



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**“HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA
PRIMARIA ETIOPÍA PERIODO 2008-2009”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A
ROSALES VILLANUEVA JANNET
SANDOVAL PÉREZ EVELYN**

DIRECTORA: DRA. BEATRIZ GURROLA MARTÍNEZ

México, D.F., Junio de 2010.



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.

Dedicatoria:

Dedicada a quien debo el comienzo de mi vida y quien siempre pone los medios para llegar hasta donde quieres llegar y que me permite hoy estar en este momento tan especial, a Dios.

Agradecimientos:

Me siento profundamente agradecida con toda mi familia, especialmente con mis padres por todo su apoyo incondicional, por haberme dado la oportunidad de estudiar una carrera que será base para mi futuro; porque creen en mí, y me han inspirado, conmovido e iluminado con su presencia.

También quisiera expresar mi reconocimiento y gratitud a mi directora de tesis y a todos los doctores que de alguna manera se han involucrado en mi formación profesional; porque siempre fueron muy amables y me brindaron todo su apoyo.

Por último a todas aquellas personas que se han cruzado en mi vida y que siempre creyeron en mí y compartieron generosamente su sabiduría, amistad y amor. Gracias!!!...

Jannet Rosales Villanueva.

DEDICATORIA.

AGRADESCO A DIOS POR ESTAR EN ESTE MUNDO RODEADAS DE LOS SERES QUE AMO.

A MIS PADRES POR DARME LA VIDA Y EDUCARME CON HUMILDAD Y RESPETO. (FIDEL Y LUCIA)

A MIS HERMANOS POR ESTAR A MI LADO (ERWIN, JONATHAN, RAFA Y ERIK)

A MIS ABUELITOS DAVID, OTILIA Y GILBERTO.

A MIS AMIGOS (ANGY, SELE, JANNET Y GRILLO) POR ESTAR COMPARTIR TODOS LOS LINDOS MOMENTOS EN ESTA ETAPA DE MI VIDA.

A UN ANGEL QUE ME HA DADO AQUELLOS CONSEJOS QUE LOS PONGO EN PRACTICA PARA SALIR ADELANTE DRA. BETY.

LA GLORIA NO CONSISTE, EN NO CAER NUNCA SI NO MAS BIEN EN LEVANTARSE LAS VECES QUE SEAN NECESARIO.

EVELYN SANDOVAL PÉREZ

ÍNDICE

Contenido	Página
Título	1
Introducción	2
Justificación	3
Planteamiento del problema	4
Marco teórico	5
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
Diseño metodológico	26
Diseño estadístico	32
Presentación de resultados	34
Análisis de resultados	45
Discusión	46
Conclusiones	47
Propuestas	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos	50

“Higiene oral en escolares de 9 a 12 años de la primaria Etiopía
Periodo 2008-2009”

Introducción

El propósito principal de la higiene oral consiste en evitar las diferentes alteraciones estomatológicas, mediante la disminución de la acumulación de placa y la facilitación de la circulación de tejidos blandos, por lo que constituye un factor importante para mantener una buena salud oral.

Entre los métodos preventivos más importantes están los buenos hábitos de higiene oral como una técnica correcta de cepillado. Los niños deben aprender que el cepillado dental debe efectuarse tres veces al día haciendo énfasis en el cepillado antes de dormir, ya que durante siete horas de sueño se desarrolla y crece la flora bacteriana productora de caries en el medio ácido bucal que no puede modificarse en las horas de reposo. Uso del hilo dental para remover la placa bacteriana alojada en los espacios interdientales; esto evita el riesgo de la caries interdental. Uso de enjuagues bucales; control odontológico periódico, hábitos dietéticos adecuados, uso de flúor y aplicación de selladores de fosetas y fisuras. (1,2, 3)

Las alteraciones de mayor incidencia en estomatología, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, alteraciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales y fluorosis dental. Estas alteraciones por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral, rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del sistema de salud y de la población.

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos. Afecta primordialmente a niños de 6 a 12 años de edad, mientras que las periodontopatías se manifiestan principalmente en los adultos. La estomatología moderna se orienta a la prevención de esta patología en sectores vulnerables como el infantil, es muy importante la labor de los padres que deben educar al niño desde los dos años de edad y saber que lo que aprenda a esa edad condicionara su higiene bucal el resto de su vida. Por este motivo en esta investigación fue necesario identificar el índice de higiene oral en los escolares de 9 a 12 años de la escuela primaria Etiopía, y con el fin de mejorar la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población.

Justificación

Los dientes y encía saludables son esenciales para la buena salud en general del niño; en este sentido las alteraciones estomatológicas deben ser prevenidas en los niños y las niñas, pues se ha demostrado que es una condición que afecta el desarrollo integral, al afectar sus funciones masticatoria, estética, fonética y tener importantes implicaciones psicológicas, basándose en los siguientes hechos: los niños que muestran caries en los dientes primarios tienen un alto riesgo de desarrollar caries en la dentición permanente, los infantes con altos índices de caries pueden requerir de visitas dentales frecuentes a salas de emergencia, debidas a la diseminación de los procesos infecciosos. (3,4)

Por otro lado el desarrollo físico insuficiente del infante, especialmente en lo relativo a talla y peso; por lo general se presenta los niños con caries en dientes temporales que tienen el 80% de su peso ideal.

Además de que los niños que llegan a presentar caries con dolor, no asisten al colegio, con la consecuencia de la pérdida de asistencia en los días de escuela e incremento en el número de días con actividades restringidas, lo cual acarrea la disminución en la habilidad para aprender. Ante este panorama se pretende mostrar que "es importante que los escolares y los padres sepan que los procesos estomatológicos pueden ser controlados con medidas preventivas y a través de un diagnóstico temprano, no llegando así a una etapa curativa ", motivo por el cual se recomienda las medidas preventivas como el cuidado apropiado de los dientes y las encías del niño incluyendo una buena técnica de cepillado dental, uso de hilo dental y enjuagues. Ya que se cree que en la mayoría de los casos el origen de la caries dental esta en una deficiente higiene oral". Es necesario que para asegurar los dientes saludables como adulto, se deben establecer buenos hábitos orales cuando niño. (3,4)

El presente trabajo de investigación identifica el promedio del índice de higiene oral y las medidas de protección específica y de promoción a la salud bucal que se aplican en los escolares de la primaria Etiopía que se encuentra ubicada en la delegación Álvaro Obregón.

Es necesario identificar el potencial para el desarrollo de procesos cariosos y proveer medidas eficaces para prevenir el inicio de este, por tanto una práctica sana y lógica es la de prevenir antes de la aparición del proceso salud enfermedad en lugar de tratar sus efectos llegando a una fase curativa. Para generar en los escolares una cultura de la salud bucal y con ello conozca cuáles son sus determinantes y puedan actuar sobre estas para alcanzar una buena salud bucal.

Planteamiento del problema

Crespo menciona que las alteraciones estomatológicas por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral, rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del sistema de salud y de la población; por otra parte los dientes lesionados, enfermos o con desarrollo deficiente pueden ocasionar una nutrición insuficiente, infecciones dolorosas y peligrosas, problemas con el desarrollo del lenguaje y problemas de autoestima. ⁽⁵⁾ Los focos infecciosos en boca son factores de riesgo y pre disponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico-degenerativas que afectan la salud del individuo. Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano, recordando que los dientes y encía saludables son esenciales para la buena salud en general del niño. En la actualidad el cuidado de la salud debe ser de gran importancia, de ahí que se debe insistir en el fenómeno de hábitos, valores y actividades favorables a la salud. ⁽⁵⁾

De acuerdo al diagnóstico del perfil estomatológico del proceso salud enfermedad en escolares de 6 a 12 años de escuelas primarias de la delegación Álvaro Obregón realizado en el 2008, se observo que en la primaria Etiopía los niños no se cepillaban los dientes con una técnica correcta. Sabiendo que la placa dentobacteriana es la responsable de las diferentes patologías bucales tales como la caries dental, periodontopatías, maloclusiones entre otras, consideramos que es importante que los escolares, se cepillen los dientes para tener sana la boca. Por otra parte los niños durante el recreo consumen alimentos que afectan el esmalte con alimentos ricos en carbohidratos, ácidos y otros componentes, y estos no tienen el hábito de limpiar o cepillar los dientes después de ingerir alimentos. Por lo que es necesario implementar programas preventivos para la salud bucal y que con esto adquirieran una disciplina de higiene y apliquen las técnicas de cepillado para mantener limpia su boca durante la estancia en la primaria.

Por otro lado Arcieri cita a Weyne, Petry quienes mencionan que la motivación del paciente es necesaria para que su tome conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud. Afirman que un paciente bien motivado puede alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de salud bucal, principalmente si se compara con pacientes que no tienen una orientación y motivación adecuada. ⁽⁶⁾ En este sentido, de acuerdo a Cuenca la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad. ⁸ Sí no se mantiene los dientes primarios libres de caries estos se perderán, motivo por el cual en el presente trabajo de investigación se pretende identificar los hábitos de higiene oral a través del índice epidemiológico IHOS, por lo anteriormente citado surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Los escolares de 12 años tienen una higiene oral menor que la de 9 años?

Marco teórico

Delegación política Álvaro Obregón

Datos generales

La delegación Álvaro Obregón se encuentra ubicada al Poniente de la Ciudad de México y tiene una extensión de 97 Km², que representa el 6.5 por ciento del área total del Distrito Federal y ocupa el 6° lugar de las delegaciones en cuanto a su superficie territorial. Los límites geográficos de esta demarcación son fijados por los decretos de 1899 y 1970, los cuales mencionan que limita al Norte con la delegación Miguel Hidalgo; al Este con las delegaciones Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan; al Sur con las delegaciones Magdalena Contreras, Tlalpan y Estado de México y al Oeste con la delegación Cuajimalpa de Morelos.

El crecimiento poblacional observado en la demarcación ha sido un proceso dinámico y concentrador, que se expresa en su índice de densidad, lo que significa que pasa de 4,874 hab/km² en 1970 a 7,083 en el 2000.

La Delegación está formada por 257 colonias, fraccionamientos y barrios, siendo los más importantes: San Ángel, San Ángel Inn, Tlacopac, Ermita, Chimalistac, Florida, Pedregal de San Ángel. Además, esta Jurisdicción cuenta con poblados de características rurales como San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiac.⁽⁵⁾

Población y crecimiento

Según el Censo de Población y Vivienda del 2000, se registran 687,020 habitantes en Álvaro Obregón. Esta cifra nos indica que la población de la Delegación se incrementa en 6.4 veces entre 1950 y el 2000, su población en el primer año era de 93,176; significando el 7.9 por ciento del total del Distrito Federal y ubicándose en la tercera demarcación más poblada de la entidad. Aún cuando el ritmo de crecimiento poblacional de Álvaro Obregón ha disminuido considerablemente desde 1970, al pasar su tasa de crecimiento de 3.3 por ciento entre 1970-1980 a 0.7 en el periodo 1990-2000; en el último decenio se incorporaron en promedio siete personas por cada mil habitantes. En este último periodo la tasa de crecimiento del Distrito Federal es de 0.4 por ciento, es decir la población se incrementa cada año en cuatro personas por cada mil habitantes en la entidad. Es importante resaltar que el crecimiento promedio de esta demarcación es superior a la del DF, lo cual muestra una acelerada dinámica demográfica. Este comportamiento se debe considerar en el momento de la formulación de políticas públicas. ⁽⁵⁾

Estructura por edad y sexo

La estructura por edad de la población de Álvaro Obregón se registra de la siguiente manera: el 67 por ciento se encuentra entre los 15 y 64 años de edad, mientras que el 26 por ciento es menor de 15 años. El descenso de la fecundidad, iniciado hace décadas y la dinámica de los procesos migratorios han modificado en gran medida esta estructura. Este fenómeno puede apreciarse al comparar las pirámides de edades de años anteriores, lo que hace posible observar una reducción en la base, que corresponde a las edades menores, y un ensanchamiento en el resto.

