



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL
APLICADO EN LA SECCIÓN DE MATERNAL DE LA ESCUELA
CADI ENGELS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

DIANA CORDERO BAUTISTA

TUTORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A *DIOS*: agradezco por todo lo que tengo en la vida, por guiar siempre mi camino, y por estar conmigo en cada momento.

A *MIS PADRES*: por brindarme una infancia plena y feliz; por todo el esfuerzo que realizaron para que yo tuviera una formación completa en lo musical, académico, social, y cultural; para que yo siguiera adelante; gracias por mostrarme siempre cuál era el camino correcto; por ser el mejor ejemplo de vida; por apoyar todas mis decisiones; por amar tanto a mis hijos y por todo el amor que me han brindado.

A *MI HERMANO*: por haber llegado a mi vida primero como mi compañero de juegos y ahora por brindarme ese apoyo incondicional que sé que tengo contigo.

A *MIS ABUELOS*: por ser los principales pilares de la maravillosa familia a la que pertenezco.

A *MIS TÍAS Y TÍOS*: quisiera nombrarlos a todos pero no tendría espacio suficiente, solo puedo agradecer a cada uno de ustedes todo lo que hicieron por mí en cada etapa de mi vida, son una parte fundamental de mi formación, de mi personalidad, y del ser humano que soy ahora.

A *MIS PROFESORES*: que admiro y respeto por toda esa sabiduría que compartieron conmigo a lo largo de mi carrera.

A *MI ESPOSO*: por ser un punto de apoyo en mi vida y por amarme tal como soy.

A *MIS HIJOS*: por motivarme a seguir adelante a pesar de todas las adversidades que se puedan presentar en mi camino y por amarme con ese único sincero y más grande amor que pueda existir en la vida.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 Edad maternal y preescolar.....	20
3.2 Indicadores epidemiológicos.....	30
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
5. JUSTIFICACIÓN.....	36
6. OBJETIVOS.....	38
6.1 Objetivo general.....	38
6.2 Objetivos específicos.....	38
7. MATERIAL.....	39
8. MÉTODO.....	41
9. CONCLUSIONES.....	46
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
11. ANEXOS.....	50



1. INTRODUCCIÓN

En el cuidado personal de la salud se engloban todas las actividades y decisiones de un individuo para prevenir enfermedades.

Uno de los principales propósitos de tener una buena higiene bucal es prevenir o detener el desarrollo de las enfermedades bucales como la caries y la enfermedad periodontal, reduciendo la acumulación de placa dentobacteriana por medio del cepillado dental.

El régimen de higiene bucal debe ser personalizado, ya que así cumplirá de manera específica las necesidades del niño, ya que están determinadas por diferentes factores como; estilo de vida, medio ambiente, acceso a sistemas de atención a la salud bucal y condiciones biológicas.

Para asegurar el compromiso con un programa de salud bucal, a los participantes se les debe explicar y demostrar la importancia y los beneficios de la prevención de la enfermedades bucales.

Para asegurar el éxito de un programa de salud bucal que se haya desarrollado en la sección de maternal de un jardín de niños, los alumnos, el personal académico y principalmente los padres de familia deben estar dispuestos a escuchar y aceptar la instrucción

Los niños en edad maternal (2 a 3 años), presentan principalmente “Caries de la Infancia Temprana” (CIT), puesto que en la medida que se incrementa en su alimentación la ingesta de azúcares refinados, la prevalencia de caries aumentará.

En el presente trabajo se propone un programa de educación para la salud aplicado en la sección de maternal de la escuela CADI- Engels, con la finalidad de evaluar los conocimientos que tenían los alumnos y padres de familia, acerca de la salud bucal, y así reforzar sus conocimientos sobre el



tema, fomentar el interés por prevenir enfermedades bucales desde una edad temprana y generar hábitos de higiene bucal.

Este programa de educación para la salud promoverá la importancia de la prevención de enfermedades bucales en niños con edad maternal y su entorno social.



2. ANTECEDENTES

La salud bucal es importante para tener una vida saludable. La mayoría de las comunidades en el mundo, se encuentran afectadas por el problema de la caries dental, siendo este el más común entre los niños y adolescentes; es de aproximadamente un 90% entre escolares de los 3 a los 17 años.

A pesar de que lo anterior es un tema conocido, la atención dental primaria y la prevención de las enfermedades bucales, va dirigida a una población de preescolares, niños en edad escolar y adultos, pero no está dirigida mayoritariamente a la población de la sección de maternal.

Cuando se logra una intervención temprana, la caries dental puede prevenirse o tratarse a tiempo antes de que se afecten más severamente a las estructuras dentales.

Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de caries en menores de 5 años de edad realizados en Venezuela, demuestra que el porcentaje de niños afectados por caries fue del 41%, mientras que de niños libres de caries arrojó el 59%. En cuanto al sexo el valor del índice del ceo-d registra un mayor promedio en el género masculino. En cuanto a la prevalencia se encontró que el valor del índice ceo-d más alto lo registra el grupo de 4 a 5 años de edad, el índice de ceo-d y ceos aumenta a medida que incrementa la edad de la población estudiada. También existe una relación entre el nivel socioeconómico y la caries dental, demostrando que en los niños que pertenecían a una población de bajos recursos, la incidencia de caries era mayor.¹



Esto está también relacionado con la información que presenta la OPS, la cual señala que las familias con bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente, los migrantes y los individuos con discapacidad, son los que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales.²

Hasta el momento la OMS no incluye a los preescolares en edades de entre 2 y 4 años entre los grupos prioritarios en las encuestas epidemiológicas de salud oral y por lo tanto no ha podido analizarse la situación oral en los preescolares, sin embargo existen ya en varias partes del mundo estudios epidemiológicos en niños que si abarcan desde los 2 años hasta los 17 años de edad, por ejemplo en los países escandinavos la situación de los programas de salud oral es muy variable, la cobertura en edades preescolares es muy alta en algunos de ellos, pero en otros países, el sector público no interviene para nada en este sector de la población, en Francia y Alemania la situación es diferente ya que se da una cobertura a todos los tratamientos restauradores, incluso los de dentición temporal, asumiendo los costos los padres en primera instancia y después les son reembolsados por el gobierno en un 70%.³

En el periodo del 2010- 2011 la ADM realizó el “Programa de salud bucodental del preescolar ADM” el cual tuvo gran éxito en la República Mexicana, ya que se registraron 175 jardines de niños, participaron 103 escuelas de cirujanos dentistas y 923 odontólogos afiliados a la ADM que participaron voluntariamente, con todo esto lograron la meta que fue “jardín de niños libre de caries”⁴

En México en el año 2012 se implementó un programa de salud bucal que comenzó a ser aplicado a partir del año 2013 y concluirá en el año 2018; en



