



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL APLICADO A NIÑOS DE
PRIMER GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA JOSÉ
VASCONCELOS. 2009.

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:

OLIVIA PÉREZ TORRES

TUTOR: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS

Por ser mi principal aliado, mi guía y el mejor amigo, por que siempre te encuentras a mi lado y eres el único que sigue ahí conmigo a pesar de tantas malas experiencias, por que sin ti no hubiera tenido fuerza para luchar y seguir adelante, Gracias amigo por haberme dado los mejores regalos de mi vida mis hijos, mi familia, mis amigos y por haberme dado la oportunidad de conocer el amor. Te amo Jesús.

A MI FAMILIA

MI PADRE

Por que a pesar de tantas adversidades siempre estas ahí, en los mejores momentos, y para ayudarme a levantar. Gracias por que sin tu infinito apoyo y amor este sueño aunque tardío no hubiera sido posible. Por que no conozco mejor Padre que tú. Te amo.

MI MADRE

Por que me has enseñado que la vida es muy dura, que existen sueños que no se pueden cumplir pero hay otros que se realizan por que nos pertenecen, eso y tu apoyo incondicional, me permite llegar a esta meta, por que sin ti no hubiera sido posible alcanzarla, Gracias por darme la vida y sobre todo gracias por ser parte de ella. Te amo.

MIS HIJOS

Por los que valió la pena, no dejarme vencer, ya que son mi motor, el aire que respiro, por que en ustedes conocí el Amor más limpio y puro, por que en los momentos en que dicen las palabras "Te Amo, Mamà" llenan de luz, paz y alegría mi alma. Por el tiempo que tome para poder realizar mi sueño. Gracias por que en su mirada vuelvo a renacer y por recordarme a cada instante en que nos encontramos juntos lo omnipotente que es Dios. Los amo David y Gabriel.

MIS HERMANAS

Por ser unas mujeres especiales, por que siempre están ahí respaldándome con mis hijos, por regalarme su tiempo y su apoyo sin esperar nada a cambio, por que a pesar de no estar de acuerdo en muchas decisiones siempre están ahí. Gracias por todo. Las amo.

LAURITA

Por que Dios te puso ante mi para que el camino empedrado no se hiciera pesado, por que más que una amiga eres una hermana, por ser mi confidente, mi paño de lagrimas y mi apoyo escolar, por que sabes que sin tus palabras de aliento y optimismo este sueño no hubiera sido posible, Gracias por que me enseñaste la hermandad entre dos personas completamente distintas y distantes.

A MIS AMIGOS

Afortunadamente son muchos, de la escuela, trabajo y conocidos, por que con ustedes he aprendido muchas cosas, sobre todo el valor y el significado de la amistad, Gracias por que siempre que necesito un consejo y un hombro en el cual llorar, siempre están ahí, animándome con palabras de amor y optimismo. Sin ustedes mi vida no seria igual. No me gustaría excluir alguno, los amo a todos y siempre están en mi corazón y mis oraciones.

C.D. JOSE MANUEL ORNELAS E IBAÑEZ

Por que más que mi profesor, es mi amigo y confidente, por que no existen palabras para agradecer tanta atención y tanto cariño incondicional, por que sin usted hubiera sido muy laborioso mi proceso de formación profesional, Gracias por sus sabios consejos en mi vida personal y profesional.

C.D. MARÌA ELENA NIETO CRUZ

Por el entusiasmo en la idea de este proyecto, el cual sin su apoyo infinito no hubiera sido posible, por regalarme parte de su tiempo para asesorar y dirigir este trabajo pero sobre todo Gracias por hacerme sentir en confianza a su lado, por que en el corto tiempo que duró el proyecto me hizo sentir querida y comprendida

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES	9
2. FUNDAMENTOS DE LAS TEORÍAS DE APRENDIZAJE	14
2.1 Fundamentos del conductismo.....	14
2.2 Fundamentos del cognoscitvismo.....	18
2.3 Jean Piaget.....	21
2.4 Fundamentos del constructivismo.....	23
3. HIGIENE BUCAL	25
3.1 Técnicas de cepillado.....	25
4. NUTRICIÓN	29
5. CARIES	30
5.1 Etiología de la caries.....	31
6. ENFERMEDAD PERIODONTAL	33
6.1 Placa dentobacteriana.....	33
6.2 Sarro.....	34
6.3 Gingivitis.....	34
6.4 Periodontitis.....	34
7. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)	35
8. ÍNDICES PARA MEDIR EL ESTADO DE SALUD ORAL	39
8.1 Estado de la dentición.....	39
8.1.1 Criterios para el diagnóstico y la codificación.....	39
8.2 Índice de la dentición permanente CPOD.....	43
8.3 Índice de la dentición temporal ceo.....	44
9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
10. JUSTIFICACIÓN	46
11. OBJETIVOS	47
11.1 Objetivo general.....	47
11.2 Objetivos específicos.....	47
12. METODOLOGÍA	48
12.1 Material y método.....	48

13. TIPO DE ESTUDIO.....	49
14. POBLACION DE ESTUDIO.....	49
15. MUESTRA.....	49
16. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	49
17. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	50
18. VARIABLES DE ESTUDIO.....	50
18.1 Variables independientes.....	50
18.2 Variables dependientes.....	50
19. RECURSOS.....	51
19.1 Recursos humanos.....	51
19.2 Recursos materiales.....	51
19.3 Recursos financieros.....	51
20. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL APLICADO A NIÑOS DE PRIMER GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA JOSÉ VASCONCELOS.....	52
20.1 Metas.....	52
20.2 Contenido temático.....	52
20.3 Estrategias.....	53
20.4 Límites.....	53
20.5 Cronograma.....	54
21. RESULTADOS.....	56
21.1 Resultados de los cuestionarios pre y pos instruccional a padres de familia.....	56
21.2 Evaluación de los cuestionarios pre y pos instruccional en los padres de familia.....	60
21.3 Resultados de los cuestionario pre y pos instruccional a los alumnos.....	61
21.4 Evaluación de los cuestionarios pre y pos instruccional en alumnos.....	65
21.5 Recolección de índices CPOD y ceo.....	66
21.6 Recolección de índice de placa.....	68
22. CONCLUSIONES.....	70

23. ANEXOS.....	71
24. BIBLIOGRAFÍA.....	80

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, los programas educativos, implementados en la salud bucal, se sustentan en la estimulación a la población, a través de pláticas, películas, juegos, o dinámicas, las cuales establecen condiciones necesarias para el desarrollo de cambios de conducta que permitan el alcance de niveles de salud óptimos o aceptables en una población determinada.

La salud bucal es parte fundamental de la salud general de una persona, ya que no puede ser considerada saludable, si existe la presencia activa de enfermedad bucal. La caries dental y la enfermedad periodontal presentan un importante problema de salud pública, ya que presenta elevados índices de prevalencia en la población. Además pueden evolucionar en la pérdida de algún órgano dental, alterando así la función fonética, estética y masticatoria si no se aplican las medidas preventivas y el tratamiento adecuado, los cuales pueden aplicarse a través de un Programa de Educación para la Salud Bucal.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud el 95% de la población mexicana padece caries dental, siendo alarmante, debido a que es un porcentaje muy elevado. La caries dental es la enfermedad de mayor prevalencia en el género humano, afecta independientemente de su edad, sexo o raza.¹

El carácter de la caries dental es multifactorial, haciendo responsable de su aparición a la confluencia de la microflora, el substrato (dieta), el huésped-diente y el tiempo.

Debido a lo anteriormente expuesto el propósito del presente trabajo, es la implementación de técnicas didácticas a los alumnos del primer grado de

1. ANTECEDENTES

En 1981 la OMS adoptó como primer indicador global del estado de salud bucal un promedio de no más de 3 dientes cariados, perdidos u obturados a la edad de 12 años para el año 2000.

Dada esta información el año de 1994 fue dedicado a la salud bucal a nivel mundial. En la década de los 90 se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales. Esta norma tiene por objetivo establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención de la salud bucal a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia.

En 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos para cada año. En estas actividades se unen los esfuerzos de instituciones del Sector Salud, además de asociaciones gremiales y la Secretaría de Educación Pública.

La Secretaría de Salud en 1980, realizó una encuesta de morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal, cuyos datos indicaron que el nivel de caries había aumentado con respecto a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud.

La Doctora Irigoyen Camacho et.al en México en 1992, llevó a cabo un estudio con el propósito de describir los cambios en la prevalencia y severidad de caries dental en escolares de educación primaria, comparando dos encuestas en los años 1984-1992. Este estudio comprendió un total de 279 niños de 6 y 7 años de edad. Los resultados obtenidos por los autores son que el índice de caries en la dentición

primaria ceo fue de 5.65 en 1984 y en 1992 fue del 4.89 en la dentición permanente CPOD en la primera encuesta fue de 0.51 y en la segunda fue de 0.48²

En el año de 1999, El Dr. Nelsy Beloso y colaboradores en el Instituto de investigaciones odontológicas de la Universidad de Zulia, Venezuela, presentaron un ensayo experimental, orientado a comprobar la efectividad del programa de Educación para la Salud aplicado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, División odontología, en las Unidades Educativas del país. Se seleccionaron mediante muestreo probabilístico mixto 296 niños en edades comprendidas entre los seis y doce años, de dos Unidades Educativas, pública y privada, ubicadas en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Del número de niños seleccionados en cada colegio, se asignaron al azar 50% a cada grupo de ensayo (experimental y control). Se utilizaron dos métodos: instrucción /supervisión e instrucción/supervisión/reforzamiento/estimulación. Estos métodos se contrastaron contra un perfil psico-social, basado en las condiciones materiales de vida y el estadio de desarrollo de los niños estudiados. La hipótesis general establece que el reforzamiento de conducta y la motivación generan cambios en las condiciones de salud gingival de los niños estudiados, se utilizaron índices estandarizados Los resultados permiten señalar que: las condiciones materiales de vida y el estadio de desarrollo psicológico del niño, son elementos que influyen en la asimilación de conductas prefijadas, base de los programas preventivos en Odontología. La Supervisión, el reforzamiento de conducta a través de la motivación y el reforzamiento de la instrucción de la técnica, son componentes claves en la efectividad de los Programas Preventivos.³

En Argentina en el mismo año, el Dr. Víctor Iriart y la Dra. Sandra Moscoso dirigieron un Programa Provincial de Salud Bucal en Tierra de Fuego, en escuelas primarias, teniendo como objetivo el mantenimiento de la salud bucal mediante la conservación de la estructura dentaria

natural del paciente durante toda su vida, dar atención y cobertura a un gran porcentaje de la población en edad escolar, estimando un 30% de su población. En el inicio del Programa de Educación para la Salud Bucal se tomo el índice CPOD y abarcaba desde charlas informativas a padres, alumnos y maestros, aplicaciones tópicas de Fluoruro, y atención escolar demandada, la conclusión de dicho programa menciona la importancia del maestro capacitado y la necesidad de un odontólogo asesor incorporado en forma permanente al equipo de salud en la escuela, como una de las alternativas válidas de la Educación para la Salud, que es un proceso de enseñanza-aprendizaje tendiente a modificar conductas a fin de preservar la salud del individuo, la familia y la comunidad mediante el logro de conductas positivas, responsables y duraderas.⁴

Siguiendo con esta preocupación El 24 de febrero de 2004 en Ginebra la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre las enfermedades bucodentales, haciendo mención que la caries dental, la periodontitis, los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres. Al anunciar las conclusiones del informe mundial sobre salud bucodental, la OMS declaró que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos.⁵

El Dr. Poul Erik Petersen, coordinador del programa mundial de la OMS para la salud bucodental mencionó «En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos» «Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida» «El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación,

la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas».⁵

La Iniciativa Mundial de Salud Escolar de la OMS, pretende impulsar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los ámbitos local, regional, nacional y mundial.

Es importante destacar el trabajo presentado durante el Seminario de Métodos Avanzados de Investigación en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública en 2004. Menciona que las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son *disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal*, para lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y el de fluoruración de la sal.

Al notar la importancia de medir en la población estudiantil el nivel de conocimiento sobre salud oral y el impacto de las intervenciones educativas. El Dr. Davila ME. Et.al. en Venezuela en el 2006, aplicó un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Se realizó una investigación casi experimental antes y después de la aplicación del Programa. Ochenta y cinco escolares entre 6 y 10 años de edad cursantes del primero y segundo grado representaron la población del estudio. Se entrevistó a 66 niños que asistieron el día que se inició la investigación. En sesiones sucesivas se aplicó el Programa para medir el conocimiento sobre salud oral y prevención de enfermedades orales. Los resultados: antes de la aplicación el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El nivel de conocimientos sobre medidas preventivas varió de 50% antes del Programa de Educación para la Salud a 74% después de su aplicación. al

comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). Se concluyó que existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y a modificar hábitos.⁶

2. FUNDAMENTOS DE LAS TEORÍAS DE APRENDIZAJE

Conductismo: se basa en los cambios observables en la conducta del sujeto. Se enfoca hacia la repetición de patrones de conducta hasta que éstos se realizan de manera automática.

Cognoscitivismo

Se basa en los procesos que tienen lugar atrás de los cambios de conducta. Estos cambios son observados para usarse como indicadores para entender lo que está pasando en la mente del que aprende.

Constructivismo

Se sustenta en la premisa de que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados. El constructivismo se enfoca en la preparación del que aprende para resolver problemas en condiciones ambiguas.⁷

2.1 Fundamentos del conductismo

El conductismo, como teoría de aprendizaje, puede remontarse hasta la época de Aristóteles, quien realizó ensayos de “Memoria” enfocada en las asociaciones que se hacían entre los eventos como los relámpagos y los truenos. Otros filósofos que siguieron las ideas de Aristóteles fueron Hobbs (1650), Hume (1740), Brown (1820), Bain (1855) y Ebbinghaus (1885) (Black, 1995).⁷

La teoría del conductismo se concentra en el estudio de conductas que se pueden observar y medir (Good y Brophy, 1990). Ve a la mente como una “caja negra” en el sentido de que las respuestas a estímulos se pueden observar cuantitativamente ignorando totalmente la posibilidad de todo proceso que pueda darse en el interior de la mente. Algunas personas

claves en el desarrollo de la teoría conductista incluyen a Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner.⁷

Pavlov (1849 – 1936)

Para la mayoría de la gente, el nombre de “Pavlov” lo asocia al repiqueteo de campanas. El fisiólogo ruso es mejor conocido por su trabajo en condicionamiento clásico o sustitución de estímulos. El experimento más conocido de Pavlov lo realizó con comida, un perro y una campana.

