

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA EN SERVICIO
ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN
ESCOLARES PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN SAN MIGUELITO
QUERÉTARO, 2010.**

Proyecto Terminal Profesional
para obtener el grado de:
MAESTRA EN SALUD PUBLICA

Alumna: Elsa Márquez Moreno.

Director: Maestro Luis Enrique Rodríguez Mendoza

Asesor: Maestra Ana Teresa Romero Calderón

AGOSTO DE 2012

Comité asesor del Proyecto Terminal Profesional

Director: Maestro Luis Enrique Rodríguez de Mendoza

Asesora. Maestra Ana Teresa Romero Calderón

Comité Evaluador de Proyecto Terminal Profesional

Presidente: Maestra Rosaura Atrisco Olivos

Secretario: Maestro Luis Enrique Rodríguez de Mendoza

Primer Sinodal: Maestra Elodia Rojas Lima

Agradecimientos.

A mis padres, Manuel y Sara (q.e.p.d) por su apoyo incondicional y el ejemplo de siempre seguir adelante.

A mis hijas por su apoyo, y por donar todo ese tiempo que deje de atenderlas.

A mis hermanos, Gerardo, Lety, Mercedes, Sara, Rita y Susy, por sus palabras de aliento

A Martin por su apoyo, comprensión, consejo y aportación a la realización y culminación de este trabajo.

A mis amigas Ray y Mary Carmen por su apoyo y todos esos momentos que compartimos en estos años.

A mis amigos y compañeros de la maestría, por su apoyo, y por todas las aportaciones que hicieron para terminar este ciclo tan importante.

A mis maestros, por sus enseñanza, tiempo, y aportaciones para la elaboración y concluir este trabajo.

Al personal de las unidades móviles de Caravanas de la Salud de la Jurisdicción Sanitaria, por su apoyo, tiempo, dedicación y entusiasmo al trabajar en la comunidad de San Miguelito.

A los alumnos de la Universidad Cuauhtémoc, por su apoyo, tiempo y dedicación para la realización de las actividades de campo, sin ustedes no podría haber realizado este trabajo

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	8
3. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	15
3.1. Factores determinantes de la gingivitis.....	17
3.2. Teorias Pedagogicas.....	19
3.3. Intervenciones Educativas.....	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5. JUSTIFICACION.....	23
6. OBJETIVOS.....	24
6.1. Objetivo general.....	24
6.2. Objetivos específicos.....	24
7. MATERIALES Y METODOS.....	25
7.1. Diseño de estudio.....	25
7.2. Universo de trabajo.....	25
7.3. Criterios de inclusión.....	25
7.4. Criterios de exclusión.....	25
7.5. Criterios de eliminación.....	25
7.6. Plan detallado de ejecución.....	26
7.7. Organización interna.....	29
7.8. Reporte de la ejecución.....	29
8. RESULTADOS.....	36
8.1. Resultados de la evaluacion odontologica.....	36
8.2. Resultados de Conocimiento.....	40
9. DISCUSIÓN.....	45
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
11. LIMITACION DEL ESTUDIO.....	49
12. ANEXOS.....	50
12.1. Piramide Poblacional de San Miguelito.....	50
12.2. Morbilidad y Mortalidad de San Miguelito.....	51
12.3. Grafica de Gantt.....	52
12.4. Organigrama.....	53
12.5. Consentimiento informado.....	54

12.6. Ficha de identificación del alumno.....	55
12.7. Cuestionario a los alumnos.....	56
12.8. Cartas descriptivas.....	57
13. BIBLIOGRAFIA	63

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad, son identificadas entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que genera la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población¹.

Sin embargo, es importante señalar que las enfermedades bucales como son la Gingivitis y las Enfermedades Periodontales, pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano.

En la comunidad de San Miguelito Querétaro, se realizó como parte de formación de la Maestría en Salud Pública en Servicio un Diagnóstico Integral de Salud (DIS), donde observamos que existen como principales daños a la salud: Las infecciones respiratorias agudas (IRA's), las enfermedades diarreicas agudas (EDA's), gingivitis y enfermedades periodontales, e infecciones de vías urinarias (IVU), úlceras y gastritis, adicciones.

Con estos resultados se realizó estudio de priorización utilizando el método de Hanlon, y de acuerdo a sus componentes: magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución y la factibilidad. Resultó la gingivitis y la enfermedad periodontal el problema con mayor factibilidad, fue por esta razón que se toma la decisión de implementar una intervención en salud que nos permita promover la práctica de hábitos de higiene bucal en escolares para prevenir el padecimiento.

