



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA SALUD ORAL
EN ESCOLARES DE 6 A 9 AÑOS.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JUDITH NAYELLY VERAMENDI BARCO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

**MÉXICO,
D.F.**

2013



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mi mami Socorro Barco, por tu dedicación y esfuerzo incommensurables, por luchar para que salgamos adelante ante cualquier situación y nunca rendirte ante ninguna adversidad, por tu apoyo incondicional, por la confianza y la esperanza que siempre me has brindado, por enseñarme que no hay sueño imposible y que toda meta es alcanzable si uno pone esfuerzo y dedicación. Cada meta que realizo es una muestra de todo lo que tú me has inculcado a lo largo de mi vida. Mi mayor meta en la vida, es llegar a ser un ser humano tan bello como lo eres tú, y solo quiero que sepas que te amo.

A mi hermano; Salvador Laguna Barco, no imagino mi vida sin ti, mis victorias también son tuyas, porque en cada trabajo recibo tu apoyo, tus críticas me han servido para mejorar y tu ayuda siempre aligera mi carga. Gracias por escucharme y ser mi soporte cuando lo necesito.

A Raúl por enseñarme cada día algo diferente, por ser mi mano derecha y siempre hacerme sentir especial. Tú me has hecho soñar con un futuro grandioso.

Gracias por ser parte de mi vida.

Los amo.

Gracias a la Dra. María Elena Nieto Cruz mi tutora, por sus comentarios y aportaciones realizadas en este trabajo, pero sobre todo por su trato generoso y comprensivo, cada día me demostró ser una excelente doctora y una gran guía.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CONCEPTOS	6
2.1. Estrategia	6
2.1. Promoción de la salud	7
3. CARACTERÍSTICAS DEL PERÍODO ESCOLAR	9
3.1. Características físicas	9
3.2. Características psicosociales	12
4. AFECCIONES ORALES MÁS COMUNES EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR	20
4.1. Caries dental	20
4.2. Maloclusiones dentales	23
5. LOS PROCEDIMIENTOS MÁS ÚTILES EN LA PROFILAXIS DE LA CARIES DENTAL SON	26
5.1. Empleo de Flúor (F)	26
5.2. Higiene oral	30
5.3. Medidas dietéticas	32
5.4. Sellador de fosetas y fisuras	33



5.5. Tratamiento de las lesiones activas	33
6. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA SALUD ORAL	35
6.1. La comunicación	35
6.2. El juego	36
7. TÉCNICAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS	38
7.1. Técnicas afectivas-participativas	42
8. CONCLUSIONES	44
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó para dar a conocer la importancia de promover la salud oral en niños de seis a nueve años, revisando la bibliografía pertinente se dan a conocer las estrategias que se deben emplear y que son ideales para la comprensión de salud oral en esta etapa de la vida.

Es primordial recordar y tener presente como cirujano dentista que el objetivo principal de la odontología no es curar enfermedades sino el de fomentar y preservar la salud oral en la población, siendo más fácil y óptimo el educar que el curar.

El niño en la etapa escolar adquiere patrones de conducta que persistirán a lo largo de su vida adulta, en estas edades se desarrolla el aprendizaje y se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno y lo que es malo, por lo que se considera que es el momento idóneo para que se desarrolle un comportamiento saludable, siendo en este periodo escolar susceptibles a los cambios y donde el impacto será mayor. El objetivo de promover la salud oral en escolares de 6 a 9 años es elevar los conocimientos y los hábitos de higiene oral buscando prevenir las enfermedades orales más comunes como son; la caries dental relacionada principalmente por la ingesta frecuente de azúcares así como la deficiente higiene oral y las maloclusiones causadas por los hábitos perniciosos.

Para llevar a tener una promoción de salud oral exitosa, es indispensable conocer las características psicosociales de un niño en estas edades, para desarrollar de esta forma técnicas que garanticen el aprendizaje y producir los cambios que se buscan obtener. Las técnicas de educación son principalmente la comunicación y los juegos; actividades lúdicas y recreativas que desarrollen el interés del niño y produzcan un cambio conductual.



2. CONCEPTOS

2.1 Estrategia

(Etim. - Del gr. Strategia; de strategós, aptitudes de general).

- Salvat universal diccionario enciclopédico señala que; estrategia es la rama del arte de la guerra que abarca todo lo referente a la concepción, preparación y dirección de las batallas que se plantean y desarrollan con la finalidad de lograr determinados objetivos.
- Plan; método o conjunto de maniobras o estratagemas para alcanzar determinado fin.
- En el área matemática, es un proceso regulable es el conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.
- Arte; traza para dirigir un asunto.¹
- El diccionario de la lengua española, 2001; establece estrategia como; “arte de dirigir las operaciones militares, agregándole a esta definición el diccionario de uso del español María Moliner la coordinación general de las de una guerra.”²
- Diccionario Anaya de la lengua (2002): “arte de proyectar y dirigir las operaciones militares en la guerra. Modo o sistema de dirigir un asunto para lograr un fin; la nueva estrategia seguida ha supuesto un notable aumento de las ventas”.³

Algunos sinónimos son: destreza, habilidad, pericia, arte, acierto, agilidad, aptitud, capacidad, diplomacia, disposición, idea, ingenio, maestría, maña, talento, técnica, tino, táctica, maniobra.⁴



En términos de nuestro interés definiremos estrategias de comunicación, al conjunto de maniobras o integralidad de procesos de planeación con el fin de comunicar, concientizar y modificar condiciones y estilos de vida. Tomando en consideración que las estrategias deben apoyarse firmemente con las características propias de quienes van dirigidas, siendo concretas, fáciles de comprender, realizables y atractivas. Percibiendo así claramente el mensaje para generar un cambio.⁵

Para que una estrategia de comunicación sea efectiva y ayude a las personas a crear conciencia y modifiquen estilos de vida, es necesario que la comunicación sobre todo la que va dirigida a niños tenga elementos lúdicos y a la vez motivadores, apoyándose en diferentes métodos, instrumentos y medios, basándose en las características del grupo de interés.

2.2 Promoción de la salud

- La Organización Mundial de la salud define educación para la salud como el encargado de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. Reorientándose en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan y ayudando a comprender la cadena causal que ocasiona su conducta y cambiar los estilos de vida desde el punto social que perjudican la salud.⁶
- Los objetivos básicos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los niños conductas favorables para su salud.⁶



- En la primera conferencia internacional de promoción de la salud celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que; la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.⁷

La promoción de la salud oral en niños escolares debe incluir la prevención primaria de la caries dental, periodontitis, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, la prevención y el diagnóstico precoz de las maloclusiones dentales, siendo todas ellas las principales afecciones orales.^{6 8}

Al promover la educación en salud oral en edades tempranas se busca que el niño sea capaz de comprender la información, desarrolle con mayor destreza los tratamientos preventivos, dándole una educación eficaz; siendo aquella que suministra al niño conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad y transformarse así, en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad.

3. CARACTERÍSTICAS DEL PERÍODO ESCOLAR



<http://www.sopitas.com/site/250468-mexico-podria-aumentar-23-su-ingreso-per-capita-si-todos-lo-ninos-recibieraneducacion/>⁹

El período escolar también conocido como infancia intermedia o período de latencia se establece entre los 6 años \pm con 6 meses y termina a los 12 \pm 1 años en los varones y 10 \pm 1 años en las mujeres. En términos biológicos la etapa escolar tiene menor duración en las mujeres que en los hombres.¹⁰ Como su nombre lo indica es el período del aprendizaje formal, es un momento altamente propicio, tanto físicamente como emocional para el aprendizaje que imparte la escuela primaria.

