



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL
EN ESCOLARES DE CONAFE LAS MARGARITAS Y
TEPETOMAYO, EDO. DE TLAXCALA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

DIANA CRUZ HERNÁNDEZ

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a Dios a la vida y al destino por ayudarme a encontrar mi vocación.

A mis padres Antonio y Carmen por ser parte de este sueño, por su amor, apoyo, paciencia pero sobre todo por creer y confiar en mí.

A mis hermanos J. Antonio, Adriana, J. Guadalupe y Cindy que a lo largo de este proceso estuvieron conmigo en mi desarrollo profesional, siendo mis primeros pacientes, la sangre no solo nos hace familia, son todas las acciones que han tenido a lo largo de mi vida, aunque sólo los quiera como "amigos".

A la amistad de Jimena, Julio, Mónica y Araceli, cómplices de esta aventura, alegrando los ratos malos y manteniendo los buenos, uniéndonos por siempre los proyectos a futuro.

A la persona que ha estado apoyándome en esta recta final, con su amor, paciencia y motivación, es que no se trata de tiempo es la calidad de relación que me brindas, Mike me haces muy feliz.

A mi amada y gloriosa UNAM por brindarme todos los elementos para formarme como profesional, desde sus instalaciones como el excelente personal docente que tiene, en especial a la Dra. Mirella Feingold S. y al C.D. Alfonso Bustamante B. por orientarme, brindarme de su tiempo y conocimiento para finalizar este ciclo.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1 Salud.....	7
2.1.1 Salud pública.....	8
2.1.2 Funciones de Salud pública.....	9
2.1.3 Salud pública en México.....	10
2.1.4 La Salud pública en Odontología.....	12
2.2 Carta de Ottawa.....	13
2.2.1 Declaración de Alma Ata.....	13
2.2.2 Organización Panamericana de la Salud.....	14
2.3 Educación.....	15
2.3.1 Fines y objetivos de la Educación.....	15
2.3.2.Educación para la salud.....	17
2.3.3 Modelos en educación y promoción para la salud.....	19
2.4 Programa de salud oral.....	20
2.4.1 Programas y normas preventivas.....	20
2.5 Principales problemas de salud oral por placa dentobacteriana.....	24
2.5.1 Placa dentobacteriana.....	24
2.5.2 Caries.....	24

2. 5.3 Enfermedad gingival.....	25
2.5.4 Acciones preventivas.....	25
2.6 Edad escolar.....	26
3. MARCO TEÓRICO.....	28
3.1 Macro delimitación.....	28
3.1.1 Tlaxcala.....	28
3.2 Micro delimitación.....	33
3.2.1 San Pablo del Monte.....	33
3.2.2 San Isidro Buen Suceso	36
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
5. JUSTIFICACIÓN.....	40
6. OBJETIVOS.....	41
6.1 General.....	41
6.2 Específicos.....	42
7. METAS.....	42
8. METODOLOGÍA.....	43
8.1 Tipo de estudio.....	43
8.2 Variables de estudio.....	43
8.3 Límites.....	43
8.3.1 Tiempo.....	43
8.3.2 Espacio.....	43
8.3.3 Universo de estudio.....	44

8.4 Criterios de inclusión	44
8.5 Criterios de exclusión.....	44
8.6 Actividades.....	45
8.7 Cronograma de actividades.....	58
8.8 Estrategias.....	60
8.9 Beneficiarios.....	60
8.10 Recursos humanos, materiales y financieros.....	60
9. RESULTADOS.....	62
10. DISCUSIÓN.....	70
11. CONCLUSIONES.....	70
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	75

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Oral es resultante de los factores económicos, sociales, biológicos, culturales y de educación que propician una actitud de prevención, nutrición, higiene, armonía fisiológica y un mejor estilo de vida.

A pesar de las políticas e intervenciones públicas sanitarias y de otra índole, aún falta el desarrollo de programas y servicios de prevención efectivos, accesibles, de alta calidad y dirigidos para todo tipo de población.

El programa de educación para la salud oral, del CONAFE aplicado a escolares de bajos recursos de Las Margaritas y Tepetomayo del Barrio de San Isidro Buen Suceso en el municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala donde un cepillo de dientes se comparte con dos o más miembros de la familia, son un ejemplo claro de la necesidad de que la educación sea una herramienta empleada para la promoción de la salud, que conduzca un proceso de cambio de actitud y de conducta, concientice, responsabilice y ayude a adquirir hábitos para prevenir las enfermedades orales con mayor frecuencia en México como lo son la caries y la enfermedad gingival, llevándolo a adquirir una mejor calidad de salud oral propia, con la familia y grupo social al que pertenece.

La protección financiera en materia de salud es casi nula, la calidad de los servicios que proporcionan las instituciones dan un enfoque de rehabilitación más que preventivo viéndose reflejada en las condiciones de salud oral de la comunidad.

Las estrategias y acciones planeadas para cada comunidad y la capacidad del personal para difundir el arte de educar nos llevará a nuestro objetivo.

2. ANTECEDENTES

2.1 Salud

A lo largo de la historia la idea de salud se ha caracterizado por su concepción biologicista y por ser definida a partir de la enfermedad.

Durante siglos la enfermedad se ha explicado sucesivamente desde las teorías demoníaca, mítica, humoral, y microbiana.

El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y condiciones ambientales.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define en 1946 en su carta constitucional a la salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad o invalidez"; otras definiciones (cuadro 1).^{1,2}

Cuadro 1 Definición de salud según	
Milton Terris	"Estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez".
Hernán San Martín	"Estado fisiológico variable de equilibrio y adaptación al ambiente apoyada en criterios objetivos y subjetivos (bienestar biológico, social y mental), la salud y la enfermedad corresponden a situaciones ecológicas, económicas, y sociales".

Actualmente se considera como una variable dependiente influenciada por los siguientes factores analizados por Lalonde en 1974 (Fig.1).^{1,3}



Fig. 1 Factores analizados por Lalonde.

2.1.1 Salud pública

En 1920 C. E. Winslow en Estados Unidos, redactó la primera definición de Salud pública como “ la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud”.⁴

La OMS en 1973 la definió como el conjunto de todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario, ecológico del ambiente de vida, organización, funcionamiento

de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud.¹

También se ha definido como la ciencia y el arte de mejorar, conservar la salud de la población los esfuerzos organizados de la sociedad, usando las técnicas de prevención de la enfermedad y de protección y promoción de la salud y estilos de vida positivos.^{5,6}

1.1.2 Funciones de la Salud pública

1. La valoración y vigilancia del estado de salud de la población y del impacto que tienen en la salud las políticas e intervenciones públicas sanitarias o de otra índole.
2. Identificación de las políticas efectivas que mejoran la salud y resuelven los problemas de Salud pública, y de los agentes que mejor pueden aplicarlas
3. Implantación y gestión eficiente de las estrategias de la Salud Pública, promoción y protección de la salud
4. Desarrollo de programas y servicios de prevención y de los de acción directa de salud pública: control de brotes de enfermedad y manejo de desastres y otras crisis de Salud pública
5. Aseguramiento de la provisión de servicios sanitarios efectivos, accesibles, de alta calidad y dirigidos por sus resultados en salud.
6. Evaluación de las políticas, las estrategias y los servicios de Salud pública.⁶

2.1.3 Salud pública en México

En México no se puede considerar a la atención de la salud como un proceso autónomo, ni como un conocimiento independiente del de otras disciplinas aunque éste sea de suma importancia. La historia de la Salud pública en México forma parte de una compleja interconexión: social, científica, política, económica, laboral, docente y tecnológica, en el que los entrecruces son innumerables, por lo que nuestra atención a la salud es reflejo del saber de otras culturas.⁷

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un documento que se adiciona al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "Toda persona tiene derecho a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución". Con esta publicación se eleva rango constitucional la protección de la salud y la asignación de los recursos necesarios para la acción sanitaria.

En diciembre de 1983, El Congreso de la Unión aprobó la ley General de Salud, que fue publicada en el Diario Oficial el 7 de febrero de 1984. Esta ley tiene como objetivo definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer efectivo este derecho; definir la participación de los sectores públicos, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; reglamentar la prestación de servicios; actualizar y completar las normas referentes a la salubridad general y especificar las autoridades sanitarias.⁸

El 5 de Junio del 2000 se llevó a cabo la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en la Ciudad de México, con el tema "Construyendo puentes sobre la brecha de equidad"

Es una declaración ministerial de las ideas de acción, firmada por los ministros de salud de 88 países miembros de la OMS

Se establecieron compromisos de acción para:

1. Posicionar a la promoción de la salud como prioridad fundamental para las políticas y programas locales, regionales, nacionales e internacionales.
2. Tomar el liderazgo, para asegurar la participación activa de todos los sectores y la sociedad civil, con implantación de acciones de promoción para la salud que fortalezcan y expandan sus alianzas.
3. Preparar planes nacionales de acción para la promoción de la salud, prioridades políticas públicas saludables y programas para ejecutarlos.
4. Establecer y fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
5. Abogar por que las agencias de las Naciones Unidas consideren el impacto de salud en sus agendas de desarrollo.⁹

El sistema de salud mexicano tiene como marco legal el artículo 123 de la Ley del Seguro Social. Existe una cobertura de los sistemas de salud en México según la categoría de población (Cuadro 2).⁵

Cuadro 2 Cobertura de los sistemas de salud en México.