Se llevó a cabo una intervención educativa en 95 alumnos de 5° y 6° de la Primaria Damián Carmona de la localidad de San Miguelito, en el transcurso del primer semestre del ciclo escolar 2010-2011. Como evaluación inicial se aplicó cuestionario con siete preguntas relacionadas con higiene bucal, se realizó evaluación basal para valorar el índice gingival de Løe y Sillnes modificado,

durante los tres meses del proyecto se proporcionaron capacitaciones 2 veces por mes donde se revisaron los temas: Como esta constituida tu boca, Higiene dental, Técnica de cepillado, Que es la gingivitis, Complementos de limpieza y prevención de padecimientos bucodentales y alimentación sana. Al concluir con la intervención se aplica nuevamente el cuestionario y la evaluación final del índice gingival.

2.- ANTECEDENTES

Los padecimientos bucales constituyen un importante problema de salud, por su alta prevalencia, demanda pública y alto impacto sobre las personas y la sociedad. Se incluye en estos padecimientos la enfermedad periodontal la cual ocupa el segundo lugar a nivel mundial, es universal, e inicia a edades tempranas y se presenta durante toda la vida².

Las manifestaciones de la enfermedad periodontal se observan desde la primera infancia. García y Orozco informaron gingivitis en más de 80% de los escolares, Glickman y cols. Mencionan prevalencias elevadas, de 98% en niños americanos de 1 a 14 años y de 99% en niños nigerianos de 10 años, en Dinamarca se observó prevalencia en niños de 3 años, en Suecia 80% de los niños de 5 años presentaron esta enfermedad. Otros estudios muestran prevalencias de 85% en colombianos de 5 a 14 años de edad y 66% en niños jordanos de 4 y 5 años³. En la adolescencia, la incidencia en todo el mundo es comparable a los datos de EE.UU. (70-90%)⁴.

La Organización mundial de la Salud (OMS) y la Federación Odontológica Internacional (FDI) preocupadas por la magnitud del problema establecieron metas de salud bucal que deberán ser alcanzadas en el año 2025. En países en desarrollo, como Brasil, en relación a los problemas periodontales, los datos también son preocupantes: a medida que el 47% del grupo de entre 15 y 19 años ya está comprometido y el 65% de entre 35 y 44 años necesita de tratamiento periodontal. A pesar de la situación de salud bucal tan dramática, la posibilidad de acceso al modelo odontológico es muy restringida en virtud de la forma equivocada como es utilizada⁵. Es decir actualmente los servicios odontológicos están más enfocados a la medicina curativa (a restaurar) y no a la prevención. Recientes estudios indican que la mayoría de la población de Estados Unidos tiene algún tipo de enfermedad periodontal incluyendo la forma más común, la periodontitis crónica del adulto⁶.

En México la enfermedad gingival es considerada como la segunda alteración bucodental en cuanto a morbilidad, afectando a más de las tres cuartas partes de la población. La prevalencia y severidad de la gingivitis indica que esta

enfermedad inicia a los 5 años (su punto más alto se da en la pubertad)⁷. En niños mexicanos esta circunstancia parece ser más alarmante ya que 91.3% de los escolares presentaban gingivitis y 3.1% periodontitis.⁸ En cuanto a sexo, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, mostrándose índices más altos para los varones.⁷ Así mismo es de interés remarcar que la prevalencia de enfermedad periodontal es más alta en la población rural que en la población urbana.

La notificación semanal de casos nuevos de Gingivitis y enfermedades periodontales se inició en 2003, cuando se registraron 287 591 casos, observándose una incidencia por 100 mil habitantes de 275.9, en ese año era la 15ª causa de morbilidad nacional. A partir de entonces la notificación se ha mejorado y durante el 2008 ocuparon el octavo sitio entre la principales causas de morbilidad, con una incidencia de 481.3 por 100 mil habitantes (513 456 casos nuevos notificados)⁹

En la jurisdicción sanitaria No. 1 del estado de Querétaro, la gingivitis y la enfermedad periodontal presenta un comportamiento similar al nacional ya que desde su registro en SUIVE (en el año 2003) se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad, Su tasa se ha incrementado paulatinamente de 25.5 x 10,000 habitantes en 2003, (ocupando el 9º lugar), 51.8 x 10,000 (ocupando el 7ºlugar) en el año 2005, en el año 2010 presento una tasa de 78.7 x 10,000 habitantes (ocupando el 4º lugar).¹⁰

De manera similar en la localidad de San Miguelito la gingivitis y enfermedad periodontal ocupó en el año 2009 el tercer lugar de morbilidad con una tasa de 410 por 10,000 habitantes. Lo anterior fue detectado al realizar un diagnóstico integral de salud (DIS).