3.1 Características físicas

El ritmo de crecimiento disminuye en este periodo; el escolar de 6 años tiene una talla media de 112 cm y de 19.5 kg de peso, creciendo como promedio, de 3 a 3.5 kg y de 6 cm al año manteniendo una velocidad relativamente constante, cuando llegan a los 9 años medirán alrededor de 130cm y pesarán entre 28.5 a 30kg y al final del período de latencia el niño habrá alcanzado alrededor de 140 cm y duplicará su peso de 20 a 40 kg. Entre los seis y los 12 años, los varones como grupo por lo general son un poco más altos que las mujeres cambiando esta situación a partir de los 10 años



cuando se invierte hasta llegar a la edad de 15 años. En el peso la situación es similar, en los varones es levemente mayor hasta llegar a los 11 años cuando las mujeres los aventajan durante poco tiempo.^{10 11 12}

El pulso promedio por edad es el siguiente; a los seis años 100/min y a los 9 años 90/min. La respiración (percentil 50) 23/min cuando tienen seis años y 90min cuando se tienen 9 años de edad. Presión arterial en niños de seis años 105/60mmHg y a los nueve años 110/65mmhg.

En este periodo continúa el crecimiento de cabeza y cuello que se observa entre los tres y los seis años, a pesar de tener un crecimiento de los maxilares más rápido que el cráneo se considera el crecimiento general después de los 10 años. El cartílago nasal y el cóndilo mandibular continúan en crecimiento por la formación de hueso endocondral, en varones el pico de crecimiento en esta etapa está por llegar, mientras que en las mujeres está por concluir. Existen cambios en la longitud de la base craneal, en el basion y nasión se dan cambios aposicionales, en la profundidad de la bóveda palatina con crecimiento sutural y aposición del lado bucal y del paladar. El crecimiento de la sutura maxilar es continuo y se acompaña de ensanchamiento por aposición del reborde dentoalveolar con la erupción de los dientes permanentes. Se refleja una disminución de la velocidad del crecimiento encefálico, a la edad de 7 años se ha completado la mielinización, los senos frontales se neumatizan.¹¹

A los seis años se inicia la dentición permanente con la erupción de los primeros molares y la sustitución de los dientes primarios por los permanentes a un ritmo de 4 dientes por año, comenzando por los incisivos inferiores y siguiendo simétricamente hacia atrás.



En esta etapa es natural encontrar diastemas entre los incisivos, como los caninos superiores son los últimos en brotar en sentido mesial a medida que comienzan a surgir endereza los incisivos y cierra los espacios interdentes etapa de “patito feo”.¹¹

El tejido linfoide se hipertrofia lo que produce con frecuencia amigdalitis e infecciones respiratorias por el exceso de este tejido, alcanzando hasta el doble de masa de un adulto. El incremento de la estatura es influida en gran medida por el aumento de la longitud de las extremidades inferiores, que en este período constituyen 50% de la talla, el tronco se alarga proporcionalmente y parece más esbelto.^{10 12}

La fuerza crece de manera considerada, al igual que la resistencia muscular y la coordinación, el niño es capaz de realizar movimientos de patrones complejos en esta edad como bailar o tocar un instrumento musical, estas habilidades motoras superiores son consecuencia tanto de la maduración como del entrenamiento. El niño aprende en esta edad a andar en bicicleta, nadar, patinar, a silbar, jugar futbol, beisbol o deportes semejantes.

Los órganos sexuales siguen siendo inmaduros, sin embargo existe un interés por las diferencias sexuales, el comportamiento sexual continúa activo en muchos años aumentando de manera progresiva hasta la adolescencia. Durante esta etapa existe una tendencia a la separación de sexos.¹²

Las características y la “normalidad” abarcan una amplia variedad existiendo diferentes formas, tamaños y capacidades físicas, es importante distinguir entre los riesgos de salud verdaderos y las variaciones individuales imprescindibles de aceptar.^{10 13 12}



3.2 Características psicosociales

A una serie de cambios físicos que el niño experimenta, se le deben sumar los cambios y características psicosociales en las diferentes etapas, el desarrollo psicológico es considerado como una serie de procesos que modelan el comportamiento, las tendencias individuales heredadas genéticamente interactúan con los factores ambientales. El conocimiento de las características psicosociales de cada etapa o diferentes edades, será de gran apoyo para la conducción de la consulta odontológica conforme a su desarrollo cognitivo, madurez y comprensión de la realidad, para brindar el tratamiento adecuado y a su vez promover la salud integral y desarrollar un vínculo positivo.

A la edad de seis años el escolar deja de pensar de manera intuitiva y centrado en él mismo, desarrolla la capacidad de ordenar y relacionar las experiencias, aplican de manera progresiva reglas basadas en fenómenos observables, elementos de dimensiones y puntos de vista múltiples. El niño desarrolla la capacidad de asumir el punto de vista de otras personas, al igual que diferenciar la fantasía y realidad.¹⁰

Los primeros años en la escuela primaria los niños se dedican a adquirir conocimientos fundamentales: lectura, escritura y matemáticas básicas. En tercer o cuarto grado de primaria el niño debe utilizar conocimientos fundamentales para aprender materias de complejidad, al mismo tiempo el escolar comienza a disfrutar más los juegos de estrategias y de palabras.

El desarrollo social y emocional tiene lugar en tres contextos: el hogar siendo el más influyente, la familia y el vecindario.

La interacción con los pares es fundamental. El niño en esta edad pasa todo el tiempo posible con sus iguales, vive en una cultura especial en donde tienen sus propios juegos, canciones, supersticiones y habilidades.



Esta interacción es fundamental para la autoevaluación y autoestima. Los atributos otorgados por los compañeros como “divertido” o “miedoso” pueden quedar en la autoimagen del niño. Se empiezan a diferenciar los intereses de los niños y de las niñas y aunque cada sexo tiene sus intereses e identidades particulares, la comunicación entre ellos se reduce al mínimo y aparece el compañerismo y la amistad.^{10 13}

El comienzo de la escolarización coincide con una mayor separación entre el niño y su familia con un aumento de la importancia de las relaciones como maestros y compañeros. Básicamente tiene lugar el apartamiento de los padres para adquirir una genuina conciencia de el mismo en cuanto a persona independiente.

Las relaciones fraternales ejercen efectos duraderos sobre el desarrollo de la personalidad, influye en la autoimagen individual. En esta época las situaciones de estrés escolar, social o bien ligados a la familia como pueden ser: un divorcio, nacimiento de un hermano; puede provocar en el niño ansiedad, inestabilidad y regresión afectiva.

En esta etapa deja el egocentrismo y es capaz de auto criticarse y corregirse, es más capaz de verse con objetividad. La manera en que se expresa se caracteriza por: ser menos exagerada y más diferenciada, se relacionan cada vez más con las pautas y modos sociales de vinculación y existe una disminución de las expresiones emocionales más violentas para adoptar la forma verbal.^{10 13 12}

Desarrollo del lenguaje: Entre los 5 y los 10 años los niños adquieren mayor estructura del lenguaje que utilizan. Por los 5 ó 6 años de edad el vocabulario incrementa a quizás 15.000 palabras, aumentando increíblemente de 10 palabras por día. Hacia los 6 ó 7 años de edad los niños saltan de la respuesta sintagmática a la paradigmática. Los niños durante la mitad de la niñez, se hacen expertos en el manejo de los aspectos más finos de la



gramática, comprenden varias maneras de decir algo sobre el pasado (yo fui, yo iba, yo había ido, etc.).¹⁴

Existen teorías que postulan una capacidad determinada genéticamente para el desarrollo de patrones de conducta en los entornos desde los primeros instantes y en las diferentes etapas de la vida, mientras que otras teorías apoyadas en principios de reacción, postulan que el niño reacciona de manera particular de acuerdo a los estímulos de su entorno.^{15 16}

Para una mejor comprensión se presentaran las principales características correspondientes a las edades de nuestro interés de acuerdo a diferentes teorías:

- Teoría de Gesell y Amatruda (1941/1964):

Entre los 6 y los 11 años, el niño no sólo aprende nuevas capacidades motoras, como mantener el equilibrio en una bicicleta, también adquiere soltura y su capacidad deviene en un acto automático, inconsciente, que no requiere ningún esfuerzo de concentración.¹⁶

- Desarrollo del aprendizaje:

En esta teoría se enfatiza el ambiente que moldea al niño, siendo el comportamiento humano inmensamente flexible y destacando dos comportamientos; el clásico y el operante; El comportamiento clásico comprende la adquisición de señales nuevas para respuestas existentes y el condicionamiento operante asocia una nueva respuesta a un estímulo nuevo, por la aplicación de refuerzos adecuados.¹⁶

De acuerdo con esta teoría existe una asociación entre el sentimiento, acción o estado fisiológico y un evento que sirve de estímulo.



