISTRIBUCIÓN DEL IHOS POST A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO POR EDADES.

ÍNDICE



Fuente: Directa

TABLA DE DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO PRE Y POST A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO.

IHOS PRE		IHOS POST	
EDAD	DISTRIBUCIÓN	EDAD	DISTRIBUCIÓN
8 AÑOS	3.9	8 AÑOS	3.8
8 AÑOS	3.8	8 AÑOS	3.9
8 AÑOS	3.6	8 AÑOS	3.6
8 AÑOS	4.3	8 AÑOS	4
8 AÑOS	4.2	8 AÑOS	4.1
8 AÑOS	4	8 AÑOS	4
8 AÑOS	3.2	8 AÑOS	3.2
8 AÑOS	3	8 AÑOS	3
8 AÑOS	3	8 AÑOS	3

8 AÑOS	4	8 AÑOS	4.1
8 AÑOS	4.2	8 AÑOS	4.2
8 AÑOS	4.6	8 AÑOS	4.1
8 AÑOS	4 .3	8 AÑOS	4
8 AÑOS	4	8 AÑOS	4
8 AÑOS	3.4	8 AÑOS	3.2
8 AÑOS	3.6	8 AÑOS	3.6
8 AÑOS	3.4	8 AÑOS	3.4
8 AÑOS	3.3	8 AÑOS	3.3
8 AÑOS	3.1	8 AÑOS	3.1
8 AÑOS	3	9 AÑOS	3
9 AÑOS	3.3	9 AÑOS	3.3
9 AÑOS	3	9 AÑOS	3
9 AÑOS	3	9 AÑOS	3
9 AÑOS	3	9 AÑOS	3
9 AÑOS	2.3	9 AÑOS	2.3
9 AÑOS	3.3	9 AÑOS	3.3
9 AÑOS	2.4	9 AÑOS	2.4
9 AÑOS	3.1	9 AÑOS	3.1
9 AÑOS	3	9 AÑOS	3
9 AÑOS	3	10 AÑOS	3
10 AÑOS	3	10 AÑOS	3
10 AÑOS	2.8	10 AÑOS	2.8
10 AÑOS	3.6	10 AÑOS	3.2
10AÑOS	4.2	10 AÑOS	4.2
10 AÑOS	2.3	10 AÑOS	2.3
10 AÑOS	3.6	10 AÑOS	3.6
10 AÑOS	3.3	10 AÑOS	3.3
10 AÑOS	2.4	10 AÑOS	2.3
10 AÑOS	3	10 AÑOS	3
10 AÑOS	2.9	11 AÑOS	2.8
10 AÑOS	2.6	10 AÑOS	2.5
11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 A ÑOS	3.8	10 AÑOS	3.8
11 AÑOS	3.2	10 AÑOS	3.2
11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3.6	10 AÑOS	3.6
11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3.5	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3.3	10 AÑOS	3

11 AÑOS	3	10 AÑOS	3
11 AÑOS	3.9	10 AÑOS	3.9
11 AÑOS	3.3	10 AÑOS	3.3
11 AÑOS	3.6	10 AÑOS	3.6
11 AÑOS	3.5	10 AÑOS	3.5
11 AÑOS	3.8	10 AÑOS	3.8
11 AÑOS	3.4	12 AÑOS	3.4
11 AÑOS	4	12 AÑOS	3.8
11 AÑOS	3.9	12 AÑOS	3.8
11 AÑOS	3.6	12 AÑOS	3.2
12 AÑOS	3.6	12 AÑOS	3.7
12 AÑOS	3.8	12 AÑOS	3.7
12 AÑOS	4.2	12 AÑOS	4
12 AÑOS	4.2	12 AÑOS	4
12 AÑOS	4.2	12 AÑOS	4.2
12 AÑOS	3.6	12 AÑOS	3.4
12 AÑOS	4.3	12 AÑOS	4
12 AÑOS	3.7	12 AÑOS	3.6
12 AÑOS	3	12 AÑOS	3
12 AÑOS	3	12 AÑOS	3
IHOS	238.6% 70=3.40		230.3%70= 3.29