éste se incluirán a los niños de edad preescolar; y da como referencia importante que los niños menores de 5 años presentan “Caries en la Infancia Temprana” (CIT), que puede ocasionar efectos devastadores como; dolor intenso, infecciones dentales, desnutrición, trastornos en el desarrollo del habla, alteraciones gastrointestinales, y baja autoestima. De acuerdo a cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) en el año 2012, uno de cada tres infantes que acuden a los servicios de salud tiene caries severa. La caries dental es la enfermedad crónica más común en la primera etapa de la vida, afecta a más del 60 % de los niños y adolescentes de México.⁵

Por otro lado se realizó un estudio sobre la “prevalencia de caries en preescolares en una zona marginada del Estado de México y su relación con la higiene bucal” y aunque este estudio ya abarca una población de niños desde los 4 años aún no se integra en los planes o en los estudios a la población de niños de 2 y 3 años.⁵

Actualmente en México no se han realizado muchos estudios epidemiológicos ni programas de salud bucal dirigidos a niños en edad maternal, sin embargo, principalmente los países escandinavos, Francia y Alemania, establecieron que para realizar un buen programa de salud oral, refiriéndose a la etapa preescolar concretamente, se recomienda monitorizar los siguientes indicadores:³

*Prevalencia del cepillado con pasta fluorada.

*Prevalencia de madres con niños en edad preescolar que tengan conocimiento de los efectos anticaries de la pasta fluorada.



*Porcentaje de preescolares con revisión dental rutinaria en los últimos doce meses.

*Porcentaje de escolares con al menos una caries sin tratar.³

Es muy importante destacar que los programas de salud oral deben incluir una completa información a los padres, como la enseñanza del cepillado, la recomendación de la pasta fluorada adecuada para niños menores de cinco años, un plan nutricional adecuado, y muy importante la visita periódica al odontólogo.³



3. MARCO TEÓRICO

Salud oral

OMS: La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.⁶

EUFIC (European Food Information Council): “La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento”.⁷

Educación para la salud

Actualmente se le denomina educación para la salud, sustituyéndose los nombres de educación higiénica o de educación sanitaria, con los que se la designaba anteriormente. Uno de los conceptos más conocidos es el siguiente:

“La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria”.⁸

Sin embargo esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de cómo realizarla.



Al respecto Grout dice: “La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo”.⁸

Ambas definiciones tienen puntos de vista semejantes, pero no hacen mención de la importancia que el procedimiento tiene. Puede decirse que la educación es el denominador común de todas las actividades de salud pública y medicina preventiva.⁸

Green y col. Señala que: “La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud.”⁹

Por lo tanto la educación para la salud se interesa por la actitud o conducta de la gente en relación a su salud. Por lo que, debe tomar en consideración las fuerzas que afectan esa conducta, y el papel de la conducta humana en el fomento de la salud y prevención de enfermedades.⁹

Educación para la salud en México

En México la organización de los servicios que se otorgan no cubren las necesidades de la población en cuanto a la educación para la salud, ya que la atención es más de tipo curativo que de tipo preventivo, situación que debe revertirse, dando más énfasis a la atención preventiva ya que el costo de la atención curativa es muy alto y el gasto económico elevado rebasa la capacidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, la demanda de atención supera en mucho la capacidad de atención de los servicios de salud, por ende, los esfuerzos en cuanto a promoción de salud, deben incluir a toda la población. Se debe cambiar el enfoque y la perspectiva de la medicina tradicional (atención y tratamiento), a la salud pública (prevención y



promoción). Las condiciones de salud bucal tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad de la población pues con ellas se presenta por ejemplo, incremento en el ausentismo escolar y laboral, y paradójicamente las enfermedades de salud bucal son susceptibles de prevenirse con actividades preventivas y diagnóstico temprano. Es por lo antes planteado, que la Subdirección de Salud Bucal del CENAPRECE, contempla en uno de sus componentes la Salud Bucal del Preescolar y Escolar.¹⁰

Determinantes de la salud

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones y para su estudio se dividen en dos grandes grupos: El macroambiente que incluye el ambiente natural, físico y social, en los que la persona tiene poco control personal e inmediato; y el microambiente representado por el entorno en el que el individuo vive y convive, y se relaciona con factores sobre los cuáles las personas tienen una gran posibilidad de control e incluye las conductas de salud personales.

Algunos de los principales factores que determinan la salud en general y la salud bucal son los siguientes; la biología individual y la genética; el entorno, (aspectos físicos y socioeconómicos); el estilo de vida y el comportamiento individual; el acceso a los servicios sanitarios y la organización de los sistemas sanitarios. Por lo tanto para emitir un correcto diagnóstico se deben tomar en cuenta múltiples factores que intervinieron en el proceso de enfermedad y no se debe enfocar solo en el factor físico, (presencia de la enfermedad).¹¹



Lalonde incluye a los determinantes de la salud dentro de un concepto de “multicausalidad” y los resume en cuatro rubros:

- 1) Estilos de vida (decisiones)
- 2) Medio ambiente (factores externos)
- 3) Sistemas de atención a la salud. (Calidad, cantidad y arreglo en relación a los cuidados de la salud).
- 4) Biología condicionada por la herencia genética¹²

Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca tanto las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, como también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.¹³

La promoción de la salud constituye un escalón más en el del proceso de atención integral, que viene definido por: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud). En cambio la educación de la salud es un instrumento transversal que afecta a cada uno de los niveles descritos de la atención integral. De esta forma la educación para la salud es un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción.¹³



La OMS considera que la promoción de la salud abarca las políticas y entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la reorientación de los servicios de salud para crear entornos saludables. ¹¹

También la define como el proceso planeado y dirigido a fomentar y apoyar las mejoras en la salud de una población, de manera distinta de la provisión de los servicios al cuidado de la salud. Esta promoción incluye: ¹⁴

*Aumentar el conocimiento individual acerca de las funciones del cuerpo y cómo prevenir enfermedades.

*Incrementar la competencia en el uso del sistema al cuidado de la salud.

*Incrementar la conciencia acerca de los factores políticos y ambientales que influyen en la salud. ¹⁴

La promoción de la salud implica realizar cambios en la política pública y también realizar acciones comunitarias que permitan que la gente tome decisiones más acertadas y saludables en su vida. Miló (1986) definió la promoción de la salud de la siguiente manera: “hacer que la elección saludable sea la más sencilla” ¹⁴



La carta de Ottawa.

La carta de Ottawa fue definida por la OMS en el año de 1986. Ésta carta identifica cinco temas clave para la promoción de la salud: ¹⁴

1. Constituir una política pública de salud.
2. Crear ambientes de apoyo.
3. Desarrollar habilidades personales a través de la información y educación acerca de la salud y habilidades vitales.
4. Reforzar la acción de la comunicación.
5. Reorientar los servicios de salud hacia la prevención y promoción de la salud

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- A intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.
- A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.
- A reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud:
- A apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familiares y amigos se mantengan en buen estado de salud: del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el



portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.