- Segunda infancia de los 3 años a la pre-adolescencia, es cuando las operaciones concretas dan poder a los niños de aprender rápidamente las principales materias escolares.
- Ocurre la formación de hábitos.
- El niño es egocéntrico y actúa por impulso.
- Superego, se inicia el primer sistema de control interno, íntimamente ligado al desarrollo de la conciencia.
- Temores concentrados en la punición y pérdida del amor.¹⁶

- Freud: Teoría del desenvolvimiento psicosexual:

Los estados del desarrollo; oral de 0 a 1 año, anal de 1 a 3 años, fálico de 3 a 5 años, de latencia de 6 a los 12 años y genital de 12 a 18 años, se basan en el contenido de maduración de cada parte del cuerpo donde la energía es más focalizada en determinada época del desarrollo.

Estado de latencia: entre los 6 a 12 años, en este estado se inicia la escolarización, proceso de identificación con uno de los padres del mismo sexo.¹⁶

- Ericsson. Estado de desarrollo:

Los estados propuestos por este teórico son influenciados por las demandas culturales comunes a niños de cada edad. Confianza básica por desconfianza básica de 0 a 1 año, autonomía por vergüenza 2 a 3 años de edad, iniciativa por culpa 4 a 5 años, diligencia por inferioridad 6 a 12 años, identidad por confusión de papeles 13 a 18 años, intimidad por aislamiento de 19 a 25 años, generalidades por estancamiento de los 26 a los 40 años de edad y el último estado es la integridad de ego por desespero a partir de los 40 años en adelante.



Diligencia por inferioridad: Absorbe todas las habilidades y normas básicas de la cultura, incluyendo habilidades en la escuela y en el uso de instrumentos.

La cognición es el proceso de organizar y darle sentido a una experiencia. La teoría del desarrollo cognitivo se enfoca en cómo el conocimiento emerge y es transformado en lógico, capacidad sistemática de razonamiento y solución eficiente del problema.¹⁴

- Desarrollo cognoscitivo según Jean Piaget:

Describe cuatro estadios del desarrollo “está en la naturaleza del organismo humano adaptarse a su ambiente”.¹⁵

1. Estadio sensorio motor (desde el nacimiento a los 2 años).
2. Estadio pre-operacional (de los 2 a los 6 años).
3. Estadio operacional concreto (de los 7 años a los 11 ó 12 años).
4. Estadio operacional formal (hasta la edad adulta).

Para el interés del presente trabajo describiremos el estadio pre-operacional y el operacional concreto.

Estadio pre-operacional:

De los 4 hasta los 6 años aproximadamente, este estadio es conocido como del “¿Cómo?” y del “¿por qué?” es la edad de la curiosidad, es el descubrimiento de las operaciones mentales, como planes, estrategias, reglas para resolver y clasificar problemas. Sin embargo el conocimiento se vincula de gran manera a las percepciones del niño. Al final de esta etapa el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado, gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica a diferencia del principio de la etapa cuando su conducta es inestable y tiene mucha facilidad para perder el control y hacer rabietas.^{15 14 16}



Características:

- Período de transición, sin estabilidad.
- Refinamiento de la capacidad sensorialmotora.
- Casi no hay diferenciación entre realidad y fantasía: concreción.
- Falta de flexibilidad y movilidad del pensamiento: irreversibilidad.
- Egocentrismo: dificultad para aceptar el punto de vista del otro y las normas sociales predominantes.

El estadio operacional concreto: Escolar

Los niños comienzan a apreciar la necesidad lógica de ciertas relaciones causales. Son más acertados en solucionar los problemas que se vinculan claramente a la realidad física que en la generación de hipótesis sobre conceptos puramente filosóficos o abstractos. El niño está ansioso por aprender, acepta las normas sociales de conducta, el primer juicio global de autoestima emerge alrededor de los 7 o 8 años. ^{15 14 16}

Características:

- Se ocupa de la extensión de las operaciones mentales desde los objetos concretos hasta los términos puramente simbólicos.
- Deja de ser egocéntrica.
- Se prepara para el dialogo.
- Elaboración de operaciones lógico-matemáticas.
- Adquisiciones intelectuales y comprensión de la lógica.
- Evolución del lenguaje.
- Concentración individual.
- Capacidad de solidarizarse y vivir en grupo.



- Desarrollo cognoscitivo según Lev Vygotsky:

En contraparte la teoría del psicólogo Vygotsky afirma que las formas complejas del pensamiento tienen su origen en las interacciones sociales y no en la exploración individual de cada niño.

El desarrollo cognitivo puede ser entendido solo en el contexto de la cultura, que las funciones mentales de alto nivel comienzan en una actividad externa que se reconstruye gradualmente y es internalizada. El aprendizaje de nuevas habilidades cognoscitivas en un niño es guiado por un adulto o en colaboración con sus pares capaces.¹⁶

Tres de las varias implicaciones específicas del trabajo de Vygotsky son de importancia para la comprensión del desarrollo del niño;

- Las estructuras mentales y el funcionamiento de la gente criada en una cultura específica serán diferentes a las de la gente criada en otras culturas. Considerando la naturaleza del razonamiento y la solución de problemas como algo creado culturalmente.
- Los individuos pueden promover su propio desarrollo cognoscitivo buscando interacciones con otros que puedan ayudar a dibujarlos a niveles más altos de funcionamiento muy relacionados al conocimiento ya existente.
- Los profesores formales o informales, deben navegar sus lecciones tanto como puedan ser un andamio de aprendizaje para el niño dentro de su zona de desarrollo próximo.^{15 16}



Integrando las características dadas en las distintas teorías se puede resumir que entre los 6 a 12 años, los cambios en el niño son muy rápidos e importantes existe un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. la percepción se vuelve detallada y analítica, son más responsables, capaces de entender ideas más complejas, están ansiosos por aprender y comienza a importarles la apariencia física, Entre los 6 y 8 años el desarrollo intelectual es muy marcador, les cuesta adaptarse y desean la aprobación, no toleran las críticas ni los regaños o castigos, necesitan comprensión, cariño y muchas alabanzas y de los 9 a los 11 años su independencia y confianza en sí mismos aumentan, en esta etapa se le debe transmitir que él es responsable de su conducta. Necesita firmeza en el trato y a su vez resultan útiles las alabanzas y los elogios, evitando herir sus sentimientos. El cirujano dentista debe saber valorar el crecimiento y desarrollo tanto físico como psicológico del niño y no sólo basarse en el aparato masticatorio, se hace necesario conocer las cualidades y la formación de la personalidad para poder desarrollar las estrategias adecuadas a cada etapa del niño. Aunque los padres aún tienen una responsabilidad fundamental en el cuidado de la salud oral de su hijo, el niño debe comprender la importancia de los tratamientos preventivos, para fomentar y desarrollar un mayor cuidado en su salud oral. ^{6 14 16}



