



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE
IHOS ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR UN PROGRAMA
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN NIÑOS
DE 7 A 12 AÑOS DE UNA ESCUELA PRIMARIA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

VICEN JANNET RAMÍREZ NAVA

TUTORA: C.D MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Esp. ALBA ESTELA BASURTO CALVA

MÉXICO, D.F

2010



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 mis padres:

Por estar siempre a mi lado, por su amor y cariño,
Por animarme cuando sentía que ya no podía más,
Por esos desvelos que pasamos juntos.

Por apoyarme cuando más lo he necesitado, porque a pesar de los
momentos difíciles siempre hemos salido adelante.

Gracias por hacer de mí una persona responsable y fuerte ante
cualquier adversidad.

Gracias por darme la vida, y enseñarme lo bonita que puede ser
cuando todo se hace con amor y dedicación.

A mis hermanos:

Por su cariño, por apoyarme en todos los momentos
Por estar siempre presentes y compartir momentos agradables por sus
travesuras y sonrisas por que hacen que los momentos malos
cambien su entorno.

Gracias.

LOS AMO



A mi esposo

Por estar conmigo en los momentos buenos y malos

Porque a pesar de todo seguimos juntos

Compartiendo esta nueva etapa de nuestras vidas

Por aprender que hay cosas más bellas

Que no se pueden comprar ni con todo el dinero del mundo

Por apoyarme a terminar mi carrera y alentarme cuando lo he necesitado, gracias por compartir tu vida con la mía.

TE AMO

Gracias a mi mayor tesoro

A ti, mi "mossa" Karen Liz

Porque tú has sido lo mejor que me ha pasado

Porque cuando llegaste a mi vida la llenaste de alegría

Gracias por permitirme ocupar tu tiempo

Por entender a tu corta edad mis pequeñas ausencias

Este logro también te pertenece

Porque juntas pasamos desvelos, cansancios, y me demostraste lo fuerte que eres.

Gracias hijita mía, este es un logro más

De tantos que hemos tenido.

TE AMO.



A mis amigas que siempre han estado presentes apoyándome
Y que a pesar de los pequeños disgustos siguen ahí.

A mi asesora:

C.D. María Elena Nieto Cruz

Por compartir sus enseñanzas en el salón de clases y dedicar parte de
su tiempo en la asesoría de este trabajo.

A mi tutora:

Esp. Alba Estela Basurto Calva.

Por impulsarme a iniciar este trabajo y por compartir sus experiencias
y enseñanzas en el servicio social.

GRACIAS



A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Odontología

Por adoptarme como un miembro más
De esta máxima casa de estudios,
Y hacer de mí una persona llena de satisfacciones.
Y preparada para enfrentar la vida.

Gracias



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2 ANTECEDENTES	10
3. IHOS	11
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. JUSTIFICACIÓN	24
6. HIPÓTESIS	24
7. OBJETIVO GENERAL	25
7.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
8. MATERIAL Y MÉTODO	25
9. TIPO DE ESTUDIO	26
10. POBLACIÓN DE ESTUDIO	26
11. MUESTRA	26
12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
13. VARIABLES	28
14. RECURSOS	30
15. PLAN DE ANÁLISIS.	32
16.1 CONTENIDO TEMÁTICO	33
16.2 METAS	33
16.3 ESTRATEGIAS	34
17. RESULTADOS	36
18.CONCLUSIONES:	45
19. BIBLIOGRAFÍA	49
20. ANEXOS	55



INTRODUCCIÓN

La OMS en su trigésima sexta asamblea en 1983, definió a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten.⁸

La educación para la salud bucal cumple un papel muy importante, ya que permite comunicar y educar a los individuos para que tomen conciencia de su propia salud bucal, haciendo que comprendan la necesidad de realizar programas de salud bucal, participando de forma activa, apoyándose en las medidas preventivas, y lo más importante, es que adopten comportamientos saludables en higiene bucal.

La educación para la salud, puede actuar tanto en individuos sanos como enfermos. Ésta podrá ser desarrollada en los diferentes campos de acción, como son: la familia, comunidades y escuelas. Hay que destacar también la importancia en etapas de la vida como la infancia, adolescencia, embarazo, adultos y adultos mayores, en la cual actúa la educación para la salud bucal.

El papel de los padres, influye de manera muy importante sobre los hábitos de sus hijos y en la formación de éstos, por lo tanto, los programas de educación para la salud bucal consiguen mejores resultados cuando involucran a la familia.



La escuela, es un marco ideal para desarrollar actividades de aprendizaje; y el Cirujano Dentista puede orientar a los escolares en los hábitos de salud oral. En éste ámbito el maestro o profesor son los interlocutores adecuados.

La salud bucal del individuo y de la población, es resultado de varios factores, conocido como el proceso salud-enfermedad, por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en la identificación de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permita en el mediano, corto y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales.

La caries dental es un problema odontológico importante, al que se debe prestar atención en la práctica clínica cotidiana, no sólo en cuanto a los procedimientos de restauración sino principalmente en los aspectos preventivos, los cuales pueden disminuir su incidencia. Aunque la incidencia de caries dental ha disminuido en niños de edad escolar, se ha comprobado ampliamente que los preescolares y escolares aún padecen esta enfermedad dental.⁸

Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, y de esta manera lograr una disminución significativa de las secuelas.



En el presente trabajo se realizó un estudio comparativo de la prevalencia de IHOS antes y después de aplicar un programa de educación para la salud bucal en niños de 7 a 12 años de primaria, éste con el fin de obtener resultados acerca de la higiene bucal de cada niño, así como la explicación a los padres familia de la importancia que tiene la higiene bucal para una mejor calidad de vida de sus hijos.

El presente estudio se basó principalmente en tres campos, los cuales comprenden la Infancia, familia y escuela. Por lo tanto, los hábitos de salud que se inicien durante la infancia van a beneficiar al individuo durante toda la vida.¹



2. ANTECEDENTES

Uno de los índices epidemiológicos que con mayor frecuencia se utilizan en cariólogía para conocer las condiciones de salud dental de un determinado grupo social es la prevalencia, ² ésta es una medida de frecuencia importante en los estudios de morbilidad, para medir la cantidad de enfermedad existente en un determinado momento o durante cierto periodo, en un lugar establecido y en un grupo social determinado.¹

La caries dental es una infección bacteriana frecuente, dependiente de la placa; depende de la interacción de tres factores locales en la boca: un diente susceptible, bacterias cariogénicas y los carbohidratos fermentables así como el tiempo.

Debido a lo anteriormente señalado, se considera a la caries dental un problema de salud pública y por lo tanto importante para la promoción de la salud, lo cual representa el autocuidado, es decir las decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud, ya que los hábitos dietéticos están íntimamente relacionados con las costumbres, las creencias, las conductas individuales y colectivas.

El diagnóstico de caries comprende los casos manifiestos de pérdida de continuidad en superficies lisas, penetración y destrucción de fisuras, grado de decoloración visible, aunque no se manifieste pérdida tangible de sustancia.



3. IHOS

En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Este índice mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término *desechos*, dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos motivó a creer que entre más sucia se encontraba la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.³

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor, y no se usan agentes reveladores.

Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo.

Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar



inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios: gingival, medio e incisal.

Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en el cuadro siguiente.³

Criterio para calificar los componentes sobre los desechos bucales (DI-S) y el cálculo (CI-S) en el índice de higiene oral simplificado (OHI-S)

Índice de desechos bucales (DI-S)³

0.	No hay presencia de residuos o manchas.
1.	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta
2.	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta
3.	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta



Índice del cálculo (CI-S)³

0.	No hay sarro presente
1.	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.
2.	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos
3.	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.



A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

Adecuado	0.0 - 0.6
Aceptable	0.7 - 1.8
Deficiente	1.9 - 3.0

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

Adecuado	0.0 - 1.2
Aceptable	1.3 - 3.0
Deficiente	3.1 - 6.0

La eficacia principal del OHI-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental (ensayos longitudinales). También puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo y puede, en grado más limitado, servir en estudios clínicos

El índice es de fácil uso dado que los criterios son objetivos, el examen puede realizarse sin demora y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación³



Las familias numerosas, especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son las que más sufren, por ser menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejos y sacar provecho de ellos, recibir tratamientos, y continuar los mismos hasta la recuperación y mantenimiento de su salud.¹⁶

Es prioritario impulsar programas educativos de salud que incentiven al desarrollo de patrones de conductas saludables en los grupos estratégicos, donde se incluye el entorno escolar y metodologías de enseñanza-aprendizaje en la educación temprana, considerando que hay pocos programas de salud bucal en escolares y que éstos son la base para obtener una buena salud bucal.