Experimento de Pavlov

- Antes de condicionar, hacer sonar una campana no producía respuesta alguna en el perro. Al colocar comida frente al perro hacía que este comenzara a babear.
- Durante el condicionamiento con el sonido de la campana, ésta se hacía sonar minutos antes de poner el alimento frente al perro.
- Después del condicionamiento, con sólo escuchar el sonido de la campana el perro comenzaba a salivar.⁷

Los elementos del experimento de Pavlov estímulo y respuesta

Comida: Estímulo no condicionado

Salivación: Respuesta no condicionada (natural, no aprendida)

Sonido: Campana Estímulo de condicionamiento

Salivación: Respuesta condicionada (por el sonido de la campana, aprendida)

Thorndike (1874 – 1949)

Edward Thorndike realizó su investigación, observando la conducta de animales, pero después realizó experimentos con personas. Thorndike implantó el uso de “métodos usados en las ciencias exactas” para los problemas en educación al hacer énfasis en el “tratamiento cuantitativo exacto de la información”. “Cualquier cosa que exista, debe existir en determinada cantidad y por lo tanto puede medirse” (Johcich, citado en Rizo, 1991). Su teoría, conexionismo, establece que aprender es el establecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas.

Las leyes de Thorndike se basan en la hipótesis estímulo respuesta. El creía que se establecía un vínculo neural entre el estímulo y la respuesta cuando la respuesta era positiva. El aprendizaje se daba cuando el vínculo se establecía dentro de un patrón observable de conducta.⁷

Watson (1878 – 1958)

John B. Watson fue el primer psicólogo norteamericano en usar las ideas de Pavlov. Al igual que Thorndike, primero comenzó sus estudios con animales y posteriormente introdujo la observación de la conducta humana.

Watson pensaba que los humanos ya traían, desde su nacimiento, algunos reflejos y reacciones emocionales de amor y furia, y que todos los demás comportamientos se adquirirían mediante la asociación estímulo-respuesta; esto mediante un acondicionamiento.⁷

Skinner (1904 –1990)

Al igual que Pavlov, Watson y Thorndike, Skinner creía en los patrones estímulo-respuesta de la conducta condicionada. Su historia tiene que ver con cambios observables de conducta ignorando la posibilidad de cualquier proceso que pudiera tener lugar en la mente de las personas.

El trabajo de Skinner difiere de sus predecesores (condicionamiento clásico), en que él estudió la conducta operatoria (conducta voluntaria usada en operaciones dentro del entorno).⁷

Mecanismo de condicionamiento operatorio de Skinner.

- El refuerzo positivo o recompensa: Las respuestas que son recompensadas tienen alta probabilidad de repetirse.
- El refuerzo negativo: Respuestas que reflejan actitudes de escape al dolor o de situaciones no deseables tienen alta probabilidad de repetirse.
- Extinción o ausencia de refuerzo: Respuestas que no son reforzadas son poco probable que se repitan.
- Castigo: Respuestas que son castigadas de consecuencias no deseables serán eliminadas, pero podrían repetirse si las condiciones de refuerzo cambian.

Escalas de refuerzo

Una vez que la respuesta esperada se logra, el refuerzo no tiene que ser el 100%; de hecho se puede mantener mediante lo que Skinner ha llamado escalas de refuerzo parcial. Las escalas de refuerzo parcial incluyen intervalos de escalas y tasas de escala.

- Escalas de intervalos fijos: la respuesta de interés se refuerza un tiempo determinado fijo después, de que se le haya dado el último reforzamiento.

- Escala de intervalo variable: es similar a las escalas de intervalo fijo, con la diferencia que la cantidad de tiempo entre cada refuerzo es variable.
- Escala de tasa fija: aquí, debe de ocurrir un número de respuestas correctas para poder recibir la recompensa.
- Escala de tasa variable: el número de respuestas varía para recibir el refuerzo.

El intervalo variable y especialmente, las escalas de tasa variable, producen estabilidad y tasas de respuestas más persistentes debido a que los aprendices no pueden predecir el momento de reforzamiento a pesar de que saben que eventualmente sucederá.⁷

2.2 Fundamentos del cognoscitivismo

Desde 1920 algunos investigadores comenzaron a encontrar limitaciones en el uso del conductismo para explicar el proceso de aprendizaje. Edwar Tolman, por ejemplo, encontró que las ratas usadas en los experimentos mostraban algún tipo de mapa mental del laberinto que él estaba usando.

Al igual que con el conductismo, la psicología del cognoscitivismo se remonta a la época de Platón y Aristóteles. La revolución cognitiva comenzó a evidenciarse en la psicología norteamericana durante la década de los 50 (Seattler, 1990). Uno de los principales protagonistas en el desarrollo del cognoscitivismo fue Jean Piaget, quién planteó los principales aspectos de esta teoría durante los años 20.⁷

Conceptos Claves de la Teoría Cognoscivista

- Esquema – Una estructura de conocimiento interna. La nueva información se compara con las estructuras cognitivas existentes llamada “esquema”. El esquema se puede combinar, ampliar o alterar para dar espacio a la nueva información.

· Modelo de procesamiento de la información en tres etapas – Primero entra a un registro sensorial, después se procesa en la memoria de corto plazo y posteriormente se transfiere a la memoria de largo plazo para su almacenamiento y recuperación.

Registro sensorial – La información es recibida a través de los sentidos, la cuál es retenida entre uno y cuatro segundos y después tiene a desaparecer o a ser remplazado. La mayor parte de la información casi nunca alcanza la memoria de corto plazo pero toda la información es monitoreada a cierto nivel y actúa la mente si es necesario.

- Memoria de Corto Plazo (MCP). – La entrada sensorial que se considera importante o interesante se transfiere del registro sensorial a la MCP. Aquí la memoria retiene la información hasta por 20 segundos o más si se ensaya repetidamente. La memoria de corto plazo puede retener información de dos eventos diferentes hasta por más o menos 7 minutos. Esta capacidad de memoria se puede incrementar si la información se divide en pequeñas secciones que tengan algún significado.
- Memoria y Almacenamiento de largo Plazo – El almacenamiento de la información de la MCP es para usarse en la memoria de largo plazo.
- La memoria de largo plazo tiene capacidad sin límite. Algunos materiales son forzados en la memoria de largo plazo mediante memorización remota y sobre el aprendizaje. Los niveles más profundos de procesamiento tales como la generación de vínculos entre la información nueva con la vieja son mucho mejor para la retención de material con más éxito.

· Efectos de amplificación – La información amplificada es más fácil de retener y recordar

- Efectos de Posición Serial – Es más fácil recordar objetos al principio o al final de una lista que los que están en la parte intermedia a menos que los objetos sean claramente diferentes.
- Efectos Práctica – La práctica y la repetición mejora la retención especialmente cuando es práctica distribuida. Mediante la práctica distribuida el aprendiz asocia el material con diferentes contextos en lugar de uno solo con práctica intensa.
- Efectos Transferencias – se refiere a los efectos del aprendizaje previos en el aprendizaje de nuevas tareas o materiales.
- Efectos de Interferencia – Se presentan cuando los aprendizajes previos interfieren el aprendizaje de nuevos materiales.
- Efectos de Organización – Cuando el aprendiz organiza los elementos nuevos (entradas)
- Efectos de Niveles de Procesamiento – Las palabras se pueden procesar con análisis sensorios de niveles bajos de sus características físicas para análisis esquemáticos de alto nivel de su significado. Mientras más profundo sea el proceso de análisis, más fácil será recordada.

Efectos de Estado Dependiente – Si el aprendizaje se realiza dentro de determinado contexto será más fácil recordarlo en ese contexto que en otro diferente.

- Efectos Nemónicos – Los Nemónicos son estrategias que utilizan los aprendices para organizar significados relativos con sus imágenes significativas o sus esquemas contextuales. Por ejemplo, Las notas de una escala musical se pueden recordar por el ritmo: todo buen chico se merece un dulce.⁷

- Efectos Esquemas – Si la información no se ajusta a los esquemas de la persona será más difícil para ella recordar y comprender.

- Organizador Avanzado – Los organizadores avanzados preparan al aprendiz para el material que van a aprender. No son simplemente

alertados sobre el material sino que el material permite al estudiante dar sentido a la lección.⁷

2.3 Jean Piaget

Jean Piaget biólogo y epistemólogo de origen suizo, cuyas investigaciones siguen siendo una fuente de consulta insoslayable para todos los docentes independientemente del nivel educativo en que se desempeñen. Sus aportes son invaluable ya que a través de sus estudios se describió con detalles la forma en que se produce el desarrollo cognitivo.⁷

Sus investigaciones y estudios trascendieron a través de la Escuela Pedagógica de Ginebra, para distinguirla de la de Harvard referenciada por Brunner, o la rusa fundada por Vigotsky y Luria.⁷

Esencialmente su teoría puede destacarse de la siguiente manera: genética, ya que los procesos superiores surgen de mecanismos biológicos arraigados en el desarrollo del sistema nervioso del individuo: *maduracional*, por que cree que los procesos de formación de conceptos siguen una pauta invariable a través de varias etapas o estadios claramente definibles y que aparecen en determinadas edades, *jerárquico*: las etapas propuestas tienen que experimentarse y atravesarse en un determinado orden antes que pueda darse ninguna etapa posterior de desarrollo. En la aparición y desarrollo de estas etapas influyen cualitativamente distintos factores, destacándose entre ellos los biológicos, los educacionales y culturales y por último el socio familiar.⁷

Son cuatro los estadios que caracterizan el desarrollo cognitivo del niño y del adolescente: Él primero se denomina *sensorio-motor* y abarca el período que va de los 0 a los 2 años, esta etapa es importantísima ya que logra sobre su culminación distintas habilidades motrices y mentales. Los

primeros movimientos voluntarios son extensiones de actos reflejos, de allí que la mayoría de sus movimientos se dirigen al propio cuerpo y no a objetos distantes. Promediando este período y ante la creciente coordinación visual motriz el bebé ya puede dirigir sus actividades a objetos más distantes. En el epílogo de esta fase ya está en condiciones de representarse el mundo en imágenes y símbolos mentales, otra característica de esta fase está dada por el inicio del habla que le permite representar objetos ausentes, por último las actividades lúdicas constituyen un factor muy importante.⁷

El segundo período es el *pre-operacional* que se extiende desde los 2 años hasta los 7 aproximadamente, asimismo a éste lo podemos dividir en dos sub-estadios, uno pre-conceptual que se extiende entre los 2 a 4 años en donde la habilidad más destacada pasa por el razonamiento transductivo, esto significa sencillamente que los niños razonan, pero sin el alcance inductivo ni deductivo, sino yendo de un caso particular a otro caso particular con la finalidad de formar preconceptos, un ejemplo de esto sería cuando los niños observan a sus madres peinándose y en esa ocasión ellas lo hacían para ir de compras, a partir de una situación similar siempre asociarían que salen de compras. Otra particularidad de este período está signada por el juego simbólico y las conductas egocéntricas. El segundo sub-período es el intuitivo, su edad mental transcurre entre los 4 a 7 años aproximadamente, su inteligencia se circunscribe a ser meramente impresionista, ya que sólo capta un aspecto de la situación, carecen aún de la capacidad de conservación de cantidad y esto se debe entre otras cosas a que son incapaces de retrotraer el proceso al punto de origen.⁷

El tercer estadio del desarrollo cognitivo es el *operatorio concreto*, su período se extiende entre los 7 a 11 años aproximadamente, el razonamiento se vincula en esta etapa casi exclusivamente con la experiencia concreta. Tiene la capacidad de describir su medio, también

ya adquirió la facultad de conservación de sustancias y pesos como asimismo la habilidad de descentración y la formación de clasificaciones coherentes.⁷

Por último se encuentra el estadio *operacional formal*, éste se ubica entre los 11 años hasta la adolescencia, los jóvenes ya en esta etapa pueden razonar de manera hipotética y en ausencia de pruebas materiales. Asimismo está en condiciones de formular hipótesis y ponerlas a prueba para hallar las soluciones reales de los problemas entre varias soluciones posibles, alcanzando en esa oportunidad el razonamiento hipotético deductivo.⁷

2.4 Fundamentos del constructivismo

El pionero de la primera aproximación constructivista fue Barlett (1932) quien mencionaba que el constructivismo se sustenta en que “el que aprende construye su propia realidad o al menos la interpreta de acuerdo a la percepción derivada de su propia experiencia, de tal manera que el conocimiento de la persona es una función de sus experiencias previas, estructuras mentales y las creencias que utiliza para interpretar objetos y eventos”.⁷

La construcción Realista contra la Radical

El constructivismo realista considera la cognición como el proceso mediante el cual el aprendiz eventualmente construye estructuras mentales que corresponden o se acoplan a las estructuras externas de su entorno. El constructivismo radical concibe a la cognición como el proceso que sirve para que el que aprende organice las experiencias del mundo que le rodea en lugar de descubrir la realidad ontológicamente.⁷

Suposiciones del Constructivismo de Merrill

- El conocimiento se construye a partir de la experiencia.
- El aprendizaje es una interpretación personal del mundo.
- El Aprendizaje es un proceso activo en el cual el significado se desarrolla sobre la base de la experiencia.
- El crecimiento conceptual proviene de la negociación de significado, del compartir múltiples perspectivas y de la modificación de nuestras propias representaciones a través del aprendizaje colaborativo.
- El aprendizaje debe situarse sobre acuerdos realistas; la prueba debe integrarse con las tareas y no con actividades separadas.⁷

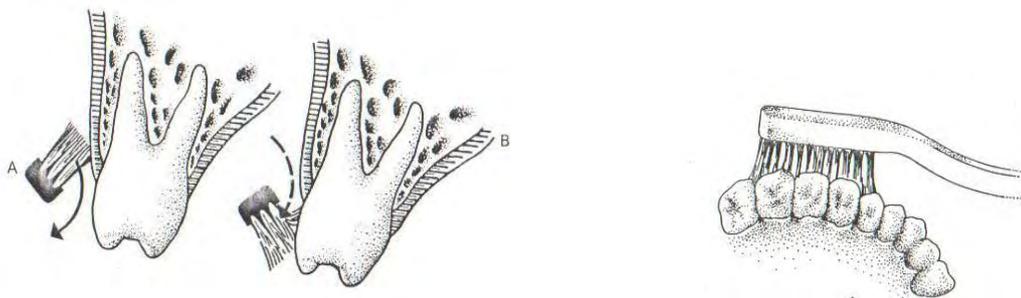
3. HIGIENE BUCAL

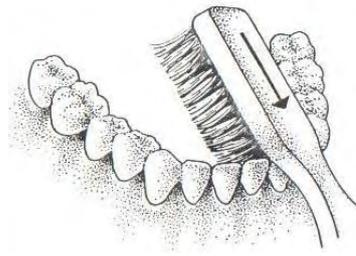
Es un hábito muy importante para la salud bucal y el organismo en general. Uno de los aspectos más importantes es el uso de una adecuada técnica de cepillado, con un cepillo idóneo y otros auxiliares como el hilo dental y colutorios. La presencia de dolor halitosis y sangrado durante la limpieza bucal son signos claros de enfermedad. ⁸

3.1 Técnicas de cepillado.

La forma más eficaz, sencilla y cómoda para eliminar placa bacteriana a nivel individual es el cepillado, ya que es la prevención de las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y enfermedad periodontal. Existen varias técnicas de cepillado, y algunas son complicadas. ⁹

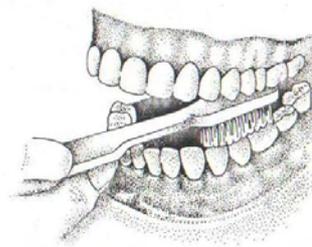
Técnica circular o rotacional. Las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud, como si se barriera con una escoba. De ese modo, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario cuidar que pasen por los espacios interproximales. En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical.





