



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



***FACULTAD DE ODONTOLOGÍA***

PROPUESTA DE UN TALLER EDUCATIVO DIRIGIDO A  
ESCOLARES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENTIVA  
Y AUTO CUIDADO DENTAL.

***TESINA***

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

PRESENTA:

GABRIELA PIÑA PACHECO

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN  
HENONÍN PALACIO

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO D.F

2016



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.

## DEDICATORIAS

*“CUANDO SE ENSEÑA CON EL CORAZÓN, EL CONOCIMIENTO DURA PARA SIEMPRE”*

A DIOS. Por darme vida y fuerza para tomar decisiones, por nunca dejarme desistir, por permitirme resistir en el camino y amarme por sobre todas las cosas.

A MI HERMANO EDUARDO. Alguna vez de niños cantamos para que parará la lluvia temerosos tomados de la mano, hoy seguimos de la mano disfrutando cada una de nuestras vida y logros. Te amo siempre.

A MI PAPI. Tu ejemplo, tu fuerza, tu vida de trabajo y tu gran persona siempre han sido vital en mi vida, me has llenado de experiencias, simplemente no me alcanzará la vida para agradecerte todas las cosas extraordinarias que haces por mí, TE ADORO LALITO!!!!

A MI MÁ. Agradezco siempre tu ejemplo de resistencia, de ser la mejor en lo que hagas, de darme la sensibilidad necesaria para esta vida, de ser un impulso en mi vida, Te amo mi pequeña, gran Luisa.

A CACHITO. Gracias por ser mi apoyo incondicional, por tantas risas, por tu paciencia, por enseñarme lo bonito que puede ser la vida, por llenar cada espacio y por nunca, nunca volverme a dejar caer... gracias por despertarme, revivirme, y amarme. Gracias por nuestra vida juntos.

A MIS AMIGOS. Si bien no son tantos, son verdaderos, si bien no somos familia, somos más que hermanos. Gracias por coincidir.

A MI TUTORA Y ASESORA. Sin duda dejan una huella en mi carrera profesional y vida, gracias por su apoyo paciencia y empeño para la realización de este trabajo, que sin duda a pesar de sus múltiples labores

tomaron el esfuerzo para colaborar, sin su guía, conocimiento y experiencia esto hubiera sido una locura. Gracias lindas, ¡Dios las bendiga!

A CONSULTORES DENTALES. Uffff! Siempre fue mi sueño, y hoy es una realidad, nada fácil el retito, pero grandes satisfacciones, grandes logros y grandes sonrisas, te llevaré a la cima, engrandeceré tu nombre y serás bendición. Sin duda esto es mi pasión.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS FALLECIDOS. La luz y manifestaciones en sueños me siguen guiando de la mejor forma, los recuerdos que formamos siempre vivirán en mí, besos al cielo.

Agradecida estoy con mi gloriosa UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, por orgullosamente ser parte de ella, por permitirme crecer profesional y personalmente. POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU

GRACIAS A LA VIDA, POR PERMITIRME TERMINAR ESTA ETAPA DE ESTUDIO SATISFACTORIAMENTE, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE AMAR MI PROFESIÓN Y DISFRUTARLA Y NO ERRAR EN VOCACIÓN, JAMAS PERDER LA FÉ.

*...NO DUELE EL GOLPE, NO EXISTE EL MIEDO*

*QUÍTATE EL POLVO, PONTE DE PIE Y VUELVES AL RUEDO... AHORA VAMOS POR TODO...*

# INDICE

Introducción	-----	6
1. Propósito	-----	7
2. Objetivo	-----	7
3. Marco Teórico	-----	9
3.1 Conceptos	-----	11
3.1.1 Educación para la salud	-----	11
3.1.2 Definición de educación para la salud	-----	11
3.2 Definición de taller	-----	12
3.3 Cavidad bucal	-----	17
3.4 Cronología de la erupción	-----	19
3.5 Principales enfermedades en escolares	-----	20
3.5.1 Caries	-----	21
3.5.1.2 Etiología de la caries	-----	21
3.5.2 Enfermedad periodontal	-----	23
3.5.3 Maloclusiones	-----	25
3.6 Medidas preventivas	-----	28
3.6.1 Técnica de cepillado en niños	-----	29
3.6.2 Hilo dental	-----	30
3.6.3 Fluoruro	-----	31
3.6.4 Selladores	-----	35
3.6.5 Nutrición	-----	36

4. Propuesta de un taller educativo dirigido a escolares

Sobre la importancia de la preventiva y autocuidado dental

4.1 Metas	37
4.2 Estrategias	37
4.3 Limites del programa	38
4.3.1 De espacio	38
4.3.2 De tiempo	38
4.4 Actividades	38
4.4.1 Cronograma de actividades	48
5. Resultados	49
6. Conclusiones	54
7. Referencias Bibliográficas	56
8. Anexos	59

## Introducción

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más del 90 % de la población mexicana.

Estas enfermedades, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral.

A la Salud Bucal no se le había considerado como parte integral de la Salud General, sin embargo esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la salud bucal para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

La OMS define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad”; por lo tanto, si se presentan focos infecciosos en la cavidad bucal no se puede considerar a una persona sana y paradójicamente, las personas que sufren de alguna enfermedad bucal, no se consideran enfermos.

Una recomendación de esta organización, es la de modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilatorio y curativo como se da en gran medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado. De hecho, una visión salutogénica donde se aborden los aspectos que generan salud en oposición a la patogénesis; enfocados en que la enfermedad y la salud no son dos opuestos irreconciliables, sino más bien estados distintos dentro de un proceso en permanente transformación. Esto hace necesario la instrumentación de un programa de promoción, educación y prevención, en preescolares y escolares, conformado por acciones que se organizan y sistematizan a través de las estrategias de concertación y coordinación, extensión de cobertura, participación social, capacitación permanente y comunicación social y se complementa con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones.

Con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edentulos a edades tempranas, entre otros. Si estamos comprometidos con cambiar esto, y centramos nuestros esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, tenemos que empezar o seguir trabajando con nuestra niñez.

Con el único fin de educar a escolares a través de un taller didáctico sobre la importancia de la prevención y autocuidado dental.

## 1. Propósito

Generar educación bucal con el fin de mantener una cultura en la que se fortalezca el autocuidado, se prevengan enfermedades bucodentales de mayor prevalencia e incidencia en escolares a través de promoción y educación para la salud, demostrando didácticamente beneficios y riesgos, en medidas de prevención y protección específica, cuyo taller sea de alto impacto que mantengan y apliquen por el resto de la vida, con la finalidad de prevenir tratamientos restaurativos invasivos en un futuro.

## 2. Objetivo

Educar a escolares a través de un taller didáctico sobre la importancia de la prevención y autocuidado dental.

### 3. Marco Teórico

#### Antecedentes

A partir del año 1977 se organizan ciertas acciones educativas y preventivas en algunas escuelas, utilizando fluoruro de sodio en bajas concentraciones con la técnica de Bojanini, para autoaplicaciones. En 1980, se inicia el Programa de Atención a la Salud en Áreas Marginadas, en Grandes Urbes; donde se integran estas acciones al Programa de Atención a la Salud Bucal, como subprograma educativo preventivo, realizando autoaplicaciones de fluoruro de sodio al 0.2 % con la técnica de Torrell y Ericsson. Extendiéndose la cobertura a un mayor número de escuelas primarias de la Secretaria de Educación Pública (SEP).

El Programa Nacional de Salud (1989-1994), impulsa con carácter prioritario la educación y fomento de la salud, propiciando la responsabilidad ciudadana de proteger la salud individual y familiar, a través de la salud pública y social.