FUNCIONES	CATEGORÍAS DE POBLACIÓN					
	Población asegurada				Población no asegurada	
	Aseg. privados	Sistemas de seguridad social			Con acceso a servicios públicos de salud	Sin acceso
Regularización (normalización, control de calidad)	Empresas comerciales	IMSS	ISSSTE	Otras (PEMEX, SEMAR, SEDENA, etc.	Secretaría de Salud y SESSA	IMSS Oportunidades
Financiamiento (aportaciones a seguros o pago por servicio)						
Prestación de servicios de salud						
Porcentaje de población (estimado)	3%	40%	9%	2%	49%	3%

2.1.4 La Salud pública en Odontología

La Salud pública en odontología puede definirse como la ciencia y práctica de prevenir enfermedades bucales, promoción y mejoramiento de la calidad de vida mediante esfuerzos organizados por la sociedad. Se relaciona con el diagnóstico de los problemas de salud, estableciendo sus causas y planificando intervenciones, también se relaciona con la promoción de hábitos saludables a nivel comunitario, lo que contrasta con la práctica clínica que opera de modo individual (Daly, 2002)⁵

En México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, a pesar del impulso que está teniendo la Odontología pública, la mayoría de los cuidados y tratamientos bucales los proporcionan odontólogos privados, los cuales en algunas ocasiones realizan convenios con el sector o los ministerios de salud para dar su servicio a los derechohabientes sobre una base de honorarios.

Debido aún a la escasez de recursos físicos y humanos, los programas sobre cuidados dentales en muchos sistemas de salud mundiales han tenido como prioridad a los niños, inclusive históricamente, ha sido este grupo social el primordialmente considerado, en Alemania desde 1902 y luego en otros países.⁷

2.2 Carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió a 200 delegados de 38 países y aprobó la conocida Carta de Ottawa. Contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Desarrollo de habilidades personales.
2. Reorientación de los servicios de salud.
3. Promoción de las políticas saludables.
4. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
5. Creación de ambientes favorables.^{3,10}

2.2.1 Declaración de Alma Ata

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. En la Conferencia, apadrinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), participaron ministros de salud de más de 100 países. Virtualmente todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para todos en el año 2000".

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para todos, las naciones del mundo -junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras- se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud (APS).

La conciencia social es factor clave en el desarrollo humano, recalca la importancia de la participación comunitaria en la decisión de las estrategias, planificaciones, control de programas y llevar a la práctica de forma eficaz a la APS.

Por sí misma, puede contribuir al desarrollo y servir como un medio para la acción organizada y para despertar la conciencia social.

La correcta aplicación de la atención primaria de salud tendrá consecuencias a largo plazo, no sólo en el sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos comunitarios. Influye de forma importante en la organización general de la comunidad.¹¹

2.2.2 Organización Panamericana

Desde su establecimiento en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (Washington D.C. 1902) la Organización Panamericana de la Salud, ha cooperado con los países del hemisferio Occidental en la introducción de grandes descubrimientos en las vastas esferas de la Salud pública.

La OPS ha desempeñado una base crítica en el control de enfermedades crónicas, fomento a la salud ambiental, el estímulo a la planificación de salud y difusión, capacitación de trabajadores de salud, servicios de asesoramiento, científica y técnica, intercambio de información de los recursos disponibles en la región.¹²

2.3 EDUCACIÓN

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.

En un enfoque sociológico Bettencourt menciona: "La educación es un proceso de adaptación progresiva de los individuos y los grupos sociales al ambiente; y que determina, individualmente, la formación de la personalidad, y socialmente, la conservación y renovación de la cultura".¹³

2.3.1 Fines y objetivos de la Educación

Los objetivos de la educación son muy numerosos e incluyen: aspectos de instrucción elemental, de salud, de economía, de civismo, de cultura en general, de formación estética entre otros.

Los fines de la educación pueden expresarse en tres sentidos (Fig. 2).¹³



Imagen 1³⁰

Sentido individual : es la atención a cada individuo según sus posibilidades, de modo que favorezca el pleno desenvolvimiento de su personalidad.



Imagen 2³¹

Sentido social : prepara a las nuevas generaciones para recibir, conservar y enriquecer la herencia cultural del grupo.



Imagen 3³²

Sentido trascendente: orienta al individuo hacia la aprehensión del sentido estético y poético de las cosas, de los fenómenos, tomar consciencia y reflexionar de los grandes problemas y misterio de las cosas

Fig. 2 Fines de la educación según el sentido Individual, social y trascendente.

Albert Bandura desarrollo muchos de los principios de la teoría moderna del aprendizaje social que en la actualidad tiene más influencia que el conductismo. Considera el aprendiz como un sujeto activo y de la observación aprende, mientras que los conductistas como Skinner consideran que el ambiente moldea al niño.¹⁴

La didáctica es el conjunto de técnicas destinado a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve con mayor eficiencia. No se preocupa tanto por el "contenido", sino más bien por la "manera" en que se

debe enseñar considerando el medio económico, cultural y social en el que se llevara a cabo, ejemplo (Fig. 3)¹³



2.3.2 Educación para la salud

La Educación para la salud es más que la información de conocimientos respecto a la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de la salud. Es además una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.^{13,14}

Lawrence W. Greene refiere a la Educación para la salud: como toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables". (Ronchon , 1996).⁵

Comprende la oportunidad de aprendizajes creados conscientemente destinados a mejorar la alfabetización sanitaria, conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Son los procesos educativos que tienen como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de la salud, es una parte del proceso asistencial, que incluye la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.²

En la actualidad la Educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos, sin embargo, aún hoy es una de las áreas en las que menos recursos se invierten, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria de la administración pública.

Esto puede deberse a la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; a la escasa formación que han recibido los profesionales, lo que lleva a no invertir o a hacerlo inadecuadamente.⁵

2.3.3 Modelos en educación y promoción para la salud

- Modelo informativo preventivo: se centra en la información y no se plantea el ambiente, la cultura y la estructura social. El modelo está ajustado al aprendizaje y a la transmisión de contenidos, su forma de comunicación es unidireccional. La decisión parte del educador/a., ejemplo: plática informativa de caries.

- Modelo persuasivo, conductual y comportamental: pretende que la persona adquiera habilidades para cambiar su comportamiento adoptando conductas saludables. Es una educación para la salud práctica. El problema es que no deja sitio a la participación crítica del educando. Este modelo se basa en la motivación y persuasión, para modificar comportamientos; ejemplo: la técnica de cepillado

- Modelo participativo de desarrollo personal: la persona busca una experiencia saludable y se compromete con los demás en el cambio positivo de las estructuras comunitarias. Es una educación crítica, la salud se promueve desde el individuo y desde la comunidad, no separa la salud de la estructura social y pone el énfasis en la participación; ejemplo: la población va por prevención a revisión periódica con el odontólogo.⁶

2.4 Programa de salud oral

Un programa de Educación para la salud se define como una secuencia de procedimientos relacionados y coordinados entre sí, orientados a la atención integral de las necesidades de salud de una comunidad a partir de un diagnóstico de salud, donde se establecen prioridades de atención primaria, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados y optimizar los recursos disponibles para promover, prevenir y restaurar la salud oral.⁵

2.4.1 Programas y normas preventivas

Se dieron durante la última década del siglo XX promocionando la salud oral según Maupomé, son:

1. El Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Parodontopatías en Preescolares y Escolares.
2. La NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades orales, cuyo objetivo es establecer los métodos, técnicas y criterios de operación del sistema Nacional de Salud, con base en los niveles de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades en boca de mayor frecuencia en la población, de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los establecimientos de salud y prestadores de servicios que realicen acciones para la promoción de la salud oral, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en boca.
3. La NOM-040-SSA1-1993, publicada en 1995, que habla sobre establecer las especificaciones sanitaria que debe cumplir la sal yodada y sal yodada fluorada destinadas para consumo humano, sal yodada para uso de la industria alimentaria y sal yodada para consumo animal.

4. Semanas Nacionales de Salud Bucal en 1996l, realizadas dos veces al año, en los 32 estados del país en clínicas y escuelas primarias, en donde participan las instituciones del Sector salud y la Secretaría de educación pública. Su objetivo es aumentar la prevención enfocada a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer oral y los padecimientos dentofaciales.²

Programa de Acción Específico 2007-2012 de Salud Bucal

Se busca promover, prevenir y proteger la salud oral de la población para reducir la carga de morbilidad bucal, ayudando así a mejorar la calidad de vida, aplicando diferentes estrategias, políticas y programas estatales e institucionales.

Estrategias

1. Integrar y promover el esquema básico de prevención en salud bucal en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
2. Colaborar para establecer el Panorama Epidemiológico de las Patologías orales en el país, y sus determinantes.
3. Coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para fortalecer las estrategias del programa.
4. Realizar investigación y estudios sobre los determinantes en materia de salud bucal.
5. Implementar la estrategia “Niñas y Niños Libres de Caries en México” a través del Sistema de Atención Gradual en escolares de 1° a 6° grado de primaria en las escuelas inscritas en el programa.
6. Integrar y promover las acciones del Componente de Salud Bucal para la estrategia Caravanas de la Salud.

7. Asesorar técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo para la instrumentación del Componente de Salud oral en el Sistema de Protección Social en Salud.
8. Coadyuvar para la mejora del Programa de Fluoruración de la Sal para Consumo Humano.
9. Ampliar la cobertura de servicios de atención bucal a través del Tratamiento Restaurativo Atraumático. (TRA)
10. Intervenir en los programas de atención a la salud de la Infancia y adolescencia, Adulto y el Adulto Mayor, Salud Reproductiva, Atención Integral VIH/SIDA, así como para personas con capacidades diferentes, para mejorar la calidad de vida.
11. Capacitar al personal odontológico de los servicios de salud en materia de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades bucales, los sistemas de vigilancia epidemiológica, información en salud y evaluación.
12. Promover la correcta asignación de recursos materiales y financieros para el desarrollo de las actividades del programa.
13. Evaluar trimestralmente el desempeño de las estrategias del Programa en las 32 entidades federativas.