4. AFECCIONES ORALES MÁS COMUNES EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

4.1 Caries dental

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caries dental como; un proceso patológico, localizado de origen externo que se puede iniciar tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad y ha estimado que entre el 60 y 90% de los niños del mundo presentan lesiones de caries con cavitación evidente.^{14 17}
- En SIVEPAM Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles 2011 definen a la caries dental como un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH de la biopelícula y afecta el esmalte causando la pérdida de mineral en la estructura dental.²⁶
- Cisneros Domínguez y Yadira Hernández Borges definen a la caries dental como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, lo que ocasiona una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. Como enfermedad bacteriana empieza con la desmineralización ácida de la superficie esmaltada exterior y si no se detiene o se trata, la disolución del esmalte continúa hasta la dentina y la pulpa, al tiempo que aumenta la cavitación y pérdida de sustancia dental. La caries dental es de origen multifactorial en la que interactúan cuatro principales factores: presencia de bacterias (agente causal) *Streptococcus mutans*, presencia de un sustrato propicio de azúcar en la dieta



(ambiente) susceptibilidad del esmalte del diente (huésped) y tiempo de exposición.¹³

En México no se cuenta con estadísticas nacionales recientes que permitan establecer claramente la tendencia de la caries dental; sin embargo, algunas investigaciones realizadas en diferentes regiones del país han mostrado en los últimos años, menores índices de prevalencia y gravedad de la enfermedad que los informados anteriormente. La caries dental, se considera grave y de alto costo social, diversos autores indican que es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia; además se caracteriza por encontrarse concentrada en poblaciones con desventajas sociales en México y el mundo.^{18 26 27}

Las estadísticas más recientes de los índices de caries en México fueron realizados en el 2011 por el SIVEPAM, Epidemiología Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales; en donde nos dan las siguientes prevalencias:

Prevalencia de caries de acuerdo a los resultados del SIVEPAM 2011					
Edad	Numero	Cariado	Perdido	Obturado	Cpod
Índice de caries dental en dentición primaria (cpod)					
6	5,167	3.6	0.1	0.1	3.8
7	4,292	3.3	0.1	0.1	3.5
8	122	2.6	0.7	0.7	4.0
9	132	0.4	0.2	0.2	0.8
Índice de caries dental en dentición permanente (cpod)					
6	5,167	0.0	0.0	0.0	0.0
7	4,292	0.0	0.0	0.0	0.0
8	122	1.4	0.0	0.1	1.5
9	132	1.6	0.1	0.3	2.0

Salomón Chertorivski Woldenberg, Germán Fajardo Dolci, Pablo Antonio Kuri Morales, Igor Rosette Valencia, Miguel Ángel Lezana Fernández, Jesús Felipe González Roldán. Epidemiología Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. 1° ed. México: Editorial (IEPSA), 2012. Pp. 19-27¹⁸



Factores de riesgo de caries dental en la infancia

Hábitos alimentarios inadecuados	<ul style="list-style-type: none">○ Chupones endulzados○ Biberón endulzado para dormir○ Ingesta frecuente de azúcares y bebidas azucaradas
Factores relacionados con la higiene dental	<ul style="list-style-type: none">○ Alteraciones morfológicas de la cavidad oral:<ul style="list-style-type: none">- Malformaciones orofaciales- Uso de ortodoncia○ Deficiente higiene oral:<ul style="list-style-type: none">- Mala higiene oral personal o de los padres y hermanos- Minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)
Factores asociados con xerostomía	<ul style="list-style-type: none">○ Síndrome de Sjögren○ Displasia ectodérmica
Enfermedades en las que hay alto riesgo en la manipulación dental	<ul style="list-style-type: none">○ Cardiopatías○ Inmunosupresión, incluidos VIH○ Hemofilia y otros trastornos de coagulación
Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none">○ Bajo nivel socioeconómico (sobre todo si asocia malos hábitos dietéticos e higiénicos)
Otros	<ul style="list-style-type: none">○ Historia familiar de caries○ Caries activas independientemente de la edad

Vitoria Miñana, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Dental health promotion. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011 Julio-septiembre; vol. 13 no. 51. Hallado en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>

8



4.2 Maloclusiones dentales

Maloclusión se define como; la distribución desigual de la presión de la mandíbula y el maxilar, como consecuencia de la mala alineación de los dientes, que da lugar a una oclusión incorrecta de la dentición. A nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los problemas de salud.²¹

La forma en que se detecta es haciendo deglutir al niño con la boca cerrada, para que así los dientes estén en oclusión, también debemos observar características o patrones que puedan indicar un hábito perjudicial.

Algunos autores clasifican las maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos.²¹

Tipos de maloclusiones:

- Maloclusión del plano anteroposterior: clase I: la oclusión es normal, pero los dientes no están bien alineados en la arcada; clase II: la arcada inferior está retrasada con relación a la superior, y clase III: la arcada inferior está adelantada respecto a la superior.
- Maloclusión del eje vertical o axial: cuando uno o varios dientes exceden, pasan la línea de oclusión (sobre mordida), o por el contrario no llegan a ella (mordida abierta).
- Maloclusión en el eje transversal: las caras externas o vestibulares de las coronas de las piezas superiores están por dentro de las inferiores.



Hay causas que son prevenibles y en las que la educación sanitaria puede ser importante: evitar el empleo prolongado del chupete y evitar la succión del pulgar o la succión labial.²¹

Son diversas las causas que pueden originar las alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y las relaciones inadecuadas entre la mandíbula y el maxilar; como; las extracciones prematuras de los dientes temporales, la naturaleza de la alimentación (factor en la producción de insuficiencia en los arcos dentarios) entre otras causas en donde se enfocan a los hábitos bucales; éstos traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo y son sobre los cuales se puede actuar y realizar una correcta prevención . Los hábitos bucales suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional entre otros.²²

Los hábitos deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario, éstos son los causantes de maloclusión dentaria:

- Succión del pulgar u otros dedos.
- Empuje o protracción lingual.
- Respiración bucal.
- Succión o mordisqueo del labio (queilofagia).
- Mordisqueo de uñas (onicofagia).
- Hábitos posturales, entre otros.



Los hábitos que por lo general comienzan en la niñez y se hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, la tarea más importante y en ocasiones compleja del cirujano dentista es tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos.^{21 22}

Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias, la conducta adecuada de padres y maestros, basada en el cariño y respeto del niño, en la planificación de actividades que lo distraigan, pueden influir considerablemente en la prevención de las maloclusiones. Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, por ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto.²¹



5. LOS PROCEDIMIENTOS MÁS ÚTILES EN LA PROFILAXIS DE LA CARIES DENTAL SON:

El empleo de flúor, la higiene oral, medidas dietéticas y tratamiento de las lesiones activas.

5.1 Empleo de flúor (f).

Al consumir cantidades óptimas aumenta la mineralización dental y densidad ósea, reduce el riesgo de caries dental y ayuda a la remineralización del esmalte en todas las etapas de la vida, el factor más importante en la prevención de la caries dental es dependiendo del factor de riesgo la exposición a dosis bajas pero continuas de flúor en la cavidad oral. La fluorosis dental es resultado de una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de su erupción y se define como la hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad, pudiendo ser leve, moderada o severa, en la fluorosis dental leve existen estrías o líneas a través de la superficie del diente, en la moderada aunque los dientes son altamente resistentes a la caries dental tiene manchas blancas opacas y en la Fluorosis severa el esmalte es quebradizo, tiene manchas marrones y se acompaña de lesiones óseas. Es importante conocer para prevenir la Fluorosis dental que en el desarrollo de la dentición tanto temporal como permanente en la fase de calcificación preeruptiva se produce por el acúmulo de flúor. La Fluorosis dental, se produce probablemente por una alteración en la actividad de los ameloblastos, de modo que interfiere la aposición de cristales de calcio dando lugar a hipocalcificaciones. A partir de los ocho años se calcifican los últimos dientes permanentes(terceros molares), esta edad supone el límite hasta el cual existe un riesgo de Fluorosis, aunque cabe señalar que la mayoría de los consensos sobre administración de flúor establecen un límite superior real a los seis años, por la adecuada



coordinación del reflejo de deglución que implica la disminución o desaparición de ingesta de pasta dental además de que a los seis años los dientes que quedan en riesgo son muy posteriores, por tanto no hay afección estética importante.⁸

