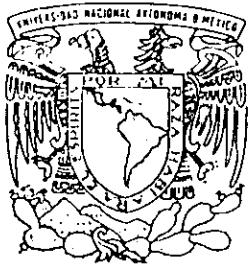


9



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN LOS NIÑOS DE 6-12 AÑOS DE LA COLONIA BENITO JUAREZ, DE MEXICO, D.F.; UN ESTUDIO DE LOS FACTORES CULTURALES, ECONOMICOS Y SOCIALES "

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
ANAYA MARTINEZ TERESA BRENDA
NAVA VALADEZ MARIA DE LA CRUZ



MEXICO, D. F.

ASESOR: INIGA PEREZ CABRERA *Iniga Perez*

NOVIEMBRE 2000

280413



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:

*Por haberme dado la vida,
por guiar cada uno de mis pasos
por nunca dejarme sola
por mis padres y hermanos,
por mi profesión.*

A mis Padres:

*Con todo mi amor, respeto, gratitud y cariño
por ser los mejores Padres que una hija podría desear,
por apoyarme siempre incondicionalmente,
por siempre estar a mi lado,
por haberme impulsado en los momentos difíciles,
por compartir conmigo los momentos dichosos
por haberme hecho ser una persona con responsabilidad,
por su confianza y consejos,
Por darme una profesión.*

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

*Por haber alcanzado esa meta que me forje
en la vida llena de ilusiones, esfuerzos y esperanzas
para ser una persona íntegra en todos los aspectos.*

INDICE

INTRODUCCIÓN

1	Implicaciones de la investigación	3
1.1	Marco de Referencia	3
1.2	Delimitación del Problema	3
1.3	Descripción del Problema	3
1.4	Planteamiento del Problema	3
1.5	Delimitación Espacial	4
1.6	Delimitación Temporal	4
1.7	Justificación	4
1.8	Características de la población	4
1.9	Beneficiarios reales y potenciales	5
1.10	Objetivo General	5
1.11	Objetivo Especifico	5
1.12	Fuentes de Información	5
1.13	Variables de estudio	6
1.14	Operacionalización de Variables	7
2	Fundamentación teórica	9
2.1	Antecedentes de la Higiene Dental	12
2.2	Anatomía y Fisiología Bucodental	13
2.3	Epidemiología de los Problemas Bucodentales	15
2.4	Factores Culturales, Sociales, y Económicos generación de problemas bucodentales	21
2.4.1	Factores materiales y síndrome del Biberón	23
2.5	Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales	24
2.6	Subprograma Educativo-Preventivo de Salud Bucal	28
2.6.1	Marco Legal	29
2.6.2	Educación para la salud en la prevención de enfermedades bucodentales	31
2.7	Modelo Psicopedagógico en el aprendizaje	38
3	Metodología de la Investigación	41
4	Resultados	46
4.1	Características de la Investigación	51
4.2	Universo	41
4.3	Muestra	41
4.4	Criterios de las Unidades de Observación	41
4.4.1	Criterios de Exclusión	41

4.4.2	Criterios de Eliminación	41
4.5	Métodos, técnicas e instrumentación de recolección de datos	42
4.6	Procedimientos y técnicas estadísticas	42
4.7	Organización de la investigación	42
4.8	Cronogramas de actividades	45
5	Resultados	46
5.1	Descripción, discusión e interpretación de los datos	51
5.2	Conclusiones	52
5.3	Propuestas	53
6	Bibliografía	55
7	Anexos	56
7.1	Cuestionarios	59
7.2	Cuadros y graficas	60

INTRODUCCIÓN

Las características culturales, económicas y sociales, son el intento central para encontrar la respuesta al problema complejo de los hábitos de higiene dental por las repercusiones que tiene tanto para la salud bucal así como en el estado general y nutricional en esta etapa de crecimiento y desarrollo en la población escolar que asiste a la Institución Obra Social "Auxilio".

La información que sustenta este trabajo tiene como base las observaciones realizadas de las distintas actividades del personal de salud involucrado en el programa de Enfermedades Bucales y los efectos que tienen desde la perspectiva de la educación para la salud. Esto significa que la educación busca la forma de conciencia y el cambio o adopción de hábitos que sustentan la Salud Bucal y favorezcan la salud integral a través del autocuidado. Dada la oportunidad de realizarlo durante el servicio social mediante la Investigación documental y de campo para apoyar un plan de trabajo en beneficio de la comunidad escolar. A continuación, se describe de una manera breve la descripción de los apartados del trabajo.

En el primer capítulo se presentan todos los elementos que sustentan el problema de investigación.

En el segundo, se enfoca a la fundamentación teórica con base en los factores culturales, sociales y económicos así como los antecedentes de la higiene dental para conocer si este es un problema de salud actual o ya conocido de tiempo atrás y la epidemiología porque conlleva a saber si la caries dental sólo se da en forma aislada, a nivel individual o colectiva, a nivel comunitario.

Es de interés mencionar la anatomía fisiología y el concepto de las enfermedades de la boca, considerándolo necesario para un adecuado refuerzo de conocimientos por parte de las pasantes.

En el mismo capítulo se hace uso de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales, en la cual existen disposiciones generales acerca de las acciones para el fomento de la salud bucal; de la misma manera se utilizó el Subprograma educativo preventivo, ya que es el marco legal de la Ley General de Salud de éstos se tomó en cuenta el Título

segundo, tercero y séptimo (Sistema Nacional de Salud, Prestación de los servicios de salud y Promoción a la salud respectivamente).

En tercer capítulo describe la metodología utilizada en la realización de este trabajo que incluye tipo de investigación, universo y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos y el proceso de la investigación.

El capítulo cuarto se refiere a los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares, con la descripción y interpretación de los mismos.

En el capítulo quinto se mencionan las conclusiones a las que se llegó en este trabajo así como las sugerencias acerca de los hábitos de higiene dental inculcados tanto por la familia y el personal de Salud, para lograr, que sean erradicados las caries como problema epidemiológico.

1. Implicaciones de la Investigación.

1.1 Marco de Referencia.

Causas: Hábitos nutricionales personales: refresco embotellado, educación familiar, nivel económico, pérdida de piezas primarias, educación informal, masticar chiles y dulces, falta de orientación familiar.

Situación problema: Los deficientes hábitos de higiene bucodental en la población escolar y la relación con los factores culturales, económicos y sociales.

Repercusiones o consecuencias a la salud en nivel local: Caries dental, sarro, caída de piezas, abscesos, gingivitis, halitosis, dolor y maloclusión.

En el nivel general: Fiebre reumática, estreñimiento, mala deglución anemia, desnutrición, bajo peso, entre otros..

1.2 Delimitación del problema

Los deficientes hábitos de higiene bucodental de los niños escolares de 6 a 12 años de la Delegación Benito Juárez y la influencia de los factores culturales, económicos y sociales.

1.3 Descripción del problema

Los niños escolares llegan a la Institución Obra Social "Auxilio" a recibir actividades en los talleres que les proporcionan en este lugar.

Es una práctica corriente, darles dulces como estímulo al desempeñar tareas complicadas que se suma como factor de riesgo a la ausencia del lavado de dientes también expenden dulces durante el receso. Todo ello contribuye a fomenta los problemas de Salud bucodental.

1.4 Planteamiento del problema

¿Cuales son los hábitos de higiene bucodental de los niños de 6 a 12 años de la Col. Xoco. Del. Benito Juárez, México, D.F. un estudio de la influencia de los factores culturales, económicos y sociales.?

1.5 Delimitación Espacial

Escolares de 6 a 12 años, sin importar el grado escolar en que se encuentren y que asistan a la Obra Social "Auxilio".

1.6 Delimitación temporal

Este estudio se realizó en noviembre de 1998.

1.7 Justificación

Los hábitos de higiene bucodental son un reflejo del grado de desarrollo en una comunidad, por tanto es de interés analizar los factores culturales, económicos y sociales, de modo tal que desde esta perspectiva se tenga en cuenta las limitaciones en este grupo de población y puedan implementarse estrategias para apoyar un cambio hacia la adopción de actitudes positivas para el cuidado de los dientes.

1.8 Caracterización de la población

El pueblo de Xoco se encuentra dentro de una zona de nivel económico alto, lo que contrasta con la pobreza en la que viven los habitantes de este lugar.

El nivel económico bajo, ocasiona que la población se encuentre en el riesgo de tener enfermedades que pueden ser evitadas con una promoción a la salud oportuna.

Con relación a la higiene bucodental, la población por lo regular no tiene un horario específico para su alimentación siendo ésta inadecuada y por lo tanto no hay horario para el lavado de los dientes.

Esto deriva, en que los niños tengan malos hábitos higiénicos, que no han sido inculcados en el hogar. Por otra parte existe predilección por los dulces, y como consecuencia, la aparición de enfermedades bucodentales, a nivel sintético en problemas como son: anemia, fiebre reumática, estreñimiento, enfermedades gastrointestinales entre otras.

1.9 Beneficios reales y potenciales

Reales:

Tres pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que realizan el servicio social en la Obra Social "Auxilio". La Institución tendrá el conocimiento del problema de salud sobre higiene bucodental, de esta manera sabrá quienes son los afectados y la forma de cómo poderles ayudar y los escolares que participan en el estudio.

Potenciales:

La población escolar y los familiares que al conocer la forma de prevenir las enfermedades bucodentales, las consecuencias o daños a la salud ya mencionados podrán poner en práctica medidas de prevención de riesgo.

1.10 Objetivo general

Conocer los hábitos de higiene bucodental de los niños de 6 a 12 años en la Institución Obra Social "Auxilio" Del. Benito Juárez, México, D.F y la influencia de los factores culturales, económicos y sociales.

1.11 Objetivos específicos

Distinguir la influencia de los factores culturales, económicos y sociales en la formación de hábitos de Higiene Bucodental en la población escolar.

1.12 Fuentes de información

Primaria: Los niños en edad escolar de 6 a 12 años a quienes se les aplicó las cédulas diagnósticas.

Secundarias: Dentistas del Centro de Salud de Rembrand, la escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y el personal que labora en la Obra Social Auxilio, los maestros, los padres de los niños, documental y bibliográfica.

1.13 Variables de estudio

Factores culturales
Factores económicos
Factores sociales
Hábitos de higiene bucodental
Niños de 6-12

Conceptualización de las variables de estudio.

Los factores sociales incluyen a la familia, la estructura de las clases sociales y la forma de organización en tradiciones y costumbres.

Economía: Las percepciones económicas de cada familia afecta notablemente en la posibilidad de que la gente adquiera la aplicación de flúor, cepillo dental, pasta, y/o hilo dental así como el tener accesos a una institución ya sea pública o privada para los problemas bucales.

Cultural: La cultura se aprende desde el nacimiento mediante una interacción social con otras persona, primero en la familia y después en la Sociedad las manifestaciones culturales en forma del conocimiento que se va adquiriendo durante la vida a este pertenecen costumbres, tradiciones cotidianas y el ambiente donde se transmite la cultura que implica el moldeamiento de las actitudes y valores del niño así como su conducta exterior. Esto corresponde a la educación informa.

Hábito de higiene dental: Es la costumbre que se adquiere por larga y constante práctica teniendo por objeto la conservación de la salud previniendo enfermedades en las piezas dentales de la boca.

Niños de 6-12 años: Corresponden a la etapa escolar, caracterizados por algunos esbeltos cuando llegan esta edad es porque en general predomina el consumo exceso de hidratos de Carbono que aunado al poco ejercicio adquieren sobrepeso.

Su crecimiento durante esta etapa es relativamente lento, pero constante, al tiempo que la estabilidad fisiológica es considerable hasta los 12 años de edad en que llegan a la preadolescencia en el caso de los niños y la adolescencia en el caso de las niñas.

1.14 Operacionalización de las variables

Variables	Dimensión	Escala	Categoría	Indicadores	Técnica	Instrumento
Factor educativo. Información del Cuidado de los dientes	Conocimiento	Cuantitativa	Discontinua	Forma de prevención de caries Revisión periódica de los dientes Beneficio en la aplicación del flúor Golosinas que dañan el esmalte	Entrevista	Cédula
Factores sociales Higiene dental			Cualitativa Nominal	Causas del no lavado	Entrevista	Cédula
Técnica de cepillado	Procedimiento	Cualitativa nominal	Sí No Al mes 3 meses 6 meses Al año No lo cambia	Forma de cepillado según piezas dentales Cambio de cepillo	Entrevista	Cédula
Problemas bucales	Presencia	Cualitativa nominal	Sí No	Problemas de salud Caries Gingivitis Halitosis Maloclusión Abscesos Dolor de muela Algodoncillo Sensibilidad al frío o calor Herpes Dientes encimados Tratamiento	Entrevista	Cédula

1.14 Operacionalización de las variables (cont.)

VARIABLES	DIMENSIÓN	ESCALA	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Factores económicos			\$1-3 Pesos \$4-7 Pesos \$8-10 Pesos	Dinero para comprar en la escuela y en la casa Alimentos en la casa	Entrevista	Cédula
Factores culturales Comunicación Intrafamiliar	Influencia	Ordinal	Desalluno Comida Cena De la Casa En la cooperativa En la calle Padre Madre Hermanos Tíos Amigos Nadie Dentista Un paliativo Un regaño Nunca te ha dolido	Supervisión del lavado de dientes En caso de dolor de muelas	Entrevista	Cédula
Acciones preventivas	Procedimiento de exploración	Calidad	Normal Anormal	Condiciones físicas Labios Mucosa labial Frenillo Paladar Pliegues bucales Orofaringue Lengua Dientes	Entrevista	Cédula
	Frecuencia	Calidad	Sanos Faltantes Grave I Grave II Tratamiento Si No	Movimiento del Cepillo Enjuagarse la boca después de comer algún dulce Lavado de dientes después de acostarse Lavado de dientes después de desayunar y al llegar de la escuela	Entrevista	Cédula

2. Fundamentación Teórica

2.1 Antecedentes de la Higiene dental.

Miller, en Berlín en 1883, después de un sin número de experimentos concluyó en que la caries resultaba sobre todo de la acción de los ácidos formados por la fermentación y por ese primer estado de descalcificación. El esmalte quedaba destruido y exhibe la dentina porosa que bien pronto se llenaba de microorganismos, las bacterias ganaban los cunículos con todas sus ramificaciones y los micrococcos penetran más profundamente. Estos micrococcos y bacterias causaban desordenes en la dentina y destruían fibras dentininas lo que traía su destrucción por vía de descomposición. Miller, mencionaba que la intervención de los microorganismos es siempre precedido de la intersección de los ácidos, ya que los microbios por si solos no son capaces de destruir las partes duras de un diente. Desde esa fecha hasta la actualidad siguen vigentes estas ideas acerca de la acción de los gérmenes como elementos provocadores de una caries previa de descalcificación de ácidos.¹

2.2 Anatomía y fisiología bucodental

Cavidad bucal: Esta se forma con los carrillos, paladares duro y blando, lengua. Sus paredes laterales consisten en carrillos, estructuras musculares cubiertas por piel en su cara externa y revestidas por epitelio escamoso estratificado no queratinizado en la interna. La porción anterior de los carrillos termina en los labios superior e inferior.