Lo anterior significa que mientras en 1980 la población menor de 15 años constituía el 38 por ciento del total, para el 2000 representa once puntos porcentuales menos. Lo anterior ilustra un proceso de cambio hacia una población de mayor edad, lo cual implica demandas cualitativa y cuantitativamente diferentes de los diversos servicios con los que hasta ahora se cuenta. Las modificaciones en la estructura por edad se reflejan en un aumento de 9 años en la edad mediana, la que pasa de 17 años en 1970 a 26 años de edad en el 2000, lo que representa que la mitad de sus habitantes no llegan a los 26 años de edad. De acuerdo a los grupos quinquenales de edad para el 2000, en los tres primeros (0-4, 5 a 9 y 10 a 14 años) presenta mayor número de hombres, mientras que en los siguientes grupos la población masculina es menor a la femenina. La mayor diferencia de mujeres por grupos quinquenales se ubica en el de 20 a 24 años con 3,830 mujeres más. ⁵

Características educativas

Las características educativas de la población de Álvaro Obregón las podemos apreciar a partir de la información última censal; el nivel de analfabetismo ha descendido en las últimas décadas, en 1970 el 13.3 por ciento de la población de 15 años y más no sabía leer ni escribir, treinta años después el porcentaje disminuye a 3.4 por ciento. Sin embargo, el reto continúa y es necesario atender a la población que aún es analfabeta actualmente hay a 16,807 personas bajo esta condición en la demarcación, del total de la población de 15 años y más el 0.9 por ciento corresponde a hombres analfabetas y el 2.5 por ciento a mujeres. Del total de la población de 5 años y más en la Delegación, 15.3 por ciento corresponde al sexo masculino que asiste a la escuela y 15.1 al femenino; siendo mayor la población que no asiste a la escuela, 31.7 por ciento son hombres y 37.2 mujeres. Por otra parte, la información indica que en el 2000, 6 de cada cien personas no tienen instrucción primaria, 31 media básica, 56 media superior y 78 no cuenta con instrucción superior.

Por sexo, se presentan diferencias en el nivel de instrucción; estas se pueden observar en el grado promedio de escolaridad; en el 2000 la población femenina de la Delegación alcanza los 7.6 años aprobados, en tanto que la masculina los supera con 8.1. Respecto a 1970, el grado promedio de escolaridad aumenta tres puntos al pasar de 4.3 a 7.8. 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. ⁵

Características económicas e índice de marginación

En el año 2000, en la delegación Álvaro Obregón el 55.3 por ciento de la población tenían de 12 años y es económicamente activa (PEA), esto es, que participa en la producción de bienes y servicios económicos. Con respecto a 1990, la PEA se incremento en 6.9 puntos porcentuales.⁵ Pero en la edad donde existe una mayor participación económica es entre 40 y 44 años como podemos observarlo en las tasas específicas de participación económica. En la composición por sexo, la PEA se comporta de la siguiente manera, la proporción de hombres es 32 puntos porcentuales más alta que la de mujeres; sin embargo, la PEA femenina del 2000 con respecto a la que se tenía en 1990 aumento nueve puntos. La población económicamente inactiva (PEI) concentra el 44.2 por ciento de la población de 12 años y más en el 2000.

Por sexo, entre 1990 y 2000 la PEI disminuye en ambos sexos para los hombres cuatro puntos porcentuales y para las mujeres ocho. En cuanto a la distribución de la PEI por tipo de inactividad, se observa que en el 2000 el 39.7 por ciento de los inactivos se dedican a los quehaceres del hogar, comparado con 1990 éste disminuye, ya que en este último año era de 48.7 por ciento. De los inactivos, los estudiantes muestran una disminución de nueve puntos porcentuales al pasar de 39.6 en 1990 al 30.2 en el 2000. Por sexo, esta disminución es mayor en el sexo masculino que en el femenino. De acuerdo a los inactivos por jubilación o pensión en el 2000 es mayor el porcentaje en los hombres, siendo del 12.7 por ciento, mientras que el de mujeres es del 2.8, en tanto que en los quehaceres del hogar es superior en las mujeres en 54 puntos porcentuales. El Censo del 2000 muestra que el 98.3 por ciento de la PEA está ocupada, siendo prácticamente igual comparado con 1990. Con respecto al sexo se puede observar que no hay mucha diferencia pues es ligeramente superior el porcentaje de las mujeres ocupadas. La proporción de desocupados en Álvaro Obregón registra un descenso del 0.9 puntos entre 1990 y el 2000. Por sexo esta disminución es 0.9 puntos para el sexo masculino y del 0.7 para el femenino.

La distribución de los ocupados a partir de las actividades desempeñadas muestra la orientación de la estructura económica de la Delegación; el porcentaje más alto de la población ocupada en el 2000 es el de trabajadores en otros servicios con 25.6 por ciento, seguido de profesionistas y técnicos con 22.2. Comparado con diez años atrás la industria ocupaba el primer lugar, los trabajadores en otros servicios el segundo y el tercero los profesionistas y técnicos.⁵

La población ocupada de Álvaro Obregón según sector de actividad ha tenido los siguientes cambios: a pesar de que el sector terciario concentra la mayor parte de la población ocupada tanto para el 1990 como para el 2000, presenta un incremento de 12 puntos porcentuales en diez años; mientras que el primario y secundario disminuye su participación, siendo esta disminución considerable en ambos sectores, el sector primario, debido a que sólo el 0.2 por ciento de la población ocupada en la Delegación se encuentra en este sector y el secundario disminuye del 27.0 al 21.1 por ciento. Respecto a la distribución por sexo presenta la misma tendencia, tanto en hombres como en mujeres la mayor parte se concentra en el sector terciario. En el 2000, la distribución de los ocupados en la Delegación según su relación con el empleo, muestra que empleados y obreros concentran la mayor proporción de ocupados 75.5 por ciento, seguido por el trabajador por su cuenta con 18.9 por ciento y el patrón o empresario con el 3.4 por ciento. Según las horas dedicadas al trabajo, permiten observar que 49 de cada cien personas ocupadas labora entre 33 y 48 horas a la semana y que 32 de cada cien labora más de 48 horas. Existen diferencias por sexo de la población ocupada que dedica menos de 32 horas a la semana a trabajar, 22.9 por ciento son mujeres y 9.5 por ciento hombres; Con más de 48 horas trabajadas semanalmente se encuentran 38 de cada cien hombres y sólo 22 de cada cien mujeres. En cuanto a los ingresos de la población ocupada por el desempeño de su trabajo en el 2000, el 43.1 por ciento recibe de 0 a 2 salarios mínimos y el 49.5 por ciento tiene un ingreso de más de 2 salarios mínimos.

El índice de marginación que aquí se presenta es obtenido del documento "*La marginación socioeconómica en los hogares del Distrito Federal, 2000*" elaborado por la Secretaría de Salud-GDF.

De acuerdo a estos índices, la delegación de Álvaro Obregón ocupa el séptimo lugar entre las delegaciones del Distrito Federal que presentan grados más elevados de marginación con 227,299 personas marginadas; las cuales representan el 40.4 por ciento del total de su población.⁵

Vivienda

En el 2000 existen la Delegación 165,186 viviendas particulares habitadas; esto es, 42,950 más que las registradas en 1980. Durante el periodo comprendido entre 1990-2000, Álvaro Obregón ocupaba el octavo lugar de las jurisdicciones con mayor ritmo de crecimiento de viviendas particulares, cuya tasa de crecimiento es de 2.1 por ciento. El promedio de ocupantes por vivienda para este último año es de 4.1 personas, el cual puede observarse que veinte años atrás, este promedio correspondía a 5.2, es decir el grado de hacinamiento tiende a reducirse. Este promedio es superior respecto a la entidad el cual fue de 5.0 en 1980 y 4.0 para el 2000.

Los materiales predominantes en los techos de las viviendas de la Delegación en el 2000 son materiales sólidos con el 86.3 por ciento seguido de la lámina de asbesto o metálica con 10.3 y lámina de cartón con 2.3 por ciento. Las paredes de las viviendas de Álvaro Obregón son de naturaleza sólida (tabique, tabicón, block, etc.); este tipo de materiales registra el 97.8 por ciento, seguido de adobe con el 0.5 por ciento. De acuerdo con los datos de 1990, los materiales sólidos utilizados para construir los techos y paredes de las viviendas representan un aumento de 10.4 puntos porcentuales en techos y de 2.6 en paredes, mientras que el uso de materiales ligeros, naturales y precarios presentan un descenso. De acuerdo a los pisos de las viviendas 61 de cada cien se reportan de cemento firme, 37 de mosaico o recubrimiento y 1 de tierra. De acuerdo a datos de 1990 las viviendas particulares con piso de tierra y cemento firme disminuyen, mientras que las de mosaico aumentan al pasar del 30.0 al 37.1 por ciento. Considerando la disponibilidad en los servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica, en el 2000 registra que de las viviendas particulares 97.7 por ciento dispone de agua entubada, 98.9 cuenta con drenaje y el 99.5 con energía eléctrica.⁵

Salud

La Delegación en el rubro de salud cuenta con instalaciones de carácter privado (Hospital ABC) y social (IMSS). En este rubro se presenta un déficit del 28 por ciento y se ubica en las colonias del poniente de la Jurisdicción como Tlapechico, La Mexicana, Santa Fe, Barrio Norte, Lomas de Becerra, entre otras. Para abatir este déficit se requiere una superficie de 94,140 m² de terreno.⁵

Los siguientes hospitales cuentan con atención dental:

Casa Alvaro Obregón (CELLINI) (Benvenuto Cellini No. 80 Esq. Periférico Sur)

Casa de la 3ra. Edad (Col. Alfonso XIII (Calle 10 s/n Casi Esq. con Batallón de San Patricio Col. Tolteca)

Aguilas Tarango (Tarango s/n Entre Andadores 5 y 6 Col. Ampliación Aguilas 3er. Parque)

Ampliación piloto (Av. Sta. Lucia y Pto. Mazatlan Cda. Mazatlan s/n Col. Ampliación Piloto)

Chamontoya (Jazmin s/n Col. Lomas de Chamontoya)

Estado de Hidalgo (Cantera s/n Esq. Av. Sta. Lucia Col. Edo. de Hidalgo)

El cuernito (Av. Chicago s/n Esq. Urano Col. El Cuernito)

El Piru (Calle Marco Polo Esq. Cecro Col. El Piru)

Golondrinas (Av. Capula s/n 2a. Ampl. Golondrinas Col. Golondrinas)

Jalalpa (Av. Gustavo Díaz Ordaz s/n Esq. Hermenegildo Galeana Col. Jalalpa)

La Conchita (Av. 1o. de Noviembre s/n Esq. Inf. de Gobierno Col. La Conchita)

Lomas de Becerra (Antigua Vía a la Venta s/n Esq. Cuernavaca Col. Lomas de Becerra)

Luis Donald Colosio (Ricardo Flores Magon s/n Col. Olivar del Conde Sección Palmas)

Molino de Rosas (Rosa de Bengala s/n Esq. Rosa Vulcano y Rosa Blanca Col. Molino de Rosas).⁵

Solo 14 centros de salud dentro de esta delegación cuentan con servicio dental donde se realizan tratamientos mutilatorios ya que no se cuenta con la infraestructura necesaria para realizar otro tipo de atención bucal, estos hospitales resultan insuficientes al tener la delegación el 40.4% de su población en marginación y para esta población resulta inalcanzable la atención privada.

Procesos estomatológicos y prevención de salud

Las prácticas de higiene oral mecánica son la piedra angular de la prevención y el control de las dos enfermedades orales más prevalentes, la caries y las enfermedades periodontales sin dejar a un lado las lesiones en tejidos blandos, la fluorosis y maloclusiones. Actualmente, la higiene oral sigue siendo imprescindible para mantener una buena salud de la cavidad oral.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Forma parte de la ciencia preventiva definida como “todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible” y está relacionada con la promoción de salud que se sustenta en medidas preventivas que actúan sobre la protección de la salud, pero se diferencia de estos en que es la salud positiva (aumento de la salud) y no solo su conservación.

Para alcanzarla hay que intervenir sobre la calidad y estilos de vida, sobre lo cual se apoya la epidemiología, que no solo estudia enfermedades, sino todo tipo de fenómeno relacionado con la salud, entre los que se encuentran los hábitos de vida, como el consumo de tabaco o la higiene bucodental, entre otros y que constituyen factores de riesgo para contraer las enfermedades. «Para comprender los objetivos y las actividades de la odontología preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención.

Para C. Manau define a la prevención como “cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión” Como resultado, la odontología preventiva se ha clasificado arbitrariamente en tres niveles diferentes. Esto es posible porque todos los procesos salud- enfermedad, presentan su historia natural unos periodos bien definidos en los que en cada uno de ellos es posible la aplicación de una medida preventiva, de acuerdo con el concepto amplio de prevención.

