



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

IMPLEMENTACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO PARA LA  
MOTIVACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA HIGIENE BUCAL EN  
UNA MUESTRA DE PREESCOLARES DEL CEDI, 2017.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

NIDIA ORTEGA GONZÁLEZ

TUTORA: C.D. MARÍA DE LOS ANGELES SUSANA NAVA  
GUTIÉRREZ

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, Cd. Mx.

**2017**



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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

En la vida existen momentos y cosas gratificantes, esta es una de ellas, agradezco a Dios por darme la vida y la capacidad para superar mis propios obstáculos.

La vida está llena de retos y uno de ellos fue la Universidad, al ser parte de ella y haberme abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base, no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmersa, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

En especial agradezco infinitamente a mis padres Agustín Ortega y Alejandra Patricia, que siempre me apoyan en todo sentido y en todo momento, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Gracias Pa por haberme enseñado a no darme nunca por vencida y que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, gracias por inculcarme como prioridad la educación y la honestidad y por todas las lecciones de vida. Gracias Ma por cada día hacerme ver la vida de una forma diferente.

A mi esposo Alfredo Manjarrez por apoyarme y siempre estar a mi lado.

A mi hija Tabatha que es el principal motivo de seguir hasta el final, ella es mi fortaleza.

A mis familiares, por su apoyo.

Y para finalizar, agradezco a todos los que fueron mis compañeros y amigos durante este largo camino, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional, por mencionar algunos Melissa, Raúl, Faruk, Ana, Marisol, Oscar, Laura, Elda, Jessica, Monse, Belén, Guadalupe, etc.

Agradezco a mi Universidad, a mis maestros, a mi Asesora Erika, a mi Tutora Susana por sus esfuerzos para realizar este proyecto y que juntas trabajamos para que finalmente pudiera graduarme como una feliz profesional.

# INDICE

	Página
1. Introducción .....	5
2. Antecedentes .....	7
2.1 Dientes temporales .....	13
2.2 Alimentación Saludable .....	17
2.3 Higiene bucal .....	22
2.4 Aprendizaje en edades tempranas .....	26
2.5 Motivación .....	28
3. Planteamiento del problema .....	30
4. Justificación .....	32
5. Objetivos .....	34
5.1 General.....	34
5.2 Específicos .....	34
6. Material y Método .....	35
6.1 Tipo de estudio .....	36
6.2 Población de estudio y muestra .....	36
6.3 Criterios de inclusión .....	36
6.4 Criterios de exclusión .....	36
6.5 Variables de estudio .....	36
6.6 Etapa de planeación .....	36
6.7 Etapa de desarrollo .....	37
7. Resultados .....	43
8. Conclusiones .....	52
9. Bibliografía. ....	54
10. Anexos .....	58

## **1.INTRODUCCIÓN.**

Los esfuerzos organizados para controlar el problema de las enfermedades bucales han tenido poco éxito debido a que aún subsisten condiciones económicas, sociales y culturales precarias que obstaculizan estos esfuerzos. En México, la elevada incidencia y prevalencia de caries dental es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia, particularmente entre los niños en edad preescolar y escolar.

La salud oral de los niños con dentición temporal pareciera no tener relevancia para la mayoría de los padres o tutores, la idea posiblemente está relacionada con el hecho de que los pequeños cambian de dientes y estos son recuperables hasta cierto punto. De esta forma, la percepción sobre la cavidad oral parece estar mediada por la cultura; de allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado buco dental.

La salud bucal es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. La boca como puerta de entrada al cuerpo responde al mundo exterior, pero, además, refleja lo que ocurre en el interior.

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano.

Los conocimientos básicos para una buena salud bucal, una buena higiene, una dieta anticariogénica y una adecuada atención estomatológica se encuentran dentro de las medidas a lograr para obtener así un estado de salud bucal óptimo.

La determinación de factores que predisponen a contraer lesiones cariosas permite establecer un pronóstico que puede planificar tanto los tratamientos preventivos como los curativos, ya que éstos suelen ser de naturaleza física, química, psicológica o social. Conocerlos y controlarlos favorecen la disminución de su incidencia.

## **2. ANTECEDENTES.**

La caries dental afecta a más del 91% de la población mayor de cinco años y puede ser prevenida con, medidas sencillas de autocuidado, como es el caso del cepillado dental y el consumo moderado de azúcares. De acuerdo con lo que señala Mary Ann Pulaski con respecto a la teoría de Piaget, la edad en la que el niño posee la mayor facilidad de crear hábitos de aprendizaje y fijación en la memoria es en la edad preescolar de tres a cinco años de edad, por lo tanto, para desarrollar un trabajo de promoción de la salud bucal efectivo y oportuno, el momento adecuado en los niños es éste.<sup>1</sup>

El conocimiento sobre la salud bucal es un aspecto importante para el apego a las acciones preventivas.

Un estudio en 2006, en el estado de México, encontró que el 58% de los niños preescolares y escolares mostraron un conocimiento bueno sobre la salud bucal.<sup>6</sup> Sin embargo el 74% de los escolares presentaron problemas de caries en dientes temporales y permanentes. Esto indica que el conocimiento sobre la salud bucal es insuficiente. En los factores debe considerarse factores adicionales, ya que ellos están sujetos a la decisión, tiempo y necesidades de sus padres o tutores. Si no tienen cuidado de revisar la cavidad oral a sus hijos, tendrán menos oportunidad de tener una buena salud bucal.<sup>7</sup>

En este sentido, el inicio de la etapa preescolar es trascendental para que los padres contribuyan a reforzar las actitudes y prácticas de higiene oral en sus hijos, adaptándolos a un escenario estratégico para la promoción de buenos hábitos higiénicos que conduzcan al cuidado y la protección de la salud bucal en forma permanente.

Para que desde la práctica odontológica se pueda contribuir a fortalecer estos aspectos es imprescindible que se conozca en forma integral al niño y su núcleo familiar, identificando las actitudes y motivaciones de los padres hacia el fortalecimiento de la higiene oral de sus hijos, sus creencias, fortalezas y limitaciones para apropiarse de la información que le debemos impartir desde las actividades promocionales que se realizan al interior de todo proceso preventivo.

La alta prevalencia de enfermedades bucodentales en la población preescolar, constituyen un problema de salud pública en nuestro país.

La educación para la salud ha estado tradicionalmente presente en la escuela, aunque los objetivos y los métodos empleados para alcanzarlos han ido variando al tiempo que evolucionaba el propio concepto de salud. Inicialmente, las intervenciones escolares de salud se basaron en el modelo tradicional de prevención de enfermedades. Las metodologías educativas empleadas, basadas en la transmisión vertical del conocimiento en el contexto del aula, situaban a los niños como receptores pasivos ante las recomendaciones de los expertos.

En la década de los ochenta, con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud en la Carta de Ottawa<sup>2</sup>, empieza a cobrar fuerza una nueva idea de cómo abordar la salud en la escuela. Las intervenciones dejan de orientarse sólo hacia la prevención de la enfermedad para tratar de incidir también en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud en el entorno escolar.

Desde esta perspectiva, las intervenciones se dirigen a los niños, al conjunto de la comunidad educativa y al propio centro.

Se pretende que su impacto trascienda los límites del aula, al considerar que los niños también pueden ser agentes de salud si son formados adecuadamente para ello. Se considera que mediante la aplicación de metodologías educativas participativas se les puede ayudar a identificar y a adoptar conductas saludables y también a reconocer la influencia que ejerce en la salud su entorno físico y social próximo, aspirando a que sean capaces de intervenir en su mejora.<sup>3</sup>

En este nuevo enfoque, los maestros adquieren un papel protagonista para abordar la salud en la escuela porque sus competencias profesionales les capacitan para alcanzar estos objetivos de manera más eficaz que otros profesionales. Actualmente, la Promoción de la salud en el entorno escolar se reconoce como una forma efectiva de intervención para mejorar la salud de la población infantil. Permite promover en los niños y las niñas no sólo conductas y hábitos saludables, sino también capacitarlos desde edades tempranas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora.<sup>4-5</sup>

Se considera importante conocer las necesidades en salud de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, orientándose inicialmente por los niveles de conocimientos que se tienen sobre la etiología y prevención de estas alteraciones, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma. Además, al indagar en niños menores de cinco años, cualquier solicitud debe ir dirigida al personal encargado de su cuidado tal como lo recomiendan las Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal del Sistema General de Seguridad social en Salud.<sup>8</sup>

A nivel epidemiológico, varias poblaciones del Caribe colombiano se consideran de alto riesgo para las enfermedades bucales, debido al poco acceso que tienen a los servicios de salud y a prácticas de higiene bucal inadecuadas, probablemente influidas por el enfoque sociocultural en el cual están inmersos. En la ciudad de Cartagena se han realizado varios estudios que confirman la alta frecuencia de caries dental en niños menores de cinco años.<sup>9,10.</sup>

Para comprender la distribución de las alteraciones bucales dentro de una población son útiles las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). En Washington, EUA, el 7% de los padres de niños en estas edades conocían el propósito de los selladores y 52% el del flúor; el motivo más frecuente de búsqueda de asistencia odontológica fue por dolor o urgencia dental.<sup>11</sup>

Del mismo modo, en Detroit, Michigan, las madres tienen una mayor influencia sobre el cepillado dental en niños menores de tres años que en los niños mayores de esta edad<sup>12</sup> y en Turquía se encontró que el nivel educativo de las madres tiene un efecto sobre el conocimiento de los niños en salud bucal. En Usaquén-Bogotá, Colombia se encontró que la mayoría de la población (80%) sabe por qué se produce la caries y que se puede prevenir a través del cepillado dental.<sup>13</sup>

Además, el 66% de la población inició la higiene bucal de los niños desde que aparecieron los dientes. Asimismo, en Medellín, Colombia se encontró que el 42% de las madres de estrato medio/alto y 50% del bajo afirmaran no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En México no existen suficientes estudios para poder establecer la relación entre caries e higiene dental en niños en edad preescolar y escolar.

