



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE PRIMER
AÑO DE PRIMARIA, DE UNA ESCUELA PÚBLICA, 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:

MARÍA DE MONTSERRAT GARCÍA GUERRA

TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO A DIOS

POR SU BENDICIÓN Y POR HABERME PERMITIDO CONCLUIR ESTE GRAN SUEÑO.

A MI MAMÁ, HERMANA Y SOBRINO

POR ESTAR EN ESTA VIDA; POR QUERERME POR QUE ELLOS HAN SIDO LA MOTIVACIÓN Y EL CAMINO PARA SEGUIR ADELANTE Y SIN USTEDES NUNCA LO HUBIERA LOGRADO. LOS QUIERO MUCHO

A MI TIA PATRICIA

MUCHAS GRACIAS POR SER MI SEGUNDA MADRE Y CONTAR SIEMPRE CONTIGO EN LOS MOMENTOS MÁS IMPORTANTES DE MI VIDA.

A MI PAREJA Y BEBÉ

GRACIAS POR HABER LLEGADO A MI VIDA Y SER LA RAZÓN DE MI EXISTIR, Y PERMITIRME SEGUIR SOÑANDO; YA QUE SIN USTEDES MI VIDA SERIA ABURRIDA. LOS AMO.

A MIS AMIGOS

POR HABERME PERMITIDO CONOCERLOS Y SABER QUE PUEDO CONTAR CON USTEDES.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GRACIAS POR PERMITIRME SER PARTE DE USTEDES.

A MI TUTOR:

EL MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ POR COMARTIRME SUS GRANDES CONOCIMIENTOS AL IGUAL QUE SU TIEMPO TAN VALIOSO. GRACIAS.

A MI ASESORA:

LA DRA. MARIA ELENA NIETO POR SUS CONOCIMIENTOS Y APOYO INFINITO, MUCHISIMAS GRACIAS.

ESTA TÉSIS ES POR TODOS USTEDES.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

1.1 Ubicación de la Escuela Mariano Escobedo	6
1.2 Implementación de programas de salud bucodental	9

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD 11

2.1 Definición	11
2.2 Objetivo del educador para la salud	11

3. TIPOS DE COMUNICACIÓN 13

3.1 Comunicación interpersona	13
3.2 Comunicación colectiva	13

4. CARIES DENTAL 14

4.1 Definiciones	14
4.2 Etiología de la Caries	15
4.2.1 Factores Etiológicos de la Caries Dental	16
4.3 Placa dentobacteriana	18

5. ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

5.1 Definición	19
5.2 Índice CPO	20
5.3 Índice CPO (d)	21
5.4 Índice ceo (d)	23
5.5 Índice de higiene bucal de Love	23

6 MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA 26

6.1 Higiene bucodental	26
6.2 Técnica de cepillado	26
6.2.1 Técnica de barrido o de Stillman	27
6.2.2 Técnica vibratoria o de Bass	28
6.3 Cepillado de lengua	29
6.4 Auxiliares de la higiene bucodental	29
6.4.1 Cepillo dental	30
6.4.2 Limpiadores de lengua	30
6.4.3 Hilo dental	31
6.4.4 Dentífricos	32

6.4.5 Enjuagues Bucales	33
6.4.6 Fluoruros	34
6.4.7 Agentes reveladores	34
7. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE NIÑOS DE 6 A 7 AÑOS DE EDAD.	
7.1 De 6 años	36
7.2 De 7 años	36
7.3 Problemas bucodentales más frecuentes en la etapa escolar de 6 a 12 años de edad	36
7.4 Prevención de la caries dental en edad escolar de 6 A 12 años	37
7.5 Prevención	37
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
9. JUSTIFICACIÓN	39
10. OBJETIVOS	40
10.1 Objetivo general	40
10.2 Objetivos específicos	40
11. METODOLOGÍA	41
11.1 Material y Método	41
11.2 Tipo de estudio	42
11.3 Población de estudio	42
11.4 Muestra	42
11.5 Criterios	42
11.5.1 Criterios de inclusión	42
11.5.2 Criterios de exclusión	42
11.6 Variables	43
11.6.1 Variable dependiente	43
11.6.2 Variable independiente	43
11.7 Análisis de la información	43
11.8 Recursos	43
11.8.1 Recursos humanos	43
11.8.2 Recursos materiales	43
11.8.3 Recursos físicos	44
11.8.4 Recursos financieros	44

12. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.	
12.1 Contenido temático	45
12.2 Metas	45
12.3 Estrategias	45
12.4 Límites del programa	47
12.4.1 De espacio	47
12.4.2 De tiempo	47
12.5 Actividades	47
12.5.1 Cronograma de actividades	48
13. RESULTADOS	49
13.1 Análisis de resultados	57
14. CONCLUSIONES	59
15. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	61
16. ANEXOS	63

1. ANTECEDENTES

1.1 Ubicación del Colegio “Mariano Escobedo.”

Limites Geográficos de la Delegación

La Delegación Álvaro Obregón se ubica al poniente de la ciudad de México. Colinda al oriente con las delegaciones: Benito Juárez y Coyoacán, al Sur con Magdalena Contreras y Tlalpan, al Norte con Miguel Hidalgo y al poniente con Cuajimalpa. Su nombre es reconocimiento a Álvaro Obregón, el vencedor de la batalla de Celaya, que enfrentó al Ejército Constitucionalista contra la división del Norte de Pancho Villa. Tiene una extensión de 97 km², que representa el 6.5% de área total del Distrito Federal.¹

Esta delegación esta formada por 257 colonias, fraccionamientos y barrios, siendo los mas importantes San Ángel, San Ángel Inn, Tlacopac, Ermita, Chimalistac, Florida, Pedregal de San Ángel. Cuenta con poblados de características rurales como San Bartola Ameyalco y Santa Rosa Xochiac.¹



Fuente: <http://www.aobregon.df.gob.mx/delegacion/encifras/index.html>.

Población

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2009, se registran 687,020 Habitantes en la Delegación de Álvaro Obregón. Ubicándose como la 3 demarcación más poblada en la entidad.

El 74% de la población se encuentra entre los 15 y 64 años de edad, mientras que el 26% es menor de los 15 años.

Lo anterior significa que mientras en 1980 la población menor de 15 años constituía el 38% del total, para el 2000 representó once puntos porcentuales menos.¹

Educación

El nivel de analfabetismo en la Delegación Álvaro Obregón ha descendido en las últimas décadas, en 1970 el 13.3% de la población de 15 años y más no sabía leer ni escribir, treinta años después el porcentaje disminuye a 3.4; actualmente hay 16,807 analfabetas, del total de la población de 15 años.