La prevención primaria. Utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de esta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo. La prevención secundaria, emplea métodos de tratamiento estandarizado para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

La prevención terciaria, utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto que las capacidades físicas o las actitudes mentales o ambas estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria. Conforme se pase la prevención primaria a la terciaria el costo de la atención de la salud incrementa de manera exponencial y la satisfacción del paciente disminuye en la misma proporción. ⁷

Según Cuenca, desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad. Por tanto la promoción como concepto básico se aplicaría a todos los niveles de odontología. No debería existir, pues, dos formas de practicar la odontología. Una preventiva y otra curativa, si no una sola, la más adecuada en cada momento y condición, ya sea de salud o enfermedad. ⁸

Uno de los problemas de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia e incidencia y de acuerdo con la OMS son la caries y la enfermedad periodontal. Los dientes infantiles son comúnmente afectados desde edades muy tempranas; siendo la caries dental uno de los procesos crónicos más común. La caries dental es uno de los problemas de salud más comunes a escala planetaria, por falta de asistencia médica y también por malos hábitos de higiene y alimentación que contribuye al deterioro dental de millones de personas; no solo es la patología más común en nuestro país sino que representa uno de los procesos crónicos mas prevalente en la infancia lo que se refleja en muchos países como el nuestro.⁸

Comenzamos definiendo que la **caries dental** es un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad según la OMS.; esto indica que todas las personas al tener dientes, todos en su forma natural, estamos expuestos a padecerla y si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. ⁹

Se considera que la severidad y el costo social de la caries dental en niños de edad preescolar y escolar, son considerables. Diversos autores han indicado que es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia, además tiene la característica de que se encuentra concentrada en poblaciones con desventajas sociales en México y en el Mundo. ¹⁰

De lo expuesto, se desglosa la importancia de una correcta prevención, concientizando a los padres de la necesidad de instaurar la higiene dental desde la aparición de los primeros dientes y de evitar los malos hábitos alimentarios.

Por lo que respecta a las **enfermedades periodontales** es considerada como la segunda entidad, de morbilidad bucal, con mayor frecuencia de acuerdo a Murrieta, se estima que las tasas de prevalencia son muy altas ya que más de las tres cuartas partes de la población la padecen o presentan un alto riesgo a desarrollarla.¹¹

La encía es parte de la membrana mucosa que cubre los procesos alveolares de la mandíbula y maxila y rodea la porción cervical de los dientes, la gingivitis se caracteriza fundamentalmente por la inflamación de la mucosa gingival, dentro de los signos más frecuentes que son observados se encuentran los cambios de color, tamaño y forma, así mismo, alteración en su consistencia y textura, posición y presencia de hemorragia y es probable la presencia de dolor, ya sea provocado y/o espontáneo.

La gingivitis puede ser clasificada de acuerdo a las zonas que afecta como: papilar, marginal o difusa, de igual manera, de acuerdo a su distribución en la cavidad bucal puede ser considerada como localizada o generalizada, la gingivitis es común en los niños; sin embargo, es mucho menos frecuente y destructiva que en los adultos, aunque no se descarta la posibilidad de encontrar casos de periodontitis aun cuando esta condición no es característica en este grupo de edad.¹¹

La frecuencia y severidad de la gingivitis es variable, no obstante, su establecimiento y desarrollo se puede encontrar en edades tempranas, incrementándose conforme avanza la edad. Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de gingivitis en niños es variable, Martínez y Zermeño la observaron en 72% de niños mexicanos mientras que Arabska y col. encontraron que 52% de escolares polacos presentaban esta afección, comportamiento similar a lo mostrado por niños nigerianos y tanzaneses entre otros, pero en términos generales, las diferentes estimaciones reportan que la prevalencia de gingivitis debe oscilar aproximadamente entre 38 y 46%, en grupos de seis a once años de edad. En niños mexicanos esta circunstancia parece ser más alarmante ya que en los reportes de Teresita de J y col., 91.3% de los escolares presentaban gingivitis y 3.1% periodontitis. En cuanto a sexo, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, mostrándose índices más altos para los varones.¹¹

Según el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) III que se realizó en Colombia por Triana se obtuvo de una población escolar en una comunidad indígena amazónica que el 59.7% de los niños no presentan enfermedad periodontal y los niños que sólo presentan gingivitis leve requieren de un primer nivel de atención a pesar de la deficiencias higiénicas y ambientales. ¹²

Cabe señalar que en Islas Canarias se realizó un estudio en escolares de 7 a 12 años de edad reportándose los siguientes resultados; la prevalencia a los siete años tanto en niños como en niñas el cálculo y sangrado son muy similares en ambos sexos, no existen diferencias significativas en frecuencia ni en intensidad en tanto a los 12 años se hacen significativamente mayores los valores relativos en niños, lo que muestra que a partir de los siete años sus hábitos higiénicos son peores que los de las niñas.¹³

Sin embargo es muy importante que durante la pubertad se siga un buen régimen de higiene oral en el hogar que incluya el cepillado y el uso habitual del hilo dental. Solo un profesional de la salud dental puede recomendar terapia periodontal para ayudar a prevenir el daño a los tejidos y al hueso que rodean los dientes.

Es importante señalar que además de las enfermedades mencionadas y con más prevalencia existen otras patologías presentes en la población infantil entre las que podemos destacar las **maloclusiones**, ya que la sonrisa no solo durante la pubertad es la puerta de entrada a las relaciones humanas, por esta razón se le ha dado mucha importancia al cuidado de los dientes en especial a su alineación en el arco dentario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías bucales, luego de la caries dental y las periodontopatías. Latinoamérica tiene una situación preocupante con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. La clasificación más utilizada para las maloclusiones, es la que presentó Edward H. Angle en 1899, desarrollada antes de la invención de la cefalometría y del conocimiento detallado del crecimiento del esqueleto craneo facial, se ha hecho numerosas clasificaciones pero ninguna ha reemplazado el sistema Angle, ya que este método es considerado y conocido universalmente.¹⁴

Con lo que respecta a las **lesiones en tejidos blandos**, los pacientes infantiles y adolescentes pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal y peribucales, las cuales llegan a ser sintomáticas, algunas veces están asociadas a un grupo variable de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano y tratamiento acorde con el padecimiento presente.¹⁵

Dentro de la literatura se menciona que el descubrimiento de las propiedades anticariogénicas del Flúor se constituye en uno de los marcos más importantes de la historia de la Odontología, ya que permitió el desarrollo de medidas eficaces de prevención y control de la caries dentaria.

En contraste, existe el riesgo de desarrollo de **fluorosis dentaria**, cuando ocurre una ingestión excesiva de este durante el período de formación del esmalte. ¹⁶

En diversas partes del mundo se ha constatado un aumento de la prevalencia de fluorosis dentaria en niños, independientemente al hecho de acceso o no de agua de abastecimiento público fluorada. Este fenómeno ha sido asociado a la ingestión indebida de dentífricos fluorados, al uso de suplementos fluorados en la dieta y a la creciente utilización del Flúor en la alimentación de una forma general. Se observa sin embargo, que el aumento en los cuadros de fluorosis se ha registrado predominantemente en las formas leve y moderada sin implicar un riesgo para la salud, constituyendo solamente un problema de orden estético.¹⁶

Cabe señalar que en algunas regiones del país la fluorosis se presenta como un problema de salud ambiental según una investigación realizada en Aguascalientes ya que el agua para consumo humano presenta contenido de flúor superior a 1.5mg/L el objetivo de este estudio fue establecer el grado de fluorosis y caries dental en 445 niños con una edad de entre 9 y 11 años que residían en diferentes zonas de exposición a fluoruros del estado. Se encontró una prevalencia de fluorosis dental de 100% en aquellas regiones donde el agua para consumo presento concentración de fluoruros superior a 5.0mg/L, la prevalencia de fluorosis dental fueron superiores al 50%, y se encontró que el 76% de los niños que participaron en este estudio presentaron además caries dental. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran la fluorosis dental como un problema de salud pública en esta entidad mexicana.¹⁷

Medidas preventivas

La educación sobre la salud dental se dirige con más frecuencia a los niños de edad escolar, los cuales, mayoritariamente, son el blanco favorito, en particular de las escuelas primarias. El refuerzo regular es sin duda importante y se obtendrán mayores beneficios si se pudieran incluir a los padres, pero no siempre es posible, se sugiere que la educación sobre higiene bucal sea “continuada” en las escuelas para que sea efectiva y es necesario elaborar nuevas propuestas de trabajo y estrategias para alcanzar un desarrollo integral que favorezca una vida saludable.

El fomento de salud es visto como el proceso social que orienta hacia una mejor calidad de vida y consecuentemente de la salud. Para ello es necesario que en primer lugar los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar al enfermo, sino lograr la salud de las personas. ¹⁸

El resultado final de la educación para la salud debe ser un cambio de conducta y no simplemente un cambio cognoscitivo, por tanto, promocionar salud es transmitir a la población conocimientos para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Diversos factores como experiencias previas, falta de conocimiento, no aceptación del problema, disminución de la autoestima, circunstancias sociales, económicas y situaciones emocionales pueden determinar comportamientos negativos en cuanto a la salud, por ejemplo, muchos adolescentes no aceptan los colutorios de flúor, no siguen las instrucciones: se enjuagan la boca inmediatamente, comen algo o cometen alguna otra indisciplina en ese sentido. Los procedimientos de controles mecánicos de placa dentobacteriana son difíciles, exigen tiempo, destreza, perseverancia y se obtienen en pacientes bien motivados. ¹⁸

El profesional debe establecer una comunicación bidireccional con el paciente y ganarse su confianza. Es aquí donde puede iniciarse la estrategia de educar. Si el paciente tiene dudas, el odontólogo debe aclarárselas y proporcionarle estímulos positivos.¹⁹

Muchos autores han realizado intervenciones educativas sobre higiene bucal en escolares de enseñanza primaria, 6, 7, 12 y han comprobado que entre los 6 y 7 años y hasta aproximadamente los 12 se extiende esta importante etapa de la vida, cuyo inicio señala un cambio radical en toda la vida del niño, por las características que asume la selección social del desarrollo de la personalidad. ¹⁹ Es importante revisar los aspectos psicológicos con los que se enfrentan los niños y adolescentes de acuerdo con la edad por lo que a continuación se describen.

Aspectos psicológicos en escolares de 5 a 9 años

La etapa escolar temprana se extiende desde los 6 ó 7 años hasta aproximadamente los 11 años de edad. El estudio y la vida escolar exigen del niño el cumplimiento de una serie de normas. Las relaciones con el maestro están subordinadas a la actividad conjunta y organizada a partir de las necesidades inherentes al aprendizaje y a la vida escolar.

El niño en la edad escolar temprana debe, en todo momento, regular su comportamiento y subordinar sus deseos al cumplimiento de la disciplina impuesta por la organización de la escuela.²⁰

Así, en cada situación de aprendizaje debe propiciarse que el escolar experimente la alegría de sus progresos. Por muy insignificante que parezca, el éxito siempre alienta y origina sensaciones y emociones positivas.

Estos actúan como formas de reforzamiento, ya que estimulan y sostienen la conducta de los escolares en la búsqueda de otras posibilidades de desarrollo, porque generan nuevas necesidades de aprendizaje y de que este sea significativo.²⁰

En esta etapa se desarrollan las capacidades y los intereses relacionados con las distintas formas de conocimientos del mundo, con el saber más y con el aprender cómo hacerlo. Estas formaciones psicológicas evolucionan las formas de análisis de hechos y fenómenos separados a formas más sintéticas vinculadas a la búsqueda de las causas y nexos entre ellos.

A medida que el niño se acerca a la edad escolar media y a la adolescencia, los compañeros y el grupo escolar devienen cada vez más un elemento significativo en la vida escolar, y especialmente en la regulación de su actuación y comportamiento.

En esta etapa aparecen importantes formaciones psíquicas para la personalidad, que son al mismo tiempo premisas indispensables para el salto hacia la adolescencia. Entre las más significativas es necesario resaltar el desarrollo en el escolar temprano de una nueva actividad concedora hacia la realidad, que permite el paso a formar más complejos del pensamiento y a la realización de operaciones con conceptos abstractos.²⁰

La influencia de la enseñanza y la educación se concreta en los logros y avances que los niños y niñas de la escuela primaria logran en las áreas afectivas y socio moral, intelectual y cognoscitiva, del gusto estético, como configuraciones de su desarrollo psíquico que generan el despertar de nuevas funciones todavía en estado embrionario, pero que los preparan para comenzar una nueva y más completa etapa de sus vidas: la adolescencia.²⁰

Aspectos psicológicos en escolares adolescentes

La adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.²⁰

Los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan a partir de los de un niño a las de una persona adulta. Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia. ²⁰

Durante esta etapa existe un mayor nivel de desarrollo de los procesos psíquicos- cognoscitivos; se adquiere mayor nivel de racionalidad; aparece una nueva modalidad, la autoobservación; la memoria evoluciona hacia una forma más racional, permitiéndoles fijar más sólidamente el material demostrativo que se les presente a través de los medios audiovisuales.