Esta información permite el desarrollo de modelos innovadores de intervención preventiva en poblaciones vulnerables, teniendo en cuenta que los programas de salud bucal se han desarrollado con métodos y contenidos muy generales sin tener en cuenta la información recolectada previamente, por lo que se hace indispensable intentar en un futuro la construcción de nuevos juicios y actitudes saludables en las familias de los niños menores de cinco años y en sus cuidadores, para que contribuyan a disminuir las enfermedades bucales desde la infancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea y el Consejo de Europa propusieron una serie de criterios para incorporar la promoción de la salud en la escuela, con el objetivo de introducir en la comunidad educativa modelos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.

Posteriormente, estos criterios se han ido especificando en líneas de acción más concretas: el desarrollo de buenas relaciones interpersonales en la escuela; la mejora de la salud y el bienestar del personal del centro; la promoción de la autoestima y autonomía de los niños, facilitando su participación en la vida escolar; el cuidado de los aspectos físicos y organizativos del centro, y la consideración del personal de la escuela como modelo en temas de salud.<sup>14</sup>

Así pues, tanto el reconocimiento de las dimensiones física, psicológica y social de la salud, como la incorporación del enfoque de la Promoción de la salud, ha dado lugar a una ampliación de los contenidos de la educación para la salud que pueden ser tratados en la escuela. A los temas preventivos tradicionales se añaden ahora los relacionados con la mejora del propio ambiente escolar.<sup>15</sup>

Actualmente, la Promoción de la salud en el entorno escolar se reconoce como una forma efectiva de intervención para mejorar la salud de la población infantil. Permite promover en los niños y las niñas no sólo conductas y hábitos saludables, sino también capacitarlos desde edades tempranas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora.

En mi opinión, algunas experiencias llevadas a cabo muestran que los niños, con ayuda de los adultos, son capaces de identificar y proponer alternativas a problemas de salud.

## 2.1 DIENTES TEMPORALES.

Los dientes temporales son 20 en total, 10 en cada una de las arcadas.

Se distribuyen por grupos dentarios atendiendo a su morfología en: incisivos, caninos y molares. La fórmula dentaria es 2-1-2 para cada hemiarcada, en la dentición temporal nunca hay premolares.

Por tanto, desde la línea media de cada arcada y hacia la parte posterior se ubican: incisivo central, incisivo lateral, canino, primer molar y segundo molar.

La morfología general de los dientes temporales es similar a la de los permanentes constan de corona y raíz dentaria que se inserta en el alvéolo óseo uniéndose al mismo mediante el ligamento periodontal. Internamente puede apreciarse la cavidad pulpar que alberga a la pulpa compuesta por vasos sanguíneos y linfáticos, fibras nerviosas y tejido conectivo.

La morfología de la corona depende del grupo dentario, incisivo, canino o molar, de que se trate. Las raíces son únicas para los incisivos y los caninos. Los molares inferiores tienen 2 raíces y los superiores tres.

El color es más claro que los dientes definitivos. Este color “blanco leche”, así como el hecho de que antiguamente erupcionaban cuando el niño estaba alimentándose con leche, da origen al término popular “dientes de leche” que todavía se utiliza.



Fig.1 Dentición temporal.  
<https://clinicadentalgm.wordpress.com/>



Fig. 2 Morfología de la dentición temporal.  
<https://www.bebesymas.com>

### 2.1.1 SECUENCIA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES.

Es importante resaltar que la cronología y la secuencia de erupción de los dientes temporales tienen una gran variedad. Hasta el punto de que, en el niño sano, se considera que los límites son que todos los dientes temporales hayan hecho emergencia cuando el niño cumple los tres años.

	6-10 meses	8-12 meses	9-13 meses	10-16 meses	13-19 meses
Arcada superior	2° IC	3° IL	7° C	5° 1er M	9° 2° M
Arcada inferior	IC 1°	IL 4°	C 7°	1er M 6°	2° M 8°
	14-18 meses	16-22 meses	17-23 meses	23-31 meses	25-33 meses

Fig. 3 Secuencia en la erupción y emergencia dentaria.

Barberia E. Atlas de odontología infantil.

## 2.1.2 IMPORTANCIA DE LOS DIENTES TEMPORALES

Los padres preguntan frecuentemente por qué son tan importantes estos dientes si, en definitiva, están destinados a caer y ser sustituidos por los definitivos. Además, lo frecuente es que el niño no haya sentido dolor.

La inervación de los dientes temporales procede de los mismos troncos nerviosos que inervan, más tarde, los dientes permanentes y la capacidad del niño para sentir y recordar el dolor, desde estadios muy tempranos de su vida, ha sido aceptada hace mucho tiempo.

Sin embargo, es frecuente observar una falta de correlación entre el dolor que el niño manifiesta y la patología que encontremos. La historia de dolor, como claro indicador de una urgencia seria en el niño, no es muy válida; grandes dolores pueden corresponder a las molestias de la exfoliación o erupción normal y, por el contrario, caries que originan grandes destrucciones dentarias aparentemente no causan dolor.<sup>15</sup>

Esta es una de las grandes sorpresas de los padres, les cuesta aceptar que la boca de su hijo ser un foco de infección aunque, afortunada o desafortunadamente, no han sentido dolor. Es necesario explicar que la reacción dolorosa es variable y depende de la gravedad y rapidez del proceso carioso, de la respuesta defensiva pulpar y de la tolerancia individual.

Comparados con los dientes permanentes los dientes temporales poseen menos esmalte y dentina y, por lo tanto, sería necesario menos tiempo para que la caries afecte la pulpa.

Sorprendentemente algunos niños no manifiestan dolor o la magnitud de éste no corresponde a lo que la lesión nos podría hacer pensar se debe a que, en general, los huesos maxilar y mandibular del niño son menos densos que los del adulto y esto favorece que la respuesta inflamatoria a las bacterias cariogénicas tenga poca o ninguna manifestación dolorosa.

Además hay que recordar que los dientes temporales sanos sirven para:

- Masticar e iniciar la digestión de los alimentos, en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo corporal.
- Que las estructura craneofaciales tengan el crecimiento biológico programado.
- Aprender hablar correctamente y lograr una buena dicción y fonación).
- Que el niño desarrolle correctamente la autoestima y la socialización.
- Guiar la salida y colocación de los dientes permanentes.

Nosotros como profesionales de la salud debemos tener muy presente que la caries es un proceso infeccioso por tanto el objetivo es eliminar la infección tan pronto como sea diagnosticada, sin que la edad del niño sea una limitación. Los padres exigen que una infección, en cualquier otra localización del cuerpo, tenga que ser tratada; sin embargo, aceptan los focos de infecciosos en los dientes de su hijo.



Fig. 4 Pérdida de dientes temporales  
<http://www.guiaparalospadres>

## **2.2 ALIMENTACIÓN SALUDABLE.**

La buena salud oral beneficia la salud general de los niños. La dentición temporal necesita tanta atención como la dentición permanente. Los dientes temporales se empiezan a desarrollar durante el segundo mes de vida del embrión y comienzan a calcificarse antes del nacimiento. Los dientes permanentes se empiezan a calcificar justo antes del nacimiento del bebé y todas las coronas de los dientes permanentes, excepto las del tercer molar, están formadas para cuando el niño tiene 8 años de edad. Lo que comemos y bebemos no sólo juega un papel importante en el desarrollo y protección de los dientes y las encías.

Una de las enfermedades más comunes en los dientes es la caries y se puede prevenir, una manera de hacerlo es mejorando nuestra dieta. Las caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia en el niño dificultándole comer, dormir, jugar y causar otros problemas más tarde en la vida como, por ejemplo: desórdenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fonoarticulación, etc.

Los nutrientes más importantes para tener una buena salud bucal son:

- Las proteínas.  
Son importantes para la formación de los dientes. La desnutrición causa un retraso significativo en la erupción de los dientes temporales. Las podemos encontrar en dos formas de origen animal y de origen vegetal por ejemplo: carne, pescado, huevos, leche y sus derivados, verduras, legumbres, hortalizas, tubérculos, frutas, cereales, frutos secos.

- Calcio y flúor.

El Calcio es necesario para la formación de dientes fuertes durante el proceso llamado Calcificación dental. Lo encontramos en productos lácteos, vegetales de hojas verdes, legumbres, salmón y sardinas, almendras, kiwi, mandarina.

El Flúor reduce el riesgo de que los niños desarrollen caries al endurecer el esmalte de los dientes, reduce la capacidad de las bacterias para producir ácido y fomentar la reposición mineral. La fluoración del agua pública es la forma más sencilla para prevenir la caries dental y mejorar la salud bucal. Lo podemos encontrar en el té, espinacas, pescado, carnes, huevos, fruta y cereal.

- Vitaminas A, C, D y K.

La vitamina A ayuda a la formación y al mantenimiento de dientes, tejidos blandos y óseos, membranas mucosas y piel sanas. Se conoce también como retinol, ya que produce los pigmentos en la retina del ojo, la falta de vitamina A da como resultado el esmalte de los dientes no se desarrolle completamente o se desarrolle mal. La encontramos en los siguientes alimentos: carne, huevos, productos lácteos, vegetales de hojas verdes y frutas.

