



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCODENTAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES DE LA
SECUNDARIA "REPÚBLICA DE BOLIVIA" 2011.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

YOSSELIN CANO MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A dios porque siempre iluminó mi camino y lo llenó de bendiciones.

A mi padre porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, futo de inmenso apoyo, amor y confianza que en mi depositaste y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que construyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual te estaré infinitamente agradecida. Te quiero mucho papá.

A mi madre por su apoyo incondicional brindado en todos los momentos difíciles y felices de mi vida, en los cuales he logrado terminar mi carrera profesional, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Porque gracias a su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta de mi vida. Te quiero mucho mami.

A mis hermanos porque gracias a sus palabras y sabios consejos, he conseguido exitosamente terminar mi carrera profesional. Los quiero mucho

A mi abuelito Laureano por haberme brindado todo su amor y apoyado en gran parte de mi vida, que aunque ya no está en este momento para ver mi triunfo, le doy gracias por haberme enseñado a ser una persona exitosa. Espero que se sienta orgulloso de mi, y que me siga mandado todas sus bendiciones.

A mi tutora: C.D. María Elena Nieto Cruz porque gracias a su apoyo y consejos he llegado a realizar una de mis más grandes metas.

A mi asesora: MTRA. Rosina Pineda y Gómez Ayala por sus conocimientos, su tiempo, y dedicación para la elaboración de este proyecto. Gracias.

Al término de esta etapa de mi carrera, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa meta.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1.-Introducción | 5 |
| 2.- Antecedentes | 7 |
| 3.- Marco teórico | 10 |
| 3.1 Caries dental | 10 |
| 3.2 Etiología de caries dental | 11 |
| 3.3 Placa dentobacteriana | 13 |
| 3.4 Enfermedades periodontales | 13 |
| 3.4.1 Gingivitis | 14 |
| 3.4.2 Periodontitis | 15 |
| 3.4.3 Cálculo dental | 15 |
| 3.5 Índices epidemiológicos | 16 |
| 3.5.1 CPO (D) | 16 |
| 3.5.2 Índice de higiene bucal de Love | 17 |
| 3.6 Algunos métodos de prevención en odontología | 18 |
| 3.6.1 Higiene bucodental | 18 |
| 3.6.2 Cepillado dental | 18 |
| 3.6.3 Técnica de Stillman | 19 |
| 3.6.4 Técnica de Bass | 20 |
| 3.6.5 Cepillado de lengua | 21 |

| | |
|---|----|
| 3.7 Algunos auxiliares de higiene en la salud bucodental | 21 |
| 3.7.1 Cepillo dental | 21 |
| 3.7.2 Dentífrico | 22 |
| 3.7.3 Agentes relevadores de placa | 23 |
| 3.7.4 Hilo dental | 23 |
| 3.7.5 Enjuagues bucales | 25 |
| 4.-Objetivo | 26 |
| 4.1 Objetivo general | 26 |
| 5.- Programa de educación para la salud bucodental dirigido a adolescentes de la secundaria “República de Bolivia” 2011. | 27 |
| 5.1 Cronograma de actividades | 27 |
| 5.2 Contenido temático | 28 |
| 5.3 Actividades | 29 |
| 6.- Resultados | 34 |
| 6.1 Análisis de resultados | 34 |
| 7.- Conclusiones | 44 |
| 8.- Bibliografía | 45 |
| 9.- Anexos | 48 |
| 9.1 Carta de autorización | 49 |
| 9.2 Cuestionario de conocimientos de salud bucal | 50 |
| 9.3 Sopa de letras | 53 |



1.- INTRODUCCIÓN

Los programas escolares de educación para la salud bucodental tienen una importancia trascendental, temas como la caries, y la enfermedad periodontal, se apoyan para su prevención en técnicas de cepillado, el uso de seda dental, y las revisiones periódicas por el odontólogo, son de obligado tratamiento en el ámbito escolar, hasta conseguir la adquisición de hábitos saludables que trasciendan al entorno familiar de los escolares y que perduren en el tiempo.¹

El cuidado personal de la salud incluye todas las actividades y decisiones de un individuo para prevenir enfermedades bucodentales. Uno de los propósitos principales del cuidado personal de la salud oral es prevenir o detener la enfermedad periodontal y la caries, reduciendo la acumulación de placa dentobacteriana.²

Un régimen personalizado de higiene oral cumplirá de mejor forma las necesidades del individuo, el cual está determinado de acuerdo a la condición oral, preferencias personales, destreza y estilo de vida.²

Para asegurar el compromiso a un programa personal de higiene oral, al paciente se le deben explicar y demostrar adecuadamente los beneficios del cuidado oral apropiado.²

Para que un programa preventivo sea eficaz, el adolescente debe estar dispuesto a escuchar y aceptar la instrucción. El adolescente presenta principalmente problemas como enfermedad periodontal, caries dental y cálculo (sarro).³ En medida que el hombre ha incorporado en su alimentación azúcares refinados la prevalencia de la caries ha aumentado.⁴



En el presente trabajo se llevó a cabo un programa de educación para la salud bucodental en la secundaria No. 54 “República de Bolivia”, con la finalidad de evaluar los conocimientos que tenían los alumnos acerca de la salud bucal, y así poder reforzar su conocimiento, crearles un interés para que por sí mismos puedan ejercer conductas favorables para poder mantener una buena higiene bucal. El programa de educación para la salud bucodental promoverá y al mismo tiempo protegerá el cuidado personal de los adolescentes de dicha institución.



2.- ANTECEDENTES

En Cuba en 1992 se estableció el Programa Nacional de Atención Estomatológica integral a la población, de 15-18 años de edad y se le confirió una alta prioridad. Este programa surgió al plantearse por el Sistema Nacional de Salud Pública, la necesidad de formar un estomatólogo general básico más integral, capaz de satisfacer las necesidades de atención a las crecientes demandas de la población.⁵

Con las normas orientadas por el nivel nacional, se elaboraron programas de salud bucal para las provincias del país, que era en este nivel; a través de la subdirección de asistencia médica, mediante el jefe del grupo provincial de estomatología.⁶

Es importante destacar que la salud en las Américas, es la principal publicación de la organización panamericana de la salud, que analiza la situación de salud y sus tendencias en la región de las Américas. Un análisis de la situación realizado por el ministerio de salud notificó que la enfermedad dental era una infección encontrada en aproximadamente 10% de los niños entre 5-10 años de edad.

La organización panamericana de salud (OPS) ha participado en actividades preventivas de salud oral en diversas comunidades, principalmente impulsando el programa de fluoración de la sal, éstas han reducido de forma importante la morbimortalidad oral en los países que las han implementado.⁷

En Argentina, se estima que 8 de cada 10 niños de 12 años están o han estado afectados por caries o tienen un antecedente, y apenas el 35% de los adolescentes de 18 años tienen la dentadura completa.

En Europa, la prevalencia de caries dental es en promedio, el 2%. Estos bajos porcentajes son resultado de programas preventivos permanentes con aplicaciones tópicas de fluoruro.⁷



Al analizar las enfermedades periodontales, en México, presentan enfermedad periodontal el 9% de los niños entre 10 a 15 años; esta proporción aumenta hasta un 30% entre la población de 10 a 35 años y alcanza el 97% en las personas mayores a los 50 años.⁷

Estudios epidemiológicos en todo el mundo indican la presencia de enfermedad periodontal y gingival. Desde épocas antiguas, las enfermedades de las estructuras de soporte de los dientes han sido reconocidas en casi todas las culturas. Estudios paleontológicos señalan que la enfermedad periodontal existía en el hombre primitivo ya en el año 2000 a.C.

En 2005 en Honduras se realizó un estudio que demostró una elevada prevalencia de caries en adultos jóvenes de edad universitaria y sus resultados demuestran la falta de implementación de servicios odontológicos para dicha población⁸

Dentro de los países latinoamericanos la información que fue recabada se encontró el programa que tiene la universidad de Chile llamada Universidad Católica de Valparaíso en la cual se proporciona el servicio dental en donde un equipo de Odontólogos se preocupa de la salud bucal de los estudiantes, otorgando atención que incorpora subsidios para aquellos alumnos con un nivel económico bajo.

La Universidad Veracruzana en México vigila las condiciones de salud bucodental de cada uno de sus alumnos, proporcionando educación, para crear la cultura del autocuidado, a través de información personalizada y en grupos, que genere una red, para duplicar la información con fines preventivos y no curativos.⁹



Actualmente existe un consenso sobre la importancia de medir en la población estudiantil el nivel de conocimiento sobre salud oral y el impacto de las intervenciones educativas. La enseñanza de la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública.

En Venezuela en el año 2008 se aplicó un programa educativo sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas y se determinó el nivel de conocimiento de los escolares. Ochenta y cinco escolares entre 6 y 10 años de edad de primero y segundo grado representaron la población del estudio. Se entrevistó a 66 niños que asistieron el día que se inició la investigación. En sesiones sucesivas se aplicó el programa educativo para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral y prevención de enfermedades orales. Los resultados antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del programa educativo a 50% después de su aplicación.