Labios: Son pliegues carnosos que rodean al orificio de la cara externa de la boca por piel y en la interna por mucosa. La zona de transición en que se unen éstos dos tejidos se llama bermellen, está queratinizada y el color de la sangre en los vasos subyacentes es visible a través de la capa superficial transparente de dicha área.

Vestíbulo: Limitado externamente por carrillos y labios e internamente por encías y dientes la cavidad bucal propiamente dicha, abarca desde el vestibulo hasta las fauces, abertura que separa la cavidad bucal de la faringe y garganta.

¹ ORTIZ I. Enrique. Caries y su Tratamiento. Ed. Interamericana. México, 1986. Pp. 31-33

Paladar Duro: Porción anterior del techo de la boca, formado por los maxilares superiores y huesos palatinos, lo recubre la mucosa y lo constituye una división ósea entre las cavidades bucal y nasal.

Paladar Blando: Porción posterior del techo de la boca, se trata de una división muscular en forma de arco, presente entre bucofaringe y nasofaringe, revestida por mucosa.

Del borde libre del paladar blando cuelga una prolongación muscular cónica, la úvula, a ambos lados de la base de ésta, se observan dos pliegues musculares que se dirigen hacia los lados del paladar blando por delante, el arco palatogloso se dirige hacia abajo, los lados y hacia adelante, hasta un lado de la base de la lengua. Por póster, el arco palatofaríngeo se proyecta en sentido anterior lateral (externo), y posterior hacia un lado de la faringe.

Las tonsillas palatinas se sitúan entre este arco y la lingual en la base de la lengua en el límite posterior del paladar blando. La boca se abre en la bucofaringe a través de las fauces.

Lengua: Forma el suelo de la cavidad bucal. Órgano accesorio del aparato digestivo que consiste en músculo esquemático estriado cubierto por mucosa. Un septo (tabique) de la línea media que se inserta por debajo en el hueso hioides la divide en mitades laterales simétricas, cada una de éstas mitades incluyen el mismo conjunto de músculos extrínsecos e intrínsecos.

Glándulas Salivales: La saliva es un líquido que secretan continuamente las glándulas situadas en la boca o cerca de ellas. La mucosa que reviste la boca contiene numerosas glándulas pequeñas bucales que secretan pequeños volúmenes de saliva.

La mayor parte de tal secreción corresponde a las glándulas salivales, órganos accesorios de la digestión situados por fuera de la boca y que vacían su contenido en ellas por medio de conductos.

Son tres los pares de glándulas, parótidas, submandibulares y sublinguales.

a) *Glándulas Parotidas:* Se localizan por debajo y por delante de las orejas y entre la piel y el músculo masetero. Se trata de glándulas túbuloacinares compuestas, que secretan su producto en el vestíbulo de la cavidad bucal por medio del conducto parotídeo (conducto de Stensel), que perfora el músculo buccinator para abrirse en el vestíbulo adjunto al segundo molar superior.

b) Glándulas Submandibulares: Son acinares compuestas y se localizan por debajo de la base de la lengua, en la parte posterior del suelo de la boca. Vacían su contenido por medio de los conductos submandibulares (conductos Wharthon) situados de manera superficial bajo la mucosa a uno y otro lado de la línea media del suelo de la boca y que entran en la cavidad bucal propiamente dicha por detrás de los incisivos centrales.²

c) Glándulas Sublinguales: Se localizan por delante de las glándulas submandibulares y poseen los conductos sublinguales menores (conducto de Rivinus), que se abren en el suelo de la cavidad bucal.

Dientes: Órganos accesorios del aparato digestivo que se localizan en los alvéolos. Cavidades de los procesos alveolares de la mandíbula y la maxilar, estos procesos cubiertos por las encías, penetran un poco en estas cavidades para formar el surco gingival. Los alvéolos presentan un revestimiento de ligamento periodontal, que consiste en tejido conectivo fibroso, denso y se fija en las paredes de los alvéolos y el cemento de la raíz dental, de tal suerte, fija los dientes en su posición, y también hace las veces de un amortiguador que absorbe la fuerza aplicada durante la masticación. Un diente prototipo tiene:

Corona: situada por arriba de las encías.

Raíz: de uno a tres, es la que queda dentro del alvéolo.

Cuello: es la línea angosta de unión de la corona de las raíces.³

Los dientes consisten principalmente en dentina, substancia semejante al hueso, que confiere a los dientes, su forma y rigidez básicas y envuelven a una cavidad. La porción ensanchada de ésta última o cavidad dental, se sitúa en la corona y esta llena de pulpa un tipo de tejido conectivo que contienen vasos sanguíneos y linfáticos así como nervios. Las prolongaciones angostas de dicha cavidad en las raíces de los dientes llamado canal de la raíz del diente. Cada uno de éstos tiene un orificio en su base, el orificio del ápice del diente que atraviesan vasos sanguíneos y linfáticos, además de nervios, la dentina de la corona está cubierta por el esmalte, que se compone ante todo de fósforo y carbonato de calcio.

El esmalte es la sustancia más dura del cuerpo y protege a los dientes del desgaste de la masticación. Además es una barrera contra los ácidos que disuelven la dentina con facilidad. Los microbios que transforman los azúcares en ácido láctico son comunes en la cavidad bucal y uno que al parecer es cariígeno es la bacteria *Streptococcus mutans*. El dextrano polisacárido adherente que se produce a partir de la sacarosa, forma una cápsula alrededor de las bacterias y hace que éstas se adhieran a los dientes.

² TORTORA. Principios de Anatomía y Fisiología. 6ª. ed. Ed. Harta. México, 1986. pp. 763.

³ *Ibidem* Op cit. pp. 766

En la raíz se encuentra el cemento dental, tejido de protección y sostén entre dientes y encías, así como el ligamento periodontal y hueso alveolar.

Denticiones: Tenemos dos denticiones, desiguales o de leche, erupcionan a los 6 meses de edad y aparecen un par de dientes cada mes hasta que han hecho erupción los 20 que forman esta dentición. Todos los dientes deciduos se caen entre los 6 y 12 años de edad y son substraídos por la dentición permanente. Esta consiste en 32 dientes que hacen erupción entre los 6 años y la edad adulta.

Incisivos: Los más cercanos a la línea media, tienen forma de cincel y están adaptados para cortar los alimentos juntos son incisivos laterales o centrales en base a su posición.

Caninos Junto a los incisivos en sentido posterior están los caninos que tienen una proyección puntiaguda tricúspide, empleada para desgarrar los alimentos.

Los incisivos y colmillos tienen una sola raíz, por detrás de ellos se sitúan el primero y el segundo molares uno con cuatro cúspides.

Los molares, superiores tienen tres raíces y los inferiores dos. Estos dientes se emplean para aplastar y moler los alimentos.

Molares: Los molares deciduos son reemplazados por el primero y el segundo premolar o bicúspide, que tiene dos cúspides y una raíz, sirve para aplastar y moler los alimentos, los molares permanentes hacen erupción por detrás de los premolares, no substituyen a ningún diente deciduo, y brotan conforme la mandíbula y maxila crecen de modo que el espacio sea suficiente para ellos. Los primeros molares brotan a los 6 años, los segundos a los 12 años y los terceros molares a los 18 años.⁴

2.3 Epidemiología de los problemas bucodentales

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste, en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana, como es la aplicación de fluor.

⁴ Ibidem pp. 768 TORTORA

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal, la de frecuencia media son las anomalías dentofaciales y mala oclusión las de frecuencia variable son el cáncer oral, defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS, se encuentra entre los países de mayor rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellos la caries bucal que afecta a más del 90%.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las 5 de mayor demanda de atención que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la Sociedad Mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población.

Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, por esta razón es indispensable unificar y establecer los criterios de salud bucal, con énfasis en la prevención integral en los sectores público, social y privado. Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.⁵

2.3.1 Enfermedades de la Boca

Inflamación de la encía (gingivitis): Son el enrojecimiento de la encía y la facilidad con que cualquier estímulo provoca sangrado. Ésta se produce por: cepillado defectuoso de los dientes, palillos dentales usados en forma inadecuada, deficiencias nutricionales, como falta de vit. C. medicamentos antiepilépticos, como el epamin, ciertos padecimientos como la diabetes y algunos procesos orgánicos normales como el inicio de la pubertad, menstruación o menopausia.

⁵ SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Salud Norma Oficial Mexicana para la Prevención y control de enfermedades Bucales. México, 1995.

Absceso o Postemilla: Acumulación de pus producida por infección de la pulpa de los dientes, más frecuente después de extracciones, de tratamiento de los nervios o golpes, su tamaño es variable. Síntomas: dolor, inflamación y en ocasiones fiebre.

Dientes Sensibles: Son los que sufren una alteración producida por los componentes de la placa bacteriana que actúan lesionando el esmalte, principalmente en el cuello de los dientes y se manifiestan por molestias al ingerir alimentos fríos o calientes.

Algodoncillo: Es una infección que consiste en la presencia de manchas blancas en el fondo de la boca, debajo de la lengua en el paladar que son provocados por el desarrollo de un hongo (cándida albicans). La cual es típica en el lactante (enfermos y desnutridos), de personas con edad avanzada cuya resistencia ha disminuido, que han usado antibióticos (terramicina, ampicilina).

Boqueras: Es la aparición de fisuras, con o sin ulceración en el punto donde se unen el labio superior e inferior, en los extremos laterales de la boca y son debidas a una higiene defectuosa, alimentación deficiente de vit. C., y complejo B y al hábito de lambersse los labios.

Hemorragia Dental: Pérdida de sangre por vasos arteriales venosos o capilares de la boca, por falta de vitaminas o por infección .

Caries Dental: Entorna la desmineralización gradual del esmalte y dentina. Si no es tratada, diversos microorganismos suelen invadir la pulpa, causando inflamación e infección con muerte subsecuente de la pulpa y absceso del hueso alveolar que circunda al ápice de la raíz. En tal situación, el tratamiento se dirige al canal de la raíz del diente. La caries dental se inicia cuando las bacterias actúan sobre los azúcares, con lo que se generan ácidos que desmineralizan.

Placa dental: Son las masas de bacterias, dextrano y otros desechos que se adhieren a los dientes. La saliva no puede llegar a la superficie dental y amortiguar el ácido a causa de que esta placa recubre dicha superficie.⁶

* MERCADO M. Ernesto. Educación para la Salud. Ed. Limusa. México, 1990. Pp. 125-129.

2.3.2 Personal de salud

Debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo inmoderado de dulces, refrescos, y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras, azúcares poco refinadas, de baja acción careogénica como el azúcar morena o mascabado.

La protección específica individual contra la caries dental debe promover el empleo de fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo e hilo dental. La protección específica individual contra la caries dental es por vía tópica y debe realizarse por métodos de uso clínico y de uso doméstico.

Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal debidamente capacitado e incluyen: aplicación tópica de fluoruros en gel, solución para enjuagues y barniz de acuerdo a la concentración y el caso, debiendo ser más frecuentes en niños con mayor carioactividad o caries dental rampante.

Tipos de Maloclusiones.:

Neuroclusión: El primer molar superior ocupa una posición esencialmente normal, esto significa que la arcada dentaria inferior, representada por el primer molar inferior, se encuentra en relación anteroposterior normal con la arcada dentaria superior.

La maloclusión es básicamente una displacia dentaria, dentro de ésta clasificación se agrupa las giroversiones, mala posición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancias en el tamaño de los dientes.

Distoclusión: La interdigitación de los dientes restantes reflejan ésta relación posterior, de manera que es correcto decir que la dentición inferior se encuentra distal a la dentición superior.⁷

2.4 Factores culturales, sociales y economicos en generación de problemas de problemas bucodentales.

2.4.1 Factores culturales

La cultura se aprende mediante una interacción social con otras personas en la sociedad, por medio de manifestaciones del conocimiento que van adquiriendo durante la vida. La cultura es un producto social constituido por todos los conocimientos que se transmiten de generación en generación a través de un aprendizaje continuo que se da en el interior de cada grupo social.

La cultura es, por lo tanto, un resultado total de la invención social y debe considerarse como una herencia social ya que se transmite por precepto a cada nueva generación y se integra por conocimientos adquiridos, creencias, costumbres y por las relaciones materiales los que denominan "civilización".

El lenguaje y los signos que cada grupo produce y define son el instrumento para la transmisión de conocimientos. Por esta razón la cultura acumulada por cada grupo social puede ser ajena a otros grupos; pese a sus necesidades y diferencias culturales, los grupos sociales pueden comunicarse mediante conceptos básicos propios de todo ser humano a través de conocimientos comunes, cuando esto sucede puede hablarse de conceptos culturales admitidos por varios grupos.

Las diferencias culturales que hacen diversión a los grupos sociales da lugar a una diferencia de principios morales, de donde las normas jurídicas que se derivan son también diferentes.⁸

La formación de los niños en todas las culturas estan diseñadas para producir adultos que sean capaces de funcionar efectivamente en dicha cultura, para ello, los adultos deben aprender el contenido cultural.

La transmisión de la cultura involucra no solo el contenido cultural en el proceso de socialización, sino también implica el moldeamiento de las actitudes y valores del niño así como su conducta exterior, por lo tanto, los niños aprenden algo más que las habilidades y el conocimiento.

La formación de los valores y la personalidad, o la vida interior del niño con frecuencia no se realiza concientemente.

Es un proceso subjetivo a través del inconciente la forma cultural, se intruyenta durante la interacción con otros por tanto el individuo en crecimiento aprende a

⁸ ARANDA Serena. Antropología Cultural. Ed. Macgraw Hill. México, 1983. pp. 39, 101-102

responder al mundo de manera culturalmente seleccionada, de acuerdo a su entorno.

Del vasto potencial de respuestas emocionales, las culturas seleccionan algunas que consideran apropiadas.

Por medio de los detalles de sus experiencias con otros, el niño aprende a configurar sus respuestas emocionales en formas culturalmente aprobada.