La Vitamina C y K son importantes porque mantienen las encías saludables. La vitamina C se necesita para el crecimiento y reparación de tejidos, mantiene fuerte el tejido de las encías, la encontramos en frutas cítricas, pimientos verdes, fresas, tomates, brócoli, papa; la vitamina K controla la pérdida de sangre y los alimentos que lo contienen son col, coliflor, espinacas, cereales.

La vitamina D el cuerpo de por si produce esta vitamina cuando nos exponemos al sol, hace que el calcio sea asimilado por las diferentes partes del organismo donde es necesario, como los huesos, la podemos encontrar en el queso, mantequilla, leche, pescado, cereal, huevo, hongos.

Actualmente se sugiere trabajar con el plato del buen comer y la jarra del buen beber (incluso la SEP ya lo maneja en los libros de texto).



Fig. 5 Plato del buen comer.

Alimentos y cantidades que debemos consumir.

<https://www.lajiribilla.com.mx>



Fig. 6 Jarra del buen beber.

Líquidos y Cantidad que debemos consumir.

<http://www.saludymedicinas.com.mx>

### 2.2.1 BUENA NUTRICIÓN Y SONRISA SALUDABLES.

Tener un buen estado de salud implica tener un buen estado de salud bucal.

“La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”

Existe una estrecha relación entre la salud bucal y la salud general, esto hace referencia a tener dientes, encías y estructuras bucales saludables, sin dolencias y en buen estado de funcionamiento.

La salud bucal favorece una buena nutrición. Ya que el poder realizar correctamente la masticación permite tragar los alimentos eficazmente, favoreciendo la digestión y por ende la absorción de los nutrientes de los alimentos indispensables para que el organismo tenga salud general. Asimismo, la buena nutrición y los hábitos alimenticios adecuados fomentan una buena salud bucal.

## 2.2.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE AFECTAN LA HIGIENE BUCAL.

Alimentos ricos en azúcar o almidón.

Aunque los niños necesitan dietas que proporcionen mucha energía, esto no significa que deban consumir durante el día colaciones (bebidas y golosinas) que contengan grandes cantidades de azúcar.

Se ha establecido la relación que existe entre algunos grupos de bacterias que causan caries, con el consumo de alimentos ricos en azúcar y almidón (especialmente los alimentos pegajosos), ejemplos: caramelos, refrescos, jugos de frutas, galletas, pasteles y frituras; alimentos considerados cariogénicos, ya que su alto contenido en carbohidratos fermentables favorecen que algunas bacterias presentes en la placa dentobacteriana, aumenten la producción de ácidos como parte de su metabolismo que desmineralizan el esmalte y posteriormente formar cavidades en los dientes.

La forma en que se desarrollan los patrones de alimentación, y los tipos de alimentos consumidos por los niños, son factores importantes que afectan la rapidez con que los individuos pueden desarrollar caries dental. Ya que el ácido producido por las bacterias tiene un mayor efecto durante los 20 minutos consecuentes a su producción.<sup>16</sup>



Fig. 7 Factores que intervienen en la producción de caries.  
<http://odontologiaparapacientes.blogspot.mx/>

## 2.3 HIGIENE BUCAL.

El cepillado de dientes representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca.

**Placa dental** (*biofilm dental*) es incolora, pegajosa, compuesta por bacterias una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia y azúcares que se forman y se adhiere continuamente sobre los dientes; puede causar caries y enfermedad periodontal, además de endurecerse y convertirse en calculo dental si no se retira.

El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando constantemente sobre los dientes y encía, y así impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías. Aunque la placa bacteriana se forma de manera permanente, su acción más dañina se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada, puesto que, en ese momento, las bacterias de la placa disponen de sustancias nutritivas para metabolizarlas y producir ácidos. La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca. La mejor manera de eliminar la placa es mediante la acción mecánica del cepillo y seda dental.

Además, se debe restringir la ingesta de alimentos a los horarios de comida habituales, evitando el consumo de alimentos a deshora, para no favorecer el ataque de ácidos entre las comidas.

Por otro lado, el cepillado, como objetivo secundario, contempla la eliminación de los restos de alimentos.

Para que el cepillado de los dientes cumpla eficazmente su objetivo, es preciso que se convierta en un hábito.

La frecuencia recomendada es: al levantarse, después de cada comida y, nuevamente, antes de acostarse. Se recomienda que el cepillado de dientes en niños en edad preescolar y escolar sea supervisado por un adulto para estimular el hábito, corregir la técnica y administrar una cantidad adecuada de pasta dental.

Es fundamental minimizar los riesgos de ingestión de pasta dental, especialmente en los menores de 4 años.

La técnica a emplear es tan importante como la frecuencia; también lo son los elementos que se utilizan: Si el cepillado es incorrecto, no cumple su finalidad, o peor aún, puede resultar perjudicial ya que puede dañar los dientes e irritar las encías. Es importante que los padres conozcan la manera correcta de realizar el cepillado dental, antes de enseñarlo a sus hijos, porque si el procedimiento no se aprende bien desde el principio, resulta difícil de corregir.

### 2.3.1 CEPILLADO DENTAL.

Los materiales necesarios para efectuar el cepillado en los niños preescolares son los siguientes:

Cepillo dental de cabeza pequeña, filamentos de nylon suave, de extremos redondeados, corte recto y mango recto.

Pasta de dientes fluorurada, con 500 ppm de flúor, desde los 3 años de edad hasta los 6 años.

#### NOTA.

- ✓ Cada niño debe tener su propio cepillo de dientes.
- ✓ Usar una cantidad pequeña de pasta dental, del tamaño de un chícharo.
- ✓ Enseñar a escupir la pasta de dientes.
- ✓ El cepillo dental debe remplazarse cada 3 meses o más frecuentemente si se encuentran gastados, si el niño ha tenido alguna infección.
- ✓ Los cepillos deben de ser lavados después de cada uso y secados al aire en posición vertical.
- ✓ Cepillar por dos minutos.



Fig.8 Cepillos en posición vertical.  
<http://it.wikihow.com>



Fig. 9 Tiempo de cepillado dental.  
<http://www.philips.es>

### 2.3.2 TÉCNICA CIRCULAR O DE FONES (ROTACIÓN).

Es la técnica más conocida indicada en niños en edad preescolar para generar un hábito de limpieza dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental.

Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior en dientes anteriores y en dientes posteriores con movimientos de atrás hacia adelante sobre las caras de masticación y al finalizar la lengua. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

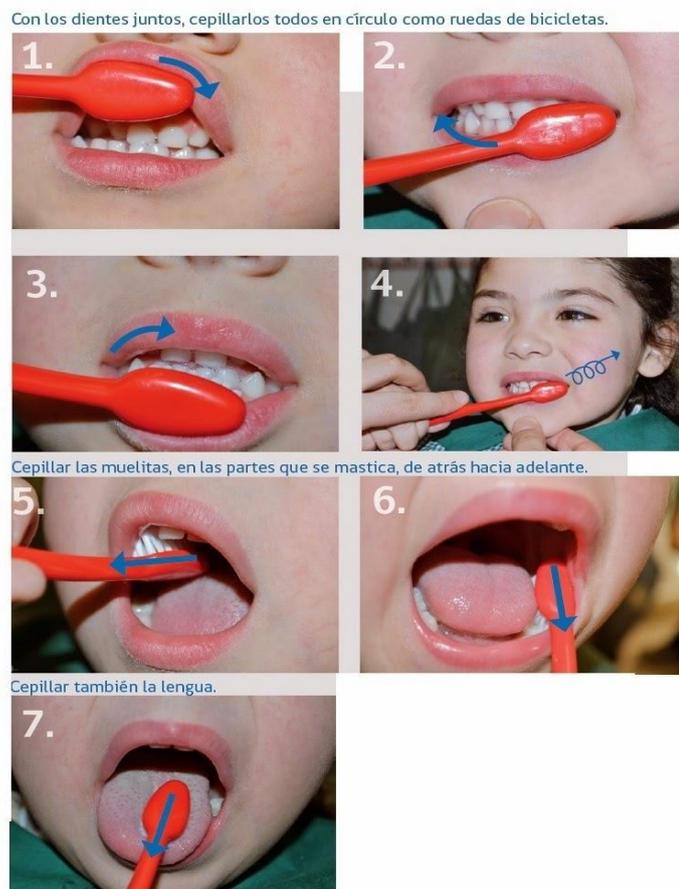


Fig. 10 Técnica de cepillado de Fones paso a paso  
<http://tecnicasdeltuenecepilladobucal.blogspot.mx/>

## **2.4 APRENDIZAJE EN EDAD TEMPRANA.**

Todos los seres humanos comenzamos a aprender desde el momento en que nacemos. Durante los primeros años de vida, es cuando el cerebro está en su máximo potencial de maduración, y por ende se debe aprovechar para estimularlo desde temprana edad. El aprendizaje en edad temprana promoverá el desarrollo del niño(a), incitando su formación motora, social e intelectual.

Existen importantes evidencias en los campos de la fisiología, nutrición, salud, sociología, psicología y educación, las cuales demuestran que el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social en los seres humanos ocurre más rápidamente durante los primeros años. La estimulación intelectual insuficiente puede llegar a provocar daños graves y posiblemente irreversibles sobre el desarrollo. He aquí una de las razones más importantes para comenzar la educación de sus hijos en los primeros años de vida.