En el año 2000, 6 de cada 100 personas no tenía instrucción primaria, 31 de cada 100 tenía nivel media básica, 56 de cada 100 tenía nivel media superior y 78% no cuenta con institución superior. En lo que se refiere a alumnos, personal docente y escuelas, para el periodo 1998/99 Álvaro Obregón contaba con 164,357 alumnos, 7,875 maestros, y 563 planteles educativos.¹

Escuela Mariano Escobedo

La Delegación Álvaro Obregón esta dividida por 5 direcciones encargadas en la educación básica, en ésta última hay 571 escuelas primarias en ambos turnos. La escuela Mariano Escobedo pertenece a la dirección 5, recibe el nombre en honor al General Mariano Escobedo (1826-1902), originario de Galeana Nuevo León, el cual participó en la Guerra de la Reforma e intervención francesa, fue nombrado gobernador de Nuevo León en marzo de 1865 por Benito Juárez.¹

En esta escuela están inscritos 364 alumnos de primero a sexto año en el turno matutino, cada grado escolar está formando por dos grupos el A y el B. Se trabajó con el grupo 1A que tiene 33 alumnos y el B que tiene 35 alumnos.



Fuente directa. Mural vista frontal del patio

1.2 Implementación de programas de Salud Bucodental

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños en México se encuentran entre un 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años.²

Por esta preocupación varios países de Latinoamérica, han participado en reuniones internacionales para llevar a cabo acciones de Atención Primaria de Salud en la cual se incluyen los programas de Educación para la Salud Bucal.³

El programa Interinsitucional “Educación Saludable” (PIES) fue puesto en marcha en el año 2002 en México, y buscaba efectuar acciones de prevención detección y promoción de salud en escuelas de nivel preescolar y escolar. Hasta agosto del 2004, se habían incorporado un total de 22,569 escuelas de las que más de 3,000 habían sido certificadas como saludables y seguras.

Este programa (PIES) ha identificado a la población infantil como una de sus poblaciones prioritarias de la política de salud, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública, este programa esta promoviendo, entre otros aspectos la salud bucal.

El objetivo de este programa es crear en planteles escolares y en los primeros años de vida una cultura de autocuidado y conductas que beneficien a la sociedad.⁴

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1 Definición

Es el conjunto de enseñanzas, aprendizajes y experiencias; que tiene como propósito final la participación activa y consiente de los individuos para desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para alcanzar el estado de salud.^{5,6,7,8.}

2.2 Objetivo del Educador para la Salud

El educador para la salud, sirve como un preparador de la escena psicológica, que estimula a las personas en la comunidad a reconocer los problemas de salud, mismos que pueden ignorar y de esta manera poder trabajar para encontrar su solución.

Dependiendo de la situación, el educador para la salud esta preparado para usar métodos muy diferentes de comunicación. Es un experto en una variedad de formas para considerar la educación, ya sea individual, de grupo y de la comunidad, así como en saber que medios educacionales y que materiales pueden usarse con mayor eficacia.⁶



Fuente directa: Alumnos de primer año de primaria

Otro aspecto importante es enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud del individuo por medio de:

- Informar sobre los padecimientos más frecuentes, sus secuelas, su prevención y control.
- Desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal.
- Promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.⁶



Fuente directa

3. TIPOS DE COMUNICACIÓN

3.1 La comunicación interpersonal e intermedia, se puede realizar mediante mensajes en la consulta, a través de pláticas, demostraciones, video, teatro guiñol y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

3.2 La comunicación colectiva, se lleva a cabo a través de medios masivos como son: televisión, radio, y periódico entre otros.⁶



4 CARIES DENTAL

4.1 Definición

El término caries proviene del latín, que significa descomponerse o echarse perder.

Caries dental se refiere a una enfermedad infecciosa de origen microbiano, provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental, provocando la destrucción de los tejidos duros de las piezas dentales, cuya existencia puede diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicado con espejos y sondas finas.^{6,8,9}

Los hidratos de carbono ingeridos en la dieta (ejemplo: azúcar, chocolates, bebidas de cola) son metabolizados en la cavidad bucal por las bacterias. El resultado de este proceso genera que las bacterias ataquen a la superficie de las piezas dentales.¹⁰

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana que se adhiere firmemente a las piezas dentales. La característica principal de la enfermedad, es la formación de cavidades en las piezas dentales. La enfermedad da inicio en la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.

El proceso de la enfermedad de la caries es variable ya que puede desarrollarse en solo unos meses o se puede requerir de varios años para su formación.^{11,12}

4.2 Etiología de la Caries

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos, (Keyes 1972); el huésped, la microflora y el sustrato, a los cuales Newbrum (1988), agregó el cuarto factor: tiempo.¹³

La caries se origina cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (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) (Orlando y cols., 1954, 1995; Keyes, 1962; Newbrum, 1978; König, 1987).^{6,14,15,16,17}

4.2.1 Factores Etiológicos de la Caries Dental

Factor Huésped: diente susceptible

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

- Defectos estructurales como las focetas y fisuras profundadas en caras oclusales, vestibulares y linguales
- Piezas dentales mal alineadas que dificultan el acceso a una buena higiene oral, ya que en ellas se acumulan gran cantidad de placa dentobacteriana.¹⁸
- Las piezas dentales recién erupcionadas presentan un esmalte menos maduro y por lo tanto más susceptible a la caries dental.



Fuente: <http://images.google.com.mx/images>

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



Fuente: <http://www.phoenixmission.org/web/images/stories/teeth.jpg>

Factor Sustrato: Se ha demostrado que la dieta rica en carbohidratos refinados en especial la sacarosa, aumenta la actividad cariogénica de la placa dentobacteriana. El azúcar en los dientes es utilizado por las bacterias como alimento favoreciendo la producción de ácidos y la disminución de ph en la saliva.¹⁹

Factor Tiempo: la importancia de la frecuencia y el tiempo en los que los carbohidratos permanecen adheridos a los dientes influyen a la susceptibilidad, debido a que el ph de la placa dentobacteriana permanece a niveles cariogénicos hasta 30 minutos después de su ingestión de carbohidratos. La repetida ingesta de ellos da como resultado el continuo ataque de los ácidos sobre el esmalte.¹⁶

4.3 Placa dentobacteriana

Es un material blando bacteriano, adherente, compuesto por microorganismos que se adhieren firmemente a las piezas dentales. La placa dentobacteriana es considerada como el más importante factor etiológico capaz de producir tanto caries como enfermedad periodontal.

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

5. ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

5.1 Definición

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

- Prevalencia: es aquella proporción de personas afectadas por una enfermedad de un momento específico.
- Incidencia: es la frecuencia de manifestación de la nueva enfermedad en una población durante un intervalo indeterminado.

Un índice epidemiológico debe contar con lo siguiente:

- ✓ Fácil de usar.
- ✓ Permitir explicar el examen a una variedad de personas en un lapso breve.
- ✓ Definir de una manera objetiva el estado clínico.
- ✓ Ser sujeto a análisis estadístico
- ✓ Mostrar un nexo numérico, y sólido con las etapas clínicas de la enfermedad específica en investigación.

