



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA Y FORMACIÓN
DE PROMOTORES EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES
DEL CEPPSTUNAM.2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALBA LUZ PÉREZ BLANCO

TUTOR: C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

MÉXICO, D. F.

2008.



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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	52
4. JUSTIFICACIÓN	53
5. OBJETIVOS	54
5.1 GENERAL	54
5.2 ESPECÍFICOS	54
6. METODOLOGÍA	55
6.1 MATERIAL Y MÉTODO	55
6.2 TIPO DE ESTUDIO	59
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	59
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	59
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	59
6.6 VARIABLES DE ESTUDIO	60
6.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE	60
6.6.2 VARIABLE INDEPENDIENTE	60

7. RESULTADOS	61
8. CONCLUSIONES	63
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente se está viviendo un período de transición, de índole económica social y político, mediante el proceso de globalización, el cual está representado por el auge de las telecomunicaciones, la cibernética, la biogenética, entre otras manifestaciones de desarrollo tecno-científico. Si bien, el proceso de globalización genera competencia con base a la calidad, también es cierto que remarca las diferencias entre los países, acentuando las dependencias tecnológicas y de conocimientos, y con ello potencian la crisis de los países subdesarrollados, y más aún, remarca las diferencias entre sectores de la población de un mismo país. En este sentido, el estado de salud de una sociedad no escapa a la determinante de globalización. Por ejemplo, aún cuando los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, esta mejoría parece haber retrocedido a finales del mismo siglo, en la década de los noventa, pudiéndose predecir que la mayoría de las naciones no lograrán las metas pautadas por la Organización Mundial para la Salud para el año 2020. En consecuencia, se conjetura que la investigación científica convencional ya no resulta tan eficiente para mejorar los indicadores macro sociales de salud, por lo que se requiere de otros enfoques de indagación sobre la salud pública que aborde paradigmas complejos, donde se involucren atributos cualitativos y que hagan énfasis en la promoción y prevención de la salud bucal. Programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de “prevención y promoción”, ejecutando una odontología por sí, más curativa que preventiva, destacándose más la condición de enfermedad, que la propia condición de salud, sobretodo en la población infantil .

Así la escuela es un medio eficaz para la promoción de la salud en donde se pueden realizar procedimientos sencillos para la detección temprana de riesgos y problemas de salud y su canalización a unidades de salud para la atención médica y en su caso rehabilitación por medio de programas de salud en donde se fomente la formación de promotores de la salud en donde se habiliten a los niños para tomar el control de su salud y convertirse en un ciudadano activo y responsable en la sociedad.

Le agradezco a Dios, a mis padres a mi esposo y a mi hija que me dieron las fuerzas para seguir adelante y realizar mi sueño. Y en especial al C.D Jesús Manuel Díaz de León Azuara por haber colaborado con sus conocimientos en la realización de esta tesina. También le agradezco a la Facultad de Odontología y a su vez a la UNAM por abrirme las puertas y dejarme ser un miembro más de la universidad y de brindarme los conocimientos necesarios para mi carrera y mi vida profesional. Gracias.

2. ANTECEDENTES

La educación para la salud propicia la adquisición y construcción de conocimientos sobre la salud y con ello el desarrollo de valores, conductas, habilidades y actitudes para una vida sana.¹

En la Carta de Ottawa, primera declaración de Promoción de la Salud, publicada en 1986, se reconoce que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo”.¹

De esta manera educación y salud son parte de un mismo proceso, con un mismo fin que es el desarrollo armónico y el bienestar integral del ser humano. La salud se define no como ausencia de enfermedad, sino como bienestar físico, mental y social; y el aprendizaje no se considera una acumulación de información, sino “la capacidad de interrelacionar conocimientos, actitudes y aptitudes y de usar esa fuerza para configurar nuestra vida y contribuir a la de los demás”.¹

Mientras que Educación para la Salud, es el proceso social organizado, dinámico, sistemático y permanente que se inicia desde la infancia, motivando y orientando a las personas a desarrollar y reforzar el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto sociales, ambientales y ecológicas, con el propósito de obtener una vida sana y participar en una salud colectiva.^{1,2}

La educación para la salud se desarrolla en todos los ámbitos, tales como:

- Las unidades de salud, porque se reafirman mensajes en favor del desarrollo de hábitos y actitudes sanas.
- El hogar, porque ahí se forman los principales hábitos.
- La escuela, porque se adquieren conocimientos, se refuerzan, modifican o reafirman hábitos, capacidades, habilidades y actitudes con base en conocimientos científicos, dirigidos y organizados.¹

Las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, empresas y asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad además de que condicionan la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas³

En la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978 se analizó el problema de la salud en el mundo y se adoptaron una serie de resoluciones en una declaración que lleva el nombre de esa conferencia. Estas resoluciones postularon la meta de “Salud para todos en el año 2000³ en 1981 la OMS adoptó como primer indicador global del estado de salud bucal un promedio de no más de 3 dientes cariados, perdidos u obturados a la edad de 12 años para el año 2000. Las siguientes metas fueron propuestas para el año 2000 por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) en 1981 en donde 50% de los niños de 5-6 años debían estar libres de caries, el 85% de la población debía tener todos sus dientes en boca a los 18 años de edad, la reducción en un 50% de los niveles de personas edéntulas a los 35-44 años de edad, y la reducción en un 25% de las personas edéntulas a los 65 años de edad. En 1989 la OMS aprobó la promoción de la salud bucal como parte integrante de “Salud para todos para el año 2000.”^{4,5}

Como resultado de las desigualdades en salud entre los grupos sociales, en América Latina no se lograron las metas en salud bucal propuestas para el año 2000 por la OMS/FDI.^{4,5}

En México, según la “Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis”, 3 de los 21 estados con datos disponibles en el año 2000 no cumplieron con dicha meta.^{4,5}

Como meta para el año 2000, la OMS y la FDI propusieron disminuir la prevalencia de caries a menos de 50% en los niños de 5 a 6 años de edad.^{4,}

La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad el SiC no sea mayor de 3. Asimismo las metas globales en salud bucal que proponen la OMS, la FD y la IADR, para alcanzar en el año 2020 son: minimizar el impacto de enfermedades de origen oral y craneofacial en la salud y el desarrollo sicosocial, haciendo énfasis en promover la salud oral y minimizar el impacto de las manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas en los individuos y en la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico temprano, la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades sistémicas. ^{4,6}

Las metas específicas establecidas para el año 2020, relacionadas con las enfermedades bucales más prevalentes (caries y Enfermedad periodontal) son:

Caries dental

- 1.- Incrementar la proporción de niños de 6 años libres de caries dental de acuerdo con las particularidades de cada país.
- 2.- Reducir el índice de dientes cariados, obturados y perdidos, particularmente el componente cariado a los 12 años, con especial énfasis en grupos de población de alto riesgo.
- 3.- Reducir el número de dientes extraídos por causa de la caries dental a los 18, a los 35-44 y a los 65-74 años en porcentaje definido por cada país según sus indicadores. ^{4,6}

Enfermedad periodontal

- 1.- Reducir el número de dientes perdidos por causa de la enfermedad periodontal en las edades de los 18, 35 a 65 y 74 años, con especial referencia a fumadores, pacientes con pobre higiene oral, stress y con enfermedades sistémicas recurrentes.
- 2.- Reducir la prevalencia de formas necrotizantes de enfermedad periodontal, reduciendo la exposición a factores de riesgo como pobre nutrición, stress e inmunosupresión. ^{4,6}

3.- Reducir la prevalencia de infección periodontal activa (con o sin pérdida de soporte) en todas las edades según indicadores de cada país.

4.- Incrementar la proporción de personas en todas las edades con periodonto sano (encías y estructuras óseas de soporte) en la proporción que cada país establezca de acuerdo a sus prioridades.^{4,6}

Objetivos:

1.- Para reducir la mortalidad de las enfermedades orales y craneofaciales.

2.- Para reducir la morbilidad de las enfermedades orales y craneofaciales y, en consecuencia aumentar la calidad de vida.

3.- Prioridad a promover el desarrollo sostenible impulsado por las políticas y los programas en los sistemas de salud bucodental que se han derivado de las revisiones sistemáticas de las mejores prácticas.

4.- Para desarrollar costos accesibles de los sistemas de salud bucodental para la prevención y control de enfermedades orales y craneofaciales.⁷

5.- Integrar la promoción de la salud oral y el cuidado con otros sectores y la influencia de salud, utilizando el enfoque de factores de riesgo comunes.

6.- Para desarrollar programas de salud bucodental determinantes que se capacitan a las personas para el control de la salud.

7.- Para fortalecer sistemas y métodos para la vigilancia de la salud oral tanto los procesos y los resultados.

8.- A promover la responsabilidad social y las prácticas éticas de los cuidadores.

9.- A reducir las disparidades en la salud oral entre los diferentes grupos socioeconómicos dentro de un país y las desigualdades en la salud oral en todos los países.

10.- Aumentar el número de servicios de salud que están capacitados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucodentales y trastornos.⁷

Dolor:

- Una reducción del % en los episodios de dolor de origen oral y craneofaciales.
- Una reducción del % en el número de días de ausencia de la escuela y el empleo que se derivan de dolor de origen oral y craneofaciales.
- Una reducción del % en el número de personas afectadas por limitaciones funcional (esto se refieren a una serie de factores medibles como el dolor y deterioro, la falta de dientes incisivos y traumatizado dentales congénitas y anomalías faciales.⁷

Trastornos funcionales:

- Una reducción del % en el número de personas que experimentan dificultades en la masticación y deglución de habla / comunicación. Este abarca un gran número de factores medibles relacionados con la pérdida de dientes, facial congénita, adquirida y deformidades dentales.⁷

Las enfermedades infecciosas

- Un aumento de % del número de servicios de salud competentes para reconocer y minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas en el ámbito del cuidado de la salud oral.