Cuando el cerebro se desarrolla bajo condiciones óptimas, aumenta el potencial de aprendizaje y disminuyen las posibilidades de falta de logros en la escuela. Por ello, los programas educativos que promueven la interacción con el medio físico, natural y socio-cultural pueden fomentar el desarrollo cerebral y las potencialidades de aprendizaje. Además, la mitad del desarrollo del intelecto se produce antes de los cuatro años de edad, debido a la relación existente entre la tasa de crecimiento del cerebro durante los primeros años y el efecto de la estimulación perceptual sobre la estructura y organización de las conexiones neuronales.

Según Piaget, durante los primeros 3 años de vida los niños(as) son como “esponjas”, ya que absorben todo lo que les rodea; se da la imitación de los juegos simbólicos, dibujos, conductas y del lenguaje hablado. Rodríguez, autor de *La mente del niño. Cómo se forma y cómo hay que educarla*, indica que el 75% de la maduración del sistema nervioso está programado genéticamente mientras que el 25% restante depende de la experiencia.<sup>17</sup> Por lo que recomienda comenzar el aprendizaje de los niños y niñas tempranamente.

Es justamente en esta etapa que se favorece el desarrollo niño(a) si se le ofrecen percepciones sensoriales en ambientes enriquecidos. Asimismo, desde el punto de vista emocional, en los primeros 6 años de vida el sujeto construye las bases de su autoestima, desarrolla confianza, seguridad, autonomía e iniciativa, en su relación con otras personas y con la cultura a la que pertenece.

Es por esto que es sumamente importante comprender el significado del aprendizaje durante los primeros años de vida ya que se busca satisfacer las necesidades de los niños y niñas. El enfoque de la educación hace énfasis en el crecimiento y desarrollo general del niño y en su individualidad. Debe darse por profesionales, en un lugar con un ambiente acogedor, agradable y seguro que ofrece una aventura para los niños y niñas a la hora de descubrir el mundo que los rodea.



Fig. 11 Juegos didácticos.

<http://juegosdidacticoseduccioninicial.blogspot.mx>

## 2.6 MOTIVACIÓN

El antiguo concepto del niño como un adulto en miniatura no fue abandonado hasta el siglo de las luces. Los trabajos del filósofo francés Jean Jacques Rousseau (1712-78), hicieron especial hincapié en que los niños en su desarrollo atraviesan una serie de etapas físicas y mentales, con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos.<sup>19</sup>

Actualmente se considera adecuado el pensamiento que desarrolla el Dr. Schiaffino: “El niño es un ser humano en crecimiento y desarrollo, biológica y psíquicamente inmaduro y un indefenso social, que está además, en constante conocimiento y aprendizaje del medio que lo rodea”.<sup>20</sup>

El concepto de crecimiento y desarrollo implica una visión dinámica y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la atención del niño.

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta la adultez. En este proceso evolutivo el niño es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de acuerdo con su edad y sus características individuales y sus motivaciones.



Fig. 12 De acuerdo a la edad los niños actúan de formas diferentes  
logopediaenespecial.blogspot.com

La palabra motivación es resultado de la combinación de los vocablos latinos *motus* (traducido como “movido”) y *motio* (que significa “movimiento”). A juzgar por el sentido que se le atribuye al concepto desde el campo de la psicología y de la filosofía, una motivación se basa en aquellas cosas que impulsan a un individuo a llevar a cabo ciertas acciones y a mantener firme su conducta hasta lograr cumplir todos los objetivos planteados. La noción, además, está asociada a la voluntad y al interés. En otras palabras, puede definirse a la motivación como la voluntad que estimula a hacer un esfuerzo con el propósito de alcanzar ciertas metas.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La falta de aplicación continua de las estrategias preventivas dirigidas a grupos de riesgo específicos (preescolares), se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales. En el grupo de preescolares, debido a la escasez de recursos humanos, materiales y financieros, se ha detectado insuficiente promoción de la salud bucal, irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención, así como escasa atención curativa.

La infancia constituye dentro del desarrollo del ser humano la etapa más importante, pues en ella comienza a formarse la personalidad del niño, de lo que se infiere el papel determinante que tienen la atención y educación tempranas.

Precisamente, por ser la familia el ámbito donde transcurre el desarrollo integral de los niños, toma un significado especial la continua preparación de ella, para asumir el reto de asegurar su formación total y completa, pero en ocasiones no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente. Muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y a veces perjudiciales para el niño.

Los servicios odontológicos institucionales, a pesar de haber manifestado grandes avances, su calidad de atención no corresponde con lo esperado, debido a la poca o nula actualización del personal profesional, a la falta de equipo o que el presupuesto asignado a las entidades federativas es insuficiente para cumplir con la demanda mínima de la población.

En cuestión de recursos humanos, México no cuenta con personal auxiliar para desarrollar acciones exclusivas de higiene bucal y de promoción de la salud. Es insuficiente el material de enseñanza y no se destinan recursos ni presupuestos para incrementar las acciones de promoción con calidad.

Desde el punto de vista de la salud bucal, es el control de la higiene bucal a través del cepillado el pilar fundamental. Numerosas cadenas comerciales exhiben incontables productos infantiles relacionados con el autocuidado de los dientes. Las transnacionales farmacéuticas elaboran productos para la prevención de caries día a día y dan promoción a sus productos a través de diferentes medios de comunicación y presentaciones comerciales.

A pesar del fácil acceso a la información a través los diversos medios de comunicación, la difusión para el cuidado de la dentición temporal no ha sido suficiente.

El dinamismo de la vida, la filosofía dialéctica y los avances científicos tecnológicos exigen cambios que contribuyan al perfeccionamiento de estos programas.

## **4. JUSTIFICACIÓN.**

La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana.

Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales, además a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y la Pedagogía, respondiendo así a la interdisciplinariedad. Puede utilizar diferentes métodos y técnicas y tiene en su base el principio didáctico de la relación objetivo-contenido-método y la selección de los medios adecuados.

La Organización Mundial de la Salud, en el documento “Promoción de la Salud mediante las Escuelas” reconoce la relación que hay entre educación y salud; a partir de esto, juzga que se puede emplear este conocimiento para ayudar a establecer escuelas que mejoren la enseñanza y eleven el potencial de aprendizaje al mismo tiempo en que mejoran la salud, pues la buena salud y lleva a un aprendizaje provechoso y viceversa. Se afirma que la escuela tiene gran influencia sobre la salud de los niños, y con el desarrollo del concepto de Escuelas Promotoras de la Salud, o Escuelas Saludables, que tienen como meta genérica alcanzar estilos de vida saludables para la población total de la escuela por medio del desarrollo de ambientes que apoyen y conduzcan a la promoción de la salud.<sup>15</sup>

La importancia de la introducción de la educación en salud y cuidados con la higiene bucal en los primeros años de vida escolar, se justifica, porque en esta etapa los niños están descubriéndose, descubriendo sus sensaciones y desarrollando hábitos.

La motivación del paciente es necesaria para que se sienta involucrado en el proceso de promoción de salud. Y este trabajo de motivación y educación debe realizarse con entusiasmo, pues lo que se hace con creencia, convicción, placer y agrado tiene el poder de contagiar a las personas. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, pues en una única sesión de enseñanza, no se lograría crear un buen hábito en el paciente.

Un niño bien motivado puede alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de salud bucal, principalmente si comparados a los niños que no pasaron por un proceso de orientación y motivación.

Se debe cambiar el enfoque y la perspectiva de la medicina tradicional (atención y tratamiento), a la salud pública (prevención y promoción).

## **5. OBJETIVOS.**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL.**

Promover la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado con base en acciones preventivas que sean de tal impacto para que formen hábitos en los niños.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Mediante el uso de material didáctico, fomentar hábitos de higiene dental en niños de edad preescolar.
- Informar a los padres y docentes sobre las medidas preventivas que existen para prevenir la aparición de lesiones cariosas a temprana edad.
- Establecer la relación entre el cepillado dental, la alimentación y la aparición de caries.
- Motivar la visita al odontólogo por lo menos dos veces al año.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS.**

Para la implementación de las actividades diseñadas para este trabajo fue necesaria la aprobación y autorización del director del “Colegio de Estimulación para el Desarrollo Integral (CEDI)” en la delegación Álvaro Obregón, así como el consentimiento informado de los padres o tutores de familia.

Se llevó a cabo una reunión con las autoridades del plantel, con el propósito de exponerles la problemática de salud bucal y sus repercusiones; la campaña, la importancia de concientizar a la comunidad escolar con relación a Salud Bucal del Preescolar y la creación de hábitos higiénicos y alimentarios, así como las medidas de promoción, prevención y protección específica dirigidas a la población escolar.

Se diseñó una campaña de observación e intervención educativa para la motivación y promoción de la salud bucal, denominada “Boquitas Sanas”, estuvo dirigido a los niños(as), padres de familia y docentes de la institución educativa.

El Colegio facilitó 3 salones de clases y el patio. El Colegio cuenta, además, con 5 profesoras, un director y alberga a una población de 58 preescolares inscritos en el curso 2017.

Para poder integrar e involucrar a todos los sectores, se empleó un método lúdico pedagógico, basado en la percepción de los niños acerca de la salud y la enfermedad bucodental.

## **6.1 ETAPA DE PLANEACIÓN.**

### 6.1.1 Tipo de estudio.

Transversal – Observacional – Intervención.

### 6.1.2 Población de estudio y muestra.

Alumnos sin distinción de sexo

Maestras que laboran en el colegio.