El mecanismo de acción del flúor es múltiple; transforma la hidroxiapatita (HAP) en fluorapatita (FAP), que es más resistente a la descalcificación más no será una situación definitiva y estable, inhibe la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado, inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias de la placa dental (sobre todo *Streptococcus mutans*) disminuyendo la formación de ácidos y reducción de la producción de polisacáridos de la matriz extracelular en la placa dental.¹⁴

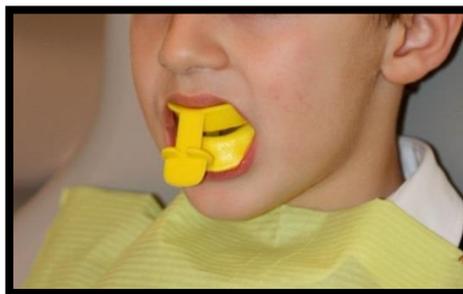
Modos de administración:

- Flúor sistémico colectivo
 - Fluoración del agua potable. Aprobada por organizaciones internacionales, como la OMS y la Federación Dental Internacional, entre otras; Consiste en añadir flúor al agua de consumo público en niveles óptimos, entre 0,7-1,2 mg/L). Siendo esta medida eficaz y económica ya que no necesita cooperación diaria y consciente de los interesados. Estudios señalan reducción de la incidencia de caries dental entre un 18 y un 40%, ya que hay otros factores implicados en la reducción de la caries.
 - Se puede recurrir a la fluoración de la sal común (200 mg F/kg), medida poco útil en la infancia ante la necesidad de realizar una prevención global de las enfermedades cardiovasculares.



- Flúor sistémico individual
 - Los suplementos orales de fluoruro se establecieron para ofrecer flúor a comunidades donde no se podía fluorar el agua, la cantidad de suplemento administrada se realiza en función de la concentración de ion F del agua de consumo.
El fluoruro sódico (FNa) se absorbe entre un 90 y un 97% si se toma sin alimentos. Se distribuye tanto de forma libre como unido a proteínas y se deposita en los dientes, así como en el tejido óseo. Deben administrarse en ayunas y alejados de las tomas de productos lácteos, para evitar la precipitación de fluoruro cálcico. Pueden usarse gotas desde los seis meses al año o los dos años, continuando después con comprimidos. Para aprovechar el papel tópico del flúor, lo ideal sería darlo en forma de comprimidos masticables o comprimidos que al chuparse se disuelvan lentamente.¹⁴ Cabe señalar que es muy importante identificar el factor de riesgo de cada paciente para poder actuar.

- Aplicaciones tópicas
 - Gel. se utiliza FNa al 2% con una concentración de 9040ppm de flúor o geles de fluorofosfato acidulado al 1,2% con contenido de flúor de 12 000ppm. Se aplican en cubetas ajustables a las arcadas dentales con el paciente sentado con la cabeza inclinada hacia delante, una vez al año. Pueden reducir un 21% el índice de dientes cariados, ausentes y obturados.



<http://clinicadentalmurcia.com/2013/02/17/el-fluor-en-la-consulta-dental/> ³⁴

- Flúor tópico adhesivo: Cada 6 meses en niños preescolares y menores de 5 años.
- Flúor solución: Se utilizan soluciones diluidas de sales de flúor con las que se realizan enjuagues bucales. Recomendados a partir de los seis años para asegurarnos de que el niño no ingerirá el líquido. Para uso diario se utiliza una solución de FNa al 0,05% enjuague de un minuto con 10ml de colutorio, para uso semanal se utiliza FNa al 0,2% aconsejando no ingerir nada en la siguiente media hora.
- Barnices de flúor. Endurece en presencia de saliva, proporciona concentraciones más elevadas de flúor en la saliva a las dos horas de su empleo que el resto de los tipos de flúor tópico. Se aplica sobre la superficie de los dientes con un pincel o una sonda curva. Permitiendo aplicar en zonas seleccionadas del diente. Útil en niños con minusvalías psíquicas o físicas que no vayan a tolerar la cubeta con gel en la boca.
- Colutorios. Tabletas o gotas. Se recomienda para realizar en la escuela, si se aplica correctamente su acción es similar al agua fluorada. Colutorios diarios (0,05% FNa) o semanales (0,2%), hay que comprobar que el niño hace bien el colutorio durante un minuto y que no se traga el líquido, (en general, a partir de



los seis años). En los siguientes 30 minutos no debe ingerir nada.

- Dentífricos fluorados es el más recomendado para la prevención de caries dental tanto por su aceptación social como por el aspecto tópico y continuado de su aplicación. Se dirige a toda la población, en el adulto carece prácticamente de contraindicaciones por su acción excesiva local, sin embargo en niños se debe prestar máxima atención para evitar Fluorosis dental.

En los intervalos de nuestro interés, niños entre los 6 a 9 años las concentraciones son las siguientes; entre los dos y los seis años se debe cepillar con una pasta de dientes entre 1000 y 1450 ppm de flúor y la cantidad mínima.

Después de los seis años se debe realizar el cepillado dos veces al día con una pasta fluorada con 1450ppm y la cantidad de 1-2cm sobre el cepillo dental, deben escupir la pasta pero sin enjuagarse excesivamente la boca con agua.^{6 8}

5.2 Higiene oral.

La higiene dental en la edad escolar se realizara aun con ayuda de los padres aunque el niño ya cuenta con la capacidad de realizar las maniobras de cepillado todavía necesita la supervisión y ayuda de un adulto. Se recomendara un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondas para que corresponda al tamaño de su boca y pueda realizar una correcta higiene y si el niño usa el cepillo con fuerza evitar lesionar la encía.

Se le explicara al niño y a los padres la técnica del cepillado. Se debe comenzar con un barrido siguiendo el eje del diente, empezando por la encía y sin desplazamientos horizontales, tanto en la cara exterior como en la cara interior, posteriormente se realiza un movimiento a modo de remolino sobre

la cara oclusal de atrás hacia delante limpiando posteriormente con suavidad la lengua y se debe enjuagar varias veces. Complementándose la higiene bucodental en algunos casos con el uso de hilo dental en áreas interproximales y mesiales de los primeros molares permanentes. El uso de colorantes diagnósticos de la placa dental (eritrosina o fluoresceína sódica) son de especial ayuda en estas edades para que permita la observación de la placa a los niños y por tanto su completa eliminación.⁸



http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf²⁴



<http://www.columnapolitica.com/2011/01/hogales-inauguran-campana-de-salud.html>²⁵



5.3 Medidas dietéticas

Para comprender el concepto de dieta balanceada en escolares, es importante entender que no quiere decir que el niño deba comer un alimento diferente cada día, sino que debe existir un equilibrio entre las tres comidas del día que incluya los distintos alimentos necesarios en la dieta. Una nutrición adecuada fomenta la salud y desarrollo integral, tanto el crecimiento del esqueleto como el de los dientes del niño, por ello es importante que se consuma por una parte proteínas de origen animal, como las de origen vegetal sin olvidar los cereales que contribuyen también a la formación del cuerpo del niño. Como ejemplo; podemos mencionar en relación a temas de nuestro interés, el consumo de los quesos y la leche que son ricos en calcio y junto con el flúor presente en todos los pescados del mar, constituyen los dos minerales necesarios para la salud de los dientes.