Entre otros:⁷

En la década de los 60 la SSA creó la Dirección de Odontología con los objetivos de implementar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país y así difundir a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental, y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo.⁴

Durante este tiempo se fomentó la actualización de todo el personal odontológico de las instituciones que formaban el Sistema de Salud, y se inició la fluoruración del agua en las plantas potabilizadoras de Los Mochis, Sin., Veracruz, Ver., y el conjunto urbano Nonoalco-Tlatelolco, en el DF. Desafortunadamente, los cambios administrativos y financieros provocaron la desaparición de esas primeras y únicas plantas fluoruradoras antes de que pudieran evaluarse sus logros.⁴

La década de los 70 y 80, debido a los altos costos, se consideró conveniente instaurar programas preventivos de amplia cobertura para la población general. Debido a que en el país no toda la población tiene servicio de agua intradomiciliaria, la fluoruración de la sal doméstica representaba un mejor vehículo de distribución. En marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal.⁴

Para la operación del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal se estableció un acuerdo entre la SSA, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal en los estados donde el abastecimiento de agua potable contiene flúor en cantidad menor a la óptima (0.7-1.2 ppm).⁴

Este programa estipuló cantidades recomendadas por organismos internacionales tras la experiencia de diversos países en la fluoruración de la sal para tener efectos carioprofilácticos y cariostáticos deseables.⁸

En 1981 se realizó la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la Federación en México. En 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico. De entonces a la actualidad diversas estrategias, acciones y modelos se han propuesto para proteger al niño en esa etapa de la vida. Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma "NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar".⁸

En 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud. En 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México. En 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México.⁸

Es hasta 1988 que apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud como una parte de la recientemente creada Dirección de Fomento a la Salud y se realizó la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988 y la puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal. En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, para mejorar la salud bucal de la población escolar. Igualmente, con este modelo se pretendió fomentar en la comunidad escolar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud bucal. A partir de 1991 se implementó el Programa Nacional de Fluoruración de la sal de mesa como una medida para disminuir la frecuencia de caries.⁹

El Estado de México fue el primer estado en el país en implementar el programa de fluoruración de la sal. Los resultados de este programa, después de nueve años de su instalación, mostraron una reducción del 44% en el índice de caries dental en escolares de doce años de edad.⁹

En algunos países europeos donde no hay programa de fluoruración de la sal o de fluoruración del agua, también se han presentado descensos en los índices de caries dental. Uno de los factores que se ha señalado ser fundamental en el control del problema de caries dental, ha sido la utilización de los dentífricos con fluoruro.⁹

A través de los medios masivos de comunicación se le ha dado amplia difusión al uso de dentífricos y se reconoce la idea de realizar el cepillado dental tres veces al día como parte esencial de la higiene bucal.^{8, 10,11}

Entre los doce programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud entre 1989-1994, existían dos relacionados con la salud bucal. Estos eran el programa de salud escolar y el programa de fluoruración de la sal. En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar. Asimismo, en la década de los 90 se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales. Esta norma tiene por objetivo establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención de la salud bucal a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, protección específica, tratamiento, rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia.¹²

En 1995 se publicó la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada, la cual establece las especificaciones sanitarias de la sal para consumo humano y animal.

En 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos para cada año. En estas actividades se unen los esfuerzos de instituciones del Sector Salud, además de asociaciones gremiales y la Secretaría de Educación Pública.¹²

El objetivo fue intensificar todas las actividades preventivas dentro de un método unificado y normado, enfocándose a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos.¹²

Esta estrategia se realiza periódicamente en los 32 estados, dentro de las unidades clínicas y en escuelas de educación primaria. Las características del programa incluyen respetar las políticas internas de cada organismo participante; que cada estado e institución organice, según sus necesidades, un curso de capacitación previo para todo el personal participante en la realización de las acciones específicas de la "Semana Nacional de Salud Bucal".¹²

La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres.^{9, 13}

Las políticas de salud en el periodo 2007-2012 son:

- Impulsar intervenciones de salud preventivas y de promoción a la salud en los ámbitos sociales y comunitarios, para fomentar la cultura del autocuidado y la prevención de riesgos y enfermedades en la población.¹⁴
- Basar la estrategia de prevención en un ejercicio de priorización y privilegiando la conservación de la salud y que considere el peso de la enfermedad, la vulnerabilidad y susceptibilidad de temas como la salud bucal, la salud visual, la salud sexual y reproductiva, y la prevención de discapacidades de manera integral.¹⁴
- Incluir en las caravanas de la salud orientadas a atender a los municipios con mayor rezago, a médicos veterinarios zootecnistas y a odontólogos, como parte del equipo básico de salud.¹⁴

Las enfermedades bucales más frecuentes son la caries dental y la enfermedad periodontal y las maloclusiones, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) afectan a 90 y 70 por ciento de la población, los daños a la salud pueden ser desde simples a gran complejidad de incapacidad masticatoria hasta cardiopatías severas. Son generalmente atribuidas a infecciones asociadas con microorganismos que residen en la placa dentobacteriana o biopelícula.^{9, 13, 15,16}

Dentro de la Política Nacional de Salud se generó el Programa de Acción Salud Bucal, que en su objetivo general pretende mejorar la salud bucal de la población mexicana, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia. En 2003 se puso en marcha el Sistema Nacional de Cartillas de Salud que aparentemente es la política de salud más reciente.^{9,13}

En estas cartillas los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención para la salud que reciban en cada etapa de la vida. Este sistema está compuesto de cuatro elementos: 1) la cartilla nacional de vacunación (que ya estaba siendo empleada desde 1978), 2) la cartilla de salud de la mujer, 3) la cartilla nacional del hombre, y 4) la cartilla nacional del adulto mayor. En las últimas tres uno de los rubros básicos es la salud bucal.^{9, 13}

La salud es un elemento insustituible del bienestar general y sólo una población sana puede participar activamente en el desarrollo del proceso de producción y productividad de recursos. Fundamentamos la promoción de salud en 3 importantes factores: sector salud, otros sectores sociales y la propia población. Para el personal de salud significa cambiar el enfoque de atención de la enfermedad por el de atención de la salud. Educar a las familias y comunidades para que desempeñen adecuadamente la promoción de su propia salud y la colectiva.¹⁷

La propia población debe producir salud conscientemente, eligiendo estilos y hábitos de vida sanos y rechazando los que ponen en riesgo al individuo y al ambiente como:

- El consumo de sustancias nocivas.
- La alimentación inadecuada.
- Conductas higiénico-sanitarias inadecuadas.
- Comportamiento y trabajo que producen estrés.¹⁷

Los demás sectores sociales deben contribuir a la promoción de salud consultando con el sector salud oportunamente aspectos que interesan al bienestar común, como:

- Vías de comunicación y transporte suficiente.
- Mejoramiento de las condiciones laborales.
- Conservación y cuidado del medio social y natural.
- Alimentación suficiente.¹⁷

La promoción de salud contrarresta la fase inespecífica de la enfermedad, es decir, se antepone al desarrollo de los factores de riesgo que favorecen su aparición.¹⁷

A nivel de la comunidad hay que lograr el conocimiento de la vulnerabilidad o susceptibilidad de la población a los riesgos de enfermedades bucales, y actuar conscientemente mediante la aplicación de medidas de atención primaria, es decir, aquellas que producen mayor impacto como la promoción y la prevención.¹⁷

La educación para la salud en las escuelas tiene una larga y variada trayectoria en todos los países de la región. Así también lo tienen las actividades asistenciales como los exámenes médicos, dentales y de aspectos visuales y auditivos.⁵

Sin embargo, en diversas reuniones sobre el tema se ha enfatizado la necesidad de un enfoque integral y estrategias más innovadoras, que respondan a las nuevas dinámicas sociales, políticas y económicas e incluyan: capacitación y actualización a los maestros; participación de los alumnos, los padres y la comunidad; servicios de salud y acordes a las necesidades reales de la población escolar, promoción de hábitos saludables, alimentación nutritiva en los comedores escolares; y el uso de metodologías educativas formales y no-formales dirigidas a formar nuevas habilidades y destrezas, haciendo de la vida escolar una oportunidad para el desarrollo humano, la paz y la equidad.⁵

La promoción de la salud en el ámbito escolar es una prioridad impostergable. Asegurar el derecho a la salud y la educación de la infancia es responsabilidad de todos y es la inversión que cada sociedad debe hacer para generar a través de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes, un futuro social y humano sostenible.⁵

Educación para la salud con un enfoque integral, basada en las necesidades de los alumnos en cada etapa de su desarrollo y acorde a las características individuales, culturales y de género. La educación integral y participativa fortalece la auto-estima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables. Por ello busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas. Creación de ambientes y entornos saludables, basado tanto en espacios físicos limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados con entornos psico-sociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física. Diseño y entrega de servicios de salud y alimentación que buscan detectar y prevenir integralmente problemas de salud dando atención temprana a los jóvenes, así como también formar conductas de autocontrol, prevención de prácticas y factores de riesgo. Se pretende que fortaleciendo el vínculo de la escuela con el equipo de salud.⁵

La salud pública en nuestro país tiene un futuro promisorio en el camino de la promoción de salud, se trata de crear sanos en la comunidad y no de tratar enfermos en las clínicas, es mucho más fácil educar y dar armas a la población para controlar las enfermedades bucales que remediarlas.⁵

Como estas afecciones se inician en la infancia, se dirige nuestra acción educativa hacia los niños, ya que como partes de la familia, pueden convertirse en excelentes promotores de salud porque además de interesarse por su propio bienestar, se convertirán en futuros padres más responsables y divulgarán estos conocimientos a sus familiares y compañeros de escuela, sin embargo para que esos conocimientos nuevos propicien cambios de conducta, es necesario que el niño sienta un impulso interno, es decir, que se sienta motivado, ya que el hábito desde pequeño hace más fácil llegar a la meta, es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud con un niño que modificarlas en un adulto.⁵

Hasta ahora la cooperación técnica de la OPS/OMS para implementar dicha estrategia consiste en difundir el conocimiento y la metodología y animar el intercambio de experiencias entre los países, para lo cual se llevaron a cabo 7 reuniones regionales y sub-regionales desde 1993 a la fecha, en las cuales se apoyo la constitución de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Se ha apoyado el desarrollo de una metodología simplificada para el diagnóstico y análisis de las necesidades lo cual ha sido validado en varios países.¹⁸

También se está apoyando la adaptación y prueba piloto de diversos instrumentos para la identificación de condiciones y conductas de riesgo en escolares; y se está apoyando la traducción, adaptación y validación de materiales educativos y de referencia para la educación en salud con alumnos de todos los niveles.¹⁸

ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido impulsando desde 1990 la formación de escuelas promotoras de la salud, cuyas bases se sustentan en el documento Promoción de la Salud Mediante las Escuelas, Iniciativa Mundial de Salud Escolar, elaborado por un grupo de expertos en Ginebra, Suiza (1995).¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está promoviendo la Iniciativa en Latinoamérica desde 1993 y actualmente en todos los países de la región se están formando escuelas promotoras de la salud.¹

México se sumó a esta Iniciativa e inició un proceso de difusión a nivel nacional, así como la planeación conjunta con el sector educativo para trabajar en un Proyecto de Escuelas Promotoras de la Salud que se basa en el Programa Salud Integral del Escolar.