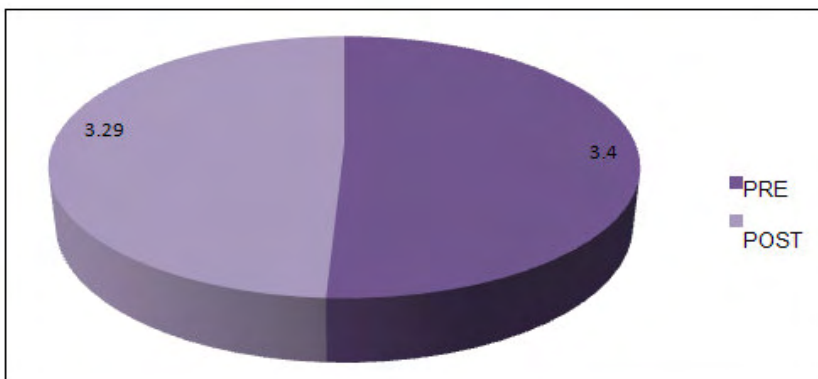
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO

NIÑOS	PRE A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO	1 REFUERZO	2 REFUERZO	POST A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO
SI SABIAN	11 niños-20%	32niños-45.71%	42niños-60%	58niños-81.42%
NO SABIAN	56niños-80%	38niños-54.28%	28niños-40%	13niños-18.57%

GRÁFICA 5

En la siguiente gráfica se muestra la distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado pre y post a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado.

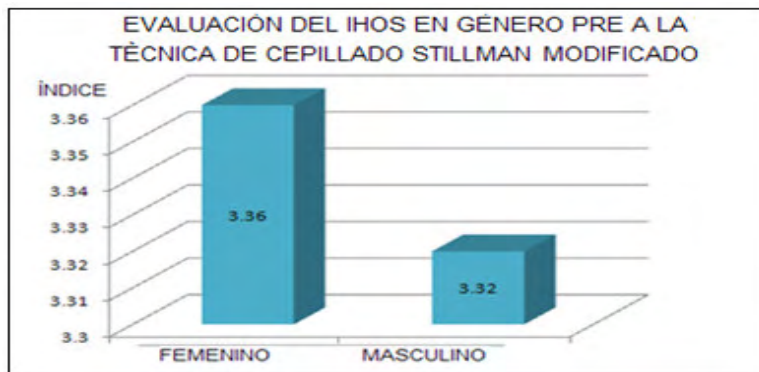
DISTRIBUCIÓN DEL IHOS PRE Y POST A LA TÉCNICA DE CEPILLADO STILLMAN MODIFICADO.



Fuente: Directa

GRÁFICA 6

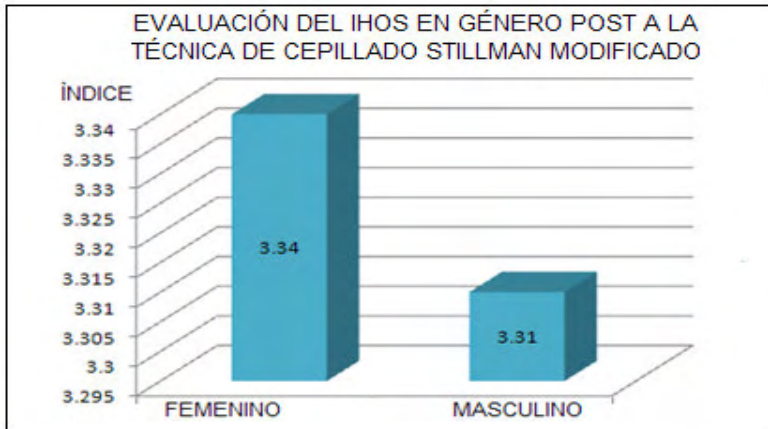
En esta gráfica se muestra que la evaluación realizada del IHOS, el género Masculino presentó un Índice de Higiene Oral Simplificado menor en comparación del género femenino, el cual mostró una distribución mayor del Índice de Higiene Oral Simplificado.



