



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UNA POBLACIÓN
PREESCOLAR APLICADO EN EL CICLO ESCOLAR
2009-2010 EN EL MUNICIPIO DE NAUCALPAN DE
JUÁREZ.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

DIANA SALMERÓN ABASOLO

TUTOR: C.D. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTIZ

ASESORA: Mtra. FATIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI MAMÁ GRACIAS POR DARME TODO EL AMOR Y APOYO INCONDICIONAL PARA EL LOGRO DE MIS METAS Y OBJETIVOS.

A MI PAPÁ VICTOR POR TODO EL APOYO LOS CONSEJOS DE TODOS ESTOS AÑOS Y POR LA CONFIANZA BRINDADA.

A MIS HERMANAS JUDITH, BRENDA Y DULCE QUE ME HAN APOYADO, QUE HAN CONFIADO Y CREIDO EN MI.

A XANATH POR QUE HAL LLEGAR A MI VIDA DIO LUZ A LAS MISMA A PESAR DE SUS TRAVESURAS.

A JOSÉ POR QUE A PESAR DE LAS DISCREPANCIAS QUE HEMOS TENIDO SIEMPRE, HA ESTADO CONMIGO Y ME HA APOYADO GRACIAS JO.

A SERGIO QUE HA ESTADO CONMIGO DESDE EL INICIO Y FINAL DE ESTE PROYECTO. "GRACIAS AMIGO".

A ADRIANA, FANY, NANCY, LEO POR EL APOYO QUE ME BRINDARON LOS QUIERO.

A LAS DOCTORAS DIANA MOEDANO Y FATIMA AGUILAR POR SU TIEMPO Y APORTACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE PROYECTO.

A LOS ALUMNOS, PADRES DE FAMILIA Y PERSONAL DOCENTE DEL JARDIN DE NIÑOS "IGNACIO LÓPEZ RAYÓN" POR SU COLABORACIÓN.

A TODOS MIS AMIGOS POR SU APOYO Y POR CREER EN MI GRACIAS.

A LA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS: LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO, POR EL ORGULLO Y PRIVILEGIO DE PERTENECER A ELLA, AL IGUAL QUE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.



ÍNDICE

	Páginas
1-INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEORICO	
2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	6
ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	7
2.2 PREESCOLAR	8
CRECIMIENTO Y CAMBIO CORPORAL	8
2.3. DESARROLLO COGNITIVO DEL PREESCOLAR	11
2.4. COMPORTAMIENTO	12
EL JUEGO Y LA ACTIVIDAD EN LA NIÑEZ TEMPRANA	13
2.5. PROGRAMAS DE SALUD BUCAL.	14
2.5.1 PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DEL JARDIN DE NIÑOS	
IGNACIO LOPÉZ RAYÓN.	15
2.6. ESCALA DE LIKERT	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
4. JUSTIFICACIÓN	22
5. OBJETIVOS	
5.1 GENERAL	23
5.2 ESPECIFICOS	23
6. HIPOTESIS	24
7. MATERIAL Y METODOS	25

7.1 TIPO DE ESTUDIO	25
7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
7.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
7.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	27
7.7 VARIABLES	27
7.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
7.9 CAPTURA Y ANALISIS DE DATOS	32
7.10 ESTIMACIÓN DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ETICAS	34
8. RECURSOS	35
8.1 RECURSOS HUMANOS	35
8.2 RECURSOS MATERIALES	35
8.3 RECURSOS FINANCIEROS	35
9. RESULTADOS	36
10. DISCUSIÓN	59
11. CONCLUSIONES	61
12. REFERENCIAS	63
13. ANEXOS	65



INTRODUCCIÓN

Los Programas de Salud que se llevan a cabo en la actualidad, son parte de un trabajo en equipo que involucra al paciente dentro de su entorno.

Se ha demostrado que la orientación interdisciplinaria en salud, dirigida a las personas que están a cargo del cuidado del menor, pueden ser medidas de promoción y prevención exitosas que contribuyen a la disminución de enfermedades en la población infantil.

La orientación de nuevas estrategias en salud para abordar la salud bucal de la población infantil, que hasta la actualidad ha sido parcialmente postergada de programas específicos de salud, requiere primero estudiar las condiciones de salud bucal, para así implementar programas que garanticen realmente un bienestar, abarcando la urgente necesidad de proporcionar cuidado a la “salud bucal” de los infantes.

El bienestar de la salud bucal de los niños, se va a entender como la aplicación del primer nivel de prevención, que va desde la educación hasta el fomento de la misma obteniendo cambios en la conducta de la población, dirigida hacia comportamientos saludables.

El propósito de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal aplicado durante el ciclo escolar 2009-2010 a niños en edad preescolar.

2. MARCO TEORICO

2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los objetivos básicos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud.¹

Las principales estrategias orientadas a la creación de mejores condiciones de salud incluyen intervenciones dirigidas a la población infantil de edad escolar, ya que en la infancia se adquieren las actitudes y patrones de conducta que regulan la vida en la edad adulta.¹

DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un campo especial de las ciencias de la salud, que como objetivo principal tiene la transmisión de conocimientos y el desarrollo de la conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad .

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

Begoña Rumbo Arcas menciona en su artículo publicado en la revista iberoamericana de Educación, que la educación para la salud se refiere a las actuaciones que tienen por objeto promover en la población una serie de conocimientos, hábitos y actitudes que inciden positivamente en la promoción de la salud y así reviertan en la calidad de vida de las personas.³



ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

Warner D. Coger B. opina que la manera en que se enseña algo es tan importante como lo que se enseña y lo más importante de la manera en que se enseña es la atención, el respeto y el interés mutuo.⁴

Begoña Rumbo Arcas considera que cierto es que “no se puede enseñar lo que no se sabe, pero también es cierto que dominar un determinado contenido no es suficiente, si no sabemos cómo transmitir lo que conocemos, para facilitar la comprensión de la realidad en la que viven nuestros aprendices.³

Rumelhart y Norman (1978), nos indican que el aprendiz organiza sus conocimientos (memoria) para usarlos luego en la adquisición de nuevos conocimientos, obteniendo así un aprendizaje constructivo, el cual tiene otros elementos externos, entre los que cabe recalcar las llamadas estrategias de aprendizaje, que para los autores son acciones diversas cuya característica común es formar parte de un plan, de una finalidad a la que cada una contribuye complementariamente.³

MOTIVACION

La motivación es un proceso personal interno, que va a determinar la dirección y la intensidad del comportamiento humano, el aprendizaje solo se realiza a partir del desarrollo de fuerzas motivadoras, y el principal elemento motivador, el principal estímulo, es el profesional ya que es él quien desencadena los cambios de comportamiento, de acuerdo con sus actitudes dentro del sistema de motivación.

La motivación humana está basada en la combinación de expectativas, ideas, creencias, sentimientos, esperanzas, actitudes, valores, que van a iniciar, mantener y regular el comportamiento del individuo.

ESTRATEGIA

En un proceso regulable o conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.⁵

APRENDIZAJE

Es la adquisición de conocimientos y habilidades por la práctica de una conducta duradera.⁵

ACTIVIDAD

Es el conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad para un fin determinado.⁵

2.2 ETAPA PREESCOLAR

Es la etapa perteneciente o referente al período educacional anterior al de la enseñanza primaria.⁵

La edad de los tres a seis años por lo general se conoce en nuestra sociedad como el periodo preescolar, y se llama a los niños preescolares.⁶

En esta etapa los pequeños dejan de ser bebés para convertirse en niños. Sus capacidades motrices y mentales se vuelven más agudas y sus personalidades y relaciones más complejas.⁷

A medida que adquieren un control más consciente de sus músculos, los niños se inclinan más hacia sus propias necesidades personales como vestirse y asearse y adquieren así un mayor sentido de competencias e independencia.⁸



En esta edad aproximadamente a los tres años de edad, que los pequeños comienzan a adoptar el aspecto delgado y atlético de la niñez. A medida que se desarrollan los músculos abdominales, su vientre se endurece, el tronco, los brazos y las piernas se alargan, el desarrollo muscular y esquelético avanza haciendo que los preescolares sean más fuertes

Estos cambios coordinados por el cerebro y el sistema nervioso en maduración promueven el desarrollo de una gran diversidad de habilidades motrices.⁷

NUTRICIÓN Y DENTICIÓN

Los preescolares comen menos que los bebés, a medida que el crecimiento se hace más lento, requieren menos calorías por kilo de peso.

A los tres años de edad todos los dientes primarios ya han hecho su aparición y los dientes permanentes los cuáles comienzan a erupcionar alrededor de los 6 años comienzan su desarrollo en esta etapa.⁷

HABILIDADES MOTRICES.

La motricidad es la estrecha relación que existe entre los movimientos, el desarrollo psíquico, y desarrollo del ser humano. Es la relación que existe entre el desarrollo social, cognitivo afectivo y motriz que incide en los niños (as) como en una unidad.⁸

- Motricidad gruesa: Son acciones de grandes grupos musculares y posturales. Movimientos de todo el cuerpo o de grandes segmentos corporales.⁹
- Motricidad fina: Es la acción de pequeños grupos musculares de la cara y los pies. Movimientos precisos de las manos, cara y los pies.⁹

Los movimientos van a ir de simples hasta convertirse lentamente en actos motores cada vez más complejos. Todo ello influido por unos factores endógenos y exógenos.⁸

HABILIDADES MOTRICES GRUESAS.

Los niños entre los 3 y 6 años realizan grandes avances en sus habilidades motrices gruesas como correr y saltar, las cuales involucran los grandes músculos, sus huesos y músculos son más fuertes y su capacidad pulmonar es mayor lo cual le permite al preescolar, trepar, saltar y correr más lejos, mas rápido y mejor. ⁸

Tabla 1. HABILIDADES MOTRICES GRUESAS EN LA NIÑEZ TEMPRANA⁸		
3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
No pueden girar o detenerse rápida o súbitamente.	Poseen un control más eficaz para detenerse, partir y girar.	Puede acelerar, girar y detenerse eficazmente en los juegos.
Pueden saltar una distancia de 38 a 60 cm.	Pueden saltar una distancia de 60 a 82 cm.	Pueden saltar una distancia de 70 a 90 cm mientras corren.
Pueden brincar utilizando principalmente una serie de saltos irregulares con ciertas variaciones agregadas.	Pueden brincar 4 a 6 veces sobre el mismo pie.	Pueden brincar fácilmente una distancia de 1.6m

HABILIDADES MOTRICES FINAS.

Son habilidades en las que participan los músculos pequeños y la coordinación óculo-manual, un ejemplo de ello es cuando el niño abotona su camisa y cuando dibuja ya que estas acciones involucran la coordinación entre el ojo la mano y los pequeños músculos. Las mejoras en estas habilidades permiten que el niño asuma una mayor responsabilidad en su cuidado personal.⁸



Alrededor de los 3 años, el niño debe de comenzar a manejar el cepillo personalmente, aunque los resultados en cuanto a la eliminación de placa serán prácticamente nulos, ya que no ha desarrollado todavía una precisión de los movimientos finos y aun no tiene comprensión suficiente para aprender una técnica.¹⁰

Pero aunque la eliminación de placa debe de ser realizada por los padres, el niño comenzara su aprendizaje.

2.3. DESARROLLO COGNITIVO DEL PREESCOLAR.

Jean Piaget denomino a la niñez temprana como la etapa preoperacional que es la segunda más importante del desarrollo cognitivo (aproximadamente entre los 2 y los 7 años), en la cual aumenta la sofisticación en el uso del pensamiento simbólico. Según Piaget ellos no pueden pensar en forma lógica antes de alcanzar la etapa de operaciones concretas.⁸

La función simbólica permite a los niños pensar acerca de eventos, personas y objetos que no están físicamente presentes. El vocabulario aumenta considerablemente a través de la representación rápida, además la gramática y la sintaxis adquieren cierta sofisticación.

Los niños tienen mayor probabilidad de recordar las actividades extraordinarias en las cuales participan activamente. La forma en la cual los adultos hablan con ellos sobre los eventos influye en la formación de la memoria. Los recuerdos implícitos pueden afectar inconscientemente del comportamiento.⁸

2.4. COMPORTAMIENTO

El niño en edad preescolar aprende las habilidades sociales necesarias para jugar y trabajar con otros niños y, a medida que crece, su capacidad de cooperar con muchos más compañeros se incrementa. Aunque los niños de 4 a 5 años pueden ser capaces de participar en juegos que tienen reglas, éstas pueden cambiar con la frecuencia que imponga el niño más dominante.

Es común, en grupos de niños preescolares pequeños, ver surgir a un niño dominante que tiende a "mandar" a los demás sin mucha resistencia por parte de los otros niños. Así también

Es normal que los niños en edad preescolar pongan a prueba sus limitaciones en términos de habilidades físicas, comportamientos y expresiones de emoción y habilidades de pensamiento. Es importante tener un ambiente seguro y estructurado dentro del cual explorar y enfrentar nuevos retos. Sin embargo, los niños en edad preescolar necesitan límites bien definidos.

Otra característica de esta etapa es que el niño debe mostrar iniciativa, curiosidad, deseo de explorar y gozo sin sentirse culpable ni inhibido. Las primeras manifestaciones de moralidad se presentan a medida que los niños desarrollan el deseo de complacer a sus padres y a otras personas de importancia. Esto se conoce comúnmente como la etapa del "niño bueno" o la "niña buena. ”””

La elaboración de narraciones puede conducir a la mentira, un comportamiento que si no se aborda durante los años de edad preescolar puede continuar probablemente hasta la edad adulta. Cuando un niño en edad preescolar vocifera o contesta suele estar tratando de llamar la atención y provocar una reacción del adulto hacia el cual se dirige.⁹



“EL JUEGO” LA ACTIVIDAD EN NIÑEZ TEMPRANA

Los preescolares participan en diferentes clases de juego a distintas edades, algunos niños en particular tienen diversos estilos de juego y emplean varios implementos. El juego es el trabajo de los pequeños y contribuyen a todos los dominios del desarrollo, estimula los sentidos, promueve que aprenden a utilizar sus músculos, a coordinar la visión con el movimiento, obtener el dominio sobre su cuerpo y adquirir nuevas habilidades.

En la década de 1920, Mildred B. Parten (1932) observó a niños de 2 a 5 años durante los primeros periodos de juego libre en el jardín infantil, ella identificó seis tipos de juego que oscilaban entre el menos y el más social, a medida que los niños se hacen mayores, su juego tiende a ser más interactivo y cooperativo.⁸

De acuerdo con Piaget y Smilansky, los niños progresan cognitivamente desde el juego funcional al constructivo, el juego de simulación y posteriormente a juegos formales con reglas.⁸

El juego de la simulación es cada vez más común durante la niñez temprana y ayuda a los niños a desarrollar habilidades sociales y cognitivas.⁸

2.5. PROGRAMAS DE SALUD BUCAL

Es un conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención.