La calibración o estandarización respecto del uso de los criterios de un índice por un examinador, es necesario para garantizar la confiabilidad de los resultados.²⁰

5.2 Índice CPO

El objetivo de este índice es determinar el total de las piezas dentales con experiencia de caries presente y pasada. Además el índice muestra el número de personas afectadas por caries dental, el número de piezas dentales que requieran un tratamiento y la proporción de piezas dentales que han sido tratadas.²¹



Fuente: <http://3.bp.blogspot.com>

Los índices más utilizados para identificar la caries dental son:

- Para piezas dentales permanentes son CPO (D), cariado, perdido, y obturado-diente.
- CPO (s), cariado, extraído y obturado – superficie.
- Para piezas temporales ceo (d), cariado, extraído y obturado-diente.
- ceo (s), cariado, extraído y obturado-superficie.

Cuando se presenta dentición mixta, se utilizan los índices por separado, cada uno para su respectiva dentición.²¹

5.3 Índice CPO (d)

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamientos en niños de escuelas primarias en Hagerstow, Maryland, EUA, en 1935.

Este índice es fundamental en los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de caries dental; señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, ya que toma en cuenta la piezas dentales con las lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se consideran solo 28 piezas dentales.²¹

Criterios de diagnóstico:

- Sano: una corona se registra como sana, sino muestra ningún signo de caries clínica tratada o sin tratar.
- Caries dental: se registra la presencia de caries, cuando una lesión esta presente en una foseta, fisura o en una superficie dental suave o reblandecida, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado, un suelo o una pared ablandada. También debe incluirse en esta categoría a piezas dentales con obturación temporal o una pieza dental obturada, pero también cariada. En caso de duda de la caries no debe registrarse como presente.
- Obturado: se considera que una corona esta obturada, cuando se hayan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en al corana. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.²³

-
- Perdido por caries: esta clave es para las piezas dentales permanentes o temporales que se han extraído por la presencia de caries.
 - Pieza dental perdida por causas diferentes a caries: es para las piezas dentales permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos de ortodoncia, por enfermedades periodontales o por traumatismos, entre otros.
 - Obturación de fosetas y fisuras: es para las piezas dentales que se les ha colocado un sellador de fosetas y fisuras en la superficie oclusal, vestibular, y lingual de los molares y cara palatina de los incisivos superiores.²³
 - Soporte de prótesis, corona o funda: se incluye en el estado de al corona, para indicar que un diente forma parte de una prótesis. Esta clave también puede emplearse para las coronas colocadas por motivos distintos a caries.
 - Dientes no erupcionados: esta limitada a las piezas dentales permanentes y se utilizan solo para un espacio dental en el cual hay un diente permanente sin erupcionar pero no en la ausencia de un órgano dental primario.²³

5.4 Índice ceo (d)

Es el índice adaptado por Grubbel para la dentición temporal en 1944; se obtiene de igual manera que el CPO (d) pero, considerando las piezas dentales temporales, cariadas, extraídas y obturadas son consideradas 20 piezas dentales.²¹



Fuente: <http://3.bp.blogspot.com>

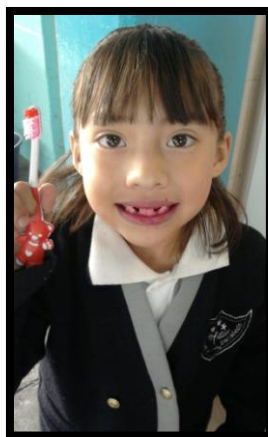
5.5 Índice de higiene bucal de Love

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

- Para detectar la placa dentobacteriana, se utilizan agentes reveladores (tabletas), se le indica al paciente triturarla con las superficies oclusales y con la lengua expandirla por todas las superficies dentales.

-
- Con la ayuda del espejo se comprueban las superficies de las piezas dentales que han sido teñidas por la sustancia reveladora y se registran con un punto color rojo en el diagrama del formulario.
 - Las piezas dentales ausentes se indican en el diagrama con una línea horizontal azul.
 - Las piezas dentales que no han sido teñidas por la solución reveladora, se señalan con un punto azul.
 - Los terceros molares no se incluyen en el análisis por no ser dientes pilares de prótesis.

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



Fuente directa

A su vez este índice será evaluado de la siguiente manera:

- De 0 a 14% Excelente
- De 14 a 20% Bien
- De 20 a 30 % Regular
- Más de 30% Mal. ²¹



6. MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

6.1 Higiene bucodental

La placa dentobacteriana constituyen un factor causal sumamente importante en la formación de caries dental y enfermedad periodontal. Por lo tanto, es importante y fundamental, eliminarla por medio de los siguientes métodos:

- Cepillado dental
- Uso de medios auxiliares como hilo dental, cepillos interdetales e irrigadores bucales.
- Dentífrico
- Enjuaje bucal.²⁴

6.2 Técnica de cepillado

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

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

- Eliminar y evitar la formación de la placa dentobacteriana
- Limpiar aquellas piezas dentales que tengan restos alimenticios
- Estimular los tejidos gingivales
- Aportar cantidades de fluoruro dental al medio bucal, por medio de dentífricos.^{24,25}

Todo este proceso debe realizarse con un cepillo suave y sin aplicar demasiada presión, ya que si se hace con fuerza se lesionan las encías.¹⁸

El cepillo dental debe llegar a todas las superficies dentales por lo que es necesario hacerlo poco a poco y siguiendo un orden; es aconsejable empezar por las superficies externas, luego las internas y por último las masticatorias. El tiempo para realizar la limpieza de modo óptimo es de aproximadamente cinco minutos.^{24,25}

6.2.1 Técnica de Barrido o de Stillman

Consiste en realizar un barrido vertical con el cepillo dental, mismo que se coloca a 45° de inclinación abarcando parte de la encía y “barriendo” desde ésta hacia el diente para lograr eliminar la placa dentobacteriana que se aloja en el surco gingival (surco que se forma en la unión entre el diente y la encía). Para los dientes de la arcada superior, el barrido se hace hacia abajo y para los dientes de la arcada inferior hacia arriba.



<http://www.dentalsalud.com.ve/tec-cepillado-1.jpg>

Las superficies oclusales o masticatorias de los molares y premolares se cepillan con movimientos ligeramente circulares.²⁷



Fuente: http://farm1.static.flickr.com/88/270213248_cd9dca3fb6.jpg?v=0

6.2.2 Técnica vibratoria o de Bass

Debe llevarse a cabo con una inclinación del cepillo de 45°, realizando movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo.

Deben ser movimientos muy cortos para que las cerradas se flexionen sobre sus propios ejes, pero que los puntos no se desplacen a los puntos de apoyo.

Es una técnica recomendada en adultos, en la cara masticatorias de los molares, deben hacer movimientos para eliminar todos los restos alimenticios.²⁴

6.3 Cepillado de lengua

El cepillado de lengua permite disminuir la presencia de los restos alimenticios y de la placa dentobacteriana. La técnica correcta para cepillar la lengua, consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como

sea posible sin provocar náuseas, y con los cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, el movimiento se repite de seis a ocho veces aproximadamente en cada área.²⁴

6.4 Auxiliares en la higiene bucodental

6.4.1 Cepillo Dental

La tendencia es utilizar cepillos pequeños y de mango recto con dos o tres hileras de diez a doce penachos de fibra de nylon; deben de ser de consistencia suave con los extremos de las cerdas redondeadas. Un cepillo pequeño permite alcanzar todas las superficies dentales, las fibras sintéticas o de nylon no tiene mayor desgaste como las naturales y recuperan más rápido la elasticidad después de ser utilizados.