Bertha Higashida. Odontología Preventiva. Mac Graw Hill Interamericana. México 2000.

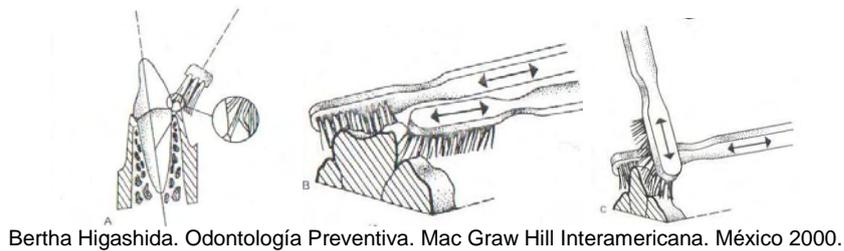
Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. Cada arcada se divide en 6 zonas y se recomienda realizar de 8 a 12 cepilladas por zona.¹⁰



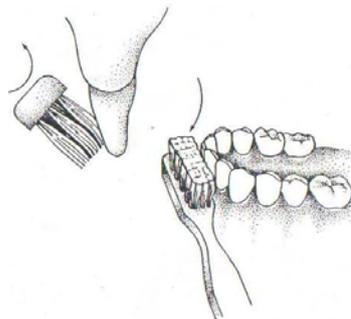
Bertha Higashida. Odontología Preventiva. Mac Graw Hill Interamericana. México 2000.

Técnica de Bass. Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que cerdas apunten hacia arriba en el maxilar, y hacia abajo en la mandíbula, formando un ángulo de 45° en relación al eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 o 15 segundos por área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante todo el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e

inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.¹⁰

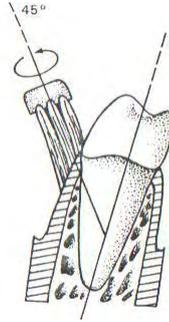


Técnica de Charters. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45° y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Se utiliza también alrededor de aparatos ortodònticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.¹⁰



Bertha Higashida. Odontología Preventiva. Mac Graw Hill Interamericana. México 2000.

Técnica de Stillman. Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45° dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente: De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.¹⁰



Bertha Higashida. Odontología Preventiva. Mac Graw Hill Interamericana. México 2000.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- 1- Eliminar y evitar la formación de la placa dentobacteriana
- 2- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- 3- Estimular los tejidos gingivales
- 4- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo.¹⁰

4. NUTRICIÓN

Una alimentación adecuada conlleva a una dieta balanceada de modo que el organismo pueda obtener los nutrientes para mantener una buena salud. Día con día el cuerpo se renueva, formando nuevo músculo, hueso, piel, y sangre. Los alimentos que uno come proporcionan la nueva base de estos tejidos. De no ser los nutrientes adecuados para el organismo, este será más susceptible a alguna enfermedad.¹¹

Si los niños no tienen una dieta balanceada, los dientes no se desarrollaran adecuadamente. Para que puedan crecer fuertes y resistentes a la caries, los niños necesitan un régimen alimenticio con énfasis en el calcio, fosfatos y niveles adecuados de fluoruro.¹²

Debido a que nuestro organismo no es capaz de producir todos los nutrientes necesarios, especialmente ciertas vitaminas, estos se obtienen de algunos alimentos o suplementos.¹³

Una dieta pobre puede promover la enfermedad de las encías y la caries dental. Los alimentos ricos en carbohidratos, almidones y azúcares contribuyen enormemente a la producción de ácidos de la placa que se adhiere al esmalte. Eventualmente, estos pueden causar la destrucción del esmalte formándose una cavidad.¹⁴

Si se debe ingerir una dieta alta en azúcares o almidones, debe procurarse consumirlos durante las comidas y evitar alimentos pegajosos. A menor cantidad de exposición de los dientes a estos ingredientes, menor cantidad de ataque ácido para el esmalte.¹⁵

5. CARIES

La OMS la define como un proceso patológico de origen externo que se inicia después de la erupción y determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

Por otro lado algunos autores señalan que es el proceso patológico más frecuente del diente, condicionado por numerosos factores.

La caries dental es una afección de los dientes que se produce por ulceración de la estructura ósea como consecuencia de la acción de la placa bacteriana y la producción de ácidos. Puede provocar también otras afecciones periodontales en encías y nervios.¹⁶

Actualmente, se sabe que la caries corresponde a una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por la concurrencia de bacterias específicas, un huésped cuya resistencia es menos que óptima y un ambiente adecuado, como es la cavidad oral. La conjunción de estos factores favorece la acidificación local del medio, lo que produce degradación de los hidratos de carbono de la dieta, a su vez seguida de la destrucción progresiva del material mineralizado y proteico del diente.¹⁷

La caries dental, bajo ciertas circunstancias, puede considerarse como una enfermedad infecciosa causada por la flora normal de la cavidad bucal.¹⁸

Esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales [problemas](#) de [salud pública](#) a nivel mundial.

5.1 Etiología de la caries

Es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos. (Keys 1972); el huésped, la microflora y el sustrato a los cuales Newbrum en 1988 decidió agregar el factor tiempo.¹⁹



<http://www.espaiescoles.farmaceuticonline.com>

La caries se origina cuando la relación entre los microorganismos y su retención en el huésped se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una concentración elevada en la placa, por excesivo aporte de azúcares en la alimentación (sustrato)^{20,21,22}

Huésped: Diente

El diente va a ser susceptible, cuanto mayor sea el número de surcos y fisuras o defectos estructurales presentes.

Huésped: Saliva

La saliva es la responsable de la lubricación de la boca y los dientes, interviniendo significativamente en el proceso de generación de la caries. La acción de flujo y de la viscosidad salival va a influir en la determinación de un riesgo menor o mayor que el individuo pueda tener con relación a

esta enfermedad. Es decir cuanto mayor sea el flujo salival, menor será la posibilidad de adquirir caries.

Microflora

Se origina una matriz glico-proteica donde el componente bacteriano se fija – coloniza y, cuando es cariogénico y organizado, se puede convertir en una fuente generadora de caries dental.

Sustratos

Es necesaria la presencia de un estrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, fructosa y lactosa. El *Streptococo mutans* actuando sobre la sacarosa determina la formación de glucano y la formación de ácidos. Cuando la acidificación es alta y el pH cae a menos de 5.2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa.

Tiempo

Ya que después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja y se mantiene así aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones diarias contribuye para aumentar el riesgo de caries.

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre comidas, determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer (mecanismo de regulación ácido-básico).¹⁹

6. ENFERMEDAD PERIODONTAL

Periodontal significa “alrededor del diente” y las enfermedades en esta zona son infecciones bacterianas graves, que destruyen las encías y los tejidos que rodean la boca. Si no se tratan a tiempo pueden desintegrar los huesos de los dientes.²³

Causas:

- Genética.
- Dieta baja en nutrientes.
- Consumo de tabaco.
- Bruxismo.
- Diabetes.
- otros

Síntomas

- Encías sensibles, inflamadas y rojas.
- Sangrado al cepillado o al utilizar un hilo dental.
- Dientes con movilidad o separados.
- Halitosis.
- Otros.

6.1 Placa dentobacteriana

Es una sustancia de color blanco, debido a su consistencia pegajosa se adhiere fácilmente al diente. Funciona como un soporte para una gran cantidad de bacterias, pero en especial para el *Estreptococo mutans*, el cual tiene la capacidad de transformar los alimentos (en especial azúcares) en ácidos, los cuales dañan la estructura del diente y encías. La placa y los estreptococos requieren aproximadamente de 24 horas para estructurarse.

6.2 Sarro

A veces denominado como cálculo o tártaro dental, es la placa dentobacteriana que se ha calcificado sobre los dientes, debido al depósito de minerales sobre la placa bacteriana, puede formarse por encima o por debajo del borde de las encías e irritar a los tejidos gingivales. Proporciona a la placa una superficie más extensa donde crece y se vuelve más rugosa para adherirse. Éste no sólo amenaza la salud de los dientes y encías sino que también constituye un problema estético.

A diferencia de la placa que es incolora, el sarro es una formación de minerales fácilmente visible si se localiza por encima de la línea de la encía.⁹

6.3 Gingivitis

Es una inflamación de la encía que puede avanzar hasta afectar el hueso que rodea y sostiene al diente, y es causada por bacterias, si no se elimina diariamente con el cepillado y el uso del hilo dental al formarse constantemente sobre los dientes una película transparente y pegajosa.²³

6.4 Periodontitis

Cuando no es tratada la gingivitis, la inflamación progresa a los componentes del periodonto destruyéndolos, hay presencia de bolsas y abscesos periodontales, sangrado en ocasiones acompañado de exudado purulento, produciendo la destrucción de los tejidos óseos y ligamento periodontal, causando así movilidad dental y en ocasiones hasta la pérdida de los dientes.²³

7. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Creado en 1964 por Greene y Vermillon, el I.H.O.S. evalúa el estado de higiene oral considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental.²⁴

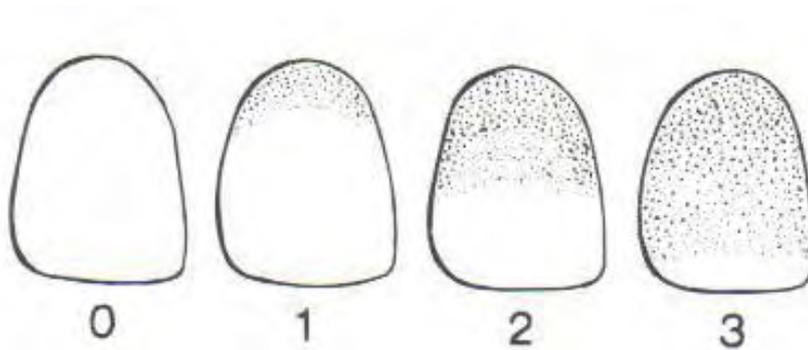
OBJETIVO

- Determinar y evaluar cuantitativamente y cualitativamente el grado de higiene oral en la población.
- Evaluar las medidas preventivas del cepillado dental.

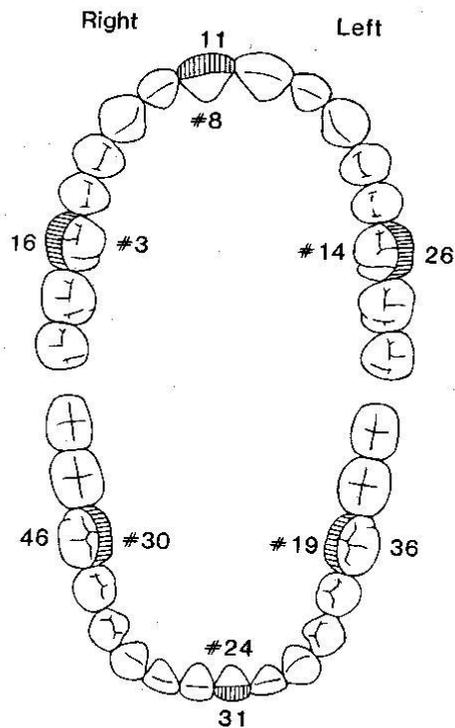
El examen clínico sólo se realiza en dentición permanente y se seleccionan 6 superficies dentarias.