Es sabido que las actitudes se adquieren durante la vida, no nacemos con ella, es por eso que es de gran relevancia e importancia el trabajo con los niños y niñas pues si somos capaces de formar en ellos actitudes positivas en edades tempranas no tendremos que trabajar en su modificación lo cual es un proceso más difícil y complejo.³⁹

Enseñar no es una actividad del patrimonio exclusivo de los educadores profesionales, por el contrario son muchas las profesiones que incluyen un considerable componente educativo en su labor con la comunidad, los profesionales de la salud es uno de los claros ejemplos que se debe asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones.³²



La salud positiva, el añadir salud a la vida depende en gran parte de las acciones de promoción de la salud, dirigidas a modificar los estilos de vida insanos y a promocionar estilos de vida positivos³¹

A escala mundial, las tasas de prevalencia y los patrones de presentación de las enfermedades orales han cambiado considerablemente; presentándose en la mayoría de los países desarrollados una reducción significativa tanto en la prevalencia como en la experiencia de caries dental en niños y adolescentes durante las dos últimas décadas.

Estos cambios han sido atribuidos principalmente a mejoras en las condiciones y estilos de vida, al uso efectivo de los servicios de salud oral, a la implementación de intervenciones basadas en comunidad o en centros educativos, a la adopción de prácticas regulares de autocuidado y al uso de dentífricos fluorurados.¹⁰

Si bien la iniciativa de escuelas promotoras de salud ha demostrado ser efectiva^{40, 41}, pocos estudios han planteado modelos alternativos dirigidos a resolver las necesidades de salud oral de la población infantil. La búsqueda y comparación de diferentes modelos de atención a grupos es una parte esencial de la salud pública.⁴²



Debido a que es en la comunidad donde los problemas de salud ocurren, debe ser también en la comunidad donde tales problemas encuentren solución.⁴⁶ Como parte de las experiencias de enseñanza-aprendizaje en la salud pública dental, los promotores de la salud señalan que en una intervención comunitaria se benefician del contacto cercano y mayor participación de los padres de familia, así como el reconocimiento de las condiciones de vida y del entorno físico de las familias.

La atención de los niños en sus respectivos hogares facilita la interacción con los integrantes de familia^{47,48}, así como un mayor grado de confianza de los niños hacia los promotores.

Recientes revisiones concluyen que la promoción de salud bucal produce ganancia de conocimientos a corto plazo: mejora en los hábitos de higiene, disminución de los niveles de placa y recuperación de la salud gingival, en niños y adolescentes.^{40, 41, 44,45}

Sin embargo, la mejora o control del nivel de caries dental sólo ocurriría cuando a las actividades promocionales se les adiciona la exposición a fluoruros^{40, 41}.

La OMS ha introducido recientemente un paquete de cuidado básico en salud oral para uso en países en vías de desarrollo, en los cuales existen altos niveles de daño acumulado por caries dental. Dicho paquete integra actividades de educación en salud bucal con actividades de tipo preventivo, recuperativo y manejo de emergencias.³³



Así, entre lo más destacado de la política de salud bucal en México, en la década de los 80 podemos mencionar: 1) en 1981, la publicación del Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal, en el Diario Oficial de la Federación en México; 2) en 1984, la definición de la fluoruración de la sal en el Programa Nacional de Salud; 3) en 1985, la promoción legal y económica para la fluoruración de la sal, por instancia del Instituto de Salud en el Estado de México; 4) en 1987, la creación del Comité Interinstitucional para la Fluoruración y elaboración del Programa Nacional en México; 5) la segunda publicación y reformas al reglamento para la sal yodada y fluorurada; 6) la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988; y 7) la puesta en marcha de modelos de salud en escolares y del sub-programa de salud bucal .³⁷

Entre los doce programas prioritarios del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud entre 1989-1994, existían dos relacionados con la salud bucal.

Estos eran el programa de salud escolar y el programa de fluoruración de la sal. En esta época se puso en marcha el Programa Nacional Educativo Preventivo contra Caries y Periodontopatías en Preescolares y Escolares para mejorar la salud bucal de la población escolar.³⁷

Asimismo, en la década de los 90 se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales.



En 1990 la Dirección General de Fomento a la Salud en México, puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, buscando involucrar de manera integral los aspectos educativo, preventivo, curativo y de participación social, para mejorar la salud bucal de la población escolar. Igualmente, con este modelo se pretendió fomentar en la comunidad escolar la adquisición de conocimientos y el desarrollo de conceptos, conductas, actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud bucal.³⁷

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 incluyó la promoción y cuidado de la salud del escolar, dentro de los programas para lograr el acceso universal a los servicios con equidad y calidad, a través de la participación de todas las instituciones de salud públicas y privadas y del trabajo compartido con otros sectores, para alcanzar más y mejores resultados.

Un aspecto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades bucales ha sido la instauración de políticas en salud bucal. México, como país miembro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propone cumplir las metas establecidas por estos organismos.

Actualmente las acciones preventivas y educativas dirigidas a la niñez escolar mexicana se basan en la norma —NOM-009-SSA2-1993 para el fomento de la salud del escolar”, en la cual se puede observar un componente sobre salud bucal³⁶.



Con relación a la política de salud bucal dentro de las políticas nacionales de salud, es hasta 1988 que apareció por primera vez el componente de salud bucal en el informe de labores de la Secretaría de Salud como una parte de la recientemente creada Dirección de Fomento a la Salud ³⁷.

Esta norma menciona que la edad escolar es una de las más importantes en la evolución del hombre. En ella se alcanza la maduración de muchas funciones y se inicia el proceso que le permite integrarse a la sociedad; por lo mismo, proteger la salud del escolar es fundamental.

La Norma trata de contribuir a dar respuesta a la problemática de salud del escolar, dentro de la orientación de la atención primaria a la salud y del derecho constitucional de la protección a la salud, así como del compromiso de México de atender prioritariamente a la niñez.

Por todo lo anterior, el contenido de esta Norma enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar, para evitar daños y secuelas y favorecer el desarrollo integral de este importante núcleo de población.

Siguiendo con esta responsabilidad en 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos para cada año. En estas actividades se unen los esfuerzos de instituciones del Sector Salud, además de asociaciones gremiales y la Secretaría de Educación Pública.



El objetivo fue intensificar todas las actividades preventivas dentro de un método unificado y normado, enfocándose a la caries dental, la gingivitis, las maloclusiones, el cáncer bucal y los padecimientos dentofaciales que restan calidad de vida a los individuos.

Esta estrategia se realiza periódicamente en los 32 estados, dentro de las unidades clínicas y en escuelas de educación primaria.

Las características del programa incluyen respetar las políticas internas de cada organismo participante; que cada estado e institución organice, según sus necesidades, un curso de capacitación previo para todo el personal participante en la realización de las acciones específicas de la "Semana Nacional de Salud Bucal"; que la unificación de criterios sea únicamente para lograr las metas planteadas; que cada organismo decida sobre el personal y recursos que pueda destinar para el proyecto operativo; y que las metas sean calculadas de acuerdo a los insumos y recursos de los participantes.³⁷

Fue en abril de 1998 cuando el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud ³⁷.

La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encuentran todavía con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades hay rezago que afectan principalmente a los pobres.

Entre ellas destacan la caries dental y la enfermedad periodontal, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente.



En el caso de la salud bucal, el reporte de la Organización Mundial de la Salud, en su edición 2003, menciona que la caries y la enfermedad periodontal son consideradas como problemas de salud importantes por su alta prevalencia e incidencia, el impacto que tiene en la comunidad son: dolor, reducción de la función masticatoria y alto costo de los tratamientos dentales.²⁰

Algunos autores ^{49,50,51,52,} ,en sus estudios de intervención al inicio, encontraron elevado porcentaje de niños y niñas con higiene bucal deficiente y después de la misma ,mediante la utilización de diversas técnicas educativas participativas obtuvieron resultados muy satisfactorios ya que se incrementaron los niños , y niñas con higiene bucal adecuada.

Para su disminución y atención se han diseñado las siguientes actividades dentro del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006³⁷, desde donde se dictan las principales políticas de salud en México y en correspondencia con la política social del Plan Nacional de Desarrollo ³⁷ promoción de la salud bucal de la población; fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional; intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal; promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal; ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo Atraumático; fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa.