- A reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.
- A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestra formas de vida. La conferencia insta a todas las personas interesadas-formar una fuerte alianza en favor de la salud.¹⁵

En la mencionada conferencia se hace un llamado a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. La conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados, unieran sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta carta, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se decía que sería una realidad, habrá que analizar los avances ya que estamos en el año 2016.¹⁵



Programas de salud oral

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno u organismo, con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, los profesionales de la salud y las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.¹⁶

Para que un programa de educación para la salud sea eficaz debe enfocarse en ayudar al individuo a comprenderse mejor a sí mismo, saber qué lo hace funcionar y tener respeto por sí mismo. Estos individuos estarán mejor preparados para pensar por sí mismos, tomar decisiones propias y fijarse metas realistas.⁹

Un programa exitoso de prevención de la salud, debe iniciar dando respuestas a los problemas y la necesidades identificadas por la población, es decir se debe iniciar dando un diagnóstico de la situación de salud, para esto se deben emplear las estrategias y técnicas para la identificación y valoración de problemas y necesidades de la comunidad beneficiaria de ese programa. Los objetivos y las metas son los criterios básicos para determinar logros, avances, éxitos o fracasos de un programa, éstos deben ser específicos y medibles en términos de tiempo y espacio. Se debe diseñar el plan de evaluación con las variables que permitan saber si se lograron objetivos y metas propuestas. La evaluación se deberá realizar también durante el programa y no sólo al final, para así poder tener la oportunidad de corregir errores o modificar algo que no esté funcionando correctamente.¹⁷

El programa de salud es una estrategia para fomentar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.¹⁶

A continuación se presenta una propuesta metodológica para la elaboración de un programa de salud bucal. Figura 1.



Figura 1. Propuesta metodológica para la elaboración de un programa de salud bucal.¹⁶



Un programa de salud se fundamenta en dos tipos de dinanismos: la preparación que es la elaboración del documento y la ejecución que tiene como finalidad la solución de problemas concretos mediante la realización de los objetivos fijados para un tiempo y lugar determinado.¹⁸

Los elementos principales en un programa de salud son;

- *el análisis de la situación
- *el establecimiento de prioridades
- *la formulación de objetivos
- *la selección de recursos y actividades
- *la ejecución del programa
- *la evaluación del mismo.

En un programa de salud oral es muy importante realizar actividades de diagnóstico, vigilancia, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación sobre una población específica para obtener un resultado positivo.



3.1 Edad maternal y preescolar

Maternal y preescolar 1

En esta etapa se incluyen los niños con edades de 2 y 3 años, sin embargo se debe tomar en cuenta que en muchas escuelas de educación pública no admiten niños de 3 años, por lo tanto en estas, preescolar 1 abarca la edad de 4 años.

Generalidades de las características físicas

Durante los primeros años de vida, el desarrollo del cerebro es determinante, así como la formación de huesos, dientes, músculos y tejidos.

El 85% del cerebro de los niños se desarrolla durante los primeros 5 años de vida y es lo que tendrá cuando sea adulto.¹⁹

En la siguiente tabla, (Figura 2), podemos encontrar los pesos y tallas normales aproximados en niños y niñas de 2 y 3 años de edad.

PESO Y TALLA APROXIMADOS		
EDAD	PESO	TALLA
2 AÑOS	10-12.5Kg	85-90cm.
3 AÑOS	12.5-15Kg	90-95cm.

Figura 2. Peso y talla aproximados en niños de 2 y 3 años.¹⁹



Generalidades de los cambios cognitivos

A partir de los 2 años, los procesos de atención de los niños son más controlados y planificados que en edades anteriores.

Entre los 3 y los 5 años, los niños son capaces, progresivamente, de controlar su atención, dirigirla a algo concreto voluntariamente y planificar sus acciones relacionadas con la atención.

Lo que el niño debe hacer a la edad de 2 años:

*Puede responder a instrucciones de dos pasos tales como: "¡Ve y encuentra tus calcetines y tus zapatos!".

*Se ha dado cuenta de que los libros tienen palabras y elige algunos para verlos por sí mismo.

*Ha empezado a involucrarse en juegos simbólicos, lo que quiere decir que él utiliza objetos para representar a otros. Por ejemplo, puede usar dos bloques para representar diferentes animales.

*Se está esforzando para dominar el uso del tenedor y la cuchara correctamente.

*Aprende al observar e imitar a los adultos.



Entre los 3 y 5 años de edad, el pensamiento de los niños experimenta una gran evolución. Esto es así porque las experiencias del niño con su entorno son cada vez más ricas. El inicio de la escolarización, el desarrollo del lenguaje y el desarrollo psicomotor potencian el desarrollo cognitivo en esta etapa.

Lo que el niño debe hacer a la edad de 3 años:

- *Subir escaleras sin apoyo, poniendo un solo pie en cada escalón
- *Dar algunos pasos con un solo pie
- *Saltar entre 40 y 60 cm de longitud
- *Montar en triciclo
- *Usar las tijeras para recortar papel
- *Cepillarse los dientes
- *Ponerse una camiseta
- *Abrochar y desabrochar botones
- *Dibujar líneas y hacer dibujos con contornos
- *Copiar un círculo²⁰



Cambios psicosociales

Comunicación del niño.

Entre los 2 y los 4 años los niños comienzan a gozar al jugar, cantar y bailar con otros niños; los observan y aprenden de ellos. Cuando las personas cercanas no los obedecen puede ser muy obstinados. Se deben evitar las luchas de poder donde todos acaban agotados y tristes; en su lugar, se deben ofrecer otras opciones que se puedan controlar. Pueden decir su propio nombre y saben la diferencia entre las palabras "tu" y "mi".¹⁹

Etapas del desarrollo. (Piaget)

Este estudio sobre las etapas del desarrollo abarca de los 2 a los 7 años.

En 1967 Piaget denominó a la etapa en que los niños adquieren el lenguaje y aprenden a manipular los símbolos que representan el ambiente como la etapa preoperacional del pensamiento ya que en esta etapa pueden manejar el mundo de manera simbólica, pero todavía no son capaces de realizar las operaciones mentales reversibles.

Piaget llamó así a esta etapa porque en la segunda etapa del pensamiento, una operación mental requiere pensamiento lógico, y en esta etapa los niños aún no tienen la capacidad para pensar de manera lógica, en cambio desarrollan las capacidades de manejar el mundo de una manera simbólica o por medio de representaciones.



Es decir logran imaginar que hacen algo en lugar de hacerlo realmente, pero si el niño puede usar palabras para describir la acción, la está cumpliendo mental y simbólicamente con el empleo de las palabras.

Uno de los principales logros de esta etapa es el desarrollo del lenguaje, la capacidad de pensar y comunicarse por medio de palabras las cuales representan objetos y acontecimientos.