Fuente: Directa

GRÁFICA 7

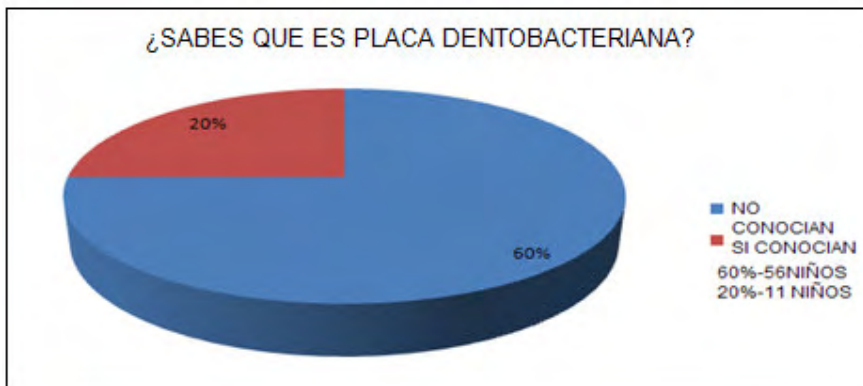
En esta gráfica se observa la distribución del IHOS por género post a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado lo cual indica que ambos géneros disminuyeron significativamente.



Fuente: Directa

GRÁFICA 8

La gráfica 8 es acerca de la evaluación de conocimientos previos sobre Técnica de Cepillado la cual, muestra que de los 70 niños 46 no conocían que era placa dentobacteriana, mientras 24 contestaron que si conocían este término.

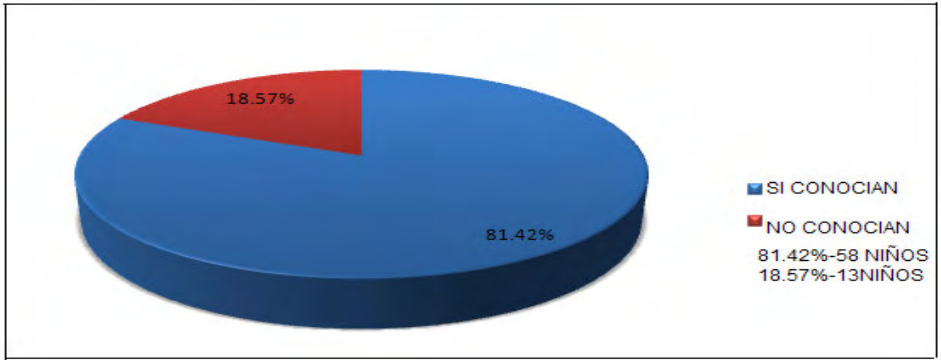


Fuente: Directa

GRÁFICA 9

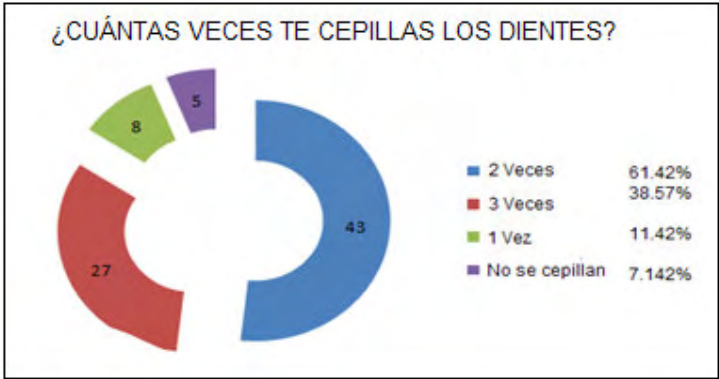
La siguiente gráfica es sobre conocimientos acerca de placa dentobacteriana, después de que se realizaran 2 reforzamientos de Técnica de Cepillado y las pláticas informativas mostrando un mayor incremento en aprendizaje.

¿SABES QUE ES LA PLACA DENTOBACTERIANA?



GRÁFICA 10

Esta gráfica es acerca de la evaluación de conocimientos previos sobre Técnica de Cepillado la cual, muestra que de 70 niños evaluados 43 contestaron que se cepillaban 2 veces, 27 niños ,3 veces, 8 niños una vez y 5 niños no se cepillaban.



Fuente: Directa

GRÁFICA 11

En la siguiente gráfica muestra la evaluación de conocimientos post a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado en donde el 60% mencionó que se cepillaba 3 veces, el 28.57% 2 veces, 8.571% 1 vez y el 2.8% no se cepillaba.