El aspecto oculto de la socialización se da en el proceso de comunicación verbal y no verbal por lo tanto, es importante señalar que la transmisión cultural no es tanto lo que se les enseña a los niños o lo que no se les enseña, lo que hacen o dejan de hacer, sino la forma en que las cosas suceden, y las actitudes de la gente que los rodean y quienes interactúan.⁹

⁹ CHINOY Ely. Sociedad. Una Introducción a la Sociología. Fondo de Cultura Económica. México, 1996. Pp. 34-44.

2.4.2 Factores Sociales

Los factores sociales son, en el mundo actual y una preocupación por el tipo de sociedad en que vivimos. La razón es el enorme crecimiento poblacional que explica el comportamiento de los grupos los fenómenos entre ellos es el de la salud-enfermedad.

Un primer elemento que toman en cuenta todas las ciencias sociales y todas las teorías dentro de ellas, es que su objeto de estudio lo constituyen diversos aspectos del comportamiento externo, de alguna manera observable e interpretable de los seres humanos en sociedad.

Por ello, las disciplinas sociales tienen en común la consideración de que la interacción humana, que es constitutiva de la sociedad, se produce en formas más o menos regulares o recurrentes.

Lo que no se repite por un número considerable de personas, no puede entenderse como práctica social sino como acciones individuales, que corresponden al campo de la psicología.

Al hablar de lo "social" se hace referencia a formas de vida establecidas, practicadas y transmitidas por grupos humanos. Así, aunque no hay acuerdo entre las distintas teorías sobre cuál es la causa que genera lo social, hay quienes piensan que la sociabilidad humana ha sido fundamentalmente adquirida a través de diversas prácticas, aun cuando ya existían bases biológicas y fisiológicas que facilitaron esa adquisición de sociabilidad en forma progresiva.¹⁰

Los hombres no solo viven juntos los hombres compartiendo opiniones, valores, creencias y hábitos comunes, sino también están en constante interacción respondiendo uno frente al otro ajustando su conducta a la conducta y a las expectativas de los otros.

El enfoque psicológico dentro de la sociedad, retoma a la cultura jugando distintos papeles en la conducta del individuo y su personalidad, ya que es el producto de la interacción entre el equilibrio biológico, congénito y la experiencia en la cultura y la sociedad¹¹

¹⁰ BARQUIN C. Manuel. Sociomedicina. Medicina social-Salud pública. 3ª.ed. Ed. Méndez México, 1992. Pág. 28

¹¹ ARANDA Serena Op. Cit. Pp. 44-46

Desde hace varias décadas han cobrado auge corrientes que reconocen la importancia de las ciencias sociales para el estudio del fenómeno salud-enfermedad.

Ante el reconocimiento del fenómeno salud-enfermedad como hecho social no hay duda ya sobre la necesidad de que los profesionistas de la salud accedan a la esfera de conocimientos de los fenómenos sociales donde se encuentra incluido este proceso.

El hombre no se enferma solo, sino que la salud y la enfermedad son producto de la forma en que éste se apropia y transforma la naturaleza y del modo como en este proceso se relaciona con los demás hombres.

Esto condiciona una situación epidemiológica determinada, obteniendo una noción fundamental que se denomina modo histórico de producción, es decir, el modo de crear los bienes materiales o la manera en que se obtienen los elementos de subsistencia necesarios al hombre para producir sus propias condiciones de vida. El modo de producción determina las características de una sociedad. Estos no se presentan en forma pura sino que hay siempre uno dominante conviviendo con otros viejos o con alguno nuevo en surgimiento; y aquí es donde se introduce el término "formación social" el cual comprende a la totalidad de los elementos de la sociedad en su relación dialéctica e histórica.

Esta categoría expresa la unidad de las esferas económica, social, política y cultural de la vida de una sociedad en un momento histórico determinado que incluye diversos modos y relaciones de producción, así como las correspondientes formas jurídicas, políticas, ideológicas y culturales que la distinguen en su conjunto y en su movimiento. Cada formación social genera su propia patología por lo que es necesario identificar los procesos, presentes en ella, que tienen relevancia para el panorama de la salud y la enfermedad, así como la distribución diferencial de la enfermedad por clases sociales; En una formación social las condiciones generales de vida varían de acuerdo al tipo de inserción que los grupos humanos tienen en la producción, y, por lo tanto, de las posibilidades que tienen los diferentes grupos sociales de acceder a una serie de bienes y servicios que tienen un impacto directo y/o indirecto en la presentación salud-enfermedad.¹²

¹² BARQUIN. C. Manuel. Op. cit. Pp 26-27

2.4.3 Factores económicos

Estos determinan los problemas genericos como son los bucodentales. El nivel de desarrollo del pais responde a los factores economicos, con un grado de marginación donde se acentuan los factores de riesgo, donde la población marginada habita regiones de ecología adversa, esto ha sido resultado de un largo proceso histórico.

La satisfacción de las necesidades esenciales no es un resultado de la operación de las sociedades de mercado. Esto es así porque lo que interesa a los productores privados es la obtención de ganancias independientemente de la utilidad de los bienes producidos.

El que se trate de bienes básicos o suntuarios es insustancial mientras permitan una adecuada tasa de ganancia y, por tanto, de acumulación de capital, tampoco es resultado del bajo nivel de productividad sino de la concentración de la riqueza social prevaleciente sino que se localiza principalmente entre los grupos sociales que:

- a) Están desposeidos de los medios de producción; solo poseen su capacidad de trabajo no calificada y no han logrado encontrar trabajo permanente en las ramas más productivas de la economía.

Este gran grupo puede ser clasificado en las siguientes subcategorías todas ellas referidas a fuerza de trabajo con bajo grado de calificación.

- 1.- Jornaleros agropecuarios permanentes o eventuales.
 - 2.- Asalariados eventuales urbanos, de la industria de la construcción.
 - 3.- Asalariados permanentes en actividades económicas y urbanas de productividad: parte del comercio, industria tradicional y algunos servicios.
 - 4.- Asalariados no organizados urbanos del transporte urbano y suburbano.
 - 5.- Desempleados permanentes o temporales.
- b) Poseen medios de producción (en forma individual o colectiva) de mala calidad o de carácter tradicional:
 - 1.- Artesanos depauperados por la competencia industrial y los oficiales y aprendices que les auxilian.
 - 2.- Parte de los pequeños comerciantes.

- 3.- Prestadores de servicios de baja productividad que requieren algunos medios de producción. Los vendedores ambulantes, lavadores y cuidadores de coches, deben considerarse como parte de la población subocupada.

Como puede apreciarse, los marginados de los beneficios del desarrollo son, principalmente, los desempleados y subempleados, parte de la población que labora por su cuenta en niveles familiar o comunal, esto es, en formas de producción precapitalistas¹³

2.4.4 Factores Maternales Y Síndrome Del Biberón

La primera dentición:

La formación de la primera dentición es evidente desde el primer mes de embarazo.

Las primeras piezas están dentro de los alveolos dentinos desde antes del nacimiento, por lo tanto su formación depende del tipo de alimentación que tenga la madre.

Los factores ambientales determinan la salud bucal y en especial, dentro de los factores de riesgo están los cuidados maternos.

La erupción de los dientes temporales o de leche se inicia generalmente a partir de los 6 meses de edad en adelante y termina alrededor de los 2 años y medio ó 3 años.

Esta primera dentición consta de 20 piezas dentarias y la erupción de cada uno sigue siempre el mismo orden: primero los incisivos centrales inferiores; luego los incisivos centrales superiores, los incisivos laterales inferiores y superiores, los premolares, los incisivos y los molares posteriores.

Los cuidados maternos son esenciales para mantener la salud bucal y una buena dentición aunque existen situaciones que se constituyen a factores de riesgo como las caries relacionadas con los chupones, de los biberones, la frecuencia de tetadas.

¹³ Ibidem. pp. 724-725

Caries relacionadas con los chupones.

Fue el primero de estos trastornos en destacarse y se debe al uso frecuente de estos accesorios que se ha sumergido en un agente edulcorante, el más frecuente de los cuales es la miel. Puede producirse destrucción importante de toda la dentición primaria superior, así como de los molares y caninos inferiores; en la medida que el bulbo del chupón sea suave y se coloque sobre todos los molares.

Caries relacionadas con el biberón.

Esto se debe a una costumbre no deseable en la alimentación infantil, que es dejar un biberón que contiene leche o jugo a un niño que duerme.

El resto del contenido del biberón "Baña" entonces de manera continua, los dientes en contacto con el chupón, lo cual produce descalcificación del esmalte y caries dental. Los cuatro incisivos maxilares y los primeros molares son los dientes más afectados, debido a la forma del chupón, que dispersa su contenido hacia los lados de la boca durante la succión.

Caries debidas a la alimentación al seno materno, con frecuencia alta.

Puede aparecer caries dentales cuando la madre alimenta al niño a succionar de manera continua; estos niños en general duermen en el mismo lecho que la madre y succionan a libre demanda durante la noche.

Las superficies palatinas de los incisivos maxilares son las que se dañan primero en este tipo de caries, pues estos están casi de modo continuo en un ambiente descalcificante bajo el baño de leche del pezón.

Dichas superficies se rompen y dejan una muesca o mella dura en el borde de los incisivos, las áreas labial e Inter. proximal permanecen intactas.

La superficie palatina del primer molar maxilar puede dañarse en etapa posterior si el pezón es grande el número de dientes afectados en estos casos es debido a que el tamaño del pezón en el ser humano es menor que el del chupón de un biberón o el utilizado para entretenerse.¹⁴

La dentición definitiva consta de 32 piezas. Tienen especial importancia los molares llamados de los "6 años" porque constituyen el eje de la dentición total.

¹⁴ ROBINSON Y ROBERTON Pediatría Práctica Edit. Manual Moderno México 1996 pp. 875

La segunda dentición o definitiva inicia a los 6 años con los primeros molares que son el eje de la dentición total. Es necesario vigilar y prevenir desde la edad preescolar y más particularmente en el escolar el problema de la caries dentaria.¹⁵

No existe control de las caries dentales mediante la dieta, aunque las relaciones de estas con la nutrición son bien conocidas. La necesidad de una ingestión adecuada, tanto de calcio como de fósforo, en el periodo de formación de los dientes es necesaria. El exceso de carbohidratos, principalmente azúcares, en la dieta, es un factor causante de deterioro dental. Especialmente nocivos son los dulces tomados entre las comidas porque son arrastrados con los otros alimentos y se adhieren a los dientes durante un periodo considerable.

Los alimentos fibrosos como las manzanas, naranjas, apio, zanahoria y otras frutas y legumbres crudas, ayudan a limpiar los dientes especialmente si se toman al final de una comida. Por el contrario, los pasteles, quesos, puré de papa y en general los alimentos cocidos, tienden a ampararse entre los dientes y se adhieren a su superficie.

En la prevención de las enfermedades periodónticas se ha encontrado que una alimentación adecuada es tan importante como la higiene bucal.¹⁶

¹⁵ ALVAREZ ALVA Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva, 2da. Ed. Manual Moderno Edit. México, 1998 pp. 229

¹⁶ TURNER, CE Higiene del Individuo y de la Comunidad. 2ª. Edición Edit. Prensa Médica México 1995 pp 71-72

2.5 Norma oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales.

Para fundamentar esta investigación se consultó la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales la cual pretende modernizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención integral, la disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica, todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear una nueva cultura: La cultura de la Salud.¹⁷

Para los fines de esta Norma son aplicables las siguientes definiciones:

Caries irrestricta (rampante) Caries de aparición súbita, extendida y rápidamente penetrante, con temprana involucración de la pulpa, afecta aquellos órganos dentarios que se suelen contemplar como inmunes a la caries común.

Fluoruros: Cuando el elemento flúor se encuentra combinado con otros minerales y otros compuestos químicos.

Fomento de la Salud Social: Su objeto es lograr la autoresponsabilidad social en el cuidado de la salud bucal, mediante acciones que involucren a los individuos y a la sociedad organizada.

Participación Social: Proceso mediante el cual se relacionan entre sí, individuos grupos, instituciones, y autoridades; para identificar problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinarse para su ejecución, gestión de recursos, control y seguimiento de las acciones.

Prevención Integral: Todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en el beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

Población Escolar: De acuerdo con las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos que son: los preescolares, cuyas edades van de 4 a 5 años, escolares de 6 a 14 años y escolares de secundaria de 12 a 15 años de edad.

¹⁷ (8) SECRETARÍA DE SALUD. Subsecretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. México, 1995. Pág. 2

Población de alto riesgo: Son los grupos de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, ocupación condición económica u otras variables se encuentran mayormente expuestas a contraer una determinada patología. Con relación a la caries dental se puede decir que la población de alto riesgo, está principalmente representada por los menores de 6 a 12 años de edad.

Riesgo biológico social: Es la interacción dinámica que se establece entre los factores de orden biológico (Genéticos, hereditarios, edad)

Los de orden social; (demográficos, económicos, ambientales, políticos, culturales y educativos), en la producción y distribución del proceso salud-enfermedad.

Disposiciones generales

La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar con base en la prevención integral a través de acciones de fomento para la salud y de protección específica a nivel masivo, grupal o individual, delimitación del daño, rehabilitación y del control de enfermedades bucales.

Acciones para el fomento de la salud bucal

La educación para la salud debe orientarse a:

- a) Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.
- b) Informar sobre los padecimientos más frecuentes y sus secuelas.
- c) Desarrollar y formar en su caso hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal.
- d) Promover el cuidado de los tejidos blando y óseo de la cavidad bucal y estructuras adyacentes mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

Prevención de enfermedades bucales

La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, a la conservación de ambas denticiones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos; al empleo de las medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de estas enfermedades.¹⁸

Los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo a las siguientes indicaciones: la higiene bucal en población inferior de menos de un año de edad se realiza con un paño suave, humedecido en agua una vez al día.

De 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecidos después de cada alimento en caso de usar pasta dental fluorada se hará en cantidad mínima y bajo supervisión de un adulto para evitar la ingestión de flúor residual.

A partir de los 4 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorada después de cada alimento.¹⁹

Protección específica

La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realización un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental auxiliares para: la higiene bucal y acudir en forma periódica para revisión profesional.