Por otro lado los penachos separados permiten una mayor acción de las fibras, ya que pueden arquearse y llegar a zonas que no alcanzarán el cepillo, esto a su vez deben tener extremos redondeados y ser blandos para evitar lastimar la encía.¹⁸



Fuente: <http://en.ideas4all.com/ideas/0000/0388/cepillo-de-dientes.jpg>

Se sugiere que el cepillo dental sea remplazado aproximadamente cada tres meses, debido a que un cepillo en mal estado, sólo irrita las encías y no limpia adecuadamente.²⁵

6.4.2 Limpiadores de lengua

Cuando no se tiene el hábito de limpiar la lengua, se observa en su parte media y posterior una capa o masilla blanquizca o amarillenta, que se acumula a través del tiempo y se hace espesa y gelatinosa; ésta es la que produce el mal aliento.²⁷

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



http://img.alibaba.com/photo/51731876/Sell_Tongue_Cleaners.jpg

Éste es recomendado para los adultos y menores, tan pronto como empiecen a cepillarse los dientes. Su uso reduce la formación de la placa dentobacteriana en la lengua, promueve una higiene oral y un aliento fresco. En el 90% de los casos de mal aliento tiene origen en la lengua.²⁷

6.4.3 Hilo dental

Es un hilo de ceda, formando por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie de las piezas dentales. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la

persona, si existe o no contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar hilo dental, pero si el espacio es mayor es conveniente usar la cinta o el hilo tipo “floss”.

Para usar el hilo es recomendable extraer aproximadamente de 30 a 40 centímetros y se enrolla en los dedos medios de ambas manos, para máximo control debe haber una separación de 2 centímetros entre los pulgares. Conforme se va utilizando, el hilo se va desenrollando de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental.²³

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

En los dientes superiores, el hilo se guía con los dos pulgares o con el pulgar y el índice, en los dientes inferiores con los índices.^{18,23}



Fuente: <http://sonria-ahora.com.ar/Images-sonria/hilodental.gif>

6.4.4 Dentífricos

Sirven para limpiar las caras accesibles de las piezas dentales y contribuyen a la eliminación de la placa dentobacteriana por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda una sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta.

6.4.5 Enjuagues Bucales

Los enjuagues o colutorios son soluciones que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias. Existen diferentes enjuagues cuyo efecto varía en función de su composición. Así se puede encontrar colutorio con fluoruro, para la prevención a la caries dental.²⁹

Otros enjuagues están específicamente indicados para combatir y eliminar la placa dentobacteriana o la halitosis.



Fuente: http://www.theessentials.com/images/us/local/products/detail/7018_dt.jpg



Fuente: <http://www.tiendasalud.com/images/0270list00.jpg>

Generalmente, se emplean como complemento en los tratamientos de la enfermedad periodontal como en la gingivitis o para reducir el desarrollo de la placa dentobacteriana.³⁰

6.4.6 Fluoruro

El fluoruro desempeña otra función importante en prevenir la caries dental; es un producto químico encontrado en la naturaleza y permite fortalecer el esmalte actuando contra la desmineralización del mismo.¹⁹

6.4.7 Agentes reveladores de placa dentobacteriana

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

Estos agentes, se presentan en unas soluciones o pastillas, que deben chuparse o masticarse pasándolas con la lengua por todas las superficies accesibles de las piezas dentales, pigmentando la placa dentobacteriana

en tonos cada vez más oscuros, el paciente al descubrir la placa dentobacteriana, tendrá mayor motivación para cepillarse, así mismo, se muestran las zonas donde el cepillado es deficiente.

Una vez que se ha logrado un cepillado adecuado habitual, no será necesario su uso rutinario, pero si es conveniente su uso esporádico para reforzar lo motivación y comprobar la efectividad del cepillado dental.³¹

7. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE NIÑOS DE 6 A 7 AÑOS DE EDAD

7.1 De 6 años.

- Lenguaje definitivamente fijado
- Predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión.
- No se pueden adaptar
- No aceptan bien las críticas
- Necesitan tener razón y granar
- Necesitan de elogios
- Se muestran como un cobarde agresivo

7.2 De 7 años

- Es muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo
- Necesita comprensión
- Cree que la gente esta en contra de él
- Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.⁷

7.3 Problemas bucodentales más frecuentes en la etapa escolar de 6 a 12 años de edad

- Caries dental
- Traumatismos
- Maloclusiones
- periodontopatias³⁰

7.4 Prevención de la caries dental en edad escolar de 6 A 12 años

- Falta de higiene bucal
- Características anatómicas de los dientes
- Disposición de los dientes en la arcada dental (apiñamiento)
- Presencia de aparatos dentales
- Alta ingesta de carbohidratos

7.5 Prevención

- Técnicas de cepillado
- Utilización de hilo dental
- Utilización de dentífricos
- Utilización de enjuagues bucales
- Colocación de selladores de fosetas y fisuras.
- Dieta ³⁰

8. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños constituyen un grupo tradicionalmente olvidado desde el punto de vista de atención a la salud bucodental, porque los profesionales en esta área y los sistemas de salud, están preparados, pero no le dan la debida importancia.

En la niñez se observa un número significativo de caries en estado avanzado, así como el principio de enfermedades periodontales, lo que marcará posteriormente, los problemas de salud bucal en la adolescencia y en la edad adulta.

Es por ese motivo que surge la necesidad de implementar programas de salud bucal que sirvan de guía para los niños en la edad escolar, así como tratar de ayudar a los profesores de las escuelas y a los padres fomentar la salud bucodental, para evitar la aparición o el avance de las enfermedades bucales.

Todos los profesionales de la salud deberían reconocer la necesidad de enfatizar que los pacientes ingresen a programas preventivos bien planeados. En materia odontológica, la falta de prevención ocasiona un mayor número de restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y prótesis para muchas personas. El cambio de énfasis en la prioridad del tratamiento hacia la prevención requerirá de un liderazgo activo y de promoción de la salud por parte de los profesionales, defensores de los consumidores, educadores en Salud Pública y de quienes planean la política sanitaria.

9. JUSTIFICACION

Con el fin de promover la salud bucal se desarrolló a través de la Educación para la Salud, un programa dirigido a alumnos inscritos en la Escuela Primaria Mariano Escobedo turno matutino, ya que los hábitos higiénicos-dietéticos no han sido aun formados en la mayoría de los niños, por lo que el cuidado de los dientes en este periodo es indispensable. A la edad de los 6 años los niños son más susceptibles a desarrollar caries debido a que los dientes permanentes comienzan su erupción.

De ahí surge el interés por implementar programas de Educación para la Salud Bucal en un grupo vulnerable como lo es nivel primaria enfocadas a la prevención en odontología, información adecuada para que los niños conozcan la importancia de la boca y de la higiene oral, lo que permitirá incrementar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental, y los motivará para adquirir nuevas prácticas de salud, encaminadas a una mejor calidad de vida.