Hay intervenciones y Acciones intersectoriales para la salud bucal (Fig. 4).¹⁵

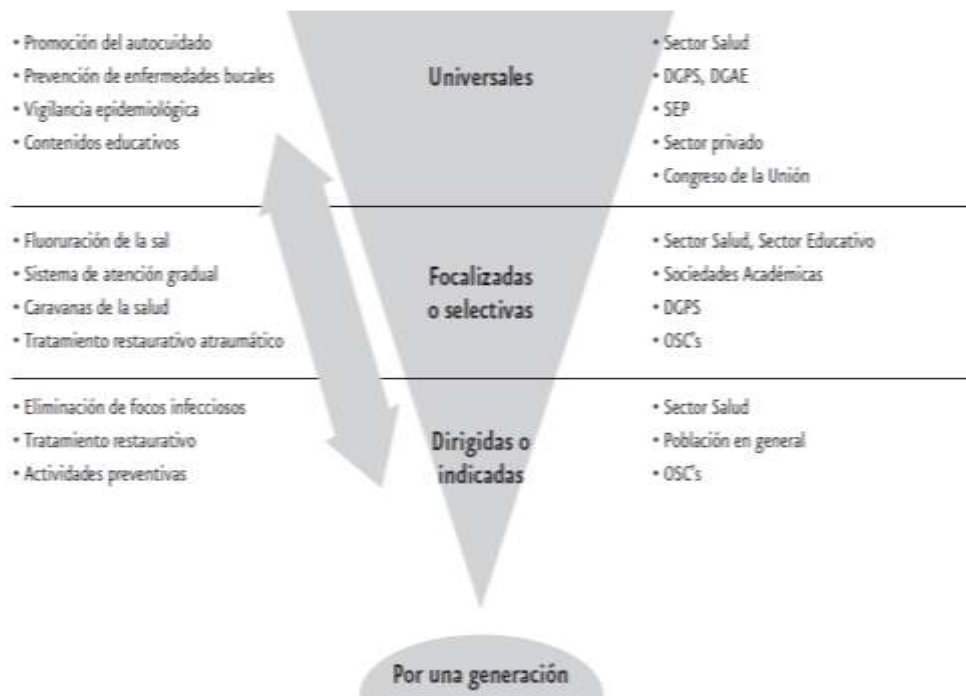


Fig. 4 Intervenciones y Acciones intersectoriales para la salud bucal.

Modelo PRECEDE-PROCEDE

El modelo de planeación PRECEDE (del ingl. Predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation: causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educacional) significa predisponer, reforzar causas que hacen posible el diagnóstico y la evaluación educacional.

Por su gran utilidad metodológica educacional permite un cambio de conducta, consta de diferentes fases:

1. Diagnóstico social
2. Diagnóstico epidemiológico
3. Diagnóstico conductual y ambiental
4. Diagnóstico educativo y organizacional
5. Diagnóstico administrativo
6. Implementación
7. Evaluación de proceso

8. Evaluación de impacto
9. Evaluación de resultados

2.5 Principales problemas de salud oral por placa dentobacteriana

2.5.1 Placa dentobacteriana

Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, encía, la lengua y otras superficies orales.²

La caries dental y enfermedades gingivales siguen siendo un problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría de los adultos. Es también la enfermedad bucal más frecuente de varios países asiáticos y latinoamericanos.¹⁵

2.5.2 Caries

La caries se considera un proceso generado como consecuencia de un desequilibrio en las interacciones moleculares normales entre la superficie-sub superficie del esmalte y la placa adyacente.

Proceso continuo, resultado de numerosos ciclos de desmineralización y remineralización (Featherstone, 2004). Favorecen a los primeros la presencia de bacterias acidogénicas, hidratos de carbono fermentables y función salival, que interactúa con una variedad de factores culturales, socioeconómicos y de comportamiento. La remineralización se ve beneficiada por la exposición a los fluoruros, el uso de agentes antibacterianos y remineralizantes, hábitos higiénicos y dietéticos adecuados, y características de la saliva.¹⁶

2.5.3 Enfermedad gingival

Gingivitis no se refiere a una sola enfermedad, sino a un conjunto de afecciones, resultantes de diferentes procesos mejor conocido con el término de enfermedades gingivales.

La presencia de bacterias localizadas en el margen gingival ocasiona esta enfermedad, se inicia con una inflamación y puede sangrar de manera espontánea o aun estímulo leve, al cepillado o al sondeo periodontal.¹⁶

2.5.4 Acciones preventivas

El control mecánico de la placa dentobacteriana es tan antiguo como el hombre y su origen se puede remontar al hombre primitivo, este se realiza mediante el cepillado dental, la eliminación de placa y en la prevención de enfermedades, constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y enfermedades gingivales.

Por eso es fundamental eliminarlas a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua
2. Uso de medios auxiliares hilo, cepillos interdetales.
3. Pasta dental o dentífricos
4. Instrucción al paciente acerca de dieta y alimentación
5. Reducir el consumo de azúcar o productos azucarados
6. Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, que se adhieran más a la estructura dentarias
7. Sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos.³

2.6 Edad escolar

Cuadro 3 Edad Escolar. ¹⁷			
	5- 6 años	7- 9 años	10- 12 años
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> *Periodo de gran integración. *Capaz de autocrítica. *Orientación más realista. *Menos la fantasía. 	<ul style="list-style-type: none"> *Adquiere idea realista del ambiente *La imaginación es más reflexiva. *Motivado para enfrentar los problemas de su propia elección. 	<ul style="list-style-type: none"> *La personalidad alcanza un nuevo nivel de integración y adaptación.
Inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> *Se desarrolla el pensamiento intuitivo. *Creciente capacidad para formar conceptos *Mayor coordinación de las relaciones lógicas. 	<ul style="list-style-type: none"> *Cambios cognoscitivos cruciales *Pensamiento concreto. *Comienza a entenderse las relaciones espaciales y cronológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> *Comienza con el pensamiento hipotético-deductivo. *Confía en los poderes de juicio internalizados, en lugar de tener que referirse a la experiencia real.
Estrategias persuasivas	<ul style="list-style-type: none"> *Acepta bien a la autoridad reconocida. 	<ul style="list-style-type: none"> *Interés mayor aprobar la independencia aunque todavía 	<ul style="list-style-type: none"> *Goza que se le trate como a un adulto.

	<p>*Coordinación motora, facilita las prácticas de higiene bucal rutinarias.</p>	<p>requiere apoyo. *Puede cepillarse los dientes en el tiempo y frecuencia especificados, usando un método apropiado para su nivel de edad; Para los hábitos alimentarios- restringir los alimentos cariogénicos a las horas de las comidas.</p>	<p>*Coordinación motora necesaria para una higiene bucal aceptable. *Acepta mensajes que empezarán cambiar conductas.</p>
--	--	--	---

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Macro delimitación

3.1.1 Tlaxcala

La palabra Tlaxcala proviene del náhuatl "tlaxcalli" que quiere decir tortilla. Su escudo consiste en dos cerros de los que emergen dos manos haciendo una tortilla (Imagen).¹⁸



Imagen 4 Escudo de Tlaxcala.

Historia

El territorio de Tlaxcala tiene dos grandes llanos: el de Calpulalpan y Huamantla.. Fue de las zonas más pobladas por culturas como la Arcaica al sur, y otomíes al Norte. Los Olmecas Xicalancas fundaron Cacaxtla.

Fue una de las naciones que logró mantener su independencia ante el Imperio Mexica. Se encontraba dividida por cuatro señoríos que fueron: Maxixcatzin, señor de Ocotelulco considerado como el señor principal. Seguía en importancia Xicoténcatl el viejo, jefe de Tizatlán; Tlahuexolotzin de Tepeticpac y Citlalpopocatzin, de Quiauixtlán (Imagen 5)¹⁹



Imagen 5 Los cuatro señoríos.

Hasta hoy sigue mostrando parte de su nacionalismo prehispánico. La ciudad colonial de Tlaxcala fue fundada sobre la prehispánica en 1520 por Hernán Cortés.

El acoso de los mexicas fue motivo para una alianza con los españoles el 23 de septiembre de 1519 y así derrocar al gran imperio azteca. La alianza militar sirvió para que a los tlaxcaltecas se les tratara como iguales a los españoles; mantener una autonomía de gobierno, títulos nobles; exentos de ciertos impuestos y que no dependieran del Virrey de la Nueva España sino del rey de España.

En 1524, llegan frailes franciscanos para la evangelización a la Ciudad de Tlaxcala y levantaron uno de los cuatro primeros conventos, el cual fue el primer obispado de la Nueva España. En 1535, se le otorga un escudo de armas y títulos de: Insigne, Muy Noble y Muy Leal Ciudad. Considerada cuna de la nación y el mestizaje, en Tlaxcala se entrelazan la tradición prehispánica con la española en fiestas y ferias populares, donde por supuesto la celebración de Día de Muertos no es la excepción.¹⁹

Localización

Se ubica a escasos 115 km² de la ciudad de México, sus límites territoriales en su mayor parte son el estado de Puebla al norte, tanto al este como al sur con el estado de México y al noroeste con Hidalgo, se sitúa entre las coordenadas geográficas 19° 44' y 19° 06' latitud norte y entre 97° 43' y 98° 46' longitud oeste. ^{18,19}

De la ciudad de México se toma la autopista núm. 150 México-Puebla. Al llegar a la caseta de cobro de San Martín Texmelucan está la desviación hacia la autopista núm. 117, que nos llevará hasta la ciudad de Tlaxcala, distante 115 km de la capital.

De Puebla se toma la carretera federal núm. 119 que tras pasar por Zacatelco nos conduce a Tlaxcala, o bien la autopista núm. 121 que pasa por Santa Ana Chaiutempan para llegar al bulevar Santa Ana-Tlaxcala. Este tramo no supera los 32 km² (Imagen 6). ^{19,20}



Imagen 6 Estado de Tlaxcala.

Tlaxcala tiene una extensión territorial de 3 997 kilómetros cuadrados (Km²), por ello ocupa el lugar 31 a nivel nacional, por ser de las entidades más

pequeñas que junto con el Distrito Federal conforman las 32 entidades federativas de México (Imagen 7).



Imagen 7 Extensión territorial del estado de Tlaxcala.

● **Capital:** Tlaxcala de Xicohtécatl.

● **Municipios:** 60

● **Población:** 1 169 936 habitantes, el 1.0% del total del país.

● **Distribución de población:** 80% urbana y 20% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.

● **Escolaridad:** 8.8 (Casi el tercer año de secundaria); 8.6 el promedio nacional.