Caries dental. La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de fluoruro a la sal del consumo humano: no debe adicionarse fluoruro a ningún condimento, alimento, golosina, refresco, goma de mascar y agua. El control de la prevención masiva contra la caries dental mediante la fluoración de la sal se debe realizar de acuerdo a los

¹⁸ Ibidem pp. 4

¹⁹ SECRETARÍA DE SALUD. SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD. Norma Oficial Mexicana Para la prevención y Control de Enfermedades Bucales. pp. 4-6

lineamientos y procedimientos establecidos por la Secretaría de Salud con este propósito.

La protección específica individual contra la caries dental debe promover el empleo de fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo e hilo dental y por la vía tópica métodos de uso clínico y de uso doméstico.

Enfermedad periodontal

Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:²⁰

Lesiones de tejidos blandos y óseos: La protección específica grupal de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y la eliminación de hábitos nocivos.

La protección específica individual de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se realizan mediante:

El examen clínico en forma periódica, por parte del cirujano dentista.

La orientación personalizada para la aplicación de medidas de protección específica.

Maloclusiones.

Es responsabilidad del especialista que la protección específica grupal se oriente a la vigilancia de la erupción y a la conservación de los primeros molares permanentes así como a conservar la longitud, anchura y relación de las arcadas.

La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética y posición de las arcadas para una oclusión estable.

²⁰ SECRETARÍA DE SALUD Op. cit pag. 4

Fluorosis dental

La protección específica masivo, en grupo e individual se basa en:
La detección de fuentes de abastecimiento de agua de consumo humano con concentraciones de flúor.²¹

2.6 Subprograma educativo-preventivo de salud bucal

El programa de estomatología de 1er. Nivel y el subprograma Educativo-preventivo se desarrollan dentro de un sistema de servicios de salud regionalizado, descentralizado y organizado por niveles.

Dentro los problemas detectados principalmente es la caries dental, que ocupan la tercera causa de morbilidad por demanda de servicios. Ante esta problemática el Instituto de Salud del Estado de México, ha implantado un modelo de atención para aumentar la cobertura, impulsando las acciones educativo-preventivo con participación comunitaria, enfocando la educación y prevención hacia grupos de preescolares, escolares, padres de familia, con el propósito de que sea en esta etapa de formación, en donde se adquieran hábitos de higiene para conservar la salud y prevenir las enfermedades bucodentales.

Llevando a cabo acciones de autocuidado y alimentación adecuada, que ayuden a disminuir la incidencia de caries, parodontopatías y maloclusiones.

Sabiendo de antemano, que en la infancia, la prevención tiene un papel preponderante por la trascendencia que va a tener la salud bucal y con ello la salud general durante la vida del individuo, desde el punto de vista biológico, psicológico, económico y social. El programa educativo-preventivo; pretendiendo organizar todas las acciones y actividades que el odontólogo, técnico, pasante licenciado en enfermería y obstetricia deben llevar a cabo para cumplir un objetivo de servicio que es el de fomentar la salud de la población.

Antecedentes

En 1975 se introdujo el subprograma Educativo-preventivo, como un piloto con actividades preventivas: técnica de cepillado, control de placa dentobacteriana y aplicaciones de fluoruro.

En 1977 se amplía el subprograma en otras jurisdicciones con grupos prioritarios con actividades educativas, preventivas y curativas.

²¹ Ibidem pág. 5

En 1981, dio inicio el programa de atención a la salud a poblaciones marginada en grandes urbes, el subprograma Educativo-preventivo logró ampliar su cobertura en las áreas conurbadas al distrito federal.²²

Sin embargo a pesar de los avances logrados y los esfuerzos empeñados no se logró bajar el índice de caries y parodontopatias en la población del estado de México, por lo que en 1985 se autorizó la implementación del proyecto para la prevención de la caries dental mediante el consumo de sal de mesa fluorurada, el cual recibe apoyo de la fundación Kellogg's y de la Organización Panamericana de la Salud²³

2.6.1 Marco legal

En el ámbito político administrativo, la nueva ley general de salud y el programa nacional de salud 1983-1988, fundamentalmente establece:

Artículo 2-

El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades

Artículo 3

Fracción III. La coordinación evaluación y seguimiento de los servicios de salud.

CASTRO H. Rosalba y Nuncio O. Verónica. Subprograma Educativo Preventivo. México, 1990. Pp. 3, 6-10

²³ Ibidem. pp 6

TITULO SEGUNDO: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 6

Fracción I Proporcionar servicios a la salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios, y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Fracción VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actividades relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

TITULO TERCERO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Capítulo 1: Disposiciones comunes

Artículo 23.- Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

Fracción VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.

Capítulo 11. Atención médica

Artículo 32. Se entiende por atención medica al conjunto de servicios, que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.(17)

Capítulo 4. Usuario de los servicios de Salud y participación de la comunidad.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso digno de los profesionales.

Artículo 57. La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto

fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e implementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.²⁴

Artículo 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud en los sectores públicos, social y privado, a través de las siguientes acciones.

TÍTULO 7. PROMOCIÓN A LA SALUD.²⁵

Capítulo 1

Artículo 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actividades, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Capítulo II La educación para la salud tiene por objeto:

Fracción I: Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas, que le permiten participar en la prevención de enfermedades individuales y colectivas y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.

2.6.2 Educación para la salud en la prevención de enfermedades bucodentales

La educación para la salud es la base para la ejecución de dichos propósitos, lo que requiere del conocimiento objetivo de la comunidad a la que va dirigida el subprograma, por lo que es necesario el diagnóstico situacional de salud que permitirá conocer las condiciones generales del proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de la población para aceptar el subprograma educativo preventivo con el propósito de planear, organizar ejecutar y controlar el proceso educativo

Manual de Normas y Procedimientos

Subprograma Educativo-Preventivo

Actividades a desarrollarse de acuerdo con los problemas de salud bucal:

Plática educativa (periódico mural)

Enseñanza de técnicas de cepillado (dibujos y maqueta dental)

²⁴ Ibidem. pp. 11-13

²⁵ CASTRO H. Rosalba y Nuño Ochoa Verónica. Op. cit. pp. 8

Control de placa dentobacteriana.
Aplicación de flúor al 0.2 %

Normatividad

Las actividades se desarrollan en la comunidad en la Obra Social "Auxilio" I.A.P. Específicamente los niños de 6-12 del área de influencia de la unidad aplicativa correspondiente.

El tiempo programado a la semana para la ejecución de actividades será de 8 horas.

Todos los escolares que requieran de atención clínica odontológica deberán ser canalizados a la unidad aplicativa mediante la hoja de autorización de tratamiento.

Para la realización de las actividades se debe elaborar un programa de trabajo para lo cual se establecen los siguientes parámetros.²⁶

Lineamientos para la realización de platicas de salud bucal.

Concepto²⁷

La educación para la salud, es un proceso que consiste en la transmisión de conocimientos, desarrollo de habilidades y cambios de actitudes para mejorar la vida del hombre y disfrutar de bienestar y salud.

Las principales técnicas educativas son:

Platica, demostración y la entrevista, las cuales se pueden combinar como apoyo para la realización de las actividades educativo preventivas.

La platica es un técnica de educación mediante la cual se proporciona información para llevar a cabo la transmisión de conocimientos, ampliándose de los medios de comunicación: periódicos murales, rotofolios, didácticas, etc.

Tipo de platica a realizar:

Informativa y educativa.

Las platicas informativas se darán a supervisar a la odontóloga y a la asesora con el objetivo de dar a conocer nuestro proyecto de tesis.

²⁶ Ibidem, pp. 14

²⁷ CASTRO H. Rosalba y Nuncio O. Verónica. Subprograma Educativo-Preventivo México, 1990. Pp. 15

Las platicas educativas serán otorgadas a población escolar de 6 a 12 años para la cual se sugieren los siguientes temas:

Anatomía dental: En este apartado se enseñará: estructura e importancia de la cavidad oral.

Tipos de dentición.

Trastornos que causan la ausencia de piezas dentales.

Prevención de caries.²⁸

Lineamientos para la enseñanza de la técnica de cepillado.

Concepto:

Es el adiestramiento para el uso y manejo adecuado del cepillo dental para llevar a cabo un correcto cepillado y estipulación interdental que contribuyan en la higiene y salud bucal.

Objetivo:

Adiestrar a la comunidad en control sobre la técnica de cepillado, que estimule la técnica y elimine objetivamente la placa dentobacteriana.

Procedimientos:

La enseñanza de la técnica de cepillado se realizará mediante la demostración del cepillado en un modelo o tipo donto, aquí debemos insistir en la sistematización suficientemente pequeñas para que reciban toda la estimulación adecuada.

Para este efecto se sugiere la siguiente división:²⁹

1. Superficies vestibulares de la arcada superior, iniciando por la zona molar derecha, siguiendo por toda la arcada hasta la zona molar izquierda
2. Superficies palatinas desde la zona de molar superiores izquierdo, hasta la zona de molares superiores derecho.
3. Superficies oclusales e insiales de las piezas superiores.

²⁸ Ibidem. pp. 16

²⁹ Ibidem. pp. 17

4. Superficies vestibulares de la arcada inferior desde la zona derecha hasta la zona de molares superiores izquierdos
5. Superficies linguales de la zona molar izquierda a la zona molar derecha.
6. Superficies oclusales e insisales de las partes superiores.

Técnica de Stillman (modificada)

En el método original de Stillman las cerdas toman el margen gingival y la porción cervical de los dientes, el movimiento del cepillo comienza en la encía adherida cerca de la unión con la mucosa alveolar, se complementa con un movimiento del cepillo a lo largo del diente en dirección a la línea de oclusión esto permite una limpieza más eficaz de las superficies dentarias y reduce la posibilidad de traumatizar la encía marginal.

Procedimiento

1. Se coloca el cepillo con las cerdas de descanso en parte, en la encía y en parte en la porción cervical de los dientes.
2. Las cerdas deben de ser oblicuas al eje mayor del diente y dirigidas apicalmente, presionando ligeramente contra el margen gingival complementando el movimiento del cepillado a lo largo del diente en dirección a la línea de oclusión.
3. Se repite el proceso en toda la boca con la secuencia que se marco anteriormente.
4. Para llegar a las zonas linguales y palatinas de la zona de dientes anteriores, se coloca el mango del cepillo perpendicular al plano oclusal cepillando tanto los dientes como la encía.
5. Las caras oclusales de los molares y premolares se cepillan con las cerdas perpendiculares al plano oclusal penetrando profundamente en los surcos, focetas, fisuras, y espacios interproximales.

Cuidado del cepillo

No introduzca el cepillo en agua caliente

No usar el cepillo humedo y sin pasta dental

No guardar el cepillo en tubos o recipientes.

Se debe descartar todo aquel cepillo cuyas cerdas no sean parejas o se hallan ablandado o abierto. Las cerdas deben estar dispuestas en manojos entre sí.

La longitud del cepillo no debe ser mayor de 15 cm.

El mango del cepillo debe ser recto

La altura de las cerdas debe tener un promedio de 12 mm.

Lineamiento para la enseñanza de técnica de uso de hilo dental

Concepto.

Técnica auxiliar de la higiene bucal que por medio del hilo dental o seda dental se elimina la placa dentobacteriana de las cerdas del cepillo dental.

Norma

La técnica se deberá llevar a cabo frente a un espejo para que se realice correctamente, y en casos específicos como: diastemas metálicos.

Apinamiento dental.

Material

Hilo dental.

Espejo de mano.

Procedimiento:

Cortar aproximadamente 30 cm de hilo dental, y enrollar ambas puntas en los dedos medios.

Tense el hilo con los dedos pulgares y los índices, dejando una corta distancia entre ellos.

Introducir el hilo cuidadosamente entre los órganos dentarios ejerciendo un movimiento vestibulo lingual, evitando rozar la encía y no estrangular la papila interdientaria con hilo dental.

Aplicar un movimiento de arriba hacia abajo con el propósito de remover las partículas de placa dentobacteriana, repitiendo la operación en todos los espacios interdientarios.

*Recomendaciones generales.*³⁰

Realice el cepillado dental una vez que haya empleado el hilo dental.

Lineamientos para el control de la placa dentobacteriana

Concepto:

El control de placa dentobacteriana consiste en poner de manifiesto la presencia de placa dentobacteriana con el objeto de dar a conocer los mecanismos requeridos para su eliminación y control

³⁰ *Ibidem*, pp. 18-19

Material:

Solución de colorante al 10%, pastilla reveladora o trocitos de betabel.
Vaso desechable
Hilo dental
Cepillo dental
Cubeta, cesto de basura o bolsa de plástico.

a) Método:

Colorante vegetal:

El colorante vegetal se diluye en un vaso de agua, se le proporciona al paciente de 15 a 20 gotas en la solución formada y se le pide que se enjuague la boca durante un minuto.

Pastilla reveladora:

Se le proporciona al paciente una pastilla reveladora, se le indica que la mastique y la distribuya por todas las superficies dentarias por un minuto.

Con betabel:

a) Se corta el betabel en trocitos y se le proporciona al paciente para que los mastique por un minuto.

b) Se le indica al paciente que se enjuague suavemente una sola vez para eliminar los excesos del material coloidal

c) Las zonas coloreadas indicaran las áreas con presencia de placa dentobacteriana

d) Se le proporciona un espejo al paciente para que observe las superficies coloreadas.

e) Se le indica al paciente que se cepille los órganos dentarios hasta que desaparezca el colorante, en las zonas de difícil acceso se usará hilo dental

Recomendación general

Se deberá hacer un control posterior para comprobar si se ha logrado crear el hábito del cepillado

Lineamiento para aplicación de flúor

Concepto:

Actividad mediante la cual la solución fluorada se pone en contacto con la superficie de los dientes con el propósito de darles mayor resistencia.

Material

- 3 gr. de fluoruro de sodio (300 dosis)
- 1 1/2 litro de agua purificada hervida y fría.
- 1 garrafón o recipiente de plástico con capacidad de tres litros.
- Cono de papel o vaso de plástico por niño.
- 1 dosificador (jeringa desechable de 5 ml. sin aguja)
- 1 cesto de basura o bolsa de plástico

Métodos.

Se realiza la dilución de 6 gr. de fluoruro en tres lt. de agua purificada, cantidad suficiente para 600 dosis y se realiza:

Al inicio de las actividades escolares

Previo aseo bucal.

En grupo

Se le proporciona a cada niño 5 ml. de la solución fluorada en el cono

Indique con una señal todos los escolares para que realizan un enjuague bucal con la solución por 4 minutos.

El responsable de la autoaplicación dará una señal para que el niño regrese la solución al cono de papel.