Fomentar la higiene bucal a edad temprana permite la creación de hábitos de cuidado dentales, que permitirán a lo largo de la vida.

10. OBJETIVOS

Objetivo general

- Diseñar y aplicar un programa de Educación Bucodental para alumnos que cursan el primer año en la primaria pública Mariano Escobedo durante el mes de Octubre del 2009.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de conocimiento que tienen los escolares sobre salud bucal.
- Conocer los hábitos de higiene que practican.
- Evaluar el programa de Educación para la Salud Bucodental.

11. METODOLOGÍA

11.1 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 año de primaria, la implementación de esta actividad se realizó en tres etapas dentro de las instalaciones de la escuela primaria pública Mariano Escobedo, previa autorización de las autoridades correspondientes.

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

En la segunda etapa, se desarrolló el contenido educativo del Programa de Salud Bucal, es decir el material audiovisual que se empleó y que cuenta con los elementos necesarios para facilitar la enseñanza del cuidado y preservación de la cavidad oral, se dio una plática con el contenido temático establecido y se les enseñó la técnica de cepillado correcta, y el uso del hilo dental.

Por último se aplicó por segunda ocasión el cuestionario utilizado en 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.

11.2 Tipo de estudio

De intervención comunitaria

11.3 Población de estudio

Niños y niñas que se encuentran cursando el primer año de primaria en la escuela pública Mariano Escobedo turno matutino

11.4 Muestra

66 Niños que asisten a la escuela primaria Mariano Escobedo de primer año en el turno matutino.

11.5 Criterios

11.5.1 Criterios de inclusión

- Niños y niñas de primer año que asisten a la escuela Primaria Mariano Escobedo en el Turno Matutino.
- Que acepten participar.
- Que participen en las tres etapas de intervención del Programa.

11.5.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que no cursen el primer año.
- Alumnos que no acepten participar.
- Alumnos que no participen en alguna de las tres etapas del programa.

11.6 Variables

11.6.1 Variable dependiente

Hábito de higiene bucal en niños

11.6.2 Variables independientes

Contenido del programa de Educación para la salud bucodental.

11.7 Análisis de la información

Se determinó la distribución porcentual de cada variable de estudio.

11.8 Recursos

11.8.1 Recursos humanos

- Tutor
- Asesora
- Pasante

11.8.2 Recursos materiales

- Encuestas
- Cepillos dentales
- Abatelenguas
- Guantes
- Bata
- Cubreboca
- Hilo dental

-
- Tabletas reveladoras
 - Tipodonto
 - Pasta dental
 - Enciclopedia
 - Disco con la información de las pláticas

11.8.3 Recursos físicos

- Escuela primaria Mariano Escobedo
- Facultad de Odontología. U.N.A.M.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología
- Sala de audiovisuales

11.8.4 Recursos financieros

A cargo de la tesista.

12 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

12.1 Contenido temático.

Las pláticas consistieron en exposiciones orales y materiales audiovisuales como diapositivas acerca de los siguientes tópicos:

- Caries dental
- Placa dentobacteriana
- Técnica de cepillado
- Utilización de hilo dental
- Nutrición

12.2 Metas

- Elevar el nivel de conocimientos de los niños de 1er. año de la escuela primaria Mariano Escobedo.
- Lograr en los niños la identificación de los hábitos higiénicos bucales.
- Motivar la práctica de higiene bucodental, a fin de prevenir la presencia de enfermedades bucodentales.
- Contar con un programa de salud en la primaria Mariano Escobedo.

12.3 Estrategias

- Mostar a los niños de primer año de la Escuela Primaria Mariano Escobedo imágenes de caries dental, placa dentobacteriana, nutrición y dientes con pastillas reveladoras de placa.
- Aplicación de un cuestionario diagnóstico de los conocimientos de los niños acerca de los hábitos y de la higiene bucal.
- Aplicación a los niños de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana para la medición del índice de la placa mediante el método de Love.

-
- Enseñar a los niños procedimientos preventivos, como técnica de cepillado y el uso de hilo dental explicando la importancia de la prevención.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

12.4 Límites del programa

12.4.1 De espacio

Escuela primaria Mariano Escobedo

12.4.2 De tiempo

Del 14 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2009

12.5 Actividades

Se implementó el Programa de Educación para la Salud Bucodental en la Escuela Primaria Mariano Escobedo, realizando las siguientes actividades:

- 1.- Se aplicó un cuestionario a los alumnos con la finalidad de conocer que tanto saben acerca de las enfermedades bucodentales e identificar que hábitos y costumbres tienen respecto al cuidado de su salud oral.
- 2.- Se llevó a cabo una charla con los alumnos apoyados en material audiovisual para que identifiquen que es caries, lo que ocasiona y su tratamiento.
- 3.- Se les enseñó la técnica de cepillado adecuada y el uso correcto del hilo dental.
- 4.- Se aplicó el mismo cuestionario que contestaron antes de las pláticas con el fin de medir el impacto que causaron las mismas.

12.5.1 Cronograma de actividades

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

Se determinó el índice de higiene de Love con la finalidad de registrar el índice de placa dentobacteriana presente.

En las siguientes dos visitas se llevó a cabo la plática sobre el cuidado de salud bucodental, se abordaron los temas de caries dental, placa dentobacteriana, y nutrición. Esto se llevó a cabo en el salón de audiovisuales con apoyo de una enciclopedia.

Durante la 5ª, 6ª, 7ª visitas se continuó con la explicación sobre técnicas de cepillado apoyadas con un tipodonto, dentífricos e hilo dental.

En la 8ª. Visita se volvió a aplicar el cuestionario inicial, para poder evaluar el impacto del programa.

13. RESULTADOS

13.1 Análisis de resultados.

De la población total de 66 alumnos de primer año tanto 1 A como 1B, estaba constituido por 16 niños y 15 niñas en el 1A y 18 niñas y 17 niños en el 1B obteniéndose los siguientes resultados



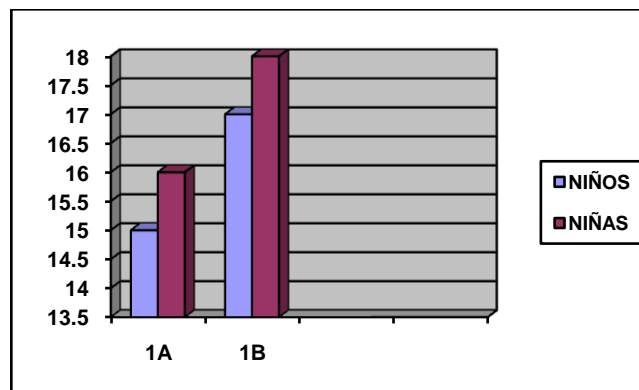
Fuente directa



Fuente directa

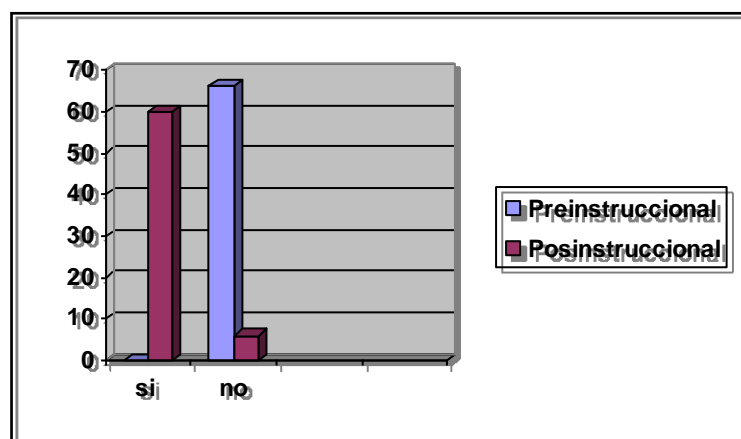
GRÁFICO

Gráfico 1. Distribución porcentual por género de primero A y primero B de la escuela Primaria Mariano Escobedo. 2009