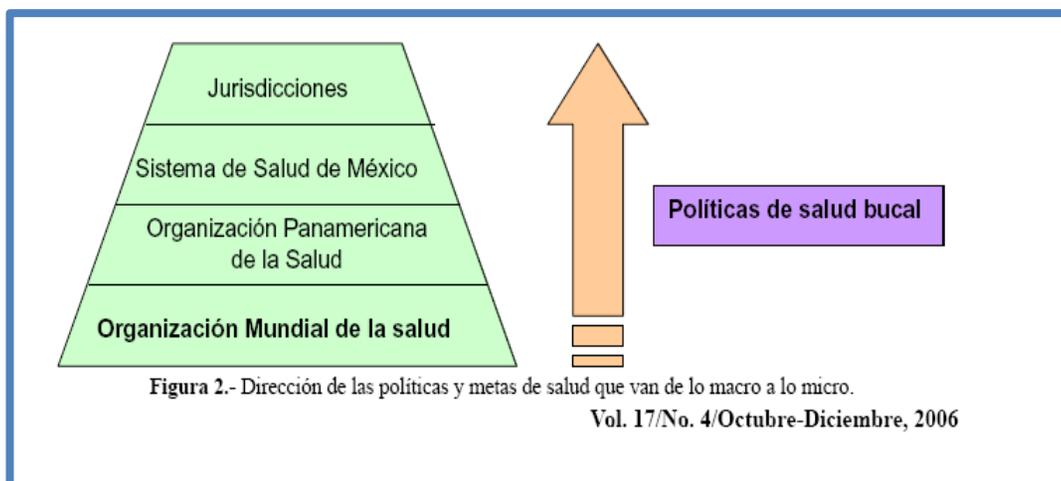
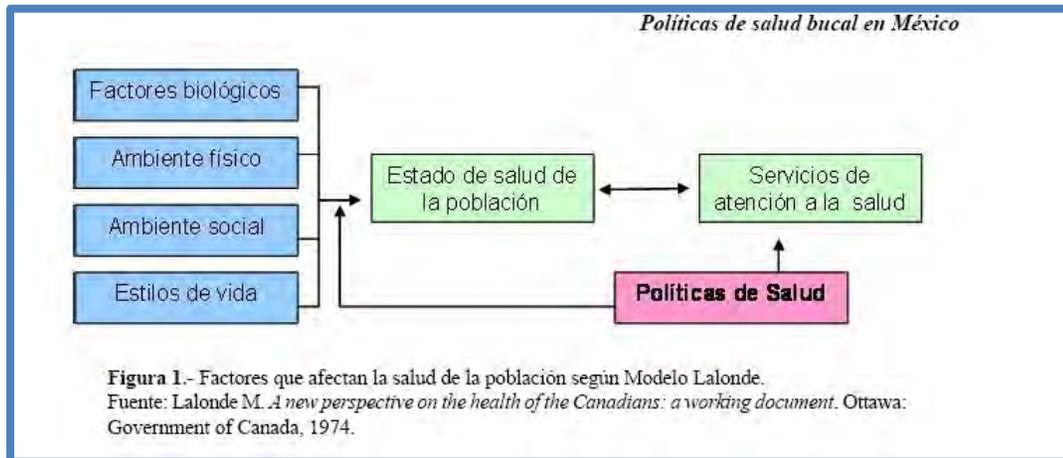
Con estas actividades se espera ampliar la cobertura a la población y alcanzar las metas de alto impacto, que son disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento, y obtener a los 12 años de edad un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres. Dentro de la Política Nacional de Salud se generó el Programa de Acción Salud Bucal, que en su objetivo general pretende mejorar la salud bucal de la población mexicana, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia.

La misión de este programa de acción es la de disminuir las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia a través de establecer, fortalecer y vigilar políticas, estrategias y programas, así como evaluar las condiciones de la salud bucal para mejorar y ampliar equitativamente la atención a la población con ética, calidad y eficiencia ³⁷

La mejora de la salud bucal en la población se pretende conseguir a través de varios componentes: el componente de salud bucal del preescolar y escolar, de fluoruración de la sal de mesa, el aspecto curativo-asistencial y la normatividad. Estos elementos presentan a su vez objetivos generales y específicos, estrategias, metas, acciones estratégicas y acciones a mediano plazo, para cumplir con lo marcado en la política nacional de salud bucal. Es de suponerse que, dada esta estructuración, será factible evaluar el cumplimiento de metas, objetivos y programas, lo cual no ha sido cabalmente realizado con otros programas en el pasado.

En el año 2006 se presenta una breve descripción de lo que ha sido hasta ahora la historia de las políticas de salud bucal en México. En primer lugar se abordan los inicios de la profesión dental y la forma en la que se desarrolló; su comienzo como una profesión dirigida al individuo y su posterior inmersión en el campo de la Salud Pública³⁷

Es generalmente aceptado que un número amplio de factores determinan la salud de la población. Un modelo propuesto por Lalonde⁵³ (figura 1) muestra que existen cinco grupos





En el año 2008 en el Instituto Nacional de Pediatría en México, realizó un estudio de Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Se estudiaron 71 escolares de entre seis y siete años, 34 niñas y 37 niños.

El cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niños y niñas. La población de estudio tuvo una excelente disposición y cooperación hacia el cepillado dental.

Las visitas al odontólogo no fueron una práctica común, no hubo diferencias estadísticamente significativas entra ambas poblaciones. Se observó que los niños presentaron menor frecuencia de caries que las niñas.⁴ La mayor difusión del uso de hilo dental y de enjuague bucal, en la población infantil previene la caries dental.

Fiorrillo, en Argentina en 1991, realizó una investigación sobre educación para la salud bucal, estableció un programa educativo en el plan de estudios de los alumnos de una escuela primaria, mediante el cual pudo constatar la alegría de los estudiantes cuando eran protagonistas de sus propias propuestas de trabajo, así como también que a los tres años de aplicación de su programa, había mejorado sensiblemente la higiene bucal de los niños.⁵⁵



Para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar —20 de Julio” de Santiago de Cuba, se realizó un estudio de intervención grupal educativa durante el primer semestre de 1998, para lo cual se aplicó un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos bucales nocivos, el cual sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción.

Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa —Salud bucal”, con técnicas educativas y afectivo participativas, complementado con el juego —Salud bucal” como retroalimentación. La evaluación efectuada 3 meses después, reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto.⁵⁴ El modelo de intervención educativa resultó ser eficaz, al modificarse favorablemente los conocimientos sobre salud bucal en los escolares de tercer grado.⁵⁴

Se realizó una evaluación de las condiciones de salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la comunidad pesquera del corregimiento de Bocachica-Cartagena de Indias 2001 (Bogotá). Por otro lado a través de este estudio descriptivo se determinaron las condiciones de salud oral mediante un examen clínico, y con una encuesta se estableció el grado de conocimientos y prácticas sobre temas de salud oral evaluando de esta manera la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en sus habitantes.⁵⁶



Bernabé Ortiz, Sánchez-Borjas y Delgado-Angulo, realizaron un estudio en el 2006, en Perú, acerca de la efectividad de una intervención comunitaria en salud oral con resultados después de 18 meses. Este estudio estuvo dirigido a niños de entre 6 y 14 años de edad.

La efectividad fue evaluada midiendo la variación en la prevalencia y experiencia de caries dental, así como en el nivel de obturaciones, higiene oral y prevalencia de los molares permanentes sellados y obturados al inicio y a los 18 meses de la intervención.

No se encontró variación significativa en la prevalencia y experiencia de caries dental entre ambas evaluaciones. Sin embargo, se encontró una mejora significativa en la prevalencia de dientes y superficies cariadas que fueron obturados ($p < 0,001$ y $p = 0,015$ respectivamente), en el nivel de higiene oral ($p < 0,001$) y en la proporción de molares permanentes sellados y obturados ($p < 0,001$) en ambos casos.¹⁰



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se debe reconocer que la promoción de la salud, es una estrategia de la OMS en la construcción de ambientes saludables, y ello implica la adopción y desarrollo de nuevos programas y metodologías educativas, incluyendo dentro de su organización el entorno escolar y metodologías de enseñanza aprendizaje.

Las prácticas de higiene bucal son asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud es conocer las actitudes, pues mediante ellas se lograrán las modificaciones en los estilos de vida, para lo cual es fundamental la motivación la cual debe desarrollarse en los individuos.³²

Por lo anteriormente expuesto, surgen las siguientes preguntas de investigación.

¿Hay diferencia significativa IHOS antes y después de aplicar un programa de educación para la salud bucal?

¿Se realiza una correcta técnica de cepillado después de aplicar el programa de educación para la salud bucal?



5. JUSTIFICACIÓN

Debido a que los escolares no tienen una técnica de cepillado adecuada, es necesario realizar un programa de higiene bucal en niños de diferentes grupos de edad, ya que éstos se caracterizan por ser los más vulnerables al no tener una buena higiene dental y por lo tanto desarrollar caries.

Así también es importante dar a conocer a los padres de familia la importancia del cepillado dental y de la higiene bucal, para que ellos apoyen a sus hijos a realizarla. Con esto se espera que tanto los padres como sus hijos desarrollen los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada.

6. HIPÓTESIS

Ho. Los escolares de 3° y 4° año de primaria modifican el índice de higiene oral simplificado (IHOS), relacionado con la aplicación de un programa de salud bucodental.

Hi. Los escolares de 3° y 4° año de primaria no modifican el índice de higiene oral simplificado (IHOS), relacionado con la aplicación de un programa de salud bucodental



7. OBJETIVO GENERAL

El presente estudio tiene como propósito comparar la prevalencia de IHOS, antes y después de aplicar un programa de educación para la salud bucal en niños de 3º y 4º año de primaria.

7.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Identificar los hábitos de higiene oral de los niños de 3º y 4º año de primaria.
- ◆ Identificar la higiene bucal por sexo y edad

8. MATERIAL Y MÉTODO

Se establecerá comunicación con el director y las profesoras de la escuela, en particular de alumnos de 7 a 12 años, correspondientes a 3º y 4º año, para solicitar la autorización y apoyo para la realización de este estudio.