Al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). Por tal motivo existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y a modificar hábitos.¹⁰

3.- MARCO TEÓRICO

3.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa, bacteriana, transmisible, multifactorial que provoca la destrucción de órganos dentarios presentes en boca a cualquier edad.¹¹ Se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos provenientes de la dieta.¹²

La presencia de placa es un factor esencial para el desarrollo de la lesión cariosa, y está estrechamente relacionada con el esmalte subyacente afectado.¹³

Los carbohidratos de la dieta desempeñan un papel importante en la aparición de la caries, estudios epidemiológicos han demostrado la correlación que existe entre el consumo de carbohidratos de bajo peso molecular e incidencia de caries. Por lo cual se insiste en que debe evitar el consumo frecuente de colaciones o meriendas dulces.¹⁴

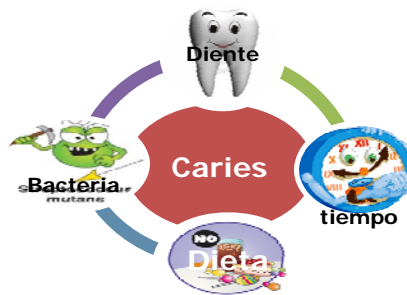
Algunos de los factores que intervienen en la caries no son fácilmente modificables sin embargo, hay medidas prácticas que contribuyen efectivamente a disminuir su aparición. La correcta higiene bucal es una de ellas, un correcto cepillado dental después de ingerir alimentos ha demostrado su utilidad. Las aplicaciones de fluoruro han demostrado eficacia en la prevención de la caries y oscila en un 40 a 80% de disminución de la enfermedad.¹⁵



Fuente: Newbrun Ernest. Cariología

3.2 ETIOLOGÍA DE LA CARIES

La caries se origina cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) y alcanzan concentraciones elevadas de placa dentobacteriana por un excesivo aporte de azúcares en la alimentación (sustrato).¹⁴



Fuente: directa

HUESPÉD: Diente- Saliva

Los dientes presentan particularidades relacionadas a favorecer el desarrollo de las lesiones cariosas. Estas son: la anatomía dental, la disposición y la oclusión de los dientes, guardan estrecha relación con lesiones cariosas, ya que favorecen la acumulación de placa así como alimentos pegajosos, que dificultan la higiene bucal.

Ciertos dientes presentan mayor incidencia de caries, asimismo algunas superficies dentarias son más propensas que otras, incluso respecto al mismo diente.⁴ Con base a investigaciones clínicas, se sabe que las fosetas y fisuras de los dientes posteriores son altamente susceptibles a caries dental. Los detritos de alimentos y los microorganismos se adhieren fácilmente en las fisuras. Lo que se ha demostrado que existe una relación entre la susceptibilidad a la caries y la profundidad de la fisura.¹³



La participación de la saliva en el proceso carioso, ha sido demostrada, al disminuir el flujo salival, lo cual se observa un incremento sustancial de los niveles de lesiones cariosas.

DIETA

La dieta puede ejercer un efecto local sobre la caries en la boca al reaccionar con la superficie del esmalte y al servir como sustrato para microorganismos cariogénicos.¹³

Por otro lado la sacarosa favorece tanto la colonización de los microorganismos orales como la adhesividad de la placa, lo cual le permite fijarse mejor sobre el diente⁴.

La alimentación sólida rica en fibras y fresca (fruta, ensaladas etc.), proporciona una dentadura sana y contribuye a la limpieza fisiológica de los dientes.¹⁴

MICROORGANISMOS

El papel esencial de los microorganismos en la etiología de la caries fue instituido por Miller en 1890. Las principales bacterias que intervienen en la formación de caries dental son: Streptococcus mutans; el cual produce grandes cantidades de polisacáridos que permiten la formación de placa, los Lactobacillus; aparece cuando existen una frecuente ingesta de carbohidratos, Actynomyces; están relacionados con lesiones cariosas radiculares.¹²

TIEMPO

Este factor es fundamental en la aparición de la caries. Esto significa que es el tiempo necesario que el alimento debe permanecer en relación con el diente, para mantener un medio ácido constante en la placa de microorganismos para que se produzca la desmineralización del esmalte. A mayor interrelación mayor cariogenicidad.¹⁶



3.3 PLACA DENTOBACTERIANA

La placa tiene una gran importancia etiológica en la formación de la caries y en las enfermedades periodontales.¹⁴ La placa es una masa blanda, de origen bacteriano, de un color amarillo grisáceo casi transparente, que se adhieren firmemente a los dientes, que no se limpian en forma adecuada.¹⁷

Cuando la práctica de higiene oral es insuficiente o discontinua, los microorganismos se multiplican y comienzan a formarse diferentes tipos de bacterias en el surco supragingival y subgingival existente.¹⁸

La placa dentobacteriana adquiere mayor volumen y se forma con mayor rapidez en:

- 1.- Superficies poco pulidas, en maloclusión, así como en dientes apiñados¹⁹
- 2.- Dientes parcialmente erupcionados.
- 3.- La respiración bucal produce sequedad gingival y dental. Ello hace que la placa sea adherente.
- 4.- Obturaciones y retenedores mal ajustados.¹⁸

Se ha demostrado que la remoción de placa una vez cada 48 horas es suficiente para reducir las acumulaciones microbianas que estén suficientemente maduras como para inducir inflamación gingival.²

3.4 ENFERMEDADES PERIODONTALES

Conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan a tejidos de revestimiento y soporte del diente y es el resultado de desequilibrio entre la interacción del hospedero y las bacterias que colonizan el surco gingival. Las enfermedades periodontales varían desde la inflamación del margen gingival hasta la pérdida avanzada de soporte periodontal y consecuente pérdida dentaria.

El término enfermedad periodontal se refiere en estricto rigor a todas las enfermedades que pueden afectar al periodonto de protección y al periodonto de inserción.

Las enfermedades periodontales más comunes son de origen inflamatorio infeccioso:

-Gingivitis → afectan el periodonto de protección.

-Periodontitis → afectan periodonto de inserción.

3.4.1 GINGIVITIS

La gingivitis es una condición inflamatoria de los tejidos blandos que rodean al diente y es una respuesta de tipo inmune directa, inespecífica, frente al acumulo de placa bacteriana sobre la superficie del diente. Aparece cuatro a 7 días después de la falta de limpieza mecánica de los dientes.

Sin embargo, si se tiene un adecuado control de placa (biopelícula), la gingivitis puede eliminarse exitosamente, es decir es una condición reversible.¹⁹

Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de zonas de inflamación gingival, se observa un cambio de coloración de la encía a una tonalidad más rojiza, hay presencia de un cambio en la consistencia, textura, y forma de la encía, presencia de hemorragia, no hay migración de la adherencia epitelial. (Es decir, no hay bolsa).

La gingivitis es modificada por varios factores tales como el hábito de fumar, ciertas drogas y los cambios hormonales que ocurren en la pubertad y en el embarazo.



Fuente: directa



Fuente: www.odonto-red.com.mx/cariesdental.htm

3.4.2 PERIODONTITIS

La periodontitis incluye la inflamación gingival asociada con un surco gingival profundo (formación de bolsa). Involucra la pérdida de las estructuras de soporte de las piezas dentarias: ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar.¹⁹

La historia natural de la enfermedad periodontal revela que su progresión irremediablemente lleva a la pérdida de piezas dentarias.



Fuente: www.odonto-red.com.mx/cariesdental.htm

3.4.3 CÁLCULO DENTAL

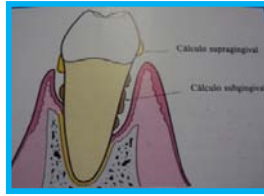
El cálculo dental está formado por placa dentobacteriana calcificada que se adhiere a las superficies de los dientes, suele aparecer en la adolescencia y aumenta con la edad.²⁰ Éste se compone de sales inorgánicas 70-80%, siendo los principales elementos son calcio y fósforo,²¹ y suele comenzar su formación entre el primer y decimocuarto día de formación de la placa.²⁰

De acuerdo a su localización se clasifica en:

Supragingival (sarro visible): Se encuentra como una masa calcificada al esmalte. Su color varía desde el blanco al amarillo pardo, de consistencia dura y fácilmente desprendible de la superficie dentaria.²⁰ Se localiza en la superficie lingual de los incisivos inferiores y en la cara vestibular de los molares superiores.¹⁹

Subgingival: El cálculo subgingival no es visible a la exploración bucal. Suele ser denso y duro, de color café oscuro o negro verdoso, de consistencia pétreo y adherido con firmeza a la superficie dentaria.²⁰

Se forma en las raíces dentales por debajo del margen libre de la encía y con frecuencia se extienden hasta la base de las bolsas periodontales.²¹



Fuente: Kinoshita Shiro. Atlas a color de periodoncia Barcelona : Expaxs, 1990

3.5 ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS

3.5.1 ÍNDICE CPOD

El índice CPO , puede ser utilizado para cuantificar la prevalencia y la incidencia de caries en una población determinada, en el que C representa el número de dientes cariados, P el número de dientes perdidos, y O el número de dientes obturados, posteriormente se suman los números de dientes cariado, perdidos y obturados y se obtendrá el índice CPOD.

La prevalencia se refiere a la cantidad de las personas o a la proporción de una población afectada por una enfermedad o condición en un momento determinado del examen. En caso de la caries, indica la proporción de la población con experiencia de caries, pasada o actual.

La incidencia se refiere a las cantidades o proporción de personas que desarrollan enfermedad en un intervalo de tiempo especificado, habitualmente en un año. En caso de la caries, significaría la proporción de personas que desarrollan 1 o más lesiones durante el período de un tiempo determinado.²²

| ODONTOGRAMA | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | |

Índice CPO(D)

Diente cariados: _____

Dientes perdidos: _____

Dientes obturados: _____

Fuente: Historia clínica de Odontología preventiva y salud pública. F.O. UNAM

3.5.2 ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL DE LOVE

El registro de control de placa de Love desarrolló uno de los primeros índices de mayor uso para identificar la localización y extensión de la placa.² El índice de higiene bucal de Love es útil para monitorizar el control de placa de los pacientes, es fácil de completar, es económica y es reproducible. La medición objetiva de la progresión del control de placa proporciona una sensación de logro y motivación para el paciente.¹⁸

El registro completo indica las localizaciones en donde se acumula la placa y en donde es necesario mejorar las técnicas de cepillado y los métodos auxiliares de higiene bucodental.²

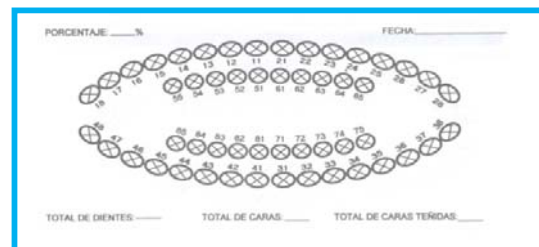
1.- Las superficies lisas de los dientes en la boca se dividen en cuatro secciones: mesial, distal, vestibular y lingual.