### 6.1.3 Criterios de inclusión.

Todos los niños que asisten al CEDI sin distinción de sexo.

Maestros que laboran en el CEDI.

### 6.1.4 Criterios de exclusión.

Preescolares que no quisieron participar.

Preescolares que no asistieron al colegio los días de la campaña.

Preescolares que sus padres o tutores no aceptaron que participaran.

### 6.1.5 Variables de estudio.

Esto se llevó a cabo mediante las preguntas:

Género.

Edad.

Escolaridad.

Conocimiento previo sobre cuidado de los dientes.

¿Te gusta cepillarte los dientes?

¿Cuántas veces deben cepillarse los dientes?

¿Te cepillas solo?

¿Qué alimentos crees que hacen daño a tus dientes?

¿Has ido al dentista?

¿Sabes lo que es caries?

Se diseñó la planeación de la siguiente manera:

- Elaborar un plan de actividades y presentarlo al director del colegio.
- Selección de los espacios de trabajo.
- Solicitar una reunión de trabajo con el personal docente involucrado.
- Programar actividades a realizar con los escolares.
- Disponer de la lista de alumnos de la escuela por grado escolar.
- Consolidar, reforzar o implementar la participación comunitaria (maestros, padres de familia, niños).
- Se elaboró material didáctico impreso (cuentos, hojas para dibujar, laberinto, calendario de higiene bucal), gráfico (láminas de alimentación sana y chatarra, láminas sobre partes de la boca, una boca, 2 rotafolios, 1 cartel; recursos mixtos canciones y refuerzos positivos, calcomanías adheribles, lápices, teatro guiñol y muelitas de fieltro).

## **6.2 ETAPA DE DESARROLLO.**

Las actividades realizadas siguen un patrón por objetivo:

1. Conocer.
2. Comprender.
3. Aplicar.

Horario de actividades por día y grupo son las siguientes:

Con días de anticipación a la campaña se les pidió a los padres de familia elaborar un trabajo a cerca de la higiene bucal para que se fueran familiarizando los niños y los padres con el tema.

Día miércoles.

PREESCOLAR 3	Tiempo Aprox. 1 Hora 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de La Dra. Nidia</li> <li>Importancia los dientes, ropa e instrumental que identifican a un “dentista”.</li> <li>• Rotafolio sobre ¿Qué es la Placa Bacteriana y la Caries Dental?</li> <li>• Carteles y plática sobre la Alimentación saludable y chatarra.</li> <li>• Material impreso para dibujar (elementos básicos para la higiene bucal).</li> <li>• Cuento “El sapo dentado”.</li> <li>• Incentivo (calcomanía) por haber trabajado bien.</li> </ul>
PREESCOLAR 2	Tiempo Aprox. 1 Hora 30 min.	
PREESCOLAR 1	Tiempo Aprox. 1 Hora 30 min.	



Fuente directa.



Fuente directa.

Día jueves.

PREESCOLAR 1	Tiempo Aprox. 1 Hora.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lámina ilustrativa y tipodonto para identificar las partes de la boca y número de dientes.</li><li>• Rotafolio y Demostración sobre ¿Cómo cepillar nuestros dientes? (pasos a seguir, técnica de cepillado correcta, información sobre cepillo dental y pasta de dientes).</li><li>• Lámina ilustrativa individual de dientes (consecuencias de no lavar dientes y poner en práctica la técnica de cepillado sobre la imagen).</li><li>• Cuento “El dragón que no se lavaba los dientes”.</li><li>• Incentivo (calcomanía) por haber trabajado bien.</li></ul>
PREESCOLAR 2	Tiempo Aprox. 1 Hora.	
PREESCOLAR 3	Tiempo Aprox. 1 Hora	



Fuente directa.



Fuente directa.

Día viernes.

PREESCOLAR 1	Tiempo Aprox. 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>Juguemos a ser Doctores.</li></ul> Etiqueta con el nombre de los niños.
PREESCOLAR 2	Tiempo Aprox. 40 minutos	<ul style="list-style-type: none"><li>Práctica de la Técnica de cepillado.</li></ul> Uso de solución reveladora, cepillo pasta dental y vaso con agua.
PREESCOLAR 3	Tiempo Aprox. 40 minutos	Observar modificar la técnica en los niños indicar la forma correcta de hacerlo.



Fuente Directa.



Fuente directa.

Para concluir con la campaña con los niños se realizaron las siguientes actividades grupales en el patio de la escuela.

- Teatro guiñol “Picadientes” Realizada por los Maestros del plantel.
- Cuento “El Ratón Pérez”.

- Lluvia de Ideas sobre todo lo visto en la campaña bucal.
- Entrega de premios/incentivos a los niños por participar en las actividades.



Fuente directa.

Al final del día, a la hora de la salida en el patio de la escuela se hizo una pequeña exposición de los trabajos realizados por los pequeños, los materiales utilizados durante la campaña y carteles para proporcionar a los padres información sobre prevención y salud bucal para sus hijos.



Fuente directa.



Fuente directa.

## 7.RESULTADOS.

Tabla 1.

Antes de la campaña.

1.- ¿Te gusta cepillarte los dientes?

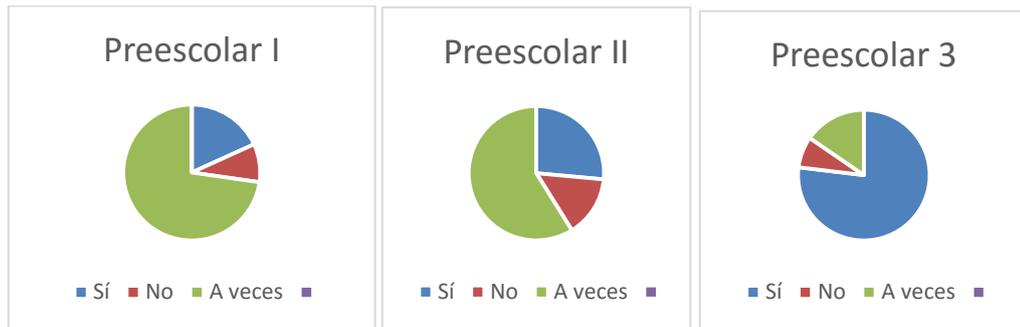
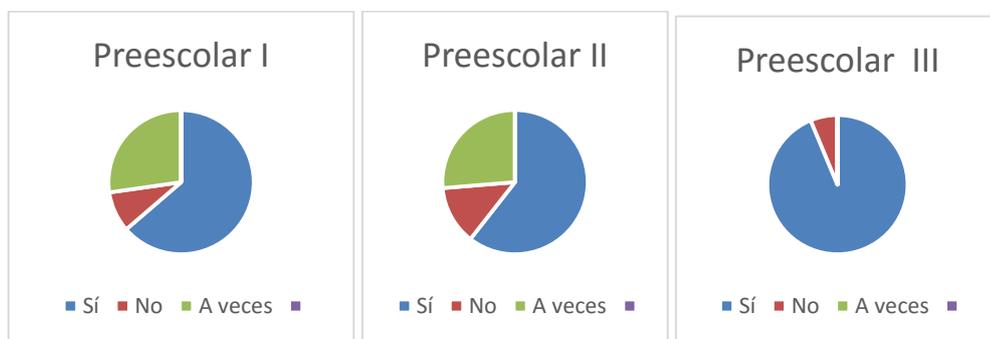


Tabla 2.

Después de la campaña.

1.- ¿Te gusta cepillarte los dientes? (después de la campaña).



Antes de impartir la campaña el 50 % de los niños no les gusta cepillar sus dientes o lo hacen a veces, tal vez porque no existe un hábito en ellos y los padres no ponen mucho interés en la higiene bucal de sus hijos, mientras que al otro 50 % si se cepilla.

Tabla 3.

Antes de la campaña.

2.- ¿Cuántas veces deben cepillarse los dientes?



Tabla 4.

Después de la campaña.

2.- ¿Cuántas veces deben cepillarse los dientes?



Por otra parte 80% de los niños sabe que debe cepillar sus dientes por lo menos 2 veces al día, después de la primera plática ya todos sabían que son 3 veces al día.

Tabla 5.

Antes de la campaña.

3.- ¿Te cepillas solo?

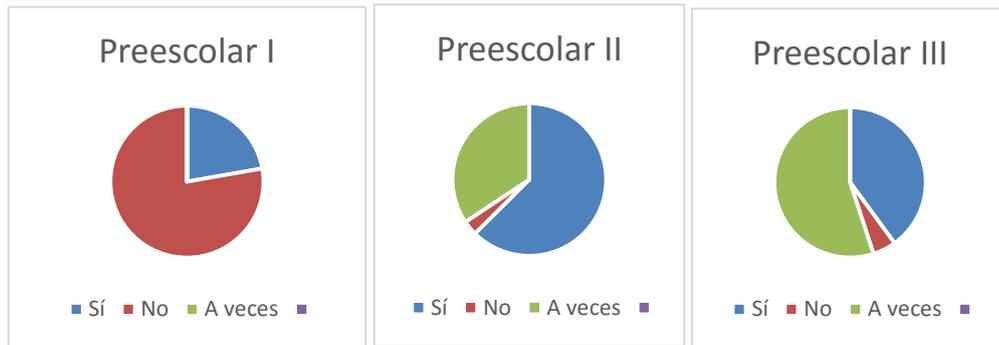
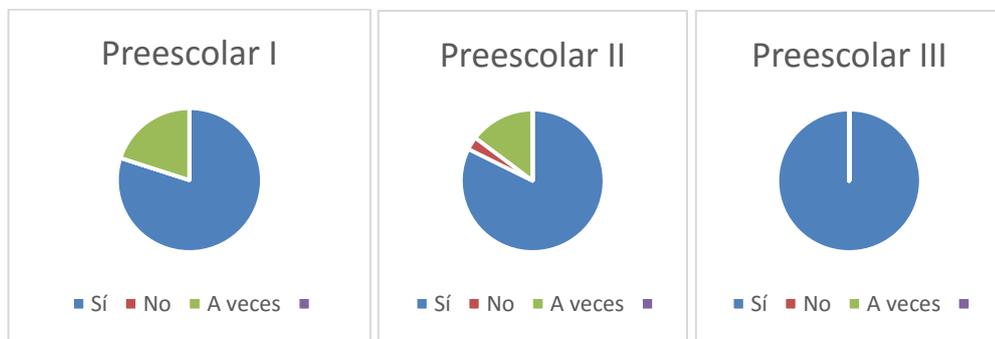


Tabla 6.