Una vez obtenida la autorización, se le pedirá a cada profesor(a) una relación de los alumnos de cada grado y grupo.

A cada padre de familia se le enviará una carta de consentimiento informado, para solicitar la autorización en la que su hijo(a) participe en el estudio por medio de un cuestionario y exploración bucal.

Una vez obtenido el consentimiento de los padres, se realizará una lista de los alumnos a los que se les dio autorización de participar en dicho estudio.



A cada padre de familia que accedió a que su hijo fuera participe de dicho estudio, se le enviará un cuestionario. Éste con el fin de llevar un registro de los hábitos de higiene bucal y de alimentación de cada alumno, para así poder comparar antes de iniciar el programa.

Las mediciones se realizarán aplicando los métodos básicos del IHOS Índice de Higiene Oral Simplificado.

Al terminar la investigación, se les informará a los padres o tutores el estado de salud dental de sus hijos, por medio de un escrito, con la finalidad de que sean atendidos.

9. TIPO DE ESTUDIO

Transversal

10. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se integra de 200 alumnos de 7 a 12 años de edad, de 3º y 4º año de primaria, matriculados, que asisten a la escuela primaria Emiliano Zapata.

11. MUESTRA

200 alumnos de la escuela primaria de 3º y 4º año.



La muestra estuvo constituida por todos aquellos escolares que se les autorizó participar en el estudio, que se presenten el día de la exploración bucal y que cumplan con los criterios de inclusión.

12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

A) criterios de inclusión:

- ◆ Escolares de 7 a 12 años que acepten participar.
- ◆ Escolares de sexo femenino y masculino.
- ◆ Escolares con autorización de los padres o tutores para realizar la investigación.

B) criterios de exclusión:

- ◆ Escolares menores de 7 años y mayores de 12 años de edad.
- ◆ Escolares que no tengan autorización de los padres para participar en este estudio.



13. VARIABLES

Variable dependiente	Variables independientes
<ul style="list-style-type: none">◆ Higiene bucal	<ul style="list-style-type: none">◆ Edad◆ Sexo◆ Cepillado dental◆ Ingesta de alimentos que no son nutritivos, conocidos como chatarra



13.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Índice IHOS: mide higiene oral.

Sexo: individuo con características fenotípicas al sexo masculino o femenino.

Edad: tiempo en que un ser ha vivido, número de años cumplidos.

Grado de escolaridad: nivel escolar que este cursando es ese momento.

Higiene bucal: frecuencia con la que se cepilla los dientes al día.

Ingesta de alimentos no nutritivos: número de momentos de consumo de alimentos no nutritivos (chatarra).

A la pasante se le calibró en el manejo del índice de IHOS.

Los índices empleados en estudios epidemiológicos son útiles para valorar el éxito de la planeación en salud pública y en los programas de la misma, así como indicar la necesidad de realizar cambios.

En la primera etapa del programa se entregó un consentimiento para los padres de cada alumno.

A cada alumno con consentimiento del padre o tutor se le aplicó un cuestionario para identificar sus hábitos alimenticios y de higiene bucal.

En la segunda etapa se realizó el levantamiento epidemiológico de cada grado, éste se llevó a cabo en un salón de usos múltiples, en el que se colocó una mesa y dos sillas para el entrevistado y entrevistador.



Se fue llamando niño por niño para que se realice la exploración bucal, ésta se iniciará en el cuadrante superior derecho, continuará con el superior izquierdo, inferior izquierdo y se terminará con el inferior derecho; los datos obtenidos se registrarán en un odontograma.

En la exploración bucal se utilizó espejo plano del No. 5, sonda OMS PCP11.5 B y luz natural.

14. RECURSOS

- **recursos humanos:**

Directora de tesis.

Asesora de tesis.

Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.

- **Infraestructura:**

Escuela primaria.

- **Material y equipo a emplear:**



<ul style="list-style-type: none">• 1 mesa• 2 sillas• 200 consentimientos• 200 cuestionarios con odontograma• 2 lápices• 2 bolígrafos• 200 abatelenguas• 3 CD para computadora.• 2 recipientes para material desechable (bolsas rojas)	<ul style="list-style-type: none">• Cubrebocas, los necesarios.• 40 espejos bucales del No. 5• Sondas PCP 11.5B• Glutraldehido, el necesario• 1 jabón de manos.• Guantes, los necesarios.• 1 computadora• 1 impresora.• 4 cartuchos de tinta para impresora.• 1 memoria USB
--	--

- **Recursos financieros:**

A cargo de la pasante de la carrera de Cirujano Dentista.



15. PLAN DE ANÁLISIS.

La recolección de la información será por medio de encuesta en forma indirecta con base a un interrogatorio y un examen bucal. La base estadística descriptiva de los datos se realizó a través de la medida aritmética y porcentaje para las variables IHOS y edad.

Para las variables cualitativas, se calculará la proporción de la población con cada característica: sexo, grado de escolaridad, frecuencia de cepillado, ingesta de alimentos no nutritivos.

Establecer si existe diferencia estadísticamente significativa en la higiene bucal, antes y después de aplicar el programa.



16. Estudio comparativo de la prevalencia de IHOS, antes y después de aplicar un Programa de Educación para la Salud Bucal en niños de 7 a 12 años de una escuela primaria.

16.1 CONTENIDO TEMÁTICO

- ◆ Higiene bucal
- ◆ Técnica de cepillado
- ◆ Nutrición
- ◆ Enfermedades más frecuentes en el niño en edad escolar (8-12 años)
- ◆ Gingivitis
- ◆ Placa dentobacteriana
- ◆ Sarro
- ◆ Orientación sobre el cuidado y preservación de la salud bucodental.

16.2 METAS

Elevar el nivel de conocimientos de los alumnos acerca de las enfermedades bucodentales más frecuentes, su tratamiento y sobre todo su prevención.

Lograr en los niños y padres de familia un cambio de hábitos y costumbres y que éstos puedan ser transmitidos a sus familiares.

Motivar la práctica de higiene oral en los escolares, para así prevenir desde esta etapa la presencia de enfermedades bucodentales.



16.3 ESTRATEGIAS

- ◆ Enseñar a los escolares procedimientos preventivos, como la técnica de cepillado y el uso de hilo dental apoyado en tipodontos de acrílico.
- ◆ Mostrar a los niños como deberán realizar el aseo bucal empleando para ello tipodontos de acrílico y cepillos dentales, y la supervisión de cada alumno al emplear en su propia boca dicha técnica.
- ◆ Mostrar a los padres de familia imágenes de placa dentobacteriana y las enfermedades bucodentales.
- ◆ Enseñar a los padres de familia que tipo de alimentación deben ingerir sus hijos y mencionar la importancia de supervisar la higiene dental de sus hijos.

Se implementó un programa de Educación para la Salud Bucal en la Escuela Primaria Emiliano Zapata, realizando las siguientes actividades:

1. Se aplicó un cuestionario a los alumnos con la finalidad de identificar que hábitos y costumbre tienen respecto al cuidado de su salud oral.
2. Se realizará la primera revisión de IHOS, posteriormente se les enseñó la técnica de cepillado adecuada.
3. Un mes después se realizó la segunda revisión de IHOS, y se platicó con los niños acerca de las enfermedades bucodentales y su tratamiento, posteriormente se reforzó la técnica de cepillado, esta vez realizando preguntas acerca de la misma.
4. Se revisó por tercera vez el IHOS, y se supervisó la técnica de cepillado.
5. Se realizó una plática informativa con los padres de familia con el fin de elevar el nivel de conocimientos acerca de la higiene bucal, las enfermedades bucales más frecuentes y su prevención o tratamiento.

6. Se motivó para que supervisen a sus hijos al momento de realizar la técnica de cepillado. Para esta plática se ocupó material audiovisual.



Fuente: directa

17. RESULTADOS

La población estuvo constituida por 200 escolares, y la muestra para este estudio, fue de 159 alumnos, que corresponden al 100%.

A los alumnos restantes no les autorizaron participar en dicho programa.



Fuente: directa



La edad de los escolares estuvo constituida de la siguiente manera:

1 alumno de 7 años que corresponde al 1%.