2.- Todos los dientes ausentes se tachan con una cruz y se determina el número total de dientes remanentes.

3.- Para detectar la placa dentobacteriana, se utiliza una solución reveladora o tabletas y hacer que la saliva teñida pase por toda la boca, asegurándonos que sean cubiertas todas las superficies de los dientes.²

4.- Después de examinar todos los dientes, se calcula el índice dividiendo el número de superficies que contienen placa por el número total de superficies disponibles (número total de dientes por cuatro superficies).¹⁸

Ésta puntuación inicial de placa debe ser comparada con futuros registros para monitorizar de manera objetiva el progreso del paciente.²



Fuente: Kinoshita Shiro. Atlas a color de periodoncia.

Fuente: Historia clínica de periodoncia F.O UNAM



3.6 ALGUNOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

3.6.1 HIGIENE BUCODENTAL

La placa dentobacteriana constituye un factor causal de suma importancia en el proceso de caries dental y enfermedad periodontal.¹⁹

Sin embargo es primordial eliminarla a través de diversos métodos:

- a. Cepillado dental, encías y lengua
- b. Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillo interdental, palillos, irrigador bucal
- c. Dentífrico
- d. Enjuagues bucales

3.6.2 CEPILLADO DENTAL

Las técnicas de cepillado recomendadas para un paciente específico dependen del estado dental y periodontal del paciente individual.²³

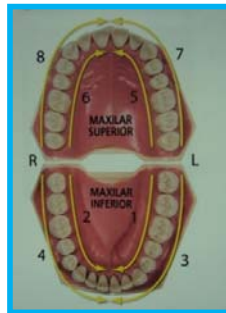
El cepillado dental permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- a. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana
- b. Limpiar las superficies dentales que contengan restos alimenticios
- c. Estimular los tejidos gingivales
- d. Administrar cantidades de fluoruro al medio bucal por medio de dentífricos

La ausencia de placa no depende de la forma de la pasta dentífrica o de la técnica de cepillado, sino de la técnica sistemática que abarque todas las superficies de la dentición.¹⁴ El procedimiento sistemático suele abarcar sucesivamente las caras bucal (externa), oral (interna), y oclusal.

Las medidas prácticas que se han demostrado más útiles son: movimientos cortos, división de la dentición en grupos (molares, premolares, incisivos), y la realización de 4 -5 movimientos por segmento (con 3 dientes como máximo).¹⁴

La frecuencia del cepillado dental depende del estado gingival, la susceptibilidad de caries y la minuciosidad del aseo bucodental.¹⁹ Se recomienda realizar el cepillado dental dos veces al día, en especial antes de acostarse, ya que desempeña una función clave en la prevención y el control de la caries dental y de la enfermedad periodontal.²⁴



Fuente: Lindhe, Jan. Periodontología clínica e implantología odontológica.

3.6.3 TÉCNICA DE STILLMAN

Consiste en hacer un barrido vertical con el cepillo, colocándolo a 45° de inclinación abarcando parte de la encía y cepillando desde ésta hacia el diente para eliminar la placa alojada en el surco gingival, se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival. Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo. Posteriormente las áreas masticatorias de molares y premolares se cepillan con movimientos ligeramente circulares.



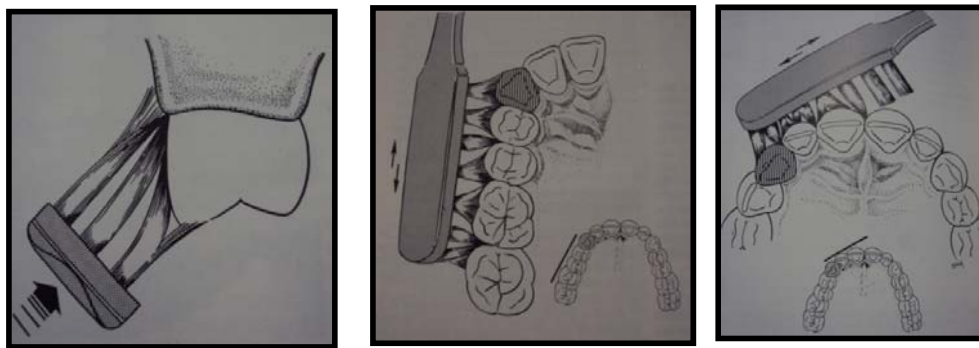
Fuente: Lindhe, Jan. Periodontología clínica e implantología odontológica.

3.6.4 TÉCNICA DE BASS

Esta técnica está indicada en adultos con periodonto sano, y pacientes con gingivitis y periodontitis.¹⁴ El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz y se coloca de tal manera que las cerdas se dirijan hacia arriba en los dientes de la arcada superior, y hacia abajo en los dientes de la arcada inferior.

Formando un ángulo de 45° en relación con el eje longitudinal de los dientes con la finalidad de que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival.

De esta manera, los extremos de las cerdas sintéticas se introducen en los nichos interdentales y en el surco gingival,¹⁴ permitiendo una adecuada eliminación de la placa, realizando pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo de las superficies dentales durante 10 a 15 minutos. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el cepillado de las caras vestibulares de premolares y molares. Posteriormente en las caras linguales de los incisivos el cepillo se coloca en posición vertical para permitir mejor la adaptación de las cerdas.²³ Las caras oclusales se cepillan haciendo ligera presión en surcos y fisuras con movimientos anteroposteriores.

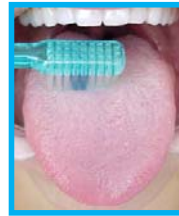


Fuente: Carranza Fermin A. Periodontología clínica.

3.6.5 CEPILLADO DE LA LENGUA

La lengua juega un papel decisivo en el mantenimiento de la infección bucal y esto puede ser notorio en casos de halitosis. El cepillado de la lengua contribuye a disminuir placa dentobacteriana, restos de alimento, y reduce el número de microorganismos presentes en cavidad oral.¹⁹

La técnica consiste en colocar el cepillo de lado y lo más posterior que sea posible, dirigiendo las cerdas hacia la garganta¹⁹. El cepillo se lleva hacia adelante con un movimiento de barrido, el movimiento se repite de seis a ocho veces aproximadamente dependiendo del área a cepillar.²



Fuente: dental-e.com/blog/2010/08/tengo-que-cepillar-mi-lengua

3.7 ALGUNOS AUXILIARES DE HIGIENE EN LA SALUD BUCODENTAL

3.7.1 CEPILLO DENTAL

El cepillo dental es el instrumento primario para la eliminación de la placa dentobacteriana¹⁸, este debe limpiar eficazmente y brindar la máxima accesibilidad a todas las zonas de la boca.²⁵ Las características de éste son; utilizar el cepillo de mango recto, cabeza y vástago situados en un mismo eje, impermeables a la humedad, cabeza pequeña, bajo costo, durable, eficiente, con fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesiones gingivales, de cerdas suaves de la misma altura para ofrecer una presión uniforme, ya que permiten un contacto regular de las cerdas en todas las superficies del diente¹¹. Lo más habitual de los cepillos de los adultos es de 3 a 4 hileras.¹⁸ Se cree que los penachos separados son más eficientes porque permite una mejor acción de limpieza.



Los cepillos de cerdas blandas ofrecen varias ventajas: pueden adaptarse mejor en el área marginal gingival, lo que permite una limpieza de surco y de la zona interproximal más efectiva.²³

Es recomendable cambiar el cepillo dental cada mes o tres meses, el cambio del cepillo presenta una serie de factores de los cuales se pueden mencionar:

1. Frecuencia de uso
2. Aseo de cepillo
3. Deterioro de las cerdas
4. Lugar de almacenamiento
5. Estado de salud

El cepillo dental debe lavarse a fondo con agua después de su uso, secándolo a continuación. El lavado elimina los restos de pasta dental, alimentos y residuos de placa. El secado elimina el material de cultivo de los microorganismos.¹⁴

3.7.2 DENTÍFRICOS

El dentífrico es una sustancia que se utiliza con el cepillo dental para limpiar las superficies dentales¹⁹, previene y reduce la caries dental, proporciona al paciente una sensación de bienestar con un sabor de boca agradable y aliento fresco.²⁴

Su efecto limpiador radica en la eliminación de los depósitos bacterianos y no bacterianos, así como en un leve abrillantado de la superficie dentaria, con un mínimo efecto abrasivo¹⁴. En ocasiones algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizadoras, las cuales disminuyen la hipersensibilidad. Los dentífricos con fluoruro son una medida preventiva que ha demostrado su eficacia al reducir entre un 20 a 40% la incidencia de lesiones cariosas²⁶, y ejercen un efecto profiláctico cuando se emplean diaria y continuamente.¹⁴



Las pastas dentales que contengan 550 ppm de fluoruro o menos, deben ser utilizadas en niños menores de 6 años de edad.¹¹ Las pastas dentales que contengan de 551 a 1500 ppm de fluoruro total de acuerdo al riesgo de caries deben ser utilizadas por personas mayores de 6 años. En niños menores de esta edad, sólo podrán utilizarse bajo la supervisión de un adulto, evitando su ingestión y empleando como máximo 5 mm³.