Una vez realizado el DIS de la comunidad de San Miguelito, se pudieron conocer los factores determinantes tanto biológicos, ligados al entorno, a los estilos de vida, ambientales, sociales y al sistema de salud, que originan las principales causas de morbilidad y mortalidad de la comunidad, esto nos permitió contar con los elementos para realizar la priorización de los problemas e identificar el problema central, plantear y ejecutar un proyecto de

intervención específico que repercutió en mejorar los hábitos higiénicos bucales de escolares de la comunidad.

La localidad de San Miguelito, es una comunidad rural de 2,560 habitantes, la cual pertenece a la delegación Santa Rosa Jáuregui, del municipio Querétaro, del Estado de Querétaro.¹¹

Se encuentra ubicado a 26 Km al norte de la capital del Estado, sus vías de acceso son por carretera pavimentada los primeros 21km y caminos empedrados y de terracería los restantes. Su clima es templado, su tipo de suelo rocoso.

Se censaron 403 familias en toda la localidad, de las cuales el promedio de integrantes por familia fue 4.7. Del censo realizado se cuantificó a 1,896 habitantes de la localidad, de estos el 50.4 % (956 personas) pertenecen al sexo femenino y 49.6 % (940 personas) al sexo masculino (Anexo 1)

En relación a la actividad económica, se puede comentar que la población económicamente activa se dedica a la albañilería, fue una comunidad que se dedicó por muchos años a la elaboración de balones, sin embargo, en fechas recientes la mano de obra la pagan muy barata por lo que actualmente escasas personas se dedican a esta actividad artesanal. De acuerdo a la escolaridad tiene un nivel bajo ya que el (47%) de la población tiene nivel primaria, y (8.9%) de personas son analfabetas. Cuenta con los servicios de agua, luz y recolección de basura, en la mayoría de la comunidad, sin embargo no cuentan con drenaje.

Dentro de la comunidad únicamente la calle principal está empedrada, el resto es de terracería, lo que en tiempo seco se levanta comúnmente el polvo con el paso de los autos o animales y en tiempo de lluvia, se hacen baches enormes lo que ha impedido en ocasiones el paso de vehículos.

La comunidad no cuenta con lugares de esparcimiento y entretenimiento, ni canchas de juegos.

En relación a los servicios de salud, es importante resaltar que el Centro de Salud San Miguelito brinda atención a prácticamente el total de la población aun si son derechohabientes del IMSS o ISSSTE.

De acuerdo a los resultados del DIS y los daños a la salud podemos comentar que la población muere por enfermedades crónico-degenerativas, sin embargo; se observó que la población se enferma o más bien la demanda de consulta fue principalmente por infecciones respiratorias agudas, de igual forma las infecciones intestinales por otros microorganismos, la gingivitis y enfermedad periodontal, las infecciones de vías urinarias, las otitis, las úlceras, gastritis y duodenitis, conjuntivitis amibiasis intestinal, candidiasis urogenital, así mismo las intoxicaciones por picadura de alacrán presentaron un incremento en su tasa en comparación con el año anterior. (Anexo 2)

Uno de los factores importantes dentro de los resultados de la investigación son las IRAS, considerando que el 24% de los hogares tiene únicamente un cuarto por lo que estos hogares viven en hacinamiento. Así mismo, el alto consumo de leña (27%) para preparar alimentos, calentar agua para bañarse incrementa las posibilidades de adquirir enfermedades respiratorias, a esto se suma la condiciones propias de la comunidad, igual de importante es la situación en que 34 hogares (8.4%) elimina sus basuras quemándola, lo que produce contaminación ambiental en el área de la periferia de la comunidad.

Por otro lado dentro de los servicios básicos la falta de drenaje, se ve reflejado en el 34% de los hogares que refieren defecar al ras del suelo, lo que favorece el incremento de infecciones intestinales y enfermedades diarreicas.