44 alumnos de 8 años que corresponden al 28%

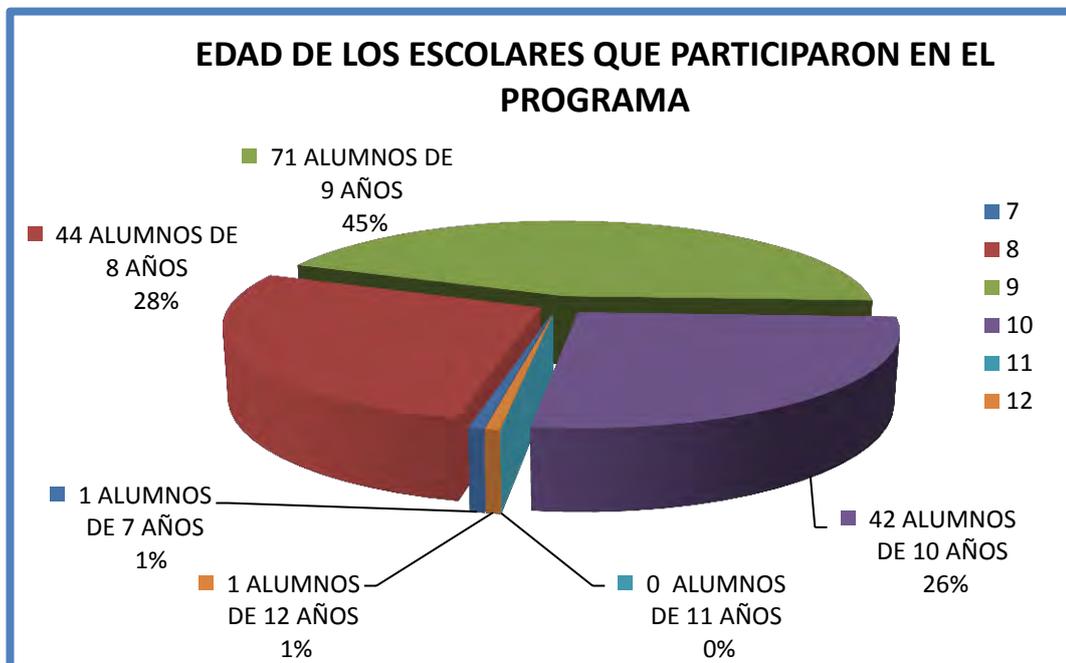
71 alumnos de 9 años que corresponden al 45 %

42 alumnos de 10 años que corresponden al 26%

0 alumnos de 11 años que corresponde al 0%

1 alumnos de 11 años que corresponde al 1%.

GRÁFICA 1.

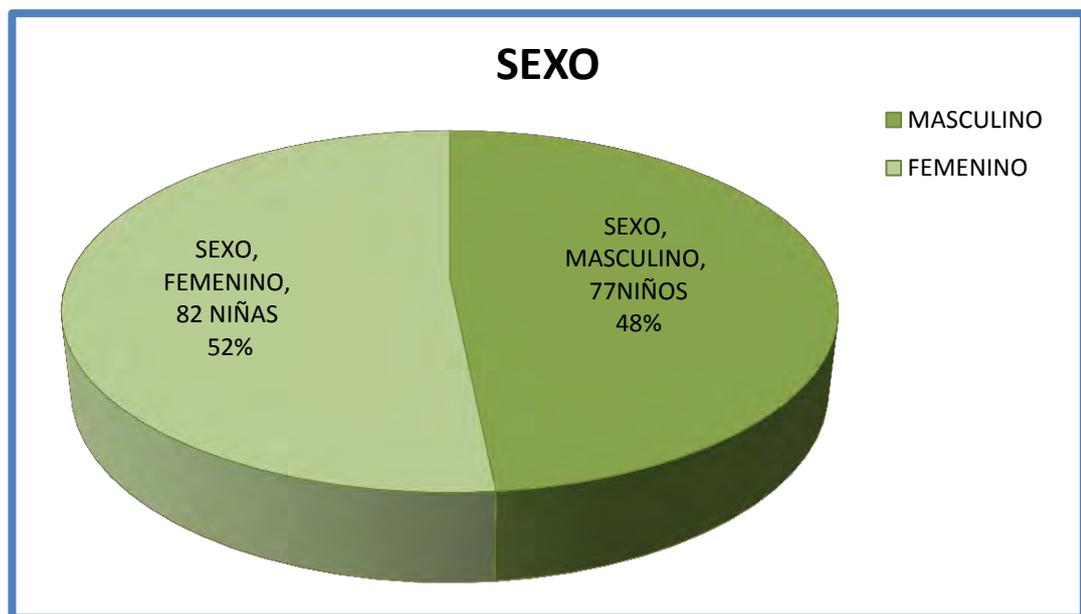


Fuente: directa.



Considerando los 159 alumnos, se observa que el sexo femenino corresponde al 52% (82 niñas) y que el sexo masculino corresponde al 48% (77 niños).

GRÁFICA 2.



Fuente: directa

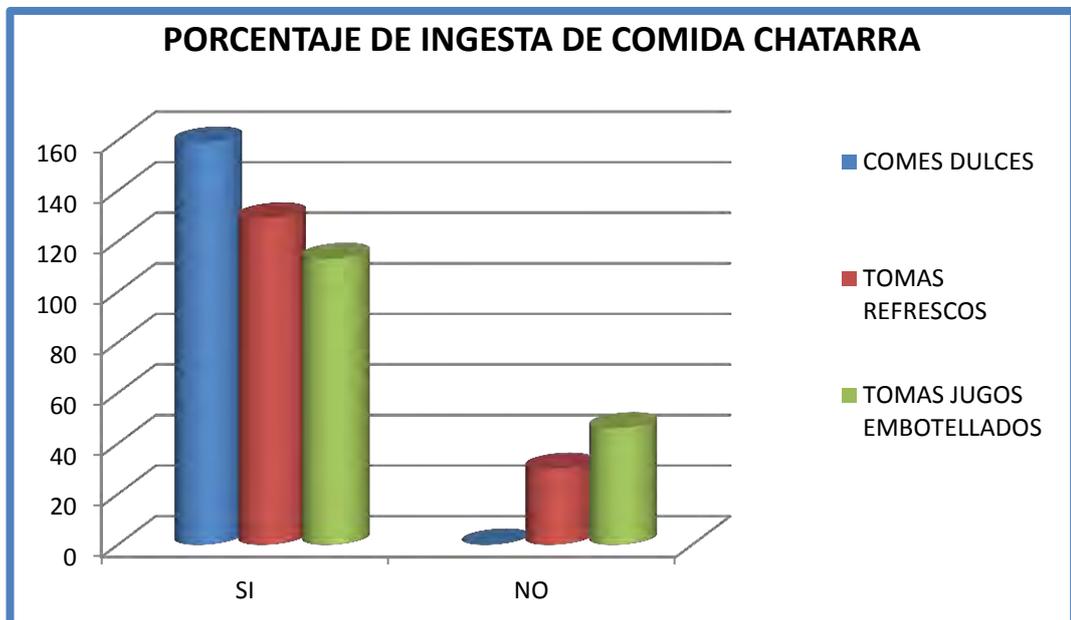


En relación a la pregunta. ¿Comes dulces? El 100% (159) respondieron que Sí.

A la pregunta ¿tomas refrescos? 81%(129) contestaron Sí y 19% (30) respondieron NO.

En la pregunta ¿tomas jugos embotellados? 71% (113) respondieron SI y 29% (46) contestaron NO.

GRÁFICA 3.



Fuente: directa.

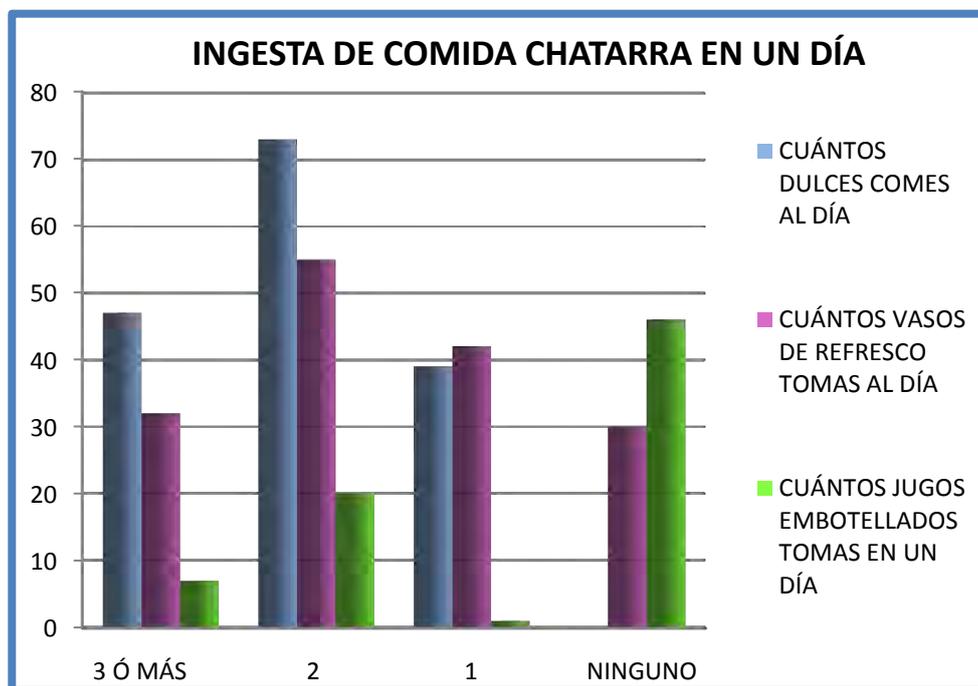


En la pregunta ¿Cuántos dulces comes al día? El 30% (47) alumnos contestaron 3 ó más dulces, 45% (73) contestaron 2 dulces y 25% (39) contestaron 1 dulce.