Para ofrecer a la población acceso a los servicios de salud. En 1989, se firma el convenio SSA-SEP para el desarrollo del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Preescolares y Escolares del Sistema Educativo Nacional incluyendo la ejecución de acciones que mantengan la salud bucodental.<sup>2</sup>

La Odontología tiene un papel muy importante en la salud pública, primordialmente cuando la práctica está orientada a la población infantil (preescolares y escolares); tal y como se ha planteado en la atención primaria a la salud, que la define como: “La asistencia

sanitaria esencial, basada en métodos prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su participación, a bajo costo, con responsabilidad y autocuidado”. Representando el primer contacto, de un proceso permanente que tienen los individuos con el sistema de salud. Asimismo, la Ley General de la Salud, señala como parte importante de los servicios básicos de salud, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales, actividades de promoción y prevención en la atención Estomatológica y Educación para la salud bucal; para cumplir con lo anterior ha sido necesario establecer estrategias e instrumentos que permitan unificar criterios en cuanto a las actividades educativo preventivas a realizar, en preescolares y escolares con el objeto de que adquieran hábitos higiénico dietéticos para que de esta forma se prevengan enfermedades bucales, objetivo principal del Programa Salud Bucal del Preescolar y Escolar.<sup>2</sup>

Una más de las estrategias incorporadas al programa desde la década de los 80s es la Atención Incremental que posteriormente se le llamó Atención Gradual, cuyo objetivo es otorgar promoción de la salud, atención preventiva y curativa personalizada con el propósito de incrementar gradualmente el número de niños sanos,<sup>3</sup> así como el número de niños con rehabilitación bucal para contribuir en la disminución del índice de necesidades de tratamientos sofisticados y costosos. Esto con la finalidad de que esos niños adquieran conductas salutogénicas es decir que busquen mantenerse sanos, y que personalmente se responsabilicen de su salud bucal practicando hábitos de autocuidado desde etapas más tempranas en la vida, manteniéndolas el resto de sus vidas.<sup>4</sup>

## 3.1 Conceptos

### 3.1.1 Educación para la salud

Los objetivos básicos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a cambiar los individuos conductas favorables a su salud.<sup>3</sup>

Las principales estrategias orientadas a la creación de mejores condiciones de salud incluyen intervenciones dirigidas a la población infantil de edad escolar, ya que en la infancia se adquieren las actitudes y patrones de conducta que regularán su vida en la edad adulta.<sup>2</sup>

### 3.1.2 Definición de Educación para la salud

Fue definida por la OMS, como “un campo especial de las ciencias de la salud que como objetivo principal tiene la transmisión de conocimientos y el desarrollo de conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad”.<sup>5,6</sup>

Está orientada a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio del comportamiento, para capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcance salud y calidad de vida.<sup>5</sup>

Begoña Rumbo Arcas menciona en su artículo publicado en la revista iberoamericana de educación, que la educación para la salud se refiere a las actuaciones que tienen por objeto promover en la población la serie de conocimientos, hábitos y actitudes que inciden positivamente en la promoción de la salud y así revierten en la calidad de vida de las personas.<sup>6</sup>

### 3.2 Definición de taller

El taller es una nueva forma pedagógica que pretende lograr la integración de teoría y práctica a través de una instancia que llegue al “alumno” con su futuro campo de acción y lo haga empezar a conocer su realidad objetiva. Es un proceso pedagógico en el cual alumnos y docentes desafían en conjunto problemas específicos. Está concebido como un equipo de trabajo, formado generalmente por un facilitador o coordinador y un grupo de personas en el cual cada uno de los integrantes hace su aporte específico. El coordinador o facilitador dirige a las personas, pero al mismo tiempo adquiere junto a ellos experiencia de las realidades concretas en las cuales se desarrollan los talleres, y su tarea en terreno va más allá de la labor académica en función de las personas, debiendo prestar su aporte profesional en las tareas específicas que se desarrollan.<sup>7</sup>

#### *Proceso educativo*

Pretende estimular un cambio de conducta del individuo hacia su propia salud bucal. Consta de 3 pasos:

- *Información:* Se da a conocer la necesidad de que los niños reciban atención odontológica oportuna para protegerlos de las enfermedades bucales, o que existan un procedimiento sencillo para detectar caries entre otros.<sup>8</sup>
- *Motivación:* Se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que tiene el procedimiento. Previene enfermedades y evita posibles complicaciones.<sup>8</sup>
- *Educación propiamente dicha:* Cuando la madre o los familiares del niño, lo llevan a una revisión odontológica para aprovechar la

información que se le ha proporcionado. Esto puede ser cambio de conducta.<sup>8</sup>

Cuando la información es completa e interesante lleva un grado de motivación, y este es el paso previo que conduce al cambio de conducta.<sup>9</sup>

### Principales características para un taller

La utilización de este método tiene como cometido dar respuesta a preguntas planteadas en las consignas de trabajo, teniendo en cuenta la opinión de todos los miembros del grupo, para llegar a una toma de decisiones colectiva. Además, promueve el desarrollo de varios saberes: cognitivo, operativo, relacional (saber escuchar, planificar con otros, tolerar las opiniones de los demás, aprender a coordinarse con otros, tomar decisiones de manera colectiva, sintetizar, diferenciar entre información relevante y no relevante...) por lo cual se transforma en un método de aprendizaje muy relevante para el desarrollo de competencias profesionales, ya que: Se basa en la experiencia de los participantes. Es una experiencia integradora donde se unen la educación y la vida, los procesos intelectuales y afectivos. Está centrado en los problemas e intereses comunes del grupo. Implica una participación activa de los integrantes. Puede utilizar diversas técnicas, especialmente la discusión en grupo.<sup>8</sup>

## Usos especiales

- Permite analizar los problemas de la práctica y encontrar soluciones.
- Adapta el aprendizaje de acuerdo a las experiencias de los participantes.
- Respeta diversas características del aprendizaje de adultos.
- Utiliza la experiencia profesional de los participantes.
- Está orientado específicamente a las tareas.
- La tarea es convocante del grupo.
- Se focaliza en problemas pertinentes.<sup>10</sup>

## Limitaciones

- Limitado a pequeños grupos, los grandes deben de ser subdivididos.
- Requiere de un facilitador que se pueda adaptar a este formato.
- Puede derivar en exposiciones, si el experto se adapta mal al formato.<sup>11</sup>

## Como diseñar un taller de aprendizaje

### Condiciones previas necesarias

Según Gibb (1996), para desarrollar adecuadamente un taller de aprendizaje, se deben considerar una serie de aspectos, a saber:

- 1) La creación de un ambiente físico conducente a la resolución de problemas. Ese ambiente físico debe de ser suficientemente grande como para permitir una máxima base de experiencias y suficientemente reducido como para permitir una gran participación y un mínimo de intimidación. El ambiente ha de ser informal pero conviene evitar cualquier motivo de distracción. Por otra parte, se deben considerar aspectos tales como calefacción, iluminación y

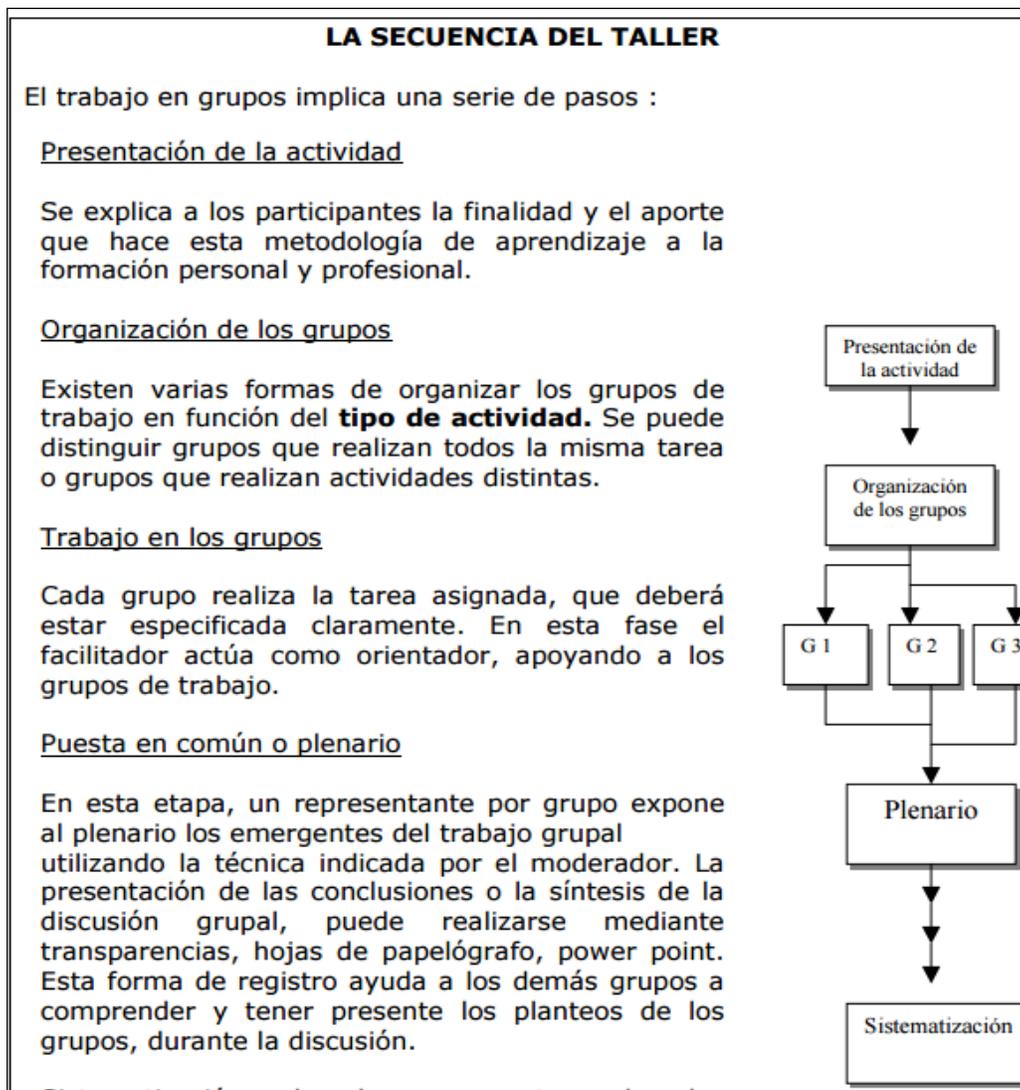
ventilación, así como conviene también disponer de mesas para que los integrantes puedan escribir. Hay que tomar en cuenta que muchas de las barreras que se interponen a la comunicación son emocionales e interpersonales.