El éxito de un programa que busca la Educación de la salud se asienta en la capacidad del profesional para motivar al paciente y la educación del paciente depende de la comunicación efectiva entre el cirujano dentista o sus auxiliares y el propio paciente.

Para que un programa de prevención primaria tenga éxito tiene que ser aceptado y practicado por el paciente, el éxito no está asegurado por la adquisición de conocimientos teóricos sobre salud bucal si no por la práctica de hábitos que lleven a la mejora y mantenimiento de buena salud del paciente, siendo el resultado final de un proceso preventivo una alteración en la conducta y no un simple cambio o adquisición de conocimiento.

2.5.1 PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DEL JARDÍN DE NIÑOS “IGNACIO LÓPEZ RAYÓN” DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2009-2010.

Dentro de las actividades realizadas en el jardín de niños encaminadas a preservar la salud del preescolar, se puso en marcha un programa de información sobre la salud y enfermedad bucodental, dirigido a los alumnos, educadoras y padres de familia.

Este programa se llevó a cabo a lo largo de todo el ciclo escolar 2009-2010 en diferentes fases.

Fase 1: Sensibilización de los niños esta fase estuvo constituida por

- Una plática dirigida a los niños con una duración de 10 a 15 minutos. sobre la importancia de los dientes y la caries dental.
- Se les explicó la forma en que se realizaría la inspección bucal. esto con el fin de que conocieran y preguntaran sobre el material a emplear, con el apoyo de un alumno de cada grupo se realizó en presencia del grupo una inspección bucal en la que ellos observaron y preguntaron sobre tal inspección.
- Se proporciono material didáctico para que interactuaran sobre la forma en que se realizara la inspección y la técnica de cepillado.



Fase 2: Revisión Buco-dental del niño

Consistió en una inspección bucal de cada alumno, la cual se realizó en presencia de una autoridad escolar. El formato que se utilizó fue el odontograma que se emplea en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para realizar la exploración clínica se siguió el orden según el número de folio que tengan los integrantes de la muestra, de esta manera se realizó la inspección del número 001 al 116 con una duración de 10 minutos entre cada uno dividido en 14 días.

Para la inspección bucal, a cada integrante se le revisó con material estéril (espejo, excavador, explorador y pinzas de curación) y material desechable (guantes, cubre bocas, abate lenguas, campo de trabajo). Los datos obtenidos fueron registrados en la hoja de recolección de datos, previamente llenado el apartado de identificación

Durante la inspección bucal el participante se colocó sentado a un lado de la mesa de exploración, ubicada cerca de una ventana para obtener luz natural.

La evaluación del estado de salud se llevo a cabo siguiendo los criterios de la OMS para determinar la presencia de lesión cariosa dichos criterios se explican en el Anexo I.

Para la Magnitud de la Lesión Cariosa se emplearon los Criterios de la Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) (Anexo II).

Posteriormente a la inspección bucal se procedió a asignar a los niños examinados a un Grupos de severidad derivados del CMLC para poder remitirlo a una adecuada atención.

A cada padre de familia se le aplicó un cuestionario con el fin de evaluar el nivel educativo y económico además se le realizaron preguntas relacionadas con los hábitos de higiene bucal de su hijo y la ingesta de alimentos con alto contenido de azúcar que el niño realiza.

Fase 3. Información a los padres de familia

En esta etapa se le entregó a cada uno de los padres de familia el cuestionario. Quienes contestaron todos los apartados y posteriormente se clasificaron según el folio otorgado.

Así mismo se realizó una plática dirigida a los padres de familia esta incluyó:

- La importancia de la salud bucal de la primera dentición y la dentición permanente.
- Problemas bucales más frecuentes: Caries dental y enfermedad periodontal.
- Formas de atención en la consulta dental del paciente preescolar.
- Formas de prevención de problemas bucales.
- Técnica de cepillado en el paciente preescolar.

Además se le entregó a cada padre de familia por escrito los resultados de la inspección bucal, exponiendo el estado de salud bucal en el que se encuentra cada niño. Al manera se les proporciono información sobre los lugares donde podrán ser atendidos entre los cuales fueron remitidos a la Clínica Periférica Azcapotzalco de la Facultad de Odontología y la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

Fase 4. Aplicación de la técnica de cepillado con los alumnos y padres de familia.



Fase 5. Durante la primera semana de salud bucal en abril de 2010 se llevaron a cabo las siguientes actividades

- Lectura de cuentos y canciones sobre la salud bucal dirigido a los niños
- Se proporcionaron diversas actividades impresas de ejercicios sobre la salud bucal
- Se enseñó y practicó la técnica de cepillado con los niños
- Se llevó a cabo un Rally de salud bucodental.

Todas las actividades anteriormente mencionadas se impartieron en grupos de 10 personas y fueron desarrolladas dividiendo el proceso en 5 etapas las cuales se describen a continuación:

1° ETAPA de la fase 5

Objetivo dar a conocer tanto a los padres como a los niños las características de una boca sana, las características ideales del cepillo dental y la importancia de tener una salud bucodental óptima.

Parte teórica Plática en la cual se puso énfasis sobre las características de una boca sana al igual se impartió información sobre cómo elegir el cepillo dental adecuado.

Parte práctica.

Los padres junto con los niños armaron una boca de papel con un patrón ya preestablecido.

2° ETAPA de la fase 5.

Objetivo: Dar a conocer técnicas de cepillado y puntualizar cual es la acción del fluoruro en los dientes.

Parte practica. Consistió en practicar la técnica de cepillado, en la boca que armaron con anterioridad, se checaba si realizaban correctamente la técnica en conjunto con sus padres.

Si pasaban esa parada se les entregaba un broche y una hoja de recordatorio para ser llenada en casa de los días que se cepillaban.

En esta misma etapa se implemento el juego de coloca el flúor al diente que consistió en vendarle los ojos a los niños y sobre un diente pincelaban simulando colocar el fluoruro.

3º ETAPA de la fase 5

Objetivo: influencia de los alimentos tanto positiva y negativa sobre la salud de los dientes.

Parte teórica. Plática titulada “COMIDA PARA LOS DIENTES” la cual consistió en presentar imágenes y se les explico a los niños y padres cual era la influencia de los alimentos en la salud de los dientes.

Parte práctica. Se realizó un juego de relación de imágenes que se presentaron en la plática sobre la influencia de alimentos en la higiene de los dientes, caries dental y el fortalecimiento de los dientes.

4ª ETAPA de la fase 5

Objetivo. Ubicar si había o existía alguna duda sobre los temas abordados anteriormente.

Parte práctica: Consistió en un juego de lotería en el cual se involucraron todos los conocimientos adquiridos en las etapas anteriores.

Al concluir esta etapa se obsequio un broche como instintivo.



5ª ETAPA de la fase 5

Objetivo: método para recordar que tienen cepillarse los dientes al verlo.

Parte práctica. Elaboración de una muela vaciada en yeso, consistió que sobre una barra de plastilina se imprimió la silueta de una muela y los padres vaciaban en yeso, posteriormente se colocó un imán y se pintó la muela.

2.6. ESCALA DE LIKERT

Likert (1932) propuso un método sencillo y directo para asignar una escala a las actitudes. Una escala Likert le presenta la persona evaluada cinco respuestas ordenadas en un continuo acuerdo/desacuerdo aprobación/desaprobación. Dependiendo de un reactivo en particular, una respuesta extrema de “fuertemente en desacuerdo” indicarían la respuesta más favorable en la actitud subyacente medida con este cuestionario. Likert asignó una puntuación de 5 a esta respuesta extrema, 1 a la respuesta totalmente contraria y 2,3 y 4 a las respuestas intermedias. La puntuación total de escala se obtiene al sumar las puntuaciones de los reactivos individuales. Por tal razón la escala de Likert también se conoce como escala sumatoria.⁴

Elaboración de la escala

1. Preparación de los ítems iniciales; se elabora una serie de enunciados afirmativos y negativos sobre el tema o actitud que se pretende medir, el número de enunciados elaborados debe ser mayor al número final de enunciados incluidos en la versión final.
2. Administración de los ítems a una muestra representativa de la población cuya actitud deseamos medir. Se le solicita a los sujetos que expresen su acuerdo o desacuerdo frente a cada ítem mediante una escala.

3. Asignación de puntajes a los ítems; se le asigna un puntaje a cada ítem a fin de clasificarlos según reflejen actitudes positivas o negativas.
4. Asignación de puntuaciones a los sujetos; la puntuación de cada sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems.
5. Análisis y selección de los ítems; mediante la aplicación de pruebas estadísticas se seleccionan los ajustados al momento de efectuar la discriminación de la actitud en cuestión rechazando aquellos que no cumplan con este requisito.

Las respuestas a los elementos se pueden sumar, teniendo en cuenta que todos los elementos midan lo mismo (p.ej., actitud hacia los extranjeros). Podríamos aplicar un análisis de varianza.

Método para asignar una escala a las actitudes.

1. Totalmente de Acuerdo
2. De Acuerdo
3. Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo
4. En Desacuerdo
5. Totalmente en Desacuerdo.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la aparición del concepto de Educación para la Salud han sido diversas organizaciones, instituciones educativas y el gobierno quienes se han preocupado por la promoción de una vida saludable, para ello se han creado programas de prevención y educación para la disminución de diversas enfermedades. La caries dental hasta el momento sigue siendo una de las enfermedades con mayor prevalencia en México, aun con la implementación de diversos programas enfocados a la reducción de este problema, es necesario evaluar dichos programas con el objetivo de identificar las acciones de promoción y prevención con mayor efectividad, ubicar aquellas que producen mayor impacto en actitudes y conocimientos con el fin de reducir los niveles de prevalencia. Para ello el presente trabajo busca resolver el cuestionamiento ¿Cuál es el impacto del programa de salud bucodental implementado en el Jardín de Niños “Ignacio López Rayón” en el ciclo escolar 2009-2010 en el conocimiento actitud y hábitos, en la población a la que fueron aplicados?

4. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de los años han sido implementados diversos programas de salud bucodental en todo el mundo, de los cuales pocos países han tenido un impacto positivo en la implementación de estos programas.

En México han sido muchos los programas implementados pero pocos se han sometidos a evaluación para conocer los resultados logrados.

Es necesario 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 los preescolares y que estos son la base del sistema de educación.

Aunque teóricamente, la población infantil es tomada como prioritaria en los programas sanitarios de salud integral, los programas de salud bucal desarrollados en el país, casi no incorporan a niños preescolares, debido que representan para el gobierno un elevado costo por tratarse de dentición primaria, que en definitiva será reemplazada por la dentición permanente.

Por lo que es necesario construir los sistemas de atención odontológica y los tipos de prácticas dominantes, que se caractericen por hacer énfasis en la prevención más que en la propia curación.

La identificación y atención temprana de los problemas de salud bucal en el preescolar, significa prevenir problemas futuros como: caries dental que puede ocasionar pérdida de espacio, gingivitis condición que predispone el ambiente bucal para otros problemas y por último la presencia de mal oclusión leves que puede convertirse en severas discrepancias óseo dental.



5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Evaluar el impacto del programa de salud bucodental aplicado en los alumnos del Jardín de niños “Ignacio López Rayón” durante el ciclo escolar 2009-2010

5.2 ESPECIFICOS

- Identificar cambios de hábitos de higiene a partir del programa.
- Evaluar el impacto que ha tenido el programa en el estado de salud bucodental de los preescolares.
- Evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en alumnos y padres de familia después de la aplicación del Rally de Salud Bucodental.
- Conocer el índice ceo de la población estudiada.
- Conocer con quien paso mayor horas del día el preescolar

6. HIPÓTESIS

ALTERNAS

HA.1. La aplicación del programa de salud bucodental tuvo un impacto positivo en los niños y padres de familia.

HA.2. Existe un cambio positivo en cuanto a los hábitos de higiene bucodental en los niños

HA.3. El índice ceo se mantuvo estable a lo largo del ciclo escolar.

HA.4. Los conocimientos y actitudes obtenidos durante el programa fueron positivos para mantener una buena salud bucodental.

HA.5. El mayor tiempo de estancia de los preescolares es en casa.

NULAS

HO.1. La aplicación del programa de salud bucodental no tuvo un impacto positivo en los niños y padres de familia.

HO.2. No existe un cambio positivo en cuanto a los hábitos de higiene bucodental en los niños

HO.3. El índice ceo se elevó a lo largo del ciclo escolar.

HO.4. Los conocimientos y actitudes obtenidos durante el programa fueron negativos por lo tanto no se mantuvo una buena salud bucodental.

HO.5. El mayor tiempo de estancia de los preescolares no es en casa.



7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevo a cabo un estudio de corte transversal.

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

54 Niños de edad preescolar y padres de familia del Municipio de Naucalpan de Juárez del Jardín de Niños “Ignacio López Rayón”.

7.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 54 alumnos inscritos en el jardín de niños “Ignacio López Rayón”, y sus respectivos padres o tutores que cumplieron con los criterios de inclusión. Este Jardín de niños es un centro de educación localizado en el Municipio de Naucalpan de Juárez en la zona Metropolitana de la Ciudad de México.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Alumnos que estén inscritos en el Jardín de Niños “Ignacio López Rayón” y que participaron en el Programa de Salud Bucodental del ciclo escolar 2009-2010
- Padres de familia o tutores que participaron en el Programa de Salud Bucodental del ciclo escolar 2009-2010.
- Alumnos cuyos padres de Familia o tutores que autorizaron participar en este estudio con la firma del consentimiento informado

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

Alumnos que no asistieron el día de la evaluación.

Alumnos que se encontraban bajo tratamiento odontológico

7.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Alumnos y padres de familia que inicialmente cumplieron con los criterios de inclusión pero que posteriormente no permitieron la realización de las actividades programadas; o cuyos padres ya no autorizaron la participación.
- Alumnos que no contaron con la evaluación bucodental completa.

7.7 VARIABLES

DEPENDIENTE

- Cambio de hábito: higiene, ingesta de alimentos.