Piaget fue el primer teórico de fases que dividió el desarrollo cognositivo en cuatro etapas: sensorio motora, preoperacional, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. En cada etapa se supone que el pensamiento del niño es cualitativamente distinto al de las restantes. Este desarrollo no sólo consiste en cambios cualitativos de los hechos y de las habilidades, sino en transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento.

Una vez que el niño entra a una nueva etapa, ya no retrocede a alguna anterior ya que el desarrollo cognositivo sigue una frecuencia invariable. Es decir que todos los niños pasan las cuatro etapas en el mismo orden, no es posible omitir ninguna de ellas.

Las etapas se relacionan generalmente con ciertos niveles de edad, pero el tiempo que dura una etapa muestra gran variación individual y cultural.²¹



Piaget elaboró una tabla del desarrollo cognitivo, que se presenta a continuación. Figura 3.

ETAPAS DE LA TEORIA DEL DESARROLLO CONGNOSCITIVO DE PIAGET		
ETAPA	EDAD	CARACTERÍSTICAS
SENSORIOMOTORA El niño activo	Del nacimiento a los 2 años	Los niños aprenden la conducta positiva, el pensamiento orientado a medios y fines, la permanencia de los objetos.
PREOPERACIONAL El niño intuitivo	De los 2 a los 7 años	El niño puede usar símbolos y palabras para pensar una solución intuitiva de los problemas, pero el pensamiento está limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo.
OPERACIONES CONCRETAS El niño práctico	De los 7 a los 11 años	El niño aprende las operaciones lógicas de seriación, de clasificación y de conservación. El pensamiento está ligado a los fenómenos y objetos del mundo real.
OPERACIONES FORMALES El niño reflexivo	De los 11 a los 12 años	El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional.

Figura 3. Etapas de la teoría del desarrollo de Piaget. ²¹



Características de la etapa preoperacional.

*Juego Simbólico.

Esta etapa se hace más frecuente cada año del periodo preoperacional. Por ejemplo un niño de 2 años utiliza un objeto como un muñeco de peluche para representar a otro objeto que es su mamá. A medida que los niños crecen pueden simular un aserie de hechos más complejos como ir de compras, jugar a la escuelita, a la casita o al doctor y harán que mamá y papá vayan con él al hospital en el juego. En una gran parte del juego simbólico de niños de 5 a 6 años los niños necesitan la participación de otros niños, por ejemplo juegan a la escuela o a policías y ladrones.

*Razonamiento Transductivo

Esta etapa se refiere a obtener piezas separadas de diferente información y después unirlas para formar una hipótesis y/o después llegar a una conclusión

*Sincretismo

En esta etapa se pueden cometer errores de razonamiento al intentar vincular ideas que no están relacionadas. Por ejemplo la mamá tuvo un bebé la última vez que fue al hospital, por lo tanto el niño entiende que la próxima vez que ella vaya al hospital traerá otro bebé.

*Egocentrismo

Esta etapa es cuando el niño es incapaz de tomar el lugar de otra persona para lograr imaginar o entender el punto de vista de ésta.



*Animismo

Aquí se pueden atribuir cualidades de los seres vivos a objetos inanimados. Los niños comúnmente los hacen con animales de juguete o muñecos de juguete.

*Centración

Los niños en la etapa preoperacional no pueden pensar de manera lógica y una de las razones es que concentran la atención en un aspecto o detalle de la situación a la vez y son incapaces de tomar en consideración otros detalles.

*Conservación

La tendencia que tienen los niños a la centración se refleja directamente en las acciones de la conservación. Por ejemplo pueden pensar que existe menos cantidad de agua en un vaso que en un plato poco profundo porque el plato es más ancho, aunque ellos hayan visto cuando el agua fue vertida del vaso al plato.

*Clasificación

Esta etapa está limitada la capacidad de pensar en organizar a los objetos en términos de categoría o clases

*Irreversibilidad

Los niños en etapa preoperacional pueden cometer errores de pensamiento por causa de la irreversibilidad, es decir, no pueden reconocer que una operación puede realizarse en ambos sentidos. Por ejemplo no entienden que si se vierte el agua desde un recipiente alto y delgado a un recipiente más bajo y extendido, el líquido puede regresarse al primer recipiente, manteniendo la misma cantidad de agua. No pueden asimilar mentalmente que sea posible recuperar el estado original.²¹



Generalidades de los cambios orales

Dentición temporal

A esta edad ya se encuentra casi completa la dentición temporal y con frecuencia, los padres no son conscientes de la importancia de los dientes temporales y la repercusión que éstos tienen en la obtención de una buena salud bucal y una oclusión correcta en el adulto.

1. Los dientes temporales son fundamentales para la masticación en una época de la vida en que el crecimiento es máximo. Es importante por tanto su integridad.
2. Tienen una función estética dental, aspecto que es importante para el desarrollo correcto de la autoestima del niño.
3. El aprendizaje correcto de la pronunciación de algunos fonemas puede dificultarse si existen alteraciones en los dientes temporales.
4. La caries en los dientes temporales son una de las causas de dolor en el niño.
5. Los procesos infecciosos mantenidos, en un diente temporal, pueden conducir a alteraciones en la formación del correspondiente permanente.
6. Los procesos infecciosos pueden provocar infecciones graves a distancia, como cardiopatías, procesos reumáticos, alteraciones renales etc.
7. La pérdida prematura de un diente o de parte de él, determinará alteraciones en la oclusión en la dentición temporal y consecuentemente en la permanente.

Aunque existen unos valores medios que pueden servir de guía es importante tranquilizar a los padres respecto a la cronología de erupción de la dentición temporal y sobre las variaciones en la edad de erupción de los dientes temporales.

Se considera normal que la totalidad de la dentición temporal haya terminado de erupcionar a los 3 años.²² Figura 4.