Fuente: Directa

7. CONCLUSIONES

Después de haber realizado este trabajo nos percatamos que los alumnos de la Escuela Primaria Winston Churchill Turno Vespertino, de los 70 alumnos que participaron, los que utilizaban la Técnica de Cepillado Horizontal la modificaron a Técnica de Cepillado Stillman Modificado en un porcentaje que desde el inicio fue de 27.14% (19 niños) a 58.57% (42 niños), en donde como factor importante para la modificación del hábito fue primeramente la participación de los padres de familia, a los cuales se les impartieron tanto las pláticas informativas como las prácticas y por otro lado las estrategias de enseñanza aprendizaje que se elaboraron acordes a sus edades y destreza motivándolos en su higiene bucal.

Respecto a los conocimientos sobre las Técnicas de Cepillado, al realizar la evaluación se observó que el 80% de la población no conocía el significado de la placa dentobacteriana (biopelícula); para subsanar esta circunstancia se realizaron 3 actividades: 1 plática informativa y 2 refuerzos.

La modificación del índice de Higiene Oral Simplificado fue poco significativa debido al corto tiempo en que se llevo a cabo dicha evaluación.

8. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Evaluación del IHOS pre y post a la Técnica de Cepillado Stillman Modificado
en niños de edad escolar

Núm.identificaciòn

--	--

Coloque en el cuadro la respuesta que consideres sea la correcta.

¿Cuántos años tienes?

--	--

Género 1) masculino 2) femenino

--	--

¿En que trabaja tu mamá?

1.) obrero 2.)Empleado 3.)Hogar 4) comerciante 5) profesional

--	--

6) otro (especifique).

¿En que trabaja tu papá?

1) Obrero 2) empleado 3) hogar 4) comerciante 5) profesional

--	--

6) otro (especifique)

1. ¿Sabes que es la caries dental?

1) Si 2) no 3) no lo recuerdo

--	--

2. ¿Sabes que alimentos provocan caries?

1.) si 2) no 3) no se

3. ¿Cuales?.....

4¿Te cepillas los dientes?

1) Si 2) no

--	--

5 ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

1) Una sola vez 2) 2 a veces 3) 3 veces 4) 4 veces o más

5) No me cepillo

6. ¿Cada cuando cambias tu cepillo dental?

1.) cada 15 días 2.)Cada mes 3.) Cuando al cepillo se le abren las puntas

4) No lo cambio

7 ¿Como te cepillas los dientes?

1.) de arriba para abajo 2) de abajo para arriba 3) en forma horizontal

4) Como yo puedo

8. ¿Utilizas pasta de dientes?

1) Si 2) No

7. ¿Utilizas hilo dental?

1.) si 2.)No 3.) No lo conozco

8. ¿Alguien te enseñó a cepillarte los dientes?

1) Si 2) No

9. ¿Quién?

1) Mamá 2) papá 3) dentista 4) maestro 5) otro (especifique)

10. ¿Sabes que es la placa dentobacteriana?

1) si 2) no 3) no lo se

11. ¿Sabes que le hace la placa dentobacteriana a tus dientes?

1) provoca caries a mis dientes 2) no le hace nada



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

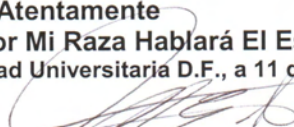
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**MTRA. H. MARICELA GONZÁLEZ BARAJAS
DIRECTORA DE LA ESCUELA PRIMARIA
WINSTON CHURCHILL
PRESENTE.**


Por medio de la presente me permito solicitar a usted, que la pasante Fernández Pérez Dulce Alheli lleve a cabo un programa de salud bucodental en la escuela que usted dignamente dirige. Dicho programa se llevará a cabo en 4 sesiones, en los alumnos de segundo a cuatro año. Los temas que se abordarán son prevención e higiene bucal principalmente. Los beneficiarios directos de dicho programa son los escolares.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para la implementación del programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
"Por Mi Raza Hablará El Espíritu"
Ciudad Universitaria D.F., a 11 de febrero de 2009