Los hidratos de carbono, son un tema de gran importancia por sus efectos cariogénos, teniendo la capacidad de favorecer el crecimiento de ciertas bacterias y consecuentemente formar ácidos y polisacáridos. Siendo probablemente la sacarosa el glúcido que más favorece la caries ya que su hidrólisis en glucosa y fructosa sigue la liberación de una elevada energía de hidrólisis que se aprovecharía para la polimerización de la propia molécula de glucosa en glucanos, los cuales tienen un elevado coeficiente de adhesividad, otros hidratos de carbono con capacidad cariogénica son la glucosa y el almidón siendo éste último más perjudicial por su modificación por los procesos de refinado industrial.^{6 8}

Lograr cambios en la ingesta de estos alimentos en un niño suele ser difícil, ya que socialmente existe una tendencia a potenciar su consumo, una alternativa que puede obtener buenos resultados es si se ofrecen gratificantes como globos, pelotas y otros. Debemos recordar que los alimentos de mayor potencial cariogénico son los alimentos que contiene



azúcares refinados, sobre todo los pegajosos y que la importancia de la ingestión de los azúcares y bebidas o refrescos azucarados deben restringirse en la infancia para conseguir una mayor prevención de la caries, evitando sobre todo la ingesta entre comidas y al acostarse, enfatizando que la frecuencia del consumo es más importante que la cantidad de una sola vez.^{6 8}

Se debe recomendar:

- Evitar las ingestas frecuentes entre comidas, así como la retención de alimentos azucarados en la boca.
- Procurar que los carbohidratos sean en forma diluida o acuosa (retención mínima), evitando los azúcares de textura pegajosa o adhesiva.
- Evitar utilizar los caramelos como regalos entre las comidas.
- Los refrescos azucarados entre las comidas son una fuente no despreciable de azúcares.

5.4 Sellantes u obturadores de fosas y fisuras

Son materias plásticas que aplicadas sobre las fosas y fisuras sellan la zona fisurada y frenan el avance de la caries, son de máxima eficacia.¹³

5.5 Tratamiento de lesiones activas

El tratamiento de las lesiones activas debe efectuarse en la dentición primaria y en la permanente, se reduce la colonización bacteriana y el riesgo de destrucción para los dientes sanos. Es una medida especializada reservada al cirujano dentista. La rápida formación de nuevas caries o la

destrucción acelerada de piezas ya dañadas obliga a exámenes periódicos de la dentadura por parte del odontólogo.

Como resumen de los métodos preventivos que el cirujano dentista debe realizar en niños de 6 a 9 años tenemos:

- Exploración bucal: para detectar la presencia de abscesos, gingivitis, caries, maloclusiones, frenillos o alguna alteración oral.
- Aplicación de flúor: en colutorios, geles o barnices cada seis meses y en concentraciones indicadas.
- Enseñar la técnica de cepillado después de cada comida y al acostarse con el uso de pasta dental, con 1450 ppm de F y la cantidad de 1-2 cm (sobre el cepillo).⁸



<http://miedodental.wordpress.com/programas-de-salud-oral/dental-health-kids-2/>²⁶



6. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA SALUD ORAL

6.1 La comunicación

Comunicación proviene del latín *comunicare* “poner en común”.

La comunicación es primordial para lograr el éxito en el tratamiento odontopediátrico, se puede definir como un proceso mental donde interactúan un emisor y un receptor para intercambiar ideas, conocimientos, experiencias y sentimientos que se transmiten a través de un código, un mensaje y un canal adecuado. Se puede lograr de dos formas: oral y escrita, puede ser directa o indirecta y tiene función informativa, afectiva. Es un proceso de interacción e intercambio entre dos o más personas donde una parte pretende influir en ideas, costumbres y actitudes de los otros, o intentar modificar al otro.^{6 27}

La manera en que las palabras son expresadas, el tono, acento, el ritmo y la acentuación facilitarán o no la comunicación, al igual que la apariencia; la forma de vestir e incluso el uso de accesorios, el olor que pueden ser intensos agradables o desagradables, los movimientos que incluyen los gestos, las posturas, miradas y expresiones faciales y el ambiente como la disposición de mobiliario los ruidos, el frío o el calor, la actitud y el comportamiento son aspectos que pueden facilitar el éxito de la comunicación o de manera inversa dificultar la misma.⁶

En relación al tema de nuestro interés, en la comunicación en educación para la salud los factores que interviene fundamentalmente son: Por parte del emisor: la convicción y deseo de educar y ejecutar la acción educativa, la habilidad de seleccionar la técnica apropiada de acuerdo a las características del receptor. El mensaje debe ser no sólo atractivo sino con un lenguaje fácil para que pueda ser comprendido, basado en la experiencia, accesible y emocionante. El emisor debe incluir argumentos positivos y después de ellos los negativos.

La educación para la salud es de vital importancia en los niveles de prevención, es la encargada de modificar conductas, establecer formas de vida sana y crear modos y estilos de vida favorables para que las personas puedan disfrutar una vida saludable todo esto a través de diferentes técnicas que serán seleccionadas de acuerdo con la temática que se quiera tratar y las características del auditorio a quien van dirigidas. Siempre recordando que la educación para la salud no es un fin, sino un medio eficaz de aprendizaje donde el individuo incorporara los conocimientos que posteriormente aplicará.⁶



<http://www.elblogdelratoncitoperez.com/?paged=2>²⁸

6.2 El juego

(Del lat. iocus) acción y efecto de jugar.²⁹

El diccionario de la lengua española; establece juego como: acción y efecto de jugar, ejercicio recreativo sometido a reglas y en el cual se gana o se pierde. Habilidad y arte para conseguir una cosa o para estorbarla. Juego de niños, modo de proceder sin consecuencia ni formalidad.³⁰



El diccionario del español de México describe el juego como: Actividad humana y de algunos animales que se realiza generalmente como diversión o pasatiempo y en la que se ejercita alguna capacidad o destreza: juego infantil, juego de adivinanzas. Actividad física o mental en la que compiten dos o más personas cumpliendo un reglamento: juegos olímpicos, juegos de mesa, juegos deportivos.³¹

Basados en las características antes mencionadas en el presente trabajo; en la edad escolar a partir de los 6-7 años los niños muestran un cambio notable en las actitudes sociales, participan en juegos reglamentados y las actividades basadas en juegos son útiles como estrategias de educación para la salud; cualquier programa educativo en esta edad requiere de un lenguaje sencillo, acompañado de grandes contenidos gráficos, con alto grado de creatividad plasmado en el juego. Si la intención es realizar una retroalimentación sobre conceptos referentes a salud bucal, apropiados por el niño, la mejor manera es formular preguntas sencillas, intercalando actividades lúdicas entre ellas. Considerando la etapa evolutiva en la que se encuentra, donde el juego y el dibujo son las herramientas para expresar la adquisición de nociones y conceptos el educador para la salud puede apoyarse en ésta estrategia para enviar sus mensajes de salud.³²

El juego tiene un papel importante en el proceso de conocimiento porque permite transformar simbólicamente la realidad y se entrena para transformarla en la práctica, lo que hace más fácil y agradables los procesos de enseñanza-aprendizaje.³³



7. TÉCNICAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS

Es fundamental inculcar la importancia del auto cuidado, destacar el papel que le corresponde a cada uno en la preservación de su salud oral y formar estilos de vida en edades tempranas que conduzcan no sólo al tratamiento de las afecciones sino también a la prevención de enfermedades, sin olvidar que es también fundamental la educación a los padres, así como del personal docente y de todo aquel que esté en contacto directo con el niño. Para obtener un resultado positivo el cirujano dentista debe motivar e instruir correctamente.^{32 34 35}

Navas y colaboradores, reafirman la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud oral, con la participación de los padres de niños escolares, para la adquisición de hábitos de higiene bucal que contribuyan a mejorar las condiciones de salud. Hay que conocer las concepciones de salud oral de los padres, posteriormente se diseñan las actividades para lograr la asimilación de los nuevos conceptos y obtener la adopción de conductas observables tanto en padres como en niños.³²

En esta etapa es de vital importancia la colaboración de los maestros de los primeros años de la enseñanza primaria en la detección de malos hábitos en los que puedan estar incurriendo, y los eduquen para la formación de hábitos básicos para el cuidado y la protección de la salud.³⁶