INDEPENDIENTES

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| • Edad | • Hábitos |
| • Genero | • Actitudes |
| • Programa de salud bucal | • Tiempo (Hora día) |
| • Conocimientos | |



DEFINICIONES OPERACIONALES Y ESCALA DE MEDICIÓN

DEPENDIENTE			
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL.
CAMBIO DE HABITOS	Cambio de comportamiento repetido regularmente.	Cualitativa. Dicotómica	a)Positivo b)Negativo

INDEPENDIENTES			
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL.
EDAD	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa discreta	4-4.11 años 5-5.11 años
GÉNERO	Condición orgánica masculina o femenina de los humanos. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo género.	Cuantitativa nominal	0) Masculino 1) Femenino

Programa de salud bucal	Conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud bucal de la población.	Cualitativa Dicotomica	a) Acudió al Programa de Salud Bucodental. b) No acudió al programa de Salud Bucodental.
Conocimientos	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje.	Cualitativo Nominal.	a) Dentista. b) Publicidad c) Internet d) Nadie
Actitud	Forma aprendida de responder conscientemente a un conocimiento objeto o símbolo	Cualitativo ordinal	Escala de Likert a) Totalmente de acuerdo. b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo. e) Totalmente en desacuerdo



Tiempo (hora-día) Conocer con quien pasa mayor horas del día el preescolar	Es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos.	Categorica. Ordinal.	a) 1-3 horas. b) 4-6 horas. c) >6 horas.
---	---	-----------------------------	--

7.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACION.

La recolección de información se llevo a cabo por medio de tres fases.

FASE 1

Revisión bucodental de cada alumno, la cual se realizo en presencia de una autoridad escolar.

El formato que se utilizó fue el odontograma que se emplea en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México

Para realizar la exploración clínica se siguió el orden según el número de folio que tengan los integrantes de la muestra, de esta manera se realizó la inspección del numero 001 al 054 con una duración de 10 minutos entre cada uno dividido en 14 días.

Se le realizó a cada niño la inspección bucal y se registró en su hoja de recolección de datos previamente llenada el apartado de identificación.

A cada participante se le realizó la inspección bucal, para ello a cada integrante se revisó con material estéril (espejo, excavador, explorador y pinzas de curación) y material desechable (guantes, cubre bocas, abate lenguas, campo de trabajo).

El participante se colocó acostado sobre una mesa a un lado de la mesa de exploración, que se ubicó cerca de una ventana para obtener luz natural, en la cual se colocó el material a utilizar y el formato a llenar.

Se le pidió al alumno que proporcionará su número de folio con el que contestó el cuestionario antes de proceder a la exploración.

Se siguieron los criterios de la OMS para determinar la presencia de lesión cariosa que se explican en el Anexo I.

FASE 2

A cada padre de familia se le aplicó un cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos, actitudes y hábitos de higiene bucal y alimentación.

Para evaluar la validez de criterio del instrumento, se entregó el cuestionario a 10 expertos quienes evaluaron las preguntas; haciendo el análisis de las respuestas de los jueces y se observó si los cuestionamientos eran pertinentes para evaluar conocimientos, actitudes y hábitos sobre higiene bucal tanto en padres de familias como en alumnos del Jardín de Niños "Ignacio López Rayón". (Anexo III)



7.9 CAPTURA Y ANALISIS DE DATOS

Se empleó el programa EXCEL del paquete Office en su versión 2010 para realizar el análisis estadístico.

En cuanto a la información obtenida de los cuestionarios de los niños (Anexo IV)

1. Relación de imágenes se evaluó como positivo y negativo.
2. Identificación de imágenes que contenían alimentos que producen caries se calificó como positivo y negativo.
3. Demostración sobre un dibujo y su propia boca de la técnica de cepillado se calificó igualmente como positivo y negativo.
4. Por último se realizaron 10 preguntas en las que planteábamos cuestionamientos con el objeto de obtener información sobre hábitos y actividades que realizan de salud bucal.

Los cuatro puntos anteriores se analizaron por grupos según edad y género,

En cuanto al cuestionario dirigido a los padres de familia se evaluaron los siguientes puntos. (Anexo V)

1. Hábitos y cuidados de los padres de familia ante sus hijos. El tipo de cuidado y hábitos fueron evaluados por medio de las preguntas 1-13 del cuestionario. Se crearon varias categorías de opción de respuesta.
2. Actitud de los padres referente a su salud. Se realizó este cuestionamiento para conocer el grado de conocimiento y actitudes de los padres referentes a su salud bucodental. En este apartado se utilizó la escala de Likert con 5 opciones de respuesta.

El puntaje máximo que se podía obtener era de 70 puntos, obtenido a través de la suma de todos los reactivos de la pregunta 1-14, se establecieron intervalos para clasificar.

- 0-14 = Deficiente
- 15-28 = Regular
- 29-43= Aceptable
- 44-58= Buena
- 59-70= Muy buena

3. Horas al día que conviven con sus hijos.

Para calcular este criterio en el momento de la inspección se realizaron 6 preguntas las cuales estaban dirigidas principalmente para conocer quién era el cuidador primario. Algunas de las preguntas se enfocaron principalmente para conocer la cantidad de horas que los niños realizando actividades fuera de casa y con quien conviven el mayor tiempo.



7.10 ESTIMACION DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ETICAS

RIESGOS PROBABLES.

Tomando como base el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I, Artículo 17, Inciso II, se considera que en esta investigación existe un Riesgo Mínimo para el paciente infantil preescolar al realizar la revisión clínica bucal, el cual puede causarle leve estrés por el manejo de los niños al momento de la inspección, sin embargo esto no causa ninguna agresión, molestia o dolor al menor.

El investigador suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la Salud del niño en quien se realice el estudio, Capítulo I, Artículo 18, Ley General de Salud. Así mismo, se hace de su conocimiento que se trabajará con las máximas normas de higiene y seguridad estipuladas por la Secretaria de Salud al momento de efectuar los procedimientos clínicos en cada uno de los niños, empleando siempre instrumentos esterilizados, así como guantes, cubre bocas y bata por el equipo de investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud, Artículo 20,21 y 22 se solicitara por escrito al padre, madre, tutor o representante legal la autorización para la participación correspondiente en la investigación a fin de que puedan realizar en él.

Para tal motivo se elaboro una carta de consentimiento en la cual se informó de una manera clara y sencilla la naturaleza de los procedimientos, el riesgo probable, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, previo aviso. La carta deberá ser firmada por la persona responsable y un testigo.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Toda la información obtenida en el estudio, así como la identificación individual se considera confidencial, únicamente se informara de los resultados obtenidos en la investigación.

8. RECURSOS

8.1 HUMANOS

2. Aplicadores

4. Colaboradores

8.2 MATERIALES

PAPELERIA

- 54 cuestionarios de conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucodental, para niños.
- 54 cuestionarios de conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucodental, para los padres de familia.
- Lápices

8.3 FINANCIEROS.

Los recursos financieros fueron divididos en dos: por parte de la escuela se proporcionó equipo (mesa de trabajo), y el resto de los recursos fueron cubiertos por el investigador principal



9. RESULTADOS.

Los resultados serán enumerados según las fases en las que fueron obtenidos:

FASE I Revisión bucodental de los niños

Durante la revisión bucodental de los grupos etarios de 4-4.11 y 5-5.11 años de edad se obtuvo que el total de dientes con caries es de 257, dientes exfoliados o extraídos fueron 9 se encontraron que 41 dientes ya presentaban obturaciones.

En cuanto al índice comunitario se observa que es de 5.67 lo cual nos indica que se encuentra dentro del rango 4.5 – 6.5 de acuerdo a los niveles de severidad de caries dental propuestos por la OMS basados en la aplicación del Índice CPO-D y ceo-d, esto nos indica que tenemos un nivel alto. (Tabla2)

Tabla 2. Índice ceo durante el ciclo 2010-2011								
	c		E		o		Índice	
	F	x	f	X	f	x	x	Comunitario
4-4.11	47	5.22	0	0	4	0.44	0.28	5.67
5-5.11	210	4.67	9	0.2	37	0.82	0.28	5.69
Total	257	4.76	9	0.17	41	0.76	0.28	5.69

Fuente directa.

Con respecto al índice ced-o de la población se observó que durante el ciclo escolar 2010-2011 que 257 dientes presentaban caries, 9 dientes fueron extraídos o exfoliados y 41 dientes se encontraban obturados mientras que durante el ciclo escolar 2009-2010 fueron 252 los dientes con caries, 3 extraídos o exfoliados y 41 obturados, en el estudio presente comparado con el del ciclo pasado hubo aumento del número de dientes cariados en el grupo etario de 4-4.11 años, un aumento en el grupo de 5-5.11 respecto a los dientes extraídos y obturados. La diferencia observada el ceo puede ser debido a que el tamaño de la muestra de la población estudiada (n=54) es menor comparada con la del ciclo anterior que fue de 116. (Tabla 3)

Edad	c		E		o		Índice	
	F	x	f	X	f	x	X	Comunitario
4-4.11	44	4.89	0	0	4	0.44	0.27	5.33
5-5.11	215	4.78	3	0.07	24	0.53	0.27	5.38
Total	252	4.67	3	0.06	28	0.52	0.26	5.24

Fuente Julián de la Cruz, 2010

El índice comunitario de ced-o fue de 5.69 el cual nos refleja de acuerdo a los Niveles de Severidad de caries dental propuestos por la OMS basados en la aplicación del Índice CPO-D y ceo-d que es alto y al comparar el estudio del ciclo escolar 2009-2010 este fue de 5.24, esto indica que hubo un aumento en tal índice pero se conserva en el mismo nivel alto.



Fase 2 aplicación de cuestionarios a los niños

Durante esta fase los resultados obtenidos fueron

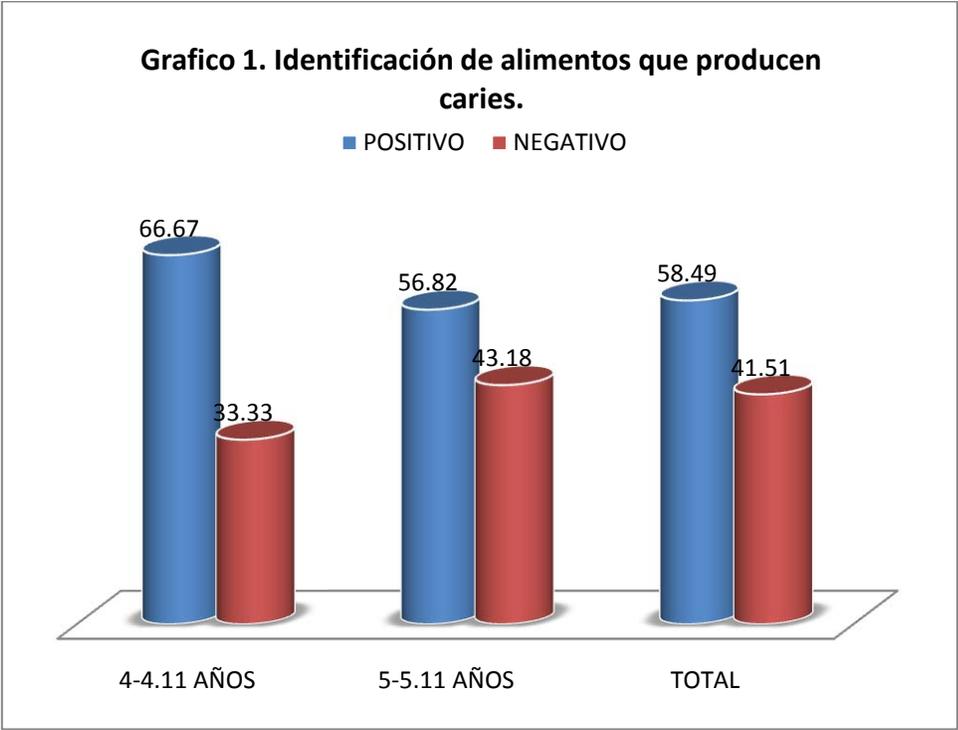
Al ejecutar el ejercicio de relación de imágenes se encontró que el 88.89% de los niños del primer grupo etario (4-4.11 años) realizó correctamente el ejercicio propuesto con lo cual podemos deducir que se encuentra un impacto positivo mientras que de los alumnos de edad de 5-5.11 años solo el 56.82 % lo realizó correctamente y el restante contestó incorrectamente. (Tabla 4)

Tabla 4. RELACIÓN DE IMAGENES

	4-4.11 AÑOS		5-5.11 AÑOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
POSITIVO	8	88.89	23	54.76	31	60.78
NEGATIVO	1	11.11	19	45.24	20	39.22
TOTAL	9	100.00	42	100.00	51	100.00

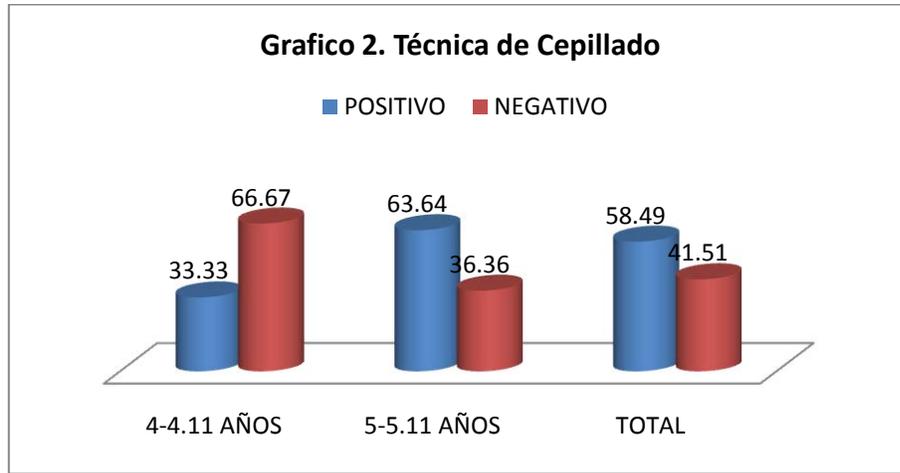
Fuente Directa.