Así mismo podemos observar que los hábitos higiénicos bucales son mínimos ya que únicamente el 11% de los encuestados refieren aseo bucal 3 veces al día, el 49% de la población menciona lavarse los dientes únicamente 1 vez por día, lo que puede contribuir al incremento en las enfermedades como gingivitis y enfermedad periodontal.

Es relevante recordar que en la comunidad no se cuenta con servicios dentales. Lo que limita su atención solo el 12% refiere haber estado en contacto con servicios odontológicos.

A partir de los resultados del DIS y con la finalidad de identificar lo que en primera instancia puede o no ser sujeto de una intervención, se realiza priorización de acuerdo a los daños a la salud detectados, aplicando el método de Hanlon el cual considera cuatro componentes de cada problema:¹²

- Magnitud del problema: Componente A. (número de personas afectadas en relación a la población total)
- Severidad del problema: Componente B. (gravedad, número de personas afectadas y magnitud de la afectación que lleva a la enfermedad, toma en cuenta tasas de mortalidad, además de considerar gastos que produce la enfermedad.)
- Eficacia de la solución: Componente C. (Refiriéndose a la posibilidad de modificar el problema con recursos y tecnologías actuales)
- Factibilidad: Componente D. (Es un factor de ponderación relacionado con los recursos disponibles, utilizando los subcriterios: PERLA: Pertinencia, Factibilidad económica, disponibilidad de recursos, legalidad y aceptabilidad)

La fórmula:

$$\text{Puntuación de prioridad: } (A + B) * (C) * (D)$$

Lugar	PROBLEMA	A	B	C	D1	D2	D3	D4	D5	TOTAL	RESUL TADO
		MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD						
					P	FE	A	DR	L		
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8	8	1.5	1	1	1	1	1	5	120
2	INFECCIONES GASTROINTESTINALES	6	8	1.5	1	1	1	1	1	5	105
3	GINGIVITIS Y ENF. PERIODONTAL	4	8	1.5	1	1	1	1	1	5	75
4	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	4	4	1	1	1	1	1	1	5	40
5	ULCERAS Y GASTRITIS	4	6	1	1	1	1	1	1	5	60
6	ADICCIONES	0	8	.5	1	0	1	0	1	3	12

Es necesario aclarar que de acuerdo a los resultados de la priorización las infecciones respiratorias agudas y las gastrointestinales ocuparon los primeros lugares. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud, incluye en los Programas Prioritarios acciones integrales de atención médica que contribuyen en su prevención, manejo y/o limitación de las complicaciones. Por lo que se trabajo con gingivitis y enfermedad periodontal.

En los últimos años algunos estudios han demostrado el valor incuestionable en la prevención de la enfermedad periodontal de la educación para la salud, “ el añadir salud a la vida” depende en gran parte de las acciones de promoción, dirigidas a modificar los estilos de vida insanos y a promocionar los estilos de vida positiva.¹³

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de autocidado desde la niñez. Debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, y son en su mayoría prevenibles con hábitos correctos de higiene y alimentación.¹⁴

Entendiendo que un habito es un tendencia no natural, sino adquirida, que refuerza la conducta, los hábitos quedan en la persona como ser educable firmemente arraigados y configuran un modo de ser es decir su ethos. Los hábitos se adquieren por repetición de actos produciendo un acostumbamiento que facilitan la ejecución de la propia acción.¹⁵

El sistema educativo constituye un escenario donde, por excelencia la promoción a la salud juega un papel importante, esta premisa parte del reconocimiento de que los niños son los actores sociales del mañana y la escuela es una instancia donde todos los niños tiene acceso a la información y al conocimiento que necesitan para construir hábitos de vida saludables¹⁴.

Es significativo mencionar que en la Norma oficial mexicana para el fomento de la salud del escolar incluye en los programas curriculares de los niveles preescolar, primaria y secundaria, que el personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar en las actividades de prevención como a) la detección de factores de riesgo, b) la protección

específica, y realización de actividades correctivas de los riesgos detectados (autoaplicación de colutorios de fluoruro de sodio y eliminación de placa bacteriana) .¹⁶

El aprendizaje escolar posee un carácter individual endógeno y está situado en el plano de la actividad social y experiencia compartida, es evidente entonces que el estudiante no construye el conocimiento solo, sino gracias a la mediación con el docente y sus compañeros de clase.¹⁷