El proyecto propone:

- Establecer o fortalecer acuerdos y planes conjuntos entre los sectores educativos y de salud
- Mejorar la coordinación interinstitucional
- Establecer y desarrollar proyectos de salud en cada escuela
- Fortalecer la interrelación entre la escuela y la comunidad
- Apoyar formas de organización encaminadas a la promoción de la salud
- Apoyar el desarrollo de estrategias de capacitación y elaboración de materiales.¹

La escuela es un medio eficaz para la promoción de la salud en la mejora de los conocimientos, el desarrollo de capacidades y la promoción de comportamientos saludables.¹⁹

Es importante orientar a los niños, especialmente en los jardines de infancia y escuelas primarias ya que están familiarizados con el ambiente de aprendizaje y la cultura en la escuela. Los alumnos deben adquirir los conocimientos y las aptitudes que facilitan un estilo de vida saludable. Los niños están facultados para tomar el control de su propia salud desde el inicio de sus vidas y se les anima a desarrollar actitudes positivas hacia las medidas preventivas.¹⁹

En una escuela promotora de la salud se llevan a cabo acciones de las cuatro vertientes y se define como aquélla en la cual alumnos y alumnas, docentes, padres de familia y personal de salud trabajan juntos para mejorar la educación y la salud de los escolares, así como los ambientes donde viven, aprenden y se desarrollan;¹

Su actividad se orienta a lograr que:

- La escuela sea un ambiente seguro y saludable
- Se establezcan relaciones interpersonales que contribuyan a la salud mental y social
- Las alumnas y los alumnos aprendan y promuevan hábitos, actitudes y valores para cuidar la salud y la vida
- Se realicen acciones de prevención y se identifiquen problemas que afectan la salud de los alumnos para promover su solución.¹

La tarea que en México han contraído los sectores educativo y de salud, es convertir las escuelas donde actualmente se trabaja, en escuelas promotoras de la salud mediante estas etapas de desarrollo:

Planeación nacional y estatal para establecer directrices, estrategias y acciones, difusión y capacitación hacia la población y el personal de salud y educación, selección de escuelas a trabajar, elaboración de diagnósticos y proyectos participativos en las escuelas, certificación de escuelas como escuelas promotoras de la salud y la formación de la red mexicana de escuelas promotoras de la salud.¹

La primera actividad que se desarrolla en una escuela Promotora de la Salud es la identificación de: los problemas físicos, mentales y sociales que afectan la salud de los escolares y su repercusión en el aprovechamiento escolar, en la asistencia y en las relaciones interpersonales; los riesgos que presentan el edificio y su entorno para la seguridad y la salud de la comunidad educativa; el desarrollo de las actividades de educación para la salud, así como la situación que guardan la promoción y organización de la participación tanto de la comunidad escolar, como de las instituciones, comités, grupos y autoridades del entorno. El siguiente paso es formular un plan de trabajo, que es el proyecto participativo y que comprende la planeación de actividades a las cuatro vertientes de acción y los requerimientos. Otra parte importante es establecer responsabilidades y tareas a los diferentes actores que participan.¹

En el proyecto deben establecerse metas para poder evaluar los avances. El proyecto participativo debe estar muy ligado al programa escolar. El personal de salud sensibiliza a la comunidad educativa de la importancia de avanzar en el mejoramiento de la salud y la educación de los escolares mediante acciones planeadas y organizadas. El diagnóstico y el proyecto participativo se describen en el formato número uno de la documentación de escuelas promotoras de la salud.¹

Existen tres categorías de evaluación: la diagnóstica que se aplica antes de desarrollar un programa para identificar necesidades y conocer las condiciones que prevalecen; la formativa que permite recopilar información acerca del desarrollo del programa y posibilitar su reorientación y mejoramiento; la sumativa que se aplica cuando el programa está completo o se haya terminado una etapa o ciclo.²⁰

En salud escolar la evaluación se orienta a comparar los resultados obtenidos, las estrategias, actividades y metas se evalúan mediante indicadores de proceso que responden a la pregunta ¿qué tan bien se ha ejecutado el programa?²⁰

Las Escuelas Promotoras de la Salud constituyen una gran estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de las comunidades educativas^{18, 20}

El modelo de Escuelas Promotoras de la Salud, desarrollado con base en las experiencias de salud escolar en las Américas, se fundamenta en la implementación de los siguientes componentes principales:

- Educación para la salud, con énfasis en la enseñanza de habilidades para la vida
- Creación y mantenimiento de entornos psicosociales y ambientes físicos saludables
- Reorientación de servicios de salud y apoyo psicosocial, nutrición sana y vida activa involucra a todos los miembros de la escuela y la comunidad con la participación de docentes, padres, madres, estudiantes, líderes y organizaciones no gubernamentales, en la toma de decisiones y la ejecución de las intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de estilos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.^{1, 20}

En toda la República Mexicana, personal de educación y de salud están llevando a cabo el Programa de Salud Integral del Escolar, que pretende beneficiar a la comunidad educativa de las escuelas preescolares, primarias y secundarias.¹

Este Programa:

Promueve la protección de la salud como un derecho y como un bien social y cultural que es necesario preservar y desarrollar.

Constituye un proceso integral que comprende los aspectos físicos, mentales y sociales para el desarrollo y mejor aprendizaje de las alumnas y los alumnos.¹

Se apoya en la participación de la comunidad educativa, organismos públicos, sociales y privados y de autoridades locales, quienes se organizan para planear, ejecutar y evaluar las acciones.¹

Se vincula al proceso formativo de la escuela mediante acciones que apoyan el desarrollo del Plan y programas de estudio de los diferentes niveles educativos. Integra a la salud cada día con mayor fuerza como una actividad propia del ambiente escolar.

Se basa en procedimientos sencillos para la detección temprana de riesgos y problemas de salud y su canalización a unidades de salud para la atención médica y en su caso rehabilitación. Se sustenta en la capacitación de las educadoras y los educadores, las maestras y los maestros de grupo y de educación física, así como personal de apoyo a la educación; de los padres de familia, del personal de salud, voluntarios y promotores adolescentes que participan en el programa.¹

Se fundamenta en la Constitución Mexicana (art. 3° y 4°), las bases para la formulación, desarrollo y ejecución del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Educación fundada en febrero de 1989. Uno de los aspectos fundamentales de la Salud Integral Escolar es proteger los derechos de las niñas, los niños, las y los jóvenes. En el Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar.¹

En la historia de la salud escolar en México han existido varios modelos de acción cuyo propósito ha sido el bienestar físico, mental y social de los escolares

Durante muchos años la salud escolar recibió el nombre de Higiene Escolar como programa de la Secretaría de Educación Pública; en 1989 la Secretaría de Salud instituyó el Programa Fomento de la Salud de los Escolares, que en 1995 se convirtió en el Programa Salud Integral del Escolar. Ahora, frente al nuevo milenio hemos recibido y aceptado la invitación de convertir las escuelas Mexicanas en escuelas promotoras de la salud.¹

Programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de “prevención y promoción”, ejecutando una odontología por sí, más curativa que preventiva, destacándose más la condición de enfermedad, que la propia condición de salud, sobre todo en la población infantil.²

En el programa de Salud Integral del Escolar se busca promover el cambio de hábitos que favorezca la salud bucodental y completarlo con acciones preventivas y curativas, ya sea en la escuela o en la unidad de salud.²

PROGRAMAS DE SALUD

- 1.- Previo a la aplicación de cualquier programa de salud, se debe conocer las condiciones iniciales de la misma. Se deben identificar las necesidades y los problemas.
- 2.- Determinar prioridades y criterios.
- 3.- Se deben utilizar los principios de la planificación estratégica, siempre que se quiera aplicar un programa de salud, ya que agiliza la consecución y el logro de los objetivos planteados.
- 4.- Se debe estimular a la participación activa de los maestros en la promoción de hábitos de higiene bucal, actuando como reforzadores de comportamientos positivos.
- 5.- Se debe impulsar al desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y privadas, a fin de abaratar los costos

6.- Incentivar a la investigación en relación al tema, donde se incorporen a la población infantil.

7.- Se deben ocupar técnicas e instrumentos para la recolección de datos

8.- Se debe elaborar el programa.^{1, 20,21}

Etapas de un programa:

1. Introducción

2. Justificación

3. Objetivos y Metas

4. Límites del programa

5. Actividades

6. Recursos

7. Organización

8. Ejecución

9. Evaluación.²¹

PROMOTORES DE LA SALUD

Los adolescentes se encuentran en una etapa definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un período de cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que tienen que ajustarse.¹

La promoción de la salud constituye la mejor estrategia para cuidar su salud y orientarlos hacia estilos de vida saludable; bajo este enfoque se estableció el Programa Salud Integral del Adolescente que tiene como propósitos:

-Propiciar que las y los adolescentes sean individuos informados, críticos, solidarios, reflexivos y capaces de tomar decisiones acertadas y asertivas sobre su salud.¹

-Establecer estrategias que permitan que las acciones de salud lleguen a los escolarizados y no escolarizados Los promotores son estudiantes que, convencidos del valor de la salud, desean promoverla entre sus pares.¹

Los promotores adquieren estos compromisos:

- Capacitarse y actualizarse permanentemente en temas de salud

- Entrar en contacto con grupos de amigos o amigas y promover el programa
- Difundir información entre sus pares sobre cómo cuidar la salud
- Colaborar en la detección de problemas de salud o riesgos que puedan afectarlos a ellos o a sus compañeros
- Ser ejemplo de lo que difunden
- Informar a su instructor de manera sistemática sobre avances, logros y problemas
- Colaborar con su instructor en la planeación de las actividades
- Un promotor o promotora se beneficia al aprender más sobre cómo cuidar su salud y ocupar su tiempo de una manera sana, corresponsable y productiva.¹

Se espera que cada promotor o promotora promueva la salud entre amigos, mediante actividades como:

Platicar, invitarlos a participar en conferencias y otros eventos, formar pequeños grupos para conocer, discutir y analizar temas de salud.¹

Los instructores e instructoras adquieren estos compromisos:

- Promover el programa en las escuelas, así como entre otros grupos organizados
- Capacitarse y mantenerse actualizados en diversos temas relacionados con la problemática de las y los adolescentes
- Capacitar y mantener actualizados a los promotores
- Asesorarlos permanentemente durante sus funciones
- Programar las actividades y llevar el control y seguimiento de éstas
- Evaluar y proponer estrategias para su mejor desempeño
- Atender las necesidades y demandas que surjan en el ejercicio de sus funciones
- Actuar en congruencia con los aspectos que promueven.¹

Para ello se capacitan en:

- Los principales problemas de salud y sus factores de riesgo

- Contenidos técnicos sobre los temas a tratar
- La metodología para la enseñanza de temas de salud
- El personal de salud promueve el Programa Salud en coordinación con el sector educativo y como una de sus principales estrategias motiva a los directores y docentes para formar promotores en sus escuelas.¹

Sus funciones son:

- Capacitarse en técnicas didácticas
- Promover y formar grupos de instructores
- Capacitar a los instructores y mantenerlos actualizados
- Proporcionar a los instructores el material didáctico y educativo
- Elaborar un plan de trabajo
- Apoyar a los promotores en las necesidades que surjan y promover su participación en otras actividades de salud.¹

Desde hace ya varias décadas, la Organización mundial de la Salud desarrolló una definición de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. La salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y la calidad de vida.¹⁷

Los niños tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la salud oral. Las escuelas promotoras de salud habilitan a los niños para tomar el control de su salud y convertirse en un ciudadano activo y responsable en la sociedad. Se les alienta a impartir sus conocimientos en beneficio de otros miembros de la familia y la sociedad.¹⁹

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

- Caries dental
- Enfermedad periodontal
- Anomalías de oclusión
- Enfermedad de la pulpa y tejidos periapicales
- Enfermedad de los maxilares
- Enfermedad de labios y mucosas
- Enfermedad de la lengua
- Enfermedad de glándulas salivales
- Disfunción temporomandibular
- Neuralgias del trigémino
- Cáncer bucal.¹⁷