El I.H.O.S. cuenta con 2 componentes:

Sistema de registro de placa dentobacteriana.²⁴



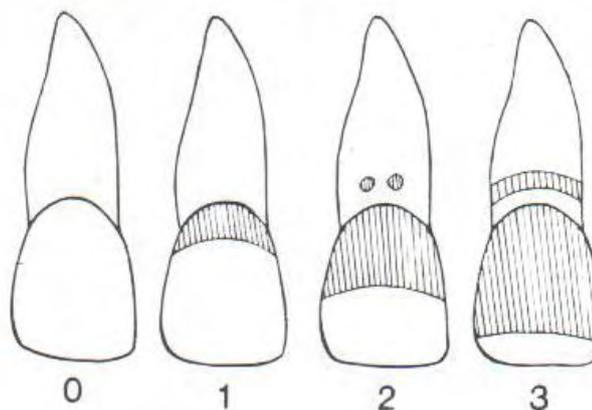
Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Código
Ausencia de P. B. En encía extrínseca en la superficie examinada	0	0
Si se encuentra P. B. Cubriendo hasta 1/3, o bien si existe ausencia de P. B. Pero si existen manchas extrínsecas	1	1
Presenta P. B. Cubriendo más de 1/3 con o sin manchas extrínsecas	2	2
Presencia de P. B. Cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá o no haber manchas extrínsecas.	3	3



Esther M Wilkins. Clinical Practice of the Dental Hygienist. Séptima edición. Williams & Wilkins. Estados Unidos 1994

DIENTE	NÚMERO	SUSTITUTO	SUPERFICIE A EXAMINAR
Primer Molar Derecho	16	17	Vestibular
Incisivo central superior derecho	11	21	Labial
Primer molar superior izq.	26	27	Vestibular
Primer molar inferior izq.	36	37	Lingual
Incisivo central inferior izq.	31	41	Labial
Primer molar inferior der.	46	47	Lingual

Sistema de registro de cálculo. ²⁴



Esther M Wilkins. Clinical Practice of the Dental Hygienist. Séptima edición. Williams & Wilkins. Estados Unidos 1994

Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Código
Ausencia de cálculo subgingival	0	0
Presencia de cálculos subgingival cubriendo más de 1/3 de la superficie examinada	1	1
Presenta cálculo subgingival cubriendo más de 1/3 pero menos de 2/3	2	2
Presenta cálculo en subgingival más de 2/3 de la superficie examinada	3	3
Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Código
Ausencia de cálculo subgingival	0	0
Presencia de cálculos subgingival cubriendo más de 1/3 de la superficie examinada	1	1
Presenta cálculo subgingival cubriendo más de 1/3 pero menos de 2/3	2	2
Presenta cálculo en subgingival más de 2/3 de la superficie examinada	3	3

Para obtener el resultado del Índice de Placa es necesario sumar la puntuación obtenida de placa dentobacteriana durante el registro y después dividirla en los sextantes. De la misma manera se procede para el Índice de Cálculo. Y para obtener el IHO se suma el IP con el IC.

La necesidad de simplificación se reconoció debido a la duración del tiempo necesario para evaluar la placa dentobacteriana y el cálculo dental, así como para hacer la decisión subjetiva de los dientes de selección.²⁵

8. ÍNDICES PARA MEDIR EL ESTADO DE SALUD ORAL

Cuando marcan un índice en una población, esos dientes abarcan los índices de otra población que no esté siendo favorecida por un programa, como el efecto infecto contagioso de las bacterias.

Este índice abarca dos tipos de dentición: permanente y temporal.

Mide historia de caries anterior y actual, o sea si se mide un individuo y luego se vuelve a medir, se puede comparar y así determinar la incidencia.²⁴

8.1 Estado de la dentición

El estado de salud bucodental (referido a la caries), se recoge para cada diente, ya sea permanente o temporal, presente en boca. Para ello, se utiliza una codificación numérica para la dentición permanente y alfabética para la dentición temporal, como se especifica en el manual de evaluación de la OMS.

Para la exploración de la caries, el examen debe realizarse con un espejo bucal plano y no se recomienda ningún método complementario. Se debe adoptar un procedimiento sistemático para evaluar el estado de la dentición y las necesidades de tratamiento.

El examen debe efectuarse de forma ordenada pasando de un diente o espacio dental al diente o espacio dental adyacente. Debe considerarse que un diente está presente en boca cuando cualquier parte del mismo es visible.²⁶

8.1.1 Criterios para el diagnóstico y la codificación (claves de los dientes primarios entre paréntesis) son:

- **0(A) Corona sana.** Se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. No se considera caries:

- Manchas blancas o yesosas.

- Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con la sonda.

- Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración de esmalte, ni ablandamiento detectable del suelo ni paredes con la sonda IPC.

- Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada o intensa.

- Lesiones de abrasión.²⁶

Raíz sana. Cuando está descubierta y no presenta signos de caries clínica tratada o sin tratar, las raíces cubiertas se codifican con la cifra 8.

- **1(B) Corona cariada.** Lesión presente en hoyo o fisura o superficie dental que tiene:

-Cavidad inconfundible.

-Esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente blando.

-Obturación provisional.

-Diente obturado y cariado (código 2 (C))²⁶

Raíz cariada. Lesión blanda o correosa al explorarla con la sonda IPC.

Nota: en las caries únicas que afectan tanto a la corona como a la raíz, el origen probable de la lesión debe registrarse como cariado. Si la caries de raíz es distinta de la presente en corona y requiere un tratamiento independiente siendo imposible determinar el origen se registrarán como cariadas tanto la corona como la raíz.²⁶

- **2(C) Corona obturada, con caries.** Cuando presenta una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.²⁶

Raíz obturada con caries.

Nota: en el caso de obturaciones que comprendan tanto la corona como la raíz, con caries, se registra como obturada con caries, la localización más probable de la caries de origen. Cuando es imposible decidir el origen de la caries primaria, se registran la corona y la raíz como obturadas, con caries.²⁶

- **3(D) Corona obturada, sin caries.** No existe evidencia de caries. Se incluyen en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. Si el diente presenta la corona por cualquier otro motivo, se aplica la clave 7 (G).²⁶

Raíz obturada, sin caries. Nota: si la restauración comprende tanto la corona como la raíz, se registra como obturada la localización más probable de la caries primaria.²⁶

Cuando es imposible determinar el origen, se registran la corona y la raíz como obturadas.²⁶

- **4(E) Diente perdido, como resultado de caries.** El registro se realiza en el estado de la corona.

Nota: el estado de la raíz debe codificarse “7” o “9”.

En las arcadas totalmente desdentadas, por comodidad se escribe un solo

“4” uniendo los respectivos números por líneas rectas.²⁶

- **5 (-) Diente permanente perdido, por cualquier otro motivo.** Dientes que se consideran ausentes congénitamente, o que se han extraído por motivos

ortodóncicos o por periodontopatías, traumatismos, etc. Igual que en la clave 4, dos inscripciones de la clave 5 pueden unirse por una línea en totalmente desdentados.

Nota: el estado de la raíz debe codificarse “7” o “9”.²⁶

- **6 (F) Obturación de fisura.** Dientes con sellador de fisuras. Si el diente además presenta caries, debe codificarse como 1 (B).²⁶

- **7(G) Soporte de puente, corona especial o funda.** Indica que un diente forma parte de un puente fijo o soporte de puente. También se emplea para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para carillas de porcelana en dientes en los que no hay signos de caries o restauración.

Nota: los dientes perdidos sustituidos por púnticos de puente se codifican “4” o “5” en el estado de la corona, mientras que la codificación de la raíz es “9”. También se utiliza esta clave en el estado de la raíz para indicar que se ha colocado un implante como soporte.²⁶

- **8 (-) Corona no erupcionada, raíz no expuesta.** Esta categoría no incluye todas las dichas en la categoría 5 de dientes permanentes perdidos por motivos distintos a la caries. Diagnóstico diferencial entre diente perdido y sin erupcionar. Quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental.²⁶

Raíz cubierta. Esta clave indica que la superficie de la raíz está cubierta, no hay recesión gingival más allá de la unión cemento-esmalte.²⁶

- **9 (-) No registrado.** Para cualquier diente permanente erupcionado que por cualquier motivo no se puede examinar (ejemplo; presencia de bandas de ortodoncia, hipoplasia intensa etc.).

En el estado de la raíz indica que el diente ha sido extraído o que existe un cálculo tan voluminoso que es imposible el examen de la raíz.²⁶

- **10 (T) Traumatismo (fractura)**. Cuando falta parte de su superficie y no hay signos de caries.²⁶

8.2 Índice dentición permanente

CPOD

Aquí hay tres componentes básicos: los dientes cariados, perdidos y obturados.

En esta dentición se considera para el índice como criterio los dientes extraídos y los dientes con indicación de extracción, por caries.

Es aquí donde se produce la diferencia entre dentición permanente y temporal,

El CPOD individual se obtiene al sumar cada uno de los valores.

Este valor individual si se suma y se divide por el número de individuos, se obtiene el promedio CPOD colectivo, normalmente los índices se hacen por grupos de edades, es decir se pueden tomar niños de 6 años, o de 6 a 8 años y se divide en rango 6,7,8 o de 12 años, 13, 14, 15.²⁴

CPOD individual: Suma C + P + O

CPOD colectivo: Promedio de CPOD individual

C: cariado

P: perdido

O: obturado

8.3 Índice de la dentición temporal

ceo

También hay dientes cariados, obturados que debe estar en buenas condiciones, si está infiltrado pasa a ser cariado.

Se modifica en los perdidos, en este índice se hace el procedimiento clínico o bien cuando se mide y se plantea que es necesario por las condiciones del diente hacer la extracción. Cuando se indica extracción es porque el diente tiene dolor o exposición pulpar, ya que cuando hay compromiso pulpar no se puede obturar y hay indicación de extracción. Este es el punto que coincide con dentición permanente.

ceo individual: $c + e + o$

ceo colectivo: promedio ceo individual

e: extraído

Los que se incluyen en el índice son sólo los que tienen indicación en adelante. Aquí no se considera extracción anterior ya que no se sabe si tenía caries, en este caso no se sabe en que condiciones se extrajo el diente, si había dolor o si presentaba movilidad, por su proceso de exfoliación normal.²⁴

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial.

El problema de la salud bucal en niños se dificulta por la falta de información al respecto, ya que los padres piensan erróneamente en esta etapa como un periodo transitorio, por lo que no se le da la debida importancia a la educación para la salud bucal.

La mayoría de los padres de familia por no tener la información adecuada acuden a un consultorio dental con sus menores, cuando el niño presenta dolor, y no acuden para un tratamiento preventivo, dejando al Cirujano Dentista con la única alternativa de realizar un tratamiento de rehabilitación, debido a la falta de atención oportuna a las necesidades bucodentales del infante, lo que demuestra deficiencia de conocimientos en educación para la salud bucal, provocando que los tratamientos sean mas agresivos y costosos.

10. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de promover la salud de la boca, se desarrolló un programa de Educación para la salud Bucal en alumnos inscritos en el primer grado de la escuela primaria “José Vasconcelos”, ya que los hábitos de higiene bucal no han sido informados en la mayoría de los niños, y es importante el cuidado de los dientes en este periodo ya que comienza la exfoliación de la dentición temporal y la erupción de la permanente.

Es de vital importancia la creación de un programa de educación para la salud bucal, ya que los niños todavía están en proceso de formar hábitos que les durarán toda la vida.

Hay que señalar que la atención que se brinda en nuestro país es más de tipo curativo que preventivo por lo que es necesario ampliar el conocimiento de la población respecto al significado de la salud bucal y la relación que existe entre la boca y el resto del organismo.

De ahí surge el interés por implementar técnicas didácticas de educación para la salud bucal enfocadas a la prevención en odontología, información adecuada para que los niños y sus padres conozcan la importancia de la boca y de la higiene oral, lo que permitirá aumentar el nivel de conocimientos sobre este tema, y los motivará para encaminar una mejor calidad de vida.

11. OBJETIVOS

11.1 Objetivo general

- Aplicar un programa de educación para la salud bucal diseñado para los alumnos del primer grado de la escuela primaria José Vasconcelos, para informar a los escolares y a los padres de familia la importancia de la prevención en la salud dental.

11.2 Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos que tienen los escolares y los padres de familia en relación a la salud bucal.
- Informar los cuidados preventivos que se pueden realizar en casa.
- Instruir sobre la técnica de cepillado adecuada a la edad de los escolares.

12. METODOLOGÍA

12.1 Material y método

Con la finalidad de fomentar una cultura de autocuidado, protección y conservación de la salud bucodental se desarrolló un programa informativo dirigido a alumnos que cursan el primer grado de primaria, la implementación de esta actividad se realizara en etapas dentro de las instalaciones de la escuela primaria José Vasconcelos, previa autorización de la Directora en turno la Prof. Bricia León Suárez.

En la primera etapa se diseñó un cuestionario de evaluación, para obtener información respecto a los conocimientos y hábitos que tienen los alumnos sobre el cuidado de la salud bucal. Mismo que fue aplicado en la primera visita a los alumnos y a padres de familia.

En la segunda etapa, se desarrolló el contenido educativo del Programa, es decir el material didáctico que se empleo y que cuenta con los elementos necesarios para facilitar la enseñanza del cuidado y preservación de la cavidad oral, En esta se impartió una plática con el contenido temático establecido y se enseñó la técnica de cepillado adecuada. Dividiendo a la población, 2 sesiones para la infantil y 1 para los padres de familia.

Por ultimo se aplicó por segunda ocasión el cuestionario utilizado la primera vez con el fin de evaluar el impacto del programa en el mejoramiento de sus conocimientos, conductas y hábitos de los alumnos sobre la salud bucodental.

13. TIPO DE ESTUDIO

De intervención comunitaria

14. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Alumnos de primer grado inscritos en la escuela primaria José Vasconcelos, durante el periodo escolar 2008-09.

15. MUESTRA

Se tomo como muestra a 30 alumnos de distinto sexo, de 6 y 7 años de edad inscritos en la escuela primaria José Vasconcelos.

Estuvo conformada por:

- 15 Escolares de sexo femenino
- 15 Escolares de sexo masculino

16. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas que asisten a la escuela primaria José Vasconcelos
- Que cursen el primer grado
- Que acepten participar
- Que participe en las tres etapas del programa
- Consentimiento firmado por sus padres para participar

17. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Niños y niñas que no pertenezcan a la escuela primaria José Vasconcelos
- Alumnos que no cursen el primer grado
- Que no acepten participar
- Que no participen en alguna de las tres etapas del programa
- Que no presenten el consentimiento firmado de su padre o tutor

18. VARIABLES DE ESTUDIO

18.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Sociodemográficas (edad, sexo , grado escolar)
- Índices de caries ceod y CPOD
- Índice de Higiene Oral Simplificado
- Frecuencia de hábitos de higiene bucal
- Hábitos alimenticios
- Contenido educativo del programa

18.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de conocimiento de salud bucal
- Medidas preventivas de salud bucal
- Practicas de salud bucal

19. RECURSOS

19.1 Recursos humanos

- Tutor
- Pasante

19.2 Recursos materiales

- Hojas
- Computadora
- Pluma, lápiz y colores
- Libros
- Tesinas
- Impresora
- Tipodonto de acrílico
- Material didáctico impreso
- 120 cuestionarios impresos
- 30 odontogramas impresos
- Rotafolio
- Cartulinas
- Imágenes impresas

19.3 Recursos financieros

- Solventados por la tesista

20. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL APLICADO A NIÑOS DE PRIMER GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA JOSÉ VASCONCELOS.