Después de la campaña.

3.- ¿Te cepillas solo?



El 70 % menciona que se cepilla solo y el otro 30% a veces, después de la campaña mencionaban que ya se cepillaban ellos solos.

Tabla 7.

Antes de la campaña.

4.- ¿Qué alimentos crees que hagan daño a tus dientes?

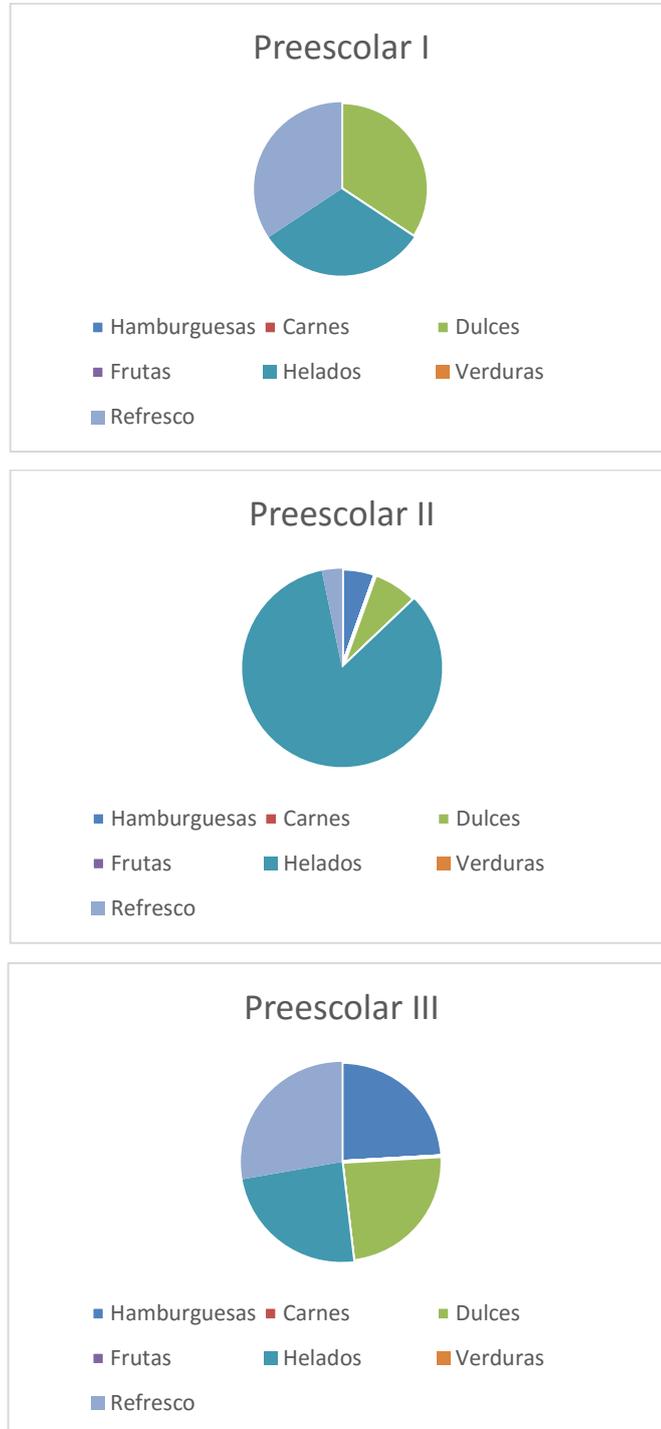
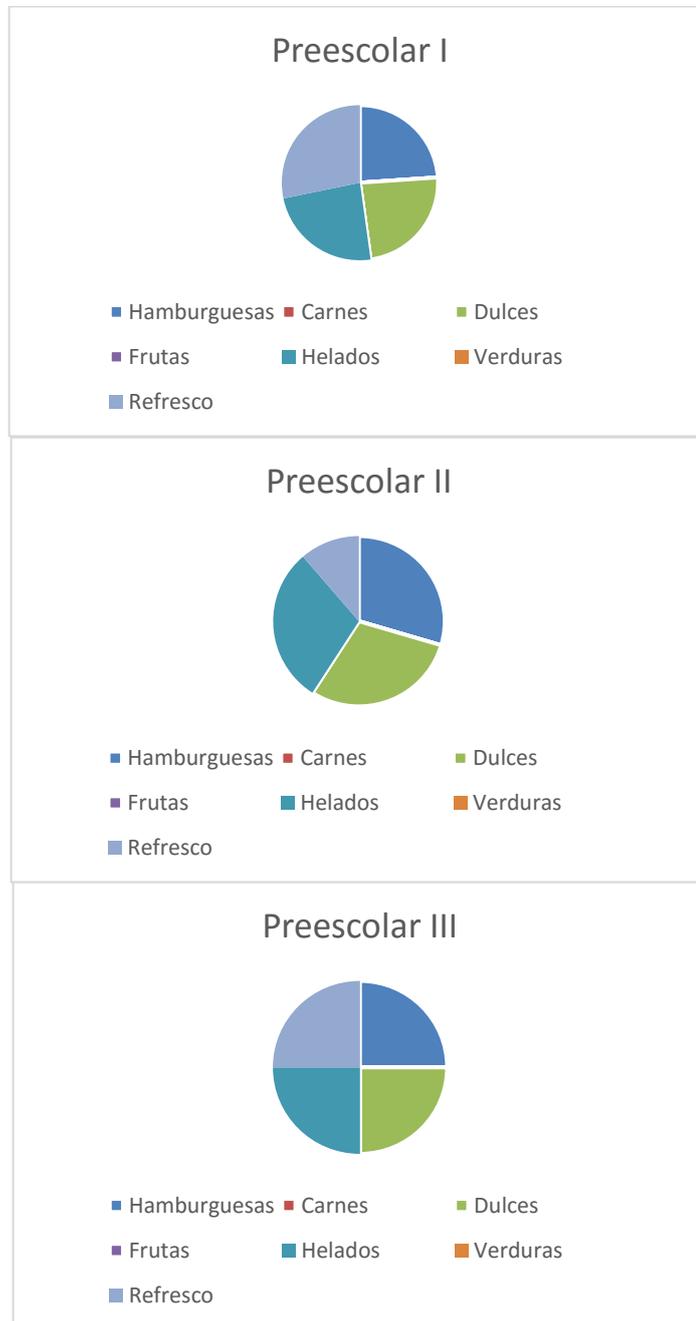


Tabla 8.

Después de la campaña.

4.- ¿Qué alimentos crees que hagan daño a tus dientes?



En cuanto a los conocimientos sobre los alimentos que dañan los dientes existen muchas diferencias o variantes por que aún están aprendiendo a llevar una alimentación balanceada y el gusto por cierto tipo de alimentos, pero manifestaron saber con exactitud que los dulces son el principal motivo.

Tabla 9.

Antes de la campaña.

5.- ¿Has ido al dentista?

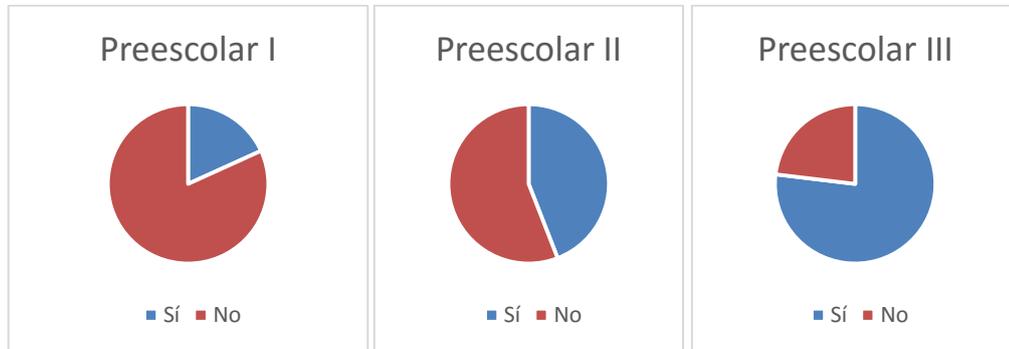


Tabla 10.

Después de la campaña.

5.- ¿Has ido al dentista?



El 40% de los preescolares refiere haber ido al dentista por caries, una corona, pero nunca por prevención y el 60 % restante nunca ha ido al dentista.

Tabla 11.

Antes de la campaña.

6.- ¿Sabes lo que es caries?