Los adolescentes son capaces de crear sus propios recursos estrategias propias del aprendizaje, el pensamiento pasa de ser abstracto, a una mayor capacidad de elaboración de conceptos y juicios. ²⁰

Aspectos epidemiológicos en la prevención

El paciente entre los 9 y 12 años de edad, está culminando el período de erupción de la dentición permanente. Desde el punto de vista epidemiológico vemos que a partir de los 5 años de edad, es que se inicia la historia natural de la caries dental, lo cual aumenta progresivamente. Los primeros molares, por ser los primeros en brotar, son también los más susceptibles y sufren de caries rápidamente.

En el individuo el ataque de la caries será periódico, con intervalos de exacerbación, los cuales son muy intensos a los 12 años para la dentición permanente. Entre los 9 y 12 años se produce el comienzo y desarrollo de la etapa puberal, sobre todo en las niñas, hecho que produce un aumento del índice de riesgo de caries. Es necesario pues, insistir en las medidas higiénicas en el hogar y potenciarlas, además de aumentar la motivación para obtener éxito en nuestra actividad. ²⁰

La educación para la salud

La promoción de salud tiene tres componentes fundamentales e interrelacionados: educación para la salud, comunicación e información.

- Educación para la salud: Se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad en un proceso de cambio de actitud y de conducta, parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Para lograr los objetivos de la educación para la salud es necesario conocer las “actitudes”, porque sobre la base de estas se lograrán las modificaciones en los estilos de vida, para lo cual es importante la “motivación” en los individuos.

La actitud es la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objetivo, persona, comportamiento o situación. Posee tres componentes: cognitivo, conativo y afectivo.

a) Cognitivo: Incluye todo lo que sabe del objeto, el conjunto de opiniones y creencias que se tienen en relación con él, lo cual se ha ido formando a lo largo del tiempo, ha adquirido complejidad y estabilidad por lo que no es fácil de modificar.

b) Conativo: Indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.

Analizando este concepto puede decirse que para lograr un cambio de actitud, es necesario que el individuo esté motivado; precisamente uno de los factores que intervienen en la regulación de la conducta humana es la motivación. Esta surge de las necesidades e impulsa al hombre a realizar actividades para satisfacerlas.

Cada paciente tiene una escala de valores en su motivación, es posible que ante un microsíntoma de cardiología acuda rápidamente en busca de ayuda, porque en su escala de valores los problemas cardíacos ocupan un lugar cimero; sin embargo, este mismo sujeto puede estar a punto de perder su dentadura, pero deja para mañana la atención bucal.

c) Afectivo: Incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto, es el objeto de la actitud. Es precisamente en este componente en el que se apoyan la utilización de las técnicas afectivo-participativas que están formadas de acuerdo a la cultura en que se ha desarrollado el individuo, sus creencias, experiencias personales, así como el grupo y la que ha recibido del entorno en que se desarrolló, como los medios de comunicación, escuela, hogar, entre otros.

- Comunicación: La tarea de introducir nuevos comportamientos en una comunidad se realiza básicamente mediante la comunicación.

Existirán distintas etapas del cambio de comportamiento, desde la exposición y la atención pasando por la comprensión y la persuasión hasta la acción y el mantenimiento del nuevo comportamiento. ¹⁹

El cepillado dental como profilaxis de caries y periodontopatías

Entre los métodos preventivos más importantes está una técnica correcta de cepillado con pasta dental complementada con flúor, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, de tal forma que una de las medidas de prevención indicada consiste en la enseñanza del cepillado dental a todos los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento estomatológico; así como su comprobación en el terminado.

Los niños deben aprender que el cepillado dental debe efectuarse tres veces al día haciendo énfasis en el cepillado antes de dormir, ya que durante siete horas de sueño se desarrolla y crece la flora bacteriana productora de caries en el medio ácido bucal que no puede modificarse en las horas de reposo, y comprender que los objetivos del cepillado dental son:

1) Retirar la placa e interrumpir la reformación de esta 2) limpiar los dientes de alimento, detritos y tinciones 3) estimular los tejidos gingivales 4) aplicar el dentífrico con ingredientes específicos dirigidos a la caries, enfermedad periodontal o sensibilidad. ²¹

• Técnicas del cepillado

Dada la gran variedad de técnicas de cepillado que existe y la falta de evidencia clara de la superioridad de una sobre otra, debemos valorar más los movimientos realizados en el cepillado que en la elección de la técnica en sí.

Lo cierto es que existen múltiples técnicas sin embargo en esta ocasión destacaremos la de Fones o rotacional y la de Stillman modificada, por ser las recomendadas para el uso de niños y adolescentes.

Técnica de Fones: Es la técnica recomendada en preescolares de 2 a 5 años de edad niños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en **movimientos circulares** amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue **remoción de la placa** y al mismo tiempo se masajean las encías.²²

En los escolares de 6 a 12 años de edad, es posible introducir algún tipo de técnica más específica como lo es Stillman modificada; sin embargo es importante recordar que en este periodo existe la dentición mixta, este proceso en si puede dificultar el cepillado además pueden presentarse apiñamientos dentales que facilitan el acumuló de placa dentobacteriana en las piezas dentarias afectadas. Por todo lo expuesto es recomendable la técnica de fones que asegure una higiene eficaz.

Otra de las técnicas recomendadas para dentadura permanente es la de **Stillman modificada** que con movimientos verticales, se trasladan las cerdas del cepillo de la encía al diente, tanto para el maxilar superior como para el inferior, para poder limpiar las superficies vestibulares y linguales, así como los espacios interdentarios; para las superficies oclusales se mueve el cepillo en sentido anteroposterior.

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria y a la dureza de las cerdas, ha provocado abrasiones dentarias en los cuellos dentarios y retracción gingival. Con este método se logra, mediante los movimientos de giro del cepillo, estimular las encías con lo cual, además de la prevención de caries se hace prevención de periodontopatías. El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño y por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo. ²².

Placa dentobacteriana y dieta cariogénica

Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos. El factor más importante en la relación entre la dieta y salud dental es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados. Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprime el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries.

Se considera que la salud surge como "una resultante dinámica" de la interacción de tres grupos de factores evolutivos: genéticos, ecológicos y socioculturales. Patologías como la caries dental, las enfermedades periodontales, las enfermedades cardíacas, la osteoporosis y el cáncer oral claramente figuran entre las afecciones influenciadas por la conducta humana.²³

Los hábitos dietarios están íntimamente relacionados con las costumbres, las creencias, las conductas individuales y colectivas. En los últimos años surgen nuevos componentes en las dietas de los niños como son: fórmulas de alimentación a base de proteínas de soya (con sacarosa), jugos con altos contenidos de sacarosa consumidos entre horas, productos con edulcorantes o sustitutos del azúcar, alimentos para bebés envasados, dietas ricas en almidones y combinaciones de almidón y sacarosa (golosinas, etcétera). Todos estos elementos presentan diferente influencia pero, ciertamente, producen variaciones en el perfil de incidencia de la dieta como factor de riesgo.²³

Otro método es el **uso del hilo dental** para remover la placa bacteriana alojada en los espacios interdenciales; esto evita el riesgo de la caries inter proximal, realizándose de la siguiente manera:

- 1) se toma un pedazo bastante grande de seda para envolver alrededor de un dedo en cada mano, que la mantiene firme
- 2) Se manipula el hilo a través de las diferencias entre cada par de dientes y dejar un deslizamiento de los dedos, tirar de la seda a través de todo el camino
- 3) Evitar en lo posible, movimientos bruscos, ya que se podría dañar especialmente si se tiene reparaciones dentales.
- 4) Después de *hilo dental*, usar cepillo de dientes con la técnica adecuada.
- 5) Lo ideal es un hilo dental dos veces al día.

El uso de enjuague bucal florado también es un método de prevención de caries.

Se requiere supervisión adecuada de los niños, en quienes hay que evitar efectos adversos, principalmente la irritación de los tejidos blandos, ya que entonces el niño rechaza este método cuya función es remineralizar las superficies dentales para reducir o evitar las caries de las superficies lisas en etapa inicial. Desafortunadamente la mayor parte de la población escolar esta incapacitada, carece de instrucción, motivación y no toma conciencia de la necesidad de dedicar tiempo para retirar la placa dentobacteriana de todas las superficies, dentales, y/o las técnicas y los productos que utilizan no resultan adecuados para retirar la placa en las regiones interproximal y gingival.

Por otra parte es necesaria las visitas al odontólogo, las cuales deben hacerse dos veces por año; ya que la revisión periódica permite ubicar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión.

Aplicación de selladores

La aplicación de selladores de fisuras es otra de las técnicas de prevención más eficaces de las que dispone la odontología moderna. Supone una barrera de acción inmediata que protege las zonas más susceptibles de ser atacadas por las caries en edad infantil: las zonas o superficies oclusales. La morfología dental constituye uno de los agentes multicausales que contribuyen al desarrollo de la caries, en virtud a su capacidad de retener la placa dental y dificultar su remoción mediante las técnicas convencionales de higiene bucal. Bajo el enfoque preventivo de la odontología actual, los agentes selladores de resina han demostrado ser una herramienta eficaz que modifica el comportamiento de los rasgos morfológicos que configuran fosas y fisuras, por lo que su empleo dentro de los programas de promoción y prevención en salud bucal es masivo.²⁵

Las resinas como restauraciones preventivas, son materiales de uso odontológico empleados para "sellar", "aislar", "obturar" o "bloquear" las fosas y fisuras que caracterizan la morfología de los dientes, con lo cual se constituyen en una técnica ultra-conservadora que forma parte de los procedimientos de prevención de la caries dental en el nivel de atención primaria (fomento de la salud) junto con las actividades de valoración del índice de placa dental, la promoción y prevención de la higiene bucal, la profilaxis, el detartraje supragingival, la aplicación tópica de fluoruro y el pre-diagnóstico.

En términos generales son una barrera física que actúa como un obstáculo que se interpone entre el huésped susceptible (individuo), el agente causal (bacterias) y el ambiente propicio (placa dental), de manera que controla la morfología de las zonas de alto riesgo cariogénico (fosas y fisuras) y modifica su comportamiento de manera que evita la retención de placa dental y por lo tanto el desarrollo de caries.²⁶

El flúor en la actividad preventiva

El flúor es un elemento que forma el grupo de los halógenos junto al cloro, bromo y yodo, su número atómico es 9, su masa atómica 19, en estado puro es un gas amarillo muy irritante. Presenta una gran electronegatividad en estado iónico, de ahí su capacidad de combinarse con otros elementos; debido a esto no se encuentra en la naturaleza en estado puro, pese a ser muy común en la tierra donde puede presentarse en forma de fluorita, fluorapatita o criolita. En el agua de mar se encuentra aproximadamente a una concentración de 1,3 mg / L. ²⁷

Efecto del flúor sobre la forma del diente

La remineralización dental es un tratamiento médico conservador de la enfermedad de la Caries Dental, consiste en el uso de sustancias con capacidad remineralizante, como los complejos fluorados que actúan restableciendo el componente mineral dental que ha sido eliminado previamente, mediante procesos de desmineralización activa o pasiva. La utilización del flúor como tratamiento de la caries dental, se ha considerado tradicionalmente, como la piedra angular sobre la cual se apoya gran parte de la Odontología preventiva y conservadora, aunque el conocimiento científico actual ha abierto nuevos campos de actuación y tendencias en el área de prevención y control de la enfermedad de la caries dental. ²⁸

Vías de administración

A) Vía sistémica: En la que los fluoruros son ingeridos a través del torrente circulatorio, depositándose a nivel óseo y en los dientes. El máximo beneficio de este aporte se obtiene en el período pre-eruptivo. Muchos autores plantean que para que los suplementos sistémicos presenten máximo efecto cariostático, debían contactar con los dientes desde el inicio de su desarrollo hasta la erupción (es decir desde el nacimiento hasta los 13 años).

B) Vía tópica: Supone la aplicación directa sobre los dientes, por lo que su uso es poseruptivo, puede iniciarse desde los 6 meses de nacido y continuar durante toda la vida, pero su máxima utilidad se centraría en los períodos de más susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos hipercariogénicos. ²⁸

En muchas ocasiones los individuos acuden al odontólogo cuando los procesos de salud-enfermedad, están avanzados los cuales implican molestias pérdida de tiempo, ausentismo en la escuela o en el trabajo, e incluso el costo de la atención bucal se eleva. La mayoría de los procesos bucales pueden ser controlados con actividades preventivas por lo que la odontología debe hacer énfasis en la prevención integral. En la actualidad el cuidado de la salud debe ser de gran importancia, de ahí que se debe insistir en el fenómeno de hábitos, valores y actividades favorables a la salud.²⁹

Objetivo general

Determinar el promedio de higiene oral y las medidas de prevención en escolares de 9 a 12 años de la primaria Etiopía Periodo 2008-2009” para implementar acciones de promoción y protección específica para su control.