● **Hablantes de lengua indígena de 5 años y más:** 2 de cada 100 personas.

A nivel nacional 6 de cada 100 personas hablan lengua indígena.

● **Sector de actividad que más aporta al PIB estatal:** Industrias manufactureras, producción de alimentos, bebidas y tabaco.¹⁸

La actividad tlaxcalteca es un trabajo que regularmente se realiza en el hogar, en muchos casos se conjuga con el trabajo agropecuario, se dedican a ella personas de todas las edades; además se basan en conocimientos y técnicas transmitidas de padres a hijos por tradición oral.²⁰

El clima que predomina en dicho estado es templado y subhúmedo en la zona centro-sur, en la parte norte es semifrío y subhúmedo y en zonas cercanas al volcán Malintzin .²¹ Imagen 8



Imagen 8 Volcán Malintzin. Fuente directa.

Tradición y cultura

La Danza del Guajolote (Xochi-pitzáhuatl) se acostumbra en las bodas de los pueblos de las faldas del Volcán Malintzi. La Procesión de la Virgen de Ocotlán el tercer lunes de Mayo y la Virgen de la Caridad el 14 de Agosto con sus tapetes y alfombras. La Feria de Tlaxcala es considerada una de las más antiguas del país. En noviembre al igual que las Ofrendas de Muertos en Ixtenco.

Huamantla

Huamantla (de origen náhuatl, significa "Lugar de árboles alineados" o "Lugar de los árboles juntos"). En agosto de 2007 quedó inscrito del programa Pueblos Mágicos conocida por el encierro de toros (Huamantlada).

Cacaxtla

La zona arqueológica de Cacaxtla en el municipio de Nativitas; su nombre proviene de la palabra náhuatl cacaxtli o cacaxtle, que refiere a los canastos de viaje que usaban los mercaderes para transportar sus mercancías.²²

3.2 Micro delimitación

3.2.1 San Pablo del Monte

Perteneció a la cultura cholulteca, existente en la región sur en el periodo clásico (400 al 650 d.C, aproximadamente). Los asentamientos de San Pablo del Monte se integrarían primero con los olmecas-xicalancas, y más tarde con los toltecas-chichimecas.

Localizado en el sur del estado, el municipio de San Pablo del Monte colinda al norte con el municipio de Teolochocho; al sur y al oriente con el estado de Puebla, asimismo al poniente con los municipios de Tenancingo, Mazatecochocho y Acuamanala (Imagen 9).²³

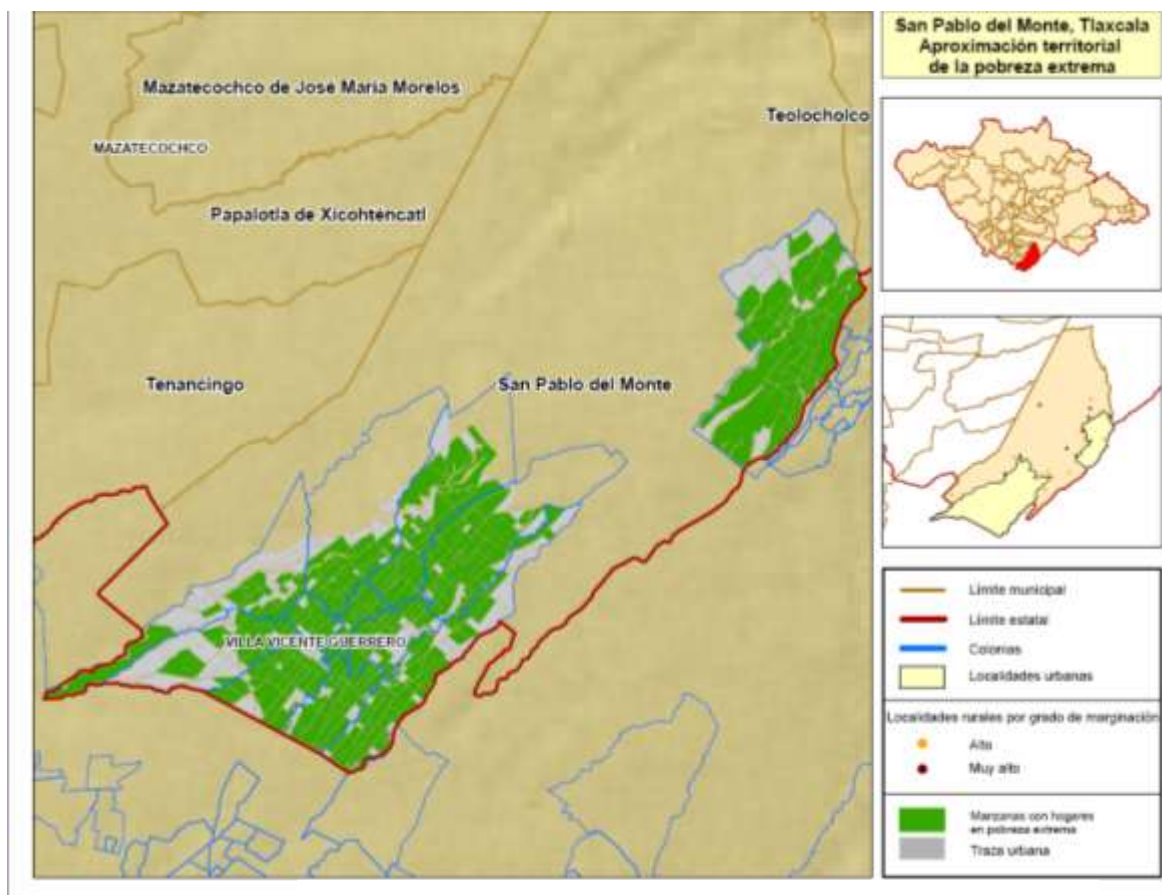


Imagen 9 San Pablo del Monte.

Extensión

De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, el municipio de San Pablo del Monte, comprende una superficie de 63.760 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1.57 por ciento del total del territorio estatal.

Orografía

En el municipio cuenta con tres formas características de relieve: zonas accidentadas, abarcan aproximadamente el 45% de la superficie municipal y se localizan en el norte del municipio, zonas semiplanas: comprenden el 30% de la extensión, ubicándose éstas en la parte central, zonas planas integran el 25% restante localizándose en la

parte sur del área municipal.

Gastronomía

Los platillos tradicionales en el municipio de San Pablo del Monte son el delicioso mole de guajolote, barbacoa de pollo, carnero en mixiote, consomé, guacamole, chilatole y barbacoa de conejo. También se elaboran y se disfrutan conservas de capulín y tejocote.²³

Talavera y bordados

En San Pablo del Monte, se trabaja con verdadera maestría, la cerámica tipo talavera también el ónix y los cuadros popotillo, Ixtenco elabora hermosas prendas de algodón, donde los hábiles bordadores otomíes reproducen sobre las telas, sin dibujo, figuras prehispánicas y coloniales mezcladas con singular armonía, también se realizan alfombras y cuadros de semillas de diferentes cereales que forman figuras, paisajes e imágenes religiosas (Imagen 10).²⁴



Imagen 10 Talavera .

3.2.2 San Isidro Buen Suceso

Cuadro 4 Información de localidad.						
Datos actuales						
Clave de la entidad	29					
Nombre de la Entidad	Tlaxcala					
Clave del municipio	025					
Nombre del Municipio	San Pablo del Monte					
Grado de marginación municipal 2010	Bajo					
Clave de la localidad	0002					
Nombre de la localidad	San Isidro Buen Suceso					
Estatus al mes de Junio 2015	Activa					
Año	2005			2010		
Datos demográficos	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total de población en	3,840	3,848	7,688	4,367	4,402	8,769

la localidad						
Viviendas particulares habitadas	1,390			1,853		
Grado de marginación de la localidad	Alto			Alto		
Grado de rezago social localidad	3 medio			Medio		

INEGI 2010.²⁷

El ratio de fecundidad de la población femenina es de 2.73 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 19.95% (14.06% en los hombres y 25.83% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 4.46 (5.24 en hombres y 3.72 en mujeres).^{25,26}

Edades de los ciudadanos

Los ciudadanos se dividen en 3627 menores de edad y 4061 adultos, de los cuales 331 tienen más de 60 años.

Habitantes indígenas en San Isidro Buen Suceso

7480 personas en San Isidro Buen Suceso viven en hogares indígenas. El número de los que solo hablan un idioma indígena pero no hablan mexicano es 207, de los cuales hablan también mexicano es 5637.²⁶ Imagen 11



Imagen 11 Habitantes de San Isidro Buen Suceso.²¹

Vivienda

Hay un total de 1569 hogares.

De 1390 viviendas, 318 tienen piso de tierra y unos 317 consisten en una sola habitación.

882 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 991 son conectadas al servicio público, 1315 tienen acceso a la luz eléctrica.

La estructura económica permite a 17 viviendas tener una computadora, a 134 tener una lavadora y 1205 tienen una televisión.

Educación escolar

Aparte de que hay 1534 analfabetos de 15 años y más años, 186 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.

De la población a partir de los 15 años, 1496 no tienen ninguna escolaridad, 2050 tienen una escolaridad incompleta, 854 tienen una escolaridad básica y 216 cuentan con una educación post-básica.

Un total de 243 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 4 años.²⁶

Economía

Se ha sustentado en la producción agrícola, tanto la generada por los pequeños propietarios, como la comercial realizada por los grandes productores. Sigue cultivando el frijol y maíz. En cuanto a la ganadería se mantiene y su principal demanda también se localiza en Puebla. Igualmente se fomenta la artesanía a base de ónix, así como diversos productos de alfarería, tejidos, cestería y talla sobre madera.

Muchos habitantes trabajan en zonas de Puebla, o en las áreas industriales más cercanas a Tlaxcala.^{26,27}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los seres humanos tienen derecho a la salud sin importar sus condiciones de vida, la educación para la salud oral nos ayuda a concientizar en este campo para que los escolares adquieran hábitos correctos y que comprendan el papel que éstos tienen en la prevención de caries y enfermedad gingival. Hay que desarrollar la capacidad de análisis y crítica respecto a las situaciones que provocan daño y riesgo para la salud bucodental y fomentar la participación activa en la prevención.