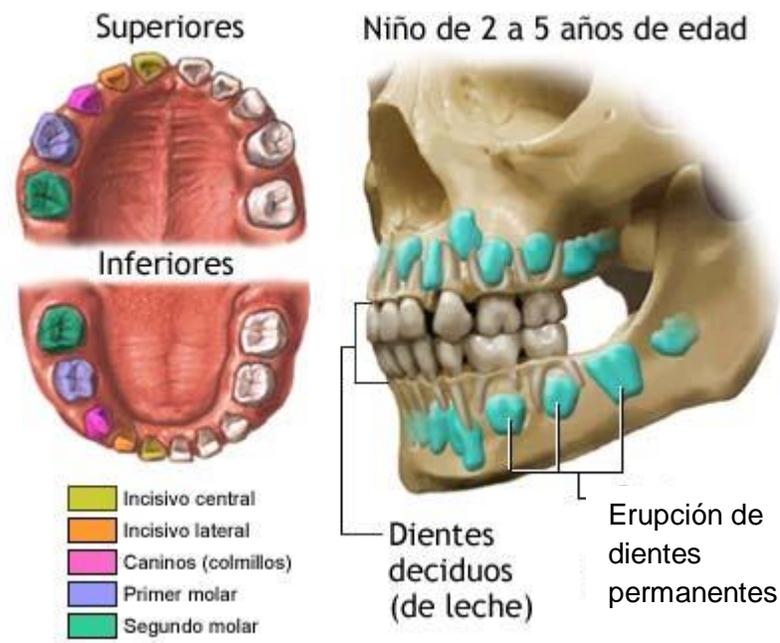


Figura 4. Características de la dentición temporal. Fuente.²³

La relevancia de la dentición temporal va más allá de la función masticatoria como ya hemos mencionado, por ejemplo influye directamente en la correcta pronunciación de algunos fonemas ya que puede alterarse si la dentición temporal también está alterada, en cuestiones de nutrición es también muy relevante y desde luego la estética que proporciona una dentición temporal sana influye directamente en la autoestima de los niños.



3.2 Indicadores epidemiológicos

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

Los índices epidemiológicos nos permiten saber que las enfermedades orales de mayor prevalencia son la caries y las enfermedades periodontales, y para conocer este tipo de información, así como el estado de salud oral y sus necesidades de tratamiento en la población, es necesario realizar encuestas básicas en salud oral.²⁴

Los índices epidemiológicos se pueden utilizar para evaluar las condiciones de salud oral prevalentes en una determinada comunidad o grupo poblacional y esta información puede ser utilizada por grupos gubernamentales, profesionales de la salud o por otras instituciones que requieran saber los datos recabados para implementar algún tipo de programa de salud.²⁵

Las características de un índice deben ser principalmente válido y confiable, que se pueda determinar con sencillez y objetividad, debe tener la posibilidad de registrarse en un periodo corto de tiempo, debe ser económico y accesible para ser analizado. En odontología se utilizan el índice CPO-D para analizar datos en dentición permanente y el índice ceo para analizar datos en dentición temporal.²⁴



CPO-D.

Este índice fue desarrollado por Klein, Palmer, y Knuston, en EUA en el año de 1935 y actualmente es el índice más utilizado o fundamental en los estudios odontológicos para determinar la prevalencia de caries en algún grupo poblacional.²⁶

Este índice señala la experiencia de caries por diente (D), tanto presente como pasada, ya que toma en cuenta los dientes con lesiones de caries (C), dientes perdidos por lesiones cariosas (P) y con tratamientos previamente realizados (O).

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio.²⁶

Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Signos: C = caries 0 = obturaciones P = perdido

Para el levantamiento epidemiológico de éste índice se lleva a cabo la siguiente fórmula: **CPO-D= C+P+O**

Para obtener el CPO-D grupal , se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{CPO} = \frac{\text{Z}}{\text{N}} = \text{CPO-D (grupal)}$$



En donde **Z** es la suma de todos los valores individuales de CPO y **N** es el total de sujetos examinados. Para cuantificar el índice de CPO-D y conocer el estado de salud dental del grupo, el resultado debe compararse con los criterios establecidos por la OMS señalados en la siguiente tabla, Figura 5.

CRITERIOS DEFINIDOS POR LA O.M.S. - O.P.S. PARA CUANTIFICAR EL ÍNDICE DE CARIES DENTAL	
CPO – ceo.	
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
6.6>	Muy Alto

Figura 5. Criterios de la OMS y OPS, para índices CPO y ceo. ²⁶

Índice - ceo.

El índice ceo adoptado por Gruebbel para la dentición temporal en 1944, se obtiene de igual manera que el CPO, pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes. ²⁶

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).²⁴



La principal diferencia entre el índice CPO y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa..

Resumen tanto para el CPO-D como para el ceo-d:

Índice CPO individual = C + P + O

Índice CPO comunitario o grupal = CPO total

Total de examinados. ²⁴



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grandes problemas de la sociedad mexicana en la actualidad es la falta de información acerca de la importancia que tiene la prevención de las enfermedades, esto es algo contradictorio ya que es justamente en este tiempo cuando los medios de comunicación y la tecnología están más al alcance de la población, incluso son parte fundamental en la vida y desarrollo diario de nuestra sociedad.

Es entonces donde surge la pregunta de ¿por qué a la población no le parece importante atender su salud antes de que ésta llegue a alcanzar un estado crítico? La respuesta puede encontrarse dentro de alguna cuestión cultural principalmente, pero también es un gran problema de las políticas sociales actuales. Ni la sociedad ni sus gobiernos atienden este problema restándole importancia, pero es totalmente cierto y comprobado que si se ocupara el mismo esfuerzo en prevenir las enfermedades no se gastaría tanto en curarlas al final, esto también es aplicable a niveles institucionales y por lo tanto el gasto en políticas de salud destinado en apoyos para curar enfermedades, podría ser destinado a prevenirlas y esto con seguridad tendría un mayor beneficio económico que repercutiría directamente en la economía del país.

Si bien es cierto que no hay tanta promoción para la prevención de la salud general, es más preocupante aún que la prevención de la salud bucal es casi nula, los pocos programas que existen no han generado los resultados suficientes y tampoco tiene el impacto adecuado para que la población reaccione de una forma oportuna. Una de las razones del fracaso de estos programas es que no están bien dirigidos o dirigidos correctamente, ya que en ellos sólo se realizan trabajos y acciones con los niños, por lo



tanto la información no llega completa a estos y mucho menos a los padres, cuando los padres son los principales responsables de la salud de los niños.

A nivel particular la salud bucal no tiene una mejor suerte ya que al consultorio sólo acuden los pacientes cuando necesitan tratamientos restaurativos y muy pocas veces para recibir tratamientos preventivos.

Y todavía menos común resulta la visita de un niño en edad preescolar para atender cuestiones preventivas o simplemente para familiarizarlo con el dentista, así como se familiariza desde los primeros meses de vida con el médico pediatra.

Es importante señalar que la principal responsabilidad de promover la prevención, recae principalmente en los profesionales de la salud, los educadores y desde luego en los padres de familia, claro sin olvidar la enorme responsabilidad del gobierno, es por esto que se propone éste programa de educación para la salud bucal aplicado en la sección de maternal de la escuela CADI- Engels.

A pesar de todo esto es fundamental tener consciencia de que los principales cambios culturales se generan dentro del principal núcleo de la sociedad que es la familia.



5. JUSTIFICACIÓN

Las principales causas de las enfermedades orales más comunes como son la caries y la enfermedad periodontal, son los malos hábitos alimenticios y la incorrecta y a veces nula técnica de higiene bucal, pero es también muy importante la falta de interés por prevenir la aparición de ellas.