20.1 Metas

- ✓ Incrementar el nivel de conocimientos y la realización de prácticas de higiene bucal en los alumnos de primer grado de la escuela primaria José Vasconcelos.
- ✓ Lograr en los niños y en los padres cambio de hábitos que puedan ser transmitidos a sus familiares.
- ✓ Motivar la práctica de higiene oral en los escolares para prevenir desde esta etapa la presencia de enfermedades bucodentales.

20.2 Contenido temático

- Prevención
- Higiene bucal
- Técnicas de cepillado
- Placa dentobacteriana
- Gingivitis
- Sarro
- Caries dental
- Nutrición
- Orientación sobre el cuidado y preservación de la salud bucodental.

20.3 Estrategias

- Aplicar un cuestionario diagnóstico, para obtener los conocimientos de los padres y alumnos acerca de la alimentación y salud bucal.
- Revisión de los alumnos para conocer su estado de salud bucal.
- Enseñar a los escolares procedimientos preventivos, como la técnica de cepillado apoyado con tipodontos de acrílico.
- Mostrar a los niños como deberán realizar el aseo bucal empleando para ello rotafolios que ilustren la técnica adecuada y el tipo de alimentación que deben ingerir.
- Realización de pláticas educativas e informativas de higiene oral, métodos de prevención y caries dental.

20.4 Límites

DE ESPACIO

Salón de clases de la Escuela Primaria José Vasconcelos

DE TIEMPO

Del 19 de febrero al 30 de Marzo de 2009.

20.5 Cronograma

Fecha	Actividad	Propósito
09 de febrero	Entrevista con la directora de la escuela primaria José Vasconcelos	Externar el interés por implementar el programa de salud bucal en el plantel
19 de febrero	Se presentó el cronograma de actividades a realizar de salud bucodental a la directora del plantel y carta de autorización para implementar el programa	Autorización, planeación y organización con la directora y profesora en tiempo y espacio.
20 de febrero	Entrega de 30 consentimientos informados a la profesora titular del primer grado	Conseguir la autorización de los padres de familia y su participación
23 de febrero	Recolección de cartas de consentimiento	Obtener el numero real de participantes en el estudio
24 de febrero	Levantamiento de índices IHOS, ceod, CPOD	realizar una evaluación epidemiológica
02 de marzo	Junta y plática informativa con los padres de Familia	Realización de la evaluación diagnostica mediante el cuestionario. Aplicar el contenido temático.
05 de marzo	Plática con la utilización de rotafolios y tipodonto a alumnos. <ul style="list-style-type: none"> • Componentes de la cavidad oral • Tipos de dentición • Alimentación • Caries 	Aplicación del cuestionario pre instruccional a los alumnos. Incremento de conocimientos y la práctica adecuada de

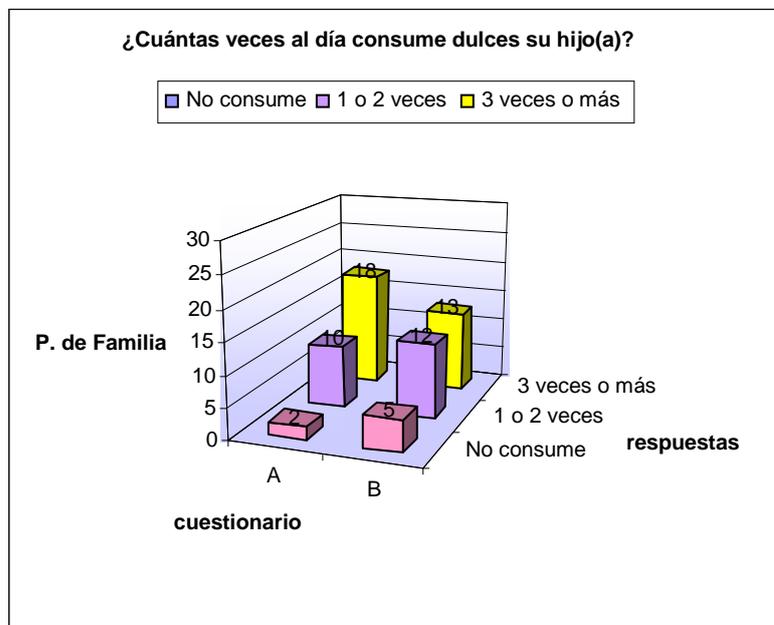
	<ul style="list-style-type: none"> • Placa bacteriana • Técnica de cepillado <p>Ejercicio de Técnica de cepillado en un tipodonto.</p> <p>Lectura del Cuento “el Ratoncito Pérez”</p>	Higiene Bucal
26 de marzo	Aplicación del cuestionario pos instruccional a padres de familia a la salida de clases.	Evaluar el impacto del programa en los padres de familia
27 de marzo	Implementación de material didáctico impreso a cada alumno. Ejercicio de técnica de cepillado con cada alumno con cepillo, pasta dental y agua	Reafirmar la información otorgada la sesión pasada.
30 de marzo	Levantamiento de índice IHOS. Aplicación de cuestionario pos instruccional a alumnos.	Evaluar el impacto del programa en los alumnos de primer grado de este plantel.
31 de marzo	Junta con la directora del plantel	Agradecer la disposición y el apoyo para este programa y alentar a que el programa continúe en este plantel cada ciclo escolar.

21. RESULTADOS

En el programa participaron 30 alumnos. 15 del sexo femenino y 15 del sexo masculino.

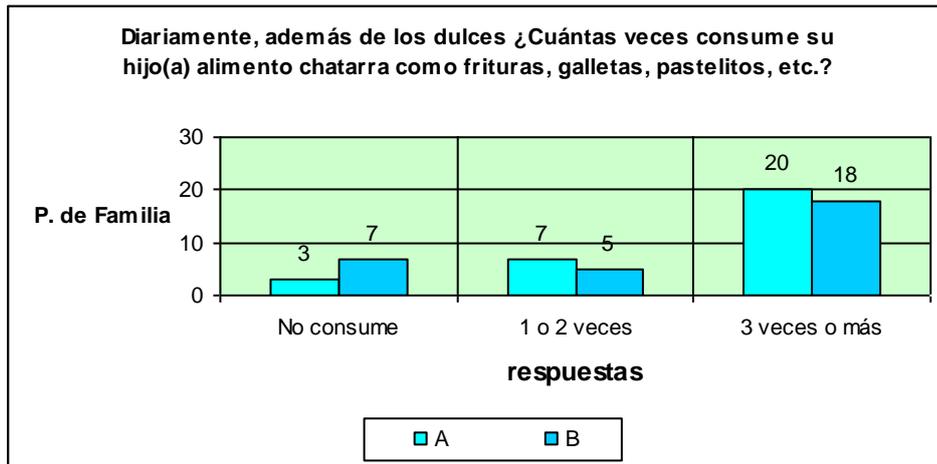
En cada gráfica, se marcará como "A" a la información correspondiente al primer cuestionario y "B" a los datos reportados del mismo después de la implementación del programa.

21.1 Resultados de los cuestionarios pre y pos instruccional a padres de familia.



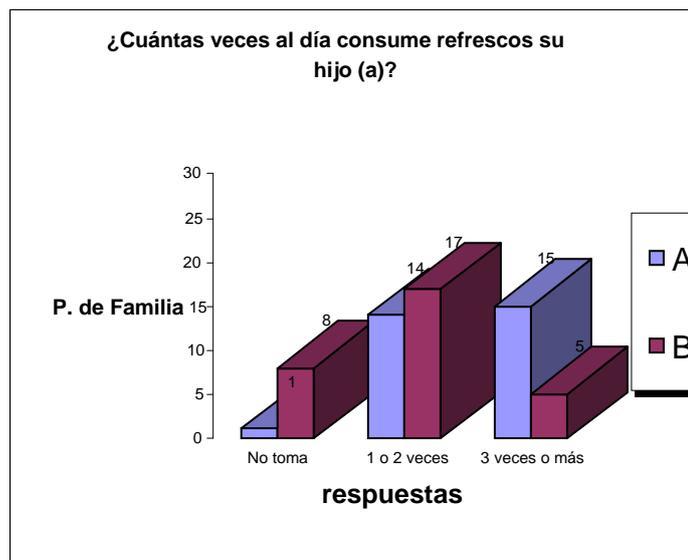
Fuente directa

Gráfica 1.- En esta gráfica, al aplicar por primera vez el cuestionario el 7% contestó que no consume dulces, el 33% 1 o 2 veces y el 60% 3 veces o más, después de la plática los padres de familia contestaron; 17% no consume, 60% 1 o 2 veces y 23% 3 veces o más.



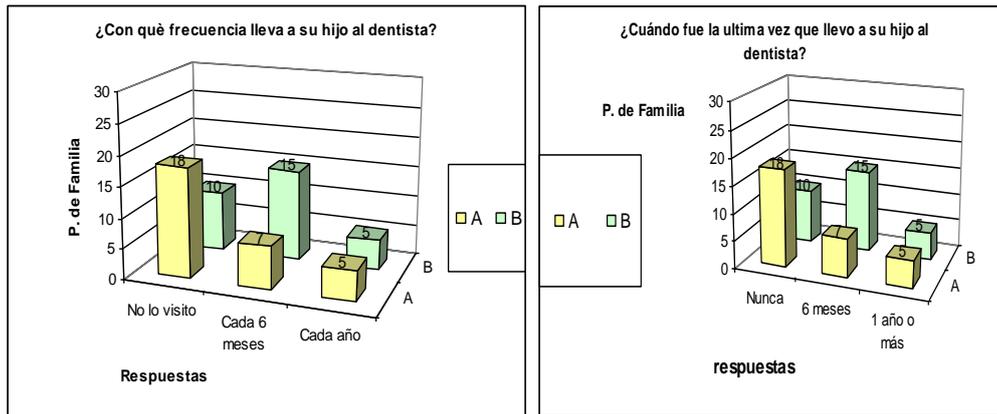
Fuente directa

Gráfica 2.- Antes los padres contestaron a esta pregunta 10% no consume 23%, 1 o 2 veces y el 67% 3 veces o más. Después sus respuestas fueron; 23% no consume, 17% 1 o 2 veces, y el 60% 3 veces o más.



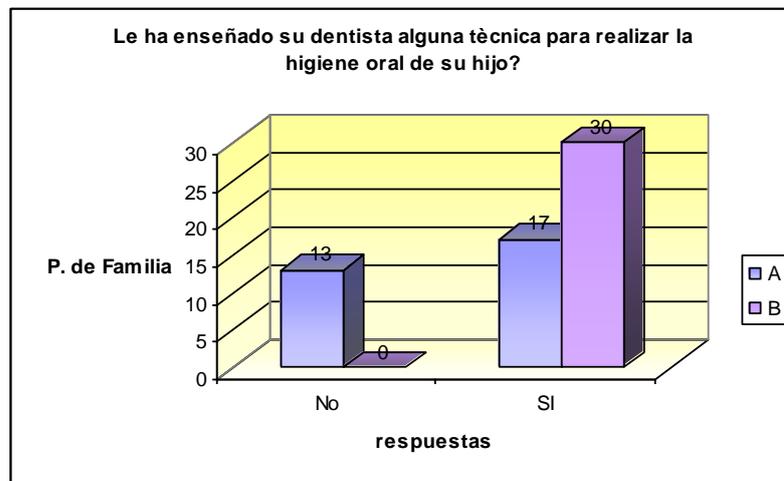
Fuente directa

Gráfica 3.- En esta gráfica podemos apreciar que en la primera encuesta contestaron 3% no toma, 47% 1 o 2 veces y el 50% 3 veces o más, en la segunda 27% no consume, 56% 1 o 2 veces y el 17% 3 veces o más.



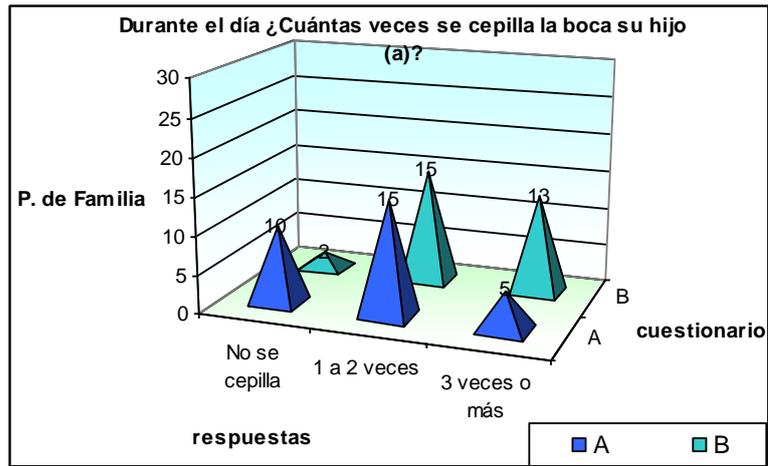
Fuente directa

Gráficas 4 y 5.- ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo al dentista? Y ¿Cuándo fue la última vez que llevo a su hijo al dentista? Las respuestas fueron exacto el mismo porcentaje en ambas, en el pre-instruccional; No lo visito y Nunca 60%, Cada 6 meses y hace 6 meses 23%, cada año y 1 año o más el 17%, en el pos-instruccional las respuestas fueron; 33% no lo visitan o nunca, 50% cada 6 meses o 6 meses y 17% cada año o 1 año o más.