Se deposita los conos de papel en una cubeta o recipiente de basura y se desecha

Se indica no ingerir agua o alimentos en los 60 minutos siguientes.³¹

Idea central de la teoría

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporeespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o

³¹ CASTRO H: Rosalba y Nuncio O. Verónica. Subprograma Educativo-Preventivo. México, 1990. pp. 50, 53-56

hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afecta adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, el automantenimiento y a la salud y bienestar personal. También realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otras personas dependientes.

2.7 MODELO PSICOPEDAGOGICO EN EL APRENDIZAJE.

Significado y sentido en el aprendizaje escolar.

Reflexiones en torno al concepto de aprendizaje significativo.

Algunas de las ideas actuales del concepto de aprendizaje significativo cuentan con numerosos antecedentes; podemos remontarnos, en primer lugar de los movimientos pedagógicos del pensamiento de Rosseau y otros muchos que más allá de las diferencias entre sus respectivos planteamientos, comparten el principio de autoestructuración del conocimiento, es decir, ven al alumno como el verdadero agente y el responsable último de su propia construcción.

En segundo lugar las propuestas pedagógicas que defienden el principio de que el alumno adquiera el conocimiento con sus propios medios.

En tercer lugar podemos citar las propuestas pedagógicas que se sintetizan en la siguiente afirmación "Principio fundamental de los métodos activos: comprender es inventar o reconstruir por reinvención."³²

³² CESAR Coll Salvador. Aprendizaje escolar y Construcción del Conocimiento. Ed. Paidós España, 1992 pp. 189

Aprendizaje escolar y construcción de significados.

Hablar de aprendizaje significativo equivale, ante todo, a poner de relieve el proceso de construcción de significados como elemento central del proceso enseñanza/aprendizaje.

De hecho, en sentido estricto, el alumno puede aprender también estos contenidos sin atribuirles significado alguno, es lo que sucede cuando aprende de una forma puramente memorística y es capaz de repetirlos o de utilizarlos mecánicamente sin entender en absoluto lo que está diciendo o lo que está haciendo.

La mayoría de las veces, lo que sucede es que el alumno es capaz de atribuir únicamente significados parciales a lo que aprende. No significa exactamente lo mismo para el profesor que lo ha enseñado que para el alumno que lo ha aprendido, no tiene las mismas implicaciones ni el mismo poder explicativo para ambos, que no pueden utilizarlo o aplicarlo en igual extensión y profundidad. El alumno atribuye significados integrando a lo que observa. Podríamos decir que construimos significados integrando o asimilando el nuevo material de aprendizaje a los esquemas que ya poseemos de comprensión de la realidad.

No siempre el aprendizaje es significativo, es decir, que no siempre da lugar a la construcción de significados. Ante todo, es necesario que el nuevo material de aprendizaje, sea potencialmente significativo, es decir, sea susceptible de dar lugar a la construcción de significados, para ello debe cumplir dos condiciones: la primera es que el contenido posea una cierta estructura interna, una cierta lógica intrínseca, un significado de sí mismo.³³

La segunda; en esta es necesario que el contenido sea potencialmente significativo lo que se refiere al conocimiento del alumno como factor decisivo en el momento de afrontar la adquisición de nuevos conocimientos. El potencial significativo lógico y psicológica del contenido de aprendizaje, no son suficientes para que el alumno construya significados. Es necesario, además, que esté el alumno y tenga una actitud favorable para aprender significativamente, esto hace referencia a una intencionalidad del alumno para relacionar el nuevo material de aprendizaje con lo que ya conoce. Cuando la intencionalidad es escasa, el alumno se limitará probablemente a memorizar lo aprendido de una forma un tanto mecánica y repetitiva. La intervención del profesor en este sentido es un factor determinante, pues la memorización suele aparecer en un principio como un procedimiento mucho más cómodo y económico en tiempo y energía para el alumno.

³³ Ibidem pp. 191-193

Para terminar este apartado; en primer lugar el concepto de aprendizaje significativo implica un cambio de perspectiva en la solución dada al clásico problema pedagógico de la preparación para el aprendizaje, es decir, un cambio radical en la manera de entender el proceso de enseñanza/aprendizaje y en una revisión reciente sobre los procesos de pensamiento del alumno, existe evidencia empírica para afirmar que junto al conocimiento previo existen otros aspectos que actúan como mediadores entre la enseñanza y los resultados del aprendizaje: la percepción que tiene el alumno de la escuela, del profesor y de sus actuaciones.

Significado y sentido en el aprendizaje escolar

El término "sentido" con el fin de subrayar el carácter y experiencia que en buena lógica constructiva impregna el aprendizaje escolar. La percepción que tiene el alumno de una actividad concreta y particular de aprendizaje no coincide necesariamente con la del profesor.

Existe un conjunto de factores, que pueden calificarse como motivaciones, relacionales o incluso afectivos, que desempeñan un papel de primer orden en la movilización de los conocimientos previos del alumno.

Una interpretación radicalmente constructivista del concepto aprendizaje significativo obliga a ir más allá de la simple consideración de los procesos cognoscitivos del alumno como elemento mediador de la enseñanza.

En una serie de investigaciones dirigidas a estudiar el aprendizaje desde la perspectiva de los propios alumnos se han identificado hasta tres maneras típicas de abordar o enfocar las tareas de aprendizaje que denominan respectivamente el enfoque profundo, superficialidad y estratégica.

El primero presenta fuertes similitudes con la disposición a realizar aprendizajes altamente significativos, puesto que se caracteriza, entre otros extremos porque los alumnos muestran un alto grado de implicación en el contenido. intentan profundizar al máximo en su comprensión.

El segundo presenta una cierta similitud con la tendencia descrita a realizar aprendizajes poco significativos y un tanto repetitivos o mecánicos, los alumnos se preocupan por memorizar la información.

El tercero se caracteriza por el intento de alcanzar el máximo rendimiento posible en la realización de las tareas mediante la planificación cuidadosa de las actividades del material necesario de los esfuerzos y del tiempo disponible.

La adopción de uno y otro enfoque depende en último término de la intervención con que el alumno se enfrenta a la tarea concreta del aprendizaje.³⁴

3. Metodología de la Investigación

Se utiliza la escala cualitativa ya que se investigara cualidades, así mismo es cuantitativa por que el resultado obtenido podrá ser en porcentajes.

3.1 Características de la investigación

Observacional, debido a que se conocerá el grado de congruencia de la salud bucal y la información que se tiene sobre la higiene bucal.

Descriptiva, por que solo se describirán los factores

3.2 Universo:

La población de niños que asisten a la Obra Social Auxilio I.A.P. ubicada en Mayorazgo de Orduña Col. Xoco Delegación Benito Juárez.

3.3 Muestra:

Los niños escolares de 6 a 12 años que asisten a la consulta dental del mes de Febrero 98

3.4 Criterio de las Unidades de Observación

Criterios de inclusión: Niños 6 a 12 años ambos sexos

Criterios de exclusión: Población infantil que no acuda a la consulta dental así como los niños cuya edad este por debajo de los 6 y por arriba de los 12 años.

Criterios de eliminación: Niños que no sean de la Obra Social Auxilio y que se rehúsen a contestar la entrevista.

³⁴ Ibidem pp. 199-202

3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio se realizó mediante una encuesta, solo se abordó una muestra de la población. Las técnicas empleadas fueron las observaciones de las condiciones de higiene dental mismas que se anotaron en un apartado del cuestionario estructurado para tal fin.

Por otra parte se realizó entrevista estructurada aplicada a los niños previa a la consulta. El cuestionario de valoración bucodental consta de datos generales: edad, escolaridad, dirección, nivel económico, tipo de alimentación (aquí se pidió que reportaran los alimentos consumidos el día anterior así como los alimentos consumidos fuera del hogar), las enfermedades bucodentales y la exploración bucal.

3.6 Procedimiento y técnicas estadísticas.

Una vez recolectado los datos, se procedió al vaciado de los mismos en tablas de distribución de frecuencias con números absolutos y frecuencia relativa de porcentaje de las preguntas cerradas.

De las preguntas abiertas se procedió a la codificación por categorías previa a la elaboración de los cuadros, posteriormente se procedió a la descripción e interpretación de los resultados y al análisis de los hallazgos.

3.7 Organización de la Investigación.

Recursos:

Humanos: 3 Pasantes de la Lic. En Enfermería y Obstetricia
1 Directora de trabajo

Materiales: Hojas blancas, pluma, máquina de escribir, lápiz, computadora, pellón, cartulina, marcadores, pintura en aerosol, gises, artículos de higiene dental, copias de libros.

3.8 Cronograma

ACTIVIDADES	JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE																								
	16	17	18	22	23	24	25	26	04	05	06	08	10	11	12	13	01	02	03	04	05	06	08	09	10	11	12	21	22	23	24	25							
Revisando el Diagnostico situacional																																							
Revisar con el Director																																							
Revisar con Asesora de Tesis																																							
Conferencias con investigación Bibliografica																																							
Elaborar y elaboración de guión de tema de higiene dental																																							
Elaboración de estructura y elaboración del periodo mural y cartones																																							
Ir al Centro de Salud Remban para la canalización de niños con enfermedades de caries																																							
Ir al Centro de Salud Remban para la canalización de niños con enfermedades de caries																																							
Aviso a los Directivos de la institución para darles a conocer el tema																																							
Aviso a los Padres de familia en su momento de a básica y consultó con el asesor de tesis																																							
Elaboración de Cuestionario y material Didactico																																							
Pruebas de campo de las pruebas																																							
Entrega de trabajo de coordinación de Servicio Social																																							
Elaboración de corrección hechas al trabajo																																							
Reunión con la Asesora en Aulas Juiltez																																							
Reunión con la Asesora en Aulas Juiltez																																							
Reunión con la Asesora en restaurant Sanpoma																																							
Reunión en Biblioteca de Bakuvas																																							
Reunión del Trabajo																																							
Reunión de Trabajo con la Asesora Grupol																																							

3.8 Cronograma (Cont 2)

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE															
	22	23	24	25	26	28	29	30	01	02	03	04	06	07	08	09	10	13	14	14	16	16	17	20	21	22	
Revisión por parte de los Jurados																											
Entrevista con los Jurados para hacer correcciones necesarias																											
Elaboración de las correcciones hechas al trabajo																											
Impresión final del trabajo																											
Entrega del trabajo ya corregido a los Jurados																											

4. Resultados

4.1 Descripción discusión e interpretación de datos

En la asistencia de la población escolar a la "Obra Social Auxilio", el 54% son mujeres que tienen caries dental y el 46% hombres tienen menor presencia de caries, esto indica que hay un mayor interés por la atención odontológica por parte de las mujeres, puesto que ellas asisten a la consulta solas. (Cuadro y Gráficas No. 1)

En cuanto a la edad, la mitad de la población que asiste esta entre los 7.7-10.2 años, una tercera parte de 6.0-7.5 años y un poco más de 10% entre los 10.3-12.0 años. Esta situación obedece a los cambios por pérdida de las piezas temporales y aparición de las piezas definitivas que inicia con los incisivos, caninos, premolares y molares que comprenden la etapa escolar por tanto las piezas dentarias requieren de una prevención oportuna. (Cuadro y Gráfica No. 2)

En cuanto a los alimentos más frecuentes consumidos por los niños notamos que en el desayuno existe el 26% de niños que ingieren café y 17% leche, 21% pan, 9% cereal, 8% verdura y en menor cantidad con 3% pastas, pollo, carne y 7% frijoles. En cuanto a la comida, pastas con 27%, 17% arroz, pollo y carne, 10% verdura, 4% frijoles huevo, pescado, en la cena 34% ingiere café, 25% pan, 12% leche, 11% carne, 6% cereal, 4% huevo, 3% frijoles, 1% pan arroz y verdura.

Con lo anterior se observa que ingiere más café que leche siendo esta última la más necesaria por contener calcio, fósforo, zinc, entre otros indispensables, para la formación y calcificación de dientes, también se observa, que ingieren más pastas, pan, arroz, que son harinas y carbohidratos los cuales se adhieren más a los dientes formando el sarro el cual deteriora el esmalte conllevando esto a la aparición de caries y posteriormente la caída de piezas dentarias. En menor cantidad el consumo de carne, verdura, huevo, que son alimentos que contienen vitaminas y minerales esenciales para un buen desarrollo y crecimiento, pero principalmente de huesos y dientes (Cuadro y Gráfica No. 3)

En la bebida que se ingiere se encontró mayor consumo de refresco con 43%, agua simple con 28%, con fruta 20% y con saborizante 9%. Esto indica que la mayoría toma refresco y que repercute a nivel dentario ya que la azúcar se adhiere a los dientes perjudicando el esmalte y la dentina y el ácido carbónico así la presencia de caries dental y la caída de piezas dentarias. (Cuadro y Gráfica No. 4)

En cuanto a la cantidad de dinero que gastan los niños en la escuela el 61% gasta de \$1-3 pesos diarios, con los que pueden adquirir algún refresco o alimento chatarra, el 32% gasta de \$4-7 pesos diarios cantidad con la que pueden adquirir dulces y chicles, el 7% gasta de \$8-10 pesos diarios con los que pueden adquirir un refresco y algún otro alimento como tortas, todos estos artículos son factor de riesgo para las caries y lesionan las encías que son los tejidos blandos que sostienen las piezas dentarias. (Cuadro y Gráfica No. 5)

Relacionado a los alimentos que compran en la cooperativa de la escuela el 17% compran dulces, 16% corresponde a los que no compran nada y otros dulces, 14% chocolates, 12% fruta rayada, 10% jugos y frituras, 8% chicles, 7% refresco y el 3% gelatinas y tortas.

Las compras en la cooperativa en su mayoría son dulces porque les gusta, además de no ser caros, llama la atención que la escuela no apoye en programa preventivo de caries en los artículos que ofrecen lo que hacen ver el poder de la cultura. (Cuadro y Gráfica 6)

Del total de 46 niños 32 no se lavan los dientes después de comer algún dulce y el 31 restante menciona que si se lavan los dientes después de desayunar y al llegar a la escuela.

No es creíble que estos niños lleguen a realizar el lavado de dientes, tal como lo indican ya que nadie les informan de la importancia de llevarlo esto a cabo como una prevención universal. Además de que ellos desean jugar o entretenerse en otras cosas y no tienen el interés de cepillarse los dientes al llegar a su casa hasta que llegue a causar dolor es cuando ellos toman interés por esto.