Objetivos específicos

1. Identificar el promedio de IHOS en escolares de 9 a 12 años de la escuela primaria Etiopia. para implementar acciones de promoción y protección específica en el proceso salud enfermedad estomatológico.
2. Identificar variables de edad y sexo en la población escolar de la primaria etiopia.
3. Identificar en los escolares de 9 a 12 años de edad de la escuela primaria Etiopia el hábito de cepillarse los dientes antes de asistir a la escuela.

Diseño metodológico

A) Tipo de estudio

Se realizó un estudio Observacional, transversal, descriptivo y prolectivo.

B) Población de estudio escuela primaria Etiopia población total 560 niños

Delegación Álvaro Obregón

Muestra:

La muestra por conveniencia examinada estuvo conformada por escolares de 4^{to} año a 6^{to} año de la de la Escuela Primaria "Etiopia". n=96

Criterios de inclusión:

Participaron en el estudio escolares inscritos en la Escuela Primaria Etiopia, en niños de 9 a 12 años de edad. Que contaron con la autorización firmada de los padres de familia o tutores para participar en el estudio.

Criterio de selección.

Alumnos con permisos de los padres y que cumplan con los requisitos para dicha muestra.

Criterio de exclusión:

Niños que no estén inscritos en la escuela primaria etiopia y que no cuenten con la autorización del tutor y no cuentan con el rango de edad para realizar dicho estudio.

Criterio de eliminación:

Se eliminaron los niños menores de 9 años y mayores de 12 años así como los niños dados de baja (Que tenían la autorización del tutor).

C) Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Edad	Cronológicamente el tiempo de vida que reporta el individuo.	Cuantitativa Discontinua	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Higiene Oral	Habito de limpieza y aseo de la boca que tiene por objeto el servicio de la salud y la prevención de la enfermedad.	Cualitativa Nominal	Códigos de Green y Vermillon. 0 ausencia 1 menos de un tercio 2 más de un tercio 3 más de dos tercios.
Higiene Oral	Habito de limpieza y aseo de la boca que tiene por objeto el servicio de la salud y la prevención de la enfermedad	Cualitativa Nominal	Criterios de Green y Vermillon. 0.0 – 1.2 buena 1.3 - 3.0 regular 3.1 – 6.0 alto.

D) Técnicas para el procedimiento del levantamiento del IHOS

Los indicadores en estudio para dicha investigación fueron: IHOS (anexo)

Se revisaron los permisos de los padres de familia firmados con consentimiento para que su hijo participara en el proyecto de investigación de las escuelas primarias.

Se aplicó la ficha de recolección de datos a cada uno de los alumnos que participaron en la investigación.

El examen clínico se realizó dentro de la escuela primaria etiopia. Imagen 1

Se utilizó un robotín proporcionado por la universidad las mesas que se utilizaron como cama de exploración y el salón de usos múltiples fue facilitado por dicha primaria para trabajar con mayor comodidad.

Para la recolección de datos se utilizó el siguiente material tomando en cuenta la higiene y esterilización necesarias:

Equipo de examen básico espejo bucal no. 5, explorador, excavador y pinzas guantes de látex desechables, lentes de protección, pastilla reveladora, cepillo dentales, pasta dental, bata blanca, cubre bocas, jabón líquido, sanitas, bolígrafo, lápiz bicolor, goma, saca puntas, marca texto, tabla así como las fichas de registro IHOS.



Imagen 1 entrada a la escuela primaria etiopía donde se llevo acabo la investigación.

▪ **Método del examen, técnica de registro para el IHOS**

Primer levantamiento 20 de enero del 2009.

- Se bajo por orden de lista a los alumnos tercer año que participaron para dicha investigación, una vez reunido a los alumnos se les entrego una pastilla reveladora. Imagen 2,3.
- Se les indico que pasaran con la saliva y la pastilla reveladora sobre todas las piezas dentarias; sin que la masticaran o se la pasaran. Imagen 3.



Imagen 2 donde muestra como se les fue llamando por orden de lista a los alumnos que participan para dicha investigación.



Imagen 3 escolar con la tinción de placa, después de haber utilizado la pastilla reveladora para el levantamiento del ihos.

- Posteriormente se les pidió que se formaran, y uno por uno se fue revisando en la cama de exploración que estaba situada en la sala de usos múltiples, al niño se le levanto el primer IHOS al inicio de clases, cabe señalar que se tomo en consideración de que los escolares se habían cepillado los dientes antes de asistir a la escuela. Imagen 4



Imagen 4 aquí vemos como los alumnos se fueron bajando por grupos para el registro del IHOS de la escuela primaria etiopia

Se les explico la técnica de cepillado de Fones a los niños por grupo y se reafirmo con trípticos mensuales y platicas con temas de prevención a la salud bucal. Imagen 5



Imagen 5 y 6 muestran como se les explica la técnica de cepillado fones a los alumnos que pertenecen a la muestra para llevar a cabo la investigación.

- Se indico que al término del receso se cepillaran sus dientes con la técnica explicada y se les indico que se levantaría un segundo registro en este mismo día cuando terminara el recreo. Imagen 6.



Imagen 6 algunos de los niños que participan para la muestra, cinco minutos antes terminar su receso.

- Al término del recreo se les volvió a llamar a los alumnos de tercer año de 9 años de edad, se registro si se habían cepillado los dientes, se les pidió que se formaran y se realizo el segundo registro de IHOS, para cada uno de ellos. Imagen 7



Imagen 7 alumnos que participaron para la muestra, después del receso se lavan sus dientes ya con la técnica explicada de fones.

- Esto se realizó el primer día (lunes.) Al siguiente día; martes se realizo la misma técnica de registro y procedimiento para los alumnos de cuarto año dando las mismas indicaciones. Día miércoles se realizo el mismo procedimiento con los alumnos de quinto año y se proporciono las mismas indicaciones. Jueves mismo procedimiento, para los alumnos de de sexto año de 12 años dándoles las mismas indicaciones.
- Al mes se de iniciado el estudio se regreso para realizar las mediciones durante los meses de febrero, marzo y abril.-

- Una vez terminado el levantamiento del IHOS, se continuó con el registro en la base de datos con el programa SSPS 13 la cual nos proporciono porcentajes y frecuencias.

La hoja de registro contiene los siguientes datos: Anexo 1 membrete de la universidad, nombre completo del alumno, edad, el IHOS y se revisaron los dientes 16, 11, 26, 36, 31, y 46 cuenta promedio, la hoja de registro contiene los siguientes datos: Anexo 1. Membrete de la universidad, datos generales nombre completo del alumno, edad, el IHOS se revisaron los dientes 16, 11, 26, 36, 31, y 46 cuenta promedio.

E) Diseño estadístico

Posteriormente se reviso cada una de las fichas epidemiológicas para constar que no tengan errores y se les colocó un número de folio.

Se capturo la información en el programa estadístico SSPS 13.0 para obtener las estadísticas descriptivas: media, moda, porcentajes, desviación estándar, y las diferencias estadísticas.

Recursos

- Humanos: Directora y Asesora del proyecto.
2 pasantes, para la recolección de información.
- Físicos: Escuela Primaria etiopia, ubicada en la Delegación Álvaro Obregón.

Biblioteca de la primaria, sala de usos múltiples que posteriormente se convirtió en salón de computación, cubículo en el campo I de la Facultad Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

- Materiales:

Papelería (hojas blancas, tinta para computadora, lápices, marca textos, gomas, bicolores, plumas), computadora, impresora, fotocopias, cámara fotográfica, internet, literatura.

- Financieros:

Proyecto auspiciado por el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) 200107.

Cronograma de Actividades

Actividades	Dic.	Enero	febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio Medi o mes	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
1ra. Visita a la primaria para revisión y recuperación de permisos y conteo de los niños que participan en el proyecto.	x												
Revisión bibliográfica	x	x	x										
2da. visita a la primaria para el primer registro de IHOS		x											
Platicas y promoción de medidas de prevención		x											
3ra. Visita a la primaria para el 2do. Registro de IHOS			x										
Platicas y promoción de medidas de prevención			x										
4ta. Visita a la primaria para el 3er. Registro de IHOS				x									
Platicas y promoción de medidas de prevención				x									
5ta. Visita a la primaria para el 4to y último registro de IHOS					x								
Platicas y promoción de medidas de prevención					x								
Obtención de resultados						x							
Informe de resultados							X						
VACACIONES								x	X				
Registro de datos										x			
Análisis de resultados											X	x	x

Resultados

Registros del IHOS al inicio de las clases.

Tabla 1 Estadística realizada Frecuencias, media, error de media, mediana, moda, desv. Típ, mínimo, máximo y suma.

N	Promedio Enero	Promedio Febrero	Promedio Marzo	Promedio Abril
Válidos	96	96	96	96
Perdidos	0	0	0	0
Media	1.1845	.6628	.4070	.1548
Error tip. De la media	.05201	.05946	.02706	.01701
Mediana	1.2300	.6000	.3000	.1000
Moda	1.00	.60	.30	.10
Desviación tip	.50964	.58262	.26516	.16663
Mínima	.16	.00	.00	.00
Máxima	2.30	5.00	1.60	.83
Suma	113.71	63.63	39.07	14.086

Tabla 2 Referente al sexo se observa que predomina, el sexo femenino con 58 alumnos con el 60.4% y 38 alumnos del sexo masculino que corresponde al 39.6%.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	femenino	58	60.4	60.4
	masculino	38	39.6	39.6
Total		96	100.0	100.0

Grafico 1 Referente al sexo

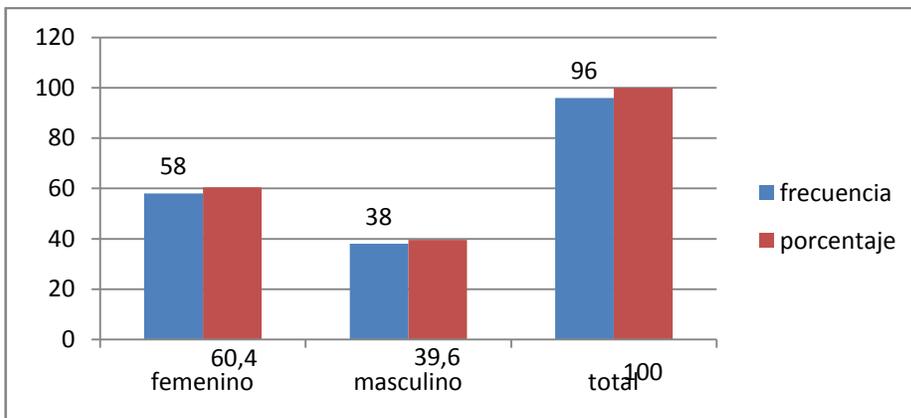


Tabla 3 Respecto al grado de los escolares predomina en 43 alumnos de quinto año con el 44.8 %, continuando con 33 alumnos de de cuarto año representado por 34.4 % y por ultimo 20 alumnos de sexto año con el 20.8 %.

GRADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos cuarto	33	34.4	34.4
quinto	43	44.8	44.8
sexto	20	20.8	20.8
Total	96	100.0	100.0

Grafico 2 referente al grado de los escolares de la primaria etiopia.

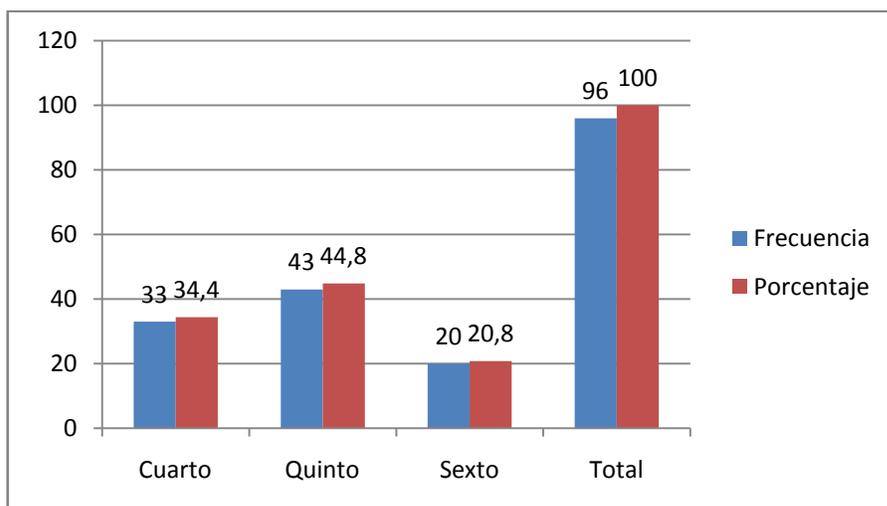


Tabla 4 En relación a la edad de los escolares. Se observa que hay 40 alumnos de 10 años dando un 41.7 %, 26 alumnos de 9 años de edad con el 27.1%, 22 alumnos de 11 años de edad con el 22.9% y por ultimo 8 alumnos de 12 años de edad con el 8.3%.