Las enfermedades bucales más frecuentes son la caries dental y periodontopatías y las maloclusiones afectando al 90% de la población los daños a la salud pueden ser desde simples a gran complejidad de incapacidad masticatoria hasta cardiopatías severas. Son generalmente atribuidas a infecciones asociadas con microorganismos que residen en la placa dentobacteriana.^{2, 9, 13, 15,16}

La boca sus afecciones y sus cuidados tienen un impacto significativo en la calidad de vida se ha encontrado que los padecimientos orales restringen las actividades en la escuela, trabajo y casa y que las enfermedades de la causan sufrimiento y pérdida de innumerables horas de trabajo por día en el mundo. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad oral como el sida y la diabetes y deficiencias nutricionales.⁹

La Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos de Norteamérica indica que sólo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días de actividad restringida, lo que representa un serio problema de salud para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud, varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como endocarditis, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en los adultos y cáncer.¹⁶

Los dientes son una parte importante de nuestro cuerpo y la primera vía mediante la cual se inicia el proceso de la digestión; es por ello que una dentadura sana y completa es fundamental para la salud y se logra con una alimentación adecuada, el cepillado de dientes y el uso de hilo dental después de cada comida, la aplicación periódica de fluoruro y al menos una visita anual al dentista.¹³

Cuando no se cepillan los dientes o se hace de manera incorrecta, se favorece la acumulación de residuos de comida y la formación de una capa que se adhiere a los dientes llamada placa dentobacteriana, cuya acción produce la caries; ésta pica y carcome poco a poco las piezas dentales causando dolor y si no se curan a tiempo se pierden sin remedio. También inflama las encías, provocando sangrado y mal aliento.¹³

No cepillarse los dientes o hacerlo de manera incorrecta, favorece la acumulación de residuos de comida y la proliferación de la placa dentobacteriana cuya acción produce caries dental, inflamación de las encías y enfermedad periodontal. Después del cepillado de los dientes, la placa dental se forma por la deposición de una película proteica acelular llamada película adquirida.¹³

La promoción del autocuidado ha sido frecuentemente proclamada como la estrategia más importante en la salud primaria dental. El cepillado dental ha sido, por muchos años, el principal mensaje de educación dado a niños, adolescentes y adultos, basado en el supuesto que éste ayuda a eliminar la placa y facilita el contacto íntimo del fluoruro contenido en la pasta dental con los dientes. En este sentido se ha observado que los niños más pobres reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista que sus contrapartes más prósperos, y además tienen, mayores necesidades de salud bucal.¹³

Indicaciones para una salud bucal sana:

- * Alimentarse lo mejor que sea posible.
- * Cepillar los dientes tres veces al día, después de cada comida.
- * Evitar comer dulces y beber refrescos porque el azúcar que contienen favorece la caries dental.
- * Utilizar cepillos de cabeza chica, con cerdas firmes, uniformes y planas.
- * Cambiar el cepillo dental cuando esté desgastado o con las cerdas abiertas cada 2 o 3 meses.
- * No utilizar los dientes como si fueran herramientas, se pueden romper.
- * No usar palillos u objetos picudos porque es fácil lastimar las encías.
- * Visitar al cirujano dentista una o dos veces al año.^{1,2}

CARIES DENTAL

Proviene del latín y significa descomponerse o hecharse a perder. Se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

La OMS ha definido a la caries como un proceso localizado de origen multifactorial caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad. Cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicado con espejo y sonda fina y es la causa más importante de pérdida de dientes en personas jóvenes^{2, 9,22}

La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa y crónica que afecta a un gran número de personas en el mundo e involucra un desequilibrio de las interacciones moleculares normales entre la superficie del diente y el biofilm microbiano adyacente, este desequilibrio se manifiesta en un cierto plazo como desmineralización acumulativa del diente que si no se revierte tiene el potencial de producir una cavitación en el esmalte y consecuentemente un daño colateral a la dentina y pulpa culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente.^{11, 16}

En grados avanzados produce dolor muy intenso y puede dificultar la masticación ya que los dientes sanos son indispensables para la buena masticación y por consiguiente para la buena digestión. La pérdida de dientes altera la sonrisa, morfología del rostro y la fonación.^{22,23}

La prevalencia de caries dental, en los últimos 20 años, ha advertido una disminución en un gran número de las naciones industrializadas y en algunas en vías de desarrollo.^{8, 24}

En México, la salud bucodental ha sufrido una considerable mejoría, sin embargo, la caries dental es la enfermedad dental más prevalente durante la niñez y se prorroga como la causa primordial de pérdidas de dientes en adultos;²⁴

México, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se halla entre las naciones de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, de las cuales la caries dental, aqueja a más del 90% de la población mexicana.²⁴

La acometida por parte de las autoridades de salud a este padecimiento, se frena en gran medida por condicionantes sociales, de comportamiento y de los estilos de vida que llevan las personas.²⁴

La caries dental posee una causa heterogénea en la que participan rasgos del huésped (saliva y esmalte dental), de la flora bucal (placa bacteriana) y del substrato sobre el que ésta se desarrolla (higiene oral y dieta).²⁴

Factores que influyen en formación de caries dental:

- Zonas de retención.- fisuras profundas o defectos morfológicos aumentan la susceptibilidad ya que se dificulta la limpieza y favorece la acumulación de bacterias.
- Prácticas inadecuadas de higiene oral
- Nivel socioeconómico bajo
- Edad
- Disposición de los dientes en la arcada (maloclusión).
- Uso de aparatos fijos o removibles que favorecen la acumulación de placa dentobacteriana.^{23, 24}

INDICADORES DEL ESTADO DE LA DENTICIÓN:

Los niveles de prevalencia de la caries dental aplicados por la OMS para la dentición permanente,

CPOD 0 – 1,1: Muy Bajo

CPOD 1,2 – 2,6: Bajo

CPOD 2,7 – 4,4: Moderado

CPOD 4,5 – 6,5: Alto

CPOD + 6,6: Muy Alto. ²

Mientras que Sosa y col. Describen el grado del índice de higiene bucal de la siguiente manera:

Bueno 0,0 – 1,2

Regular 1,3 – 3,0

Malo 3,1 – 6,0. ²

En edad escolar el diente permanente más afectado por caries dental es el primer molar, éste es el primer diente de la dentición permanente en erupcionar y el más susceptible al ataque de la caries dental su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria. Por otra parte, su rehabilitación se dificulta y requiere de tratamientos más especializados y de mayor costo cuando la destrucción del tejido por caries dental es mayor.²⁵

FACTORES DE RIESGO. ENFERMEDAD. CARIES DENTAL

- Alto grado de infección por *streptococos mutans*.
- Pobre resistencia del esmalte.
- Apiñamiento dentario.
- Disminución de flujo salival.
- Viscosidad de la saliva y pH ácido.
- Experiencia anterior de caries dental.
- Mala higiene bucal.
- Ingestión de alimentos azucarados.
(Diabetes, embarazo, cálculos, malas obturaciones).¹⁷

Factores de riesgo:

Pueden ser locales y generales:

LOCALES:

*Composición química del esmalte.- Las diferentes proporciones de los componentes determinan la resistencia mayor o menor del esmalte y por tanto el avance de la caries dental.

*Disposición de los prismas.- El esmalte puede presentar anomalías en su constitución entre ellas penachos agujas o hipoplasias las cuales permiten un doble mecanismo para la formación de caries dental.²³

*Malformaciones anatómicas.- Surcos y fosetas profundos favorecen la retención y acumulación de la placa dentobacteriana o biopelícula y restos de alimento.

*Abrasión.-El desgaste afecta superficies proximales y oclusales ya que expone capas más profundas del esmalte que son menos resistentes.

*Malposición dental.-Favorece la retención de residuos de alimentos.

*Obturaciones mal adaptadas

*Higiene bucal deficiente

*Composición de la saliva.-Un pH bajo sin sustancias antibacterianas y de poco volumen favorece el inicio de la caries.²³

GENERALES:

- Nutrición

- Herencia biológica.- Defectos de los dientes por herencia.

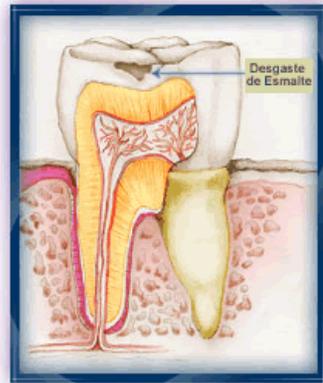
- Estrés.- Disminuye la resistencia a las infecciones y secreción de la saliva.

- Factores socioeconómicos.-Se refieren a la calidad de vida, vivienda, estabilidad laboral, ingresos.

- Factores culturales.- Escolaridad, hábitos, creencias, costumbres o experiencias odontológicas previas desfavorables.²³

CARIES DE ESMALTE

Formación de mancha blanca que se distingue del esmalte sano al secarse la superficie, puede ser reversible es una lesión indolora extensa y poca profunda y si esta no se detiene puede progresar hasta llegar a la dentina.²³



www.colgate.com.mx

CARIES DE DENTINA

Hay dolor ocasionado por cambios de temperatura azucares o cítricos.²³



www.colgate.com.mx

AFECCIÓN DE PULPA

Dolor espontáneo por las noches.²³



www.colgate.com.mx

CLASIFICACIÓN DE CARIES DENTAL DE GREENE VARDIMAN BLACK SEGÚN SU LOCALIZACIÓN:

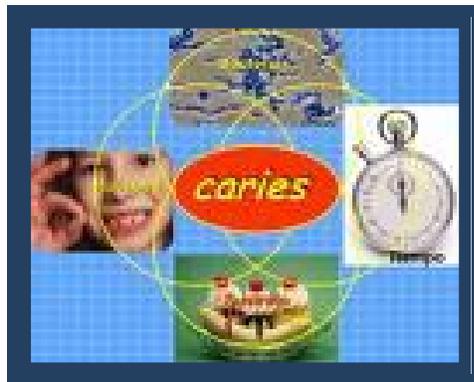
CLASE I.- foseetas y fisuras de molares y premolares y cúngulos en dientes anteriores.

CLASE II.- caras proximales de dientes posteriores.

CLASE III.- caras proximales de anteriores sin abarcar cúngulo incisal.

CLASE IV.- caras proximales de anteriores con cúngulo incisal.

CLASE V.- tercio gingival de dientes anteriores y posteriores en sus caras lingual y bucal.²³



www.aguainfant.com

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Educación en buena higiene de la boca.

Estándar correcto de alimentación

Dieta planeada

Exámenes periódicos selectivos.²

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

- Higiene correcta de la boca
- Fluorización de los abastecimientos públicos de agua.
- Aplicación tópica de fluoruros
- Evitar alimentos entre comidas
- Cepillado de los dientes después de comer
- Aplicar odontología preventiva.²

PLACA DENTOBACTERIANA (BIOPELICULA)

Es una capa de células bacterianas que se adhiere en las superficies duras de los dientes encía y lengua por falta de higiene bucal y forman una biopelícula, puede ser clasificada en placa supragingival la cual se encuentra localizada por arriba del margen de la encía, y placa subgingival que se ubica por debajo del margen de la encía entre el diente y tejido del surco.²⁶

También es un factor causal importante de dos enfermedades dentales más frecuentes: caries dental y periodontopatías y se elimina por los siguientes métodos:

- Cepillado de dientes encía y lengua
- Medios auxiliares como hilo dental, cepillos interdentes palillos
- Pasta dental o dentífrico
- Uso de enjuagues de clorhexidina.