3.7.3 AGENTES REVELADORAS DE PLACA

Los agentes reveladores pueden emplearse para demostrar la localización de la placa dentobacteriana y a la vez, permitir a los pacientes la evaluación de su propio desempeño, utilizando diversas técnicas de higiene.²³ Los reveladores pueden presentarse en líquido o en tabletas. Entre los más útiles se encuentran la solución de eritrosina roja (FDC No.3)¹⁴, que el paciente puede masticar y pasar por toda la boca.²³ La saliva se colorea después de masticar las tabletas masticables y se distribuye en la lengua por la superficie dentaria y las encías por 20 segundos, dejando que penetre adecuadamente en los espacios interdentes.²³

3.7.4 HILO DENTAL

Actualmente el uso de hilo dental tiene como propósito eliminar la placa dentobacteriana en un 80% y los restos alimenticios de la forma más sencilla, segura y eficiente.²³

Se requiere un material que se adapte fácilmente a través del estrecho contacto de los dientes para limpiar el surco interproximal y la porción mesial o distal del diente no tocado por el cepillo dental.¹⁸

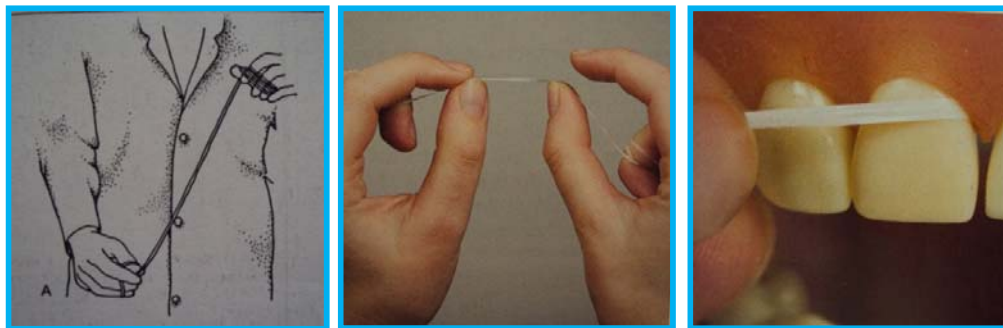
El hilo dental es un hilo de seda formado por diversos filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con las superficies dentales de los órganos dentarios.¹⁹ Tienen diversas presentaciones las cuales son: hilo, cinta, encerados, sin encerar, con flúor. El tipo de hilo dental que se selecciona depende de la condición específica del paciente.¹⁸

El hilo dental sin encerar ofrece varias ventajas, entre ellas, es de un diámetro pequeño y pasa con mayor facilidad a través de contactos interproximales estrechos, hace un ruido a manera de rechinado cuando se emplea sobre una superficie limpia, pudiéndose emplearse este ruido como una forma de controlar el procedimiento.²³

Para utilizar el hilo dental se toma un segmento de hilo aproximadamente 45 centímetros de longitud. El hilo se enrolla a los dedos índice y pulgar con una longitud de 1,9 a 2.5 cm entre cada mano, el cual se manipulara hacia el área interproximal de cada diente.¹⁸

En el maxilar la seda se estira sobre los pulgares y éstos guiaran el hilo dental. En la mandíbula la seda se estira sobre los dedos índices y estos son los que de igual manera guiaran el hilo dental.¹⁸ La seda dental se utilizara introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola hasta el surco gingival, rodeando al diente y deslizándola luego hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestibulolingual.²⁷

En cada parte proximal se utiliza una porción limpia y nueva de hilo.² En caso de espacios interdentes amplios puede utilizarse un hilo de seda más grueso (Super Floss).²⁸



Fuente: Higashida Hirose, Educación para la salud. dental

Fuente: Irene r. woodall, Tratado de higiene

3.7.5 ENJUAGUES BUCALES

Los enjuagues bucales son considerados como un método seguro de aplicación de fluoruro, pero deben tener precaución con los niños menores de seis años, ya que tienen mayor riesgo de ingestión.²⁴



Fuente: directa



4.- OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de educación para la salud bucodental dirigido a los adolescentes de la secundaria No.54 “República de Bolivia” del 12 de Septiembre al 17 de Octubre del 2011, que contribuya al mantenimiento y prevención de salud bucal.



5.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA “REPÚBLICA DE BOLIVIA” 2011.

5.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Fecha | Actividad |
|--|--|
| 1 de Septiembre 2011 | Visita a la escuela secundaria no. 54 “República de Bolivia” y propuesta al director |
| 3 de Septiembre del 2011 | Carta de autorización por parte del director del plantel. |
| 5 Septiembre del 2011 | Autorización de los padres de familia |
| 6 Septiembre del 2011 | Diseño del programa de educación para la salud bucodental: cuestionario, juegos, marco teórico, rotafolio. |
| 12 de Septiembre al 17 de Octubre 2011 | Implementación del programa de educación para la salud bucodental en el grupo de primer grado de secundaria. |
| 18 Octubre del 2011 | Análisis de resultados |
| 31 Octubre del 2011 | Dar a conocer resultados al director de dicha institución. |

Fuente: directa

5.2 CONTENIDO TEMÁTICO:

| VISITA | FECHA | ACTIVIDAD TEMÁTICA | MATERIAL DIDÁCTICO |
|--------|---------------------------|--|---|
| 1 | 12 de Septiembre del 2011 | Evaluación preinstruccional ¿Qué es la caries? Juego didáctico de caries | Cuestionario Presentación en Power Point Coloca la caries en los dientes de Bob esponja |
| 2 | 14 de Septiembre del 2011 | ¿Qué es la placa dentobacteriana? Y ¿Qué es el cálculo? 1er Control de placa dentobacteriana. | Presentación en Power Point Espejo, cepillo dental, pastilla reveladora, y pasta dental. |
| 3 | 19 de Septiembre del 2011 | Índice CPOD | Bata, guantes, abatelenguas cubrebocas, y lentes. |
| 4 | 21 de Septiembre del 2011 | Técnica de cepillado e hilo dental. | Rotafolio, presentación en Power Point Cepillos de dientes, hilo dental y macrotipodontos. |
| 5 | 23 de Septiembre del 2011 | ¿Qué es la gingivitis y periodontitis? | Presentación en Power Point, sopa de letras. |
| 6 | 12 de Octubre del 2011 | 2do. Control de placa | Espejo, cepillo dental, y pastilla reveladora |
| 7 | 14 de Octubre del 2011 | Evaluación postinstruccional | Cuestionario |
| 8 | 17 de Octubre del 2011 | Reforzamiento de técnica de cepillado e hilo dental, aclaración de dudas | Cepillo de dientes, pasta dental, e hilo dental. |
| 9 | 18 de Octubre del 2011 | Análisis de resultados. | Resultados en una matiz de datos. |

Fuente: directa

5.3 ACTIVIDADES

Para iniciar con el estudio de higiene bucal se realizaron los trámites administrativos correspondientes, se solicitó la autorización del C. Director de la escuela secundaria diurna No 54 “República de Bolivia” en el turno matutino asignándose para dicho estudio a un grupo de primer año con una muestra de 41 alumnos, posteriormente se pidió la autorización a los padres de familia para llevar a cabo un programa de salud bucodental. Se programaron 9 visitas para su realización.



Fuente: directa



Fuente: directa

En la primera visita se les aplicó un cuestionario a los 41 alumnos, siendo el objetivo conocer sus conocimientos previos sobre salud bucal, hábitos de higiene, y estado de salud bucal. Se inició la plática de ¿Qué es la caries dental? y se aplicó un juego didáctico para reafirmar dichos conocimientos.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

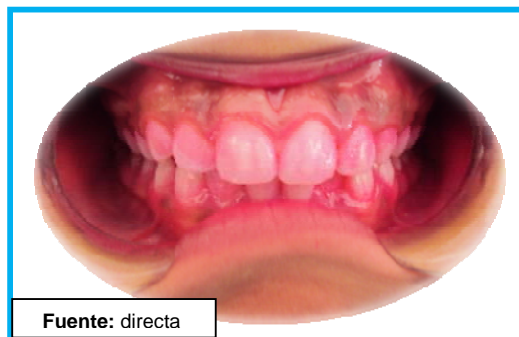
En la segunda visita se llevó a cabo una plática sobre el cuidado de salud bucodental, se abordaron temas como la placa dentobacteriana, cálculo, y los diferentes métodos auxiliares de higiene bucal. Esto se llevó a cabo en el salón de conferencias con apoyo de material audiovisual, para que lograran identificar cada una de las enfermedades bucodentales así como su prevención y tratamiento. Se determinó el índice de Love, utilizando la pastilla reveladora con la finalidad de registrar el índice de control de placa dentobacteriana presente, y se les mostró a los estudiantes utilizando un espejo la manera en que se cepillan, identificando aquellas zonas donde no se había realizado correctamente el cepillado.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

En la tercera visita se determinó el índice CPOD.



Fuente: directa

En la cuarta visita se enseñó la técnica de cepillado e hilo dental utilizando un macrotipodonto y un rotafolio. Se reforzó el conocimiento con participaciones de los alumnos, explicando el procedimiento de cepillado y uso de hilo dental a sus compañeros para verificar su comprensión de las técnicas. Cada uno de los alumnos llevaron su cepillo de dientes, hilo dental y pasta realizando la técnica de higiene bucodental descritas con anterioridad.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

En la siguiente visita se explicó ¿Qué es la gingivitis y la periodontitis? Con el objetivo de que los alumnos conocieran estas enfermedades periodontales que se presentan por una mala o falta de higiene bucodental.

Se les aplicó un ejercicio de sopa de letras para reafirmar los conceptos explicados anteriormente, dándoles un pequeño incentivo por su participación.