De la acción conjunta entre maestros, personal de salud y padres de familia depende que los niños en su etapa escolar tengan acceso y oportunidad para transformar la información que se imparte sobre salud, en conocimientos, actitudes y practicas saludables que les permita cuidar y proteger su salud a lo largo de la vida.¹⁸

3. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El periodonto es una estructura dinámica compuesta por tejidos que soportan y revisten los dientes, sus componentes son:

La encía: (gingiva) es parte de la membrana mucosa que cubre los procesos alveolares de la mandíbula y maxila y rodea la porción cervical de los dientes. De manera normal es de coloración rosa, posee un puntilleo.¹⁹ Existen 3 tipos de gingiva: 1) Gingiva marginal es la parte de la gingiva situada alrededor del cuello dentario se encuentra limitado en su extremo apical por el surco marginal, no siempre claramente visible, tiene una consistencia lisa. 2) Surco gingival es la hendidura virtual situada entre el diente y la gingiva marginal. 3) Gingiva insertada, es la parte de la gingiva que se extiende entre la gingiva marginal y la mucosa oral de revestimiento de la que la separa la línea mucogingival. Tiene una superficie punteada o graneada. Sirve como barrera biológica contra el avance de la inflamación, así mismo como barrera física que resiste la fuerza de la masticación.²⁰

El ligamento periodontal: Conecta el diente con el hueso alveolar que lo rodea y se encuentra situado en el espacio que existe entre diente y hueso. Su principal propósito es dar anclaje al diente.

Cemento: Cubre toda la superficie radicular, las fibras del ligamento periodontal se insertan en el, además dentro de sus funciones esta contribuir al proceso de reparación consecutivo al daño en la superficie radicular.

Hueso alveolar: El proceso alveolar forma parte de la maxila y la mandíbula que dan alojamiento a las raíces de los dientes.

De forma tradicional, las afecciones del periodonto se dividen en dos categorías principales : enfermedades gingivales y periodontales. Las primeras incluyen a los padecimientos que atacan solo a la encía, en tanto las segundas a los trastornos que comprenden las estructuras de soporte del diente.²¹

La gingivitis se caracteriza fundamentalmente por la inflamación de la mucosa gingival. Dentro de los signos más frecuentes que son observados se encuentran los cambios de color, tamaño y forma, así mismo, alteración en su consistencia y textura, posición y presencia de hemorragia y es probable la presencia de dolor, ya sea provocado y/o espontáneo. La enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local.

La frecuencia y severidad de la gingivitis es variable, no obstante, su establecimiento y desarrollo se puede encontrar en edades tempranas, incrementándose conforme avanza la edad.

Los índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la investigación estomatológica. En la salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental y enfermedades periodontales, entre otras enfermedades bucales, en diferentes poblaciones. Los índices más comunes se enfocan a la identificación de señales objetivas más que al diagnóstico.²²

El Índice gingival (IG) fue desarrollado por Sliness y Loe para medir diferentes niveles de inflamación gingival. Se examina la encía alrededor del diente utilizando un espejo bucal y una sonda periodontal para determinar cambios de color, textura, hemorragia y presencia o ausencia de ulceración.

Índice Gingival Modificado (IGM) es una modificación al anterior, realizada por Lobene y Cols. eliminando el criterio de detección de hemorragia, lo cual simplifica su obtención al no tener que utilizar sondas. Se utiliza en el ejercicio clínico para valorar el estado gingival de los pacientes y hacer el seguimiento de cambios en la encía con el tiempo.

Para medir este índice se pueden examinar todos los dientes o solo: primer molar superior derecho, incisivo lateral superior derecho, primer premolar superior izquierdo, primer molar inferior izquierdo, incisivo lateral inferior izquierdo y primer premolar inferior derecho.

Se adjudica un puntaje de 0 – 3 a cada una de las zonas, de conformidad con los siguientes criterios:

0 Encía normal

1 Inflamación leve: cambio leve de color y ligero edema,

2 Inflamación moderada: enrojecimiento, edema y brillo. Hemorragia a la presión

3 Inflamación intensa: enrojecimiento y edema intensos. Ulceración. Tendencia a hemorragia espontánea.

Factores determinantes que producen la gingivitis

Factores **exógenos** la placa dentobacteriana tiene relevancia para el establecimiento de la enfermedad gingival por que se comporta como un agente químico-microbiano de alta agresividad a la mucosa bucal, por el alto contenido bacteriano de cocos y bacilos grampositivos y negativos, espirilos, espiroquetas y Nocardias, (*Campylobacter rectus* , *Actinomyces spp*, *Prevotella intermedia*, *Streptococcus anginosus*).⁸ principalmente, circunstancia por la cual no resulta sorprendente observar correlaciones positivas entre esta condición y la prevalencia y severidad de la gingivitis. Dicho de otra manera, la relación con la etiología infecciosa, y las toxinas, el cambio cualitativo y cuantitativo de la concentración bacteriana que se produce en poco tiempo.