Durante el análisis del ejercicio en el que los niños debían identificar los alimentos que producen caries, se observó que en el grupo etario de 5-5.11 años el 43.18% de los niños los identificó erróneamente y en el grupo etario de 4-4.11 años de edad se encontró que solo el 33.33% no identificó correctamente los alimentos. (Grafico 1)



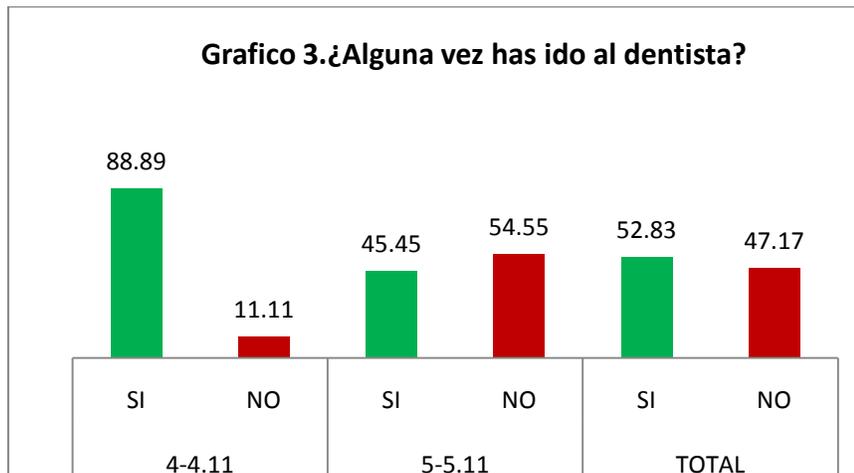
Fuente Directa

En cuanto al ejercicio en el cual se evaluó si los alumnos conocían y realizaban de manera adecuada la técnica de cepillado, al análisis indico que el 63.64% de los alumnos de edad de 5-5.11 realizo correctamente la técnica, mientras que en el rango de edad de 4-4.11 solo el 33.33% lo hizo correctamente. (Grafico 2)



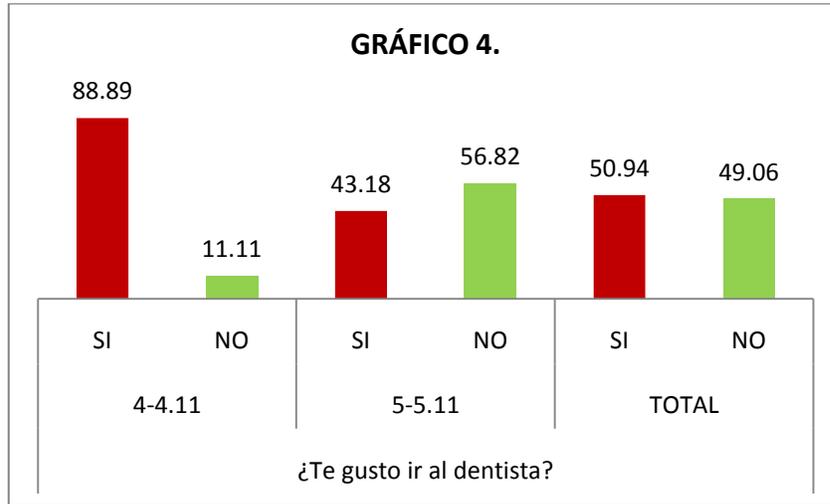
Fuente Directa

Posterior a la aplicación de los ejercicios se les realizo una encuesta la cual dio como resultado que el 88.8% de niños de 4-4.11 años refirieron haber asistido al dentista, mientras que el 54.55% de niños de 5-5.11 no ha tenido experiencia previa en la consulta con un odontólogo. (Grafico 3)



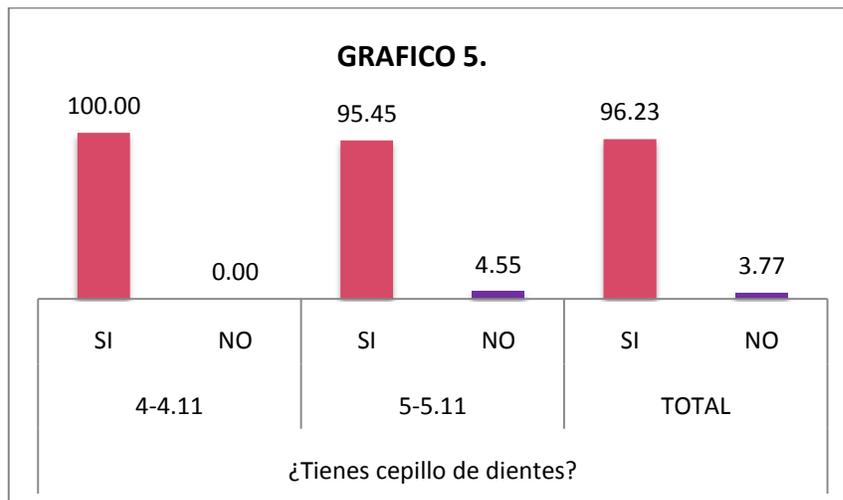
Fuente Directa.

De esta visita que han tenido los niños al dentista, al 88.89% de ellos les había agradado a la edad de 4-4.11 años mientras que los niños de 5-5.11 años solo el 56.82% contesto que no había sido grata la visita al dentista. (Grafico 4)



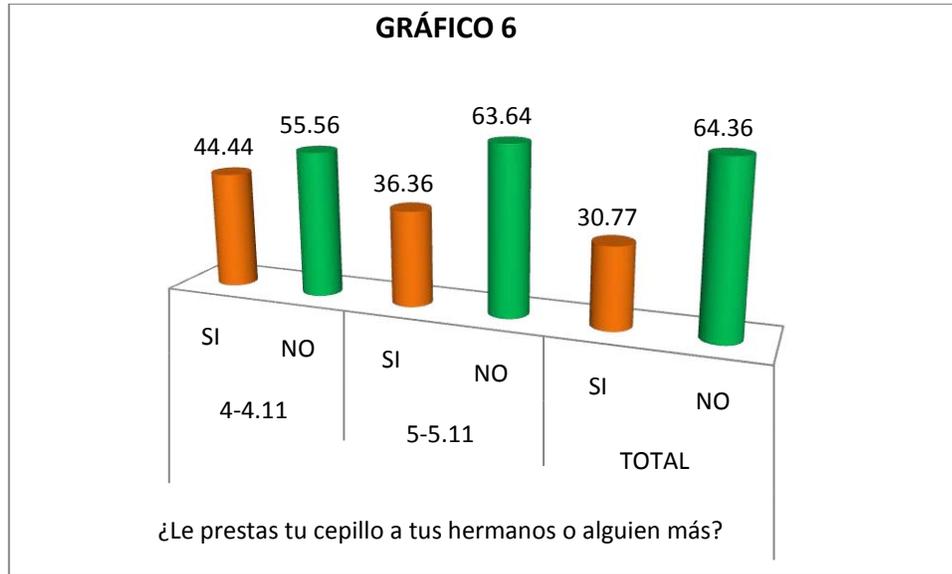
Fuente Directa

Por otra parte mas del 90% del total de los niños refirió que cuenta con un cepillo dental y solo el 3.77% contesto que no lo tenía. (Grafico 5)



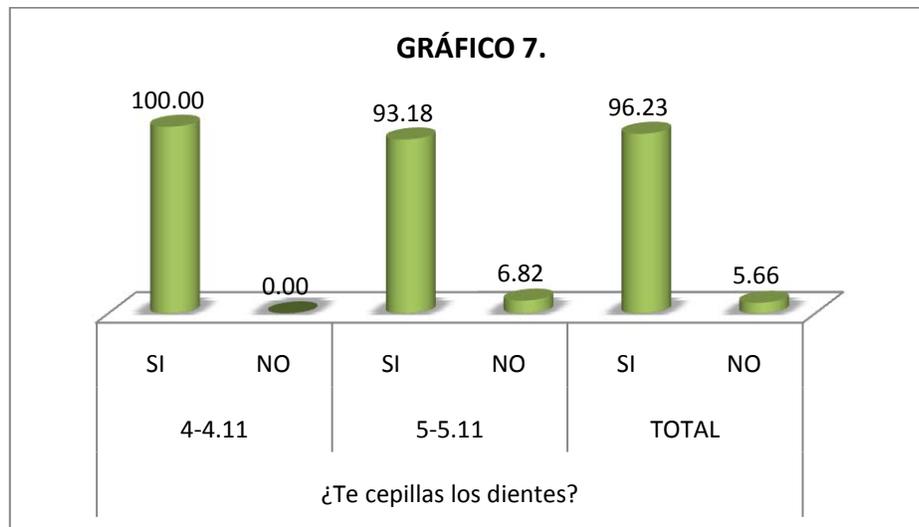
Fuente Directa

Del total de niños entrevistados obtuvimos que el 62.26%, no comparte el cepillo dental con nadie y el 30.77% si lo hace, primordialmente comparten el cepillo con sus hermanos. (Grafico 6)



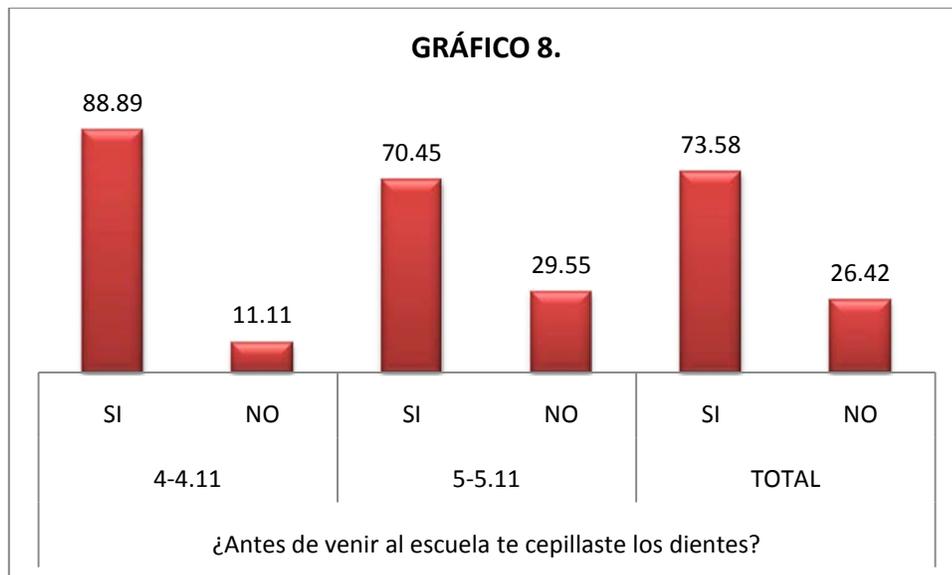
Fuente Directa

En cuanto a la pregunta ¿Te lavas los dientes? solo el 6.82% de los niños de 5 a 5.11 años refirieron que no se cepillaba los dientes. (Grafico 7).



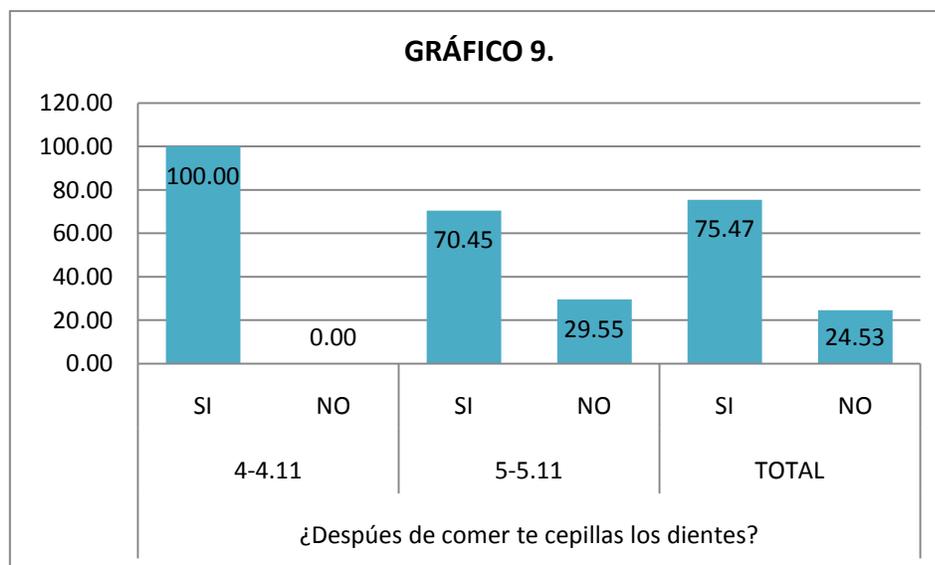
Fuente Directa.

Del total de los niños encuestados (54) al preguntarles sobre si se habían cepillado los dientes antes de venir al escuela el 73.58% respondió que sí. (Gráfico 8).



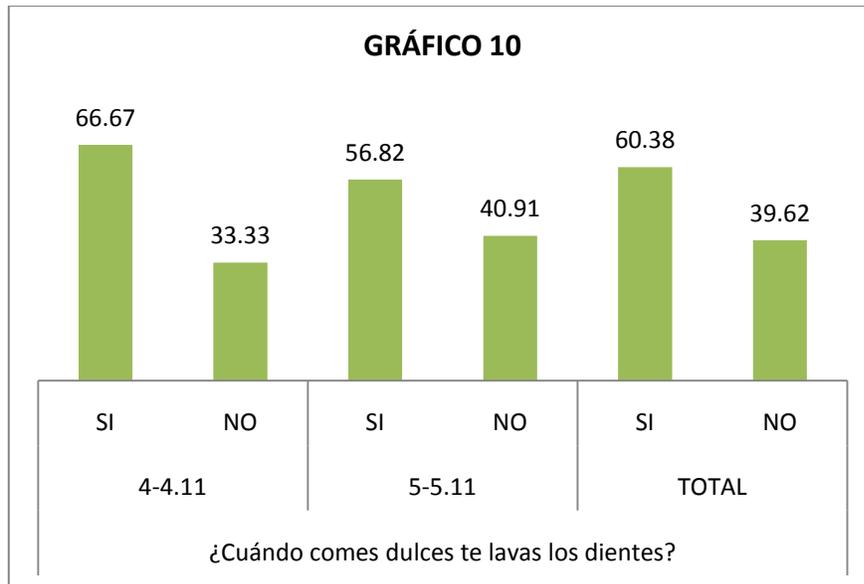
Fuente Directa.