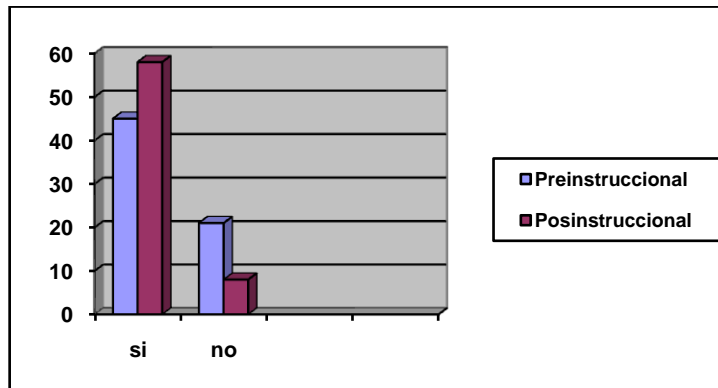
Fuente directa

Pregunta 1. ¿Sabes qué es la placa dentobacteriana? En ambos grupos 1A y 1B



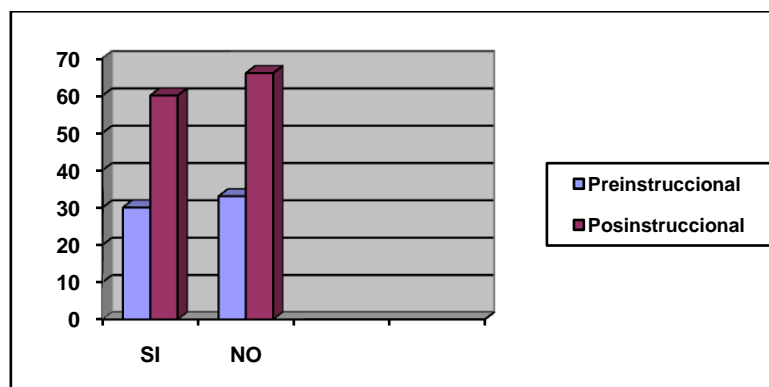
Fuente directa

Pregunta 2. Te cepillas los dientes? En ambos grupos 1A y 1B



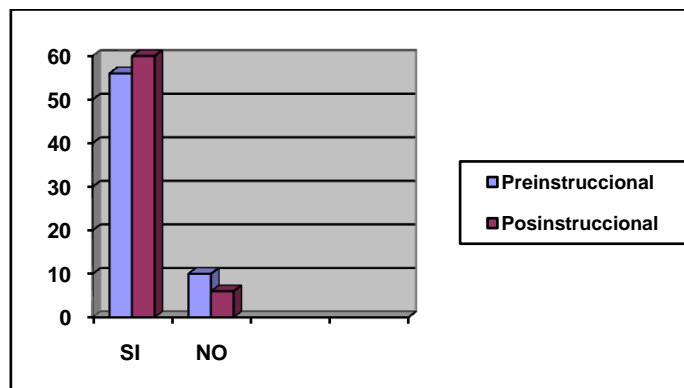
Fuente directa

3. ¿Usas pasta de dientes? En ambos grupos 1A y 1B



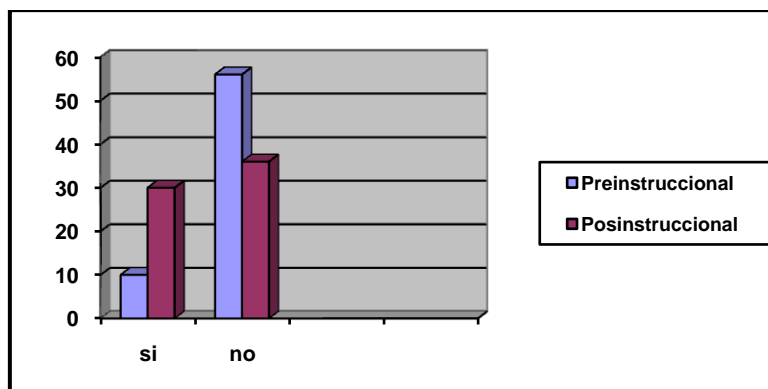
Fuente directa

4. ¿Sabes lo que es un enjuague bucal? En ambos grupos 1A y 1B



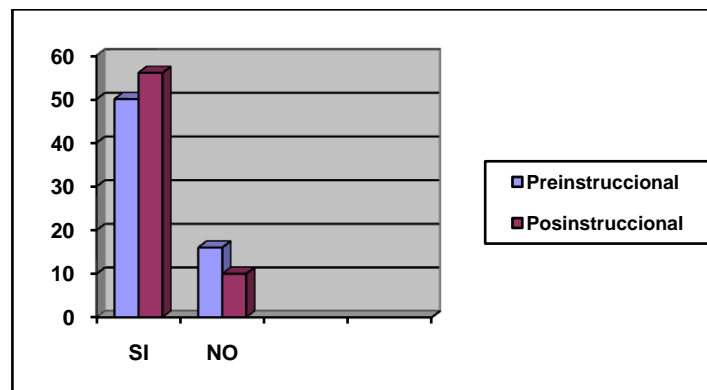
Fuente directa

5. Usas enjuague bucal? En ambos grupos 1A y 1B



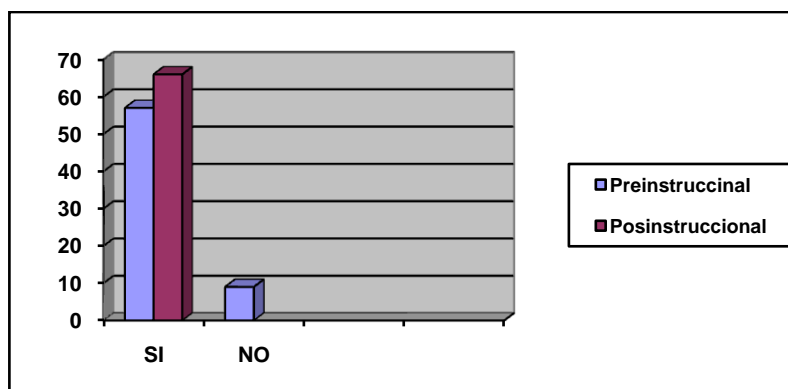
Fuente directa

6. ¿Conoces qué es la caries? En ambos grupos 1A y 1B



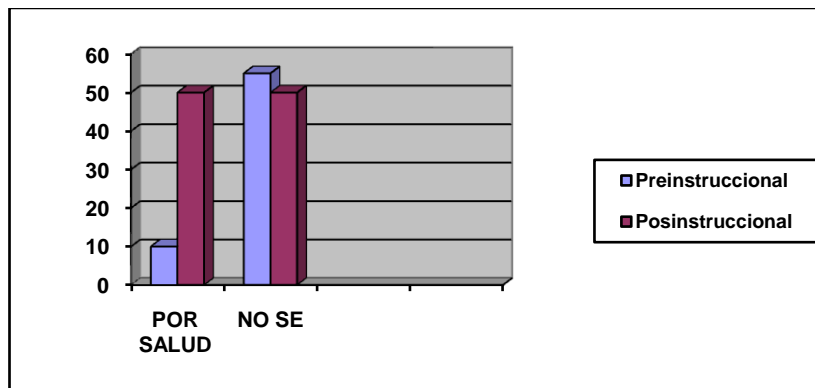
Fuente directa

7. ¿Crees que tus dientes los debes de cuidar? En ambos grupos 1A y 1B



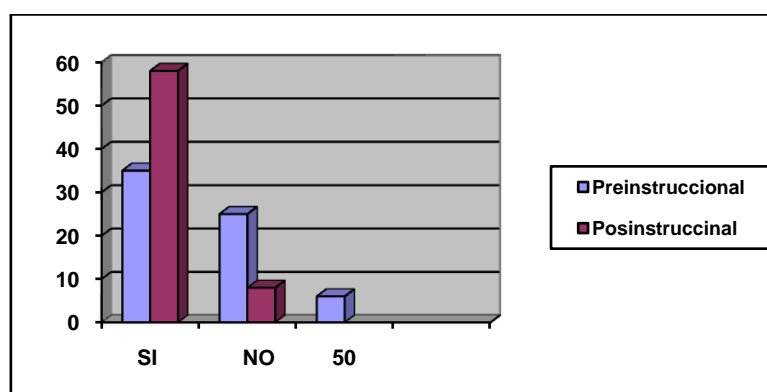
Fuente directa

8. ¿Por qué crees que debes cuidar tus dientes? En ambos grupos 1A y 1B



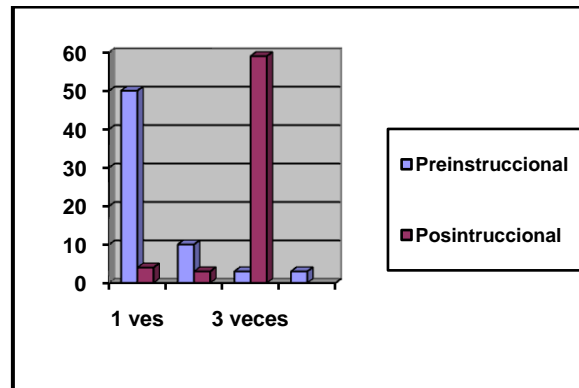
Fuente directa

9. ¿Crees importante cepillarte los dientes? En ambos grupos 1A y 1B



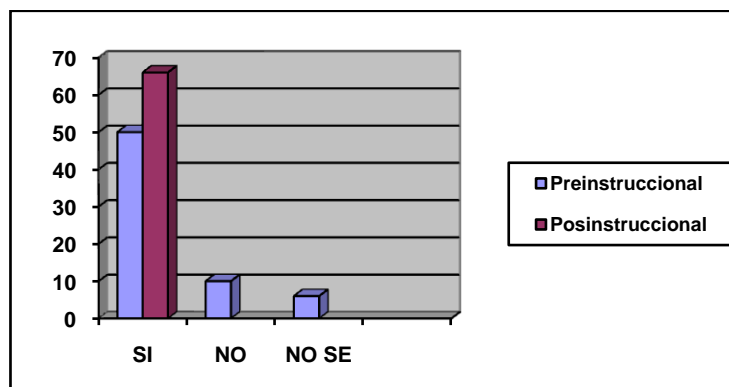
Fuente directa

10. ¿Cuántas veces te debes de cepillar tus dientes al día? En ambos grupos 1A y 1