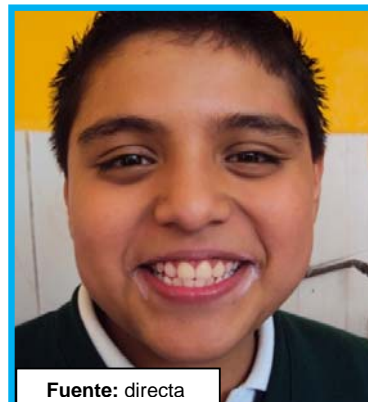


Fuente: directa

En la sexta visita se registró el segundo índice de Love para determinar el nivel de placa dentobacteriana de cada uno de los adolescentes presentaba, una vez que se les había enseñado la técnica de cepillado.



Fuente: directa



Fuente: directa

En la séptima visita se volvió aplicar el cuestionario inicial, para poder evaluar el impacto del programa bucodental.



Fuente: directa



Fuente: directa

La información obtenida se registró en una matriz de datos, para su posterior análisis.

En la octava visita se reforzó la técnica de cepillado de manera individual, siendo supervisada por la pasante, en esta sesión se aclararon dudas.



Fuente: directa



Fuente: directa



Fuente: directa

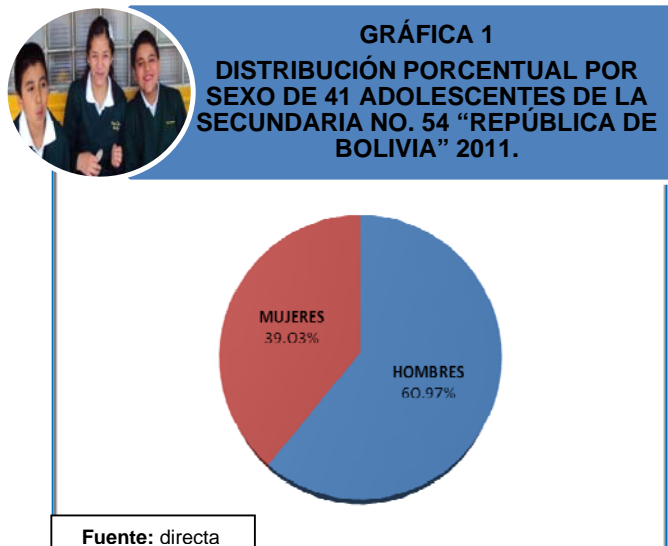
6.- RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 41 adolescentes de 11,12, y 13 años de edad, en este estudio se observó que la mayor proporción la constituyó el grupo de niños de 12 años, correspondiente al sexo masculino (Tabla 1) (Gráfica 1)

| TABLA 1 | | |
|---|-----------|--------------|
| DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD DE 41 ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA NO.54 "REPÚBLICA DE BOLIVIA" 2011. | | |
| Edad | Fx | % |
| 11 | 6 | 14.65 |
| 12 | 33 | 80.48 |
| 13 | 2 | 4.87 |
| Total | 41 | 100 |

Fuente: directa



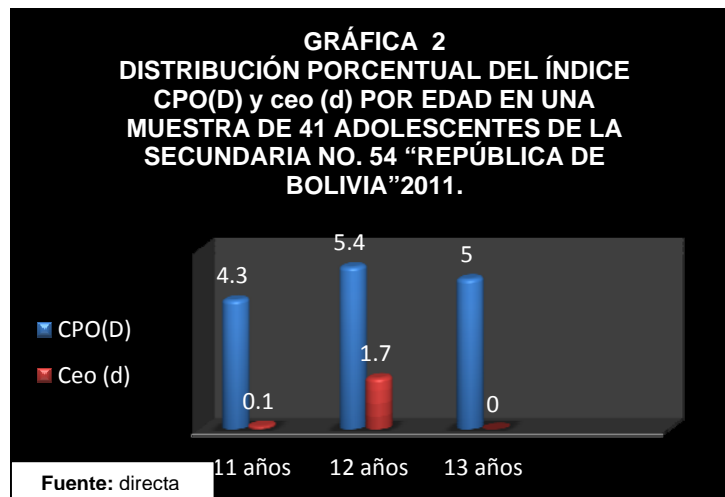
EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL

Los resultados obtenidos evidencian una alta prevalencia de caries dental presente y pasada, ya que el 80% de los estudiantes revisados la padece o ha padecido, al analizar el promedio total de los índices se observa que el CPO(D) es de 4.9 en promedio y se obtuvo en el ceo(d) 0.6% promedio de la muestra de estudio. (Tabla 2)

| Edad | CPO(D) | Ceo (d) |
|-------|--------|---------|
| 11 | 4.3 | 0.1 |
| 12 | 5.4 | 1.7 |
| 13 | 5.0 | 0 |
| Total | 4.9 | 0.6 |

Fuente: directa

En la gráfica 2 se observa que la edad con mayor índice CPO (D) fue el grupo de 12 años de edad, ya que 5.4 piezas han tenido experiencia de caries presente y pasada, al igual que en el índice ceo(d) correspondió de igual manera al grupo de 12 años siendo este el 1.7 de la muestra de dicho estudio.

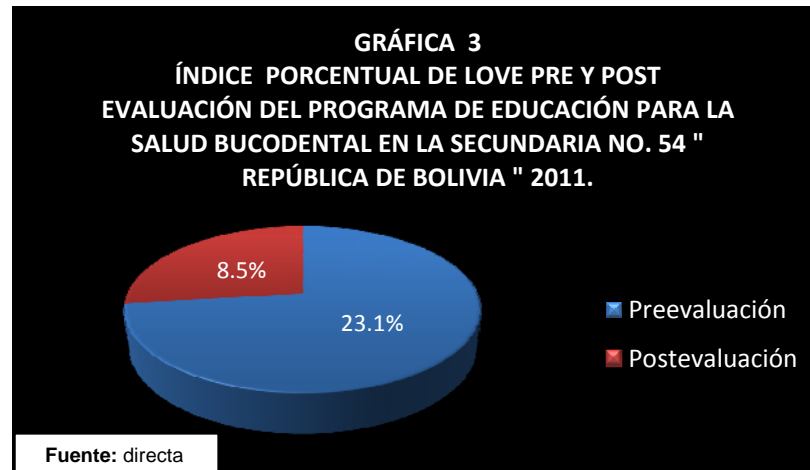


En el grupo de 12 años de edad el índice CPO (D) es muy alto debido a que los molares presentan una alta susceptibilidad de presentar caries, ésto puede deberse a la anatomía dental, la oclusión de los dientes y la

profundidad de las fisuras, que favorecen la acumulación de placa así como alimentos pegajosos, que dificultan la higiene bucal.

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE LOVE

Los resultados obtenidos demuestran que en el índice de Love inicial al programa era de 23.1 % en la muestra de estudio, posterior a la implementación del programa disminuyó a 8.5% (Gráfica 3)



Es evidente que la post-evaluación evidencia una significativa disminución del índice de Love en los diferentes grupos de edades.

(Tabla 3)

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE LOVE
SECUNDARIA NO. 54 "REPÚBLICA DE BOLIVIA" 2011.

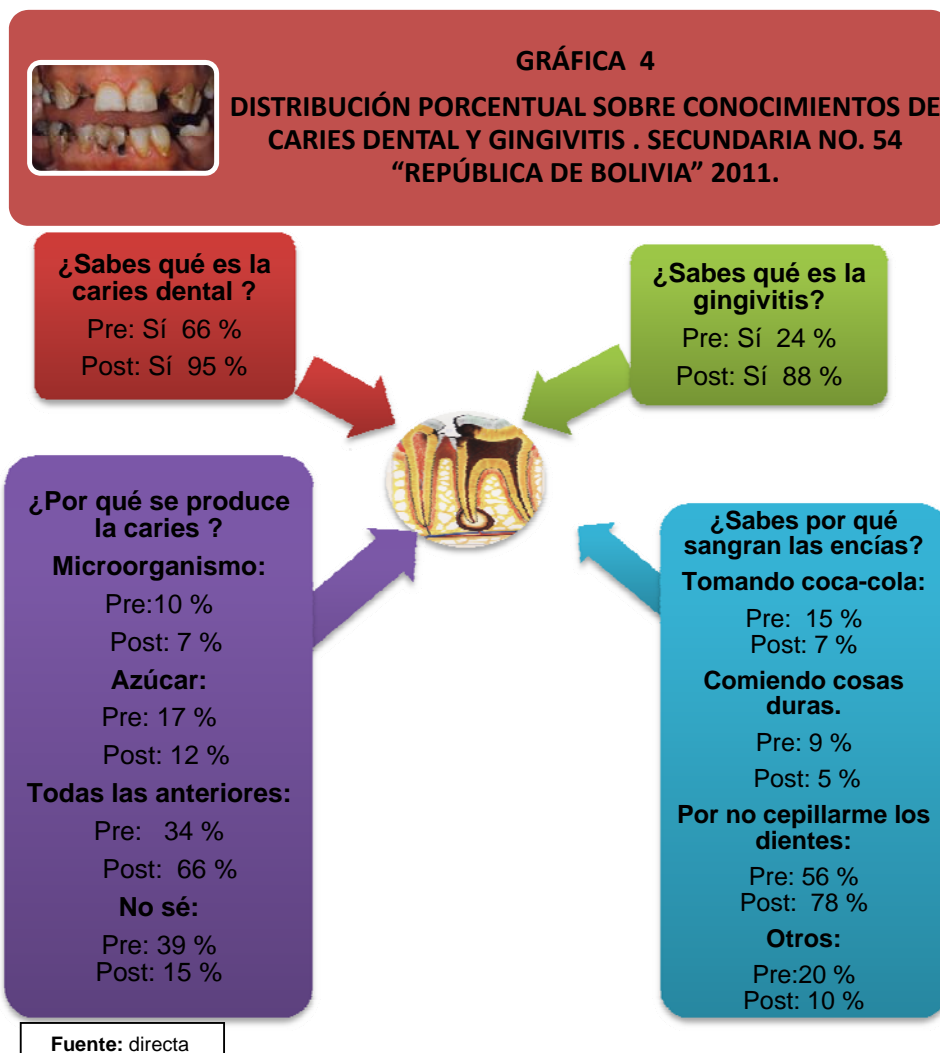
| Edad (años) | Love (pre-evaluación) | Love (post-evaluación) |
|--------------|-----------------------|------------------------|
| 11 | 20.9% | 10.2% |
| 12 | 23.3% | 11% |
| 13 | 25.3% | 4.4% |
| Total | 23.1% | 8.5% |

Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE CARIES DENTAL, Y GINGIVITIS

Cabe mencionar que todos los adolescentes, antes de implementar el programa de salud bucal, no tenían los conocimientos necesarios sobre caries dental, y gingivitis para el cuidado personal de su salud bucodental.