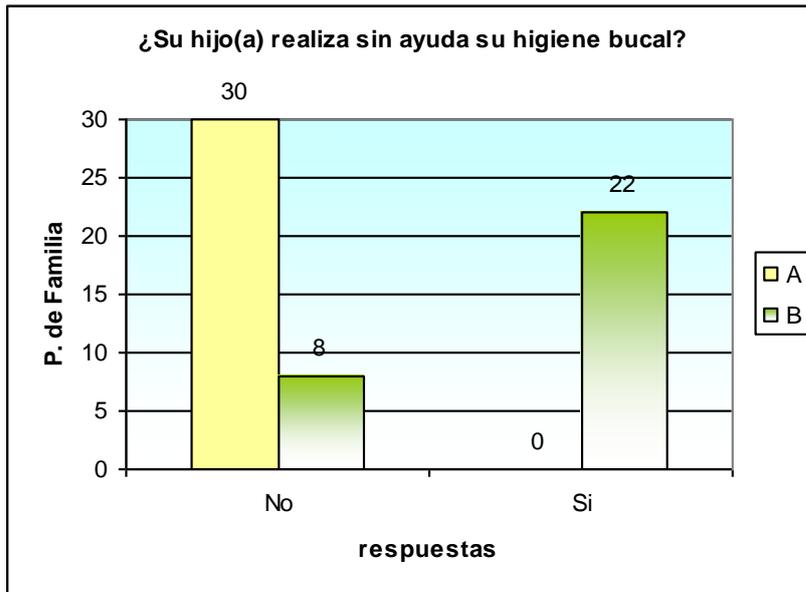
Fuente directa

Gráfica 6.- En la primera encuesta el 43% contestó que no y el 57% dijo que si. En la segunda el porcentaje aumento hasta el 100% en la respuesta "Si".



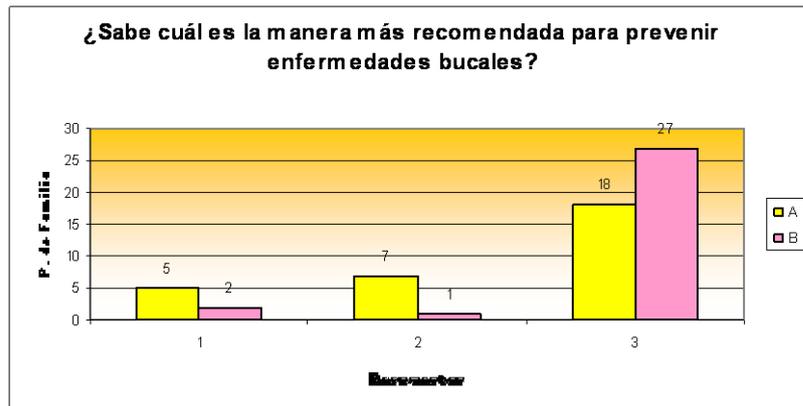
Fuente directa

Gráfica 7.- antes contestaron el 33% no se cepilla, el 50% 1 a 2 veces y el 17% 3 veces o más, y después el 7% no se cepilla, el 50% 1 o 2 veces y el 43% 3 veces o más.



Fuente directa

Gráfica 8.- en esta pregunta el porcentaje inicial fue de 100% para no, y en el segundo cuestionario fue 27% para NO y 73% para SI.



Fuente directa

Gráfica 9.- En el primer cuestionario los padres de familia contestaron; no consumir dulces 17%, no tomar refresco el 23% y cepillado dental 3 veces al día el 60%. En el segundo, no consumir dulces 7%, no tomar refrescos 3%, y 90% cepillado dental 3 veces al día.

21.2 Evaluación de los cuestionarios pre y pos instruccional en los padres de familia

El objetivo de estos cuestionarios era saber cuanto sabían los padres de familia acerca de la prevención y la higiene bucal de sus hijos, además de permitir evaluar el impacto de este programa en ellos. Como podemos observar al comparar los resultados de ambas encuestas se nota que después de la plática, se disiparon muchas dudas o conceptos erróneos que los padres de familia tenían, se puede ver claramente el impacto acerca de la higiene bucal en sus hijos, sobre todo en las gráficas 6-9.

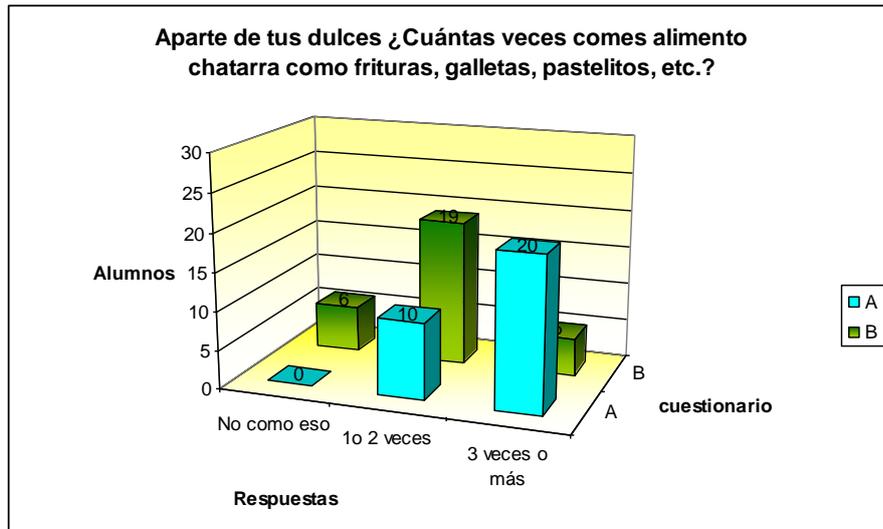
21.3 Resultados al cuestionario pre y pos instruccional a los alumnos de primer grado de la escuela primaria José Vasconcelos.

Se va a marcar como “A” a la información correspondiente al primer cuestionario y “B” a los datos reportados del mismo después de la implementación del programa.



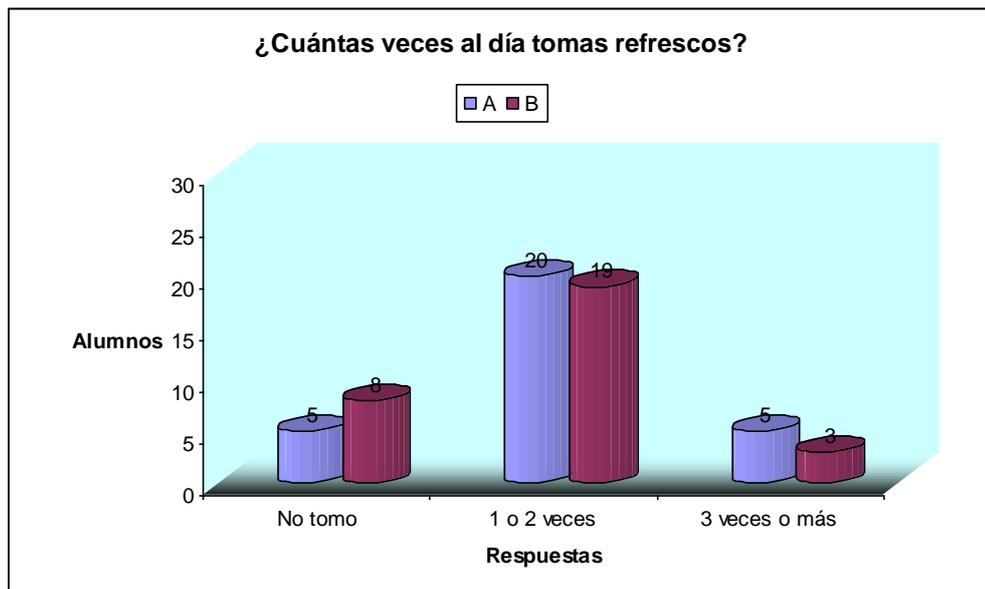
Fuente directa

Gráfica 10.- En el primer cuestionario los escolares contestaron que no comen dulces en un 0%, 1 o 2 veces el 33% y 3 veces o más el 67%. En el segundo el 17% contestó que no come dulces, el 50% contestó de 1 a 2 veces y el 33% contestó 3 veces o más.



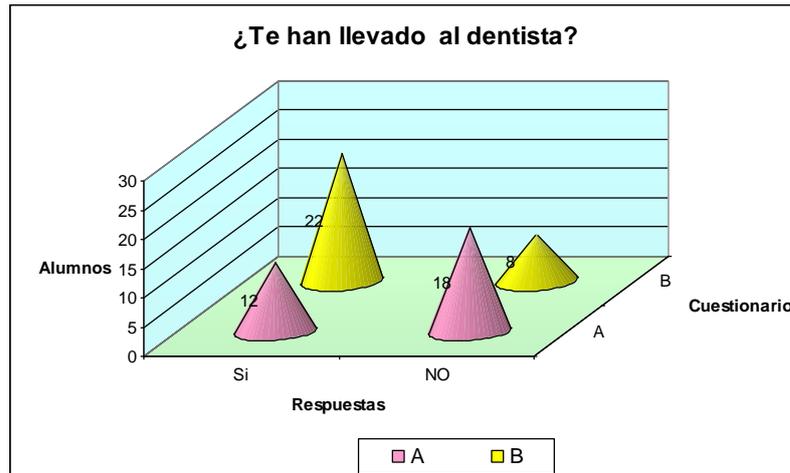
Fuente directa

Gráfica 11.- En el primer cuestionario los niños contestaron en un 33% de 1 a 2 veces y en un 67% contestaron 3 veces o más. En el segundo contestaron con un bajo, pero existente porcentaje de 17% no como eso, 50% contesto 1 o 2 veces, y el 33% dijo 3 veces o más.



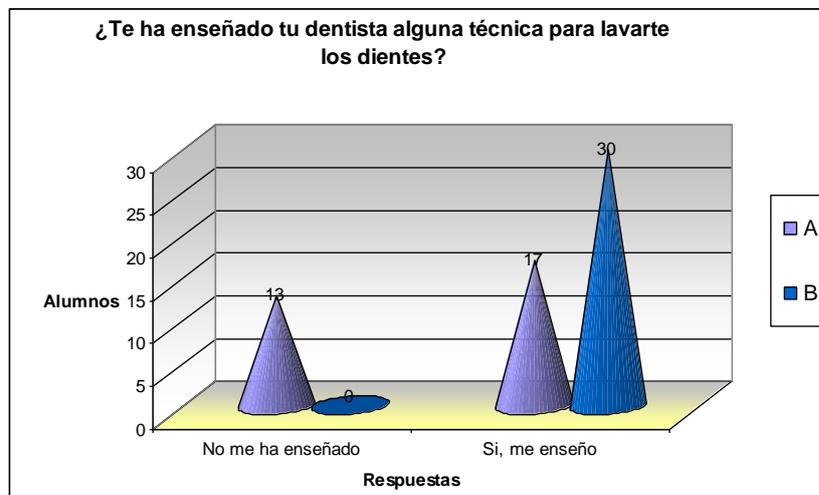
Fuente directa

Gráfica 12.- En la primera evaluación los alumnos dijeron que no toman en un 17%, 1 o 2 veces el 66% y 3 veces o más otro 17%. Y en la segunda un 27% expreso no tomar, 63% 1 o 2 veces y 10% 3 veces o más.



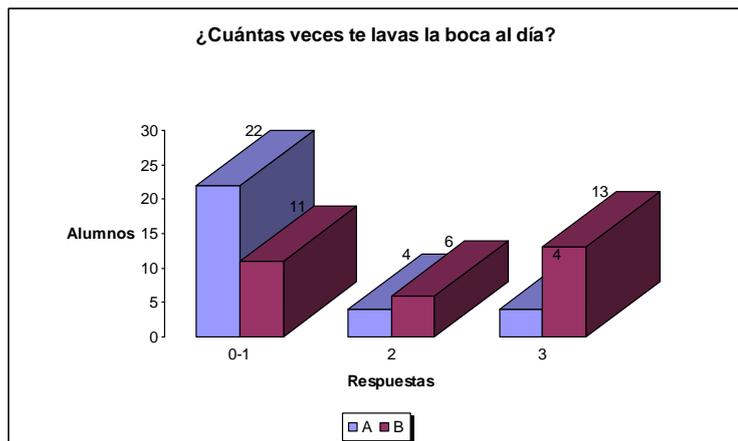
Fuente directa

Gráfica 13.- El 40% respondió que “No” lo han llevado al dentista y el otro 60% contestó de forma afirmativa en el cuestionario pre-instruccional, y en el pos-intruccional respondió “Si” en un 73% y “No” en un 27%.



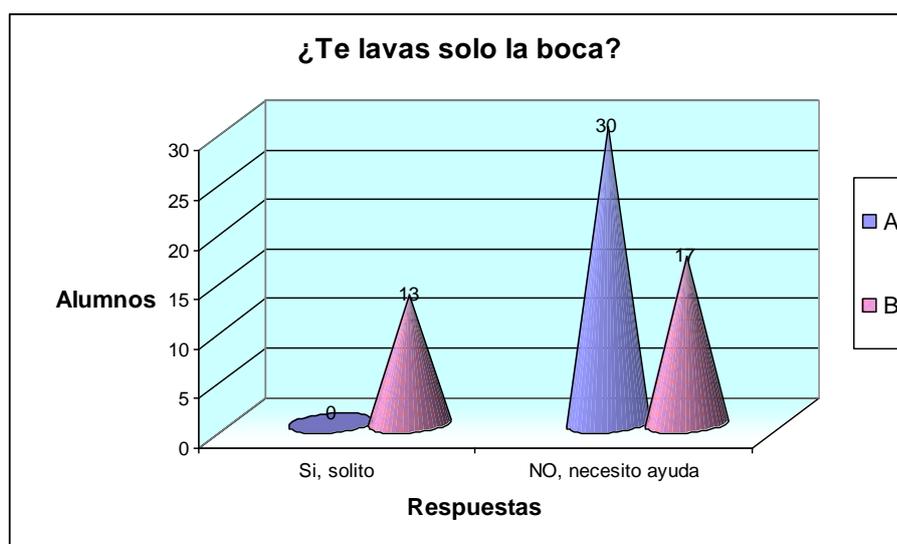
Fuente directa

Gráfica 14.- En la primera encuesta, el 43% dijo que no les habían enseñado a lavarse los dientes, y el 57% restante contestó que Si. En la segunda, el porcentaje cambio considerablemente, ya que el 100% del alumnado contestó que Si le han enseñado a lavarse los dientes.