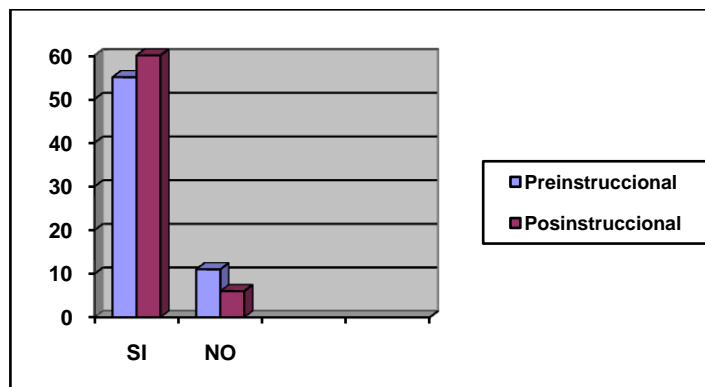
Fuente directa

11. ¿Después de lavar tus dientes te debes cepillar tu lengua? En ambos grupos 1A y 1B



Fuente directa

12. ¿Cepillas tus dientes antes de irte a dormir? En ambos grupos 1A y 1B



Fuente directa

Antes de la intervención del programa el 100% de los niños (66 alumnos) no sabía lo que era la placa dentobacteriana, después de la intervención 60 niños que representaban el 90%, sabía lo que era la placa dentobacteriana y sólo 6 alumnos no sabían

Antes de la intervención, 68 % de los niños (45 alumnos) se cepillaban los dientes, después de la intervención el 96.9% de los niños (58 alumnos) se cepillaban los dientes.

El 45% de los niños (30 alumnos) utilizaban pasta, después de la intervención el 90% de los niños (60 alumnos) utilizaban pasta dental, sólo el 84% de los niños (56 alumnos) sabía lo que es un enjuague bucal, después de la intervención el 90% de los niños (60 alumnos) sabía lo que era un enjuague bucal.

El 15% de los niños (10 alumnos) usaban enjuague bucal, después de la intervención el 45% de los niños (30 alumnos) usaban enjuagues, sólo el 53% de los niños (35 alumnos) sabía lo que era una caries, después de la intervención el 85% de los alumnos (56 alumnos) sabía que es la caries.