- 2) La reducción de tensiones interpersonales que suelen surgir de las situaciones de grupo. Las situaciones interpersonales amistosas reducen la intimidación. La forma en que se reacciona frente a la intimidación puede adoptar diversas expresiones: la proyección de culpa sobre los otros, menosprecio de algunos de los miembros, generalizaciones abusivas e injustas, comentarios negativos sobre los organizadores o autoridades.
- 3) El establecimiento de acuerdos sobre procedimientos que tiendan a la resolución de problemas.
- 4) La libertad del grupo para establecer sus propios objetivos y tomar sus propias decisiones.
- 5) La enseñanza de habilidades adecuadas para la adopción de decisiones.<sup>12</sup>

A partir de los objetivos establecidos para el taller y de la conformación del grupo y características de los participantes, se deberá preparar:

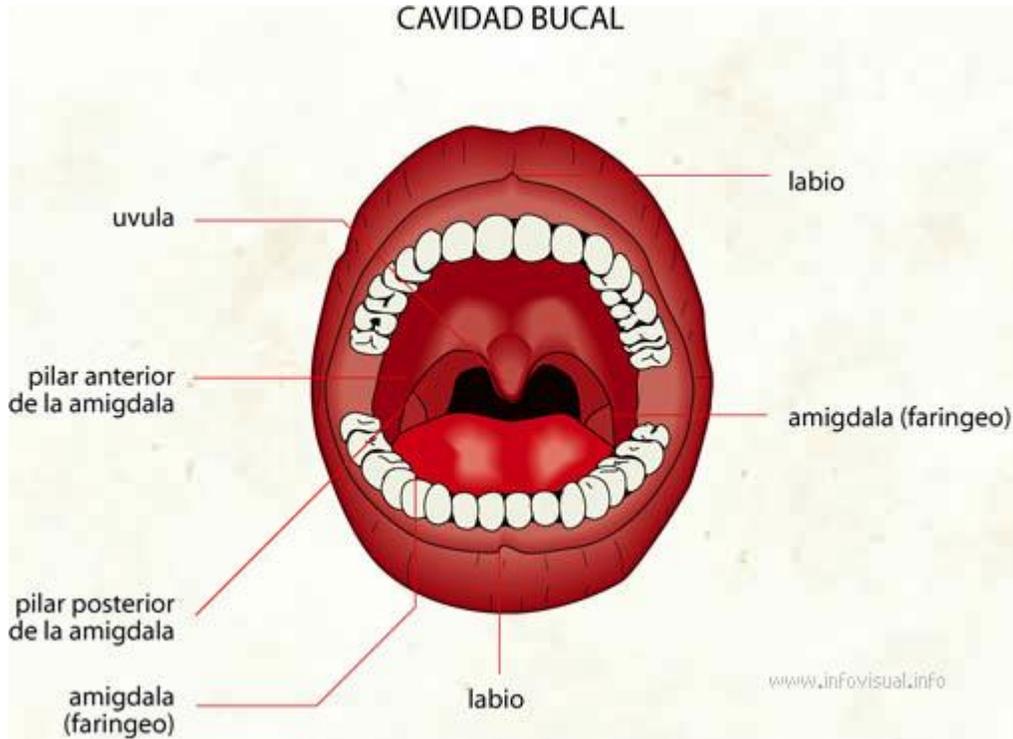
- La tarea. Actividad a realizar de acuerdo a los objetivos del taller previamente estipulados.
- La organización de los grupos. El grupo grande se divide en subgrupos, cada uno de ellos designa un secretario que tomará nota de las conclusiones parciales y finales y también se encargará de administrar el tiempo. También se designará un relator para el plenario. Estos subgrupos se instalan en los locales previstos, preferentemente tranquilos.
- Los materiales de apoyo. Materiales escritos, audiovisuales, etc., necesarios para desarrollar la actividad.
- Las técnicas de trabajo grupal e individual apropiadas para cada actividad.
- La evaluación. Se llevará a cabo al

final del Plenario, donde se evaluará la tarea realizada mediante las técnicas que se consideren más adecuadas para el objetivo perseguido (planillas, opiniones orales o escritas, formularios, etc.) sin desmedro de las evaluaciones que se deseen realizar durante el desarrollo del taller.<sup>11</sup>



### 3.3 Cavity Bucal

#### Estructura de la cavidad bucal



Esquema 1. <sup>13</sup>

La cavidad bucal está delimitada por el paladar, la base de la boca, las mejillas y los labios, así como la úvula y los arcos palatoglosos que discurren lateralmente desde la úvula.<sup>13</sup>

El interior de la cavidad bucal está dividida por las hileras de dientes del maxilar superior y/o inferior: se define como cavidad bucal propiamente dicha (cavum oris) el espacio que queda rodeado frontal y lateralmente por los dientes, que mayoritariamente resulta ocupada por la lengua. El espacio entre las hileras de dientes y los labios y/o las mejillas recibe el nombre de vestíbulo oral (vestibulum oris). De acuerdo con los términos latinos, las indicaciones relativas al sentido reciben el nombre de oral “cuando discurren hacia la cavidad bucal” y vestibular “cuando discurren hacia el vestíbulo oral”. El conjunto de la cavidad bucal está recubierto de mucosa, manteniéndose húmeda gracias a la saliva producida por las glándulas salivares. La mucosa bucal contiene receptores sensoriales para notar la temperatura y el tacto. En la mucosa de la superficie lingual también encontramos los receptores para el sentido del gusto.<sup>10</sup>

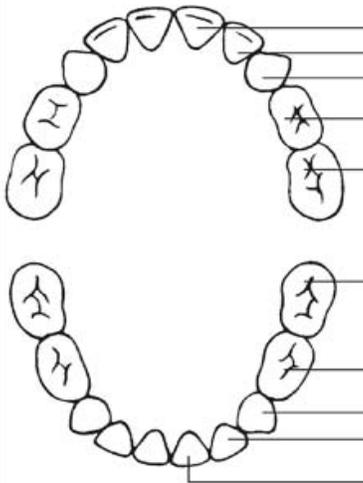
La transición entre la mucosa móvil de los labios y/o de las mejillas y la mucosa móvil del proceso alveolar también recibe el nombre de surco labial. En la zona de las mejillas una serie de pliegues mucosos estiran hacia el proceso alveolar, pliegues que reciben el nombre de frenillos bucales (frenulum buccale). Además, desde la mucosa del labio superior y del labio inferior, sendos frenillos labiales (frenulum labii) entran en la mucosa del proceso alveolar.