A menor cantidad de placa dentobacteriana hay una mejor higiene bucodental y mayor número de dientes sanos.²⁷



www.cosmeticaodontologica.com

CÁLCULO DENTAL

Es la mineralización de la placa dentobacteriana o biopelícula dando lugar a una formación dura y resistente, puede ser supragingival o subgingival y el color varía desde blanco, amarillo hasta pardo oscuro.²⁶



periodoncista-pr.com

CEPILLADO

Objetivos:

- Eliminar la placa dentobacteriana
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos
- Estimular los tejidos gingivales
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.²⁶

CEPILLO DENTAL

Consta de tres partes: mango, cabeza y cerdas

La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos las cerdas son de nylon que miden de 10 a 12 mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferentes grados de redondez, hay tamaño grande mediano y chico y pueden ser por su perfil planos cóncavos y convexos, según la dureza de las cerdas suaves medianos y duros, debe estar seco antes de usarse y debe ser reemplazado cada 2 meses.

Cuando se utilizan aparatos removibles de ortodoncia usar dos cepillos uno para los dientes y uno para las bandas.

Los jóvenes con mayor propensión a caries dental deben cepillarse entre 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir.²⁶



HILO DENTAL

Hilo especial de seda formado por varios filamentos tiene diversas presentaciones (hilo, cinta, con cera, sin cera, con fluoruro, con sabor a menta).

Modo de uso:

Se extraen 60 cm. se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja hilo para sostenerlo con el dedo medio de la otra mano, dejar entre ambas manos de 7 a 8 cm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos, se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual.²⁶

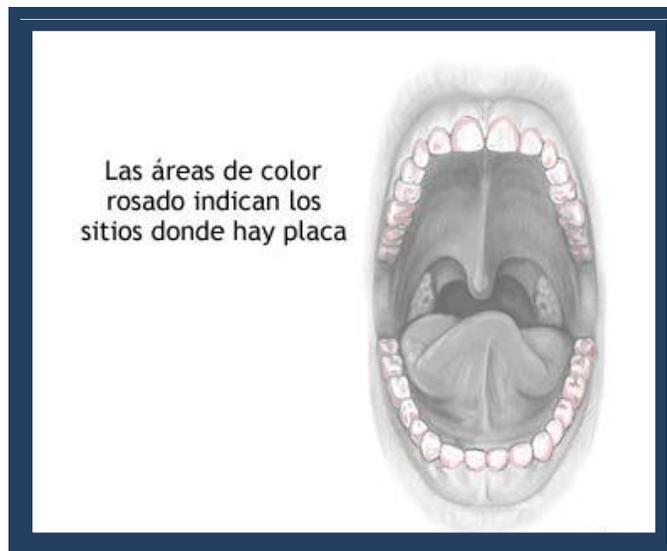


www.issste.gob.mx

INDICADORES DICROMÁTICOS

Tiñen de azul la placa bacteriana antigua (más de 48 horas) y de rosado la placa bacteriana reciente (menos de 48 horas).

La solución se aplica con un hisopo de algodón sobre las superficies dentales y márgenes de las encías y luego se enjuaga, también hay en tabletas reveladoras.²⁶



DENTÍFRICO O PASTA DENTAL

Contribuye por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos brinda sensación de limpieza a través de sustancias saporíferas como la menta, algunos contienen sustancias desensibilizadoras las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema, otro componente es el fluoruro.²⁶



mix.fresqui.com

CLORHEXIDINA

Se utiliza cada 12 horas en colutorio o enjuagatorio durante 30-60 segundos después de la limpieza bucal y no consumir alimentos después de 30 minutos para mayor eficacia.²⁶



www.ciao.es

ENCÍA SANA

Se caracteriza clínicamente por su color rosa y consistencia firme; el margen gingival tiene un contorno festoneado. Las papilas dentarias están firmes y no sangran al sondaje y llenan el espacio por debajo de las áreas de contacto.²⁶



www.implantesmexico.com

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una serie de padecimientos que afectan al periodonto (cemento, ligamento, hueso y encía) es un proceso crónico y degenerativo, que debe ser tratado en etapas tempranas, para evitar la pérdida de órganos dentarios. El periodonto puede afectarse por factores externos como: placa dentobacteriana, alimentación, contorno dental defectuosos, restauraciones inadecuadas, falta de higiene bucal.²⁶

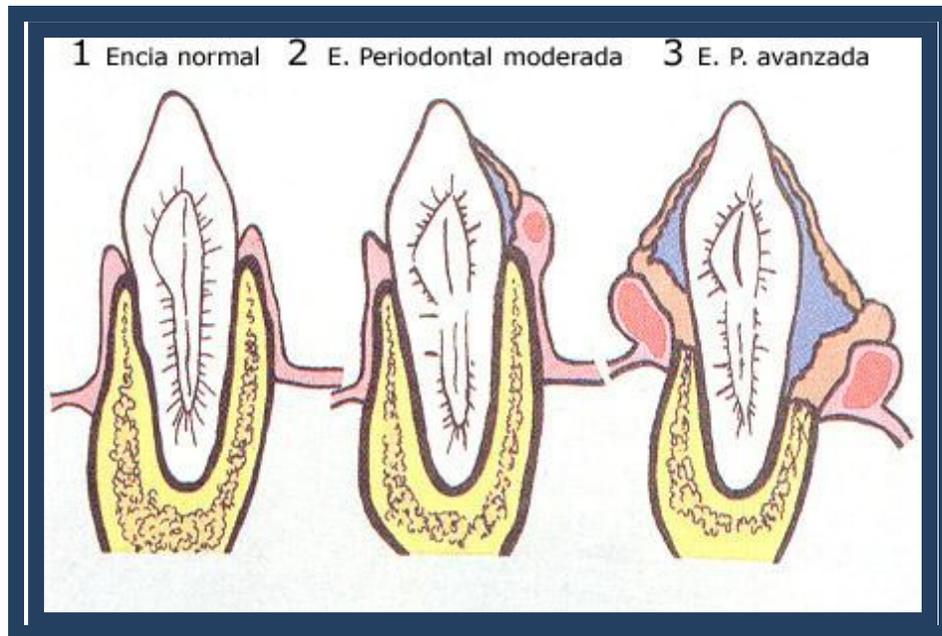
Las periodontopatías se caracterizan por producir inflamación y destrucción de los tejidos de soporte de los dientes. La etapa final de las periodontopatías ocasiona movilidad y pérdida de los dientes afectados.²⁶

Dentro de los procesos inflamatorios más comunes se encuentra la gingivitis marginal crónica que es la de más importancia epidemiológica por su alta frecuencia y reversibilidad, ésta alcanza mayor incidencia en niños, debido a que representa un estado inicial de la enfermedad gingival, y se produce en la mayoría de los pacientes por una mala higiene bucal con la consiguiente acumulación de placa.⁵

FACTORES DE RIESGO. ENFERMEDAD PERIODONTAL

- Grado de inflamación gingival.
- Profundidad de bolsas de más de 3 mm.
- Sangrado al sondeo.
- Nivel óseo deficiente.
- Respiración bucal.
- Mala higiene bucal.
- Factores endógenos y exógenos desfavorables (diabetes, embarazo, cálculo, malas obturaciones).¹⁷

La enfermedad periodontal como entidad clínica estomatológica ha sufrido diversos cambios a través del tiempo que confundían muchas veces a los profesionales por ser definiciones ambiguas, incompletas quizás una de las razones haya sido la falta de un criterio clínico etiológico adecuado.²⁸



tienda.vetpunta.com

CLASIFICACIÓN:

I.-Enfermedades Gingivales

- a. -Inducidas por placa
- b.- No inducidas por placa

II.- Periodontitis Crónica

Leve 1-2mm, moderada 3-4mm, severa >5mm

III.-Periodontitis Agresiva

Leve 1-2mm, moderada 3-4mm, severa >5mm

- a) localizada
- b) generalizada >30% están comprometidos

IV.-Periodontitis como manifestación de una enfermedad sistémica

- a) asociada con enfermedades hematológicas

b) asociada a desórdenes genéticos

c) otros no especificados

V.-Enfermedad Periodontal Necrotizante

a) gingivitis ulcero necrotizante

b) periodontitis ulcero necrotizante

VI.- Abscesos del Periodonto

a) absceso gingival

b) absceso periodontal

c) absceso pericoronar

VII.- Periodontitis asociada con lesiones endodónticas

VIII.-Condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo

a) factores relacionados al diente que modifican o predisponen a gingivitis por placa o periodontitis

b) deformidades y condiciones mucogingivales alrededor del diente

c) deformidades y condiciones mucogingivales en rebordes alveolares

d) trauma oclusal. ²⁸

NUTRICIÓN

El ser humano de la prehistoria consumía hojas, raíces y tallos con la caza empezó a sustentarse con carne de animales sin embargo el alimento adquirió carácter social hasta que surgieron las primeras sociedades. ²⁶

La alimentación depende de la dieta (platillos derivados industriales y alimentos). La unidad de nutrición es el nutrimento que es toda sustancia que desempeña un papel metabólico.²

Se dividen en 5 grupos:

1) Carbohidratos, 2) lípidos, 3) proteínas, 4) vitaminas, 5) nutrimentos inorgánicos (minerales), más agua.²

DE ACUERDO A SU FUNCIÓN QUE EJERCEN EN EL ORGANISMO:

ENERGETICOS.- (lípidos e hidratos de carbono) producen energía para la realización de actividades físicas e intelectuales.

PLASTICOS O ESTRUCTURALES.- (proteínas y minerales) participan en reparación de tejidos y crecimiento corporal.