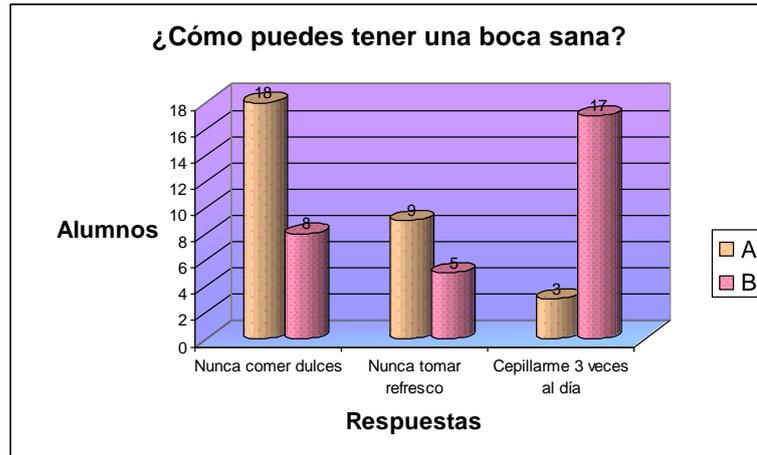
Fuente directa

Gráfica 15.- Se puede observar que en la primer encuesta dijeron de 0-1 el 74%, 2 y 3 veces con un 13% respectivamente, después de la aplicaron del programa, fue de 37% a o-1veces, 20% a 2 veces, y un 43% para 3 veces al día.



Fuente directa

Gráfica 16.- En el cuestionario pre-instruccional los escolares contestaron en un 100% que necesitaban ayuda para lavarse la boca, en el pos-instruccional manifestaron; el 43% poder lavarse solo, y un 57% necesita ayuda.



Fuente directa

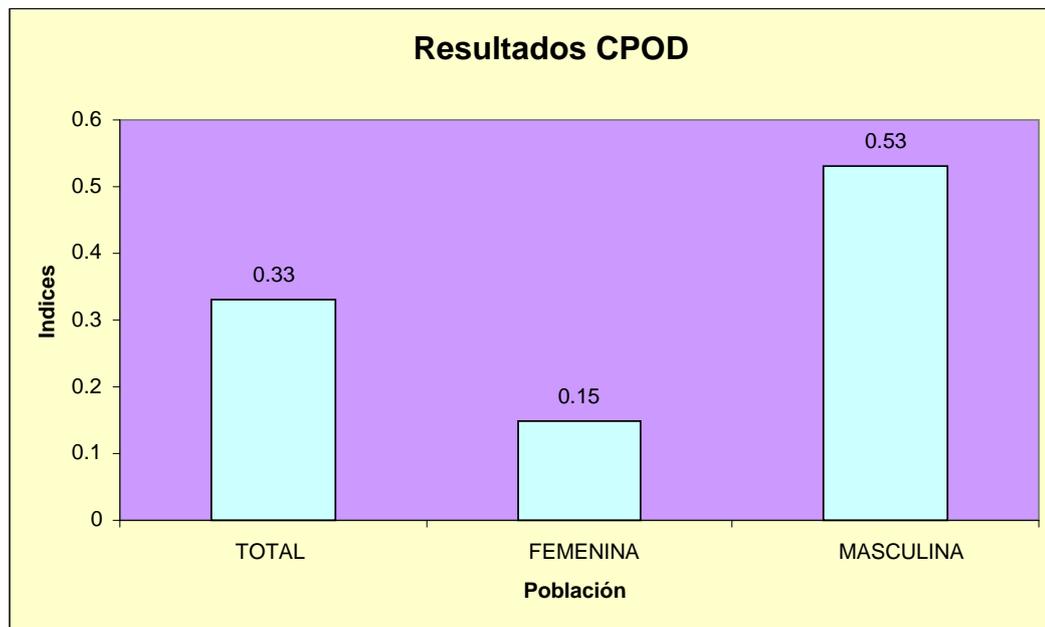
Gráfica 17.- En la primera visita los alumnos respondieron; con un 60% nunca comer dulces, 30% nunca tomar refresco y solo un 10% manifestó cepillar los dientes 3 veces al día. En la segunda ocasión el porcentaje se modifico considerablemente, nunca comer dulces un 27%, No tomar refresco el 17% y un 56% respondió cepillarse 3 veces al día.

21.4 Evaluación de los cuestionarios pre y pos instruccional en alumnos del primer grado de la escuela primaria José Vasconcelos.

El objetivo de aplicar este cuestionario fue para conocer cuanto saben los alumnos acerca de la salud bucal, como se puede mostrar en las gráfica los niños estaban un poco desorientados y confusos al contestar las preguntas, también nos sirvió para conocer hábitos y costumbres de los alumnos para identificar las deficiencias que existen en el cuidado de su salud oral, las gráficas muestran que antes de aplicar el programa, los hábitos que llevaban no eran los adecuados y al implementar este programa, adoptaron técnicas adecuadas para corregir sus malos hábitos y se logro fomentar el interés en los infantes respecto al cuidado de su boca, no solo de sus dientes, Además nos sirve para medir de igual manera el impacto que causó este programa en los niños.

21.5 Recolección de índices CPOD y ceo

Los criterios utilizados para examinar a los niños fueron los recomendados por la Organización Mundial de la salud (OMS), donde se indica que el criterio para clasificar un diente como cariado consiste en detectar reblandecimiento de pisos o paredes de la superficie dental a examinar.

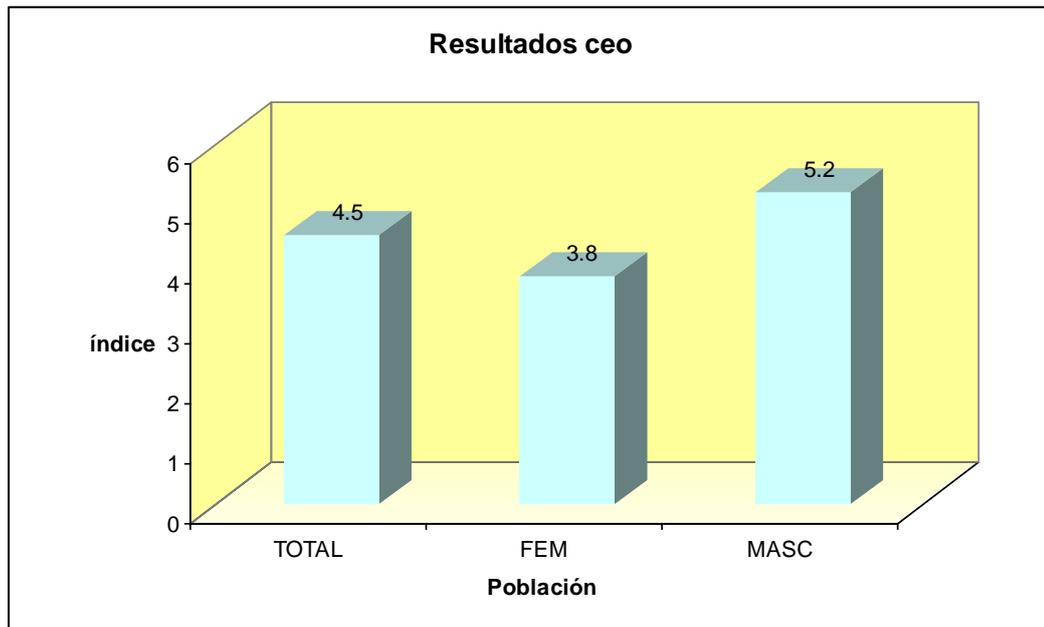


Fuente directa

Gráfica 18.- El índice CPOD en la población femenina fue de 0.15, incrementando en la población masculina a 0.53. El promedio de índice CPOD fue de 0.33.

Durante el levantamiento de datos, se capturó que el 47% de los alumnos, tienen una edad de 7 años y el 53% restante 6 años.

El 50% de la población pertenece al género masculino y el otro 50% al género femenino.

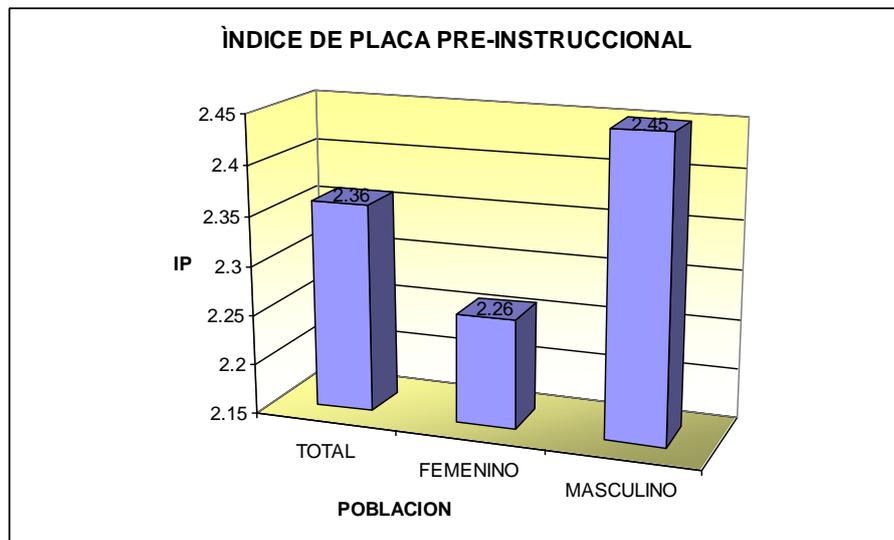


Fuente directa

Gráfica 19.- El índice ceo en la población femenina de 3.8 incrementando en la población masculina a 5.2. El promedio de índice ceo fue de 4.5

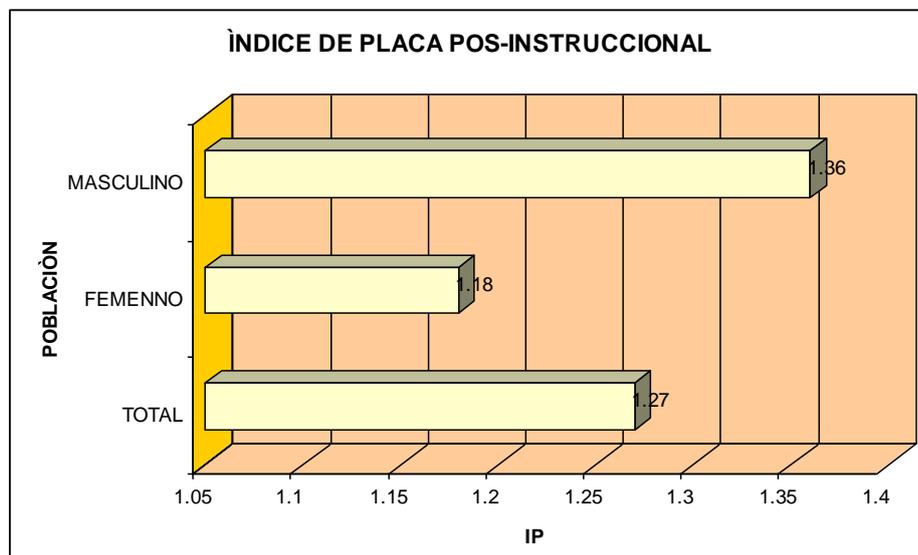
El porcentaje de niños que presentaba caries, ya sea en la dentición primaria o en la permanente fue de 73%, dejando únicamente al 27% de la población libre de la misma. Un dato alarmante, ya que se encuentran en una edad en la que son muy susceptibles a esta enfermedad.

21. 6 Recolección de índice de placa.



Fuente directa

Gráfica 20.- El índice de placa alcanzó un 2.36 en la población escolar, el género femenino obtuvo un índice de 2.26 y el masculino de 2.45



Fuente directa

Gráfica 21.- El índice de placa después de aplicar el programa fue de 1.27 en la población escolar estudiada, el género femenino obtuvo un índice de 1.18 y el masculino de 1.36

Los criterios utilizados para examinar a los niños fueron los utilizados para manejar el IHOS, el cual se maneja con códigos, el promedio de la higiene Oral en los alumnos fue regular al inicio y consideraríamos que buena al terminar el programa de Educación para la Salud Bucal, considerando la escala de Greene.

<i>Clasificación</i>	<i>Puntuación</i>
Excelente	0
Buena	0.1 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Mala	3.1 – 6.0

www.dgepi.salud.gob.mx

El índice de caries y de placa en la población femenina siempre fue más bajo en el masculino,

De acuerdo a las gráficas 20 y 21, y a toda la información recopilada antes y después del Programa se puede considerar que este trabajo cumplió con los objetivos marcados en su inicio.

22. CONCLUSIONES

Es importante y urgente mirar hacia la prevención, ya que la caries dental continúa manteniéndose como uno de los principales [problemas](#) de [salud pública](#) a nivel mundial, al igual que las enfermedades producidas por placa dentobacteriana como gingivitis y periodontitis.

La implementación de programas de Educación para la Salud Bucal, debieran ser implementados en cada una de las primarias, incluso desde pre-escolar, ya que esta sería la única posibilidad precoz para prevenir y concientizar de estas enfermedades.

Un programa de Educación para la Salud Bucal, va a actuar sobre el individuo, y en la comunidad.

Es importante que el Cirujano Dentista se enfoque a la prevención y se acerque a Profesores y Padres de Familia ya que éstos, tienen un papel fundamental en la educación individual para la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos.

El programa de Educación para la Salud Bucal, que se implementó en este trabajo, cumplió con los objetivos trazados, se debe hacer hincapié en el entusiasmo y cooperación para con el mismo por parte de los escolares, padres de familia y profesores. Por lo que se recomienda continuar implementando Programas de este tipo, para lograr sensibilizar a la población y concientizar acerca de la importancia de preservar la salud bucodental.

23. ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO DE TITILACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROFRA. BRICIA LEÓN SUÁREZ
DIRECTORA DE LA
ESCUELA PRIMARIA "JOSÉ VASCONCELOS"
PRESENTE

Solicito atentamente su autorización para que la pasante **PÉREZ TORRES OLIVIA** con número de cuenta en nuestra institución **096379477**, realice su investigación para realizar su tesina: **Implementación del programa de educación para la salud bucal en alumnos que cursan el primer año de la escuela primaria José Vasconcelos, estado de México, 2009**. La cual tiene como objetivo informar a los escolares y a los padres de familia la importancia de la prevención en la salud bucal.