En este sentido, es evidente que la proporción de las respuestas afirmativas respecto al conocimiento de caries dental y gingivitis fue sensiblemente diferente entre la pre y post evaluación ya que sólo el 66 % y el 24 % respondió de manera correcta antes del programa de educación para la salud bucodental y en la post evaluación fue del 95 % y 88 % (Gráfica 4)



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL Y GINGIVITIS

En relación a si ¿Sabes cómo prevenir la caries? y ¿Sabes cómo prevenir la gingivitis?, el 88 % de los encuestados sí tenían percepción de como la podían prevenir la caries dental y en la post evaluación 100% demostró saber cómo pueden prevenirla. Así mismo en ¿Sabes cómo prevenir la gingivitis?, el 80 % de los encuestados sí tenían percepción de como la podían prevenir la caries dental y en la post evaluación 100% demostró saber cómo pueden prevenirla. (Gráfica 5)



GRÁFICA 5

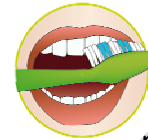
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL Y GINGIVITIS .SECUNDARIA NO. 54 "REPÚBLICA DE BOLIVIA" 2011.



¿Sabes cómo prevenir la caries dental?

Pre: Sí 88 %

Post: Sí 100%



¿Sabes cómo prevenir la gingivitis?

Pre: Sí 80 %

Post: Sí 100%

Fuente: directa

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE HIGIENE BUCODENTAL

GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN DE HIGIENE BUCODENTAL SECUNDARIA NO.54“REPÚBLICA DE BOLIVIA”

¿Cuánto tiempo empleas en lavarte los dientes?

10 segundos:
Pre: 7.3 % Post: 4.7 %

1 minuto:
Pre: 34.2% Post: 7.3 %

3 minutos:
Pre: 34.2% Post: 76 %

5 minutos:
Pre: 24.3% Post: 12 %

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes al día?

1 vez al día:
Pre: 29.26% Post: 12.1%

2 veces al día:
Pre: 41.45% Post: 24.39%

3 veces al día:
Pre: 24.39% Post: 60.99%

Nunca: Pre: 4.9 % Post: 2.43%

¿ Te cepillas la parte de adentro de los dientes?

Pre: Sí 60.9%
Post: Sí 97.5%

**¿Te cepillas la lengua?**

Pre: Sí 68.2%
Post: Sí 100%

Fuente: directa

En la gráfica 5 se muestran datos obtenidos que revelan un cambio importante antes y después de la implementación del programa, como puede notarse en la pregunta ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes al día?: en la evaluación se reportó que 1 vez al día lo que representa el 29.26 %, 2 veces al día el 41.45 %, tres veces el 24.39 % y nunca el 4.9%.

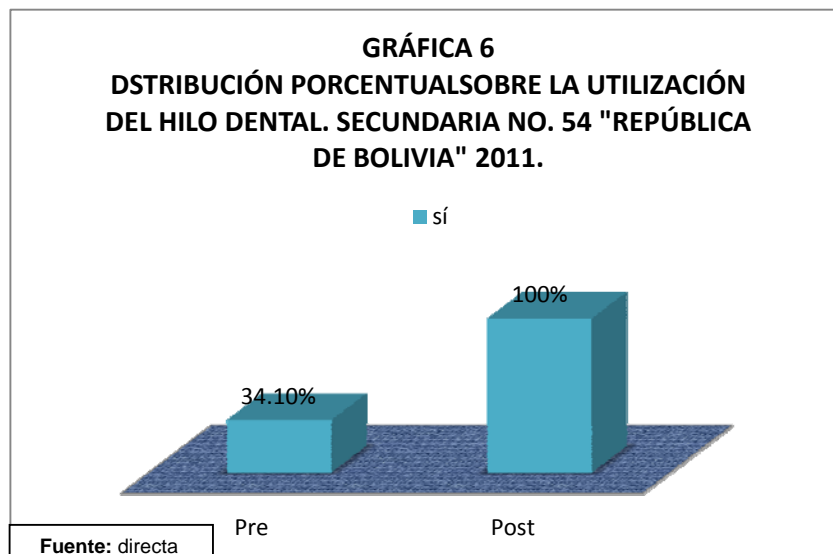
En la post evaluación se alcanzó un incremento del 60.99 % tres veces al día. En relación a la pregunta ¿Cuánto tiempo empleas en lavarte los dientes?, en la pre evaluación se obtuvo que 10 segundos constituye un 7.3%, 1 minuto y 3 minutos el 34.2 %, y 5 minutos el 24.3%. Posterior a la implementación del programa se logró obtener un 76 % que simboliza tres minutos, ya que los adolescentes mostraron un interés en su cepillado dental.

Es importante valorar que los porcentajes en cuanto a ¿Te cepillas la lengua? la pre evaluación representó un 68.2% y la post evaluación alcanzó un 100% , cabe mencionar que el cepillado de la lengua contribuyó en la muestra a disminuir la placa dentobacteriana, restos de alimento, y redujo el número de microorganismos presentes en cavidad oral.

Respecto a ¿ Te cepillas la parte de adentro de los dientes? la pre evaluación representó un 60.9% y después de enseñarles a los adolescentes la importancia del cepillado se logró un 97.5%.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL.

Siguiendo con el reactivo ¿ Usas hilo dental? Es importante hacer notar que el porcentaje en relación a esta pregunta resultó elevado después de la enseñanza de la técnica y la importancia del hilo dental, ya que en la pre evaluación sólo el 34.10% de la muestra utilizaba el hilo dental, en la post evaluación alcanzó un cambio significativo obteniendo el 100%. (Gráfica 6)



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS

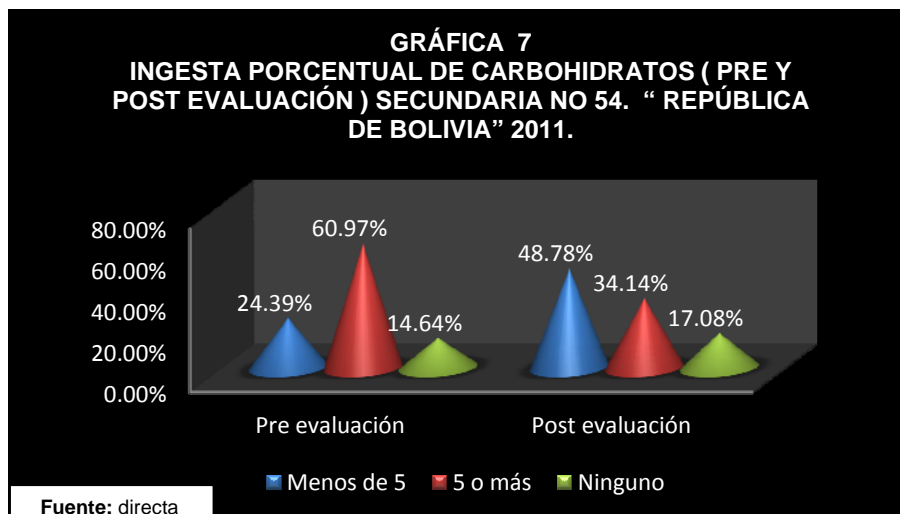
Es importante resaltar que los porcentajes en cuanto a la ingesta de carbohidratos que tienen los adolescentes de la secundaria No. 54 “República de Bolivia” es sumamente elevado, debido a que algunos de estos carbohidratos son consumidos diariamente en la dieta. La (Tabla 4) muestran que casi en un 24.39 % de los adolescentes ingieren menos de 5 golosinas al día, el 60.97 % 5 o más golosinas y por último el 14.64 % ninguno.

Tabla 4
INGESTA PORCENTUAL DE CARBOHIDRATOS (PRE Y POST EVALUACIÓN) SECUNDARIA NO.54 “ REPÚBLICA DE BOLIVIA” 2011.

| ¿Qué cantidad de golosinas consumes al día)? | Menos de 5 | 5 o más | Ninguno |
|--|------------|---------|---------|
| Pre evaluación | 24.39 % | 60.97 % | 14.64 % |
| Post evaluación | 48.78 % | 34.14 % | 17.08 % |

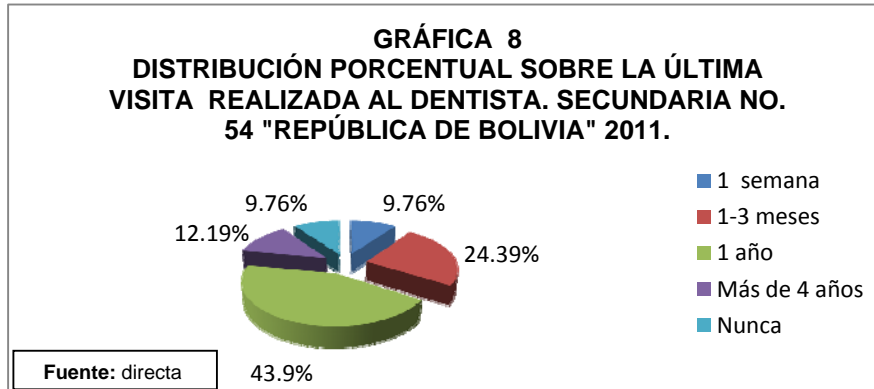
Fuente: directa

Como se puede observar en la gráfica 7 que durante la implementación del programa tuvo una disminución considerable, en cuanto al consumo de golosinas debido a que el director se comprometió a racionar este tipo de alimentos dentro de la escuela, por lo que la actuación inmediata preventiva mediante un control de adecuado en la dieta y reducir el consumo de azúcares ayuda a reducir notablemente el índice de caries dental.