Así mismo se comprobó mediante la X_T^2 que el resultado obtenido es menor a $X^2=10.05$ esto nos indica que hay una relación entre la caries que presentan los niños debido a las formas de prevención utilizada. (Cuadro y Gráfica No. 7)

Las causas por las que no puedan cepillarse los dientes como quisieran los niños el 38% menciona que les da flojera 16% dicen no tienen agua lo cual es poco creíble porque está ubicado en el Distrito Federal en una zona urbanizada, 11% nadie te dice nada y porque se acaba la pasta, 10% no encuentra el cepillo, 5% en la casa nadie lo realiza y el 2% no le han comprado cepillo dental, esto refiere que el no realizar el lavado de dientes hay malos hábitos familiares o que algunos no tengan el sustento económico para comprar un cepillo dental de que no conozcan otra forma de poder lavarse la boca sin cepillo dental (cuadro y gráfica No. 8)

La frecuencia con que cambian el cepillo dental el 76% no lo cambia, 9% cambia cada mes, 7% cambia cada año, 49% cambia su cepillo cada 5 y 6 meses.

Las condiciones culturales y económicas marcan mayor prevalencia en los niños que no cambian su cepillo dental y poco son los niños que los cambian, de 4 – 6 meses esto se refiere que si ven el cepillo en condiciones aceptables no lo desechan lo cual podría ser porque no lo usan diario y una forma además de ahorrar dinero.

El no cambiar el cepillo de dientes ocasiona que se llenen de bacterias, y al usuario se introducen a la boca microorganismos, en lugar de ayudar a combatir, ya que un cepillo desgastado no limpia bien los dientes. (Cuadro y gráfica No. 9)

Las acciones en caso de dolor de dientes o muelas en la casa de los niños entrevistados la mayoría los llevan al dentista, lo que indica que lo llevan cuando está presente el problema no antes, y posiblemente complicado ya que si muestran una leve picadura no toman en cuenta. En menor incidencia se encontró a los que regañan por no lavarse los dientes cuando ellos refieren el dolor lo que indica que no visitan al dentista y la falta de hábitos higiénicos dentales que se debe transmitir en forma cultural por los padres.

Según las acciones en la casa de los niños entrevistados en caso de dolor de muela o diente, el 29% los llevan al dentista, el 28% nunca les ha dolido una muela, al 23% les dan pastillas para el dolor, al 11% le aplican cebolla, clavo, ajo, algodón y al 9% lo regañan porque no se lavan los dientes. (cuadro y gráfica No. 10).

En cuanto quién se entera si no se lavan los dientes, el 59% señala que su mamá, el 22% el papá el 17% los hermanos, el 2% nadie y con el =% los amigos

Con relación a quién se entera si no te lavas los dientes. La mayoría de las veces es la mamá, ya que es la que se encuentra a cargo del cuidado de los niños, el papá, los hermanos no se enteran debido a la falta de comunicación con ellos. Quizá para ellos no es de gran importancia debido a que no saben las complicaciones bucodentales. (cuadro y gráfica No. 11).

Acerca de los alimentos o golosinas que conocen dañen los dientes, el 34% son las paletas, el 28% los chiclets, el 12% los chocolates y refrescos respectivamente, el 10% no saben y con el 4% frituras.

Acerca de las golosinas que saben que hacen daño a los dientes, las paletas están en primer lugar y menor porcentaje las frituras, los cuales indican que

están conscientes de las golosinas que dañan los dientes, pero a pesar de ello lo siguen haciendo porque son los dulces lo que más les gusta. (cuadro y gráfica 12).

Respecto al conocimiento que tienen de las enfermedades bucodentales que han padecido los niños entrevistados el 16% menciona a la caries, el 13% gingivitis, el 12% dientes encimados, el 11% al dolor de muelas y dientes sensibles al calor o frío y en nada de color respectivamente, el 9% halitosis, el 8% fogosos, el 7% postemillas y el 2% algodoncillo.

Se encontrarán enfermedades bucodentales más frecuentes como: gingivitis, caries dientes encimados, dolor de muelas, dientes sensibles al calor y frío, hálitosis, fogázos, postemillas y algodoncillo ya que esto indica que tienen malos hábitos dentales. Por este motivo se debe hacer hincapié en el fomento de los hábitos higiénicos y dentales y sus complicaciones. (cuadro y gráfica No. 13).

Con relación a las operaciones bucales que les han realizado el 46% no las han tenido, el 22% tuvo extracción y el 16% obturación y curación.

En las operaciones bucales que han recibido los escolares, la gran mayoría no han tenido ninguna operación bucal, algunos niños en muy poca incidencia les han realizado obturaciones, extracción y curación lo que indica que su visita al dentista es únicamente para que se les realice alguna de las operaciones anteriormente mencionadas. (cuadro y gráfica No. 14)

De los tratamientos bucales que han tenido los niños entrevistados, el 41% no ha recibido ningún tratamiento, el 34% la aplicación de flúor, el 10% enjuagues bucofaríngeos, el 8% pastillas de placa reveladora y el 7% los braqués.

En los tratamientos bucales hay mayor frecuencia en los niños que presentaron caries, pero que llevaron tratamiento y en menor frecuencia los que utilizan enjuagues, aplicación de flúor, pastillas reveladoras bráquets, esto indica que esperan hasta que el problema dental sea ya más grave, porque tal vez al principio no moleste pero después ya es más grave la enfermedad y también el tratamiento que se dé a cada uno de las complicaciones. (cuadro y gráfica No.15).

Exploración bucal en los escolares encuestados.

Se observo en la exploración bucal que todos los niños se encuentran sin ninguna alteración patológica, lo que indica que la población a pesar de que se encuentra en una situación económica baja no esta en alto índice de defectos en la cavidad bucal. (Cuadro y gráfica No.16)

Exploración de la mucosa labial en los escolares encuestados.

La mucosa labial en ninguno de los niños muestra alteración tomando en cuenta el labio inferior y frenillo labial tampoco existe alteración. (cuadro y gráfica No. 17).

Exploración en la cavidad orofaríngea

Durante la exploración de la cavidad orofaríngea el 83% de la población no presento amigdalitis y el 17% si la presentaron esto indica que existe un factor de riesgo moderado para padecerla. (cuadro y gráfica No. 19).

Exploración dental de los escolares encuestados.

Nos referimos al grado I tomando de referencia caries leves y dientes faltantes no más de dos.

El grado II caries severa. Y dientes faltantes mas de tres.

Continuando los niños sanos y posteriormente los que llevan un tratamiento.

Analizando estos puntos nos indica que más de la mitad de los niños presentan el grado I y II debido que dentro de la Institución a la que asisten a tomar cursos, los maestros al final de cada clase les proporcionan una gran cantidad de dulces como recompensa hacia una buena labor. Con llevado a esto que la institución necesita personal capacitado para fomentar la Educación para la Salud a nivel comunitario.

A pesar de las políticas de la Institución las cuales se enfocan hacia la ayuda a la comunidad asistente a la misma, con la actitud antes mencionada en lugar de dar un beneficio dan un perjuicio. (cuadro y gráfica No. 18).

En cuanto a los factores sociales la conservación de una salud dentaria integral y en buenas condiciones esta fuera de lo que se presenta desde el punto de vista de la salud.

Las madres desconocen la importancia del cuidado para la información de la arcada dentaria que constituye un 50% de probabilidades de tener dientes y encías sanos y de las medidas de higiene bucal como es limitar el uso de chupones, chupar el dedo, el número de tetadas. El otro 50% esta conformado por las medidas de higiene dental que el niño deberá llevar como parte de la responsabilidad del cuidado de su propia salud.

De los hallazgos encontrados existen por igual incidencias de caries en los escolares de ambos sexos y es en ésta etapa donde se puede encaminar la

formación adecuada de buenos hábitos de higiene bucodental. Por otra parte las instituciones como la escuela tampoco favorecen la salud bucal dado que propician el consumo de alimentos como alto contenido de carbohidratos que adheridos a los dientes ocasionan caries y posiblemente amigdalitis que si valoramos detalladamente es a causa de una mala higiene bucal, en la cual los microorganismos que se encuentran en la boca y al no ser eliminados se proliferan y al deglutir o digerir alimentos nos provocan enfermedades de la vía respiratoria altas (amigdalitis, laringitis, faringitis, etc..) no quedando atrás las enfermedades gastrointestinales y posiblemente cardíacas como la artritis reumática por el paso de gérmenes a través de la sangre que pasa por encías y llega a desembocar en el corazón además tampoco existen condiciones para que los niños puedan lavarse los dientes después de consumirlos.

Tampoco existe referencia de las escuelas hacia las instituciones de salud que permita la revisión periódica de la boca a través de las visitas de control recomendables al menos una vez al año.

Dada la trascendencia del problema los futuros ciudadanos por su bajo nivel económico, social están en riesgo de perder las piezas dentarias y por lo tanto la salud integral, por lo que es urgente reconsiderar la formación de actitudes y valores en los niños hacia una mejor alimentación.

4.2. Conclusión

La caries dental es un problema de salud pública por la alta incidencia, esta presente de 9 de cada 10 personas. Se inicia desde la primera infancia por los hábitos en la lactancia. En los escolares se manifiesta a través del lento desmineralización del tejido dentario con la consiguiente corrosión del esmalte y la pérdida de esta forma la caries la que queda cubierta por una película de origen salival.

En las piezas dentarias la saliva propicia el crecimiento bacteriano que se adhiere a los dientes en forma de placa la que produce sustancias ácidas y a su vez favorece el crecimiento bacteriano que ataca el esmalte y abre paso en tiempos relativamente cortos.

La acción erosiva de la caries penetra en todo el espejo hasta alcanzar la dentina, pulpa y nervio. Situación que obliga a la persona a acudir al odontólogo.

Dada la situación anterior para realización de este trabajo se plantea el siguiente objetivo: conocer los hábitos de higiene Bucodental. 6-12 años un estudio de los factores culturales, económicos y sociales.

Los datos encontrados al problema señalan que los padres tienen un grado educacional inconcluso lo que hace que exista la caries y no se limite el daño de aquellos alimentos chatarra o compuestos artificiales que resultan perjudiciales formando las costumbres y hábitos inadecuados en los niños sin posibilidad de mejorarlos. A esto se suma la comisión del lavado de dientes después de consumirlos respecto en la formación de los hábitos de higiene bucal es relevante por que influya de manera directa esta etapa de socialización del niño donde ellos les permiten las costumbres y creencias para la formación personal.

Respecto a los factores económicos dado que existe conciencia del factor de riesgo dado que el consumo exagerado de azúcares y harinas entre otros se propician la compra y consumo de estas a un cuando exista la posibilidad de adquirir alimentos básicos y que ayuden a la conservación de dientes y de esta manera mejorar la condición de salud.

4.3. Propuesta

Aunque nosotros no tomamos en cuenta el problema de higiene dental antes de los 6 años es importante que exista el cuidado dental apropiados para la mujer embarazada, ya que la bibliografía menciona que la alimentación al seno materno a libre demanda es satisfactoria para la salud afectiva del niño pero puede ser perjudicial para sus encías y dientes ya que tienen un baño continuo de leche del pezón por otra parte debe de impedirse que el niño se chupe el dedo de manera persistente, de igual manera no dar el biberón ni los chupones.

Desde la primera infancia hacer hincapié en la importancia de una dieta bien equilibrada con un bajo contenido en azúcar

Realizar examen dental cada 6 meses con la finalidad de descubrir oportunamente anomalías estructurales y tomar las medidas correctivas necesarias o bien reparar los dientes cuando sea necesario.

Cepillar bien y con regularidad los dientes a fin de reducir la acumulación de sarro, mantener la boca limpia y favorecer la salud de las encías.

El personal de salud debe promover con los padres de familia de los escolares y con los mismos escolares una correcta higiene dental tomando en cuenta los recursos económicos y conque cuenta la comunidad, así como los factores culturales y sociales.

También hacemos énfasis en el uso de plantillas reveladoras para detectar a tiempo la placa dentobacteriana así como la aplicación de flúor. Dado que es

una medida universal del programa nacional de salud para los menores de 4 años.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ Alva. Rafael. Salud pública y Medicina Preventiva 2ª. Ed. Manual Moderno. México, 1997 pp. 432.
- BARQUIN C. Manuel. Sociomedicina. Medicina Social-Salud Pública. 3ª. ed. Ed. Méndez. México, 1992. pp. 826
- CORONA, Carlos. Técnicas de Investigación Documental. Ed. Siglo Nuevo. México, 1985. pp. 118
- CESAR Coll Salvador. Aprendizaje Escolar y Construcción del Conocimiento Ed. Paidós. México, 1992 pp. 189-205
- CASTRO, Rosalba y Verónica Nuncio. Subprograma Educativo-Preventivo. Programa de Estomatología de primer Nivel. Subdirección de Supervisión Operativa. Departamento de Estomatología. México, 1990. pp. 429.
- CHINOY Ely. La Sociedad. Una Introducción a la Sociología. 17ª Reimpresión. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1994. pp. 419
- MERCADO, Ernesto. Educación para la Salud. Ed. Limusa. México, 1990. pp. 917
- ORTIZ L. Enrique. Caries y su Tratamiento. Ed. Interamericana. México, 1986. Pp. 330
- OREM, Dorothea. Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en la Práctica. Ed. Ara. España, 1993. Pp. 442
- OLEA, Pedro. Técnicas de Investigación Documental. Ed. Esfínges. México, 1986 pp. 322
- ROBINSON Y ROBERTON. Pediatría práctica. Editorial. Editorial Manual Moderno. México, 1996 pp. 928.
- SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICINA PREVENTIVA. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1995. pp. 11.

BIBLIOGRAFIA (Cont.)

SMITH-GERMAIN. Medicina y Cirugía para Enfermeras. Editorial Interamericana. México, 1994. pp. 900

SERENA Aranda. Antropología Cultural. Ed. Macgraw Hill. México, 1983. pp. 322.

TORTORA. Principios Básicos de Anatomía y Fisiología 6ª. Ed. Harta. México, 1986. pp. 1052

TURNER. C.E. Higiene del Individuo y de la Comunidad 2ª. Ed. Prensa Médica. México, 1995. p.p.437.

MORRAY R. SPIEGEL Estadísticas. Edt. Mac Graw Hill 2ª. Ed. México, 1970 pp. 357.