Los programas de educación para la salud bucal, son una muy buena herramienta para contrarrestar estos problemas, aunque definitivamente la solución se encuentra realizando acciones en equipo participando conjuntamente; gobiernos, instituciones para la atención de la salud, instituciones educativas, profesionales de la salud, padres de familia y población infantil.

Tomando en cuenta lo anterior, se realizó una revisión dental a los alumnos de la sección de maternal de la escuela CADI- Engels, para evaluar el estado de salud bucal que tenían hasta el momento.

Al inicio de la revisión se registró el índice ceo individual, para valorar el estado de salud dental de cada alumno, posteriormente se aplicó la siguiente fórmula para conocer el estado de salud dental del grupo.

$$\text{Ceo} = \frac{4+0+1+3+2+9+0+8+1+2}{10} = \frac{30}{10} = 3$$



Este resultado nos indica que el promedio de dientes con caries o que han estado expuestos a ella es de 3 dientes por cada niño, lo que comparado con los criterios de la OMS para índices ceo-d, nos indica que el grupo está en un nivel moderado.

Por lo tanto en este programa de educación para la salud bucal se propone trabajar con la sección de maternal de la escuela CADI- Engels, porque si la prevención per-se ya es importante, a una edad temprana será mucho más positiva, siempre y cuando el programa tenga un gran impacto en los padres de familia y en las educadoras.

Definitivamente la prevención de las enfermedades dentales a una edad temprana repercutirá directamente en la buena salud de un adulto, ya que un niño sin caries, seguramente será un adulto sin caries.



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Diseñar y aplicar un programa de salud bucal, dirigido a padres de familia, personal escolar y alumnos de la escuela CADI-Engels.

6.2 Objetivos específicos

*Conocer el grado de información acerca de la salud bucal que tienen los padres de familia, personal escolar y los alumnos de la sección de maternal de la escuela CADI- Engels.

*Valorar el estado de salud bucal de los alumnos de la sección de maternal de la escuela CADI- Engels.

*Proporcionar la información correcta a los padres de familia, personal escolar, y alumnos de la sección de maternal, en cuanto a los hábitos y la correcta técnica de higiene bucal, adecuada nutrición y sobre todo la importancia de la prevención a esta edad.



7. MATERIAL

Para la implementación del programa de educación para la salud bucal aplicado en la sección de maternal de la Escuela CADI-Engels se emplearán los siguientes recursos:

Recursos Humanos

- Promotores y educadores de salud oral.
- Directora de la escuela CADI-Engels.
- Profesora del grupo de maternal de la Escuela CADI-Engels.
- Personal de la sección de comedor de la Escuela CADI-Engels.
- Padres de Familia de la sección de maternal de la escuela CADI-Engels
- Alumnos de la sección de maternal de la Escuela CADI- Engels

Recursos Materiales

- Tríptico informativo
- Encuestas
- Rotafolios
- Carteles
- Técnica de cepillado dental Stillman impresa
- P. C.
- Guantes
- Abatelenguas



- Cubrebocas
- Pijama Quirúrgica
- Tipodontos de acrílico
- Pasta y cepillos dentales
- Material didáctico: Juego de lotería con temas dentales
- Incentivos: Calcomanías, Ratones de plástico, lapiceros, gomas, sacapuntas en forma de muela con contenedor de basura y cepillo dental.
- Cámara fotográfica y bolígrafos.

Recursos Físicos

- Escuela CADI-Engels
- Biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recursos Financieros

- Se solicitará apoyo a los padres de familia.



8. MÉTODO

El programa de educación para la salud aplicado en la sección de maternal de la escuela CADI-Engels, se desarrollará de acuerdo a los siguientes puntos.

Metas

*Elevar el nivel de conocimientos sobre la salud bucal y la importancia que tiene la prevención a la edad de los alumnos de maternal.

*Motivar a los alumnos a mejorar sus hábitos de higiene bucal.

*Orientar a los padres sobre la correcta nutrición de los niños y sobre la correcta técnica de cepillado.

*Lograr que el personal escolar transmita la información correcta a las futuras generaciones de padres y alumnos, dando la importancia adecuada a la prevención en esta etapa de la vida.

Estrategias

*Evaluar el nivel de conocimiento de padres de familia, personal y alumnos antes y después de la aplicación del programa de salud bucal, aplicando encuestas para recabar la información.

*Informar a los padres de familia sobre la importancia de la prevención, hábitos de higiene bucal y adecuada nutrición de los niños, por medio de una plática informativa, apoyada de imágenes presentadas en rotafolios, tipodonto de acrílico para demostrar la correcta técnica de cepillado y tríptico



informativo acerca de los conocimientos necesarios para adoptar medidas de prevención necesarias.

*Recabar la información del índice ceo-d de los preescolares, para tenerla como parámetro del estado de salud actual de los niños.

*Informar a los alumnos sobre la caries y los daños que ésta les provoca, por medio de una plática apoyada de imágenes.

*Transmitir a los alumnos la importancia de tener buenos hábitos de higiene bucal, y una correcta alimentación por medios de una plática, motivarlos por medio de imágenes, canciones, y material didáctico.

* Trabajar en la correcta técnica de cepillado con los alumnos apoyada de un tipodonto de acrílico y una canción.

* Evaluar el nivel de conocimiento obtenido de los padres después de haber aplicado el programa de educación para la salud bucal, por medio de la misma encuesta realizada al principio.

Límites del programa

*De espacio

-Escuela CADI-Engels

-Facultad de Odontología de la UNAM



Actividades

*Se llevará a cabo el programa de educación para la salud bucal aplicándolo en la sección de maternal de la escuela CADI-Engels realizando las siguientes actividades:

*Se aplicará una encuesta a los padres de familia, sobre los conocimientos de prevención y cuidados dentales que tengan hasta el momento.

*Se realizará una plática informativa con los padres de familia y el personal de la sección de maternal de la escuela CADI-Engels, con la finalidad de informar el propósito de realizar el programa de educación para la salud bucal, así como las actividades que se llevarán a cabo con los alumnos, entre las cuales está; practicar la técnica de cepillado dental indicada dentro de la escuela utilizando pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, se les informará cómo funcionan, cómo se utilizan y para qué sirven estas pastillas, además de proporcionarles la información necesaria sobre los temas de cuidado bucal como; la técnica de cepillado Stillman, una dieta baja en carbohidratos, las visitas periódicas al odontólogo, factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucales, relevancia de la dentición temporal, responsabilidad del cuidado dental que tienen sobre los niños, e importancia de la prevención de las enfermedades bucales a una edad temprana y así, con ésta información, los padres de familia y personal académico puedan aplicar los conocimientos obtenidos en casa y en la escuela con los alumnos.

*Se aplicará una encuesta a los alumnos de la sección de maternal de la Escuela CADI-Engels, se preguntará de manera oral y posteriormente se registrarán en la hoja del cuestionario las respuestas obtenidas, lo anterior será para evaluar el nivel de conocimientos y tipo de hábitos sobre cuidado dental que tengan hasta el momento.