En la población del barrio San Isidro Buen Suceso de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala, se encontró que carecía de conocimientos en relación a la salud oral.

El grupo más vulnerable que se registró fueron los escolares ya que no tenían conocimiento ni recursos para poner en práctica la prevención.

5. JUSTIFICACIÓN

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos indica que toda persona tiene derecho a la salud. Establece como derecho una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y el derecho a la protección de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya la integración de la salud oral mediante estrategias orientadas a promover la salud, en la medida en que reconoce que el dolor y sufrimiento provocados por los problemas bucodentales afectan el bienestar y la calidad de vida de la gente.

La pobreza es un fenómeno complejo y multicausal, que impide cubrir los derechos básicos como los son la educación, la alimentación, la salud entre otros.

La Universidad Nacional Autónoma de México, con el Modelo de Atención Integral Comunitario de acuerdo al convenio con la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Tlaxcala, lleva a cabo actividades para mejorar la calidad de vida con los alumnos de esta casa de estudios, por tal motivo y con base en este programa participé en los trabajos inherentes para educar y promover la salud oral en escolares.

¹El Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) Las Margaritas y Tepetomayo del Barrio de San Isidro Buen Suceso del Municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala fue la población elegida en base a sus características.

6. OBJETIVOS

6.1 General

Implementar mediante un programa de educación para salud oral en escolares pertenecientes al CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo del barrio San Isidro Buen Suceso, municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala, para promover la importancia de una buena higiene oral y mejorar el estilo de vida de la comunidad.

¹ El Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) es un organismo descentralizado, de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica patrimonio propios y el propósito además allegarse recursos complementarios, económicos y técnicos, nacionales o extranjeros para aplicarlos al mejor desarrollo de la educación para las personas de escasos recursos en zonas de alta marginación.²⁸

6.2 Específicos

- Impartir pláticas de educación para de salud oral por métodos y técnicas.
- Enseñar la técnica de cepillado de Bass, para desarrollar conductas preventivas ante la caries, y enfermedad gingival.
- Realizar un Control Personal de Placa dentobacteriana al final de la instrucción.
- Motivar y concientizar a los escolares a adquirir buenos hábitos y practicarlos a diario.

7. METAS

- Impartir un programa de educación para la salud oral a 78 alumnos de 6 a 12 años de edad pertenecientes a los CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo, ubicados en el barrio de San Isidro Buen Suceso del municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala.
- Manejo de la técnica de cepillado de Bass.
- Crear buenos hábitos orales y alimenticios que puedan transmitir a familiares y a la comunidad.
- Que tanto los escolares como los padres sean conscientes de la importancia de una buena salud oral.
- Evaluar la presencia de placa dentobacteriana con el Índice de O'Leary, demostrar su disminución en las superficies dentales con la técnica de cepillado aprendida, para obtener una condición aceptable del 0-12% del parámetro establecido.

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de estudio

Observacional y Transversal (descriptivo).

8.2 Variables de estudio

Tabla 1 Variables de estudio.	
Variable	Modalidad
Sexo	Femenino Masculino
Edad	6-8 años 9-12 años

8.3 Límites

8.3.1 Tiempo

Del 1 de agosto al 10 de Octubre del 2015.

8.3.2 Espacio

CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo e instalaciones prestadas por la representante de padres de familia del barrio de San Isidro Buen Suceso, municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala.

8.3.3 Universo de estudio

78 escolares de 6 a 12 años pertenecientes al CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo.

8.4 Criterios de inclusión

- Niños que pertenezcan a las localidades mencionadas.
- Niños que concuerden con las edades mencionadas.
- Niños cuyos padres o tutores acepten su participación en el programa.

8.5 Criterios de exclusión

- Niños que no pertenezcan a las localidades mencionadas.
- Niños que no concuerden con las edades mencionadas.
- Niños cuyos padres o tutores no acepten su participación del programa.

8.6 Actividades

- El programa de educación para la salud oral se impartió dentro de las instalaciones del CONAFE Las Margaritas, Tepetomayo y espacio proporcionado por la representante de padres de familia (Imagen 12).

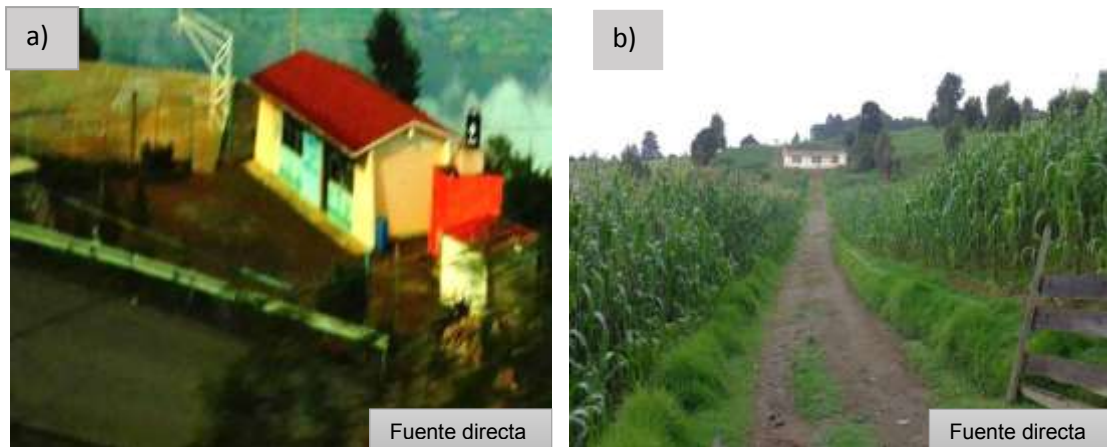


Imagen 12. a) CONAFE Las Margaritas. b) CONAFE Tepetomayo.

- Por edades se dividió en dos grupos (Tabla 2, Imagen 13)

Tabla 2 Grupos por edades.			
	Grupo 1 (6 - 8 Años)	Grupo 2 (9 -12 Años)	Total
Masculino	19	21	40
Femenino	17	21	38
Total	36	42	78

Fuente directa



Imagen 13 a), b) Grupo 1. c),d) Grupo 2.

A cada grupo se le impartieron las siguientes actividades (Cuadro 5).

Cuadro 5 Actividades.	
1. Exposición del tema: ¿Conoces tu boca?	
	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de técnica de cepillado DE Bass.
	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del 1er C.P.P y supervisión de práctica de técnica de cepillado.
2. Exposición del tema: ¿Sabes lo que comes y como te afecta?	
	<ul style="list-style-type: none"> • Registro 2do C.P.P y Supervisión de práctica de técnica de cepillado.
3. Exposición del tema: Hábitos parafuncionales orales	
	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del 3er C.C.P y supervisión de práctica de técnica de cepillado.

- Todas las exposiciones y la enseñanza de técnica de cepillado de Bass fueron expuestas de forma gráfica, en el transcurso de la plática se resolvieron dudas y preguntas (Imagen 14).



Imagen 14 a) ¿Conoces tu boca? b),c) Enseñanza de técnica de cepillado de Bass.

Fue fundamental la asistencia de padres de familia para lograr nuestras metas (Imagen 15).



Imagen 15 a), b) Presencia de padres de familia en las sesiones.

- Para llevar a cabo el registro del C.P.P se aplicó el índice de O'Leary después de dar la pastilla reveladora a base de fuccina, para mostrar a los participantes las zonas teñidas que reflejaban la existencia de placa dentobacteriana adherida a la superficie dental y a la encía, con ello se hace visible para la eliminación correcta (Imagen 16).

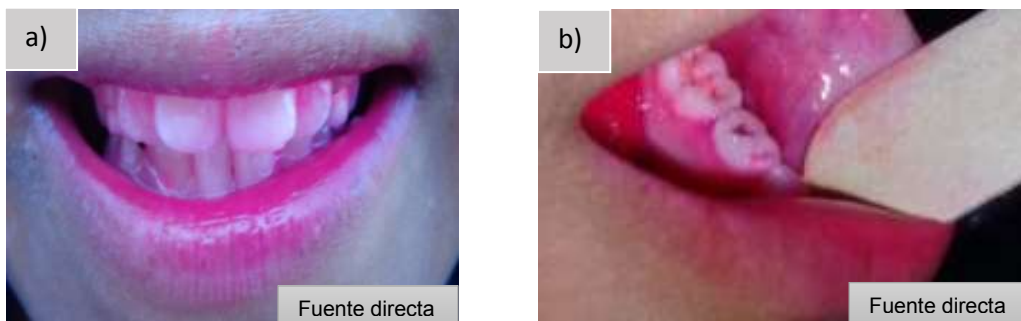


Imagen 16 a), b) Placa dentobacteriana visible.

- El Índice de O' Leary fue propuesto en 1972 por O'Leary Drake Taylor

Siendo un método de registro simple para identificar las superficies dentarias con placa dentobacteriana, en este índice se examinan todos los dientes, los no presentes se deben tachar para evitar confusión, no se registra:

- Caras oclusales.
- Superficies que presentan destrucción amplia de la corona clínica.
- Dientes con restauraciones protésicas, excepto en aquellos casos en los cuales la obturación temporal sólo involucre a la cara oclusal.

Una vez que se tiñan las superficies con placa, se visualizan las zonas pigmentadas y se anotan la ficha de registro, donde cada diente está dividido en 4 sectores (caras mesial, vestibular, distal y lingual). Imagen 17



Imagen 17 a),b) Registro de zonas con placa dentobacteriana.

- Para determinar el puntaje final (porcentaje), se suma el número total de caras con placa, se divide este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100; este puntaje puede ser comparado, cada vez que se realiza la evaluación, basándonos en el parámetro establecido (Figura 5 ,Tabla 3).²⁹

$$\text{porcentaje} = \frac{A'}{A} \times 100 = \text{proporción} \times 100 = p \times 100$$

Figura 5 Fórmula para sacar porcentaje.