REGULADORES O CATALÍTICOS.- (vitaminas proteínas agua y minerales) para la regulación de procesos metabólicos.²⁶

PLATO DEL BUEN COMER

El plato del Buen Comer es una guía que te ayudará a elegir los alimentos más adecuados para tu salud. Debes hacer que cada comida sea una oportunidad de disfrutar la mayor variedad de alimentos posibles y procurando que sean adecuados para tu edad, estatura, sexo, actividad física y estado de salud.²⁹

Las estadísticas realizadas por la OMS en su "Informe Mundial", muestran una clara tendencia de la población a desarrollar problemas tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad, ambas consideradas situaciones extremas en relación con el peso. Ante esta situación, expertos dedicados a la promoción de la salud se reunieron para discutir y consensuar diversos temas en materia de alimentación. A raíz de esto se publicaron las Guías Alimentarias para la población mexicana. En su elaboración, y para adaptarlas bien a esta población, se tuvieron en cuenta diversos factores como la disponibilidad de los alimentos, las costumbres y las [tradiciones del país](#).^{30, 31.}

La representación gráfica de las Guías Alimentarias de México es el llamado «plato del bien comer», y su formato se asemeja mucho a la Rueda de los Alimentos española y portuguesa. Esta guía se creó tanto para fomentar una alimentación saludable entre la población mexicana como para servir de herramienta educativa.³⁰

Combinación de alimentos

El «plato del bien comer» propone un consumo equitativo de tres grupos de alimentos (divididos a su vez en subgrupos) de composición más o menos semejante: las frutas y verduras, los cereales y tubérculos y, por último, las leguminosas y los alimentos de origen animal. Cada uno de estos grupos reúne alimentos equivalentes, lo que significa que se pueden intercambiar entre sí sin que se altere notablemente el aporte nutritivo.³⁰

- Frutas y verduras: alimentos ricos en vitaminas y minerales. Este grupo se clasifica en dos subgrupos, por un lado las frutas y por otro las verduras. En ambos se incluyen alimentos de consumo habitual en México. Por ejemplo, algunas de las frutas que se pueden encontrar son la guayaba, la papaya y el mango.³⁰

Entre las verduras se incluye el quelite, la flor de calabaza, el chayote y el betabel (muchas de ellas son desconocidas en otros países). Se recomienda consumir estos alimentos crudos siempre que sea posible. En muchos casos, los recursos económicos obligan a la población a consumir únicamente los vegetales propios de la temporada.³⁰

- Cereales y tubérculos: alimentos ricos en hidratos de carbono
En un único sector se agrupan todos los alimentos que reúnen la característica de aportar mucha energía a la dieta por su elevado contenido en carbohidratos.³⁰
- Algunos de los alimentos que pertenecen a este grupo son el maíz, el arroz, la avena, la cebada, el amaranto y todos los alimentos que se obtienen a partir de los mismos como las tortillas de maíz, el pan, las galletas o la pasta. Entre los tubérculos que incluye la rueda mexicana se encuentran la batata y la mandioca.³⁰
- Leguminosas y alimentos de origen animal: alimentos proteicos
Dentro de los alimentos proteicos se establecen dos subgrupos, el de las leguminosas (frijoles, garbanzos, alubias) y el de alimentos de origen animal (carnes, pescados, huevos y lácteos). El tamaño de cada sector es proporcional a las raciones de consumo recomendado.³⁰

Esta guía sugiere comer muchas frutas y verduras, suficientes cereales, pocos alimentos de origen animal y combinar cereales y leguminosas. También promueven la presencia de los tres grupos principales en cada comida o en cada plato para asegurar la ingesta de todos los nutrientes necesarios. Además, se aconseja elegir cada día alimentos diferentes para que la variedad de alimentos sea mayor.³

Dieta en griego significa *díaita* que significa forma de vida, conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día.

Alimentación.-Es el conjunto de fenómenos involucrados en la obtención por el organismo de sustancias energéticas estructurales y catalíticas necesarias para la vida incluye un alimento de cada grupo en cada comida.²⁶

Factores:

- Costumbres
- Disponibilidad de alimentos
- economía.²⁶



consejosdenutricion.blogspot.com

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento sobre higiene bucal se traduce en una mala técnica de cepillado y la acumulación de placa dentobacteriana (biopelícula) dando como resultado caries dental y gingivitis, asimismo la perseverancia de malos hábitos bucales como morderse las uñas, chuparse los labios, el dedo se ve reflejado en alguna alteración de maloclusión. De igual manera la ausencia de un odontólogo que promueva la salud bucal en cualquier institución educativa conlleva a que exista la falta de información y por lo tanto estos eventos pueden incrementar su prevalencia.

¿Es importante la formación de promotores de salud bucal en edad escolar para disminuir los índices de caries y enfermedad periodontal desde la infancia?

4. JUSTIFICACIÓN

Los promotores tienen el sentido de inculcar la responsabilidad social en niños y niñas estimulando en ellos la capacidad de resolver conflictos por medio de diálogo y la negociación como factores preventivos para una convivencia armónica.

Además constituyen una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar y forman un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar ampliando las oportunidades para el aprendizaje con calidad y desarrollo humano de todos los integrantes de la comunidad educativa.

5. OBJETIVOS

GENERAL:

Se implementó un programa y se formó a promotores en salud bucal en escolares del CEPPSTUNAM.

ESPECIFICOS:

- Se implementó un programa de salud bucal en los escolares por medio de pláticas.
- Se formó promotores de la salud con los propios escolares.
- Se evaluó el programa y a los promotores por medio de un cuestionario con escala de Likert.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio estuvo dividido en 2 etapas:

En la primera etapa se estableció comunicación formal con la institución. (Ver anexo 1). Para poder realizar la implementación del programa y la formación de promotores.

En la segunda etapa se realizó un diagnóstico situacional de los conocimientos que tenía la muestra que participó en el estudio en relación a salud bucal. (Ver anexo 2).

Una vez que se analizaron los cuestionarios se procedió a implementar una plática que respondiera a las necesidades de la población y la cual estuvo constituida por los siguientes tópicos:

- Gingivitis
- Técnica de cepillado
- Enfermedad periodontal
- Nutrición
- Hábitos bucales
- Uso del hilo dental
- Caries dental
- Placa dentobacteriana o biopelícula
- Cálculo o Tártaro dental
- Higiene bucal

Posterior a esto se procedió a seleccionar a los participantes a ser promotores de la salud del cuarto año previo consentimiento de sus padres y profesores (ver anexo 3) y se les capacito de acuerdo a los tópicos antes mencionados por medio de pláticas en diapositivas y rotafolios. Cabe hacer mención que solamente 1 promotor de 7 participo en el diagnóstico situacional y esto fue debido a decisiones que fueron tomadas por las autoridades del plantel.

Los promotores fueron evaluados después de dar cada plática aplicándoseles un cuestionario (ver anexo 4) para verificar el manejo de los contenidos.

El número total de pláticas fueron 2. Asimismo se aplicó un cuestionario en los grupos participantes con escalamiento tipo Likert (ver anexo 2).

LA ESCALA LIKERT:

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo una de los puntos de la escala.³²

A cada punto se le asigna un valor numérico .Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.³²

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica además es recomendable que no excedan de 20 palabras. Asimismo pueden hacerse distintas combinaciones como totalmente verdadero o completamente no, es indispensable señalar que el número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones.³²

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud y cuando los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación su actitud será más favorable. Cuando las afirmaciones son negativas se califican al contrario de las positivas.³²

Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones.³²

En las escalas Likert a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones.³²

A veces se acorta o se incrementa el número de categorías sobre todo cuando los respondientes potenciales pueden tener una capacidad muy limitada de discriminación o por el contrario muy amplia.³²

Una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala se seleccionan para integrar el instrumento de medición asimismo debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.³²

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert:

La primera es de manera auto administrada se le entrega la escala al respondiente y este marca respecto a cada afirmación.

La segunda es la entrevista un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.³²

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

Descriptivo

Observacional

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

459 escolares inscritos en el centro de educación preescolar y primaria del STUNAM (CEPPSTUNAM).

MUESTRA

Para el diagnóstico situacional se encuestó una muestra de 84 alumnos de ambos sexos con un intervalo de edad de 4 a 10 años de edad el tipo de muestreo fue probabilístico.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los escolares de primero de preescolar a cuarto año de edad de ambos sexos inscritos en la institución CEPPSTUNAM en el periodo 2007/2008.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los escolares de quinto y sexto año de ambos sexos inscritos en la institución CEPPSTUNAM en el periodo 2007/2008.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- Caries dental
- Gingivitis
- Técnica de cepillado
- Enfermedad periodontal
- Nutrición
- Hábitos bucales
- Uso del hilo dental
- Caries dental
- Placa dentobacteriana
- Cálculo o Tártaro dental
- Higiene bucal
- Edad
- Grado
- Sexo

6.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Conocimiento de salud bucal

6.6.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Implementación de un programa
- Formación de promotores

7. RESULTADOS

- La población objeto de estudio estuvo constituida por 459 escolares de donde se obtuvo una muestra de 84 alumnos de los cuales 39 son del sexo masculino 46%, y mujeres 45 correspondiéndole un 54% (Ver gráfica 1) y con un intervalo de edad desde los 3 a los 10 años.

- Es importante hacer mención que el conocimiento que tenían los alumnos del CEPPSTUNAM sobre aspectos de salud bucal en la etapa de preevaluación o diagnóstico era favorable de acuerdo a los ítems formulados, en este punto se les impartió pláticas relacionadas con la información obtenida en la preevaluación notándose un avance dentro de la zona favorable de 40 a 45 puntos en la escala de Likert, con respecto a la segunda evaluación cabe señalar que hubo una diferencia de 3 semanas respecto a la primera evaluación y en donde se impartió a los grupos la misma plática por parte de los promotores, se encontró un avance de 45 a 48 puntos en la escala de Likert dentro de la zona favorable.

Como se puede observar en el gráfico 2 existió un avance de 40 a 48 puntos de conocimiento con tan solo 2 pláticas impartidas a la población sujeta de estudio.

- Como se puede observar en el gráfico 3 por tendencias los alumnos de primero de preescolar en la preevaluación contestaron correctamente al 68% de preguntas de la encuesta notándose un avance después de impartidas las pláticas en la segunda evaluación al 94% respectivamente.

En relación con los alumnos del 1ºA ellos en su evaluación obtuvieron un 76% de respuestas correctas aumentando a un 85% en la primera evaluación y terminando en un 91% en la segunda evaluación.

Por último en los alumnos de 4ºA ellos iniciaron la preevaluación con un 80% de respuestas correctas obteniendo un 86% en la primera evaluación y un 99% en la segunda evaluación.

- En términos generales podemos observar que en todos los grupos existió un avance relacionado con el conocimiento adquirido sobre salud bucal, hasta el momento ninguno de ellos ha llegado al 100% de conocimientos correctos, pero es de suponerse que si este programa se va a caracterizar por ser continuado y sostenido los alumnos llegarán a tener el conocimiento adecuado sobre salud bucal, es importante hacer mención que para que este programa tenga éxito deberá reforzarse la actitud y la práctica sobre hábitos de higiene bucal.

- En relación a los promotores que fueron escogidos para llevar a cabo esta tarea su evaluación fue la siguiente después de la primera capacitación adquirieron un conocimiento superior al puntaje medio (18) con un valor de 31 y en la segunda calibración su conocimiento avanzó del puntaje 31 al puntaje 35, todo esto dentro de la zona favorable demostrándose una adquisición en el conocimiento sobre salud bucal, ver gráfica 4.

8. CONCLUSIONES

Es importante implementar programas de salud bucal en escuelas ya que se obtienen resultados favorables en cuanto a los conocimientos que adquieren los escolares y que estos conocimientos les pueden ayudar en su vida diaria y en las actividades cotidianas las podemos hacer de manera correcta y sencilla, aparte estos conocimientos trascienden en las familias de estos escolares ya que los escolares comentan lo aprendido con sus padres y estos también aprenden de alguna manera.