Sobre la frecuencia del cepillado dental después de comer se encontró que solo el 24.53% no lo realiza. (Gráfico 9)



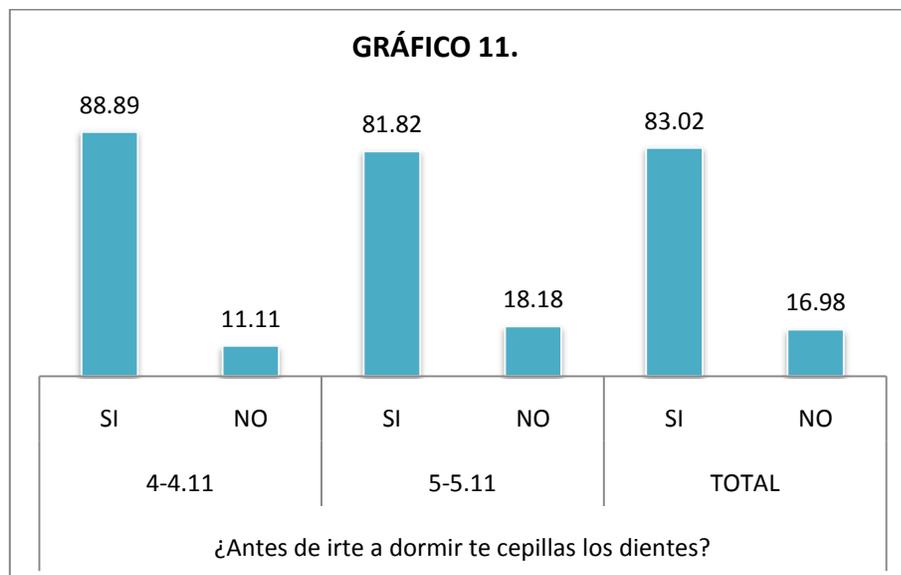
Fuente Directa

El 66.67% del grupo etario de 4-4.11 años refirieron que después de comer dulces se cepillan los dientes, mientras que el grupo etario de 5-5.11 años de edad solo el 60.38% lo realiza. (Grafico 10)



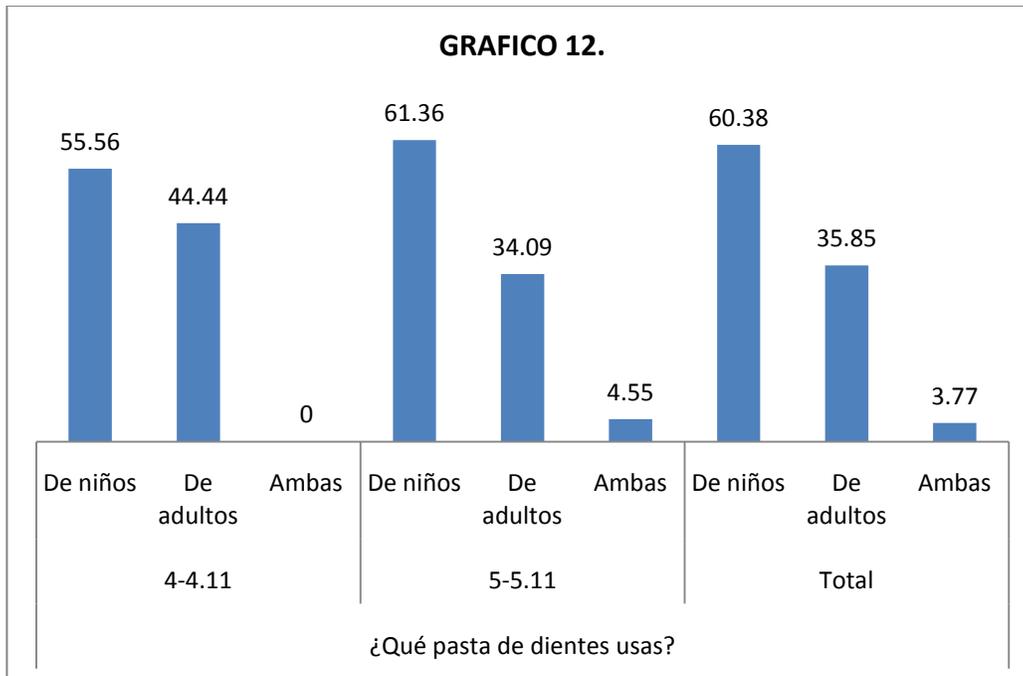
Fuente Directa

Al cuestionarle a los niños si antes de dormir realizaban el cepillado dental, se encontró que el 83.02% si lo realiza. (Grafico 11)



Fuente Directa

El 55.56% de los niños de 4-4.11 años y el 61.36% de los de 5-5.11 años recurren a una pasta específica infantil, el 35.85% se cepillan con pasta de adultos y el 3.77% con ambas. (Grafico 12)



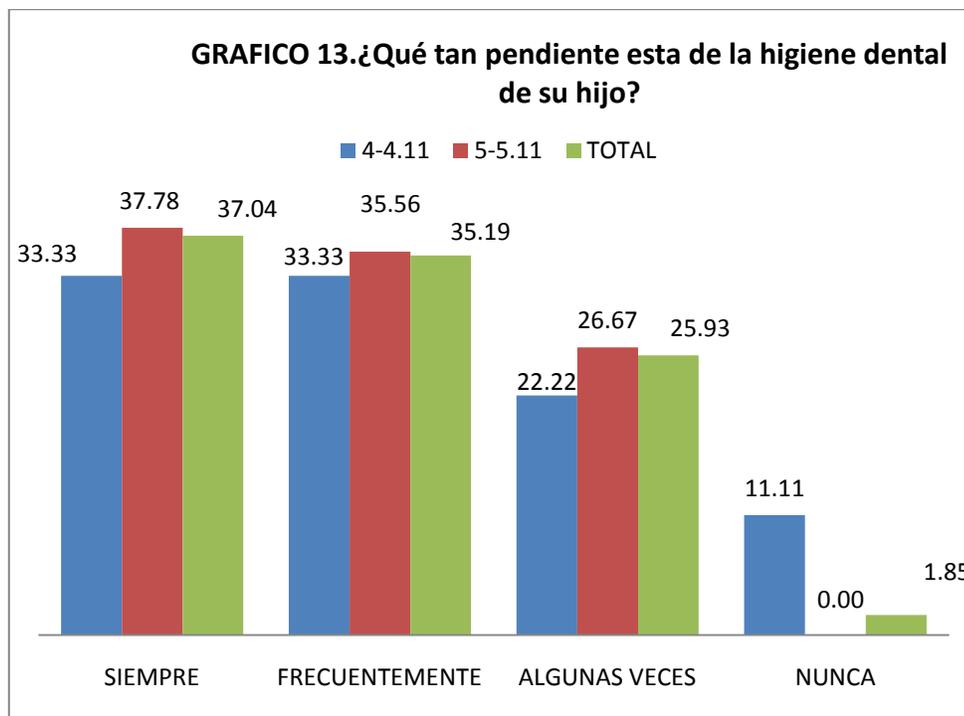
Fuente Directa



FASE III

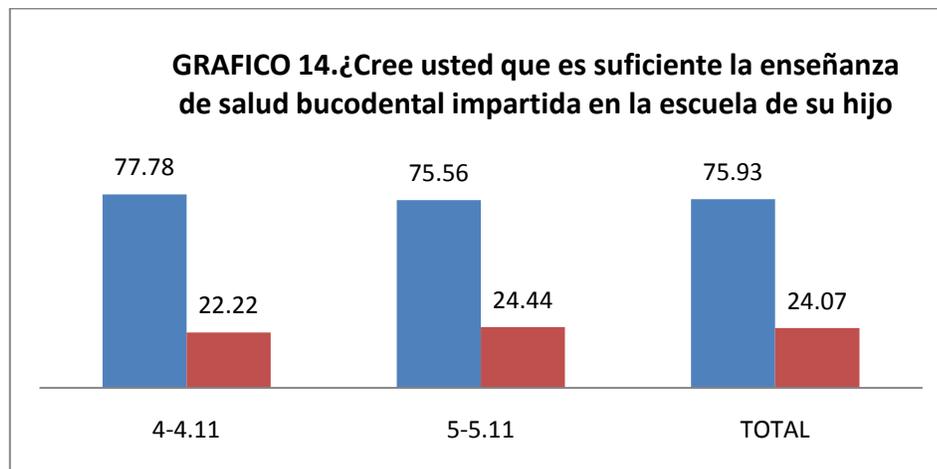
Durante la aplicación de los cuestionarios a los padres de familia los resultados que se obtuvieron se describen a continuación.

Al preguntar a los padres de familia sobre que tan pendiente esta de la higiene dental de su hijo el 25.93% contesto que algunas veces, el 35.19% que frecuentemente, mientras que el 37.04% respondió que siempre y solo el 1.85% contesto que nunca. (Grafico 13)



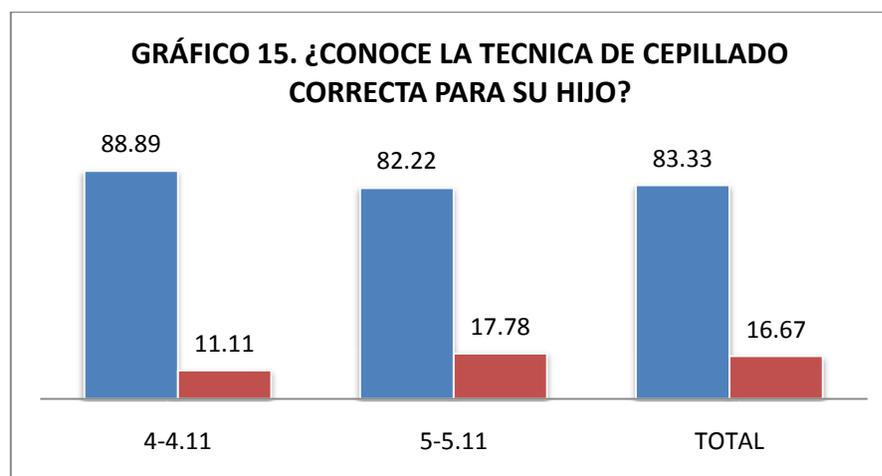
Fuente Directa.

El 75.93% de los padres de familia opinan que la enseñanza de educación bucodental que imparte la escuela es suficiente, el grupo etario que presento mayor porcentaje de respuesta en la cual los padres de familia decían que no era suficiente la enseñanza de educación bucodental impartida en la escuela fue el de 5 -5.11 años de edad (24.44%). (Grafico 14).



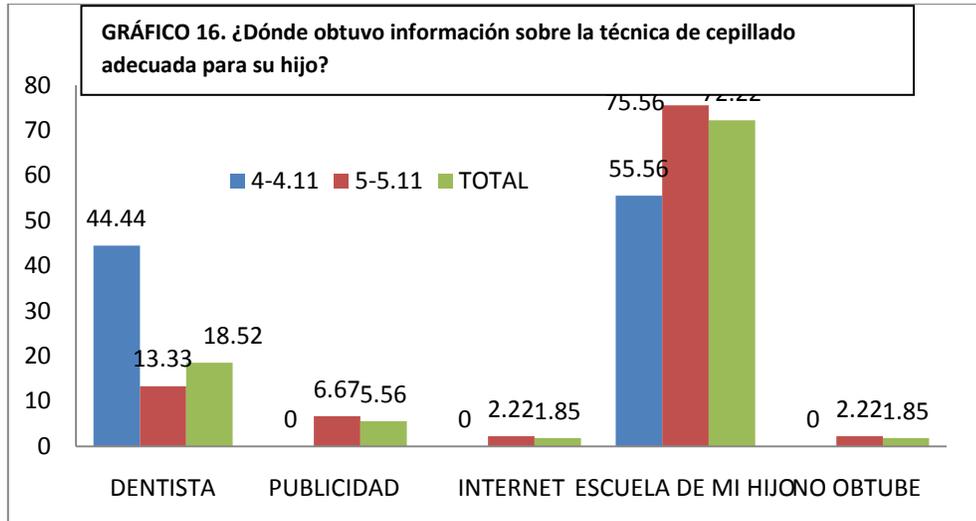
Fuente Directa.

Al preguntársele a los padres de familia si conocían la técnica de cepillado adecuada para sus hijos, se encontró que el 83.33% contesto que si y el 16.67% que no. (Grafico 15).



Fuente Directa

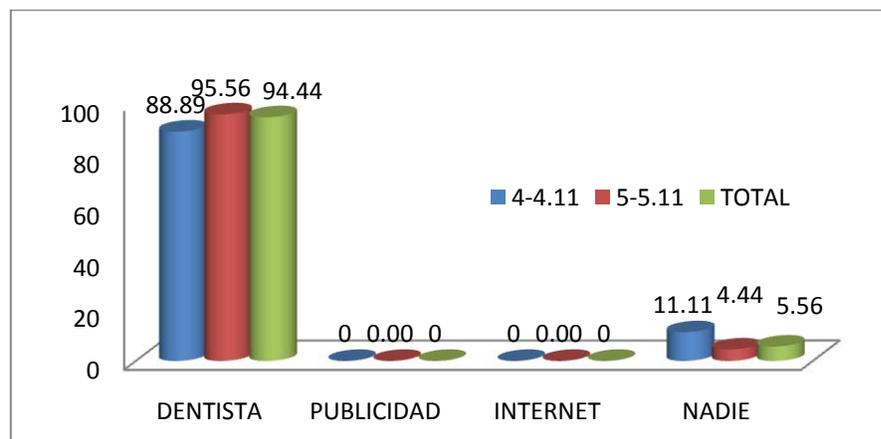
El 72.22% de los padres de familia del grupo etario de 5-5.11 obtuvo información sobre la técnica de cepillado contesto que la obtuvo en la escuela, mientras que el 18.52% con el dentista. (Grafico 16)



Fuente Directa.