En relación a ¿Cuántos vasos de tomas al día? 20% (32) contestaron 3 ó más vasos de refresco al día, 35% (55) contestaron 2 vasos de refresco al día, 27% (42) contestaron 1 vaso de refresco y 18% (30) restantes corresponden a los alumnos que no toman refresco.

De acuerdo a la pregunta ¿Cuántos jugos embotellados tomas en un día? Se observa que el 4% (7) contestaron que toman 3 ó más jugos en un día, 13% (20) contestaron que toman 2 jugos embotellados, (54%) 86 contestaron que toman 1 jugo embotellado y 29% (46) corresponden a los alumnos que no toman jugos.

GRÁFICA 4.



Fuente: directa

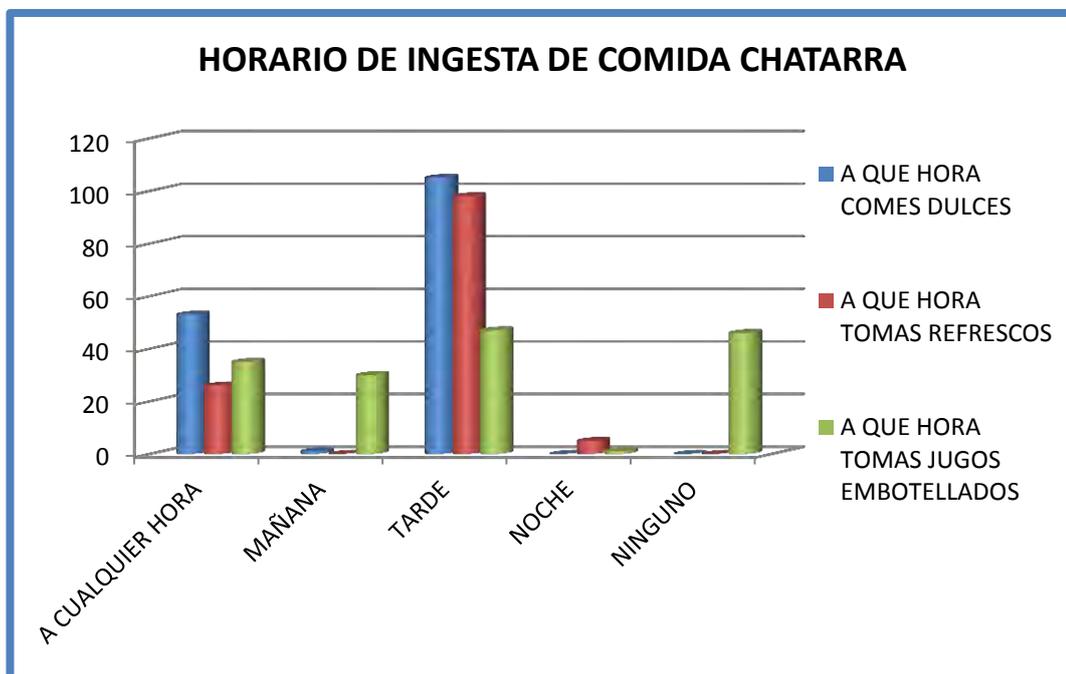


En relación a la pregunta ¿A qué hora comes dulces? 33% (53) contestaron a cualquier hora, 0.6% (1) en la mañana, 67% (105) en la tarde, y 0% (0) en la noche.

En la pregunta ¿a qué hora tomas refrescos? 19% (30) corresponden a los alumnos que no toman refresco, 16% (26) contestaron a cualquier hora, 0% (0) en la mañana, 62% (98) en la tarde y 3% (5) contestaron en la noche.

En la pregunta ¿A qué hora tomas jugos embotellados? 22% (35) contestaron a cualquier hora, 19% (30) en la mañana, 30% (47) en la tarde, 0.6% (1) en la noche y 46 alumnos corresponden a los que no toman jugos embotellados.

GRÁFICA 5.



Fuente: directa



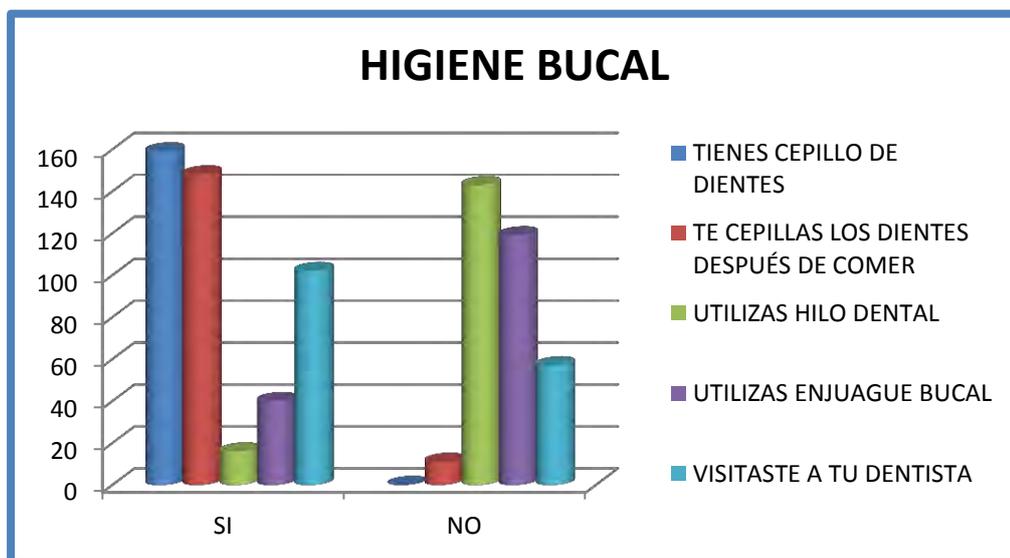
Para la pregunta ¿tienes cepillo de dientes? El (100%) 159 alumnos que corresponden al total de los alumnos revisados contestaron SI.

En la pregunta ¿Te cepillas los dientes después de comer? 93%(148) contestaron SI, mientras que 7% (11) alumnos contestaron NO.

Las respuestas para la pregunta ¿Utilizas hilo dental? Fueron 10% (16) al con respuesta SI y 90% (143) alumnos contestaron NO.

En la pregunta ¿utilizas enjuague bucal? 25% (40) respondieron SI y 75% (119) alumnos respondieron NO. 64% (102) alumnos contestaron SI a la pregunta ¿visitaste a tu dentista? Y 36% (57) alumnos contestaron NO.

GRÁFICA 6.

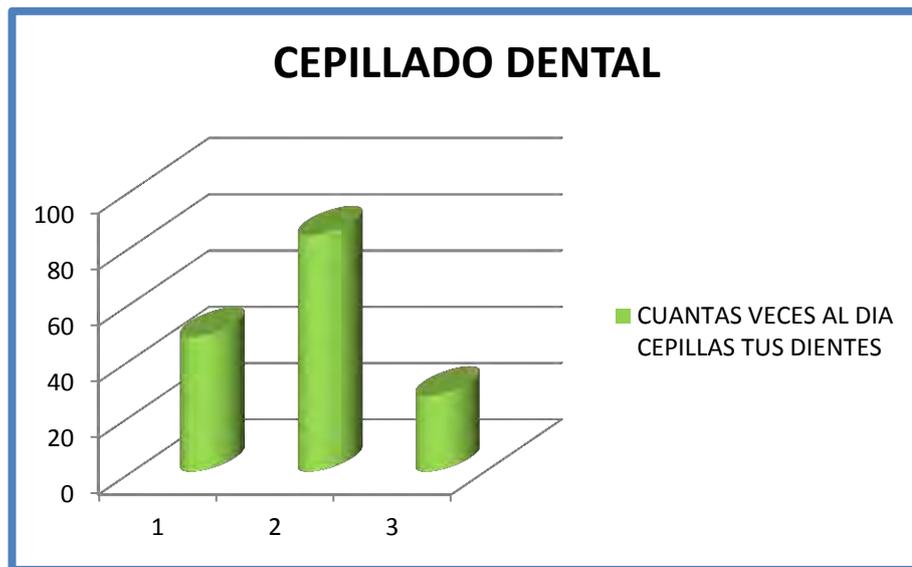


Fuente: directa



En esta gráfica se muestra que el 30% (48) alumnos cepillan sus dientes solo una vez al día, 53% (84) alumnos cepillan sus dientes 2 veces al día y 17% (27) alumnos cepillan sus dientes 3 veces al día.

GRÁFICA 7.