WONNACOTT H. THOMAS. Introducción a la Estadística. Editorial. Limusa México, 1981 pp. 515

A N E X O S

Cuestionario

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
VALORACION BUCODENTAL**

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: 6 a 7.6 _____ 7.7 a 10.2 _____ 10.3 a 12 _____

Dirección: _____

Tipo de alimentación:

Desayuno: café _____ Leche _____ Pan _____
Cereal _____ Frijoles _____ Huevo _____
Otros _____

Comida: Sopa: Verdura _____ Pasta _____ Arroz _____
Guisado: Carne _____ Pollo _____ Pescado _____
Otros _____

Cena: Leche _____ Café _____ Atole _____
Pan _____ Guisado _____

Agua: Simple _____ Con Fruta _____ Saborizante _____ Refresco _____

¿Cuánto dinero te dan tus papás para gastar en la escuela?
\$ 1 a 3 _____ \$ 4 a 7 _____ \$ 8 a 10 _____

En la cooperativa de tu escuela venden:

a) Tortas _____ b) Frituras _____ c) Fruta rayada _____ d) Dulces _____
e) Chocolates _____ f) Chiclets _____ g) Gelatina _____
h) Refresco _____ i) Jugos _____ j) Otros _____

Señala en qué momento realizas el lavado de tus dientes

- () Al levantarte
- () Después de desayunar
- () Al llegar de la escuela
- () Después de comer algún dulce
- () Antes de acostarse

Menciona por qué no puedes lavarte los dientes como quisieras

- () Te da flojera
- () Por sueño
- () No encuentras el cepillo
- () Se acabó la pasta
- () No hay agua
- () Nadie te dice que tienes que hacerlo
- () Porque en tu casa nadie lo hace
- () No te han comprado cepillo

¿ Con qué frecuencia cambias tu cepillo dental?: _____

Cuando te duela la muela en tu casa:

- () Te regañan porque no te lavas los dientes
- () Te llevan al dentista
- () Te dan pastillas para el dolor
- () Te aplican: cebolla, clavo, ajo, algodón para el dolor

¿ Quién se entera si no te lavas los dientes?:

- () Nadie
- () Tus hermanos
- () Tus amigos
- () Tu mamá
- () Tu papá

¿ Cuáles son las golosinas que pueden dañar los dientes?:

Enfermedades Bucodentales:

- () Caries por picaduras
- () Gingivitis o sangrado de encías
- () Algodoncillo
- () Postemillas o abscesos

- () Dolor de muelas
- () Dientes sensibles al calor o frío
- () Fuegos, fogázos o herpes
- () Dientes encimados
- () Mal olor de boca o halitosis

operaciones bucales:

- () Obturación
- () Extracción
- () Curación

tratamientos bucales:

- () Aplicación de Flúor
- () Pastilla reveladora de placa dentobacteriana
- () Enjuagues bucofaringéos
- () Utilización de braquets o frenos

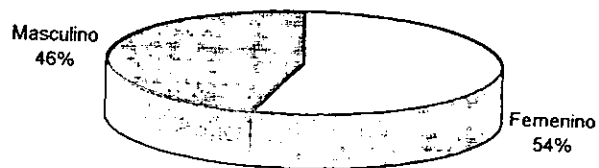
EXPLORACION BUCAL

- 1. LABIOS: Normal _____
 Anormal _____
- 2. MUCOSA LABIAL: Normal _____
 Anormal _____
- 3. PALADAR: Normal _____
 Anormal _____
- 3. PLIEGUES BUCALES: Normal _____
 Anormal _____
- 6. OROFARINGE: : Normal _____
 Anormal _____
- 7. LENGUA: Normal _____
 Anormal _____
- 8. DIENTES: Sano _____
 Grave I _____
 Grave II _____
 Tratamiento _____

Cuadro No. 1
Sexo de los escolares encuestados

SEXO	F	%
Femenino	25	54.3
Masculino	21	45.7
Total	46	100

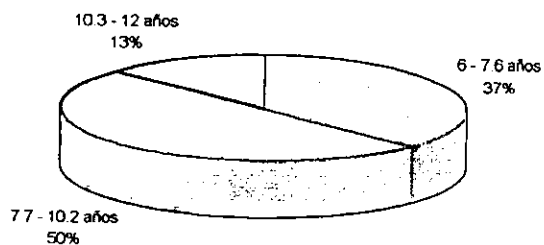
Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares
Lugar: Obra Social Auxilio
Fecha 19/02/99



Cuadro No. 2
Edad de los escolares encuestados

Edad	F	%
6 - 7.6 años	17	37%
7.7 - 10.2 años	23	50%
10.3 - 12 años	6	13%
Total	46	100%

Fuente: Misma del Cuadro No. 1



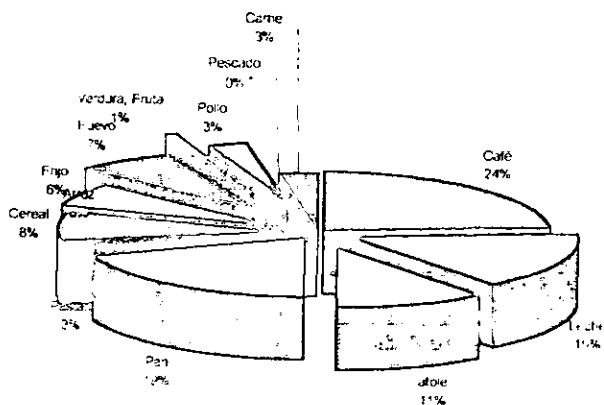
Cuadro No. 3
Alimentos más frecuentemente consumidos por los niños

Alimentos	PORCENTAJES DE DESAYUNOS			Desayuno %	Comida %	Cena %
	Desayunos	Comidas	Cena			
Café	25	0	7	26	0	34
Leche	16	0	22	17	0	12
atole	2	0	1	12	0	1
Pan	21	0	16	21	0	25
Pastas	3	18	1	3	27	2
Cereal	9		4	9	0	6
Arroz	0	12	1	0	17	1
Frijol	7	2	2	7	4	3
Huevo	8	3	3	8	4	4
Verdura, Fruta	1	7	1	1	10	1
Pollo	3	12	0	3	17	0
Pescado		3	0	0	4	0
Carne	3	11	7	3	17	11
Total	98	68	65	100	100	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares.

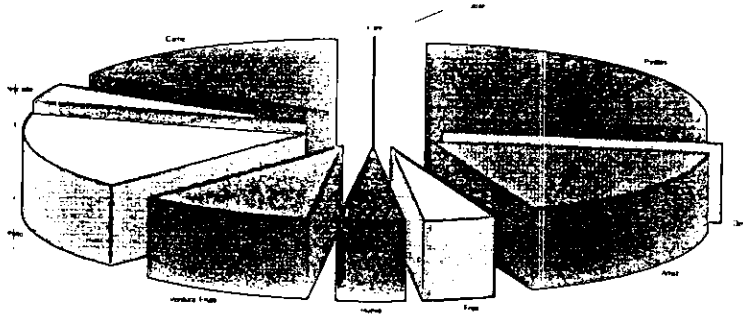
Lugar: Obra Social Auxiliar

Fecha: 19/02/03

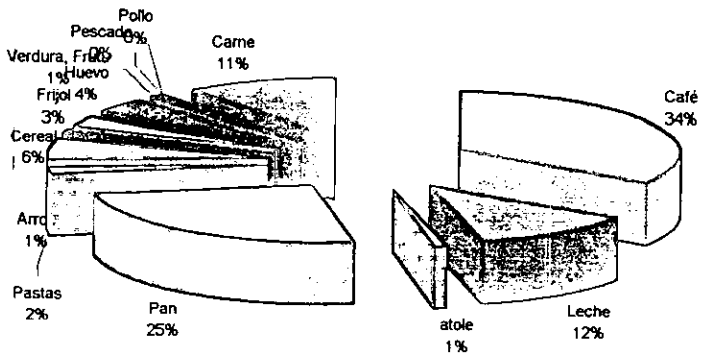


Porcentajes Comida.

Comida %



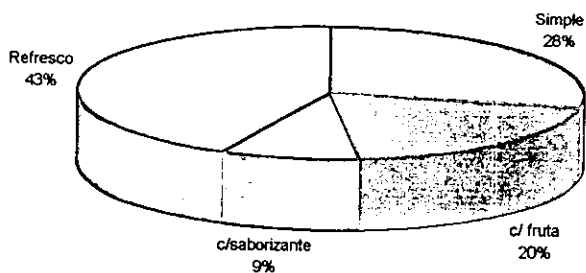
Porcentajes Cenas



Cuadro No. 4
Bebidas que consumen los escolares encuestados (cont.)

AGUAS	F	%
AGUA SIMPLE	13	28
CON FRUTA	9	20
CON SABORIZANTE	4	9
REFRESCO	20	43
TOTAL	46	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

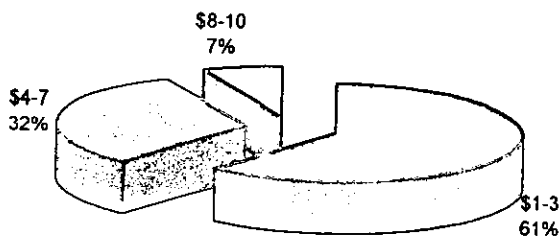


Cuadro No. 5
Dinero que gastan los escolares encuestados en la escuela

Cantidad	F.	%
\$1-3	27	61
\$4-7	14	32
\$8-10	3	7
Total	44	100

Gráfica No. 5

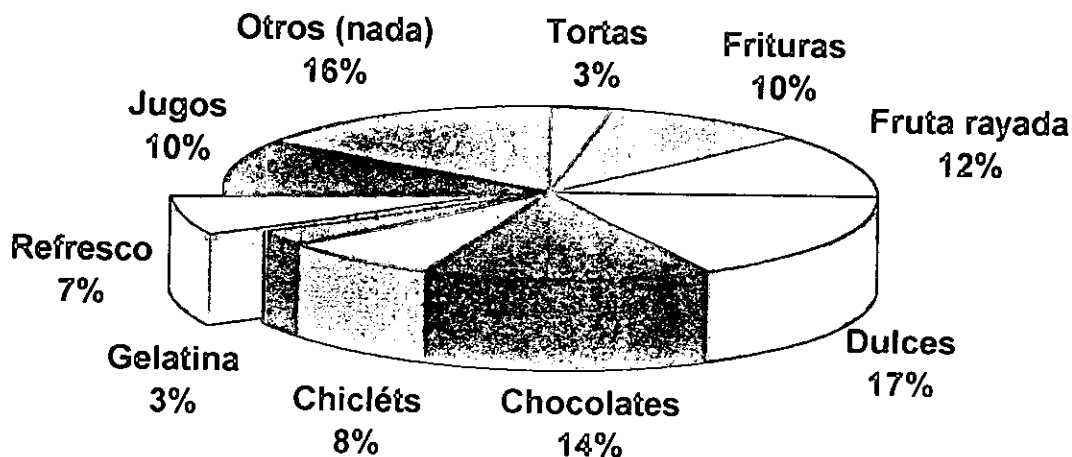
Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares.
Lugar: Obra Social Auxiliar
Fecha: 19/02/99



Cuadro No. 6
Alimentos que compran en la cooperativa de la escuela los
escolares encuestados.

Alimentos	F	%
Tortas		
Frituras	3	3
Fruta rayada	12	10
Dulces	14	12
Chocolates	21	17
Chicles	17	14
Gelatina	10	8
Refresco	3	3
Jugos	8	7
Otros (nada)	12	10
	19	16
Total	119	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Cuadro No. 7
Formas de Prevención de caries que emplean los escolares

Formas de Prevención	Sí	No	Total
Enjuajarse la boca después de comer algún dulce	14 (24.66)	32 (21.33)	46
Lavado de dientes antes de acostarse	29 (24.66)	17 (21.33)	46
Lavado de dientes después de desayunar y al llegar de la escuela	31 (24.66)	15 (21.33)	46
Total	74	64	138

Fuente: Misma del cuadro No.1

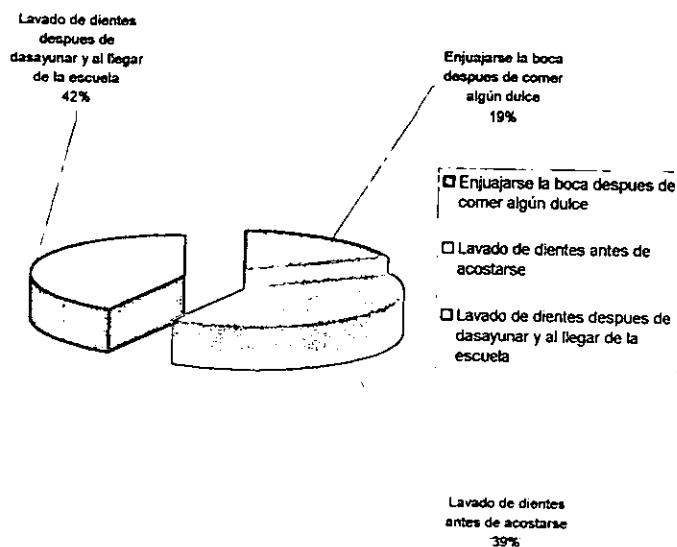
$$\chi^2 = \sum (O-e)^2 / e = 4.60 + 5.33 + 0.76 + 0.87 + 1.62 + 1.87$$

$$\chi^2 = 15.05$$

$$GL = (R-1)(C-1)$$

$$GL = (3-1)(2-1) = (2)(1) = 2$$

$$\chi^2_T = 5.99$$

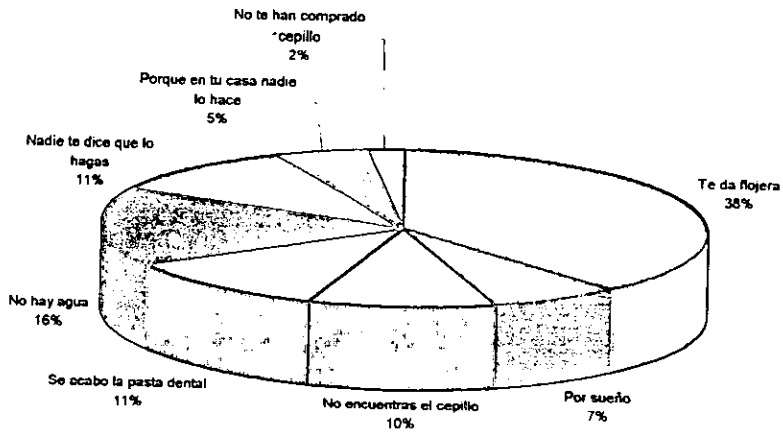


Cuadro No. 8

Causas porque no se lavan los dientes

Motivo	F	%
Te da flojera	33	38
Por sueño	6	7
No encuentras el cepillo	9	10
Se acabo la pasta dental	10	11
No hay agua	14	16
Nadie te dice que lo hagas	10	11
Porque en tu casa nadie lo hace	4	5
No te han comprado cepillo	2	2
Total	88	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares
Lugar: Obra Social Auxiliar
Fecha: 19/02/99