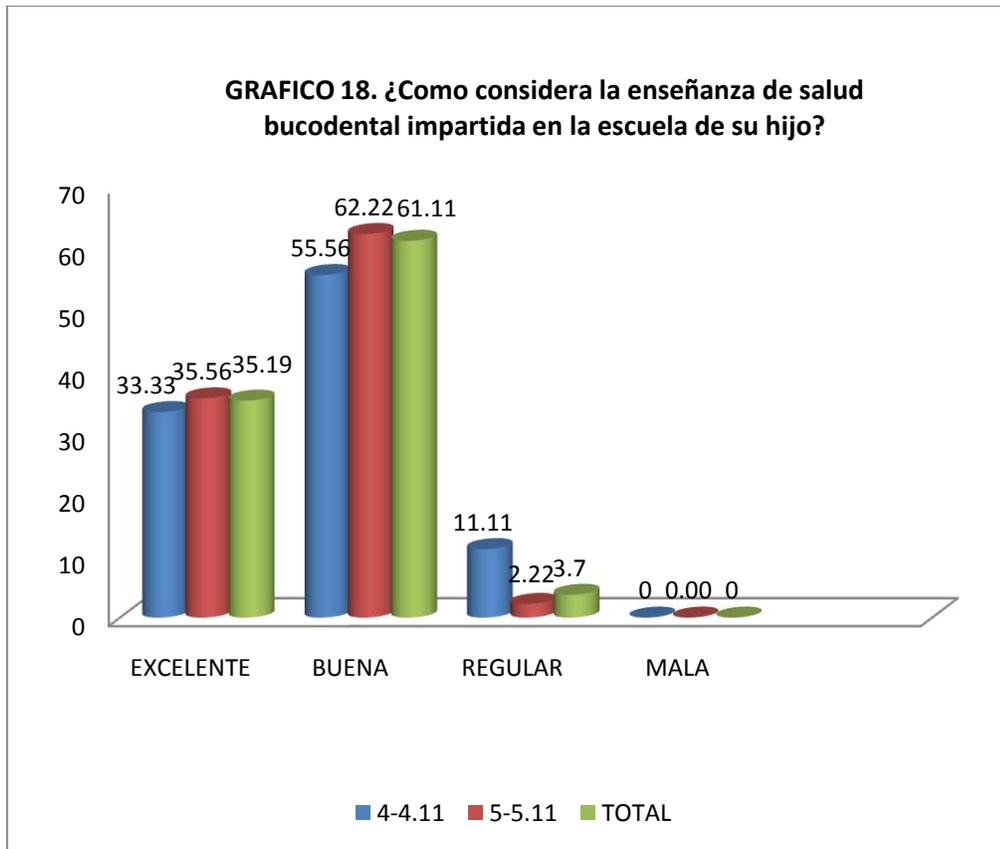
En la muestra la población observada se observo que el 94.44% de los padres de familia refieren que obtuvieron la información de cuál era la técnica de cepillado correcta con el dentista. (Grafico 17)

GRAFICO 17 ¿En donde obtuvo la técnica de cepillado correcta para su hijo?



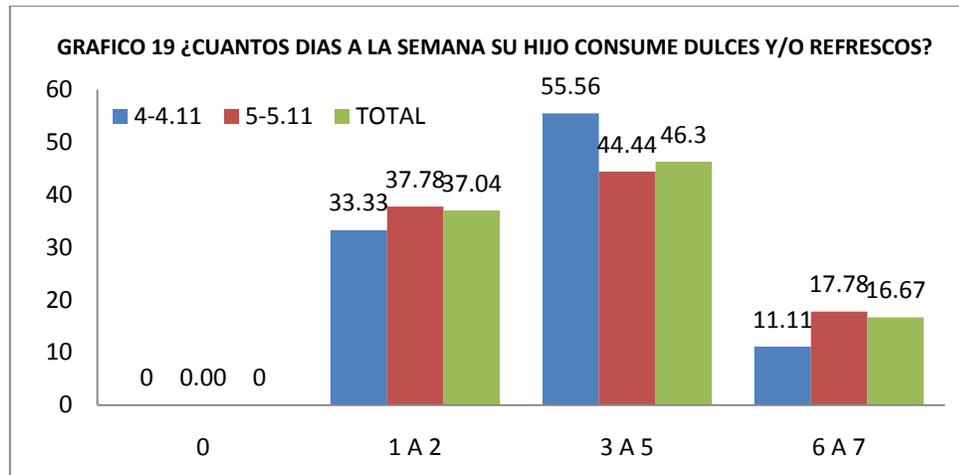
Fuente Directa

Al cuestionar a los padres de familia sobre como consideraban la enseñanza de salud bucodental que se imparte en la escuela el 61.11% considero que era buena, el 35.19% excelente y el 11.11% regular. (Grafico 18)



Fuente Directa.

Del total de los padres de familia entrevistados el 46.3% refiere que sus hijos consumen dulces o refrescos de 3 a 5 días a la semana, el 37.04% de 1 a 2 días y el 16.67% los consumo de 6 a 7 días. (Gráfico 19)



Fuente Directa.

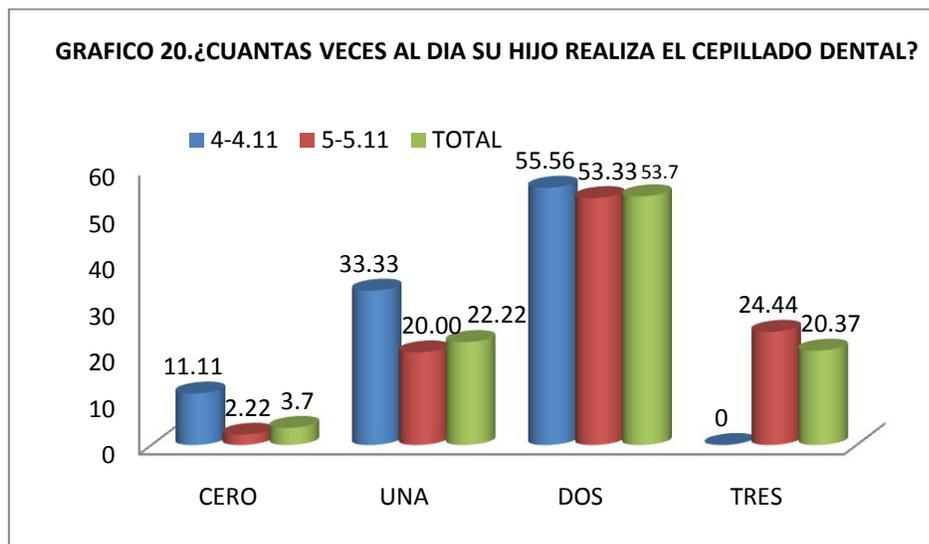
Al comparar los resultados que se obtuvieron en este estudio y los que se obtuvieron el ciclo escolar anterior (tabla 5), podemos señalar que hubo una disminución en el consumo de dulces ya que el ciclo anterior se obtuvo que el 51.85% de los niños consumían de 6 a 7 días por semana y en el estudio actual se obtuvo que el 46.30% el consumo es de 3 a 5 días por semana.

Tabla 5. Ciclo escolar 2009-2010 ¿Cuántas veces a la semana su hijo consume dulces?

	4-4.11		5-5.11		Total	
	f	X	F	X	f	X
0 días	0	0	1	2.22	1	1.85
1 a 2 días	4	44.44	12	26.27	16	29.63
3 a 5 días	2	22.22	7	25.56	9	16.67
6 a 7 días	4	44.44	25	55.56	28	51.85

Fuente: JULIAN DE LA CRUZ ,2010

El 53.7% de padres de familia, refirieron que los niños se cepillaban los dientes 2 veces al día, seguido del 20.37% que lo hacen 3 veces al día, el 22.22% solamente se cepillan los dientes una vez al día y el 11.11% respondieron no hacerlo. (Grafico 20)



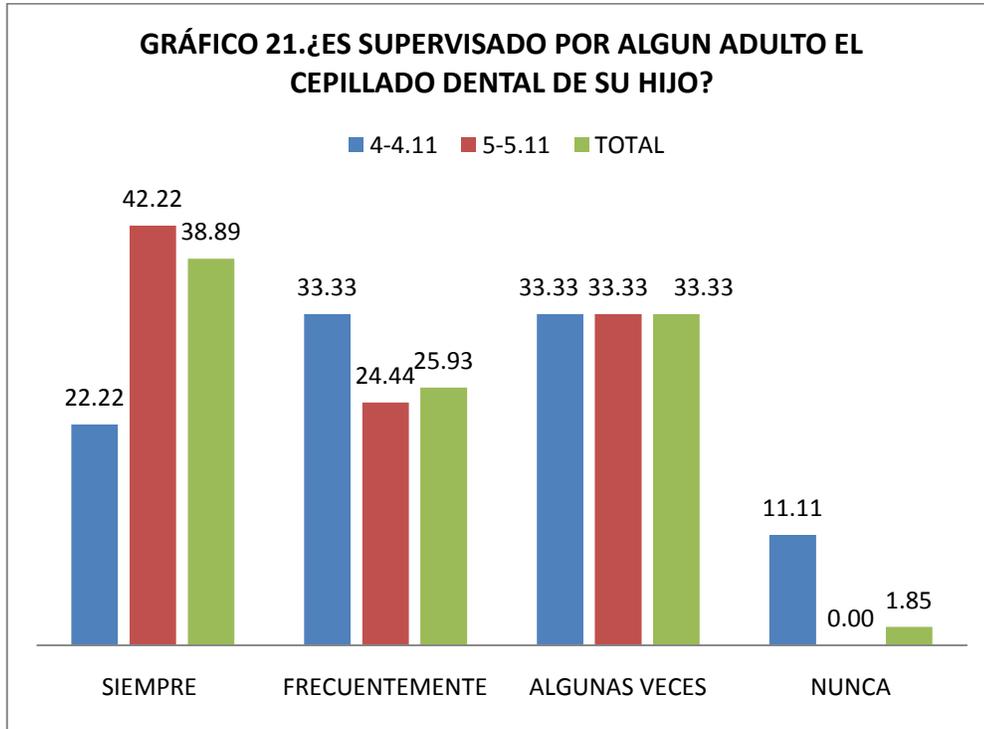
Fuente Directa.

Al realizar la comparación entre los resultados que se obtuvieron en el ciclo escolar 2009-2010 (tabla 6), se obtuvo que 62.96% de los niños realizaban el cepillado bucal 2 veces al día y en el presente estudio se obtuvo que el 53.70% realizaba el cepillado bucal 2 veces al día, se destaca que hubo un aumento en el porcentaje de niños que realizan el cepillado bucal 3 veces al día el cual fue 20.37% mientras que el año pasado fue del 11.11%.

	4-4.11		5-5.11		Total	
	f	X	f	x	f	X
Ninguna	0	0.00	2	4.44	2	3.70
1 vez	2	22.22	11	24.44	13	24.07
2 veces	7	77.78	27	60.00	34	62.96
3 veces	0	0.00	5	11.11	5	9.26

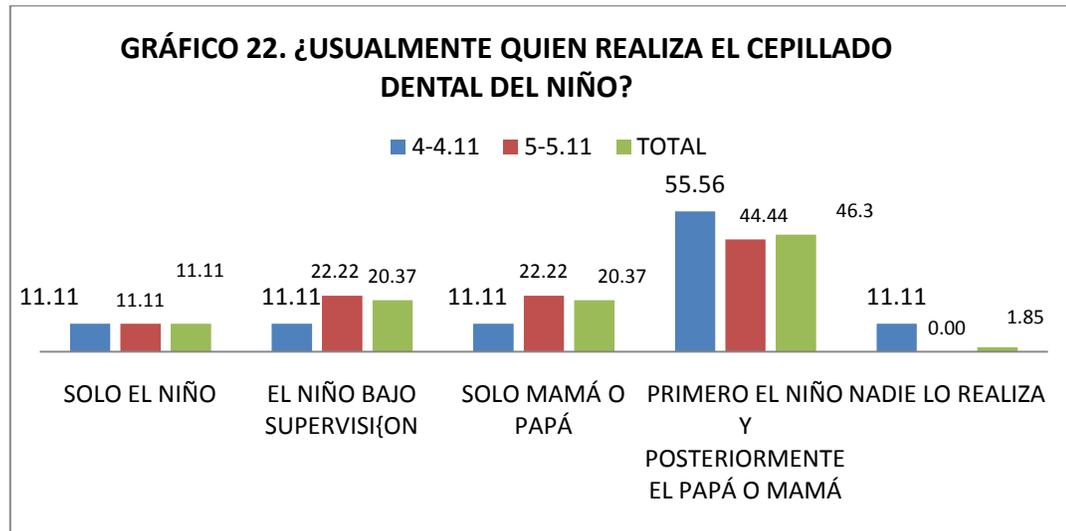
Fuente: JULIAN DE LA CRUZ, 2010

Al cuestionar a los padres de familia sobre si sus hijos eran supervisados cuando realizaban el cepillado bucal se obtuvo que el porcentaje mayor fue de 38.89% lo cual nos indica que la mayoría está siempre pendiente del cepillado bucal de sus hijos. (Grafico 21).



Fuente Directa.

El 46.3% de los padres aceptan que el cepillado es realizado primero por el propio preescolar y después es realizada por ellos siendo tan sólo el 11.11% que afirman que el cepillado bucal es realizado solo por el preescolar. (Grafico22)



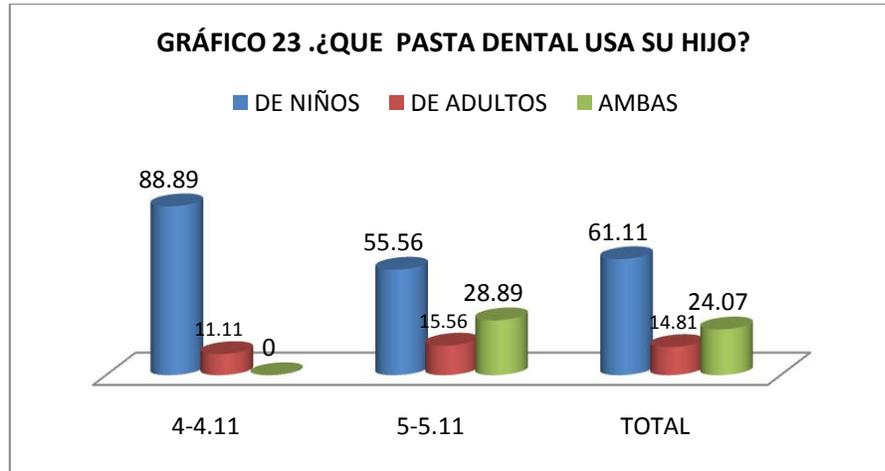
Fuente Directa.

A través de los datos obtenidos referentes a quien supervisa y realiza el cepillado dental se puede observar que de un total inicial de 116 niños, se diagnosticaron finalmente 54. En un inicio prevaleció el 59.26% en el cual los padres referían que los niños primero cepillaban los dientes y posteriormente ellos, sin embargo al final se obtuvo un porcentaje 46.30% menor en este mismo apartado, observándose que existe una diferencia relevante en cuanto a esta variable.