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diez años	40	41.7	41.7	41.7
once años	22	22.9	22.9	64.6
doce años	8	8.3	8.3	72.9
nueve años	26	27.1	27.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Grafica 3 referente a la edad de los escolares de la primaria etiopía de 9 a 12 años.

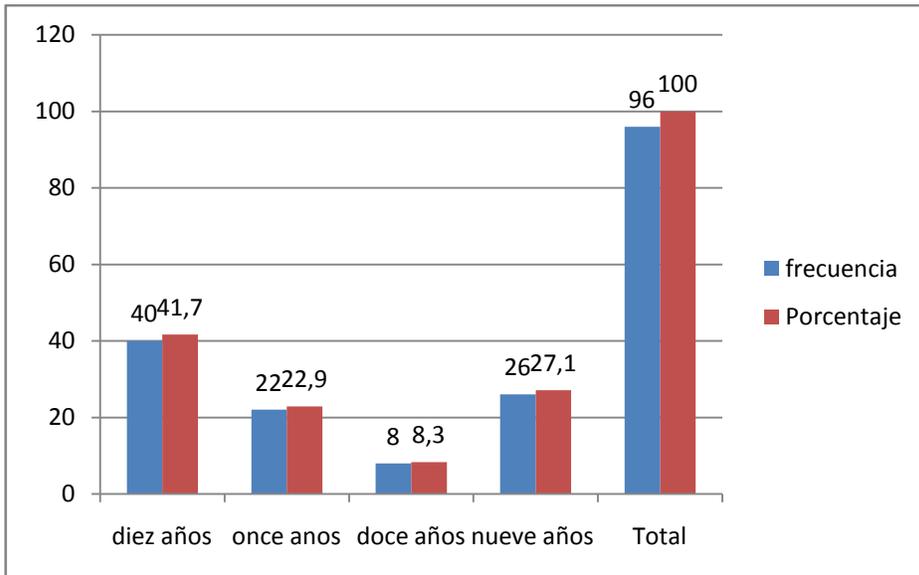


Tabla 5 Referente a la frecuencia del índice de higiene oral en el mes de Enero del 2009

promedio enero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos .16	4	4.2	4.2	4.2
.30	3	3.1	3.1	7.3
.50	5	5.2	5.2	12.5
.60	9	9.4	9.4	21.9
.80	4	4.2	4.2	26.0
0.16	14	14.6	14.6	40.6
1.16	9	9.4	9.4	50.0
1.30	14	14.6	14.6	64.6
1.50	8	8.3	8.3	72.9
1.60	13	13.5	13.5	86.5
1.80	4	4.2	4.2	90.6
1.83	1	1.0	1.0	91.7
0.3	6	6.3	6.3	97.9
2.30	2	2.1	2.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Grafico 4 referente al IHOS de enero.

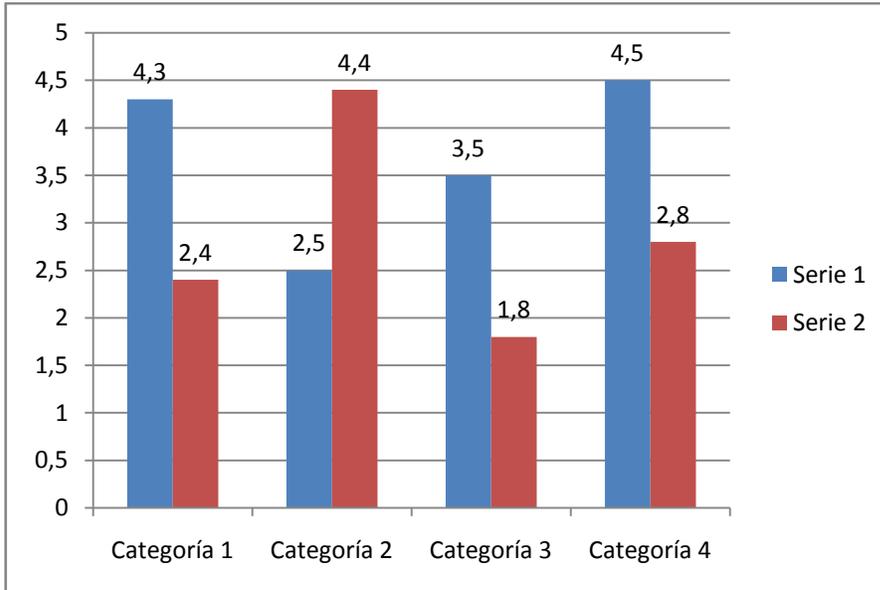
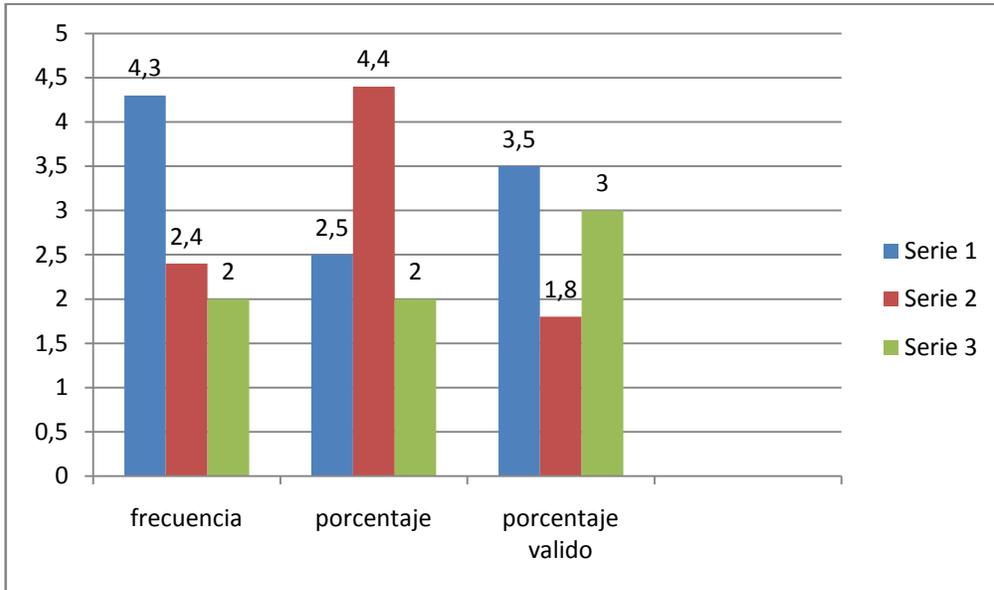


Tabla 6 en relación al promedio de IHOS de febrero

promedio febrero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ausencia	2	2.1	2.1	2.1
.10	11	11.5	11.5	13.5
.16	1	1.0	1.0	14.6
.30	11	11.5	11.5	26.0
.50	15	15.6	15.6	41.7
.60	24	25.0	25.0	66.7
.83	16	16.7	16.7	83.3
0.16	4	4.2	4.2	87.5
1.10	3	3.1	3.1	90.6
1.16	1	1.0	1.0	91.7
1.30	4	4.2	4.2	95.8
1.60	1	1.0	1.0	96.9
1.80	1	1.0	1.0	97.9
1.83	1	1.0	1.0	99.0
0.7	1	1.0	1.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Grafica 5 referente al IHOS del mes de febrero



Taba 7 En relación al promedio de IHOS del mes de Marzo

promedio marzo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ausencia	5	5.2	5.2	5.2
.10	15	15.6	15.6	20.8
.30	32	33.3	33.3	54.2
.50	19	19.8	19.8	74.0
.60	14	14.6	14.6	88.5
.83	9	9.4	9.4	97.9
0.16	1	1.0	1.0	99.0
1.60	1	1.0	1.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Grafico 5 referente a la frecuencia y porcentaje del IHOS del mes de marzo.

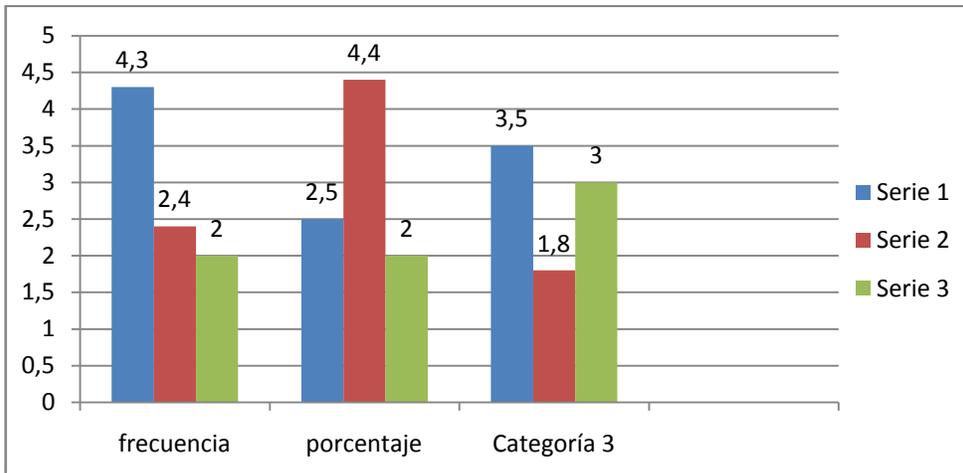
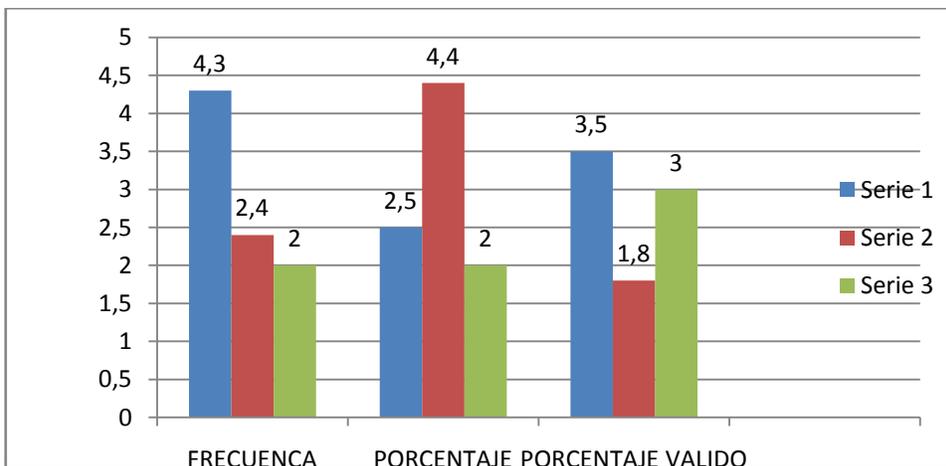


Tabla 8 referente al último IHOS realizado en mes de abril

promedio abril

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ausencia	21	21.9	21.9	21.9
	.10	49	51.0	51.0	72.9
	.30	19	19.8	19.8	92.7
	.50	4	4.2	4.2	96.9
	.60	1	1.0	1.0	97.9
	.83	2	2.1	2.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Grafico 6 referente al promedio de IHOS en el mes de abril.



Registro del IHOS después del receso.

Tabla 9 Referente al promedio del IHOS después del receso en el mes de enero donde predomina la frecuencia de 39 representado por el 40.6%

promedio mes de Enero después del recreo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.10	37	38.5	38.5	38.5
	.30	39	40.6	40.6	79.2
	.50	11	11.5	11.5	90.6
	.60	1	1.0	1.0	91.7
	.83	7	7.3	7.3	99.0
	1.00	1	1.0	1.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Gráfico 7 referente al IHOS después del recreo en el mes de enero.