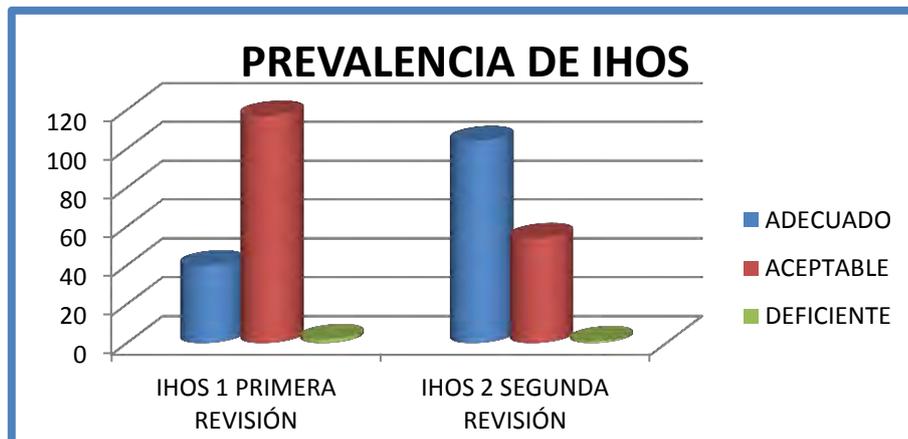
Fuente: directa

En esta gráfica se comparan la primera y última revisión de IHOS, teniendo como resultado los siguiente.

En la primer revisión sólo 25% 40 alumnos tuvieron un índice adecuado, 74% (117) alumnos tuvieron un índice aceptable y solo el 1.2% (2) un índice deficiente.

En la última revisión se obtuvo un índice adecuado que corresponde a 65% (104), aceptable 34% (54) alumnos y sólo el 0.62% (1) alumno obtuvo un índice deficiente.

GRÁFICA 8.



Fuente: directa



Fuente: directa



18. CONCLUSIONES:

Se les explicó a los alumnos por medio de dibujos en el pizarrón y de macromodelos la técnica de cepillado, así como las consecuencias de no realizar la higiene bucal las tres veces al día adecuadamente. Gracias a esto demostraron interés hacia la higiene bucal.

Los niños que participaron en el programa, mostraron gran interés ya que en las pláticas subsecuentes realizaban preguntas y entre ellos mismos trataban de responder a éstas.

De acuerdo a los escolares examinados se observó que el mayor porcentaje corresponde a las edades de 8, 9 y 10 años.

La mayoría de los alumnos son del sexo femenino ya que corresponden al 52% (82 alumnas) de la población estudiada, en comparación con el sexo masculino que es un 48% con (77alumnos).

En cuanto al cepillado dental 84 (53%) de los alumnos lo realiza 2 veces al día lo que nos habla de un porcentaje elevado ya que sólo 27 (17%) de los alumnos lo realiza 3 veces al día y 48 (30%) alumnos sólo 1 vez al día.

La mayoría de los alumnos que visitaron a su dentista fue a causa de dolor de muelas, caries, extracciones, limpieza dental, y pocos acudieron por tratamientos de ortopedia y ortodoncia.

Se pudo observar que los niños consumen alimentos chatarra refrescos y jugos embotellados en porcentajes elevados, y que además los consumen por las tardes.



Columna1	CUÁNTOS DULCES COMES AL DÍA	CUÁNTOS VASOS DE REFRESCO TOMAS AL DÍA	CUÁNTOS JUGOS EMBOTELLADOS TOMAS EN UN DÍA
3 Ó MÁS	30% 47alumnos	20% 32alumnos	4% 7 alumnos
2	45% 73 alumnos	35% 55 alumnos	13% 20 alumnos
1	25% 39 alumnos	27% 42 alumnos	54% 86 alumnos
NINGUNO	0% 0 alumnos	18% 30 alumnos que no toman refresco.	29% 46 corresponden a los alumnos que no consumen jugos.

Cabe señalar que los responsables de este consumo son los padres ya que de ellos depende la alimentación de sus hijos y que no solamente es el tipo de alimento que consumen en la casa, también la comida que llevan o compran dentro de su escuela.

También es importante que los padres estén al pendiente de la salud bucal de sus hijos y una manera de favorecer esto es observando o ayudándoles a realizar su higiene bucal las tres veces al día así como poner el ejemplo para que a sus hijos se les haga un hábito y no algo tedioso o aburrido.

La prevalencia de IHOS fue registrada 3 veces.

Para los resultados del estudio solo se tomaron en cuenta el primer y último registro.

En la primera revisión o levantamiento 117 (74%) alumnos tuvieron una higiene bucal aceptable. Lo cual es un promedio bastante alto ya que muchos de estos alumnos acudían a la escuela sin lavarse los dientes después de haber desayunado.



Fuente: directa

En el último levantamiento de IHOS (65%), 104 alumnos ya mostraron una higiene bucal adecuada, 54 (34%) alumnos aceptable y deficiente (0.62%) sólo un alumno.

Este resultado es muy bueno ya que demuestra que cuando se realiza un programa y se es constante formando hábitos buenos, se pueden lograr resultados sorprendentes. Y si éste se refuerza todos los días tanto en la escuela como en la casa, los resultados serían mejores.

Además se pueden prevenir futuras visitas al odontólogo por dolor, caries o extracciones y sólo se harían estas para para realizar profilaxis, aplicación de flúor o por tratamientos estéticos.

Es importante que se realicen dentro de las escuelas programas de salud bucal, para que toda la población de la misma, incluyendo padres y maestros tomen conciencia de lo importante que es mantener una buena higiene bucal y los riesgos que causa el no tenerla.



Fuente: directa



Fuente: directa



21. BIBLIOGRAFÍA

1. Silverstone L.M., Caries Dental. Etiología, Patogenia y Prevención, México; Ed. El Manual Moderno 1985, pp. 1-34,120-166.
2. Seif R. Thomas, Cariología, Prevención; Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo, Caracas Venezuela, Ed. Actualidades Médico Odontológicas 1997, pp. 18-151.
3. Harris, García-Godoy., Odontología Preventiva Primaria, México, Ed. El Manual Moderno 2^a. Edición 2005, pp. 271-273.
4. Ma. Alejandra Soria-Hernández, Nelly Molina-F, Raúl Rodríguez-P, Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental, Acta Pediátrica de México, Vol. 29, Núm. 1 Enero- Febrero 2008, pp. 21-24.
5. Lewis Menaker, Bases biológicas de la caries dental, Barcelona, Ed. Salvat 1986, pp. 223-231.
6. Sorbe de Argell Rosemary, Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, Caracas Ed. Disinlimed 1996, pp. 179-185.
7. Riethe Meter, Atlas de profilaxis de caries y tratamiento conservador, Barcelona, Ed. Salvat editores 1990, pp. 70-7870-78
8. Cuenca Sala E, .Baca García P, Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, métodos y aplicaciones, Barcelona, ed. Masson 2005 pp. 451, 461-463.
9. Arce Fallas Maureen, La eficacia de la técnica de cepillado Bass para la remoción de la placa bacteriana en la población indígena de la Escuela Patiño de la comunidad Këköldí, Baja Salamanca, limón Costa Rica., Revista Rhombus 2005; 2-4
10. Ortiz, Sánchez –Borjas, Delgado-Angulo, Revista Med. Hered. 2006; 17-3: 170-176.
11. Irigoyen Camacho María E. Caries Dental en escolares del Distrito Federal, Salud Pública de México, 1997; 39-2: 133-136.



12. Santos Martí J., Rubio García B, Santos Bistué C, Rubio Calvo E, Índices epidemiológicos de la caries de la población escolar atendida en el Centro de Salud de Barbastro, Avances en Odontoestomatología 2005; 21-1: 355-360.
13. Villalobos-Rodelo, Medina-Solís, Vallejos- Sánchez, Espinoza,- Beltrán. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de Navolato, Sinaloa, Rev. Biomed 2005; 16-3:217-219.
14. De la Cruz Cardoso , Pinelo Bolaños, Lira Marín; Mazariegos Cuervo, Vera Hermosillo, Análisis de la prevalencia y riesgo de caries dental en dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico, Revista ADM 2007, Vol. LXIV, No. 5 pp. 192-196.
15. Almerich Silla, Montiel Company, Encuesta de salud oral en la población infantil de la Comunidad Valenciana, España 2004. Med. Oral Patol Oral Cir. Bucal 2006; 11:E369-81
16. Ojeda, Acosta, Duarte, Mendoza, Meana, Prevalencia de Caries Dental en niños y jóvenes de zonas rurales., Facultad de Odontología UNNE, Argentina, 2005.
17. Muguerra Hermann, López Jordi, Encuesta sobre hábitos dietarios, en particular hidratos de carbono. Facultad de Odontología, Universidad de la República, Montevideo, 2001.
18. Benavente Lipa, Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental, Odontología Sanmarquina 2007; 10(2):3-7.
19. Aguilera Galaviz, Padilla, Et al, Uso del cariograma en la determinación de niveles de riesgo de caries dental en escolares de una población de Zacatecas, México. 2005.
20. Mendes Goncalves, Caricote Lovera, Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en el municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2002-2003.