C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora



Recibi original
24-11-09


SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESCUELA PRIMARIA
"WINSTON CHURCHILL"
1087-115-15-x-016
09DPR2124K
DISTRITO FEDERAL



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA, UNAM
COORDINACIÓN DE CLÍNICAS PERIFÉRICAS



CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

NOMBRE DEL ALUMNO (A) _____ FECHA _____

CLÍNICA PERIFÉRICA _____ TURNO _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE, PADRE O TUTOR _____

DOMICILIO _____ TEL _____

1. De acuerdo al examen buco-dental que cuidadosamente ha efectuado el alumno que me atiende en esta Clínica Periférica y los Profesores(as) que tienen relación con mi tratamiento y cuyas firmas de asesoramiento específico aparecen en la historia clínica de la especialidad respectiva, junto con los datos que he proporcionado sobre mi condición de salud en general y que constan en mi historia clínica (**en caso de padecer alguna enfermedad de tipo sistémico, que no esté controlada o que comprometa la salud del paciente durante el tratamiento odontológico, se requerirá una carta informativa del médico tratante, sobre las consideraciones preventivas que requiera, para mayor seguridad durante su tratamiento, así como la autorización para realizar las interconsultas que se requieran**); se me ha informado el padecimiento que presento y el diagnóstico de mi condición bucodental en general, que se detalla en el reverso de la página.
2. Me mencionaron diversas opciones de tratamiento, las ventajas y desventajas de cada una de ellas, decidiendo de acuerdo con el alumno y los profesores, un plan de tratamiento, por así convenir a mis intereses económicos y personales y que es el que se detalla en el reverso de la página.
3. He sido informado que durante mi tratamiento será necesario realizar una serie de fotografías o video intrabucales y/o extrabucales, modelos bucales, radiografías y otros estudios. Autorizo (SI) (NO) sin condición alguna, que dicho material sea empleado en sesiones académicas, de docencia, eventos científicos nacionales o internacionales y/o publicados en revistas científicas. Acepto que dicho material sea propiedad de la Institución, por lo que se conservará en el expediente que se abra para mi atención.
4. También se me ha informado un tiempo estimado para concluir mi tratamiento, bajo las condiciones de salud bucal e integral que inicialmente presento, siempre que yo siga con las indicaciones dadas por el alumno y acuda a mis citas en forma constante y puntual. Sin embargo acepto que el alumno depende de la autorización del profesor para continuar el tratamiento, ya que esta es una institución educativa, por lo que el tiempo estimado podría modificarse sin que ello implique responsabilidad alguna para la institución, siempre que exista justificación.
5. He sido informado y comprendo que pueden presentarse complicaciones relacionadas con mi estado de salud actual, durante y después del tratamiento a efectuar, tales como: infección, inflamación, dolor, reacciones alérgicas a la anestesia o a algún medicamento, dependiendo del tratamiento específico que se me realice. Así como la agudización de alguna enfermedad sistémica o local que padezca.

EN CASO DE QUE EL TRATAMIENTO REQUIERA ANESTESIA O LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS, EL PROFESIONAL DE LA SALUD ME HA EXPLICADO QUE, A PESAR DE LAS CONSIDERACIONES PREVISTAS COMO RESULTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA REALIZADA, SE PUEDEN PRESENTAR ALTERACIONES QUE PODRÍAN INCLUSO RESULTAR GRAVES, LO QUE REQUERIRÍA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA.

6. Se me ha explicado que de no atender mi problema buco-dental, los padecimientos que presento seguirán su evolución natural y se complicarán. Asimismo acepto que el trabajo que no sea revisado y firmado por el profesor y realizado en la Clínica Periférica correspondiente, no será responsabilidad de la institución; en tal sentido, cualquier trabajo realizado fuera de la clínica, no causará responsabilidad para la Facultad de Odontología, UNAM, aunque dicho trabajo, haya sido realizado por alguno de los maestros o alumnos.

7. Estoy informado que pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto y que exista la necesidad de llevar a cabo procedimientos adicionales o alternativos con la finalidad de obtener un mejor resultado del tratamiento inicialmente planeado, si ese fuera el caso, apruebo cualquier modificación al plan de tratamiento original y a los materiales empleados, lo cual puede implicar costos extras siempre y cuando exista justificación para ello.