Es de esencial importancia la formación de promotores de salud bucal con los mismos escolares ya que estos están más en contacto con los propios escolares y su manera de difundir la información es diferente a como lo haría un odontólogo ya que se utiliza un lenguaje más sencillo al explicar cada variable de estudio y estos a su vez aprenden o entienden mejor los temas a tratar, aparte de que estos están todo el tiempo en el plantel y pueden corregir los errores que pudieran cometer sus compañeros.

ANEXOS

ANEXO 1



FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

MTRO. CARLOS REY ESPINOSA SALGADO
SECRETARIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DEL STUNAM
P R E S E N T E

At'n
ING. AGUSTÍN RODRÍGUEZ FUENTES
Secretario General STUNAM

Por medio de la presente me permito solicitar a ustedes su autorización para llevar a cabo en la escuela CEPPSTUNAM un diagnóstico de salud bucodental y la formación de promotores, con los mismos escolares inscritos en dicha escuela, posteriormente se aplicará un programa de salud bucodental.

Sin otro particular y esperando contar con su apoyo, me es grato enviarles un cordial y atento saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 1 de febrero del 2008

C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora de la Asignatura

*Recibi Original
07 FEB 2008*



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA Y FORMACIÓN DE
PROMOTORES EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DEL
CEPPSTUNAM.2008

NOMBRE: _____

EDAD: _____

GRADO Y GRUPO: _____

1.- EL CEPILLADO DE DIENTES NO ES IMPORTANTE



2.- LA CARIES DENTAL ME PICA LOS DIENTES



3.-NO ES NECESARIO QUE ME CEPILLE 3 VECES AL DÌA LOS
DIENTES



4.- DEBO VISITAR AL DENTISTA SEGUIDO



5.-COMER DULCES CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN DE CARIES



6.-ES NORMAL QUE CUANDO TE LAVAS LOS DIENTES TE SANGREN LAS ENCÍAS



7.-PUEDO UTILIZAR MIS DIENTES COMO PINZAS



8.-ES NORMAL LA HINCHAZÓN DE TUS ENCÍAS



9.- SI ME METO COSAS A LA BOCA MIS DIENTES SE ENFERMAN



10.-CAMBIAR TU CEPILLO DENTAL CON FRECUENCIA SERA BUENO PARA TU HIGIENE BUCAL



11.-SOLO ES CONVENIENTE VISITAR AL DENTISTA CUANDO NOS DUELE UN DIENTE



12.-COMER DULCES TODO EL DÍA AYUDA A QUE NO SE FORME CARIES



13.-SI TOMO REFRESCO SE ME PICAN LOS DIENTES



14.-SI ME CEPILLO LOS DIENTES SE QUEDAN MAS TIEMPO EN MI BOCA



15.-DEBO CUIDAR Y CEPILLAR MIS DIENTES TODOS LOS DÍAS



16.- EL FLUORURO PROTEGE TUS DIENTES DE LA CARIES Y LOS HACE MÁS FUERTES



17.- QUIERO APRENDER A CUIDAR MI BOCA





ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA Y FORMACIÓN DE
PROMOTORES EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DEL
CEPPSTUNAM.2008

NOMBRE: _____

EDAD: _____

GRADO Y GRUPO: _____

1.- EL CEPILLADO DE DIENTES NO ES IMPORTANTE

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

2.- LA CARIES DENTAL ME PICA LOS DIENTES

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

3.- NO ES NECESARIO QUE ME CEPILLE 3 VECES AL DÌA LOS
DIENTES

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

4.- DEBO VISITAR AL DENTISTA SEGUIDO

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

5.-COMER DULCES CONTRIBUYE A LA FORMACIÒN DE CARIES

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

6.-ES NORMAL QUE CUANDO TE LAVAS LOS DIENTES TE SANGREN
LAS ENCÌAS

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo

7.- PUEDO UTILIZAR MIS DIENTES COMO PINZAS

1) De acuerdo 2)ni de acuerdo 3)no estoy de acuerdo
ni en desacuerdo



ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA Y FORMACIÓN DE
PROMOTORES EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DEL
CEPPSTUNAM.2008

HOJA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

FECHA: _____

Por medio de la presente autorizó a mi
hijo _____

_____ que participe en la implementación de un programa
y la formación de promotores en salud bucal en escolares del Centro de Educación
Preescolar y Primaria del STUNAM (CEPSTUNAM)2008 realizándose un
cuestionario dentro del plantel y calibrando promotores.

Se me ha informado que participar en este estudio no tiene costo alguno para el
paciente.

En caso de aceptar que su hijo(a) participe en dicho programa se les invita a asistir
el día 26 de febrero a las 8:30 a.m. al centro escolar para informarles acerca del
programa.

POR SU COLABORACIÓN MUCHAS GRACIAS.

Firma del padre y/o madre o tutor

Alba Luz Pérez Blanco
Nombre y firma del responsable



ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA Y FORMACIÓN DE
PROMOTORES EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DEL
CEPPSTUNAM.2008
EVALUACIÓN DE PROMOTORES

NOMBRE: _____

EDAD: _____

GRADO Y GRUPO: _____

1.- SI NO TE ALIMENTAS ADECUADAMENTE NO SUFRES DE ENFERMEDADES

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE ACUERDO

NI EN DESACUERDO

2.-LA CARIES DE PULPA ES LA DE MAYOR GRAVEDAD

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE ACUERDO

NI EN DESACUERDO

3.-LA CARIES TE PROTEGE LOS DIENTES Y LOS HACE MÁS FUERTES

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE ACUERDO

NI EN DESACUERDO

4.-CADA SEIS MESES DEBES VISITAR AL DENTISTA

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE ACUERDO

NI EN DESACUERDO

5.-LOS HABITOS BUCALES NO AFECTAN TU BOCA

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE ACUERDO

NI EN DESACUERDO

6.- LOS CARBOHIDRATOS QUE CONTIENEN ALGUNOS ALIMENTOS
CONTRIBUYEN A LA FORMACIÓN DE CARIES

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

7.- LOS ACIDOS QUE FORMAN LAS BACTERIAS EN COMBINACIÓN
CON LOS CARBOHIDRATOS NO FORMAN CARIES

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

8.- UNA MALA TECNICA DE CEPILLADO CONTRIBUYE A QUE TENGAS
GINGIVITIS

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

9.- TENER SARRO DENTAL CONTRIBUYE A QUE PRESENTES ALGUNA
ENFERMEDAD PERIODONTAL

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

10.- HAY TRES TIPOS DE CARIES ESMALTE, DENTINA, PULPA

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

11.- LA CARIES DE ESMALTE ES MUY DOLOROSA

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

12.- TE GUSTARÍA SEGUIR REALIZANDO LA ACTIVIDAD DE
PROMOTOR BUCAL EN TU ESCUELA

A) DE ACUERDO B) NI DE ACUERDO C) NO ESTOY DE
ACUERDO

NI EN DESACUERDO

ANEXO 5



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio 12 / 02 / 08

MTR. CARLOS REY ESPINOSA SALGADO
SECRETARIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DEL STUNAM
P R E S E N T E

At'n
ING. AGUSTÍN RODRÍGUEZ FUENTES
Secretario General STUNAM

PROGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR PARA EL CEPSTUNAM

FECHA	ACTIVIDADES
12/FEBRERO/2008	Entrega de listas de alumnos de todos los grupos Y muestreo de la población.
18/FEBRERO/2008	Levantamiento epidemiológico en preescolar y primer grado
19/FEBRERO/2008	Levantamiento epidemiológico en segundo y tercer grado
20/FEBRERO/2008	Levantamiento epidemiológico en cuarto grado y selección de 6 alumnos que fungirán como promotores de la salud bucal

Recibí original
[Signature]
13-FEB-2008



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

25-28/FEBRERO/2008	Calibración de los alumnos que fungirán como promotores de la salud bucal
29/FEBRERO/2008	Elaboración de material didáctico 2 rota folios
3-7/ MARZO/2008	Los promotores pasarán a dar pláticas a los grupos de preescolar hasta grupos de cuarto año durante el horario de clases
7/ MARZO /2008	Evaluación del programa
21/ MARZO /2008	Seguimiento y segunda evaluación de los promotores
4/ ABRIL/2008	Evaluación final de los promotores