En la zona de las hileras de dientes la mucosa móvil se convierte en las encías que van fijadas a los huesos maxilares (gingiva).<sup>10</sup>

### 3.4 Cronología de la erupción

Los dientes pueden variar en tamaño, forma y su localización en la mandíbula. Estas diferencias permiten que los dientes trabajen juntos para ayudar a masticar, hablar y sonreír.<sup>15</sup> También ayudan a dar la forma y estructura de la cara. Al nacer, las personas típicamente tienen 20 dientes primarios, quienes empiezan la etapa de la dentición a los seis meses de edad. Después los dientes se caen en varias ocasiones durante la infancia. Generalmente a la edad de 21 años todos los 32 de los dientes permanentes han salido.<sup>14-16</sup>

Tabla de dentición y caída de los dientes deciduos



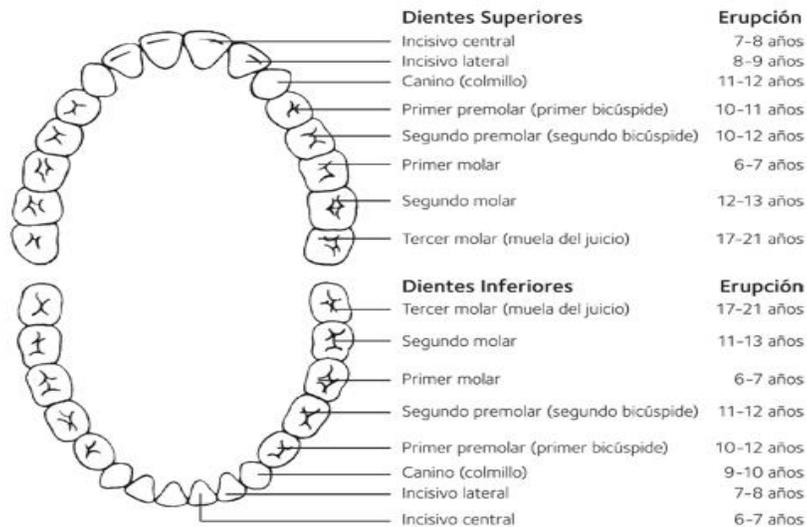
Dientes Superiores	Erupción	Se Caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años

Dientes Inferiores	Erupción	Se Caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

ESQUEMA 2 <sup>17</sup>

## Tabla de erupción de los dientes permanentes



ESQUEMA 2.1 <sup>17</sup>

### 3.5 Principales Enfermedades bucales en preescolares

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas. <sup>18</sup>

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él

mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos. <sup>18</sup>

Dada la alta incidencia que presentan enfermedades bucales como la caries, periodontopatías y maloclusiones, y la gran necesidad de prevenirlas, es que existe la necesidad de estudiar los factores de riesgo que sobre ellas influyen. <sup>19</sup>

### 3.5.1 Caries

La caries, es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta. <sup>20</sup>

La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares de ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética. Tras la destrucción del esmalte, sobreviene un ataque a la dentina, alcanzando a la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis y posteriormente necrosis. Si el diente no es tratado oportunamente, puede posteriormente llevar a la inflamación del área que rodea al ápice produciendo una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso, una celulitis incluso una angina de Ludwig. <sup>21</sup>

#### 3.5.1.2 Etiología de la caries

Para que la caries se inicie, se requiere que concurren varios factores, se han logrado determinar cuatro factores fundamentales. <sup>20</sup>

1. *Anatomía dental*: la composición de la superficie y la localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Los molares y premolares son más susceptibles a la caries ya que su morfología presentan una cara oclusal donde predominan los surcos, fosas, puntos, y fisuras, la lengua no elimina tan fácilmente esta placa de la superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denominan zona de autoclisis.<sup>21</sup>
2. *Tiempo*: la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidorresistente de los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interfase placa- esmalte. Asimismo el elemento *tiempo* forma parte primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental es capaz de resistir 2 horas por día la desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente amortiguador en este fenómeno, pero el cepillo dental proporciona esta protección, es decir, 30 minutos posterior a la ingesta de alimentos del órgano dental tiene aún desmineralización.<sup>21</sup>
3. *Dieta*: la presencia de los carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, la cual, es capaz de degradar el almidón hasta la maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirlos hasta glucosa,

produciendo una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte.<sup>21</sup>

4. *Bacterias*: capaces de adherirse a la película adquirida y congregarse formando un “biofilm”, de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias patógenas no adheridas por la saliva siendo posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gran positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gran negativas y es en este momento es cuando se denomina a la placa “cariogénica” es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo de *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los mutans además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.<sup>21</sup>

### 3.5.2. Enfermedad Periodontal

Son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos (periodontales) que rodean y sujetan a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria y causadas por bacterias que dependiendo de su grado de afectación se le denomina *gingivitis*, cuando el proceso inflamatorio solamente afecta al periodonto superficial y no están afectados los tejidos que sujetan el diente. Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y ligamento que soportan y sostienen a los dientes. A este grado de afectación se le denomina *periodontitis*. Si la periodontitis no se trata adecuadamente

evoluciona destruyendo todo el soporte del diente y con ello el alojamiento y pérdida del mismo.<sup>14</sup>

Muchas personas piensan que la enfermedad periodontal es un problema que sólo afecta al adulto. Sin embargo, los estudios indican que la gingivitis (la primera etapa de la enfermedad periodontal) se encuentra casi en forma universal en niños y adolescentes. Las formas avanzadas de enfermedad periodontal son más raras en niños que en adultos, pero pueden ocurrir.<sup>14</sup>

### Tipos de enfermedad periodontal en niños

Es parte principal de la composición de la matriz inorgánica del tártaro dental, estableciendo que a medida que aumenta el contenido mineral, la placa bacteriana se calcifica formando tártaro dental predisponiendo el medio a inflamación y/o destrucción periodontal.<sup>18</sup>

### Placa dentobacteriana

La placa dentobacteriana es el acúmulo heterogéneo que se adhiere a la superficie dental o se sitúa en el espacio gingivodental, compuesto por la comunidad microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias, rodeada por una matriz intracelular de polímeros de origen microbiano y salival.

Estas bacterias que se encuentran en la saliva pueden ser consideradas bacterias planctónicas (bacterias que flotan en una fase líquida). Sin embargo, las bacterias que se encuentran en una superficie dura (diente, reconstrucciones, prótesis e implantes) forman una película gelatinosa adherente: la placa dentobacteriana. Esta placa, es un biofilm bacteriano adherente. Siendo el agente etiológico principal de la caries y de las enfermedades periodontales.<sup>21</sup>

La materia alba es un depósito blando, adherente, consistente y mate de color blanco amarillento, se adhiere a la superficie dental y a las restauraciones dentales. Formándose en unas horas y no se elimina con el agua a presión. Esto permite diferenciar de la materia alba, la cual se forma por restos alimenticios, leucocitos en vía desintegración, células epiteliales descamativas y microorganismos.<sup>21</sup>

Hay varias clasificaciones de la placa, por sus propiedades (adherente; poco adherente); por su capacidad patógena (cariógena o periodontal) principalmente se clasifica como supragingival y subgingival, esta da como resultado la caries, la cual es la acidificación prolongada de la microflora y la desmineralización del diente, debido a la ingesta de carbohidratos.<sup>22</sup>

### 3.5.3 Maloclusiones

La maloclusión es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista.<sup>15</sup>

El periodo de desarrollo del individuo, está marcado por muchas variaciones en todos sus aspectos, no escapando los mismos, de los cambios continuos en la dentición y sus estructuras anexas, las cuales al igual que el resto del organismo pueden progresar normalmente o verse afectadas adversamente por influencias perjudiciales genéticas o del medio.<sup>15</sup>

A lo largo del siglo XIX se conforma el concepto y destaca la importancia del fenómeno de la oclusión. Sin embargo, sería Edward H. Angle -en su libro "maloclusiones de los dientes", publicado en 1907- quien organizaría los criterios dispersos y formularía principios exactos de diagnóstico.<sup>15</sup>

Clase I (neutroclusión)

Tipo 1: dientes superior e inferiores apiñado, o caninos en labio versión, infra labio versión o linguo versión. (Figura 1)

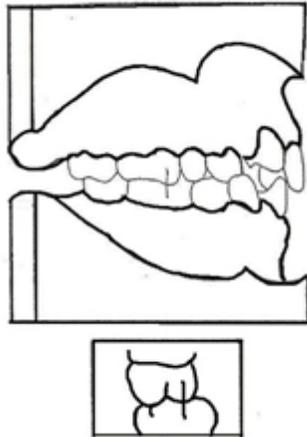


Figura 1

- Tipo 2: incisivos superior protruidos o espaciados.(figura 2)

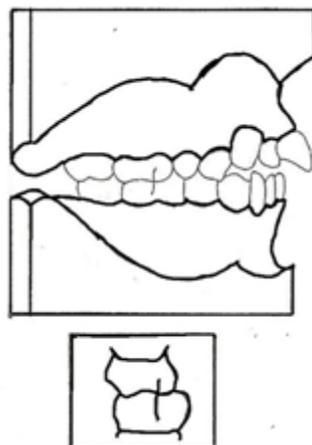


Figura 2

Clase II (Distoclusión)

División 1: si los incisivos superiores se encuentran en labio versión.