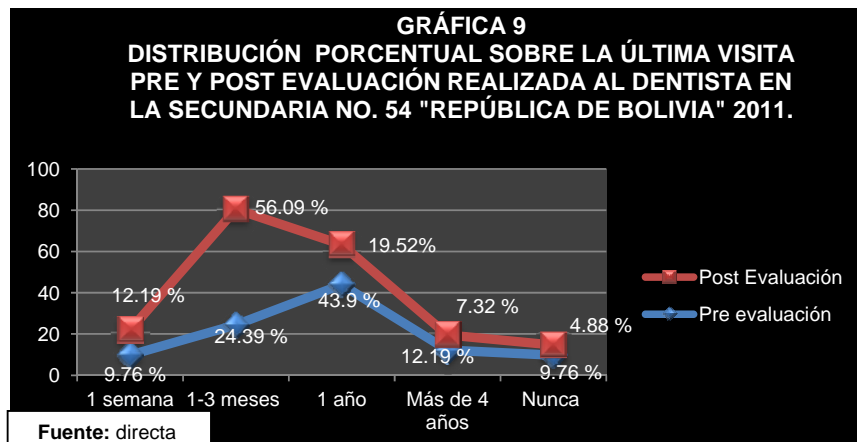


DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE VISITA REALIZADA AL DENTISTA

Antes de la implementación del programa el 9.76% de los adolescentes habían realizado su última visita al dentista en una semana, el 24.39% lo visitó durante 1 a 3 meses, 43.9 % contestó que en un año, el 12.19 % más de cuatro años y el 9.76 % nunca había ido al dentista. (Gráfica 8)



Después de la intervención del programa de educación para la salud bucodental en los adolescentes de la secundaria No. 54 “República de Bolivia” y notar que hubo un incremento significativo en la post evaluación ya que se demuestra que el 12.19% de los adolescentes habían realizado su visita al dentista en una semana, el 56.09% lo visitó durante el transcurso 1 a 3 meses, 19.52 % en un año, el 7.32% más de cuatro años y el 4.88 % nunca asistió al dentista, cabe mencionar que los resultados fueron muy favorables, ya que los adolescentes mostraron un gran interés sobre el cuidado de su salud bucal. (Gráfica 9)



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE ¿ESTÁS SATISFECHO CON TU BOCA?

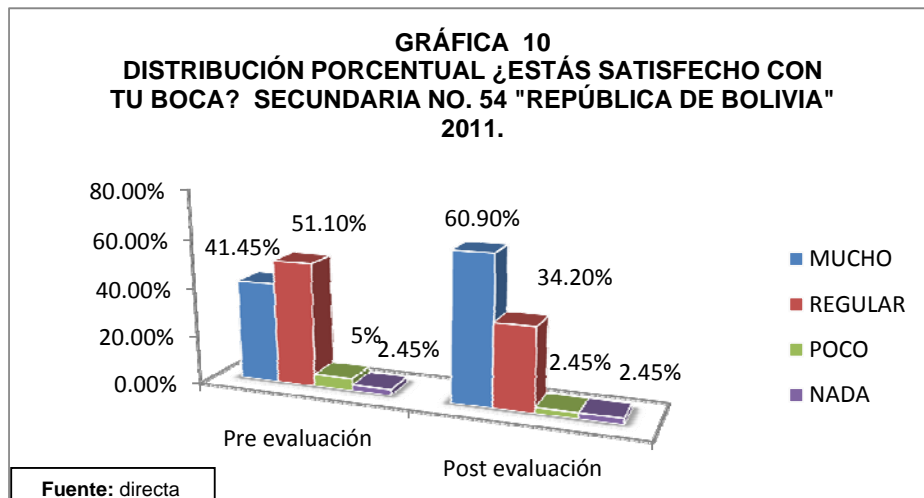
Los resultados de la evaluación diagnóstica nos indican que el 41.45 % de los adolescentes están satisfechos mucho con su boca, el 51.1 % mencionó regular, el 5 % poco y por último el 2.45 % nada. (Tabla 5)

| Tabla 5 | | | | |
|---|---------|---------|-------|-------|
| ¿ESTÁS SATISFECHO CON TU BOCA? (PRE Y POST EVALUACIÓN) SECUNDARIA NO.54 “ REPÚBLICA DE BOLIVIA” 2011. | | | | |
| | MUCHO | REGULAR | POCO | NADA |
| Pre evaluación | 41.45 % | 51.1% | 5% | 2.45% |
| Post evaluación | 60.9% | 34.2% | 2.45% | 2.45% |

Fuente: directa

Es sensiblemente significativo que los adolescentes después de la implementación del programa adquirieron los conocimientos necesarios de los diferentes métodos auxiliares para mantener una buena higiene bucodental.

Cabe mencionar que en la post evaluación se notó un incremento en la valoración de su boca de cada uno de los adolescentes lo cual el 60.9 % de los adolescentes están satisfechos mucho con su boca, el 34.2 % mencionó regular, el 2.45 % poco y nada. (Gráfica 10)





7.- CONCLUSIONES

El desarrollo del programa de educación para la salud bucodental fue benéfico para los adolescentes, ya que cumplió con el objetivo propuesto al inicio del presente trabajo.

Los adolescentes contaban con un nivel básico de los conocimientos acerca de salud bucal, posteriormente a la implementación del programa hubo un cambio significativo en relación a su cuidado de su salud bucal.

Con este proyecto se demostró que los adolescentes al recibir la información de cómo mantener una buena higiene, cambiaron sus hábitos ya que los índices de placa dentobacteriana disminuyeron considerablemente siendo el índice Love preinstruccional de 23.1% y el postinstruccional fue de 8.5%.

Se comprobó que utilizando los medios adecuados, los adolescentes son capaces de: aprender nuevos conocimientos acerca de salud bucal, desarrollar habilidades motrices como son: un buen correcto cepillado, el uso de hilo dental, dentífricos, e identificar presencia de placa dentobacteriana, cambiando notablemente sus hábitos de higiene, y estado de salud bucal.

La atención que recibieron las diferentes actividades programadas para la implementación del programa fue un éxito, debido a que los adolescentes mostraron un gran interés, por aprender nuevos conocimientos, técnicas y los diferentes métodos auxiliares de higiene para prevenir diferentes enfermedades periodontales y prevenir caries dental.

Por consiguiente el programa de educación para la salud bucodental dirigido a los adolescentes de la secundaria No. 54 "República de Bolivia" debe tener continuidad para que los adolescentes no pierdan interés por su salud y éste se mantenga de manera permanente, para motivar, informar y sensibilizar a la población acerca de la importancia de conservar una buena salud bucodental.



8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, Albaladejo Vicente R, Domínguez Rojas V. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? Avances en odontoestomatología, vol. 21 - núm. 3 – 2005
2. Harris, Norman O. Odontología preventiva primaria 2a ed. México, D. F. Manual Moderno, 2005
3. De Paola, Dominick P. Gordon Cheney. Odontología preventiva; Buenos Aires: Mundi, 1981
4. Seif R., Tomas. Cardiología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1997
5. Rodríguez Calzadilla Amado, Valiente Zaldívar Carolina. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Revista Cubana de Estomatología 2005. v.40 n.1
6. <http://www.mapfre.com/salud/es/cinfortivo/caries.shtml>
7. Organización panamericana de salud (OPS).El progreso en la salud de la población. Informe anual del director. Washington. OPS. 2000.
8. Trabajo científico original Rev Med Hondur; 73:161-165 vol. 73. 2005
9. Barranca Enríquez Antonia Construyendo una boca sana, en los alumnos de la facultad de Ingeniería. Facultad de Ingeniería de la Universidad Veracruzana Región Veracruz-Boca del Río. Noviembre de 2006 a Julio del 2007.



10. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Volumen 46 nº 3 / 2008.
file:///E:/articulos/programa_educativo_escolares.asp.htm
11. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades bucales.
12. Henostroza H. Gilberto, Arana Sunohara A. Bernabé Ortiz E. et al. Caries Dental Principios y procedimientos para el diagnóstico. 1ª edición. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Editorial Ripano 2007
13. Newbrun Ernest. Cariología 2ª edición México DF. Editorial Limusa. 1994.
14. Riethe Peter. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservado. Barcelona ; México : Editorial Salvat, 1990
15. Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva 2a ed. México Manual Moderno, 2002
16. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-7200300020000&script=sci_arttext&lng=es
17. Ferrest O. John Odontología Preventiva. 2ª edición, México DF. Editorial Manual Moderno. 1983
18. Irene r. Woodall, Bonnie Ridafoe, Nanca Stotsman. Tratado de higiene dental México : Editorial Salvat, 1992
19. Higashida Hirose, Bertha Yoshiko, Educación para la salud. 2a ed. México, D. F McGraw-Hill Interamericana, 2005
20. Carranza Fermin A. Periodontología clínica; 9a ed. México : Interamericana McGraw-Hill, 2004



21. Robert J. Genco, Henry M. Goldman, D. Walter Cohen; Periodoncia México Interamericana Mcgraw-Hill, 1993
22. Nikiforuk, Gordon. Caries dental: Aspectos básicos y clínicos. Buenos Aires: Mundi, 1986
23. Schluger, Saul. Enfermedad periodontal : Fenómenos básicos, manejo clínico e interrelaciones oclusales y restauradoras México: Editorial Continental, 1984
24. Robert Ireland, Higiene dental y tratamiento México, D.F, Editorial Manual Moderno, 2008
25. Bernier, Joseph L. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental Buenos Aires : Mundi, 1977
26. Rubio Cisneros J. Las pastas dentales con Fluoruro, Revista: Dentista y paciente Volumen 12 NOS 1-18. México, D.F UNAM, Facultad de Odontología 1993
27. Cuenca Sala, Emili, Pilar Baca García, Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3a ed. Barcelona México: Masson, 2005
28. Kinoshita Shiro. Atlas a color de periodoncia Barcelona: Expaxs, 1990
29. Andlaw R.J, Manual de Odontopediatría. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999
30. Mac Donald, Ralph Odontología para el niño y el adolescente 2da edición. Buenos Aires: Mundi, 1975
31. Lindhe, Jan. Periodontología clínica e implantología odontológica 5a ed. Buenos Aires: México Médica Panamericana, 2009



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

MTRO. RAFAEL CANO OLMOS
DIRECTOR DE LA ESCUELA "REPÚBLICA
DE BOLIVIA" NO. 54
PRESENTE

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, su autorización para que la pasante Yosselin Cano Martínez, lleve a cabo un programa de educación para la salud bucal, en la escuela que usted dignamente dirige. Cabe señalar que las estrategias programadas para llevar a cabo dicho programa serán diseñadas con base en la edad de los escolares. Los principales beneficiados con el programa serán los propios escolares quienes aprenderán técnicas de cepillado dental, así como cuidados especiales para mantener una buena salud bucal.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para poder llevar a cabo el programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 1 de septiembre de 2011

C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
COORDINACIÓN SECTORIAL DE
EDUCACIÓN SECUNDARIA
ESCUELA SECUNDARIA OFICINA NO. 54
"REPÚBLICA DE BOLIVIA"
TUSO MATUTINO
MOLESAGAL E01 54

Recibido documento
31 sept 2011
[Signature]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“FACULTAD DE ODONTOLOGÍA”

SEMINARIO DE TITULACIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

SECUNDARIA NO. 54 “REPÚBLICA DE BOLIVIA”

Edad: _____ Sexo: H M Escolaridad: 1º

Secundaria _____

Coloca en el recuadro la respuesta que consideres correcta:

¿Sabes qué es la caries dental?

1) Sí b) No

¿Por qué se produce la caries?

a) un microorganismo b) el azúcar c) todas las anteriores d) no sé

¿Sabes cómo prevenir la caries?

a) No mordiendo cosas duras b) cepillándome los dientes c) no la puedo prevenir d) otros _____

¿Alguna vez te han dado pláticas sobre el cuidado de tus dientes?

a) Sí b) No

¿Cuánto tiempo empleas en lavarte los dientes?

a) 10 segundos b) 1 minuto c) 3 minutos d) 5 minutos

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes al día?

a) 1 vez al día b) 2 veces al día c) 3 veces al día d) Nunca

¿Por qué te lavas los dientes?

a) por obligación b) por higiene c) otros (folletos, tele, etc.)

¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo de dientes?

a) cada tres meses b) cada seis meses c) cada año d) cuando se rompe

¿Usas hilo dental?

a) Sí b) No

¿Te cepillas la parte de adentro de los dientes?

a) Sí b) No

¿Té cepillas la lengua?

a) Sí b) No



- ¿Sabes qué es la gingivitis?
- a) Sí b) No

- ¿Sabes por qué sangran las encías?
- a) Por tomar coca-cola b) Por comer cosas duras
- c) Por no cepillarme los dientes d) otros _____

- ¿Sabes cómo prevenir la gingivitis?
- a) Cepillándome los dientes b) Comiendo frituras c) no se puede prevenir
- d) Otros _____

- ¿Cuándo fue la última vez que fuiste al dentista?
- a) 1 semana b) 1- 3 meses c) 1 año d) más de 4 años e) Nunca

- ¿Qué cantidad de golosinas (chicles, caramelos, etc.) consumes al día?
- a) Menos de 5 b) 5 o más c) Ninguno

- ¿Estás satisfecho con tu boca?
- a) Mucho b) regular c) poco d) nada

¡Gracias por tu colaboración!

INDICE CPOD.

ODONTOGRAMA

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Índice CPO-D

DIENTE

- 0- SANO
- 1- CARIADO
- 2- OBTURADO
- 3- PERDIDO

Diente cariados:

Dientes perdidos:

Dientes obturados:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“FACULTAD DE ODONTOLOGÍA”

SEMINARIO DE TITULACIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

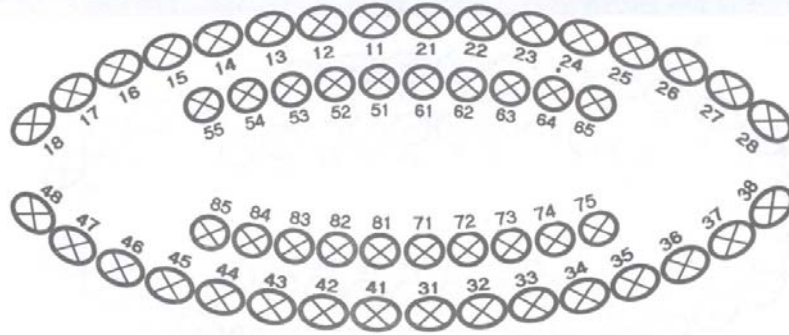
SECUNDARIA NO. 54 “REPÚBLICA DE BOLIVIA”

ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL DE LOVE

1er control de placa dentobacteriana

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

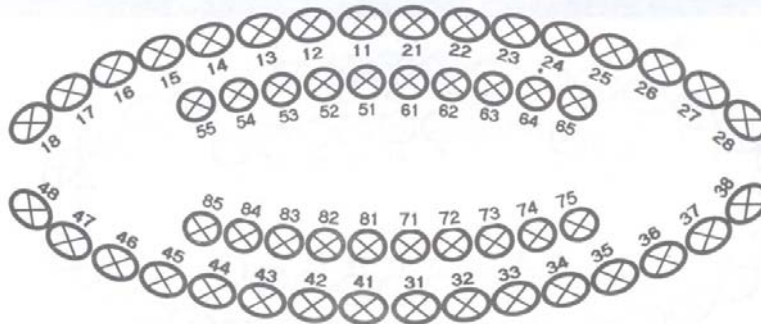
TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

2do. control de placa dentobacteriana

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“FACULTAD DE ODONTOLOGÍA”

SEMINARIO DE TITULACIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

SECUNDARIA NO. 54 “REPÚBLICA DE BOLIVIA”

Encuentra las siguientes palabras en la sopa de letras:

- ★ Caries
- ★ Placa
- ★ Cálculo
- ★ Prevención
- ★ Cepillado dental
- ★ Cepillo
- ★ Pasta
- ★ Hilo dental
- ★ Enjuagues
- ★ Gingivitis
- ★ Periodontitis
- ★ Bacterias
- ★ Tiempo
- ★ Dieta
- ★ Saliva
- ★ Diente
- ★ Agente revelador
- ★ Lengua
- ★ Carbohidratos



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S | A | G | E | N | T | E | R | E | V | E | L | A | D | O | R | T | Y | U | I |
| C | A | R | B | O | H | I | D | R | A | T | O | S | Q | W | E | I | R | T | P |
| A | S | L | D | F | G | H | J | K | L | M | N | Ñ | P | C | E | E | C | S | D |
| Z | X | C | I | V | B | N | D | I | E | N | T | E | M | Ñ | L | M | K | J | G |
| D | R | G | H | V | V | B | H | R | F | G | S | H | D | C | D | P | D | S | F |
| L | E | N | G | U | A | D | E | P | R | E | V | E | N | C | I | O | N | A | E |
| A | S | X | C | V | B | N | D | L | I | R | H | F | D | D | S | G | F | I | S |
| T | C | F | G | V | D | V | C | A | R | I | E | S | D | R | A | S | D | R | A |
| N | R | V | Ñ | R | B | A | B | C | D | R | G | A | T | O | D | H | Y | E | N |
| E | F | F | N | F | L | U | N | A | E | B | R | N | A | I | R | D | A | T | A |
| D | E | Y | F | C | B | A | S | S | V | P | B | Y | U | L | I | E | S | C | S |
| O | S | J | U | K | E | E | I | D | E | H | I | L | O | D | E | N | T | A | L |
| D | R | L | P | L | D | W | T | Q | F | G | J | L | F | S | G | G | D | B | S |
| A | O | L | M | O | A | N | I | V | S | S | O | L | L | D | S | U | S | D | D |
| L | I | M | O | N | C | N | V | I | V | O | R | A | S | O | S | A | C | A | C |
| L | I | C | O | R | I | M | I | G | A | V | T | Y | A | L | E | J | A | N | S |
| I | R | A | S | S | N | F | G | W | Y | U | I | J | T | I | T | E | R | E | A |
| P | A | S | T | A | C | C | N | A | E | G | D | R | E | S | A | S | S | V | M |
| E | K | L | Ñ | P | E | R | I | O | D | O | N | T | I | T | I | S | C | G | U |
| C | A | R | R | O | T | B | G | A | T | O | D | S | D | V | N | I | Ñ | O | P |