	4-4.11		5-5.11		Total	
	f	x	f	X	f	X
El niño solo	0	0.00	1	2.22	1	1.85
El niño bajo supervisión	2	22.22	11	24.44	13	24.07
Primero niño y luego mama o papá	6	66.67	27	60.00	32	59.26
Solo papa o mama	1	11.11	6	13.33	8	14.81
Nadie	0	0.00	0	0.00	0	0.00

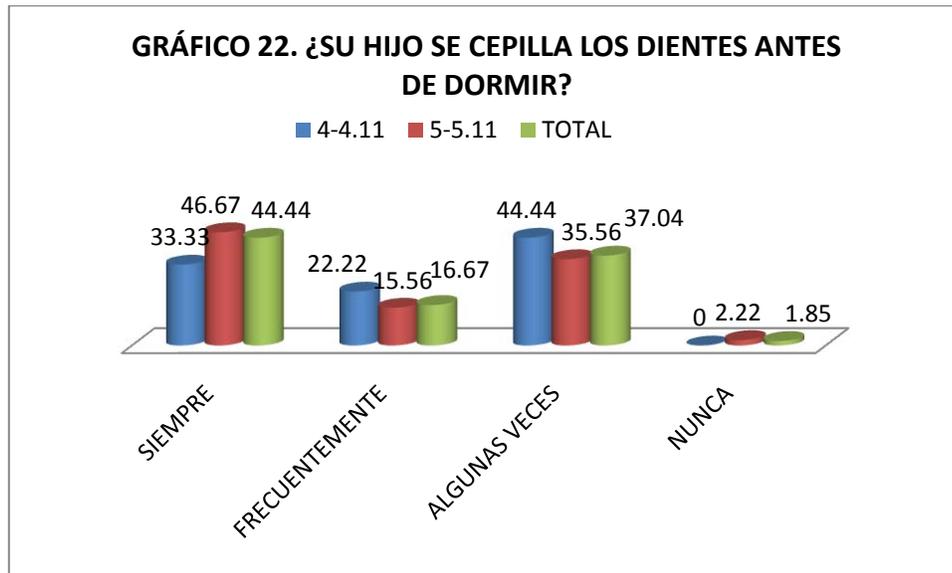


Al cuestionar a los padres de familia sobre que pasta dental utilizaban sus hijos, el 61.11% refirió que utilizaban una especial para niños, el 24.07% utiliza ambas pastas y el 14.81% la de adultos. (Grafico 23)



Fuente Directa.

Cuando se analiza la frecuencia del cepillado antes de dormir, el 44.44% afirma que sus hijos lo hacen siempre, el 37.04% algunas veces, el 16.67% frecuentemente y el 1.85% de los padres reconocen que el cepillado nunca es realizado por las noches. (Grafico 24)



Fuente Directa.

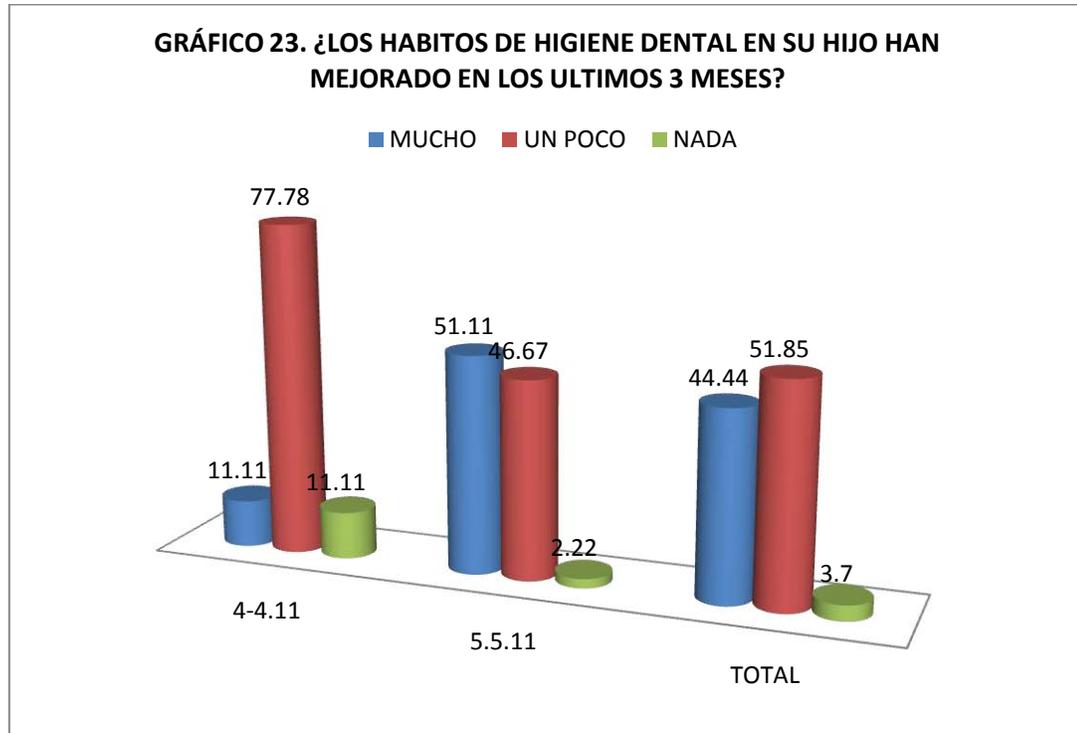
Al realizar el análisis de datos y comparar los resultados del estudio anterior se observa que hubo un incremento en el porcentaje de los niños que se cepillan los dientes antes de dormir.

Tabla 8. ¿Se lava los dientes antes de dormir?

		4-4.11		5-5.11		Total	
	f	X	F	x	F	X	
Si	4	44.44	32	71.11	36	66.67	
No	5	55.56	13	28.89	18	33.33	

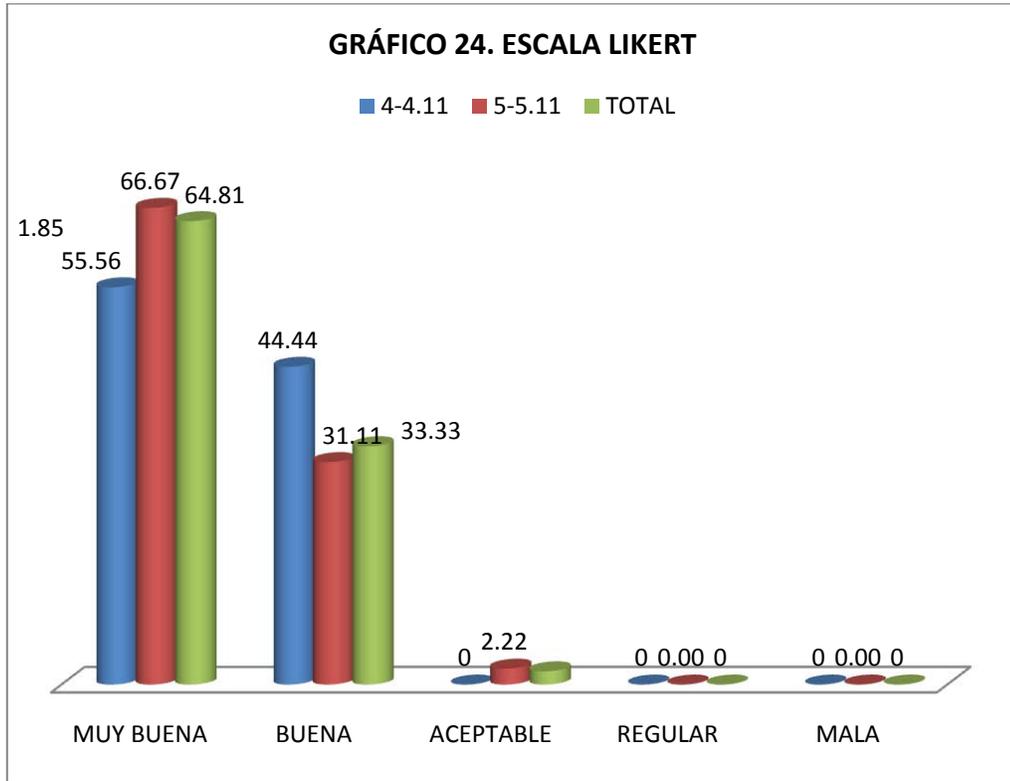
Fuente: Julián de la Cruz, 2010

Para concluir la serie de preguntas realizadas a los padres de familia se planteo la siguiente la cual consistía en que ellos nos dijeran con base en la observación de su hijo durante el transcurso si ha mejorado los hábitos de higiene bucal de su hijo, el 51.85% nos refiere que mejoro un poco, el 44.44% mucho y por último el 3.7% contesto que nada. (Grafico 23)



Fuente Directa.

En cuanto los resultados que se obtuvieron para evaluar la actitud de los padres se obtuvo que el 64.81% presenta muy buena actitud ante el cuidado bucodental de sus hijos y de ellos propios, el 33.33% fue buena y el 2.22% fue aceptable. (Grafico 24)



FUENTE DIRECTA



En cuanto a los cuestionamientos de horas día se obtuvo que el 72.22% de la población pasa el mayor tiempo en la escuela, y el 50% nos indica que el cuidador primario es la madre. (Tabla 8)

TABLA 9. HORAS DIA GENERAL expresado en porcentaje del total de la población						
				Conviven con		
	VER TV	ACTIVIDADES FUERA DE CASA	ESCUELA	Mamá	Papá	Otros familiares
1 A 3	83.33	61.11	16.67	27.78	33.33	31.48
4 A 6	5.56	18.52	72.22	20.37	33.33	12.96
MAS DE 6	1.85	1.85	11.11	50	12.96	27.78
Nunca	0	18.52	0	1.85	20.37	27.28

Fuente Directa

10. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto que produjo la implementación de un programa de salud bucal lo cual se realizó a través de diversos indicadores. Los resultados obtenidos en este trabajo pueden ser comparados con los realizados en España. En la Encuesta de Salud Oral en Preescolares realizada en el año 2007, al aplicar cuestionarios sobre Hábitos de Salud Oral a los padres de los preescolares se obtuvo que tan sólo el 27-30% de los preescolares han acudido alguna vez al dentista (mayoritariamente para revisión rutinaria). Entre el 96-98.6% de los padres afirman que su hijo/a mantiene una higiene oral. La mayoría de los padres aceptan que el cepillado es realizado por el propio preescolar siendo tan sólo el 28-33% de los padres los que se ocupan personalmente del cepillado dental. Cuando se analiza la frecuencia del cepillado, entre el 30-36% afirman que lo hacen dos veces al día, entre el 46-48% una vez al día y entre el 17-22% de los padres reconocen que el cepillado es realizado tan sólo de vez en cuando. El 5.2% de los niños de 3 años y el 2.5% de los de 4 años se cepillan sin utilizar pasta dental. De los que utilizan pasta dental, el 95% recurren a una pasta específica infantil.²

De acuerdo a estos resultados podemos describir lo siguiente:

En España la frecuencia de cepillado dental con mayor porcentaje (46.48%) es de 1 vez al día, en comparación con la población estudiada aquí en México que el mayor porcentaje (53.7%) fue de 2 veces al día.

En cuanto al cuestionamiento realizado a los padres sobre si sus hijos tenían una salud bucal óptima en la población de España el 96-98.6%, contesto que si, mientras que la población Mexicana sujeta a este estudio el porcentaje que respondió que si fue del 96.23%, esto nos indica que no hay una diferencia muy significativa entre estos dos estudios en de acuerdo a los dos porcentajes obtenidos.



Aproximadamente el 46.3% del total refiere que los niños son supervisados y el cepillado bucal es realizado por ellos y después por sus padres, en comparación con la encuesta realizada en España en el año 2007 en el cual la población refirió que solo el 28.33% de los niños eran supervisados por sus padres.

Los resultados de la Encuesta sobre hábitos de salud oral y visitas al dentistas realizados en España revelan que tan sólo el 27% de los preescolares de 3 años y el 30% de los de 4 años han visitado al dentista alguna vez en su vida (el motivo mayoritario fue la revisión dental), mientras que en la población mexicana se encuentra que el 88.89% de los niños de 4 años y el 45.45% de los de 5 años han visitado al dentista, podemos entonces por lo tanto recalcar que existe un porcentaje mayor en cuanto a la visita al dentista en la población mexicana pero aun así, estas cifras chocan con las recomendaciones internacionales que insisten en la importancia de una primera consulta sistemática al dentista al cumplir el año de vida.

11. CONCLUSIONES

Producto del diagnóstico epidemiológico inicial y final, realizado en el Jardín de Niños “Ignacio López Rayón”, se establece una aproximación objetiva entre la situación de caries dental y el índice de higiene oral inicial y final, posterior a la aplicación de un programa preventivo y educativo durante un ciclo escolar, donde se concluye lo siguiente:

- De 116 niños diagnosticados en el inicio, se evaluaron 54 de los mismos, Inicialmente se presentaban 217 dientes con caries en el total de la muestra, valor que se incrementó a 257, posterior a la aplicación del programa preventivo y educativo
- De acuerdo a los criterios de la OMS la población infantil examinada se encuentra en un nivel alto de severidad (índice ceo-d del 5.69)
- En función al objetivo de la evaluación del impacto del programa aplicado, existió un incremento en el número de dientes con caries, en cuanto los hábitos de higiene bucal se observa mejoría en algunos casos como la disminución de ingesta de dulces, el incremento de la frecuencia del cepillado bucal en el rango de tres veces al día, al igual el incremento de cepillado bucal antes de dormir.
- Pero también se observó que hubo un descenso en cuanto a la atención y cuidados respecto al cepillado dental por parte de los padres ya que se observó que hay un menor porcentaje de supervisión.
- Se puede asegurar que los niños en donde transcurren el mayor tiempo es en la escuela por tal motivo es importante que establecer programas preventivos en las escuelas de educación preescolar, así mismo planificar campañas de salud bucal en las que se vean involucrados los aspectos educativos, preventivos y de atención a la población en los cuales haya participación de los padres de familia.



- Con la implementación de políticas de salud adecuadas se podrá alcanzar la meta propuesta por la OMS del 50% de la población libre de caries.

Sugerencias.

- Previo a la aplicación de cualquier programa de salud, se debe conocer las condiciones iniciales de la misma.
- Se deben utilizar los principios de la planificación estratégica, siempre que se quiera aplicar un programa de salud, ya que agiliza la consecución y el logro de los objetivos planteados.
- Se debe estimular a la participación activa de los maestros en la promoción de hábitos de higiene bucal, actuando como reforzadores de comportamientos positivos.
- Incentivar a la investigación en relación al tema, donde se incorporen a la población infantil.
- Crear mayor concientización a los padres respecto a la salud bucal de sus hijos durante los primeros años de vida.
- Dar supervisión adecuada en la higiene bucodental que los niños van adquiriendo a estas edades.
- Implementar un día de salud bucodental al mes en cual sea obligatoria la participación de los padres, cuidador primario y educadores, donde se aclaren dudas y se de seguimiento al cuidado bucodental.
- Emplear técnicas adecuadas de enseñanza de acuerdo al nivel de aprendizaje de acuerdo al rango de edad.
- En conclusión se puede mencionar que el programa que se aplico es apto y tuvo un impacto positivo aunque se consideraría oportuno añadir nuevas técnicas para optimizar su éxito.