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, me despido no sin antes dejarle un fraternal saludo y un agradecimiento anticipado.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria a 19 de febrero de 2009

LA COORDINADORA Y TUTORA

C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ



Recibi Original
19-02-2009



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
SEMINARIO DE TITILACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCAL APLICADO A NIÑOS DE PRIMER GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA
JOSÉ VASCONCELOS. 2009.

Hoja de Consentimiento Informado

Ecatepec de Morelos a 20 de febrero de 2009.

Por medio de la presente autorizo a mi hijo (a)

_____.
Para que participe en el estudio de IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL, por lo que no me opongo a que se realice una revisión dental dentro del plantel de la escuela primaria "JOSE VASCONCELOS" dentro de su horario de clases.

Cabe mencionar que participar en este estudio no tiene ningún costo y la revisión no presenta riesgo, ni dolor para el escolar.

Por su colaboración, gracias.

Olivia Pérez Torres

Nombre y firma del Padre o Tutor

Nombre del responsable



Cuestionario para padres de familia

1.- ¿Cuántas veces al día come dulces su hijo(a)?

- 1) No consume 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

2.- Diariamente, además de los dulces ¿Cuántas veces consume su hijo(a) alimento chatarra como frituras, galletas, pastelitos, etc.?

- 1) No consume 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

3.- ¿Cuántas veces al día consume refrescos su hijo (a)?

- 1) No toma 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

4.- ¿Cuándo fue la ultima vez que llevó a su hijo al dentista?

- 1) Nunca 2) 6 meses 3) 1 año o más

5.- ¿Con qué frecuencia lleva a revisión a su hijo(a) al dentista?

- 1) No lo visito 2) cada 6 meses 3) cada año

6.- ¿Le ha enseñado su dentista alguna técnica para realizar la higiene oral de su hijo(a)?

- 1) No 2) Si,

7.- Durante el día ¿Cuántas veces se cepilla la boca su hijo (a)?

- 1) No se cepilla 2) 1 a 2 veces 3) 3 veces o más

8.- ¿Su hijo(a) realiza sin ayuda su higiene bucal?

- 1) No 2) Si

9.- ¿Sabe cuál es la manera más recomendada para prevenir enfermedades bucales?

- 1) nunca consumir dulces
2) no tomar refresco
3) cepillado dental 3 veces al día



Cuestionario para alumnos

1.- ¿Cuántas veces al día comes dulces?

- 1) No como 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

2.- Aparte de tus dulces ¿Cuántas veces comes alimento chatarra como frituras, galletas, pastelitos, etc.?

- 1) No como eso 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

3.- ¿Cuántas veces al día tomas refrescos?

- 1) No tomo 2) 1 o 2 veces 3) 3 veces o más

4.- ¿Te han llevado al dentista?

- 1) Si 2) No

5.- ¿Te ha enseñado tu dentista alguna técnica para lavarte los dientes?

- 1) No me ha enseñado 2) Si, me enseñó

6.- ¿Cuántas veces te lavas la boca al día?

- 1) 0-1 2) 2 3) 3

7.- ¿Te lavas solo la boca?

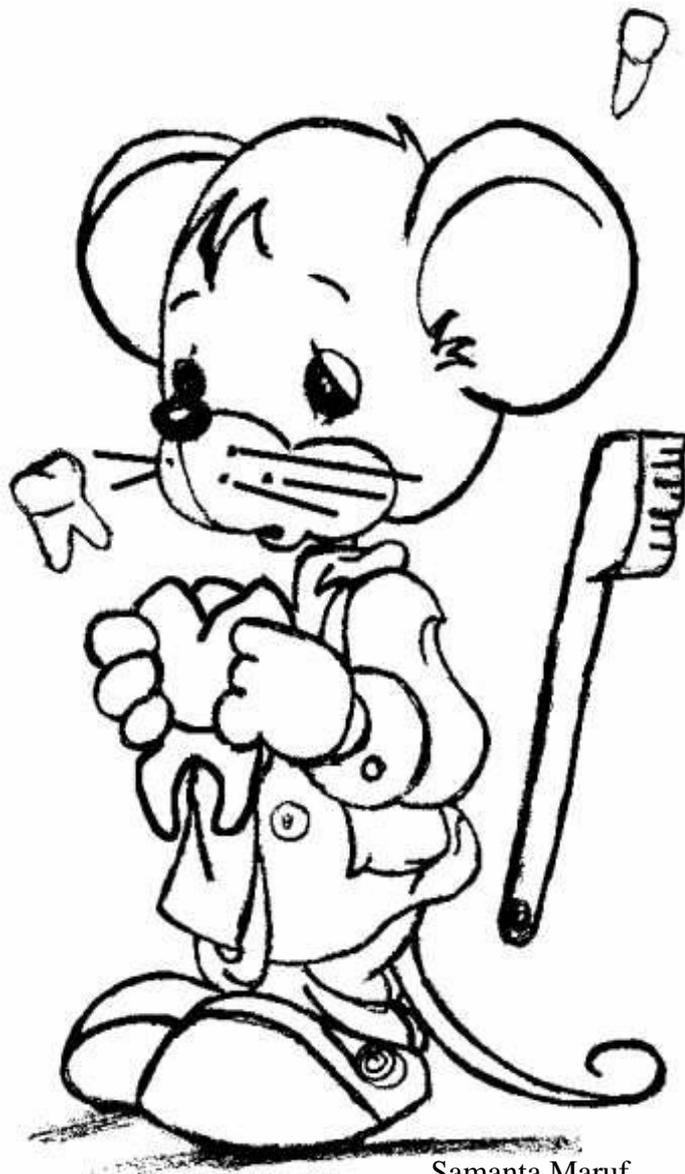
- 1) Si, solito 2) No, necesito ayuda

8.- ¿Cómo puedes tener una boca sana?

- 1) Nunca comer dulces
2) nunca tomar refresco
3) Cepillarme 3 veces al día

ESCUELA PRIMARIA JOSÉ VASCONCELOS
ACTIVIDAD ALUMNOS PRIMER GRADO

Ilumina al RATONCITO PEREZ

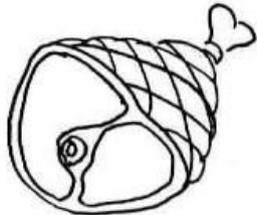
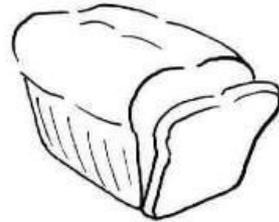
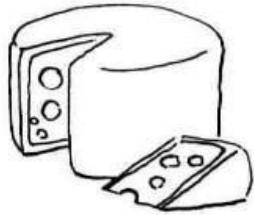


Samanta Maruf

UNAM
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITILACIÓN 2009
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ESCUELA PRIMARIA JOSÉ VASCONCELOS
ACTIVIDAD ALUMNOS PRIMER GRADO

Ilumina a los alimentos SANOS



Cuento del Ratoncito Pérez



Pepito Pérez era un pequeño ratoncito de ciudad. Vivía con su familia en un agujerito de la pared de un edificio. El agujero no era muy grande pero era muy cómodo, y allí no les faltaba la comida. Vivían junto a una panadería, por las noches él y su padre iban a coger harina y todo lo que encontraban para comer. Un día Pepito escuchó un gran alboroto en el piso de arriba. Y como ratón curioso que era trepó y trepó por las cañerías hasta llegar a la primera planta. Allí vio un montón de aparatos, sillones, flores, cuadros..., parecía que alguien se iba a instalar allí.

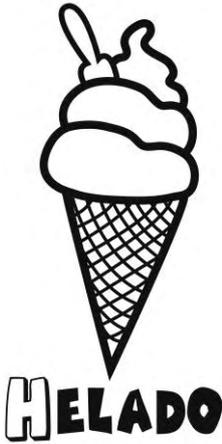
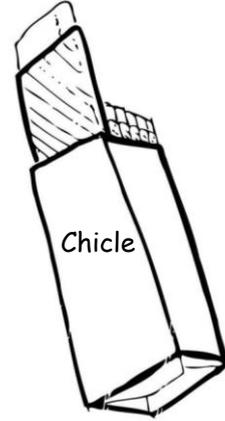
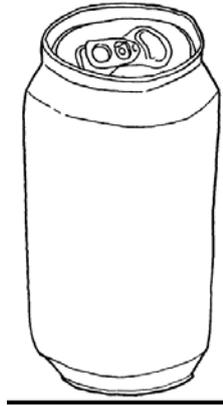
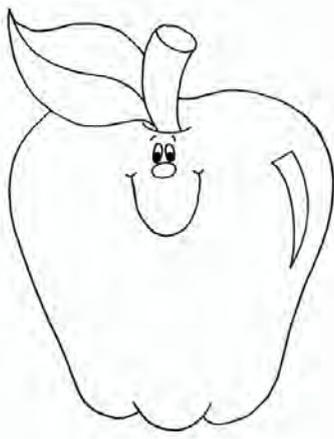
Al día siguiente Pepito volvió a subir a ver qué era todo aquello, y descubrió algo que le gustó muchísimo. En el piso de arriba habían puesto una clínica dental. A partir de entonces todos los días subía a mirar todo lo que hacía el doctor. Miraba y aprendía, volvía a mirar y apuntaba todo lo que podía en una pequeña libreta de cartón. Después practicaba con su familia lo que sabía. A su madre le limpió muy bien los dientes, a su hermanita le curó un dolor de muelas con un poquito de medicina... Y así fue como el ratoncito Pérez se fue haciendo famoso. Venían ratones de todas partes para que los curara. Ratones de campo con una bolsita llena de comida para él, ratones de ciudad con sombrero y bastón, ratones pequeños, grandes, gordos, flacos... Todos querían que el ratoncito Pérez les arreglara la boca.

Pero entonces empezaron a venir ratones ancianos con un problema más grande. No tenían dientes y querían comer turrón, nueces, almendras, y todo lo que no podían comer desde que eran jóvenes. El ratoncito Pérez pensó y pensó cómo podía ayudar a estos ratones que confiaban en él. Y, como casi siempre que tenía una duda, subió a la clínica dental a mirar. Allí vio cómo el doctor le ponía unos dientes estupendos a un anciano. Esos dientes no eran de personas, los hacían en una gran fábrica para los dentistas. Pero esos dientes, eran enormes y no le servían a él para nada. Entonces, cuando ya se iba a ir a su casa sin encontrar la solución, apareció en la clínica un niño con su mamá. El niño quería que el doctor le quitara un diente de leche para que le saliera rápido el diente fuerte y grande. El doctor se lo quitó y se lo dio de recuerdo. El ratoncito Pérez encontró la solución: "Iré a la casa de ese niño y le compraré el diente", pensó. Lo siguió por toda la ciudad y cuando por fin llegó a la casa, se encontró con un enorme gato y no pudo entrar. El ratoncito Pérez se esperó a que todos se durmieran y entonces entró a la habitación del niño. El niño se había dormido mirando y mirando su diente, y lo había puesto debajo de su almohada. Al pobre ratoncito Pérez le costó mucho encontrar el diente, pero al fin lo encontró y le dejó al niño un bonito regalo. A la mañana siguiente el niño vio el regalo y se puso contentísimo y se lo contó a todos sus amigos del colegio. Y a partir de ese día, todos los niños dejan sus dientes de leche debajo de la almohada. Y el ratoncito Pérez los recoge y les deja a cambio un bonito regalo.

ESCUELA PRIMARIA JOSÉ VASCONCELOS
ACTIVIDAD ALUMNOS PRIMER GRADO

Instrucciones: pon X a los alimentos que nos causan daño, e ilumina los que nos hacen bien.

Clasificar los alimentos según sean sanos o perjudiciales para los dientes



UNAM
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITILACIÓN 2009
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

24. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Solis C.E. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed 2006; 17:269-286. Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre.
2. Irigoyen-Camacho M.E. et.al. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco, México: 1984-1992. Salud pública Mex 1995; 37: 430-436.
3. Belloso N. et.al. Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. ensayo experimental. A.C. Venezolana 1999; 50: 42-47.
4. <http://www.alfinal.com/Salud/saludbucal.shtml>
5. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
6. Dávila ME. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana - Vol 46/Nº 1/2008.
7. <http://www.usask.ca/education/coursework/802papers/mergel/espanol.pdf>
8. Seif, R.T. Cariología. Prevención. Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. Actualidades médico odontológicas latinoamericana, 1997.
9. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológicas. 4ª Ed. México. Médica Panamericana; 2005.
10. Bertha Higashida. Odontología Preventiva. Mac Graw Hill Interamericana. México 2000.
11. <http://www.inviomed.org>
12. <http://www.ssa.gob.mx>
13. Nizel, A.E. Nutricion in clinical dentistry. 3a. Edition. Philadelphia W.B. Saunders, 1989.
14. <http://www.salud.gob.mx>
15. Taintor, JF.et.al. The complete guide to better dental care. Revista de salud pública 1997.

16. Mendoza Susana Conde. Salud comunitaria. Diagnostico-estrategias-participación. Edit."Espartaco" México 1999.
17. Palomer R. L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Rev. chil. pediatr.* 2006, Vol. 77, no.1, pp. 56-60.
18. Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñónez J.A. Hidalgo-Gato Fuentes I. Revisión bibliográfica. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a Considerar Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Juan Guiteras Gener"
19. Walter L.R. de F y col. Odontología para el bebe, 1 Ed. Brasil, Amolca 2000.
20. E. Barberia Leache. Odontopediatría. Editorial Masson. España 1995.
21. Higashida. B. Odontología Preventiva. 1 Ed. México. Mc. Graw-Hill Interamericana. 2000.
22. Piedrola G y col. Medicina preventiva y salud publica. Novena edición, Barcelona, España. Editorial Masson Salvat. 2000
23. Carranza FA, Newman MG, Takei HH. *Periodontología clínica.* 9ª Ed. México. McGraw Interamericana. 2004.
24. <http://www.geocities.com/anaodontologica/indice/HOS.doc>
25. Esther M Wilkins. Clinical Practice of the Dental Hygienist. Séptima edición. Williams & Willkins. Estados Unidos 1994.
26. <http://www.ugr.es/~pbaca/p12encuestadesaludbucodental/02e60099f4106e023/prac12.pdf>
27. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
28. Harris Norman O, Odontología Preventiva primaria, México, Edit. Manual Moderno, 2000.