(Figura 3)

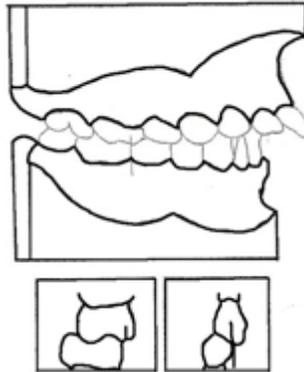


Figura 3

División 2: si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición normal o ligera linguo versión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente

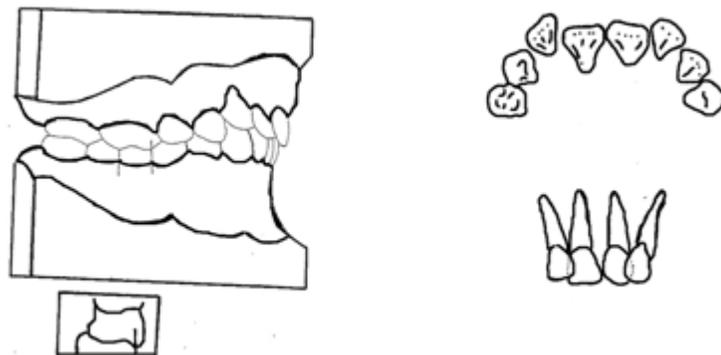


Figura 4

Clase III: (Mesioclusión)

Tipo 1: si observamos los arcos por separado, estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.

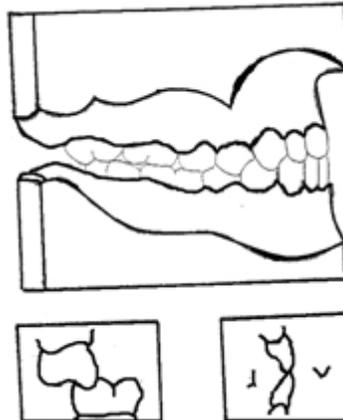


Figura 5

### 3.6 Medidas Preventivas

Niveles de prevención

La medicina preventiva es parte de la salud pública, sus objetivos son promover y conservar la salud y prevenir las enfermedades, consta de 3 niveles de prevención:

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

*Prevención primaria* está dirigida al individuo sano o aparentemente sano.

Sus objetivos son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y la prevención específica.

*Prevención secundaria* su objetivo es evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; esto se alcanza mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. En este nivel de prevención las acciones se dirigen al enfermo.

Entre la prevención primaria y secundaria se considera una acción intermedia: es la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuno, sino la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que presenten la sintomatología correspondiente.

*Prevención terciaria* consiste en la rehabilitación física, mental y social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad.

Medidas de prevención primaria:

### 3.6.1 Diferentes técnicas de cepillado para niños

1. Técnica de Fones.- Indicada en niños de edad escolar, se realizan movimientos circulares sobre las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y en las caras de los dientes oclusales e incisales, se realizan movimientos anteroposteriores.<sup>23</sup>

Se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada.<sup>24</sup>

La limpieza por la zona vestibular facilita que el niño permanezca con la boca cerrada, evite que ingiera crema dental. Los movimientos circulares deben ser realizados 15 veces por área con el propósito de remover la placa dentobacteriana.<sup>24</sup>

2. Técnica de Stillman modificado.- Se coloca el cepillo en la región mucogingival, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía.<sup>24</sup>

Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo sobre la superficie dentaria, proporcionando a la técnica no solo eficacia en la remoción mecánica de placa bacteriana sino también masaje gingival.<sup>24</sup>

El movimiento debe ser repetido de 20 a 25 veces en cada grupo dentario al ser cepillado. La región de los caninos debido a su posición sobresaliente por la curvatura del arco, debe recibir una atención especial, el cepillo dental debe ser colocado adecuadamente para no dañar a la encía. La cara oclusal (superficies molares) debe ser higienizada con movimientos anteroposteriores.<sup>24</sup>

3. Técnica de Bass.- indicado en Odontopediatría solo en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los filamentos del cepillo dental sean colocados directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45°, con relación al eje del diente, con el cepillo dental en esta posición serán ejecutados movimientos vibratorios de pequeña amplitud. Estos movimientos deben ser repetidos 15 veces para cada región cepillada.<sup>24</sup>

### 3.6.2 Hilo dental

Debe medir de 25 a 45 cm, siendo enrollada alrededor del dedo medio de ambas manos. La distancia entre ambos dedos índices debe ser de 2 a 3 cm, permitiendo que el hilo dental permanezca estirado, pero sin tensión. La

limpieza en esta zona se consigue por el movimiento del hilo dental de arriba hacia abajo y éste debe estar abrazando bien la superficie interproximal.<sup>24</sup>

En el arco inferior el hilo debe ser apoyado con el dedo índice.

En el arco superior, el uso de éste debe ser apoyado con el dedo pulgar y no el índice como fue utilizado en el arco superior.<sup>24</sup>

### 3.6.3 Fluoruro

La presencia de fluoruros en el agua potable ha demostrado que produce descenso de la incidencia en caries.<sup>25</sup>

Existen evidencias que la actividad cariostática de los fluoruros comprende mecanismos diferentes, la ingestión de fluoruros da como resultados la incorporación de la dentina y el esmalte en los dientes no erupcionados, lo que hace que los dientes sean más resistentes al ataque de los ácidos después de su erupción en cavidad oral.<sup>25</sup>

La incorporación del fluoruro al esmalte depende del momento de exposición al ión flúor. Cuando es a nivel pre-eruptivo (efecto sistémico) se obtiene en mayor beneficio de las superficies proximales; cuando es a nivel post-eruptivo (efecto tópico) las superficies vestibulares, linguales y palatinas son las más beneficiadas, mientras que las superficies oclusales siempre van a tener solo un efecto beneficio transitorio. Su mecanismo de acción es hasta de 60% en los procesos de remineralización, lo que hace útil, en lesiones blancas de caries y el 40% restante con una acción antibacteriana e inhibición de la solubilidad del esmalte.<sup>25</sup>

A partir de 1945, múltiples investigaciones han demostrado que la incorporación de fluoruro al agua en la proporción de una parte de fluoruro

por un millón de partes de agua (1ppm) reduce significativamente la caries dental; estos estudios dieron la pauta para que en diferentes países se adoptara la fluoración del agua como una importante medida de salud pública, entre ellos se encuentran el Reino Unido, Rusia, Canadá, Estados Unidos de Norte América y Australia. <sup>26</sup>

La administración de fluoruro se realiza a través de dos vías: la sistémica (que se distribuye por vía sanguínea) y la tópica (efecto local).

La administración sistémica tiene efecto tóxico a través de la secreción salival; y la vía tópica se transforma en sistémica cuando los productos aplicados se ingieren indebidamente. <sup>26</sup>

#### Vía sistémica

- Acción sobre la hidroxíapatita

En la fase pre-eruptiva la acción de flúor aumenta la concentración de ese ion en la malla cristalina, sustituyendo en los cristales del esmalte algunos defectos y deficiencias de los iones de calcio e hidroxilo, lo que produce el crecimiento de cristales de fluoruro apatita. El flúor desplaza al ión hidroxilo de la molécula de apatita y ocupa su lugar. Como resultado, hay mayor riqueza del esmalte en cristales fluorados, re-estructurando los cristales de hidroxíapatita. También se forma fluorhidroxapatita. <sup>27</sup>

En la etapa post-eruptiva, la acción del fluoruro como componente de la saliva y fluidos gingivales favorece la maduración del esmalte. Este periodo de maduración puede durar aproximadamente dos años. El máximo valor para la cristalinidad del esmalte se logra después de la erupción dental. <sup>27</sup>

Durante esta fase de depósito mineral una considerable cantidad de fluoruro es incorporada en la capa sub-superficial del esmalte, brindando una mayor resistencia al proceso de desmineralización producido por los ácidos bacterianos.<sup>27</sup>

### Vía tópica

El fluoruro se incorpora al esmalte superficial post-eruptivamente desde el ambiente bucal, pero este depósito se restringe a la sub-superficie.<sup>27</sup>

- Promueve la remineralización:

El fluoruro evita la desmineralización del esmalte a través de dos procesos: el esmalte con proporción alta de fluoruroapatita o fluorhidroxiapatita es menos soluble en ácido que cuando contiene solo hidroxiapatita; la concentración alta de fluoruro en los fluidos orales hace más difícil la disolución de la apatita del esmalte. Pero si a pesar de todo se produce desmineralización del esmalte por caída del pH en presencia de fluoruro, los iones se difunden a partir de la disolución de hidroxiapatita, se combinan con el fluoruro y forman una capa superficial mineralizada de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, con lo cual ocurre la remineralización.<sup>27</sup>

### *Barnices*

Presentan un contenido más elevado de fluoruro, entre 0.1% (1 000ppm) y 2.26% (22 600 ppm), son de consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva. Estudios realizados han demostrado una reducción de caries hasta de 50%.<sup>27</sup>

Los barnices han probado su eficacia en múltiples estudios, en virtud de:

- Incrementar el tiempo de contacto entre el fluoruro y el diente.
- Evitar la ingestión residual de fluoruro.
- Seleccionar con mayor exactitud las zonas del diente que se consideran de mayor riesgo.
- Liberar lenta y continuamente el fluoruro, asegurando mayor rango de prevención.
- Ser efectivo a cualquier edad.