Los niños en edad escolar están preparados psicológicamente para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas reglas pasan a formar parte de un patrimonio interior, de su personalidad y de esta forma se logra hacerlos responsables de su propia salud y cuando se incorporen a la comunidad sean capaces de adoptar estilos de vida sanos. La educación para la salud debe comenzar desde esta



etapa, pues es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño que modificarlas en un adulto.^{6 34}

- En cuanto a su higiene bucal: es importante que el niño adquiriera un hábito del cepillado correcto. Se le explicará al niño y a sus padres el uso del revelador de placa útil para poder visualizarla y eliminarla a través de la higiene oral.
- También se debe reforzar la importancia de una dieta saludable en cuanto al contenido de azúcar, a su consistencia y textura. Se debe tener mucho cuidado de no restringir alimentos beneficiosos desde un punto de vista nutricional, independientemente de que sean cariogénicos o no, hay que advertir a los padres sobre el potencial cariogénico de los alimentos y la necesidad de cepillarse los dientes inmediatamente después de su consumo y disminuir al mínimo los alimentos con alto contenido de azúcar que no son beneficiosos en la dieta como: los caramelos, chocolates, refrescos gaseosos, entre otros. Aunque esta tarea suele ser difícil por la tendencia social de consumo, se pueden obtener buenos resultados si se ofrecen alternativas gratificantes como globos, pelotas entre otros.
- Las revisiones orales son obligatorias en esta etapa, deben realizarse cada 6 meses. En los exámenes periódicos en niños de 6 a 11 años de deben realizar acciones de promoción de la salud, enjuagatorios bucales con fluoruro de sodio y tratamientos curativos a los dientes afectados.
- El uso de selladores de fosetas y fisuras es apropiado para prevenir caries en los premolares y molares permanentes debido a la anatomía que presentan en su superficie oclusal.⁶

Investigaciones han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje y aprenderán más rápido y

eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena, por lo que hay que tratar de encontrar los mejores métodos para proporcionar nuevos conocimientos y lograr que los escolares participen más activamente en el proceso de aprendizaje.⁷

Entre las diferentes técnicas de educación para la salud figuran: el empleo de actividades lúdicas, entrevistas, charlas educativas, discusiones en grupo, demostraciones, murales, paneles, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene oral, entre otras; recursos utilizados para lograr una buena animación y presentación. Donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño, convirtiéndose en elementos que facilitan y permiten un acercamiento al entorno del menor y contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud y modificaciones en su conducta.³²

Es importante efectuar un programa de actividades que garantice la participación de todos los niños en las técnicas y juegos didácticos diseñados para enseñarles entretenidamente, realizando charlas educativas y uno o varios pasatiempos confeccionados para introducir y consolidar los conocimientos, así como también para retroalimentación.



<http://www.soychile.cl/Chiloe/Sociedad/2012/09/28/122515/Inician-fuerte-campana-de-promocion-de-la-salud-bucal-en-Castro.aspx>³⁷



Álvarez Montero y colaboradores describen tres estrategias realizadas para facilitar el aprendizaje tanto de los niños como de los padres y docentes:

- *Estrategia 1:* Diseño y elaboración de carteles con temática de salud y hábitos de higiene. Elaboración de trípticos informativos. Acciones: equipos de trabajo con los padres, búsqueda, recolección, discusión y elaboración de material didáctico alusivo al tema.
- *Estrategia 2:* Charlas educativas preventivas sobre dentición primaria y hábitos bucales saludables. Acciones: exposiciones orales de las temáticas y discusión interactiva entre investigadores, padres y niños, identificación de alimentos cariogénicos y no cariogénicos, participación de los padres y docentes y niños en las prácticas continuas y guiadas de técnicas de higiene bucal, sobre un modelo y en la boca.
- *Estrategia 3:* Eventos lúdicos relacionados con la salud bucal donde participen padres, docentes y niños. Acciones: realización de obras teatrales con títeres, disfraces alusivos a dientes sanos y caries dental, adivinanzas, crucigramas y concursos sobre salud bucal, entrega de premios sorpresas, material para colorear, recortar y pegar, presentación de videos.³²



7.1 Técnicas afectivas-participativas

Es fundamental poseer la capacidad técnica, así como habilidades para educar a los niños en aspectos de salud oral. Para promover la salud oral es fundamental la educación para la salud y dentro de ella las técnicas afectivo-participativas ayudan a modificar actitudes, pues el niño participa en el proceso enseñanza-aprendizaje. En la década de los años 90 se afianzaron las técnicas educativas y afectivo-participativas como método para incorporar hábitos y conductas adecuadas y modificar las inadecuadas en los niños, padres y maestros. Estas técnicas permiten desarrollar un proceso de discusión y reflexión, juntar el conocimiento individual y enriquecerlo para potenciar realmente el conocimiento colectivo y desarrollar una experiencia de reflexión educativa común. Muchas permiten tener un punto de referencia común para que los participantes aporten experiencias particulares que puedan enriquecer y ampliar las colectivas.^{34 38 39 7}

Las técnicas afectivas participativas facilitan el aprendizaje, el desenvolvimiento y la comunicación entre los estudiantes y el coordinador, pues la creatividad y los juegos didácticos son herramientas fundamentales para realizar exitosamente estas tareas; Estudios realizados evidencian la elevación del conocimiento acerca de salud oral mediante el juego como instrumento de trabajo educativo. Lo que importa más que enseñar cosas y transmitir contenidos, es que el niño aprenda y sea capaz de razonar por sí mismo, porque solo participando, investigando, haciéndose preguntas y buscando respuestas se llega al conocimiento.^{38 7}

Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edades a las que estarán dirigidas y sus características. Los temas se seleccionarán de acuerdo con el análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y

comportamiento de las enfermedades. La calidad en las actividades de promoción de salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida.³⁸

Estas técnicas se usan para:

- Que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo.
- Hacer más sencillos o comprensibles los temas que se quieran tratar.
- Como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población.
- Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, así como permiten la reflexión educativa.
- Constituyen el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos.
- Herramientas para hacer viables los métodos.³⁸



<http://www.uci.edu.py/2010/11/15/alumnos-de-odontologia-visitaron-hogar-de-ninos/>⁴⁰



8. CONCLUSIONES

En ésta revisión documental destacan aspectos importantes de la educación para la salud oral en niños de 6 a 9 años, las estrategias y medios de enseñanza indicadas de acuerdo a su edad, que resulta de vital importancia para los cirujanos dentistas, como la finalidad de saber encaminar a la población escolar en la conservación de su salud oral, mediante la promoción de prácticas saludables, para la prevención de enfermedades orales y la adopción de estilos de vida sanos.

En el presente trabajo si bien se mencionaron las afecciones orales más comunes; la caries y las maloclusiones dentales, también se enfatizó la importancia de buscar el bienestar completo del paciente, tanto de sus funciones fisiológicas como estéticas.

Se reafirmó la importancia de educar a un niño desde sus primeros años escolares donde se comienzan a desarrollar habilidades tanto físicas como psicológicas; el desarrollo intelectual es muy marcado, la percepción se vuelve detallada y analítica, volviéndolos capaces de entender ideas más complejas, lo que permite que el niño comprenda mejor la importancia de una salud e higiene oral adecuada.

En esta etapa comienzan a ser más responsables por lo que es importante lograr transmitirle que él es responsable de su conducta, darle a conocer las consecuencias que tienen sus acciones, para así fomentar y desarrollar un mayor cuidado en su salud oral.



La comunicación, es la base fundamental para lograr modificar conductas y establecer modos y estilos de vida favorables, el éxito de estos cambios se da por la correcta interacción entre emisor-receptor; cirujano dentista y niño. Logrando intercambiar ideas, conocimientos, experiencias y sentimientos que se transmitan a través del código, el mensaje y el canal adecuado.