*Se realizará una plática informativa con los alumnos de maternal, utilizando imágenes y material didáctico, con el propósito de familiarizarlos con el tema de los cuidados dentales. Se registrarán los índices ceo-d de los alumnos de maternal.

*Se enseñará a los alumnos la técnica de cepillado dental Stillman (barrido) utilizando un tipodonto de acrílico, cartéles, y apoyada de una canción sobre el mismo tema.

* Se verificará que los niños hayan comprendido la técnica de cepillado dental, realizándola en mi presencia dentro de la escuela y apoyándome con la aplicación de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, y explicando a los niños cómo se utilizan estas pastillas.

*Se aplicará la misma encuesta del principio del programa de educación para la salud bucal a los padres de familia para poder evaluar todo lo comprendido y comparar las respuestas con las del principio.

*Se aplicará la misma encuesta realizada al principio del programa de educación para la salud a los alumnos, se realizará de manera oral y posteriormente registrando las respuestas en las hojas de los cuestionarios, para evaluar los conocimientos aprendidos durante el desarrollo del programa y posteriormente comparar las respuestas con las del principio.

*Durante el desarrollo del programa se involucrará al personal académico, como espectadores en las pláticas, participando en los juegos con los niños, y recibiendo apoyo por parte del mismo en algunas cuestiones de organización y orden de los alumnos.

*Se realizará la entrega de premios como medio de motivación a los niños para que continúen con los cuidados aprendidos.

*Se aplicará un cuestionario final a los padres de familia, para calificar al programa de educación para la salud bucal.



A continuación se indica en la siguiente tabla, una propuesta de las actividades a realizar. Figura 6.

ACTIVIDADES
Se obtiene autorización de la directora de la Escuela CADI-Engels para la aplicación del Programa de Educación Para la Salud Bucal.
Plática informativa con los padres de familia y personal de la Escuela CADI-Engels. Aplicación de encuesta inicial a los padres de familia.
Plática informativa con los alumnos de la Escuela CADI-Engels. Encuesta inicial a los alumnos y levantamiento de índices ceo-d.
Demostración de la correcta técnica de cepillado a los alumnos apoyada de tipodontos de acrílico, imágenes y una canción alusiva al tema.
Valoración de la técnica de cepillado, se utilizarán pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, para apoyar la evaluación de la técnica.
Aplicación de la encuesta final a los padres de familia de la sección de maternal de la escuela CADI-Engels.
Aplicación de la encuesta final a los alumnos y entrega de premios como incentivos para motivar el propósito del programa de educación para la salud en ellos. Se aplicará el cuestionario de evaluación del programa, a los padres de familia.

Figura 6. Cuadro de actividades. Fuente directa



9. CONCLUSIONES

Actualmente el estilo de vida que lleva la sociedad ha generado que las personas vivan constantemente de prisa, lo que ocasiona que a pesar de que los medios de información orienten a las personas a mejorar su salud, éstas no les dan la importancia.

Los programas de salud bucal actúan directamente sobre los niños y sobre su familia, motivando a un cambio favorable en relación al cuidado de su salud. Es importante destacar que el educador para la salud tiene que diseñar estrategias de aprendizaje que permitan éste cambio, por lo tanto tiene que tener cuidado en la población donde se va a aplicar el programa, porque éste se diseña de acuerdo a la población objetivo.

Los reportes que se tienen a nivel mundial, en relación a los programas de salud bucal, demuestran la eficacia y eficiencia de los mismos. Por lo tanto se concluye que la implementación de este programa de educación para la salud bucal aplicado en la sección de maternal de la escuela CADI – Engels, será una buena estrategia para motivar a la población objetivo a tomar acciones positivas en el cuidado de la salud bucal.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavarse, E. Izzeddin Abou R. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO EN CIUDAD HOSPITALARIA ENRIQUE TEJERA, VALENCIA ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. Act odont Ven2014, 03, Vol. 52 No.2, Art.15
<http://actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art15.asp>
2. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007 – 2012. Salud bucal, secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Primera edición, 2008, México. Hallado en:
www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf
3. Bravo M., Liodra J., Cortés F., Casals E., Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007, RCOE, Vol.12 No. 3, 142 – 168. Hallado en scielo.iscill.es/pdf/rcoe/v12n3/original2.pdf
4. Programa de Salud bucal del Preescolar de la Asociación Dental Mexicana. AC. Hallado en E:/Programa de salud preescolar ADM/Programa de Salud Bucal del Prescolar ADM adm_org_mx.mht
5. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO. PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL 2013-2018. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD. Primera edición XXX4014, versión electrónica. Hallado en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf.
6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
7. <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental>



8. Álvarez R., Kuri P. Salud Pública y Medicina Preventiva 4^a edición Cd. México. Editorial El Manual Moderno, 2012. Pp. 13-17, 19-29, 30,38, 57-65.
9. Green W. Educación para la salud. México. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1988 Pp. 26-50.
10. Contenidos Educativos en Salud Bucal.
manual_contenidos_educativos.pdf Hallado en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf
11. De la Fuente J., Sifuentes MC., Nieto ME. Promoción y Educación Para la Salud en Odontología, 1^a ed. Cd. México. Editorial El Manual Moderno, 2014. Pp. 71-85
12. Determinantes de la Salud según el modelo Lalonde. Hallado en:
<https://prezi.com/f9hcfwlr2wf/determinantes-de-la-salud-segun-modelo-lalonde/>
13. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
14. Henad R. Higiene dental y tratamiento. México, Editorial Manual Moderno, 2008, Pp. 150-152.
15. <http://www.salud.gob.mx/cdi/documentos/ottawa.html>
16. <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/09b32c804f3dbd428473af58efe3d181/manualfluorurosdentales.pdf?MOD=AJPERES>
17. Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud, Washington, D.C. 1990.
18. http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/CuadHist90.pdf



19. http://www.guiainfantil.com/salud/embrazo/tabla_pesos.htm
20. <http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/adolescentes/bebes>
21. Rafaél L. Las Teorías de Piaget y de Vygotsky. Hallado en:
http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
22. Cronología de la Dentición. Universidad Autónoma de Zacatecas. Hallado en:
<http://www.uaz.edu.mx/odontologia/segunda%20fase/CRONOLOG%C3%8DA%20DE%20ERUPCI%C3%93N%20DENTARIA.HTM>
23. <https://histodent.wikispaces.com/CARACTERISTICAS+DE+LA+DENTITION>
24. Fernández MJ, González MCB, Castro C, Vallard E, Lezama G, Carrasco R. ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS PARA MEDIR LA CARIES DENTAL. Hallado en
<http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
25. Hernández I., Gil A., Delgado M., Bolumar F. Manual de Epidemiología y Salud Pública. 1ª ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2005 Pp. 7,8, 227
26. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL. Hallado en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>
27. Lara EA, Kalantari H, Cadena KE, Castro G, Varela CN. TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL. Hallado en
<http://cepilladotec.blogspot.mx/2014/09/tecnicas-de-cepillado.html>



11. ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PARA PADRES

Fecha _____ Edad del escolar _____ Sexo del escolar

H

M

1.- ¿Se cepilla su hij@ los dientes?

a) Si

b) No

2.- ¿Cuántas veces al día se cepilla su hij@ los dientes)

a) De 1 a 2 veces al día

b) De 2 a 3 veces al día

c) No se lava los dientes

3.- ¿Su hij@ se cepilla los dientes de manera independiente?

a) Sí

b) No

4.- ¿Cuántas veces en un año visita su hij@ al odontólogo?

a) 2 veces al año

b) 1 vez cada año

c) No lo visita



5.- ¿Conoce usted cuál es la técnica correcta del cepillado dental?