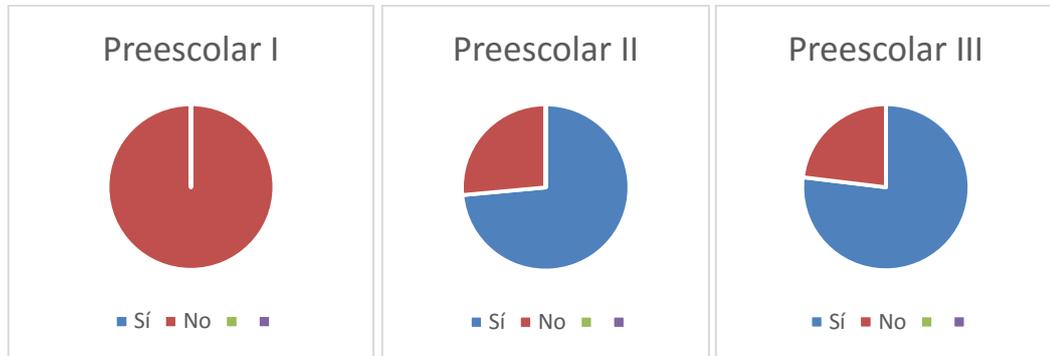
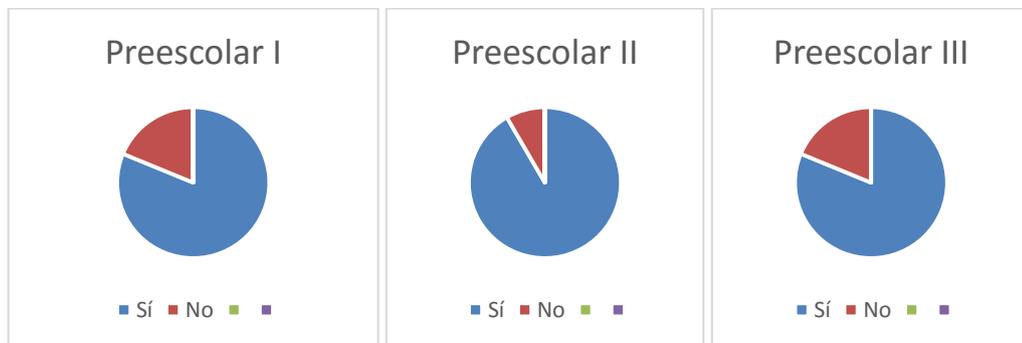


Tabla 12.

Después de la campaña

6.- ¿Sabes lo que es caries?



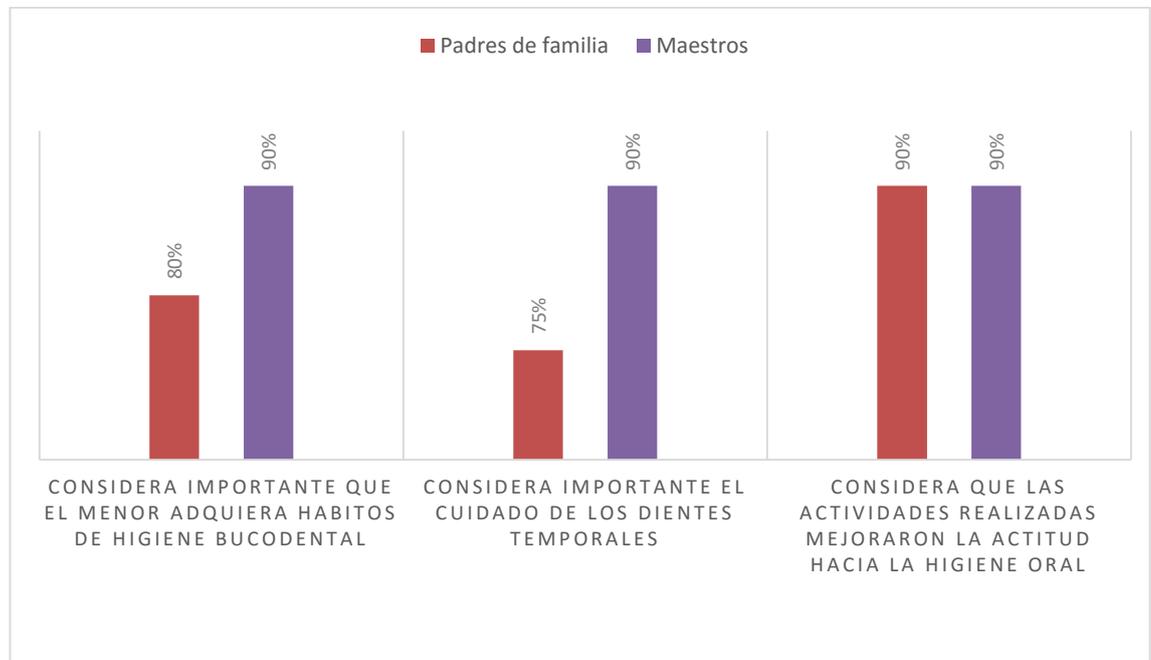
Para finalizar el 80% de los niños no sabían que era la caries, pero al terminar la campaña la cifra se invirtió.

A pesar de que los niños están consientes de la importancia de cuidar sus dientes y su alimentación hay temas que aun desconocen.

Después de las actividades realizadas se invirtieron y modificaron todos los valores antes mencionados, esto se logro al presentar los conocimientos básicos para lograr una mejor higiene bucal y una alimentación saludable.

Tabla 13.

Encuesta a padres y maestros sobre la campaña después de las actividades realizadas, tomando en cuenta su opinión.



El 80% de los padres mencionan que es importante que los niños adquieran hábitos de higiene bucodental mientras que el 90% de los maestros le dan más importancia.

Sin embargo el 70% de los padres consideran importante el cuidado de los dientes temporales respecto al 90% de los maestros que denotan más importancia.

En relación a las actividades realizadas, el 90% de los padres y el 90% de los maestros declararon que mejoraron la actitud de los niños hacia la higiene oral.

Los padres o tutores en ocasiones tienden a dar respuestas ideales, aunque no sean reales. Ya que las encuestas no coinciden con los conocimientos que los niños tienen sobre la higiene bucal.

Durante la campaña observe que los niños se mostraron interesados ante la presencia de una persona con bata blanca así que se recurrió a usar pijama quirúrgica con motivos infantiles y esto todavía motivo más a los pequeños.

En el caso de los padres o tutores al comienzo de la campaña se mostraron participativos y manifestaron interés, pero al paso de las sesiones mostraron desinterés total, con excepción de algunos padres. Por otra parte el interés de las docentes por participar fue variable, desde quienes manifestaban algunas de sus ideas, hasta quienes no mostraron mayor interés, probablemente pudieron sentir que se interfería en los tiempos en que ellas tenían destinadas otras actividades académicas, eso ocurrió durante el primer día, los días posteriores participaron en las actividades con buena actitud.

## 9.CONCLUSIONES.

El trabajo durante la campaña fue arduo pero gratificante ya que se logró la participación de los niños en las actividades que se desarrollaban en el colegio.

Sobre las actividades llevadas a cabo con los preescolares, éstos mostraron inquietud y entusiasmo por participar.

Cada una de las actividades fue realizada con el objetivo de que los pequeños aprendieran jugando; fueron diversas las reacciones de los pequeños ante cada actividad. Las que tuvieron más impacto en Preescolar I fueron los cuentos, en Preescolar II la lámina ilustrativa, además de los cuentos y en Preescolar III fueron los rotafolios. Observe que en general les gusta dibujar. Al momento de dar las pláticas con los rotafolios, la técnica de cepillado con tipodonto y cepillo, en las láminas sobre las partes de la boca y los dientes, todos se mostraron especial interés, éste aumento cuando jugamos con las láminas de comida saludable y chatarra, ya que el primer equipo que terminara se llevaba refuerzos positivos; este tipo de actividades los hace pensar.

Sin embargo la actividad que mejor proyecto el mensaje sobre la importancia de la prevención y se llevo todos los aplausos, risas y atención de los niños fue el Teatro guiñol

Cabe destacar que todo el material didáctico realizado para las actividades cumplieron el Objetivo de esta campaña: se mostraban participativos y hacían comentarios como: “Hola doctora de dientes”, “Que se habían lavado los dientes tres veces al día”, “Le enseñé a mi hermanito cómo se debe de cepillar”, “Mi mamá me compró mi cepillo y pasta de dientes”, “¿Cuándo nos va a cepillar los dientes?”,”Le dije a mi mamá que no debemos usar mucha pasta de dientes”, “¿Verdad que mis dientes están bonitos, porque sí me los cepillé?”, “¿Verdad que si no nos lavamos

los dientes nos huele feo la boca y se los va a comer el monstruo de la caries?”, etc. Estos comentarios para mí denotan que todas las actividades llevadas a cabo con ellos fueron de gran impacto y dejaron un aprendizaje con gran valor y significancia en ellos y lograron motivar el hábito de higiene bucal, estoy segura les servirá para toda la vida.

Se logró promover la importancia de la salud bucal, creando una cultura en la que se fortalezca el autocuidado.