Se recomiendan tres aplicaciones consecutivas en un periodo de diez días, una vez al año, durante tres años consecutivos. La evidencia científica comprueba que no aumenta la fluorosis.<sup>27</sup>

### *Pastas profilácticas fluoradas*

Este tipo de pastas se utilizan de manera rutinaria para limpiar y pulir las superficies dentales.<sup>27</sup>

Pueden contener entre 4000 y 20 000 ppm, no sustituyen al gel o barniz en el tratamiento de pacientes de alto riesgo y nunca han sido aceptadas como agentes terapéuticos. Cada vez más cuestionado su uso, por la abrasión que producen.<sup>27</sup>

### *Pastas dentales fluoradas*

El fluoruro es el ingrediente activo más efectivo de los dentífricos para la prevención de la caries, es la manera más práctica para mantener los niveles de fluoruro en dientes y el vehículo para administrar fluoruro más utilizado en el mundo. Su uso forma parte de los procedimientos normales de la higiene bucal.<sup>27</sup>

El riesgo de ingestión de pasta dental se incrementa en niños menores de 6 años, algunos estudios han demostrado que los niños pueden ingerir suficiente pasta como para estar en riesgo de fluorosis.<sup>27</sup>

### *Enjuagues con fluoruro*

Son una solución concentrada de fluoruro que se utiliza para la prevención de la caries. Puede ser de frecuencia diaria, semanal o quincenal; al igual que la pasta dental se retiene en la biopelícula y en la saliva, el compuesto más comúnmente usado es el de fluoruro de sodio.<sup>27</sup>

#### 3.6.4 Selladores de fosetas y fisuras

Las fosas y fisuras son uno de los principales lugares de formación de caries, su anatomía y estreches las hacen un lugar particularmente propenso a la acumulación de placa bacteriana, y restos alimenticios, lo que las convierte en áreas de alto riesgo cariogénico.<sup>28</sup>

El sellado de fosas y fisuras es una técnica de prevención ampliamente extendida en la Odontología actual. La modificación de las áreas anatómicas más retentivas de la cara oclusal de los dientes, las fosas y fisuras mediante la utilización de diversas técnicas y materiales, ha sido una de las principales medidas preventivas empleadas para combatir la caries.<sup>28</sup>

Se han aplicado métodos mutilantes como la ameloplastia, en la que se modificaba la anatomía de la fisura por eliminación del esmalte adyacente, hasta transformarla en una depresión suave, fácilmente higienizable, o la preparación cavitaria intraesmalte y obturación con amalgama de plata.

Estas técnicas han sido sustituidas en la actualidad por otras más conservadoras de la integridad del diente.<sup>28</sup>

El desarrollo de la técnica de adhesión al diente con grabado ácido del esmalte y aplicación de una resina, abrió la puerta a la técnica de sellado de fosas y fisuras, que permite un aislamiento del medio eficaz de aquellas áreas anatómicamente susceptibles de retención de placa, por interposición

de una barrera física a la placa bacteriana, siendo este el método más empleado en la actualidad.<sup>28</sup>

### 3.6.5 Nutrición

#### *Alimentación y nutrición del escolar*

Una adecuada alimentación es llevar una dieta balanceada para que el organismo obtenga todos los nutrientes necesarios para lograr una buena salud.

En esta etapa los niños desarrollan una gran actividad física, por la que su gasto energético aumentara considerablemente, y por lo que deberá adaptar su consumo de calorías, a la nueva realidad. Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite una correcta manipulación de los utensilios empleados durante las comidas, siendo capaz de usarlos para llevar los alimentos a la boca. Una de las características específicas de esa edad es el rechazo a los alimentos nuevos, por el temor a lo desconocido. Se trata de una parte normal del proceso madurativo en el aprendizaje de la alimentación, lo que no debe ser traducido por la falta de apetito. El niño escolar puede reconocer y elegir los alimentos al igual que el adulto. Normalmente, el niño tiende a comer lo que ve comer a sus padres y a otras personas que le acompañan. Ellos observan e imitan, también en la alimentación.<sup>29</sup>

## 4.PROPUUESTA DE UN TALLER EDUCATIVO DIRIGIDO A ESCOLARES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENTIVA Y AUTOCUIDADO DENTAL.

### TEMAS A TRATAR:

- Diferenciación entre salud y enfermedad
- Partes de la boca (ubicación, utilidad)
- Placa dentobacteriana
- Caries
- Técnicas de cepillado
- Nutrición
- Orientación sobre el cuidado y preservación del autocuidado dental.

### 4.1 Metas

1. Lograr que los escolares dominen la técnica de cepillado
2. Motivar la práctica de higiene oral para prevenir enfermedades bucodentales en etapas primarias.
3. Elevar el conocimiento en escolares acerca de enfermedades bucodentales más frecuentes, su tratamiento y prevención.

## 4.2 Estrategias

- Cuestionamientos
- Mostrar, decir y hacer
- Juegos didácticos y competitivos
- Observación y exploración

## 4.3 Límites del programa

### 4.3.1 De espacio

Escuela primaria privada ubicada al sur de la Ciudad de México

### 4.3.2 De tiempo

Del 15 de marzo al 18 de marzo de 2016 (duración-20 horas)

## 4.4 Actividades

1. Se aplicó un cuestionario a los niños y niñas con el propósito de conocer sus hábitos de higiene oral y sus hábitos alimenticios e identificar cuanto conocimiento tienen acerca de salud bucodental.
2. A través de frutas y verduras naturales en descomposición y en buen estado se demostró didácticamente la diferencia entre salud y enfermedad.

3. Con apoyo de un esquema y un tipodonto se demostró la técnica de cepillado correcta, y posteriormente se llevó a cabo la tinción de placa dentobacteriana (pastilla reveladora) en algunos escolares para demostrar sobre el acumulo de placa dentobacteriana en algunas zonas donde la tinción era más intensa, observando a través de un espejo que se tenía que enfatizar el cepillado en esas zonas, mostrando a su vez partes y utilidad de la cavidad oral.
  
4. Después de una explicación didáctica sobre caries se revisaron escolares con escolares para la observación de caries.
  
5. Con el apoyo de 2 esquemas (dientes sanos, dientes enfermos) se explicó el riesgo y beneficio de consumir ciertos alimentos (chatarra) y el impacto que generan para la formación de un proceso carioso.
  
6. Se realizó un último cuestionario para ver el impacto educativo y consiente de dicho taller en los escolares.

Se llevó a cabo la actividad de salud enfermedad, por medio de frutas en mal estado se concientizó y se realizó el reconocimiento de una enfermedad (por medio de frutas) y el deterioro que sufre. A su vez se realizó el mismo método para mostrar (con una fruta en buen estado) la salud.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

Por medio de imágenes se explica la utilidad cavidad oral y sus componentes, tal como función y nombres de dientes (anteriores y posteriores), lengua, papilas gustativas, tejidos blandos y labios. Se lleva a cabo premiación con los participantes.



Fuente directa.



Fuente directa.



Fuente directa.

Actividad disfrazados de dentistas se solicitan 10 participantes los cuales jugaremos a ser dentistas y explicaran tecnica de cepillado, en donde se corregira grupalmente erroes y se premiara aciertos, en esta actividad con la ayuda de una pastilla reveladora se les hace mención de la presencia de placa dentobacteriana y la importancia de llevar a cabo una buena tecnica de cepillado, el tiempo de barrido, y cantidad de pasta por utilizar.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

Con una figura de un diente, se explica las partes del mismo, que ocurre en una formación de caries, se muestran formas de diferentes figuras de alimentos y hábitos de higiene, se solicitan participantes para colocacion de imágenes didacticas en una imagen de mayor tamaño para la identificación y reafirmación de nutrición y autocuidado en forma grupal y participativa. Se realiza premiación.