Tabla 3 Parámetro de acuerdo con el porcentaje de placa dentobacteriana.

Condición	Parámetro
Aceptable	0-12%
Cuestionable	13- 23%
Deficiente	24 - 100%.

- Práctica de técnica de cepillado y supervisión (Imagen 18).





Imagen 18 a), b), c), d), e), f). Realización de técnica de cepillado por los escolares de ambos grupos.

- Resultados evidentes de la técnica de cepillado (Imagen 19).



Imagen 19 a), b) Resultados del manejo de la técnica de cepillado.

- Actividades recreativas para los temas de ¿Sabes lo que comes y cómo te afecta? y Hábitos parafuncionales orales (Imagen 20).

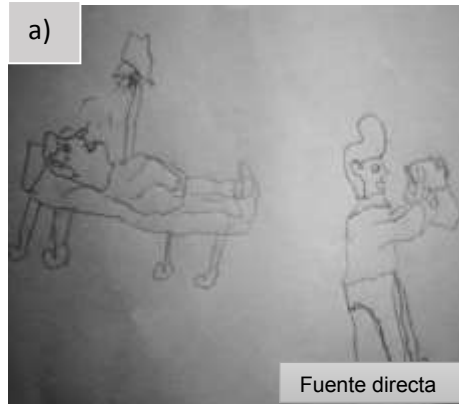


Imagen 20. a),b) y c) Dibujo de cómo afecta la comida chatarra al organismo y el refresco a los dientes. d) Exposición de hábitos parafuncionales orales al aire libre.

- Se realizó un evento de recaudación de fondos en especie y económicos con los compañeros universitarios en las instalaciones de ciudad universitaria para la motivación y continuación del programa a los escolares de CONAFE (Imagen 21).



Imagen 21 a), b),c) Evento de recaudación de fondos en especie y económicos con los compañeros universitarios.

- Entrega de kit de motivación para que continúen la técnica de cepillado al terminado del programa (Imagen 22).



Imagen 22 a) ,b), c) Entrega de kit al terminar el programa.

- Convivio al final de las actividades organizado por el personal docentes, padres de familia del CONAFE y tesista (Imagen 23).



Imagen 23. Convivio con ambos grupos , padres de familia y docentes de CONAFE.

8.7 Cronograma de actividades

Actividad	fecha										
	Agosto					Septiembre		Octubre			
	03	06	07	13	14	11	12	01	02	04	10
Gestión											
Cita con la Coordinadora de CONAFE .											
Cepillos y pastas .											
Una vez aprobado el programa.											
Aplicación.											
Grupo 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Primera plática. • 1er C.P.P • Práctica de técnica de cepillado. 											
Grupo 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Primera plática. • 1er C.P.P Práctica de técnica de cepillado. 											

Fechas	Ago.					Sep.		Oct.			
	03	06	07	13	14	11	12	01	02	04	10
Grupo 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Segunda plática. • 2do C.P.P • Práctica de técnica de cepillado. 											
Grupo 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Segunda plática. • 2do C.P.P • Práctica de técnica de cepillado. 											
Grupo 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Tercera plática. • 2° C.P.P • Práctica de técnica de cepillado. 											
Grupo 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Tercera plática. • 2° C.P.P • Práctica de técnica de cepillado. 											
Evaluación del programa											
Convivio											

8.8 Estrategias

- Curso de tres sesiones de salud bucal.
- Pláticas didácticas y vivenciales
- Motivación a la higiene bucal por medio del C.P.P
- Motivación a la disminución de ingesta de azúcares y hábitos parafuncionales orales.

8.9 Beneficiarios

Directos

78 alumnos de 6 a 12 años pertenecientes a los CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo, ubicados en el barrio de San Isidro Buen Suceso del municipio de San Pablo del Monte estado de Tlaxcala.

Indirectos

Familia de los alumnos participantes y comunidad.

8.10 Recursos

Cuadro 6 Recursos, humanos , materiales y financieros.	
Humanos	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes• Tesista• Tutora y asesor de tesina• Voluntaria capacitada• Docente de CONAFE Las Margaritas y Tepetomayo• Padres de familia

Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de registro • Tipodonto • Pastillas reveladoras • Cepillos dentales • Crema dental • Espejo facial • Agua potable • Vasos desechables • Abatelenguas • Guantes • Gorro • Bata • Cubrebocas • Rotafolios • Proyector • Computadora • Material didáctico • Bicolor y pluma • Cámara fotográfica
Financieros	<ul style="list-style-type: none"> • Tesista • Evento de recaudación de fondos en especie y económicos en ciudad universitaria para el programa afín.

9. RESULTADOS

Se evaluó la presencia de placa dentobacteriana mediante el Índice de O'Leary, en los alumnos de CONAFE para demostrar su disminución en las superficies dentales y con la técnica de cepillado enseñada.

Método estadística

El análisis estadístico se describió, mediante frecuencia y ²proporción de las variables de género y edad, obteniendo datos generales, por grupo 1: (6 a 8 año), grupo 2: (9 a 12 años)

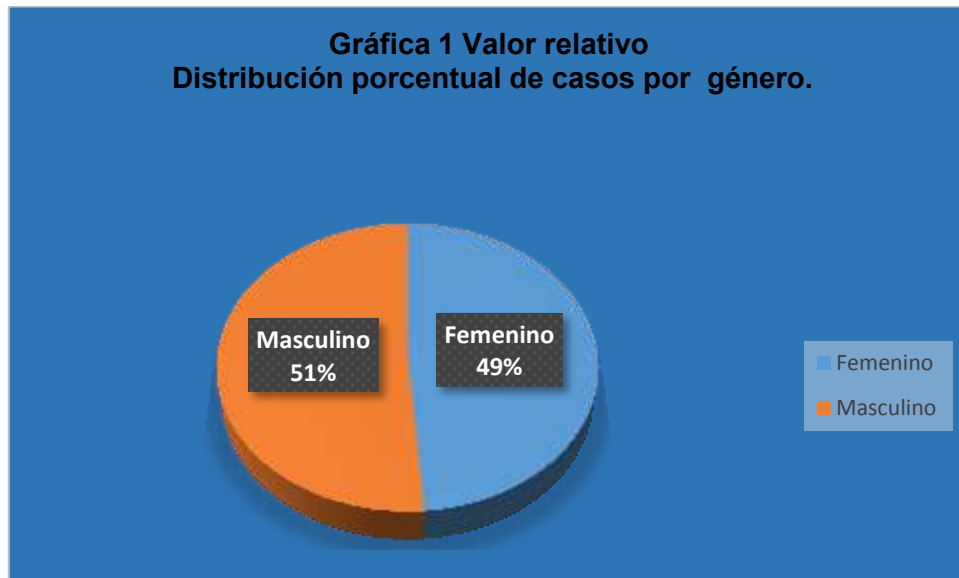
Tabulación de resultados

Se muestra el número de casos por género en valor absoluto (Tabla 4).

Tabla 4 Valor absoluto Número de casos por género.	
Femenino	38
Masculino	40
Total	78

²Proporción es una medida de resumen para variables cualitativas consiste en comparar a través de una división un subconjunto y el conjunto al que pertenece.²

El valor absoluto de distribución porcentual de casos por género, se observó un mayor porcentaje en masculino. (Gráfica 1).

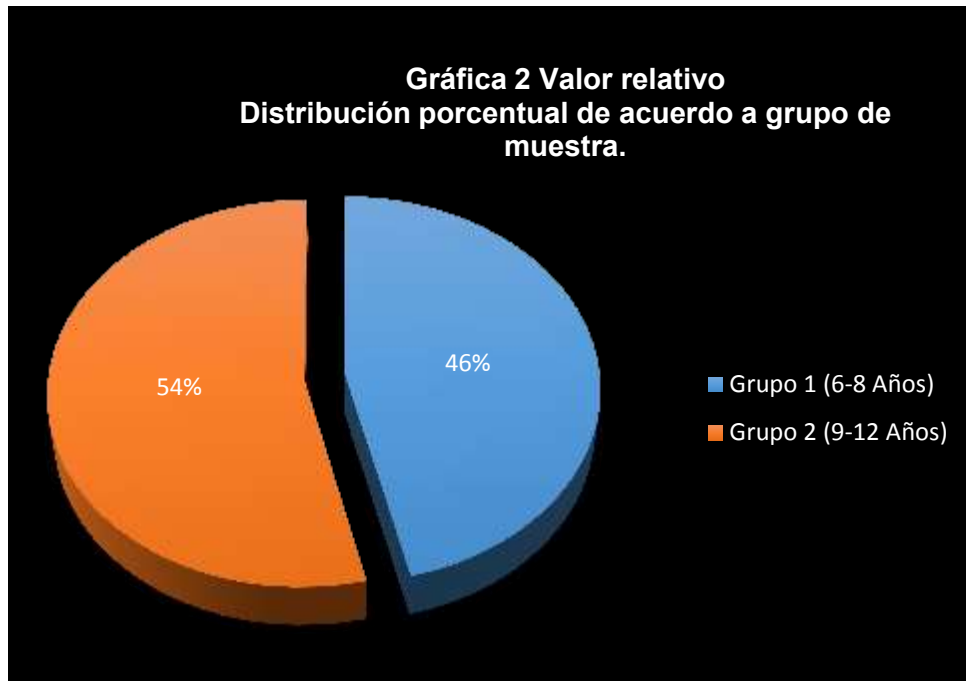


- Se muestra el valor absoluto número de casos por edad conformada por grupo 1 y 2. (Tabla 5).

Tabla 5 Valor absoluto
Número de casos por grupo.