Las técnicas que se deben seleccionar de acuerdo con las características de los escolares de 6 a 9 años son las afectivas participativas, los juegos, charlas educativas, demostraciones, murales, paneles, recursos visuales, prácticas guiadas de higiene oral, entre otras donde se incluyan mensajes sobre salud bucal e higiene, para introducir y consolidar los conocimientos garantizando la participación de todos los niños en las técnicas y juegos didácticos diseñados para enseñarles entretenidamente. Como en esta edad están ansiosos por aprender y disfrutan del juego, se puede apoyar estas situaciones para enviar los mensajes de salud.

Por último, cabe mencionar la increíble cadena que se desarrolla al promover la salud oral en niños escolares ya que les brinda la posibilidad de transmitir lo que aprendieron a su familia y amigos, convirtiéndolos también en promotores de la salud y de forma personal lograr hábitos saludables que permanecerán a lo largo de su vida.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salvat Universal Diccionario Enciclopédico Tomo 9 Esclaviz-Filip. Decimosexta ed. Barcelona España: Salvat; 1986. Pp. 233-234.
2. Diccionario de la Lengua Española Real academia Española Tomo 5. 2ª ed. España: Editorial Milenio; 2001. Pp. 679.
3. Diccionario Anaya de la lengua. 1ª ed. España: Grupo Anaya, Spes editorial; 2002. Pp.456.
4. Diccionario océano de sinónimos y antónimos, Barcelona España: Grupo editorial Oceano; 2000. Pp. 246.
5. González GR, Castro AJM, Moreno AL. Promoción de la salud en el ciclo de vida. 1ª ed. México: editorial McGraw-Hill; 2011. Pp. 285-305.
6. Cisneros Domínguez G., Hernández Borges Y. Education for oral health in early years of life. MEDISAN. 2011 octubre; vol.15 no.10. Hallado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011001000013&script=sci_arttext
7. Crespo Mafrán M, Riesgo Cosme Y, Lobaina Armelis Y, Rodríguez Hung M, Copello Torres A. Educational instruction on oral health in "Lidia Doce Sánchez" Primary School. Medisan. Febrero-marzo 2010; vol.14 no. 2 Hallado en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000200014
8. Miñana V, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Dental health promotion. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011 Julio-septiembre; vol. 13 no. 51. Hallado en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>
9. <http://www.sopitas.com/site/250468-mexico-podria-aumentar-23-su-ingreso-per-capita-si-todos-lo-ninos-recibieraneducacion/>
10. Games EJ, Troconis TG. Introducción a la pediatría. 8ª. ed. México: Méndez Editores, 2013. Pp. 82-84.



11. Pinkham D. Odontología Pediátrica. 3ª ed. México: McGraw-hill Interamericana editores, 2011. Pp. 271-279.
12. Waldo EN. Tratado de la pediatría Volumen I. 15ª. ed. México: Editorial McGraw-Hill-Interamericana, 1997. Pp. 65-68.
13. Montenegro H, Guajardo H. Psiquiatría del niño y del adolescente 2ª. ed. Chile: Editorial Mediterraneo, 2000. Pp. 28-29.
14. Göran K, Sven P. Odontopediatría, Abordaje clínico. 2ª. ed. Venezuela: editorial Amolca, 2001. Pp. 2, 17-30.
15. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, et al. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1ª ed. Madrid, España: Editorial médica, 2011. Pp. 98-106.
16. Crivello Jr. O. Fundamentos de odontología, Odontopediatría. 1ª. ed. Brasil: Gen grupo editorial nacional, Santos editora, Liuraria Santos editora, 2011. Pp. 31-37.
17. Cereceda M, Faleiros CS, Ormeño Q. A, Pinto G M, Tapia V R, Díaz S C, García B H. Prevalence of Dental Decay in Elementary School Children and Association with Nutritional Status. Rev. chil. Pediatr. 2010 febrero; vol. 81 no. 1. Hallado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062010000100004&script=sci_arttext
18. Chertorivski Woldenberg S, Fajardo Dolci G, Kuri Morales P, Rosette Valencia I, Lezana Fernández M, González Roldán J. Epidemiología Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. 1º ed. México: Editorial (IEPSA), 2012. Pp. 19-27.
19. Villalobos-Rodelo J.J, Medina-Solís C.E, Molina-Frechero N, Vallejos-Sánchez A.A, Pontigo-Loyola A.P, Espinoza-Beltrán J.L. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Biomédica. 2006 junio; vol. 26 no.2. Hallado en:



http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012041572006000200006&script=sci_arttext

20. Pita-Fernández S, Pombo-Sánchez A, Suárez-Quintanilla J, Novio-Mallón S, Rivas-Mundiña B, Pértega-Díaz S. Clinical relevance of tooth brushing in relation to dental caries, Elsevier. 2010 julio; vol. 42 no. 7 Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709006404>

21. Cepero Sánchez Z.J, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones J.A: Educative intervention in children aged 5-6 with deforming oral habits. Rev. Cubana Estomatol . 2007 oct.-dic; vol. 44 no. 4. Hallado en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347507200700040007

22. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalence of oral habits and teeth alterations in schoolchildren from valencia (SPAIN). Anales de pediatría. 2005 marzo; vol. 62 no. 3. Hallado en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403305700527>

23. <http://clinicadentalmurcia.com/2013/02/17/el-fluor-en-la-consulta-dental/>

24. http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf

25. <http://www.columnapolitica.com/2011/01/nogales-inauguran-campana-de-salud.html>

26. <http://miedodental.wordpress.com/programas-de-salud-oral/dental-health-kids-2/>

27. González A. Principios básicos de comunicación. 2ª. ed. Cd. México: Editorial Trillas, 1997. Pp. 406-415.

28. <http://www.elblogdelratoncitoperez.com/?paged=2>

29. Lexipedia Diccionario Enciclopédico. Vol. 2. Kentucky USA: Editorial Barsa Planeta Inc; 2001-2002. Pp. 433.



30. Diccionario de la Lengua Española Real academia Española Tomo 6. 2ª ed. España: Editorial Milenio; 2001. Pp. 897-898.
31. Diccionario del Español de México Vol. 2. México: Editorial el colegio de México; 2010. Pp. 995.
32. Álvarez Montero C.J, Navas Perozo R, Rojas de Morales T. Componente educativo–recreativo–asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev. Cubana Estomatol. 2006 junio; vol. 43 no. 2. Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347507200600020005
33. Galvez R, Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona: editorial Masón. Pp. 229.
34. Tan Suárez N.T, Alonso Montes de Oca C.U, Tan Suárez N. Community Education for childrens buccal health.. Rev. Hum. Med. 2003 mayo-agosto; vol.3 no. 2. Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202003000200005&script=sci_arttext
35. Albert Díaz J.F, Blanco Díaz B, Otero Rodríguez I, Afre S. A, Martínez Núñez M. Educative Intervention about Dental Health in Children: "Gerardo Medina" Primary School. Rev. Ciencias Médicas. 2009 abril-junio; vol. 13 no. 2 Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942009000200010&script=sci_arttext&lng=en
36. Diaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Educative intervention on oral health in primary school teachers. Rev. Med. Electrón. 2011 enero febrero; vol.33 no. 1 Hallado en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm>.
37. <http://www.soychile.cl/Chiloe/Sociedad/2012/09/28/122515/Inician-fuerte-campana-de-promocion-de-la-salud-bucal-en-Castro.aspx>



38. Hechavarria Martínez B.O, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez M.C, Carbonell Gonsalves C. Oral health in adolescence. Medisan. 2013 enero; vol. 17 no. 1 Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000100015
39. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de estomatología. Editorial Ciencias Médicas; 2003; Hallado en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/guias_practicas_de_estomatologia/completo.pdf
40. <http://www.uci.edu.py/2010/11/15/alumnos-de-odontologia-visitaron-hogar-de-ninos/>