21. OMS, Salud Bucodental, http://www.who.int/entity/oral_health/en/index.html.
22. Nieto García, Lacalle Regimio, Nieto García, Abdel-Kader, Salud oral de los escolares de Ceuta (Sevilla). Influencia de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico, Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75:541-550.
23. Romero Méndez, Impacto de un programa de promoción y educación de la salud bucal en niños del preescolar —enseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio San Diego, Estado Carabobo (Venezuela). Bodocos Científica Vol. VII No, 2 Julio-Diciembre 2006. pp. 27-42.
24. Meneses Huerta, Sánchez Figueroa, Galaviz Espinoza, Flores Cabrera, Et al. Índice CPOD, capacidad amortiguadora salival, niveles salivales de Streptococcus mutans y anticuerpos IgA, en escolares de la Ciudad de México. Revista ADM Vol. LXIII, No, 6 Noviembre-Diciembre 2006, pp. 215-219.
25. Labranque, Vidal. Estudio comparativo de salud oral, en una Población escolar rural de la VI región. Revista dental de Chile, 2001; 92 (1):13-16.
26. Morgado, González, Ponce. Influencia del programa educativo de salud bucodental: —cuida tu sonrisa y la de los tuyos”, en los niños y niñas de cuarto grado de la escuela Bernardo Arias Castillo. Gaceta médica espirituana 2006; 8(1)
27. Garrigo Andreu MI, Sardiñas Alayon S, Gispert Abreu E, Váldez García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J...et. al. Guías Práctica Clínica de Caries Dental. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba : Editorial Ciencias Médicas, 2003.p. 23-36
28. Astrom A, Mashoto K. Determinants of state of oral health same-appraised among the school children in northern Tanzania. Int. J Pediatría Den 2002 Mar; 12(2):90-100
29. García Alpizar AB, De Armas Ávila G, Benet Rodríguez M. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de enfermedades bucales. Rev. Cubana Estomatol. 2000; 37 (3): 176 - 81.
30. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción. Washington, DC: OPS/ OMS; 1996.



-
31. Organización Panamericana de la Salud. Declaraciones internacionales y enfoques teóricos en que se fundamenta la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud En: Escuelas Promotoras de Salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, DC: OPS: 2003.p. 40-52.
 32. De la Llera Suárez E. Modo y Estilos de Vida. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2001. P. 39-44
 33. Informe Técnico 1. Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Bases Científicas para la Promoción de salud. Ciudad de México. Junio 2000
 34. Vergara N, Borges N, Herrera M, R Elaine, García J. Experiencia de un Programa Educativo en escolares de primaria .Programa - Resúmenes Congreso Internacional por el centenario de la fundación de la Universidad de La Habana, 13-19 nov de 2000. La Habana, Cuba. Palacio de las Convenciones ,2000.p.130
 35. Belloso, Hernández, et. al, efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños de edad escolar. Ensayo experimental. Acta científica venezolana, 50:42-47,1999.
 36. Cova De Urdaneta, A. Métodos de Enseñanza de Higiene Bucal en niños. Acta Odontológica Venezolana 26(1-2): 16-21, 1988.
 37. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar.
 38. Medina, Solís, et, al. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Revista Biomed. 2006; 17:269-286.
 39. Gurrola B., I. Caudillo T., Adriano M. del P., Rivera M. J., Díaz D. A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.
 40. Cárdenas Sotelo O, Sala Adams MR. En busca de la excelencia en Estomatología ¿Por qué no? Departamento Nacional de Estomatología. La Habana: MINSAP; 1996.



41. Kay JE, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health* 1998; 15 (3):132- 44.
42. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiology* 1996; 24 (4):231-5.
43. Grembowski D. The practice of health program evaluation. 1ra ed. Londres: Sage Publications; 2001.
44. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention— WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health* 2004; 214 (Suppl):319-29.
45. Watt RG, Marinho VC. Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? *Periodontol.* 2000 2005; 37: 35-47.
46. Hausen H. Oral health promotion reduces plaque and gingival bleeding in the short term. *Evid Based Dent* 2005;6(2):31. Recibido: 07/02/06
Aceptado para publicación: 13/07/06
47. Beltrán RJ. Educación dental: manual del profesor. 1ra ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
48. Zárate G, Bernal J, Balarezo N, Izquierdo J. La experiencia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en educación odontológica. *Educ. Med. Salud* 1978; 12(4):436-56.
49. Mondoñedo J. Experiencias de docencia-servicio comunitaria en la educación odontológica del Departamento de Odontología Social. *Rev. Estomatol. Hered.* 1991; 1:27-30.
50. Limonta V E, Araujo H. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *MEDISAN* 2000; 4 (3): 9-15
51. Pérez Navarro N, Andrea León C. El mural mami y papi. *Rev. Cubana Estomatol.* 2003; 40(1): 4-6



-
52. Silva DB, Souza IP, The teacher of ceremonies de Cunha. The Knowledge of, attitudes and state of oral health in the children to the risk for the endocarditic of the infective. *Int. J Peadiatric Dent.* 2002 Mar;12(2):124-31
53. Morell Roch A, Suárez Domínguez M. Impacto de las técnicas participativas en la comunidad para modificar conocimientos y hábitos de salud bucodental. XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Iberoamericano de Endodoncia. I Encuentro Odontológico del Caribe. I Simposio Internacional de Salud Bucal. Encuentro Internacional de técnicas de Atención Estomatológica, 27-31 de mayo de 2002 .Varadero, Cuba: Centro de Convenciones Plaza América, 2002.p. 145
54. Lalonde M. A new perspective on the health of the Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canadá, 1974.
55. Limonta Vidal, Araújo Heredia. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado Clínica Estomatológica Provincial MEDISAN 2000; 4(3):9-15
56. Fiorrillo N, Morressi C. Educación para la salud bucal: trabajo interdisciplinario con maestros especiales y de grado en la escuela primaria. *Rev. Ateneo Argent Odontol.* 1991; 27 (1):46-55
57. González, Abdala, Montoya, et, al. Evaluación de las condiciones de salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la comunidad pesquera del corregimiento de Bocachica-Cartagena de Indias 2001. *Revista científica* • Vol. 9 • no. 2 • 2003



20. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTIMADO PADRE DE FAMILIA
PRESENTE

Por este conducto solicito su autorización para que su hijo (a), participe en un programa de educación para la salud bucal, contestando un cuestionario así como exploración bucal. Se impartirá una técnica de cepillado bucal. Se supervisará en determinado tiempo la higiene bucal y se determinará que tanto ha avanzado ésta.

La información será usada en la tesis —~~Estudio~~ estudio comparativo de IHOS, antes y después de aplicar un programa de educación para la salud bucal en niños de 7 a 8 años de edad de una escuela primaria”.

Al terminar dicho programa, se le informará el estado de salud dental de su hijo (a) por medio de un escrito, con la finalidad de que sea atendido.

Por su atención y colaboración gracias.

ATENTAMENTE:

Vicen Jannet Ramírez Nava.

SI CONSIENTO:

NO CONSIENTO:

Que mi hijo (a): _____ De _____ año, grupo _____,
Participe en la entrevista y exploración bucal antes mencionada.

Firma y nombre del padre o tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Fecha: _____

Nombre del alumno:

Edad: _____

Sexo: _____

Grado escolar: _____

Grupo: _____

Hábitos alimenticios:

¿Comes dulces?

A) SI B) NO

¿Qué dulces comes?

- A) paletas
- B) chocolates
- C) chicles
- D) frituras
- E) galletas
- F) chiclosos
- G) caramelos

1. ¿Cuántos dulces comes al día?

A) 1 B) 2 C) 3 o más

2. ¿A qué hora los comes?

A) En la mañana B) en la tarde C) en la noche D) a cualquier hora

3. ¿Tomas refrescos?

A) SI 2) NO



4. ¿A qué hora los tomas?
A) En la mañana B) en la tarde C) en la noche D) a cualquier hora
5. ¿Cuántos vasos de refresco tomas en un día?
A) 1 B) 2 C) 3 o más
6. ¿Tomas jugos embotellados?
A) SI 2) NO
7. ¿A qué hora los tomas?
A) En la mañana B) en la tarde C) en la noche D) a cualquier hora
8. ¿Cuántos jugos embotellados tomas en un día?
A) 1 B) 2 C) 3 o más

Hábitos de higiene bucal:

9. ¿Tienes cepillo de dientes?
A) SI 2) NO
10. ¿Cuántas veces al día cepillas tus dientes?
A) 1 B) 2 C) 3 o más D) no me los cepillo
11. ¿Te cepillas los dientes después de comer?
A) SI 2) NO
12. ¿Utilizas hilo dental?
A) SI 2) NO



13. ¿Utilizas enjuague?

A) SI 2) NO

14. Visitaste a tu dentista?

A) SI 2) NO

Si tu respuesta es **Sí** ¿por qué motivo lo visitaste? _____

C			
P			
/////	17-16V	11-21V	26-27V
/////	47-46L	41-31V	36-37L
P			
C			
/////	IP=	IC=	IHOS=

IHOS 1= _____

C			
P			
/////	17-16V	11-21V	26-27V
/////	47-46L	41-31V	36-37L
P			
C			
/////	IP=	IC=	IHOS=

IHOS 2= _____