Grupo 1: (6-8 años)	36	
Grupo 2: (9-12 años)	42	
Total		78

- La distribución del valor relativo mostró un mayor porcentaje en el grupo 2 que abarca de 9 a 12 años de edad (Gráfica 2)

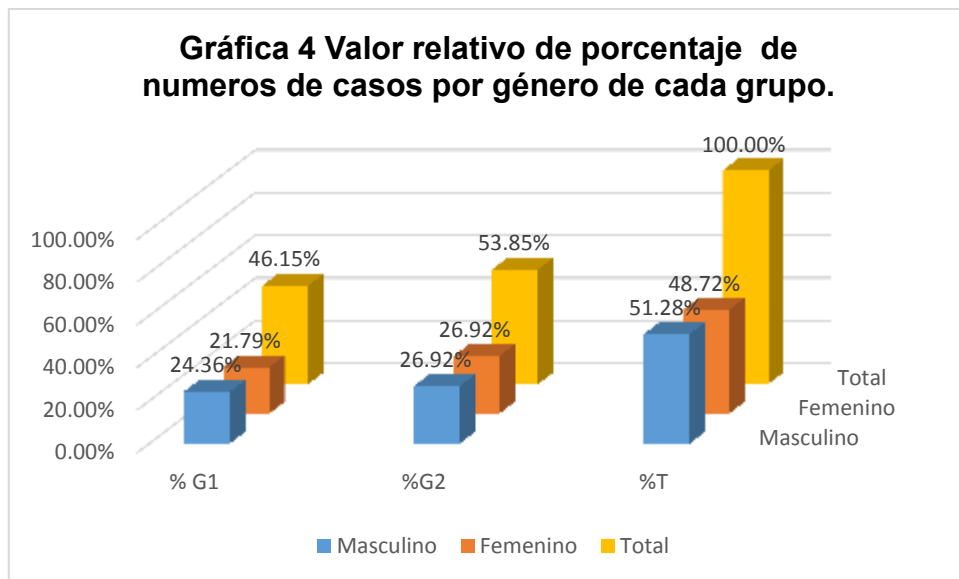
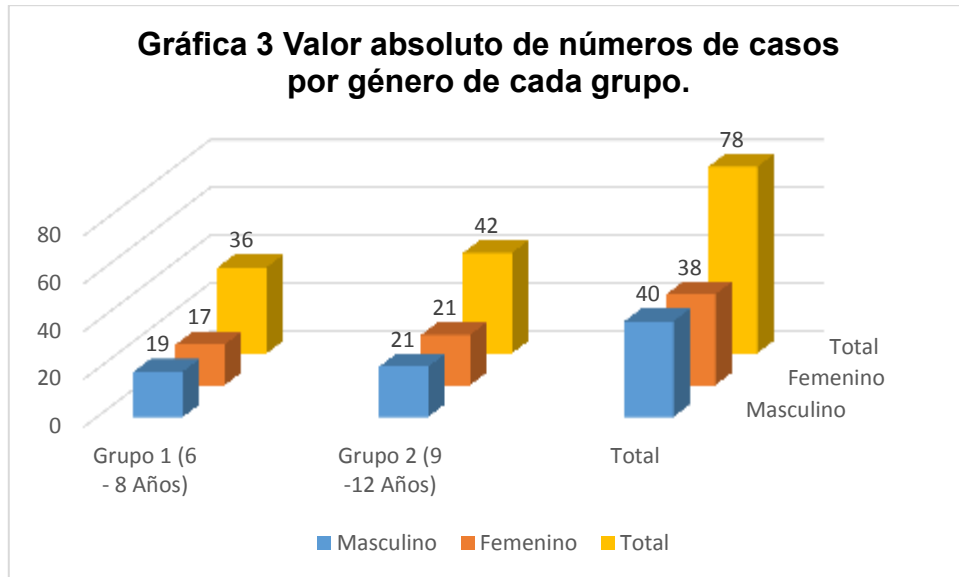


- Valor absoluto, comparación entre porcentaje de casos de género y grupo (Tabla 6).

Tabla 6 Valor absoluto
Comparación de porcentaje de casos por género, grupo 1 y 2.

	Frecuencia Grupo 1 (6 - 8 Años)	% G1	Grupo 2 (9 -12 Años)	%G2	Total	%T
Masculino	19	24.3589744	21	26.9230769	40	51.2820513
Femenino	17	21.7948718	21	26.9230769	38	48.7179487
Total	36	46.1538462	42	53.8461538	78	100

- Se observó la diferencia de valor absoluto y porcentual de género por grupo en un total de números de casos (Gráfica 3, 4).



Posteriormente se obtuvieron los puntajes promedios de cada C.P.P del índice de O'Leary con una medida de tendencia central de una serie de datos llamada ³promedió o media aritmética (Tabla 7, Gráfica 5).

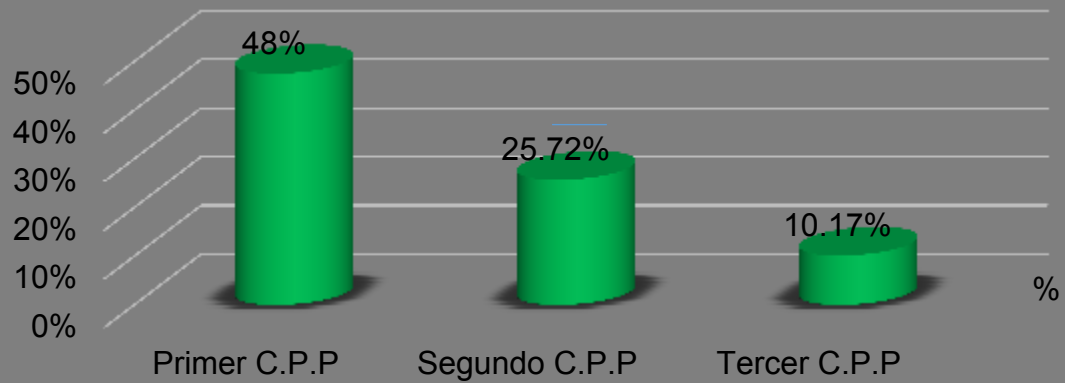
Tabla 7 Valor absoluto Resultado porcentual de los tres C.P.P obtenidos del total de número de casos.				
Número de casos	78	Primer C.P.P	Segundo C.P.P	Tercer C.P.P
TOTAL		48%	25.72%	10.17%

³ Es el valor que tendrían todos los datos de una serie numérica si fuera de igual valor. La fórmula para obtener el promedio es la siguiente:

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{n}$$

La \bar{x} significa promedio o media aritmética; \sum la sumatoria (suma); valores; n ,números de valores. Tiene la ventaja de ser única para conjunto de datos y simple para realizar el cálculo.

Gráfica 5 Valor relativo
Comparación porcentual de los tres C.P.P en el total de números de casos.



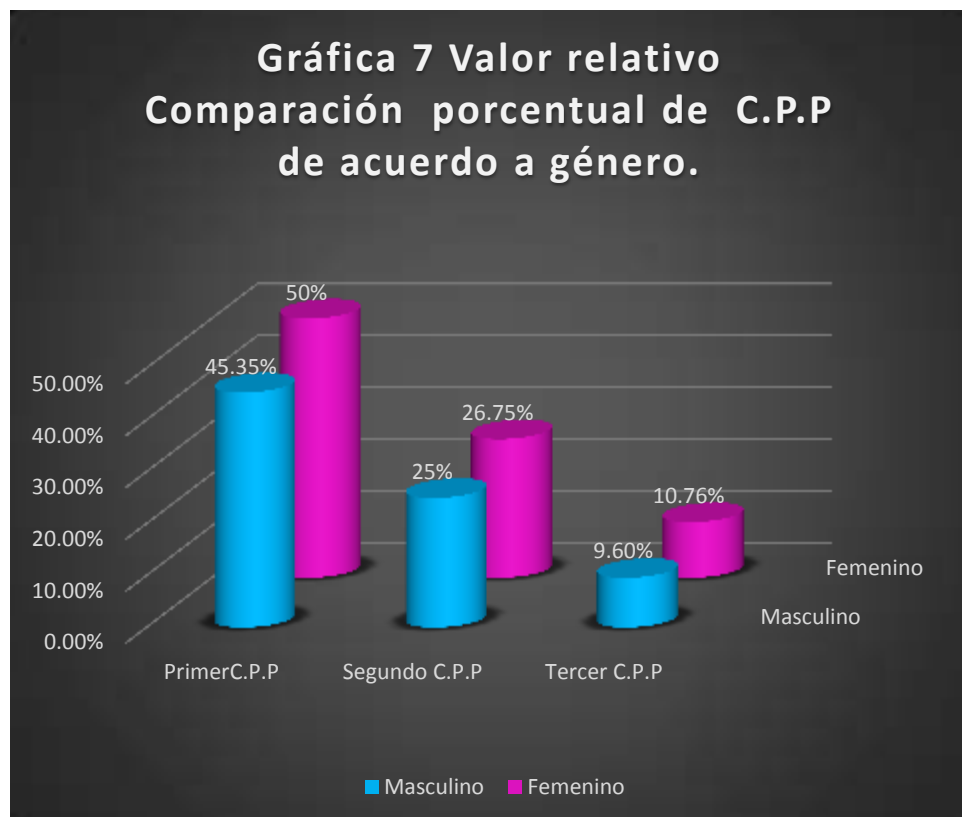
Se realizó una comparación de mayor a menor porcentaje de placa dentobacteriana donde el primer control de placa se muestra un 57% a comparación del tercer control de 31% (Gráfica 6).

Gráfica 6 Valor relativo
Comparación de mayor a menor porcentaje de placa dentobacteriana en el total de números de casos.



Se realizó una comparación de porcentaje de placa dentobacteriana de acuerdo al género (Tabla 8. Gráfica 7).

Tabla 8 Valor Absoluto			
Porcentaje de acuerdo a género.			
Género	Primer C.P.P	Segundo C.P.P	Tercer C.P.P
Masculino	45.35%	25%	9.60%
Femenino	50%	26.75%	10.76%



Se realizó una comparación de porcentaje de placa dentobacteriana entre grupo 1 ,2. Se observó la mínima diferencia (Tabla 9, Gráfica 8).