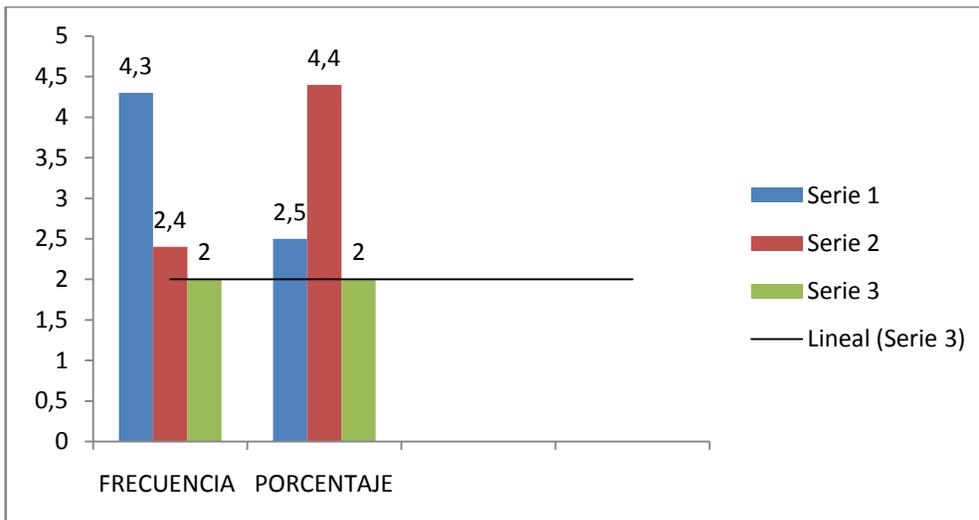


Tabla 10 referente al promedio del IHOS después del recreo en el mes de febrero donde predomina la frecuencia de 54 dando un porcentaje de 56.3 %

promedio mes de Febrero después del receso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	4	4.2	4.2	4.2
	.01	1	1.0	1.0	5.2
	.10	54	56.3	56.3	61.5
	.12	1	1.0	1.0	62.5
	.30	30	31.3	31.3	93.8
	.50	3	3.1	3.1	96.9
	.60	1	1.0	1.0	97.9
	.83	2	2.1	2.1	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Grafico 8 referente al IHOS del mes de febrero después del receso.

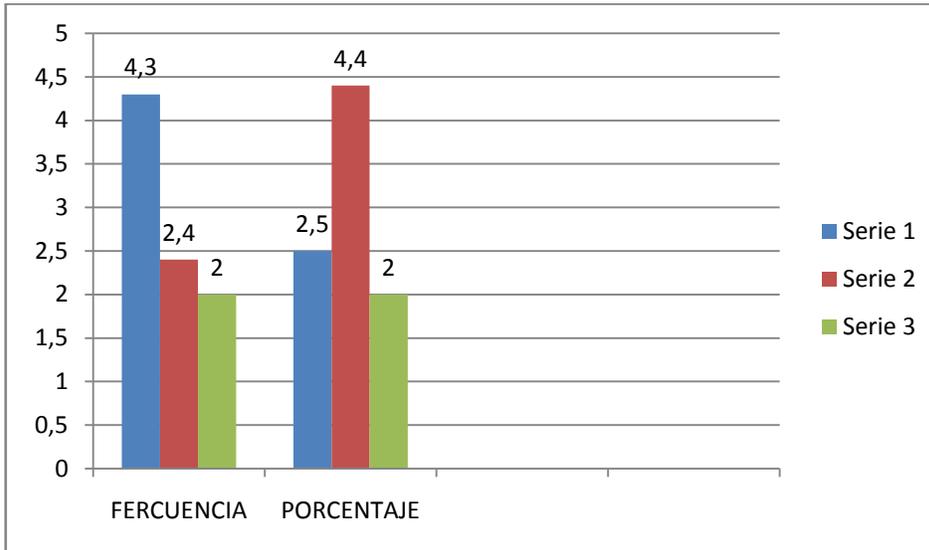


Tabla 11 Referente al IHOS después del recreo del mes de marzo, donde se observa que predomina la frecuencia de 43 dando así un porcentaje del 44.8%.

promedio del mes de Marzo después del recreo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	41	42.7	42.7	42.7
	.10	43	44.8	44.8	87.5
	.30	8	8.3	8.3	95.8
	.50	2	2.1	2.1	97.9
	.60	1	1.0	1.0	99.0
	.80	1	1.0	1.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Grafico 9 referente al IHOS del mes de marzo después del recreo.

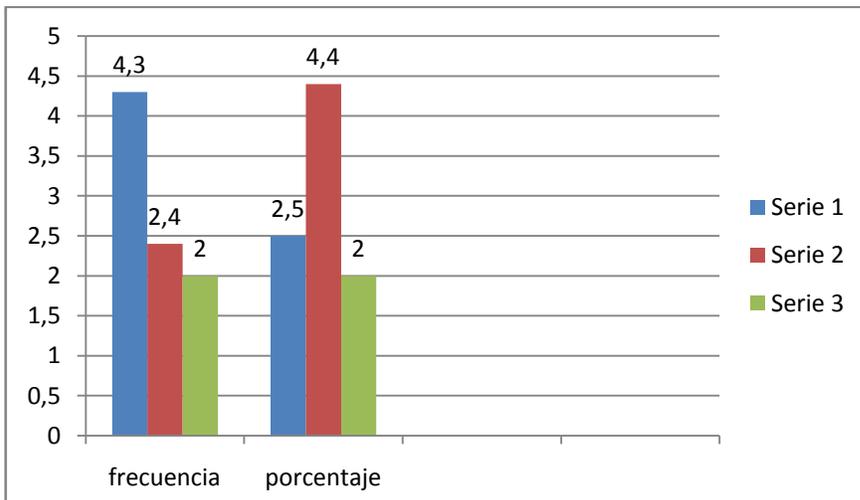


Tabla 12 referente al IHOS después del receso en el mes de abril, donde predomina la frecuencia de 62 dando el 64.6 %

promedio del mes de Abril después del recreo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	62	64.6	64.6
	.10	33	34.4	99.0
	.30	1	1.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Grafico 10 referente al IHOS del mes de abril después del recreo de los escolares de la primaria etiopia.

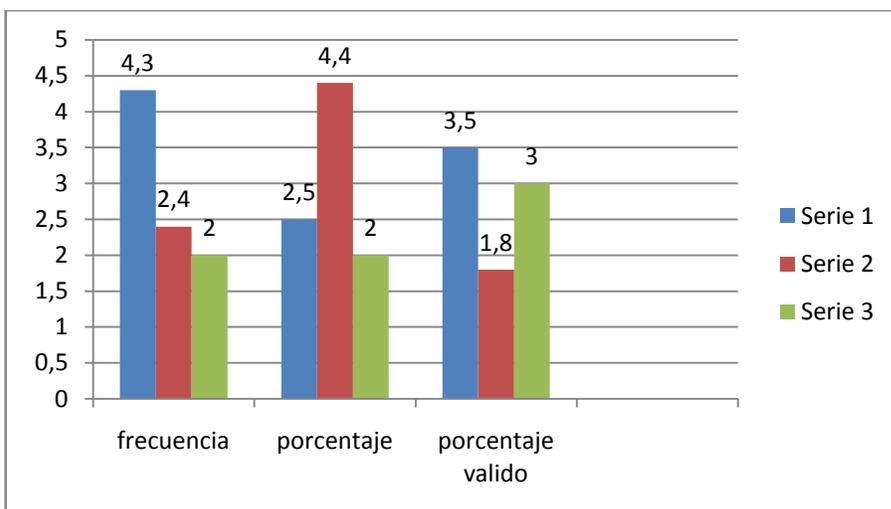


Tabla 13. Referente a IHOS de los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril en los escolares de cuarto año.

Alumnos de Cuarto año. De 9 años de edad.
Enero: .60
Febrero : .10
Marzo : .30
Abril : .10

Grafico 10 referente al promedio de higiene oral de los escolares de 9 años de edad, escolares de cuarto año.



Tabla 14. Referente a IHOS de los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril en los escolares de quinto año escolar.

ALUMNOS DE QUINTO AÑO (10 AÑOS)
Enero: .80
Febrero: .10
Marzo: .00
Abril: .00

Grafico 11 referente al IHOS de los alumnos de quinto año escolar durante los meses de enero, febrero, marzo y abril.



Tabla 15. Referente a IHOS de los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril en los escolares de sexto año.

ALUMNOS DE SEXTO AÑO (12 AÑOS)	
Enero:	1
Febrero:	.60
Marzo:	.30
Abril:	.10

Grafico 12 referente al IHOS de los alumnos de sexto grado, alumnos de 12 años de edad.



ANALISIS DE RESULTADOS

De la muestra de estudio $m=96$ escolares de 9 a 12 años de edad participaron en el estudio. Referente al sexo de la muestra $m=96$ predomina el femenino con 58 y 38 son masculino. En relación al grado escolar participaron 43 escolares de quinto año, 33 de cuarto y 20 de sexto año. Respecto en años cumplidos de los escolares $m=96$ participaron 26 alumnos de 9 años, 40 alumnos de 10 años, 22 alumnos de 11 años y finalmente 8 alumnos de 12 años.

Al analizar el promedio del IHOS se observó que al inicio de clases los alumnos presentaban un porcentaje bueno, de los cuales se mencionan los de mayor frecuencia, dando los siguientes resultados en los meses de:

Enero (tabla 5) se presentó un .16 en 14 niños.

Febrero (tabla 6) fue de .60 en 24 escolares.

Marzo (tabla 7) .30 en 32 escolares.

Abril (tabla 8) .10 en 49 niños.

Después de esta primera medición en la muestra se levantó una segunda medición del promedio del IHOS al término del recreo una vez que se les dio las pláticas y medidas de prevención como la técnica de cepillado.

Con los siguientes resultados encontramos que el promedio de higiene oral fue disminuyendo de manera satisfactoria donde se registran los resultados en los siguientes meses:

Enero (tabla 9) el .30 en 39 niños.

Febrero (tabla 10) el .10 en 54 niños.

Marzo (tabla 11) .10 en 43 niños.

Abril (tabla 12) .0 en 62 niños.

Referente al grado escolar el promedio de IHOS fue el siguiente:

De los 33 alumnos de cuarto año, 14 presentaron un promedio de .10; 6 alumnos presentaron .0, 10 niños .30, 2 niños .50 y un solo escolar tuvo un promedio de .83.

En los 43 alumnos de quinto año se observa lo siguiente: 32 escolares tienen un promedio de .0 y 11 niños con .10 de promedio de IHOS.

Finalmente en los 20 alumnos de sexto año se observa lo siguiente: 5 niños con un promedio de .0, 13 con un promedio de .10, 1 alumno con .30 y 1 con .83 de promedio. Con estos resultados nos dimos cuenta que tanto los escolares de 9 años como los de 12 años de edad, tienen un promedio de higiene oral similar, es decir regular; por lo que inferimos que los estudiantes desde cuarto año ya ponen una especial atención por su aspecto físico. En base a los datos obtenidos antes mencionados y de acuerdo a los criterios de Green y Vermillion la higiene oral de los escolares de 9 a 12 años de edad de la primaria etiopía, es buena.

Discusión.

Los problemas de higiene oral en la población escolar de la primaria Etiopía tiene un comportamiento bueno, sin embargo cabe señalar que los focos infecciosos en boca son factores de riesgo predisponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico degenerativas que afectan a la salud del individuo. Compartiendo lo citado con González, la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano.⁴

Lo cual nos motiva a que se debe seguir insistiendo en contar con buenos hábitos orales, valores y actividades favorables que crean la salud bucal, ideas que son congruentes con Crespo.⁶

En relación a lo citado por Arciery comprobamos que el comportamiento que tuvieron los escolares fue positivo reafirmando que la motivación es la clave principal para obtener un buen resultado, a este respecto las pláticas de prevención motivaron a los niños de cuarto a sexto año a mantener una buena higiene oral.²¹

Consideramos que a medida que el niño crece y se va acercando a su adolescencia está más interesado en su higiene. Por lo que se debe seguir supervisando las actividades y hábitos de salud bucal tanto como en el hogar como en la escuela, para mantener la boca sana.

Conclusiones

Los resultados de estos estudios hacen evidente que se tiene que hacer conciencia en el escolar para tener buena hábitos básicos orales, para lograr mantener una óptima salud bucal.

Una buena motivación, se verá reflejada por parte de los escolares en su vida diaria y en todas las actividades que realicen.

Tomando en consideración que este nivel escolar de primaria está entrando a una etapa de adolescencia donde comienzan a poner mayor atención a su aspecto físico, es necesario implementar medidas de higiene no sólo bucales para la solución de problemas que puede presentar esta población. Esto se puede prevenir y controlar con acciones preventivas de bajo costo, alto impacto y con la aplicación de tipo masivo.

Nuestra labor como profesionistas es de fomentar esta cultura conforme pasen los años y no solo por un tiempo.

Por último podemos señalar que el trabajar con los escolares fue muy agradable motivo por el cual consideramos que se deben establecer programas preventivos en las primarias en conjunto con los profesionales de la salud como los estudiantes de la F.E.S Zaragoza.