Atentamente

**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 12 de febrero del 2008**

C.D. Jesús Manuel Díaz de León Azuara



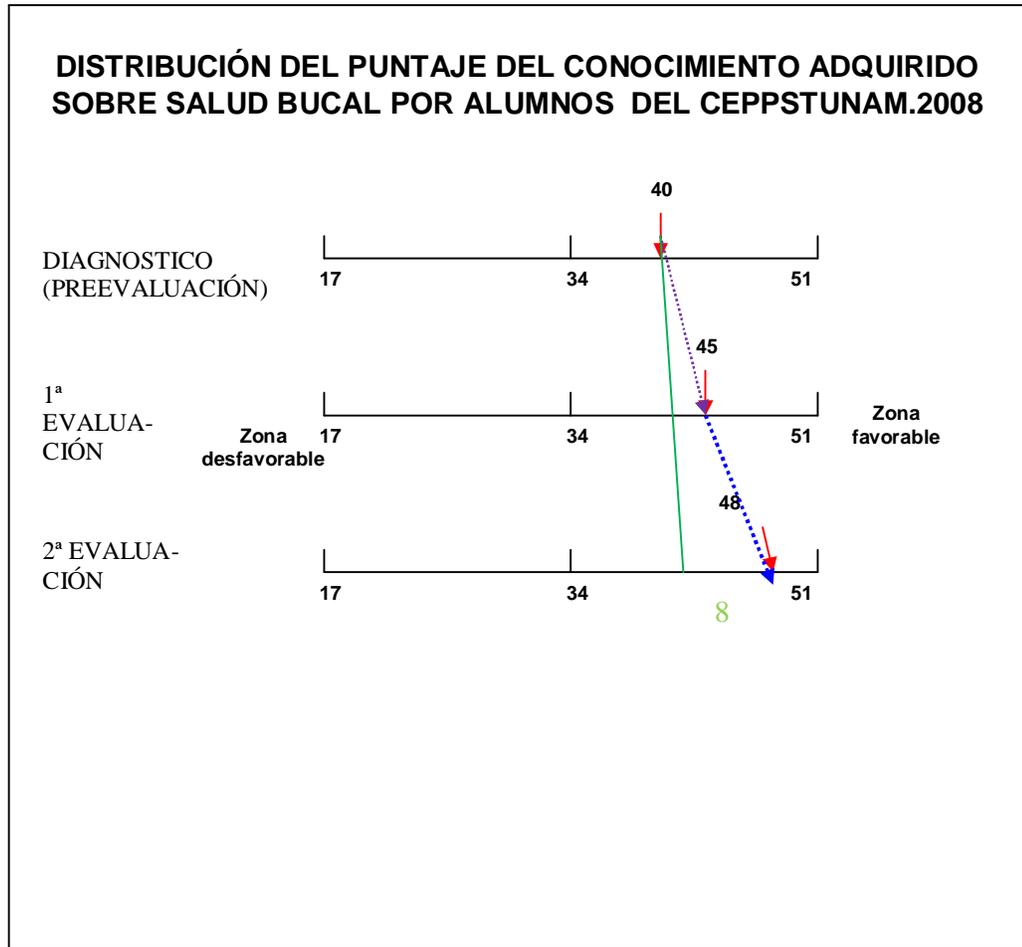
GRÁFICAS

GRÁFICA 1



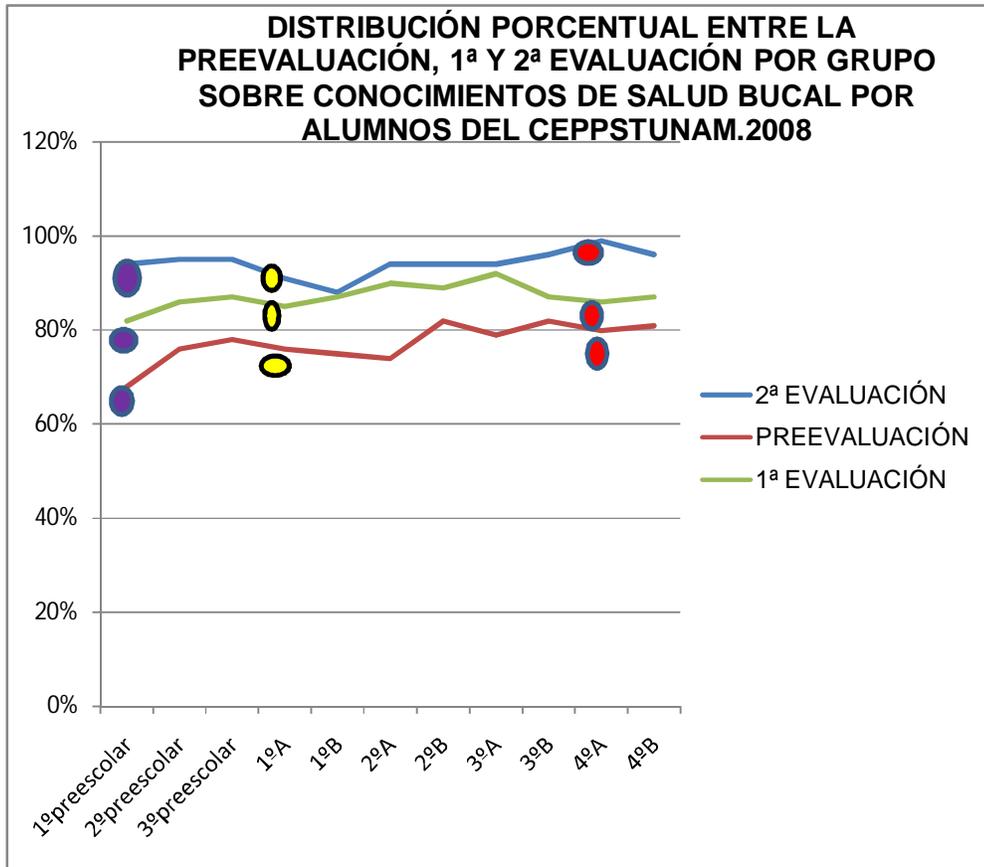
FUENTE DIRECTA

GRÁFICA 2



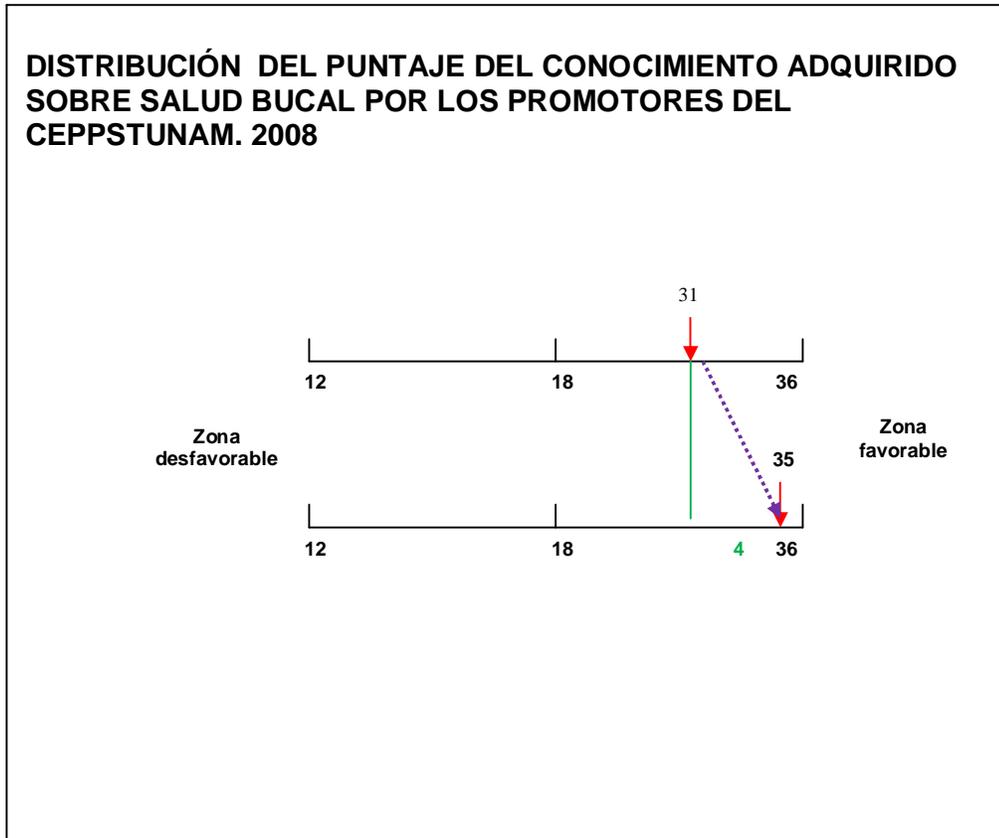
FUENTE DIRECTA

GRÁFICA 3



FUENTE DIRECTA

GRÁFICA 4



FUENTE DIRECTA

9. BIBLIOGRAFÍAS:

1) Grupo Consenso Acción en Educación para la Salud, FUNSALUD-SB/entre todos a cuidar la salud del escolar/

dgps.salud.gob.mx/descargas/manual_personal_de_salud.pdf

2) Romero Méndez Y/Impacto de un Programa de Promoción y Educación de salud bucal en niños del preescolar monseñor Luis Eduardo Henríquez municipio San Diego estado Caraboso 2005/ ODOUS CIENTIFICA Vol. VII, No 2, Julio - Diciembre 2006/servicio.cid.uc.edu.ve/odontología/revista/v7n2/7-2-4.

3) *Fernández Torres C. M, Acosta Coutin A./* Estado actual de la atención a escolares de primaria/Rev. Cubana Ortod1997;12(2)/

bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord04297.htm –

4) Irigoyen-Camacho M.E, Caries dental en escolares del Distrito Federal/Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(2):133-136/
www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000787

5) Más Sarabia M. C, Rodríguez Gutiérrez G, Rabesa Olazábal Y/Factores de riesgo en las periodontopatías de escolares/Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255/

www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2060.htm

6) Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica/ Situación de Salud Bucal y Determinantes/

http://onsb.udea.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=11

7)Kwan S.Y,Petersen P.E, Pine C.M, Borutta A./Health- promoting schools: an opportunity for oral health promotion/

www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf -

8) Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molina N /Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal /Revista ADM 2001; 58 (3): 98-104/ <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2001/e-od01-3/em-od013d.htm>

9) Luengas Ma. I, Sáenz L.P Sánchez T.L/Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de Salud/

www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf

10) Moreno A, Carreón J, Alvear G, López S /Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México/ www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-pediat/e-sp2001/e-sp01-6/er-sp016b.htm

11)caries dental en escolares del distrito federal/<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639207>

12)www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300006&lng=es&nrm=iso

13) Medina C.E, Villanueva, A , Estrella R, Gerardo
Maupomé G, Ávila L,Pérez R/ Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche/ Gac Méd Méx Vol. 142 No. 5, 2006
363/www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2006/gm065a.pdf

14) Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C./ La sociedad mexicana de salud pública ante las políticas nacionales de salud 2007-2012/
<http://www.smsp.org.mx/politicas07-12.htm>

15) Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de estudios superiores Iztacala/Programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías/
odontologia.iztacala.unam.mx/pdfs_basodont/prog_preventivo.pdf

16) Medina-Solís C.E, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola A.P/Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción/ Rev. Biomed 2006; 17:269-286/
www.uady.mx/~biomedic/revbiomed/pdf/rb061745.pdf -

17) Rodriguez A/Enfoque de riesgo en la atención estomatológica/ Rev Cubana Estomatol v.34 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1997/
www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=5003475071997000100007&script=sci_arttext

18) Organización panamericana de la salud/Sobre Escuelas Promotoras de Salud/www.paho.org/spanish/HPP/HPM/HEC/hs_about.htm

19) World Health Organization Geneva, 2003 / Who Information Series ON School Health Document Eleven / Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School www.who.int/oral_health/media/en/orh_school_doc11.pdf

20) Organización Panamericana de la Salud/ escuelas promotoras de la salud Iniciativa de las Américas de Salud y Educación para el desarrollo humano sostenible/ http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Folleto.pdf

21) Feingold M /Educación para la Salud Bucal /Guía de Estudio/
http://132.248.76.38/licenciatura/guiasyprogramas/guias/1_ed_salud_.pdf

22) Biblioteca Nacional de Medicina de E.U. y los Institutos Nacionales de la Salud/ Caries Dentales/
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm#Definición>

23) Higashida Bertha /odontología preventiva/ México/ ed. Mc graw-hill interamericana/ 2004. Págs.45-61,117-197.

24) Treviño M.A Tijerina L, Ramos E.G,Cantú P.C/ Salud Bucodental En Escolares de Estrato Social bajo/ Abril-Junio Vol 6. No. 2 2005/
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2005/spn052c.pdf>

25) Pérez A,Gutierrez M .P,Soto L/Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. / scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072002000300001&script=sci_arttext

26) MartínezTéllez J.L. /Factores de riesgo de la enfermedad periodontal /www.odontologiaonline.com/casos/part/JMLT/JMLT03/jmlt03.html

27) Irigoyen M.E, Zepeda M.A,Sánchez L,Molina N/ Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal/ Vol. LVIII, No. 3 Mayo-Junio 2001 pp 98-104/ www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2005/sp035c.pdf

28) García Linares Sixto /Odontología Sanmarquina 2003; 6 (11): 48-50/NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL/ http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/odontologia/2003_n11/nueva.htm

29) Universidad Autónoma de Yucatán/Nutre y Mueve Tu Vida/ <http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/articulos/plato.php>

30)Fernández C/ El 'plato del bien comer', la guía de alimentación mexicana/http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/en_la_cocina/comer_por_el_mundo/2007/07/04/164319.php

31) Obesidad.Net/La obesidad: una amenaza para la humanidad / <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>

32) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P/ Metodología de la Investigación/ Segunda Edición/Mc Graw~ Hill Interamericana/2000/ pág. 255/266