8. He sido enterado que esta clínica es una institución universitaria de enseñanza y se rige por el calendario escolar vigente, por lo que el alumno que me asignaron deberá concluir el tratamiento específico que esté llevando a cabo, sin embargo si no concluyera mi tratamiento integralmente, en el siguiente ciclo escolar, se me asignará un nuevo alumno. He sido informado y acepto que mi tratamiento será realizado invariablemente por un alumno residente de esta Clínica Periférica.

9. Tengo la posibilidad de revocación de este consentimiento, siempre y cuando notifique al alumno mi decisión, así como por escrito al Jefe de Enseñanza de esta Clínica Periférica, utilizando el formato que existe para ese fin.

10. Se me ha explicado que el éxito de mi tratamiento dependerá en gran medida de atender a las indicaciones e instrucciones del facultativo, previas, durante y posteriores a la realización de mi tratamiento o procedimiento, cualquiera que éste sea.

11. Declaro también que todo lo anterior se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas, y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior manifiesto estar plenamente satisfecho(a) con la información recibida y comprendo todos los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento al que me someteré.

12. Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida, otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo el o los procedimientos necesarios para mi rehabilitación buco-dental.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PROFESOR (ES, AS) QUE REVISARON AL PACIENTE

Se ha concluido mi tratamiento de acuerdo a lo previsto y me doy por satisfecho.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Greene WH. Educación para la Salud. Edit. Interamericana 1998.
2. Rodríguez C Delgado M. Revista Cubana de Estomatológica Integradle de Población, 1995.
3. La Fuente PJ, Gómez PF, Estilos de vida determinantes de la Salud Oral en adolescentes. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunidad.
4. El cuerpo académico “Salud Bucodental Infantil” de la Unidad Académica de Odontología. Salud Bucal Infantil de Preescolares del Municipio de Zacatecas.
5. Dirección de Salud Integral. Programa de Salud Bucal http://sdpt.net/neugyunencampaña_bucal.htm.
6. DIF municipal de Ocoyoacan. La cartilla de Salud bucal como alternativa de prevención y educación en la población infantil. <http://www.odontologia.com.mx>.
7. Penelope Hawe. Evaluación en Promoción de la Salud. Edit. Masson, 1993.
8. Trespalacios Fernández José Luis. Iniciación a la Psicología. Edit. Sanz y Torres, SL.
9. Piaget Jean, Biología y conocimiento. Edit XXI editores.
10. Bleger José, Psicología de la Conducta. Edit. Paidos, Vol. 2, Séptima Edición.
11. Higashida, Odontología Preventiva, Edit. McGraw-Hill. Interamericana 2004.
12. Carranza A. Fermín. Periodontología Clínica Novena Edición Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1995.
13. Katz. Odontología Preventiva en Acción. 3ª edición, 1997.
14. Zimbrón Odontología Preventiva. Conceptos Básicos 1ª edición, 1993.
15. Lindhe, Jan. Periodontología Clínica Edit. Médica Panamericana Buenos Aires, 1992.

-
16. Piedrola G Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, 4ª Edición, 1991.
 17. [http://www. Mediateca.educa.madrid.org/index.php/medisur/article/view](http://www.Mediateca.educa.madrid.org/index.php/medisur/article/view).
 18. Alvarez Alba, Rafael, Salud Pública y medicina preventiva. 3ª edición, 1993.
 19. Pinkham, JR. BS, Odontología Pediátrica 2ª edición, 1996.
 20. Hernán San Martín. Salud y Enfermedad 8ª edición. Edit. La Prensa, 1995.
 21. [http://www.geosalud.com./salud dental/pastilla reveladora/dental.htm](http://www.geosalud.com./salud_dental/pastilla_reveladora/dental.htm).
 22. Genco Robert J. Periodoncia. Edit. Interamericana, McGraw- Hill, 1993.
 23. Cuenca E. Manau C Serra LL. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria. Edit. Masson.
 24. A. Van Nieveuw. Salivary proteins: Protective and Diagnostic Value in Cariology.
 25. Wilkins EM. Clinical. Practice of the Dental Hygienist. Seven edition 1994: 621-625.
 26. <http://www.whocollab.od.mah.se>.