12. REFERENCIA

1. Sosa Rosales M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades.
2. Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007. RCOE 2006; 12(3):143-168.
3. Begoña Rumbo Arcas. Una experiencia de desarrollo de material didáctico para enseñanza de ciencias y tecnología. Universidad Nacional entre Ríos. Rio de Janeiro. 2005.
4. Gregory, RJ. Evaluación Psicológica: Historia, principios y aplicaciones. Primera Edición. México: Editorial el Manual Moderno, 2000: 150
5. Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición
6. Pinkham, JR. BS: DDS: Ms. Odontología Pediátrica. Segunda edición: México.
7. Sánchez, F y Otros (1998). Psicología Social. McGRAW HILL. Madrid.
8. Papalia Diane. Desarrollo Humano, Octava Edición. McGRAW HILL.
9. Blázquez, Domingo y Emilio Ortega. La actividad motriz en el niño de 3 a 6 años. España. Editorial Cincel.
10. Pires Correa María, Odontopediatria en la primera Infancia, Editorial Ltda. 2009.
11. Romero Méndez Ybelisse, L. Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar "monseñor Luis Eduardo Henríquez". Municipio San Diego, Estado Carabobo. 2005 .Vol. VII, No 2, Julio - Diciembre 2006.



12. Cristina Giraldo María, L. Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa “SIPI”, en una IPS de Medellín, 2005. Revista CES Odontología Vol. 20 - No. 1 2007

13. Euceda Aguilar Lesly María, L. Situación de la salud bucal, en niños de 7-9 años de la escuela Manuel Bonilla, del municipio de Orocuina, Choluteca, Honduras, Junio-Agosto 2004.

14. Tesis, Prevalencia de Caries dental y su relación con el nivel socioeconómico y educativo de los padres en una población preescolar del municipio de Naucalpan de Juárez durante 2009-2010., 2010

ANEXOS

- I. CRITERIOS DE LESIÓN CARIOSA PROPUESTOS POR LA OMS
GRUPOS DE RIESGO SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA OMS
- II. CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN DE PREGUNTAS
- III. CUESTIONARIOS PARA NIÑOS
- IV. CUESTIONARIOS PARA PADRES DE FAMILIA
- V. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- VI. ODONTOGRAMA



ANEXO I

Código y condiciones para emplear el Índice CPO-D y ceo-d propuestos por la OMS.

Código		Condición/estado
Diente Temporal	Diente Permanente	
Corona	Corona	
A	0	Sano
B	1	Cariado
C	2	Obturado, con caries
D	3	Obturado, sin caries
E	4	Perdido por caries
-	5	Perdido, cualquier otra razón
F	6	Sellador de fisura
G	7	Pilar de puente, corona especial, funda/implante
-	8	Diente sin erupcionar (corona)/ raíz cubierta
T	T	Trauma (fractura)
-	9	No registrado

Niveles de Severidad de caries dental propuestos por la OMS basados en la aplicación del Índice CPO-D y ceo-d

0,0 – 1,1 →Muy bajo
1,2 – 2,6 →Bajo.
2,7 – 4,4 →Moderado
4,5 – 6,5 → Alto
Mayor 6,6 →Muy alto

ANEXO II

CUESTIONARIO PARA VALIDACIÓN DE PREGUNTAS.

¿COMO CONSIDERA LA PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS PARA EVALUAR LOS CUIDADOS Y LOS CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCODENTAL QUE TIENEN LOS PADRES DE UN PREESCOLAR?

PREGUNTA	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
1. ¿Qué tan pendiente esta de la higiene dental de su hijo?			
2. ¿Cree usted que es suficiente la enseñanza de educación bucodental impartida en la escuela de su hijo(a)?			
3. ¿Conoce la técnica de cepillado correcta para su hijo?			
4. ¿Dónde obtuvo información sobre la técnica de cepillado dental adecuada para su hijo?			
5. ¿Quién le enseñó la técnica adecuada para el cepillado dental?			
6. ¿Cómo considera la enseñanza de educación bucodental impartida en la escuela de su hijo?			
7. ¿Cuántos días a la semana su hijo (a) consume dulces y/o refrescos?			
8. ¿Cuántas veces al día su hijo (a) realiza el cepillado dental?			



9	¿Es supervisado por algún adulto el cepillado dental de su hijo (a)?			
10.	¿Usualmente quién realiza el cepillado dental del niño?			
11.	¿Su hijo (a) se cepilla los dientes antes de dormir?			
12.	¿Los hábitos de higiene dental en su hijo han mejorado en los últimos tres meses?			
13.	Tengo cuidado con los alimentos que como porque pueden dañar mis dientes			
14,	Los dientes son importantes para la salud de todo mi organismo			
15.	Intento no comer azúcares porque pueden producirme caries			
16.	Tener mis dientes sanos es importante para poder comer bien			
17.	El consumo excesivo de azúcares influye con la presencia de caries.			
18.	Es importante cepillarse los dientes más de tres veces al día.			
19.	Los dentistas deberían poner más atención en la enseñanza de la higiene dental			
20.	Considero que las campañas publicitarias sobre el cuidado de la boca y la higiene dental son útiles			
21.	Creo que la prevención del cuidado bucal no sirve para nada			
22.	Cuando tengo algún problema dental importante, acudo al dentista			

23.	Debemos interesarnos y preguntar al dentista cómo prevenir enfermedades de los dientes y encías			
24.	Es importante hacer mayor énfasis en publicidad dirigida a salud bucodental			
25.	Considero importante inculcar la educación bucodental desde temprana edad a tu hijo			

¿COMO CONSIDERA LA PERTINENCIA DE LAS PREGUNTAS PARA EVALUAR LOS CUIDADOS Y LOS CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCODENTAL QUE TIENEN LOS PREESCOLAR?

PREGUNTA O ACTIVIDAD		ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
1.	Relación de imágenes para conocer la relación de la alimentación y el cuidado bucal			
2.	Identificar los productos alimentarios con imágenes que provocan caries dental			
3.	Considera acertado identificar la forma en la cual los niños realizan el cepillado dental en un dibujo			
4.	¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?			
5.	¿Alguna vez has ido al dentista			
6.	¿Te gusto ir al dentista?			
7.	¿Alguna vez te han dolido los dientes?			
8.	¿Cuándo te duele un diente le avisas a tus papas?			



9.	¿Cuántos dulces te comes al día?			
10.	¿Tienes cepillo de dientes?			
11.	¿Le prestas tu cepillo a tus hermanos o alguien más?			
12.	¿Cuándo fue la última vez que te cepillaste los dientes?			
13.	¿Antes de irte a dormir te cepillas los dientes?			
14.	¿Después de comer te cepillas los dientes?			

ANEXO III

CUESTIONARIO PARA NIÑOS.

ACTIVIDAD DE RELACION DE IMÁGENES



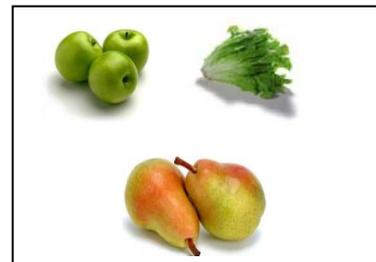
Dientes sanos



Dientes con caries



Dientes lavándose



Encierra los alimentos que dañan los dientes



Coloca flechas hacia donde se debe de lavar los dientes Bob esponja



Entrevista para los niños del Jardín de Niños Ignacio López Rayón

1) ¿Alguna vez has ido al dentista

a) Sí b) No

2. ¿Te gusto ir al dentista?

a) Sí b) No

3) ¿Tienes cepillo de dientes?

a) Sí b) No

4) ¿Le prestas tu cepillo a tus hermanos o alguien más?

a) Sí b) No

5) ¿Te cepillas los dientes?

a) Sí b) No

6) ¿Antes de venir a la escuela te cepillaste los dientes?

a) Si b) No

7) ¿Después de comer te cepillas los dientes?

a) Si b) No

8) ¿Cuándo comes dulces te lavas los dientes?

a) Si b) No

9) ¿Qué pasta de dientes usas?

a) De niños b) La de tus papás c) ninguna

10. ¿Antes de irte a dormir te cepillas los dientes?

a) Si b) No



ANEXO IV

CUESTIONARIOS PARA PADRES.

INSTRUCCIONES: LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN

1. ¿Qué tan pendiente esta de la higiene dental de su hijo?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces D) Nunca
2. ¿Cree usted que es suficiente la enseñanza de educación bucodental impartida en la escuela de su hijo(a)?
a) Si b) no
3. ¿Conoce la técnica de cepillado correcta para su hijo?
a) Si b) no
4. ¿Dónde obtuvo información sobre la técnica de cepillado dental adecuada para su hijo?
a) Con mi dentista
b) Publicidad (televisión-radio-revistas)
c) Información por internet
d) Escuela de mi hijo
e) No obtuve
f) Otro (especifique) _____
5. ¿Quién le enseñó la técnica adecuada para el cepillado dental?
a) Dentista
b) Publicidad (televisión-radio-revistas)
c) Información por internet
d) Nadie

6. ¿Cómo considera la enseñanza de educación bucodental impartida en la escuela de su hijo?

a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala

7. ¿Cuántos días a la semana su hijo (a) consume dulces y/o refrescos?

a) 0 b) 1-2 c) 3-5 d) 6-7

8. ¿Cuántas veces al día su hijo (a) realiza el cepillado dental?

a) 0 b) 1 c) 2 d) 3

9. ¿Es supervisado por algún adulto el cepillado dental de su hijo (a)?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces D) Nunca

10. ¿Usualmente quién realiza el cepillado dental del niño?

a) solo el niño

b) el niño bajo supervisión

c) solo mamá o papá

d) primero el niño y posteriormente mamá o papá

e) nadie lo realiza

11. ¿Qué pasta dental usa su hijo?

a) Para niños b) la de adultos c) ambas

12. ¿Su hijo (a) se cepilla los dientes antes de dormir?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces D) Nunca

13. ¿Los hábitos de higiene dental en su hijo han mejorado en los últimos tres meses?

a) Mucho b) Un poco d) Nada



INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN SE MUESTRA UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE SU HIGIENE DENTAL. INDIQUE SU NIVEL DE ACUERDO O DESACUERDO CON CADA UNA DE ELLAS, COLOCANDO UNA X EN LA TABLA DE LA DERECHA.:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo cuidado con los alimentos que como porque pueden dañar mis dientes					
2. Los dientes son importantes para la salud de todo mi organismo					
3. Intento no comer azúcares porque pueden producirme caries					
4. Un problema dental es tan importante como un problema de salud general.					
5. Tener mis dientes sanos es importante para poder comer bien					
6. El consumo excesivo de azúcares influye con la presencia de caries.					
7. Es importante cepillarse los dientes más de tres veces al día.					
8. Los dentistas deberían poner más atención en la enseñanza de la higiene dental					
9. Considero que las campañas publicitarias sobre el cuidado de la boca y la higiene dental son útiles					
10. Creo que la prevención del cuidado bucal no sirve para					

nada					
11. Cuando tengo algún problema dental importante, acudo al dentista					
12. Debemos interesarnos y preguntar al dentista cómo prevenir enfermedades de los dientes y encías					
13. Es importante hacer mayor énfasis en publicidad dirigida a salud bucodental					
14. Considero importante inculcar la educación bucodental desde temprana edad a tu hijo					

Marque con una X el número de horas que su hijo dedica a cada una de las siguientes actividades

	De 1 a 3 hrs	De 4 a 6 hrs	Más de 6 hrs
1. Ver televisión			
2. Actividades fuera de casa (ejemplos)			
3. Escuela			
4. Convivir con su mamá			
5. Convivir con su papá			
6. Otros familiares (especifique con quién) _____			



Anexo V





Odontograma

Nombre: _____ (_____)

Edad: _____ Sexo: ____ Folio: _____

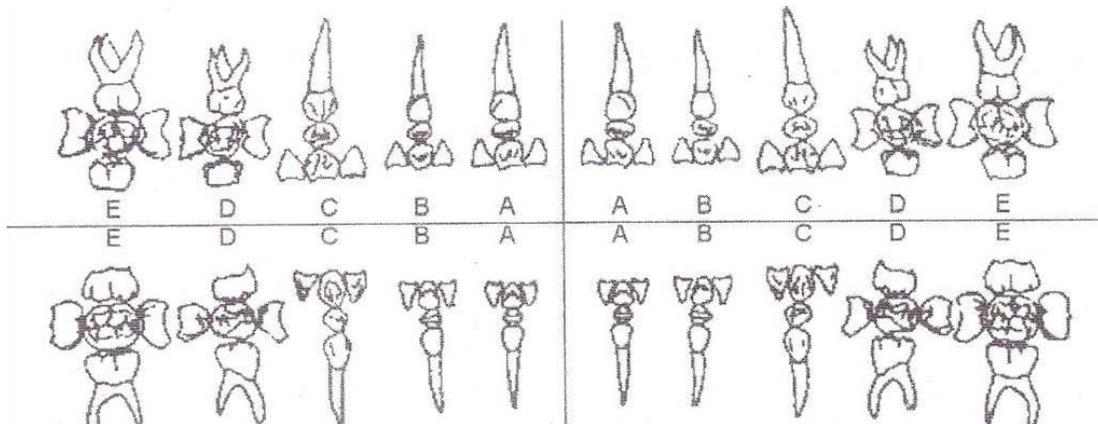
Análisis Bucal

Claves:

Caries (C1, C2, C3, C4) Color Rojo

Obturaciones: (Am, Res, CAC, Tem) Color azul

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones:

Clasificación del Paciente: _____



ANEXO VI

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA:

Presentes

Conscientes del deseo que Usted y su familia tienen por brindar la mejor calidad de vida a su hijo (a), quien asiste al Jardín de Niños "Ignacio López Rayón", queremos informarle que de Marzo a Mayo del 2011, se realizará un estudio odontológico con la participación de todos los alumnos inscritos en este plantel. El título de este trabajo de investigación es:

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN UNA POBLACION PREESCOLAR APLICADO EN EL CICLO ESCOLAR 2009-2010 EN EL MUNICIPIO DE NAUCALPAN DE JUAREZ.

El propósito de esta investigación es conocer la importancia de un programa de salud bucodental para que el niño en una etapa preescolar tenga conocimientos y hábitos con respecto a la salud bucodental.

Todas las actividades antes mencionadas se efectuarán en las instalaciones del Jardín de Niños "Ignacio López Rayón" en su horario habitual de clases y sin costo alguno.

Agradeciendo de antemano la atención prestada y esperando contar con su colaboración, que será en beneficio no sólo de su hijo (a), sino también para futuros estudiantes.