Tabla 9 Valor absoluto Porcentaje por grupo.			
	Primer C.P.P	Segundo C.P.P	Tercer C.P.P
Grupo 1	47.21%	26.00%	9%
Grupo 2	47.88%	25.23%	11%



10. DISCUSIÓN

Los promotores de la salud bucal (cirujanos dentistas y estudiantes de Odontología) al prevenir, promocionar la salud, harán una evaluación diagnóstica de los individuos y de las comunidades para aceptar, modificar y proponer las políticas a seguir en cada uno de los casos de acuerdo a las situaciones socioeconómicas, sociales y demográficas de cada entidad logrando con ello comunidades con un estilo de vida saludable.

11. CONCLUSIONES

- Realizar un programa de educación para la salud oral es una herramienta para la prevención de enfermedades orales más comunes, por medio de sus técnicas y métodos influyendo positivamente en el mantenimiento de salud, cambiando actitudes, fomentando hábitos y responsabilizando a la población de su salud.
- A través de los controles del índice de O'Leary, se demostró que efectivamente con la enseñanza de la técnica de cepillado de Bass, disminuye la placa dentobacteriana consiguiendo una condición aceptable con 10.17% de proporción final.
- La edad y el género no influyeron significativamente ya que se obtuvo en el último C.P.P 9.60 % en las niñas y 10.76% en niños.
Por edad, en el grupo 1 (6 a 8 años) obteniendo un porcentaje final del 9%, a comparación del grupo 2 (9 a 12 años) con 11%.
- El nivel socioeconómico, cultural y lugar geográfico no limitó a los participantes a la adquisición de conocimientos y ponerlos en práctica para el beneficio de ellos mismos, la motivación fue mutua y los resultados fueron los esperados. Aprendieron no sólo a adquirir

buenos hábitos, sino se convirtieron en promotores facilitadores para transmitirlo a familiares y a la comunidad (Imagen24).



Imagen 24 Promotor facilitador.

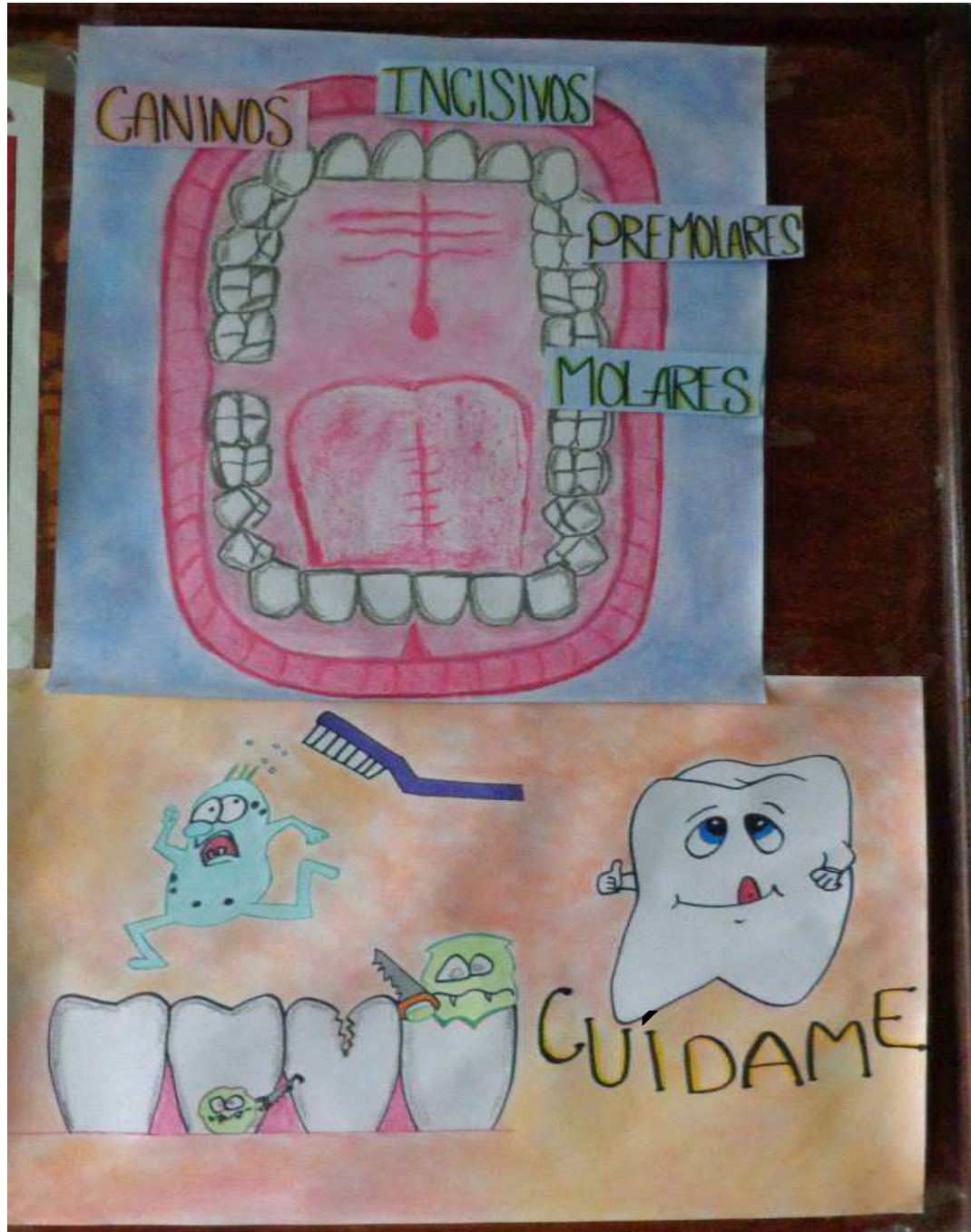
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frías Osuna Antonio, Salud pública y educación para la salud. 1ª ed. Barcelona. Editorial Masson 2002.
2. Higashida B. Odontología Preventiva. México, Editorial McGrawHill, 2000.
3. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios Métodos y Aplicaciones. 3ª ed. Barcelona, Editorial Masson, 2005.
4. Álvarez R, Kuri P. Salud Pública y Medicina Preventiva, 4ª Ed Cd. México Editorial El Manual Moderno, 2012.
5. De la Fuente J, Sifuentes MC, Nieto ME. Promoción y Educación para la Salud en Odontología, 1ª ed. Cd. México, Editorial Médica Panamericana, 2005.
6. Hernández Aguado Gil. Delgado M, Bolumar F. Manual de Epidemiología y Salud Pública. 1ª ed. Madrid, España, Editorial Médica Panamericana, 2005.
7. Rivas J.Flores N. Los servicios de salud oral y el servicio odontológico Revista de la asociación dental mexicana. Vol. LV, No, 4 Julio-Agosto 1998.
8. Higashida B. Educación para la salud. 2ª ed .Cd. México. Editorial McGrawHill, 2005.
9. González R. J.M.Promoción de la salud en el ciclo de vida. 1ª ed. C.d México Editorial McGrawHill, 2012.
10. Restrepo H. Promoción de la Salud. Como construir una vida saludable. Colombia. Editorial Médica Panamericana , 2002
- 11.Werner D. Cuestionando la Situación: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. Online, 200. USA. Editorial Healthwrights, 2000.

12. Hernán L. El Derecho a la Salud en las Américas . Estudio constitucional comparado. Organización Panamericana de la Salud 1989. Publicación científica N0 509 E.U.A.
13. Álvarez R. Educación para la Salud. 2ª ed. México. Editorial Manual Moderno, 2005.
14. Papalia D. Psicología del desarrollo. 8ª ed. Colombia Editorial McGrawHill, 2001.
15. Programa de acción Específico 2007-2012 Salud Bucal Primera edición México D.F, 2008.
16. Biondi A. S.C Odontopediatría Fundamentos y prácticas para la Atención Integral Personalizada, 2ª ed. Buenos Aires ed. Editorial Alfaomega, 2011.
17. Dominick P. DePaola Odontología preventiva. 1ª ed. Buenos Aires, Argetina. Editorial Mundi Saic y F, 1981.
18. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM29tlaxcala/municipios/29033a.html>
19. <http://www.mexicodesconocido.com.mx/tlaxcala-lugar-de-pan-de-maiz>
20. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tlax/poblacion/>
21. <http://www.municipios.mx/tlaxcala/>
22. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM29tlaxcala/municipios/29>
23. <http://www.tlaxcala.gob.mx/index.php/tlaxcala>
24. <http://mexico.pueblosamerica.com/i/san-isidro-buen-suceso-2/>
25. <http://www.ocdemexico.org.mx/Tlaxcala/San-Isidro-Buen-Suceso/>
26. <http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/catalogoclaves.asp>
27. <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=2902500>

28. <http://www.conafe.gob.mx/Paginas/default.aspx>.
29. Aguilar F Duarte C. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Revista Acta Pediátr Mex 2014;35:259-266.
30. http://www.quees.mx/wp-content/uploads/2015/05/Aprendizaje.-_Ilustraci%C3%B3n.jpg
31. <http://sanirezen.wikispaces.com/file/view/355275%5B1%5D.jpg/105817019/>
32. http://1.bp.blogspot.com/IsFp7mWugJg/T7MoSBfw1_I/AAAAAAAAAOM/owbEbVfyXw/s1600/Aula.bmp

2. Rotafolio .



3. Cartel de evento de recaudación.



Alguna vez te has preguntado ¿cuántas veces se cepillan los dientes las personas?.

Si hay alguien que no lo haga y no por falta de ganas, si no porque no tiene los recursos.

¿Sabías que hay personas que en el mejor de los casos comparten un cepillo para toda la familia?.

¿Tener un cepillo a caso es un lujo?.

Esto y más pasa en nuestro México ...

**UN CEPILLO
UNA SONRISA**

**EVENTO DE RECAUDACIÓN DE CEPILLOS
Y PASTAS DENTALES**

LUGAR: "LA MUELITA" UBICADA ENTRE LAS
CANCHAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y
ODONTOLOGÍA, CIUDAD UNIVERSITARIA.

01-OCT-2015

 diana_ch89@hotmail.com

 [facebook.com/VaNer69](https://www.facebook.com/VaNer69)