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

#### 4.4.1 Cronograma de actividades

<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
4 Marzo	11:00 am	Autorización para la implementación del taller.
15 Marzo	8:00 am a 12:00 pm 8:00 am a 9:00 am 9:00am a 10:00 am 11:00am a 12:00 pm	Inicio del taller + sección I (1°y 2°) Presentación, diferencia entre salud y enfermedad. + sección II (3°y4°) Presentación, diferencia entre salud y enfermedad. + sección III (5°y 6°) Presentación, diferencia entre salud y enfermedad.
16 Marzo	8:00 am a 9:00 am 9:00am a 10:00 am 11:00am a 12:00 pm	Partes de la boca sección I (1°y 2°)  Partes de la boca sección II (3° y 4°)  Partes de la boca sección III (5°y 6°)
17 Marzo	8:00 am a 9:00 am 9:00am a 10:00 am 11:00am a 12:00 pm	Técnica de cepillado, tinción en algunos alumnos sección I (1°y 2°) Técnica de cepillado, tinción en algunos alumnos sección II (3°y 4°) Técnica de cepillado, tinción en algunos alumnos sección III (5°y 6°)

## 5. Resultados

Se estudió a un total de 105 niños, donde el 50.5% pertenecían al sexo femenino y el 49.5% al masculino. El promedio de edad fue de  $9 \pm 1.4$  años, la edad mínima fue de 6 y la máxima de 12 años.

Tabla 1. Frecuencia y distribución de la población por sexo y edad.

Sexo	N	%
Femenino	53	50.5
Masculino	52	49.5
Total	105	100.0
Edad	Media	DE
	9.0	1.4

Fuente: Directa

En la tabla 2 se explica el total de los conocimientos sobre salud oral por sexo, la población total escolar sabe de la existencia de la caries (86.7%), sin embargo distinguen entre la salud y la enfermedad (93%). La actividad que generó mayor impacto en los escolares fue alimentación (31.4%) seguido del tema técnica de cepillado (25.7%). Sin distinción de sexo el 1.9% de escolares tenían conocimiento sobre generalidades básicas y función de los dientes. En relación a las visitas al dentista el 20% de los escolares contestaron que es importante acudir al dentista al menos una vez.

Tabla 2. Frecuencia y distribución de los conocimientos sobre salud oral por sexo.

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Que es caries						
Si	45	84.9	46	88.5	91	86.7
No	8	15.1	6	11.5	14	13.3
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0
salud-enfermedad						
Si	51	96.2	47	90.4	98	93.3
No	2	3.8	5	9.6	7	6.7
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0
Que aprendiste						
Alimentación	18	34.0	15	28.8	33	31.4
Cepillado	13	24.5	14	26.9	27	25.7
Utilidad dientes	1	1.9	1	1.9	2	1.9
Autocuidado	13	24.5	6	11.5	19	18.1
visita ir al dentista	7	13.2	14	26.9	21	20.0
No contesto	1	1.9	2	3.8	3	2.9
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0

Fuente: directa

\* $\chi^2$ ,  $p=0.05$

En la tabla 3 se explican las prácticas sobre salud oral por sexo, la mayoría de los escolares (88.6%) tiene el hábito de acudir al dentista. Sin duda lo que destaca esta tabla es la actividad de técnica de cepillado que realizan sin ayuda, ni supervisión de un adulto (93.3%), y refleja cepillarse 3 o más veces por día (68.6%).

Tabla 3. Frecuencia y distribución de las prácticas sobre salud oral por sexo.

	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	N	%
Acudes al dentista						
Si	49	92.5	44	84.6	93	88.6
No	4	7.5	8	15.4	12	11.4
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0
Quien cepilla tus dientes						
Mamá	1	1.9	1	1.9	2	1.9
Papá	4	7.5	1	1.9	5	4.8
Yo solo	48	90.6	50	96.2	98	93.3
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0
Cuantas veces al día cepillas tus dientes						
1-2	14	26.4	19	36.5	33	31.4
3 o más	39	73.6	33	63.5	72	68.6
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0
Consumo de dulces						
No	17	32.1	19	36.5	36	34.3
1	20	37.7	15	28.8	35	33.3
2	11	20.8	12	23.1	23	21.9
Más de 2	5	9.4	6	11.5	11	10.5
Total	53	100.0	52	100.0	105	100.0

Fuente: directa

\* $\chi^2$ ,  $p=0.05$

La tabla 4 se muestra la frecuencia y distribución de los conocimientos respecto a edad. Se observa que el conocimiento sobre caries es menor en niños entre 6-8 años (69.2%), ( $\chi^2=15.53$ ,  $p<0.001$ ). Ninguna otra variable presentó diferencias estadísticas significativas por grupo.

Tabla 4. Frecuencia y distribución de los conocimientos sobre salud oral por edad.

	Grupos de edad					
	6-8 años		9-12 años		Total	
	N	%	n	%	N	%
Que es caries*						
Si	28	30.8%	12	85.7%	40	38.1%
No	63	69.2%	2	14.3%	65	61.9%
Total	91	100.0%	14	100.0%	105	100.0%
salud-enfermedad						
Si	38	95.0%	60	92.3%	98	93.3%
No	2	5.0%	5	7.7%	7	6.7%
Total	40	100.0%	65	100.0%	105	100.0%
Que aprendiste						
Alimentación	17	42.5%	16	24.6%	33	31.4%
Cepillado	6	15.0%	21	32.3%	27	25.7%
Utilidad dientes	0	0.0%	2	3.1%	2	1.9%
Autocuidado	7	17.5%	12	18.5%	19	18.1%
visita ir al dentista	10	25.0%	11	16.9%	21	20.0%
No contesto	0	0.0%	3	4.6%	3	2.9%
Total	40	100.0%	65	100.0%	105	100.0%

Fuente: directa

\* $\chi^2$ ,  $p=0.05$

En la tabla 5 se muestra la frecuencia y distribución de las prácticas de salud oral por grupos de edad. Ninguna variable mostró diferencias estadísticas significativas por grupo.

Tabla 5. Frecuencia y distribución de las prácticas sobre salud oral por edad.

	Edad					
	6-8		9-12		Total	
	N	%	n	%	N	%
Acudes al dentista						
Si	37	39.8%	3	25.0%	40	38.1%
No	56	60.2%	9	75.0%	65	61.9%
Total	93	100.0%	12	100.0%	105	100.0%
Quien cepilla tus dientes						
Mamá	1	2.5%	1	1.5%	2	1.9%
Papá	3	7.5%	2	3.1%	5	4.8%
Yo solo	36	90.0%	62	95.4%	98	93.3%
Total	40	100.0%	65	100.0%	105	100.0%
Cuántas veces al día cepillas tus dientes						
1-2	13	32.5%	20	30.8%	33	31.4%
3 o más	27	67.5%	45	69.2%	72	68.6%
Total	40	100.0%	65	100.0%	105	100.0%
Consumo de dulces						
No	18	45.0%	18	27.7%	36	34.3%
1	13	32.5%	22	33.8%	35	33.3%
2	8	20.0%	15	23.1%	23	21.9%
Más de 2	1	2.5%	10	15.4%	11	10.5%
Total	40	100.0%	65	100.0%	105	100.0%

Fuente: directa

\* $\chi^2$ ,  $p=0.05$

## 6. Conclusiones

El conocimiento participativo de un taller es de suma importancia para generar plenitud en el mismo, debido a las actividades recreativas y grupales que se forjaran como experiencia.

Se debe considerar que para obtener un cambio o modificación en los conocimientos del área de la salud es importante implementar talleres, campañas o programas para fomentar educación para la salud principalmente en niños, ya que permiten moldear con mucha más facilidad hábitos de conducta en esta etapa, para obtener así la mejor respuesta al cambio.

Sin duda el desarrollo físico y psicológico de un niño con educación bucal preventiva, lo alejará de futuras enfermedades bucales lo cual será menos doloso en el ámbito restaurativo y económico; y por lo tanto llevará a cabo de forma individual el conocimiento a futuras generaciones y mejorías en su calidad de vida.