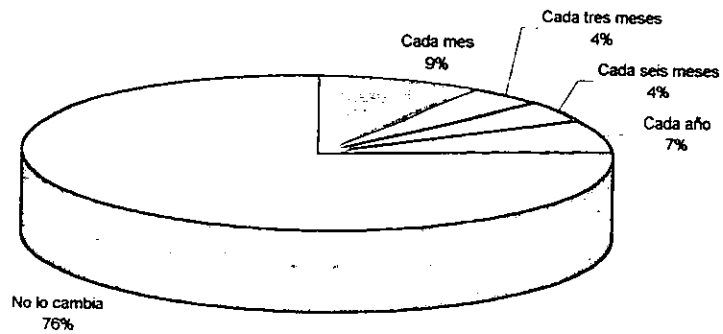


Cuadro No. 9

Frecuencia con que cambian el cepillado dental los escolar encuestas

Tiempo	F	%
Cada mes	4	9
Cada tres meses	2	4
Cada seis meses	2	4
Cada año	3	7
No lo cambia	35	76
Total	46	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares
Lugar: Obra Social Auxiliar
Fecha: 19/02/99

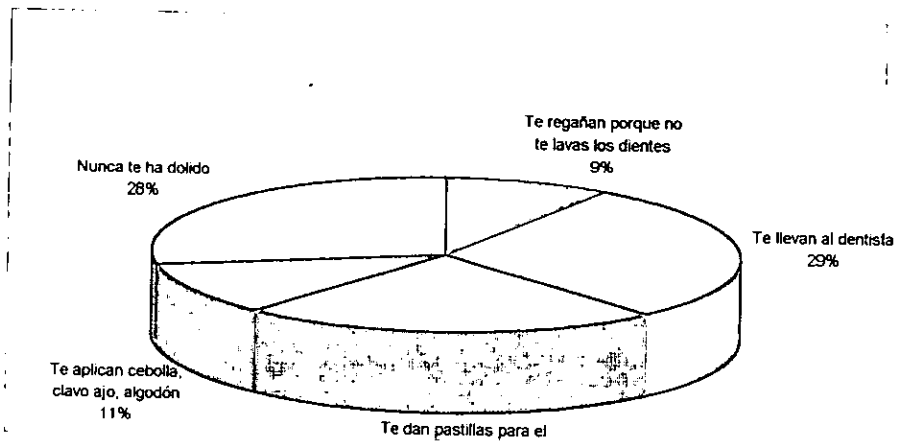


Cuadro No. 10

Acciones en la casa de los escolares encuestados en caso de dolor

En caso de dolor	F	%
Te regañan porque no te lavas los dientes	6	9
Te llevan al dentista	19	29
Te dan pastillas para el dolor	15	23
Te aplican cebolla, clavo ajo, algodón	7	11
Nunca te ha dolido	18	28
Total	65	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares
Lugar: Obra Social Auxilio
Fecha: 19/02/99

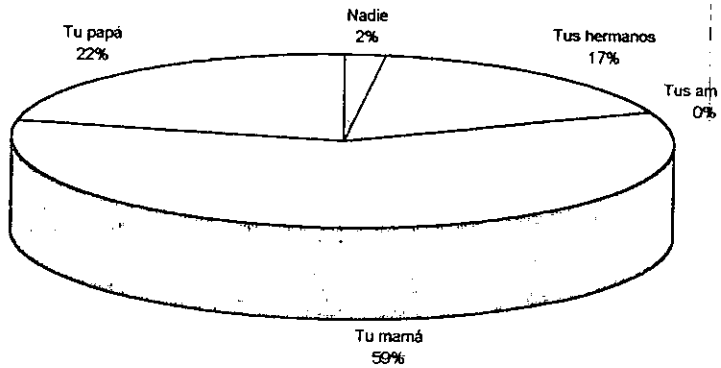


Cuadro No. 11

Si los escolares encuestados no se lavan los dientes

Se entera	F	%
Nadie	1	2
Tus hermanos	9	17
Tus amigos	0	0
Tu mamá	32	59
Tu papá	12	22
Total	54	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares
Lugar: Obra Social Auxilio
Fecha: 19/02/99



Cuadro No. 12

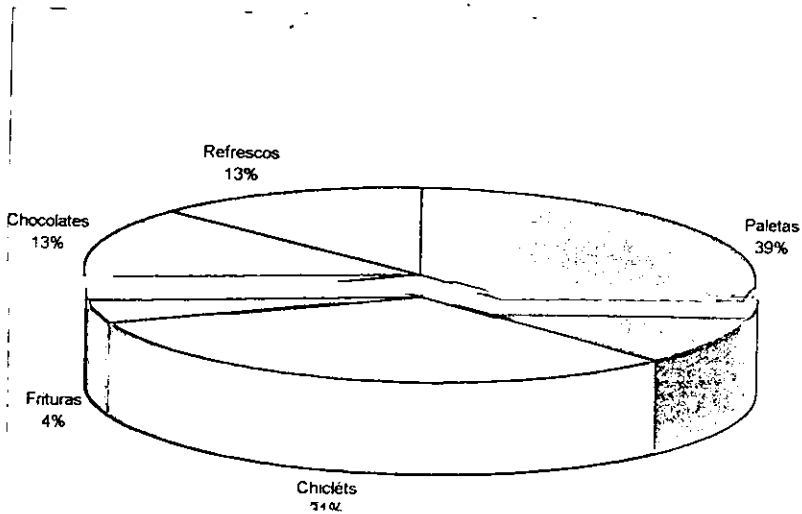
Alimentos o golosinas que conocen

Golosinas	F	%
Paletas	30	34
Chiclés	25	28
Frituras	4	4
Chocolates	11	12
Refrescos	11	12
No Saben	9	10
Total	90	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los escolares.

Lugar: Obra Social Auxilio

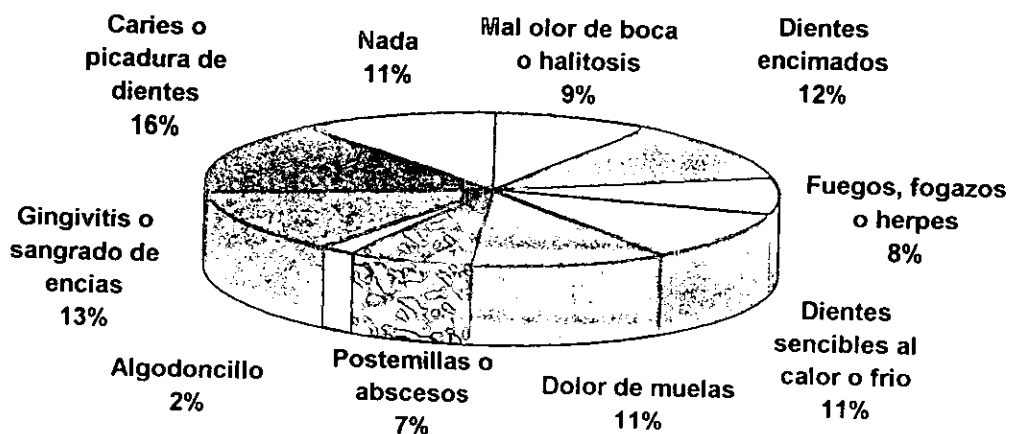
Fecha: 19/02/99



Cuadro No. 13
Enfermedades bucodentales que han padecido escolares
encuestados.

Enfermedades	F	%
Caries o picadura de dientes	17	16
Gingivitis o sangrado de encías	14	13
Algodoncillo	2	2
Postemillas o abscesos	7	7
Dolor de muelas	11	11
Dientes sensibles al calor o frío	11	11
Fuegos, fogazos o herpes	8	8
Dientes encimados	13	12
Mal olor de boca o halitosis	9	9
Nada	11	11
Total	103	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

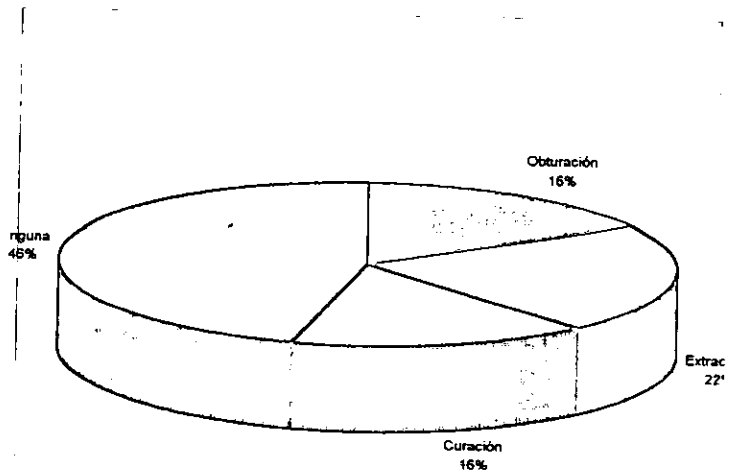


Cuadro No. 14

Operaciones bucales que han tenido los escolares encuestados

Operación bucal	F	%
Obturación	8	16
Extracción	11	22
Curación	8	16
Ninguna	23	46
Total	50	100

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

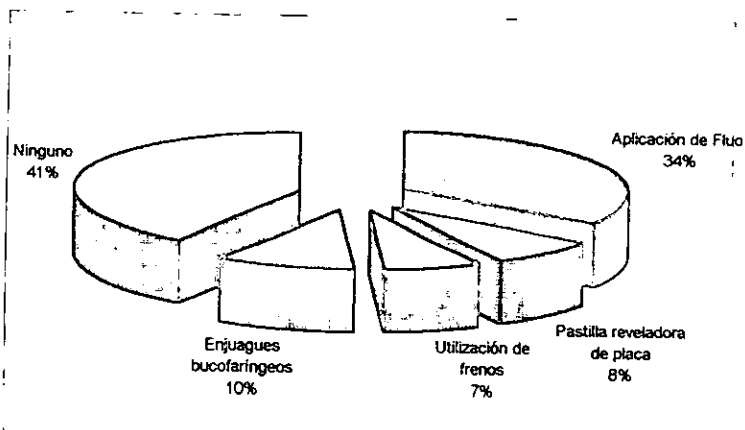


Cuadro No. 15

Tratamiento bucales que han tenido los escolares encuestados

Tratamiento	F	%
Aplicación de Fluor	20	34
Pastilla reveladora de placa	5	8
Utilización de frenos	4	7
Enjuagues bucofaríngeos	6	10
Ninguno	24	41
TOTAL	59	100

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

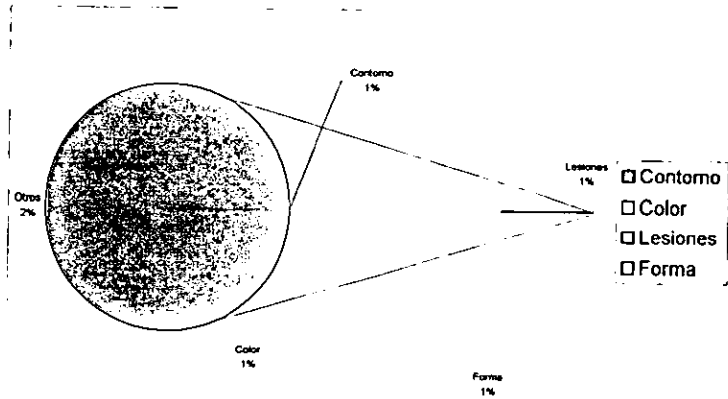


Cuadro No. 16

Exploración bucal en los escolares encuestados

Labios	F	%
Contorno	0	0
Color	0	0
Lesiones	0	0
Forma	0	0
TOTAL	0	0

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

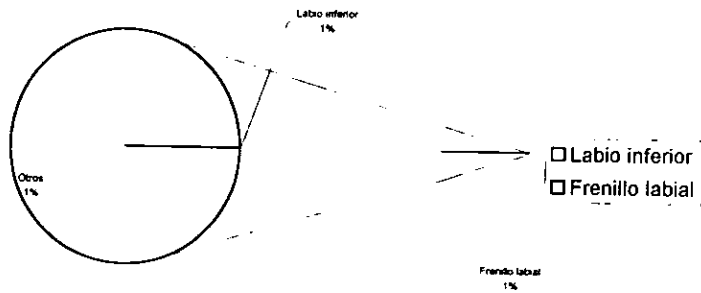


Cuadro No. 17

Exploración de la mucosa labial en los escolares encuestados

Mucosa Labial	F	%
Labio inferior	0	0
Frenillo labial	0	0
TOTAL	0	0

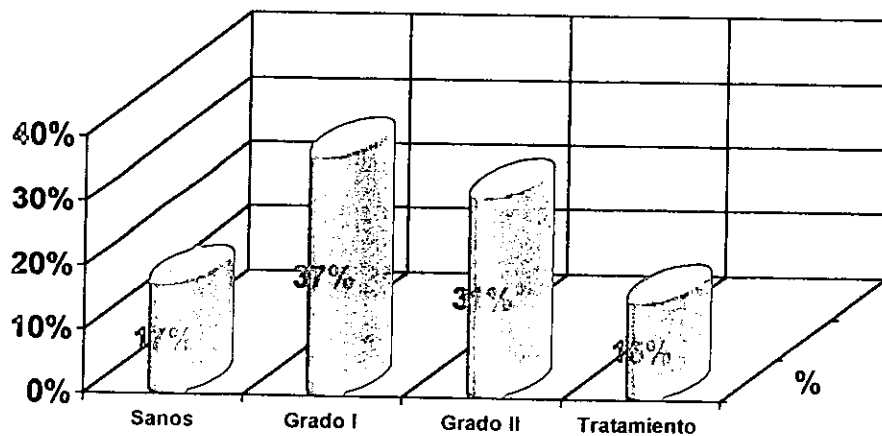
Fuente: Misma que el cuadro No. 1



Cuadro No. 18
Exploración dental de los escolares encuestados

DIENTES	FRECUENCIA	%
SANOS	8	17
GRADO I	17	37
GRADO II	14	31
TRATAMIENTO	7	15
TOTAL	46	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1



Cuadro No. 19

Exploración en la cavidad orofaríngea en los escolares encuestados

Cavidad orofaríngea Amigdalitis	F	%
Normal	38	83
Anormal	8	17
TOTAL	46	100

Fuente: Misma que el cuadro 1.