Dentro de los factores externos también consideraremos los factores culturales ya que las actitudes tanto paternas como maternas influyen en el comportamiento de las enfermedades bucales en los hijos, fundamentalmente por los valores que le confieren a la salud.⁸

Así mismo en relación al nivel socioeconómico, el nivel bajo se caracteriza por hábitos higiénicos deficientes, así mismo podemos comentar que algunas de la variables socioeconómicas como educación de los padres, tamaño de la familia están asociados con la utilización de los servicios de salud odontológicos.²³

Los factores **endógenos** que nos producen gingivitis y enfermedad periodontal en los escolares son: Los dientes mal alineados, el esmalte poco resistente (el cual favorece la presencia de caries) se ha observado que la alta

experiencia de caries dental es una condición manifiesta por el grado de infectividad en la cavidad bucal y de esta manera es comprensible esperar que los niños que muestren altos índices de caries también presenten inflamación gingival,⁸ los cambios hormonales durante la pubertad, los periodos de estrés disminuyen la respuesta inmune del organismo.

Factores que se relacionan a la enfermedad **ligados a los estilos de vida** en la edad escolar: Tenemos la mala alimentación , alimentación con abundante consumo de carbohidratos y escasa en nutrientes lo que disminuye los esfuerzos normales de su cuerpo para combatir una infección; una mala o nula higiene dental lo que origina que la placa dento-bacteriana se acumule y adhiera alrededor de los dientes y con el tiempo se convierta en sarro (la gingivitis se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral que es cepillado de dientes y lengua). Otro factor importante son los conocimientos sobre salud bucal y los artículos de limpieza, ya que es común que se desconozca la técnica de cepillado; hay diferentes métodos de cepillado dentario, pero es la minuciosidad el factor que determina su eficiencia. De igual modo existen otros artículos de limpieza para la higiene bucal como el enjuague bucal y el hilo dental que es muy eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales, su objetivo es eliminar la placa dentobacteriana, no la de remover los restos de alimentos acunados entre los dientes y retenidos en la encía.²⁴

Factores **ligados a los sistemas de salud** comentaremos: No existen consultorios dentales, en todas las unidades medicas, ya que para complementar y apoyar a Centros de Salud Rurales de un núcleo básico las unidades a partir de tres núcleos básicos, (ó 9,000 habitantes) proporcionan atención odontológica.²⁵ Además de la poca accesibilidad económica en caso de referirse a los pacientes al servicio dental.

De los factores determinantes de la gingivitis y la enfermedad periodontal podemos observar que los hábitos higiénicos son modificables, con acciones de promoción a la salud y prevención como la educación para la salud.¹³

Teorías pedagógicas

La educación para la salud en los centros de enseñanza tiene como objetivo la formación de los alumnos en conocimientos, actitudes y habilidades que contribuyan a la adquisición de hábitos de vida saludable, considerando las necesidades físicas, psíquicas y sociales. Se trata de que los individuos adquieran estas capacidades de manera integral, de forma que se facilite su adaptación a una sociedad compleja y cambiante.

La finalidad de la educación es mejorar las capacidades para decidir y adoptar comportamientos adecuados. En este sentido, un aspecto importante a considerar es cómo se producen los cambios de comportamiento.

En las intervenciones educativas es necesario, para cada aspecto de la salud, abordar no solo los comportamientos concretos que se ponen en marcha sino el amplio abanico de factores relacionados con los mismos que, en definitiva, configura las capacidades.²⁶

El constructivismo pedagógico plantea que el verdadero aprendizaje humano se produce a partir de las “construcciones que realiza cada alumno para lograr modificar su estructura y conocimientos previos con la finalidad de alcanzar un mayor nivel de complejidad, diversidad e integración frente al mundo”.²⁷

El constructivismo sostiene que el aprendizaje es esencialmente activo. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. Cada nueva información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto, como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias.