En el taller realizado, los escolares de dicha institución pertenecen a una clase media, por lo tanto nuestros resultados arrojaron hábitos de higiene bucal aceptables, y en consecuencia no existe una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, debido a la educación recibida por parte de la institución y casa.

Un fundamento importante es la participación del personal que no solo atiende las necesidades académicas y culturales, si no también brindan oportunidad a la capacitación sobre autocuidado en salud general,

proporcionando pláticas, campañas, talleres, para reforzar dicho conocimiento para su alumnado.

Por último los resultados reafirman el conocimiento adquirido en los niños más pequeños (6 años) debido a la poca experiencia de vida y no por un descuido, la mayoría de la población de esta escuela tiene un acceso a servicios de salud dental, por lo que el área restaurativa y preventiva se encuentra en un estado optimo de salud.

## 7. Referencias Bibliográficas

1. Mazariegos C. M. Tesis para obtener Grado de Maestría en Salud Pública. Proyecto de Intervención en la Atención Odontológica del Centro de Salud "Dr. José Ma. Rodríguez". Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. 1995.
2. Riodan. J. Fluoride Supplements for young children: an analysis of the literature focusing on benefits and risks. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1997. Vol. 27 P. 12 – 22
3. San Martín H, Martín A.C, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación práctica. Madrid Edit. Díaz Santos 2009. P.66-89
4. Narey RD, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1990. P. 43-57
5. GrenneW. Educación para la salud, México Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1988 p.26-50
- 6 Mirabent P. G. Revista Pedagógica Cubana. 1990 Abril – Junio vol. 6.
7. ANDER Egg, E. Hacia una pedagogía autogestionaria. Editorial Humanitas, Buenos Aires. 1986 p.34-57
8. Cuenca Sala, E. Odontología preventiva y comunitaria; principios básicos, métodos y aplicaciones, Barcelona Editorial Masson 1999, pp84-458-0818-4.
10. Disponible en: <http://dental.saludisima.com/odontologia-preventiva/>
11. Gibb J, Manual de dinámica grupal, Edición 7. Barcelona, Paidós 2006 pp.104-122
12. Ander Egg. E. La Planificación educativa Edición 20, Buenos Aires, Magisterio del Río de la Plata Editorial Masson 1966 pp 66-75
13. Disponible en: [http:// google.com/cavidadbucal/imagenes](http://google.com/cavidadbucal/imagenes)

14. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica enero 2010. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws)
15. Betancourt. O Estudio Epidemiológico de las maloclusiones en dos zonas rurales de Venezuela. Caracas. Trabajo para optar al Título de Magíster Scientiarum, Mención Ortodoncia. Facultad de Odontología UCV. Revista Venezolana de Ortodoncia, 1987-88; Vol. 4-5: 14-25.
16. MUÑIZ, M . Comportamiento sobre las maloclusiones dentarias en niños de 5 - 11 años Las Margaritas. Edo. Táchira 2007 <http://www.alfinal.com/odontologia/maloclusiondental.shtml>.
17. Blanco Restrepo H, Mejía J. Epidemiología básica y principios de investigación. Corporación para investigaciones biológicas, Edición 7 Colombia 1999.
18. Umeda M, Chen C. Risk indicators for harboring periodontal pathogens. J Peridonto California 1998 pp1111-8.
19. Gussant A. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. Pediatr. Dent. 2008 edición 30 pp.166-169.
20. Mertz-Fairhurst EJ, Adair SM, Sams DR et al. Cariostatic and ultraconservative sealed restorations: Nine-year results among children and adults. J Dent Child 1995; vol 62: pp97-107.
21. Negroni. B. Microbiología Estomatológica Fundamentos y Guía Práctica. Edición 22, Buenos Aires Argentina Editorial Panamericana
22. Clin. J. Conceptos recientes sobre formación de placa. 2003. vol. 30 pp.7-9
23. Frías A, Salud pública y educación para la salud. España 2002 Editorial. Mason pp. 43-49
24. Disponible en: <http://pekebebe.com1244-tecnicas-de-cepillado-en-niños>
25. Mc Donald R. Odontología pediátrica y del adolescente. Buenos Aires. Editorial. Medica Panamericana 1991 pp. 56-68

26. Programa de Salud Bucal del preescolar de la Asociación Dental Mexicana A.C. Hallado en E:/ programa de salud preescolar ADM/programa programa de salud preescolarADM adm\_org.mx.mht

27. Pinkham J.R. odontología pediátrica Ed 3 .México D.F a 1994 pp.23-39

28. Disponible en: <http://dentsply.es/Noticias/clinica1305.htm>

29. Disponible en: <http://bauldelogopedia.blogspot.com/2010/04/la-denticion.html>

## 8. Anexos

### Constancia de participación del taller



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
COORDINACION DE EDUCACIÓN PARA  
LA SALUD BUCAL  
SEMINARIO DE ODONTOLÓGIA  
COMUNITARIA

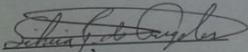
CD. MEXICO MARZO DE 2016

Por medio de la presente, confirmo que se llevo a cabo "**PROPUESTA DE UN TALLER EDUCATIVO DIRIGIDO A ESCOLARES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENTIVA Y AUTOCUIDADO DENTAL**" en COLEGIO SANTO DOMINGO TURNO MATUTINO EN EL ÁREA PRIMARIA (1ER A 6TO GRADO) en el mes de Marzo de 2016, con el fin de generar educación bucal, llevando a cabo el siguiente temario:

- Diferenciación entre salud y enfermedad
- Partes de la boca (ubicación Y utilidad)
- Placa dentobacteriana
- Caries
- Técnica de cepillado
- Nutrición
- Orientación sobre el autocuidado y preservación dental

Cumpliendo con la parte educativa y promotora de salud publica actuando con calidez y calidad para nuestros escolares, SIENDO UN TALLER 100% DIDACTICO, EDUCATIVO, INTERESANTE Y GRATUITO.

Quedo de usted.



SILVIA DE ANGELES  
DIRECTORA GENERAL  
COLEGIO SANTO DOMINGO



SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
ESCUELA PRIMARIA  
"COLEGIO SANTO DOMINGO"  
41-2614-00156 P. 014  
COPR1213J  
ACUERDO: PRS-01130006CT  
FECHA: 19/03/16  
COYACAHÁN, DISTRITO FEDERAL




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 SEMINARIO ODONTOLÓGICA COMUNITARIA  
 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN APLICADO A ESCOLARES  
 HABITOS DE HIGIENE DENTAL

EDAD: 10 años GRADO: 5º GÉNERO: H M

- ¿HAS ACUDIDO AL DENTISTA?  
SI NO
- ¿SABES QUE ES LA CARIES DENTAL?  
SI NO
- ¿QUIEN CEPILLA TUS DIENTES?  
MAMÁ PAPÁ YO SOLO NO ME CEPILLO
- ¿CUANTAS VECES AL DIA TE CEPILLAS LOS DIENTES?  
1 2 3 MÁS NO ME CEPILLO
- ¿SABES QUE ES SALUD Y ENFERMEDAD?  
SI NO
- ¿COMES MUCHOS DULCES Y GALLETITAS? ¿CUÁNTAS VECES?  
SI NO 1 2 3 MÁS
- ¿TE GUSTO EL TALLER?  
SI NO
- ¿QUE APRENDISTE? ESCRIBE O/Y DIBUJA  
A lavar los Dientes 




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 SEMINARIO ODONTOLÓGICA COMUNITARIA  
 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN APLICADO A ESCOLARES  
 HABITOS DE HIGIENE DENTAL

EDAD: 11 GRADO: 6º GÉNERO: H M

- ¿HAS ACUDIDO AL DENTISTA?  
SI NO
- ¿SABES QUE ES LA CARIES DENTAL?  
SI NO
- ¿QUIEN CEPILLA TUS DIENTES?  
MAMÁ PAPÁ YO SOLO NO ME CEPILLO
- ¿CUANTAS VECES AL DIA TE CEPILLAS LOS DIENTES?  
1 2 3 MÁS NO ME CEPILLO
- ¿SABES QUE ES SALUD Y ENFERMEDAD?  
SI NO
- ¿COMES MUCHOS DULCES Y GALLETITAS? ¿CUÁNTAS VECES?  
SI NO 1 2 3 MÁS
- ¿TE GUSTO EL TALLER?  
SI NO
- ¿QUE APRENDISTE? ESCRIBE O/Y DIBUJA  
Como cepillarme los dientes, de que tamaño debe ser la pasta y conocer mas información de la caries

Cuestionarios realizados por alumnos