Propuesta

Consideramos que en el nivel primario se tiene gran influencia sobre la salud de los niños, que a través del concepto de Escuelas Promotoras de la Salud, o Escuelas Saludables en conjunto a las políticas de las diferentes delegaciones del D.F., las cuales tendrían como meta alcanzar estilos de vida saludables para la población escolar por medio del desarrollo de ambientes que apoyen y conduzcan a la promoción de la salud bucal.

La importancia de la introducción de la educación en salud y cuidados con la higiene bucal en los primeros años de vida escolar, se justifica, porque en este momento los niños están descubriéndose y descubriendo sus sensaciones. Cabe mencionar que en base a la literatura el aspecto psicológico es de gran importancia en la etapa de 9 a 12 años, ya que es aquí donde surgen cambios importantes tanto físicos mentales y sociales.

Por lo que invitamos a formar equipos multidisciplinarios para llevar a cabo una promoción y prevención adecuada para la salud integral.

La motivación y educación del paciente es necesaria para que tome conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud; este trabajo debe realizarse con entusiasmo, pues lo que se hace con creencia y placer tiene el poder de contagiar a las personas. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, pues en una única sesión de enseñanza, no se lograría alterar un viejo hábito del paciente.

Entre los recursos de motivación que recomendamos son, la comunicación y orientación verbal, siendo el medio más sencillo y directo, películas, diapositivas y folletos educativos, ya que esto auxilia en la mudanza de comportamiento de los individuos.

Para obtener mayor participación y captar su atención es necesario que las informaciones sean transmitidas de una forma divertida y entretenida, usando macro modelos, teatro guiñol, dibujos, entre otros.

Se ha comprobado que los pacientes bien motivados pueden alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de la salud bucal, por lo que pedimos se tome en cuenta este tipo de investigación para generaciones nuevas

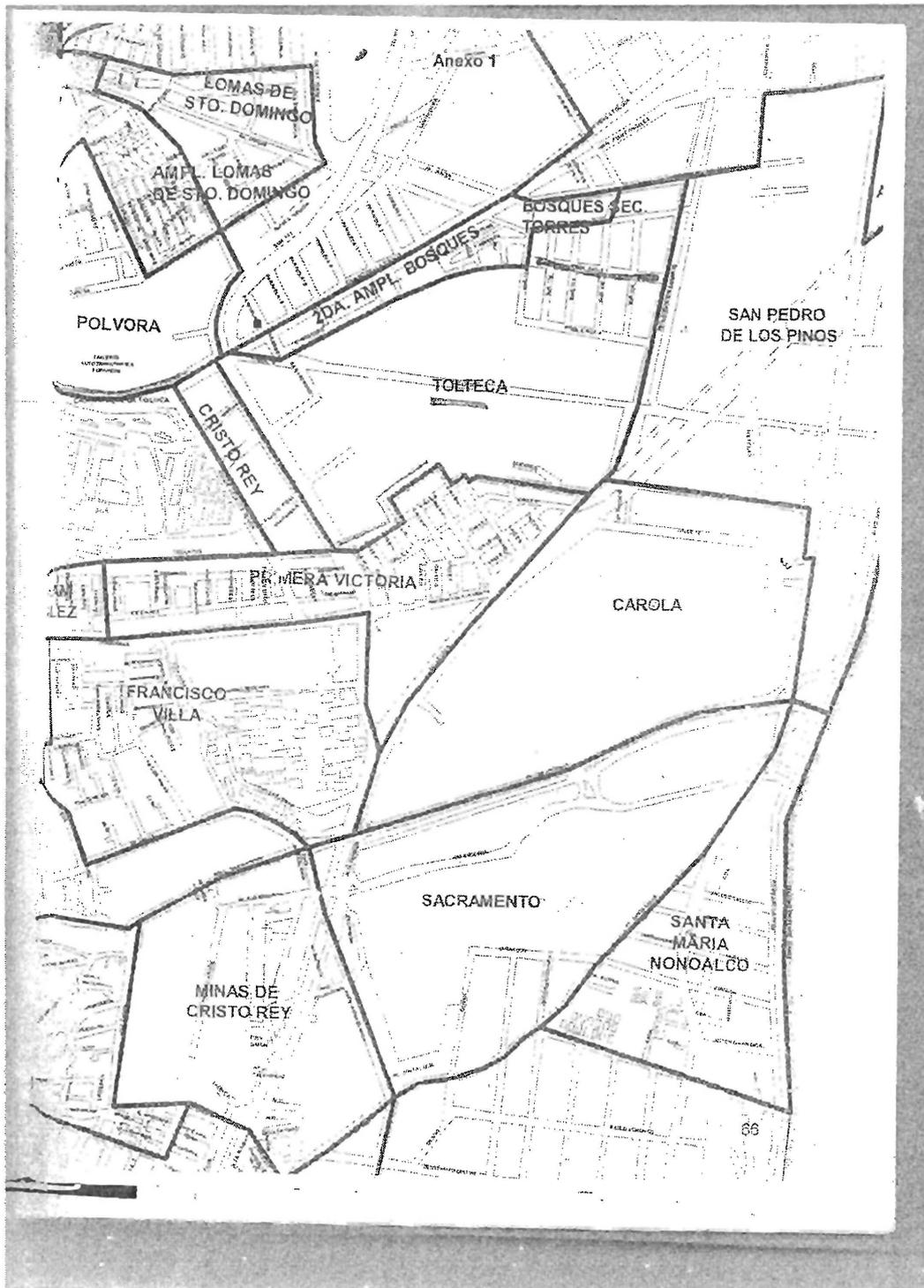
Por último invitamos a la población zaragozana a crear conciencia de la importancia de la prevención y promoción para la salud bucal.

Referencias originales

1. Soria MA, Molina NF, Rodríguez RP. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta pediátrica* 2008;29:21-24
2. Higashida B. *Odontología Preventiva*. Cd. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana,2000.Pp.1-3
3. Guerrero FJ. Prevención de las caries. Asociación española de pediatría. Edición electrónica abril 2005. Disponible en: <http://www.aeped.es/infofamilia>.
4. González S, Rivera AE, Tena C, Sánchez JM. Recomendaciones para mejorar la practica odontológica. *Revista ADM* 2004; 61:109-116.
5. Página de la delegación Álvaro Obregón <http://www.aobregon.df.gob.mx/>
6. Cresspo IM, Cosme RC, Lobaina LY. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. *Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas*.
7. Cuenca E, Manau S. *Manual de odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona: editorial Masson,1991.Pp.1-9
8. Murrieta JF, Juárez AL, Linares C, Zurita V. Prevalencia en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrando por sus Madres. *Boletín médico del hospital infantil de México* 2004; 61:44-55.
9. Saucedo BM. Caries de biberón en una población escolar del municipio de Novalato Sinaloa (México).
10. Gonzales MD, Lovera CN. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio de Antolín del campo, estado de nueva Esparta, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"* edición electrónica Diciembre 2004. Disponible en www.ortodoncia.ws.
11. Rodelo VJ, Solís ME, Sánchez VA, Beltrán EL. Caries dental en escolares de 6 a 12 años en Novalato Sinaloa: resultados preliminares. *Revista BIOMEDIC* 2005; 16:217-219.
12. Murrieta P, Juárez L, Linares V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2004; 61 (1).
13. Triana E, Rivera S, Soto L. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colombia Médica*. Corporación editora Médica del Valle. 2005; 36 (4) (supl 3), octubre-diciembre: 26-30.
14. Gómez S, Doreste A, Sierra M. Estado periodontal de los escolares de 7 y 12 años de edad de Canarias. *Revista del Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España* 2005; 3 (8).
15. Muñiz V, Gondin G, Ricardo R. Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Barrio Adentro. Las Margaritas. Disponible en: <http://www.alfinal.com/odontología/maloclusiondental.shtml>.
16. Jiménez PC, Kkilikan R, Pérez C. Prevalencia de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Periodo 1992-2006. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"* edición electrónica mayo 2008. Disponible en: www.ortodoncia.ws
17. Medina QG, Rabelo BM, Moreira MM. Evaluación de flourosis dentaria en escolares de Asunción, Paraguay: Impacto de posibles factores de riesgo. *Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría* 2003; 30 (1):19-27.

18. Hernández MV, Bueno LJ, Sánchez RA. Fluorosis y caries dental en niños de 9 a 11 años en el estado de Aguascalientes, México. Rev. Int. Contam. Ambient. 2003; 19 (4): 197-204.
19. Restrepo TC. Promoción de la salud en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN. 2009; 13(1).
20. Boj. Catalá García B, Mendoza Odontopediatría. Capítulo 22. Editorial Masson, Barcelona España, 2005. pp.225-261.
21. Arcieri MR, Garbin SC, Santos AC. La influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares brasileños. Arch. Brasil. 2007; 45 (4).
22. www.clgateprofesional.com.mx consultado en Abril del 2009.
23. <http://www.odontocat.com/prevplacaca.htm> consultado en Febrero del 2009.
24. <http://odontoweb.espaciolatino.com/pacientes/higoral/cepillado.html> consultado en mayo del 2009.
25. <http://www.odontoruizrua.com.ar/cepillado.htm> consultado en Diciembre del 2009.
26. Moreno S, Villavicencio J, Ortiz M. *Restauraciones preventivas en resina como estrategia para control de morfología dental*. Acta Odontológica Venezolana 2007; 45 (4). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/restauraciones_preventivas_resina.asp
27. Abreu RR. Uso de complejos fluorados como tratamiento de la enfermedad de la caries dental. Disponible en: http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/uso_de_complejos_fluorados_como_tratamiento_de_la_enfermedad_de_la_caries_dental.html.
28. Berboza WL. La dinámica socio histórica en el área metropolitana y su impacto en las condiciones de vida de la familia y el perfil salud-enfermedad bucal del escolar. Caracas, Venezuela. 1997.
29. Higashida B. Odontología Preventiva. Cd. México: Editorial McGraw Hill Interamericana, 2000. Pp.1-3.
30. Muguerza HV, López JM. *Encuesta sobre hábitos dietarios, en particular hidratos de carbono*. Arch. Pediatr. Urug. 2001; 72 (4). Montevideo dic.
31. Barrón GS. Recomendaciones de la CONAMED para mejorar la práctica odontológica. Odont Moder 2006; 3(29).
32. Adriano P, Caudillo T. *“Perfil del proceso salud enfermedad estomatológico en la población infantil del distrito federal”*. Revista Dentista paciente Vol. 10 No. 108, México 2001.
33. Encuesta Nacional de salud bucal Secretaria de Salud 2001.

Anexos



ANEXO 2



ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES



La Delegación Álvaro Obregón y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM van a desarrollar un programa de promoción y prevención bucal en los niños de las escuelas primarias de esta Delegación.

Dicho programa beneficiara la salud bucal de sus hijos controlando los principales problemas como es la caries dental (dientes picados), e inflamación de las encías. El material a utilizar no tendrá ningún costo para ustedes es por ello que solicitamos su firma de aceptación para que su HIJO o HIJA participe en este programa.

Nombre del escolar

Nombre de la primaria

Grupo

Nombre del Padre de Familia o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Anexo 3 Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Número del recibo

Fecha

Datos del paciente

Nombre

EDAD:

Dirección

Estado civil

Ocupación

Motivo de consulta

I H O S

Nº de diente	16	11	26	36	31	46	Cuenta	promedio
Placa dentobacteriana								
Calculo								

C P O D

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47		
Cuenta promedio						Carilados						Perdidos						Oblurados						Total Dientes					

c e o

65	64	63	62	61	62	63	64	65	75	74	73	72	71	81	82	83	84	85	Carilados	Perdidos	oblurados	Total Dientes

Aplicación de Sellador

Número de diente

Diagnóstico de maloclusiones Clase I

Clase II

Clase III

Mordida cruzada

Mordida abierta

Observación de tejidos Blandos

herpes

aftas

Nombre del operador

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN Y REGISTRO DE PLACA DENTOBACTERIANA

(Green y Vermillion)

CRITERIOS	CÓDIGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de placa dentobacteriana o mancha extrínseca en la superficie examinada 	<ul style="list-style-type: none"> • 0
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de placa dentobacteriana, cubriendo hasta un tercio de la superficie, o ausencia de placa dentobacteriana, más presencia de mancha extrínseca. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de materia alba cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada, podrá haber o no presencia de mancha extrínseca. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de materia alba cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá o no haber presencia de mancha extrínseca. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN Y REGISTRO DE CÁLCULO

CRITERIOS	CÓDIGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de cálculo supra o subgingival 	<ul style="list-style-type: none"> • 0
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de cálculo supragingival cubriéndolo más de 1/3 de la superficie examinada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada, o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de cálculo cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, no bien presencia de cálculo subgingival en banda. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3