Partiendo de las ideas constructivistas, el aprendizaje no es un sencillo asunto de transmisión y acumulación de conocimientos, sino “un proceso activo” por parte del alumno que ensambla, extiende, restaura e interpreta y por lo tanto “construye” conocimientos partiendo de su experiencia e integrándola con la información que recibe.²⁸

Intervenciones Educativas en salud bucal

Por lo anterior se investigaron estudios donde se aplicaron intervenciones educativas en relación a la salud bucal encontrando que en Cuba se han realizado en diferentes ciudades (Ciego de Avila, Cienfuegos, Reparto sueño) intervenciones educativas para modificar o desarrollar el conocimiento sobre salud bucal en escolares de nivel primaria, y secundaria valorando conocimiento así como índices bucales, antes y después de las intervenciones. En México en la ciudad de Cuernavaca Morelos se han implementado intervenciones educativas en salud bucal en los niveles de jardín de niños y primaria, con resultados favorables.

En un estudio pre-experimental realizado en Cuba en la ciudad de Ciego de Avila en alumnos de cuarto grado de primaria en el cual se aplicó intervención educativa denominada “Sonríe con Salud” la cual contó con técnicas educativas y afectivas participativas, apoyadas con juegos, láminas demostrativas y concursos de dibujos durante el ciclo escolar 2003-2004 y 2004-2005, con la finalidad de modificar conocimiento sobre salud bucal, la cual reveló la eficacia de la misma en la adquisición y modificación de hábitos y conocimientos sobre salud bucal. Ya que se pudo observar después de la intervención que los niveles de conocimientos alcanzados en los niños fueron adecuados. En este estudio no solo se obtuvo una notable mejoría en el nivel de conocimientos sino esta tuvo una repercusión directa en el índice de higiene bucal.²⁹

Los datos anteriores coinciden con la intervención educativa para el desarrollo de conocimiento sobre salud bucal en la enseñanza primaria que se realizó en Cuba en la ciudad de Cien Fuegos en 80 alumnos de quinto grado de la Primaria “Armando Mestre Martínez” en el primer semestre del ciclo escolar 2005-2006. Se realizó estudio cuasiexperimental, donde inicialmente se diagnosticaron las necesidades de aprendizaje y el índice de higiene bucal en dos grupos posteriormente se aplicó la estrategia y por último se evaluaron los resultados, donde se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos sobre salud bucal y el índice de higiene bucal, los métodos cualitativos mostraron aprobación de la audiencia hacia la estrategia.¹⁴

Otro estudio de intervención educativa fue realizado en Cuba en la ciudad del Reparto Sueño, denominada “Sonrisas saludables” para modificar conocimientos sobre salud bucal y cambiar actitudes negativas acerca de la higiene bucal en adolescentes del séptimo grado de la secundaria “Alberto Fernández Montes de Oca”, durante el primer semestre de 1999. Se realizaron actividades educativas con técnicas participativas y juegos en el grupo de estudio y un grupo control que no intervinieron en ellas. A cada alumno se le aplica cuestionario sobre los temas tratados y se lleva a cabo un control individual de la placa dentobacteriana. Las acciones desarrolladas modificaron positivamente los conocimientos y la higiene bucal inadecuados hasta alcanzar la categoría de adecuados.³⁰

Así mismo en Cuba se realizó estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en jóvenes de la Habana durante el periodo de septiembre de 2008 y julio de 2009. Fueron examinados 300 jóvenes de la consulta de estomatología, analizando eficiencia del cepillado y estado de salud gingival. Detectando alta prevalencia en enfermedad periodontal (el 82% reporto gingivitis).²⁴

Una intervención educativa en salud bucal con prescolares se llevó a cabo en México, en la Ciudad de Cuernavaca en un Jardín de niños en los meses de septiembre y octubre de 2005. Donde se aplicó una metodología educativa basada en el aprendizaje (cognitivo constructivista e inteligencias múltiples) Se realizó un diagnóstico bucal, se aplicó un cuestionario pre y postintervención educativa basado en conocimientos y prácticas. Los resultados fueron favorables ya que se obtuvo un incremento del 87% en el nivel de conocimientos adquiridos, Aumento un 84% la ejecución del cepillado dental matutino, así mismo hubo un incremento del 69% en la frecuencia diaria del cepillado. El 97% de los niños disminuyó la frecuencia en el consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos simples.³¹

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente y a pesar de todos los progresos en el área de la salud, incluyendo la salud bucal, podemos constatar que la atención Odontológica continua siendo de acceso limitado para la población. Por un lado es accesibilidad limitada a los servicios por que la demanda rebasa la capacidad de atención dental del sistema de salud. Y por otro lado la accesibilidad limitada por los costos que genera la atención odontológica.