El 45% de los niños (30 alumnos) creía que debía cuidar sus dientes, después de la intervención el 100% de los niños (66 alumnos) creían que debían cuidar sus dientes, sólo el 15% de los niños (10 alumnos) sabían por qué debían cuidar sus dientes, después de la intervención el 75% de los niños (50 alumnos) sabían por que debían cuidar sus dientes.

sólo el 53% (35 alumnos) creía que era importante cepillarse los dientes, después de la intervención el 88% (58 alumnos) creía que era importante cepillarse los dientes, sólo el 7.5% (5 alumnos) sabían que debían cepillarse los dientes 3 veces al día, después de la intervención el 89% (59 alumnos) sabían que debían de cepillarse los dientes 3 veces al día

Sólo el 75% (50 alumnos) sabía que después de lavar sus dientes debía de cepillar su lengua, después de la intervención el 100% (66 alumnos) sabía que después de lavar sus dientes debía cepillar la lengua, sólo el 83% (55 alumnos) cepillaba sus dientes antes de irse a dormir, después de la intervención el 100% (60 alumnos) cepillaba sus dientes antes de irse a dormir.

13. CONCLUSIÓN

La caries y la enfermedad periodontal, en sus distintas formas, representan los problemas de salud más frecuentes en los niños de edad escolar. La única posibilidad de mantener la salud bucodental es prevenir estas enfermedades de forma precoz, antes de que éstas se instalen. La comunidad tiene que conocer su repercusión y los medios existentes para actuar tanto individual como colectivamente.

Un programa preventivo básico bucodental debe intentar conseguir tres objetivos:

- Higiene bucal y asesoramiento dietético
- Realización de medidas preventivas como aplicación de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras
- Rehabilitación de tratamiento Odontológico Integral

Un programa de salud bucodental va a actuar sobre el individuo (niños y padres), sobre el medio escolar (profesores), y sobre el ámbito sanitario (actividades de enfermería y odontológicas), en coordinación y colaboración con otras instituciones y recursos de salud bucodental.

El ámbito ideal para el desarrollo de los programas de salud bucodental son los equipos de atención primaria y los profesionales de salud bucodental integrados en los mismos. Padres y profesores tiene un papel fundamentalmente en la educación individual para la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos.

El programa de Educación para la Salud que se implementó, cumplió con los objetivos trazados, se debe resaltar que la población a la que le fue implementado este programa, participó activamente y mostró un gran

interés en esta actividad, tanto los alumnos como los profesores, por lo que se recomienda continuar con este tipo de programas para lograr sensibilizar a la población en general e informar de la importancia de preservar la salud bucodental.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.aobregon.df.gob.mx/delegacion/encifras/index.html>.
2. Políticas de Salud Bucal en México, www.mex.ops_oms.org/contenido;
www.arbiomedica.vady.mx/pdf/rb06/745.pdf.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Escuela Saludable, www.mspas.gob.su/programas.asp.
4. www.folaoral.org/programas.
5. Medicina 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.
6. López J.P y col. **Salud bucodental en al Atención Primaria**. Primer Edición. México 2004. Pp: 145-153.
7. Green WH. Simona-Morton BG. **Educación para la salud**. Primera Edición. México, D.F, Interamericana; 1988. Pp: 30,31 y 42.
- 8 Higashida. B. **Odontología preventiva**. Primera edición. México, Editorial. Mc Graw-Hill Interamericana. 2000. Pp. 2-3, 41-43, 117-118, 127-131, 178, 183-184, 188,190, 194-195.
9. Internet: **N.O.M-013-SSA2-1994**. 4.1.3 Educación para la salud.
www.conamed.gob.mx
10. . Boj. J.R y col. **Odontopediatría**. México. D.F. Masson 2004. Pp: 125-132.
11. E. Barbería Leache. **Odontopediatría**. Editorial. Masson. España 1995. Pp:171-181, 117.
12. . Walter L. R de F y col. **Odontología para el bebe**. Primera edición. Brasil. Amolca 2000. Pp: 95-106
13. Seif T. **Cariología, prevención, diagnostico y tratamiento Contemporaneo de la Caries Dental**. Primera edición. CaracasVenezuela. Editoral Actualidades Médico-Odontológicas; 1997. Pp. 27-29,44-51 y 216-217

-
14. Agramante M.A. **Influencia de los Niveles Socioeconómicos en los Índices Ceo en una población infantil.** México. 2001. F.E.S Iztacala. Primer foro de experiencias PAEA. Hallado en:
www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/26TDC011a.htm.
15. Piedrola G y col. **Medicina preventiva y salud pública.** Novena edición, Barcelona; España. Editorial Masson Salvat; 1991. Pp 944-947.
16. Riethel P y col. **Atlas de profilaxis de la caries.** Editorial Salvat; 1990. Pp. 37-43, 49-58;69-78.
17. Newbrum E. **Cariología.** Editorial Limusa: Segunda reimpresión, México D.F, 1984. Pp.335-351.
18. <http://www.caries.info/acidos.htm>
19. Báscones A. **Periodoncia Básica** 1º edición ciudad de México, Editorial Cerda, 1999. Pp. 35-45, 47-50, 64-72.
20. <http://www.uoa.mx/sitiosumd/caries.htm>
21. <http://sdpt.net/salud%20dental%20indices.htm>
22. Carranza S.A.; Newman M.G., Takei H.H. **Periodoncia,** 9º edición México, McGraw-Hill, 1993. Pp. 443-444
23. Wilkins E. Cical **Practice of the Dental Hygienist,** seven edition Williams & Wilkins. Baltimore. Pp. 297-299
24. <http://www.pediatralda.cl/higienedental.htm>
25. <http://www.pulevasalud.com>
26. <http://www.odontologiaestetica.com/cepillado>
27. <http://www.kissfresh.com.mx/info.shtml>
28. <http://www.tupediatra.com>
29. http://www.odonto_red.com/higienedental.htm
30. <http://www.Dentist.ondasalud.com/index.html>
31. <http://www.cdo.gov/nobddd/spanish/child/midcchiodhtm>
32. Pinkham J. R. **Odontología Pediátrica,** 3º edición, Editorial MC Graw Hill Interamericana, 1994. Pp. 375-381.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Hoja de consentimiento Informado

México, D.F., a 7 de Septiembre del 2009.

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

Para que participe en el estudio de implementación de programa de Salud Bucal, por lo que se le realizará una revisión dental dentro de la Escuela Mariano Escobedo

Cabe señalar que participar en este estudio no tiene ningún costo, y la revisión no presenta riesgo.

Por su colaboración muchas gracias

Nombre y firma del padre o tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Cuestionario para alumnos

Edad:

Sexo:

1.- ¿Sabes que es la placa dentobacteriana?

Si

No

2.- ¿Te cepillas los dientes?

Si

No

3.- ¿Usas pasta de dientes?

Si

No

4.- ¿Sabes lo que es un enjuague bucal?

Si

No

5.- ¿Usas enjuague bucal?

Si

No

6.- ¿Conoces que es la caries?

Si

No

7.- ¿Crees que tus dientes los debes cuidar?

Si

No

8.- ¿Por qué crees que debes cuidar tus dientes?

Por salud

No se

9.- ¿Crees que es importante cepillarte los dientes?

Si

No

No se

10.- ¿Cuántas veces te debes cepillar tus dientes al día?

1 vez

2 veces

3 veces

No se

11.- ¿Después de lavar tus dientes te debes cepillar tu lengua?

Si

No

No se

12.- ¿Cepillas tus dientes antes de irte a dormir?

Si

No