*“Para tener una buena salud bucal, la prevención y la motivación es la mejor solución, el mejor ejemplo para los niños es ver a los adultos cepillándose los dientes, los hábitos inician desde casa”.*

## **10.BIBLIOGRAFÍA.**

1. Mazariegos M, Vera H, Sanz C, Stanford A 2009.
2. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneve: WHO; 1986.
3. Jensen B. Contribuciones en educación para la salud, acción y democracia. Copenhague: Centro de investigación de Educación para la Salud y Ambiental. Real escuela Danesa de Estudios Educativos; 1998.
4. Mendoza R, López P. Escuelas generadoras de salud. Cuadernos de Pedagogía. 1993; 21 4:8-12.
5. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción para la salud (II). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
6. Rodríguez VLE, Contreras BR, Arjona SJ et al. Prevalencia de caries dental y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el estado de México. Revista ADM. 2006; 63 (5): 170-175.
7. Nuñez SIV, Pares VG, López PR. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10: 30-35.
8. Ministerio de Salud -Colombia. Resolución número 00412 del 25 de febrero 2000. Normas Técnicas y Guías de Atención. Diario Oficial; 2000, Colombia.

9. González F, Sánchez R, Carmona L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla, Cartagena. Rev salud pública 2009; 11(4): 620-630.
10. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev. Salud Pública 2010; 12(5): 721-728.
11. Watson M, Horowitz A, Garcia I. Caries conditions among 2-5 years old immigrant latino children related to parents oral health knowledge opinions and practices. Community dentistry and oral epidemiology 1999; 27(1):8-15
12. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5- year-old children's brushing habits. Community Dent Oral Epidemiology 2007; 272-81.
13. Efe E, Sarvan S, Kukulcu K, Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in turkish children. Pediatric nursing 2007; 30:133-146.
14. Morrison JJ, Macpherson LMD, Binnie VI. A Qualitative Investigation of the Perceived Barriers to and Inducements for the Early Registration of Infants with General Dental Practitioners. Int J Health Prom & Educ 2000; 38(1): 4-9.
15. Organización Mundial de la salud. Carta Constitucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1946.
16. Barbería E. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª Ed. Madrid; Ripano S. A., D. L. 2014; 57-103.

17. Guía de Alimentación del niño y niña menor de 2 años, hasta la adolescencia. Departamento de Nutrición y Ciclo Vital. División de Prevención y Control de enfermedades, Ministerio de Salud de Chile, 2005.
18. Piaget, J. (1985). El nacimiento de la inteligencia en el niño. Barcelona: CRITICA. Rodríguez, J.M. (2000). La mente del niño. Cómo se forma y cómo hay que educarla. México D.F.: Aguilar. Facultad de Medicina Universidad de Chile.
19. Geary, P., Kishlansky, M., & O'Brien, P. (2007). *Civilization in the West*, Combined Volume (7th Edition) (MyHistoryLab Series) (7 ed.). Nueva York: Longman.
20. Proyecto de enseñanza, Nueva alternativa metodología digital en la enseñanza de la odontopediatría. Universidad de la República. UDELAR 2008.
21. De la fuente J, Sifuentes M, Nieto M. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1ª. Ed. México: El Manual moderno, 2014. P.p.12-128.
22. González-Penagos, C., Cano Gómez, M., Menesses-Gómez, E. J & Vivares-Builes, A. M.(2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13 (2), pp 715-724.
23. González F., Redondo A. Y Díaz K. Representaciones sociales sobre la higiene oral de los niños menores de cinco años que asisten a la

clínica Cartagena de Indias Universidad del Sinú y Universidad de Cartagena. Duazary, 2009, 1: 38-47.

24. González-Martínez F, Sierra Barrios CC, Salinas LE, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud. Pública Mex 2011; 53:247-257.

25. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y, La educación para la salud en edades tempranas de la vida, Medisan 2011; 15 (10): 1445.

26. Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, García Martínez A. importancia de la educación para la salud bucal infantil para la mujer. RevMéd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: fecha de acceso]; 33 (4). Disponible en:

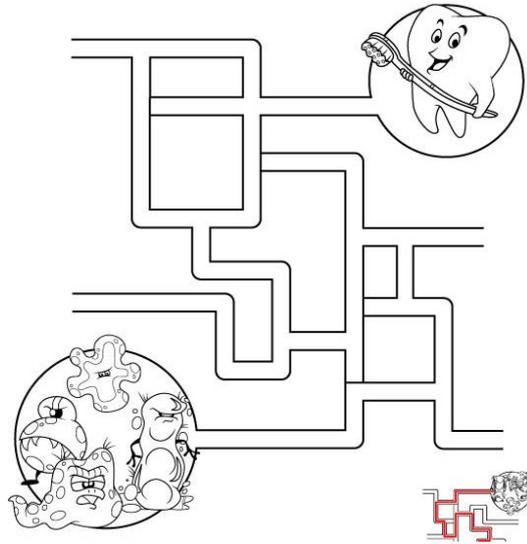
<http://revmatanzas.sld.cu.revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema12.htm>

27. Davo M, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvares-Dardet C, La Parra D. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. Gac Santi. 2008; 22 (1): 58-64.

28. Vásquez P, Ramírez V, Aravena N. Creencias y practicas de salud bucal de padres de párvulos: estudio Cualitativo. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2015; 8(3): 217-222.

## 11.ANEXOS.

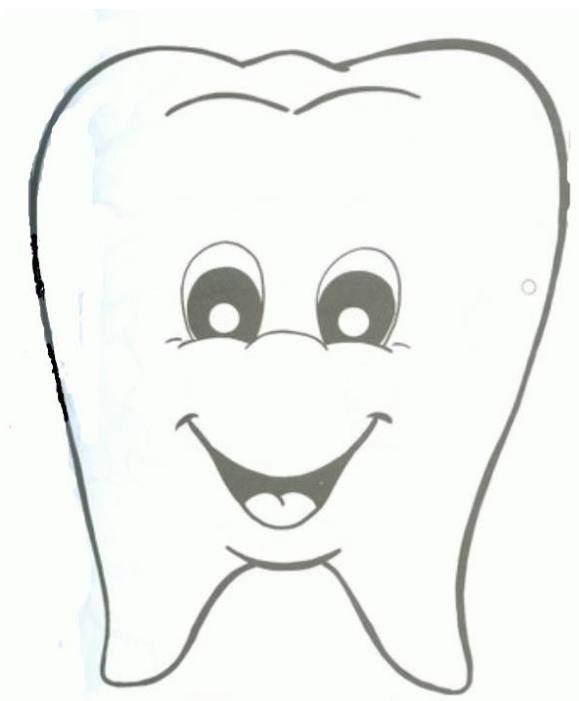
Anexo 1. Laberinto.



Anexo 2. Dibuja los elementos básicos para la higiene bucal.



Anexo 3. Decora la muelita.



Anexo 4. Calendario de higiene bucal

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana N° 1 							
Semana N° 2 							
Semana N° 3 							
Semana N° 4 							

Encuestas 1. EVALUACIÓN DE SALUD BUCODENTAL PARA LOS NIÑOS DEL CEDI- 2017.

NOMBRE:

EDAD:

Grupo:

1. Te gusta cepillarte los dientes.

Sí No A veces

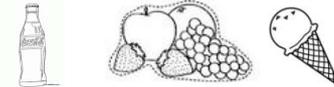
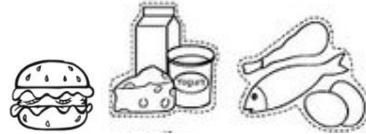
2. Cuántas veces deben cepillarse los dientes.

Una Dos Tres Más de tres

3. Te cepillas solo.

Sí No A veces

4. Qué alimentos crees que hagan daño a tus dientes (marcalos).



5. Has ido al dentista.

Sí No

6. Sabes lo que es caries.

Sí No

Encuesta 2.

ENCUESTA A PADRES O TUTORES SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS  
PEQUEÑOS CEDI-2017.

Esta encuesta tiene como objeto conocer los hábitos de alimentación e higiene bucodental de sus hijos, dada la importancia para su salud, y contribuir en la medida de lo que sea posible a su mejora.

Nombre de su hijo (a):

Edad: Grado:

Marca con una **X** y conteste lo que se pide.

1. Considera importante que su hijo (a) adquiriera hábitos de higiene bucodental.

Sí No

Porque: \_\_\_\_\_

2. Considera que el cuidado de los dientes temporales (leche) es importante para que su hijo (a) tenga una desempeño completo.

Sí No

Porque: \_\_\_\_\_

3. Considera que las actividades desarrolladas con sus hijos mejoraron la actitud hacia la higiene bucal.

Sí No

Porque: \_\_\_\_\_

Encuesta 3.

ENCUESTA A PROFESORES SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS  
ALUMNOS CEDI-2017

Esta encuesta tiene como objeto conocer los hábitos de alimentación e higiene bucodental de sus alumnos, dada la importancia para su salud, y contribuir en la medida de lo que sea posible a su mejora.

Puesto a cargo:

Nombre:

Edad:

Maraca con una **X** y conteste lo que se le pide. GRACIAS.

1. Considera importante que sus alumnos adquieran hábitos de higiene bucodental.

Sí            No

Porque: \_\_\_\_\_

2. Considera que el cuidado de los dientes temporales (leche) es importante para que sus alumnos tengan un desempeño completo.

Sí            No

Porque: \_\_\_\_\_

3. Considera que las actividades desarrolladas con los alumnos mejoraron su actitud hacia la higiene bucal.

Sí            No

Porque: \_\_\_\_\_

Consentimiento informado.

En los próximos días dentro de las instalaciones del CEDI habrá una Campaña de Higiene Bucodental por lo que se solicita su permiso para dar a conocer información relacionada con el tema, habrá diferentes actividades para comenzar a crear un hábito en ellos.

SÍ ACEPTO ( )

NO ACEPTO ( )

NOMBRE DE SU HIJO(A) \_\_\_\_\_

FIRMA

PADRE

O

TUTOR \_\_\_\_\_