- a) De violín
- b) De barrido
- c) No la conozco

6.- ¿Con qué frecuencia a la semana come su hij@ dulces y comida chatarra como galletas, frituras o pastelillos?

- a) De 1 a 3 veces por semana
- b) De 4 a 6 veces por semana
- c) No consume esos productos

7.- ¿Sabe qué es la caries dental?

- a) Sí, explíquelo_____
- b) No

8.- ¿Sabe usted cómo prevenir enfermedades dentales?

- a) Sí, explíquelo_____
- b) No

9.- ¿Sabe usted la importancia que tiene la prevención a una edad temprana?

- a) Sí, explíquelo
- b) No



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad de Odontología

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PARA
ESCOLARES

Fecha _____

Edad _____

Sexo

H

M

1.- ¿Te han llevado alguna vez al dentista?

a) Sí

b) No

2.- ¿Te cepillas los dientes después de cada comida?

a) Sí

b) No

3.- ¿Sabes cómo cepillarte los dientes?

a) Sí

b) No

4.- ¿Quién te cepilla los dientes?

a) Mamá o Papá

b) Yo solo

c) No me cepillo

5.- ¿Cuándo vuelves a casa comes muchas galletas, frituras, o pastelillos?

a) Sí

b) No



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

1.- ¿Qué opina del programa de salud bucal?

- a) Bueno
- b) Malo
- c) No es relevante

2.- ¿Su hijo entendió qué es la caries?

- a) Si
- b) No
- c) No lo he cuestionado

3.- ¿Aprendió usted algo nuevo sobre las enfermedades bucales?

- a) Sí
- b) No

4.- ¿Cree que sea importante que usted y su hijo mantengan una buena salud bucal?

- a) Si
- b) No

5.- ¿Considera importante que se sigan implementando programas de salud bucal en las secciones de maternal?

- a) Sí
- b) No

Técnica de Cepillado de Stillman.

Se aplica el cepillo de dureza media o blanda con un ángulo de 45° en relación con el eje del diente, aplicando una ligera presión sobre la encía. Las cerdas del cepillo se doblan y el cepillo se dirige hacia abajo. Girando ligeramente el mango. El cepillo se sitúa ahora aproximadamente perpendicular al eje longitudinal del diente. Las cerdas están fuertemente dobladas hacia arriba a causa del movimiento y la presión. Mediante un giro continuado y con presión del cepillo alrededor de su eje longitudinal, las cerdas actúan sobre las superficies vestibulares e interdentes. Así se eliminan también acumulaciones marginales de placa.²² (IMAGEN 2.)

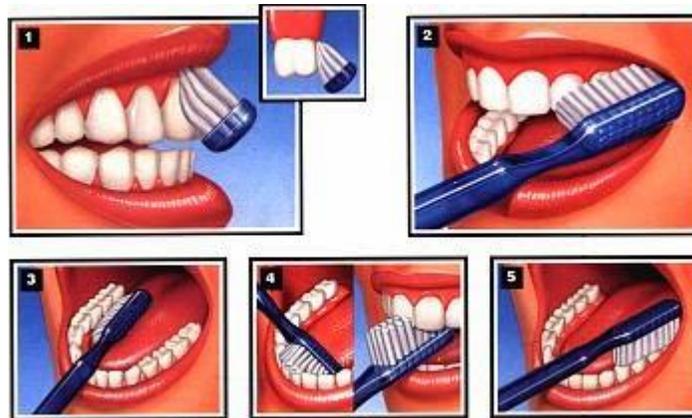


IMAGEN2

Estos movimientos se repiten de 5 a 8 veces y a continuación se actúa sobre el siguiente grupo de dos a tres dientes.

Aseo bucal y técnica de cepillado dental en recién nacidos:

De los 2 a los 3 años : Se debe utilizar un cepillo dental pequeño de cerdas blandas para realizar la higiene bucal tres veces al día mínimo , se debe vigilar que el cepillado lo lleve a cabo el niño (debe durar aproximadamente 2 min.) bajo la supervisión de un adulto.

El adulto cepillara las áreas que el menor haya olvidado, en esta técnica, es importante motivar al niño para que el cepillado dental se convierta en un hábito.

SALUD Y CUIDADOS BUCALES

El cepillado de los primeros dientes

La higiene bucal comienza desde la lactancia materna, debiendo limpiar suavemente las encías y lengua del bebé con una gasa mojada (húmeda) con agua hervida.



Tan pronto como salga el primer diente se debe comenzar con el cepillado dental. Use un cepillo infantil de textura suave, con cabezal pequeño, y a partir de los dos años, una pasta dental. Aplique una cantidad de pasta equivalente al tamaño de un guisante.

Los niños necesitan de la ayuda de un adulto para cepillarse los dientes hasta los 6 años de edad.



Un niño pequeño no posee la habilidad manual para cepillarse correctamente, y no es consciente de las consecuencias que acarrea una mala higiene bucal. Un niño mayor puede cepillarse los dientes bajo la supervisión de un adulto.

También es importante visitar al dentista dos veces al año.



El **sellado de fosas y fisuras** es una técnica de prevención en la odontología actual, que ofrece excelentes resultados en la prevención de las caries.



Si comes muchos dulces tus dientes se enfermarán

Por eso es importante cepillarse los dientes, comer abundante fruta y verdura y beber agua simple en vez de refrescos. Y finalmente **¡no te olvides de sonreír!**



**EL AUTOCUIDADO ES MUY
IMPORTANTE EN LOS
NIÑOS PARA TENER UNA
VIDA FELIZ.**



“SALUD Y CUIDADOS BUCALES”

**ALUMNA: DIANA CORDERO BAUTISTA
TUTORA: MTRA. ROSINA PINEDA Y
GÓMEZ AYALA**

**“UNA HERMOSA SONRISA
NOS REFLEJA LA SALUD
BUCAL DE LOS NIÑOS”**

**ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO
CRUZ**