A pesar de que problemas bucales como gingivitis y enfermedad periodontal son comúnmente experimentados por la mayoría de los individuos y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el rol de enfermo.³²

De igual manera la población no cuenta con el habito de higiene bucal, por lo que no se aplican medidas preventivas de manera adecuada. Sin embargo dentro de los factores determinantes para la gingivitis y la enfermedad periodontal los hábitos higiénicos son modificables.

A pesar de que actualmente existen en el sector salud 2 semanas nacionales de salud bucal cada año, en donde se ofrecen servicios de promoción, y prevención de la higiene bucal, en unidades de salud y escuelas, no se ha podido concientizar a la población de la importancia de adoptar estos hábitos.

5. JUSTIFICACIÓN

Se desarrollo una intervención educativa, promocionando la salud bucal, fomentado la modificación de hábitos higiénicos dentales; ya que la higiene bucal es fundamental en la prevención de la gingivitis y la enfermedad periodontal; el mayor grado de acumulación de placa dentobacteriana y de inflamación gingival se han observado a la edad de 14 a 16 años y en adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente hacia la edad adulta,³³ ya que un alto porcentaje de las personas adultas tiene deficientes hábitos higiénicos dentales aunado al desconocimiento y practica de una buena técnica de cepillado. Lo que genera altas tasas de morbilidad.

Por esta razón se trabajo con los alumnos de quinto y sexto grado de primaria ya que en esta etapa se puede incidir en el aprendizaje de cualquier tipo; como ya están terminando la niñez, empieza haber un desarrollo tanto físico como intelectual, por lo tanto se dan cuenta de las cosas, se fijan más en los detalles, en la expresiones de la gente, en el entorno.³⁴ Es en este periodo donde se adquieren los hábitos higiénicos y de esta manera se previenen enfermedades como gingivitis y enfermedad periodontal así como sus principales consecuencias como son sangrados de encías, mal aliento y a la larga perdida de piezas dentales, lo que se traduce en inseguridad por parte del individuo, gastos económicos para la familia, ausentismo escolar y laboral y en una situación extrema problemas alimenticios.

Aunado a esta situación de adquirir hábitos higiénicos dentales, está la posibilidad que tendrán los escolares de que se les realice una revisión dental, cuando un porcentaje elevado no tiene acceso a este servicio y/o nunca han estado en contacto con los servicios odontológicos.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Promover la práctica de hábitos higiénico bucales a través de una intervención educativa, para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal en escolares de San Miguelito, Querétaro, de agosto a noviembre de 2010.

6.2 Objetivos Específicos

Identificar el conocimiento actual sobre salud bucal que tienen los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona de la localidad de San Miguelito

Definir el estado actual de salud gingival de los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona de la localidad de San Miguelito.

Reforzar los hábitos higiénicos de los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona de la localidad de San Miguelito. A través de sesiones educativas

Valorar el estado de salud gingival en los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona de la localidad de San Miguelito una vez concluidas las sesiones educativas.

Evaluar el conocimiento final sobre salud bucal en los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona de San Miguelito.

7. MATERIALES Y METODOS

7.1 Diseño del Estudio

Estudio Cuasi experimental. No se contara con un grupo control se evaluara el resultado pre y post de implementar la intervención.

7.2 Universo de trabajo

Los escolares de 5° y 6° de la escuela primaria Damián Carmona.

7.3 Criterios de Inclusión

Todos los alumnos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona, que deseen participar.

7.4 Criterios de Exclusión

Todos los alumnos de 5° y 6° que no entreguen consentimiento informado firmado por su padre o tutor.

7.5 Criterios de Eliminación

Todos los alumnos que no concluyan con las acciones necesarias para la intervención (que no les realicen la evaluación inicial y/o final de odontología, así como los cuestionarios de evaluación inicial y final).

7.6 Plan detallado de Ejecución

OBJETIVO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
<p>Promover la práctica de hábitos higiénicos bucales a través de una intervención educativa, para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal en escolares de San Miguelito, Querétaro, de agosto a noviembre de 2010.</p>	<p>Gestión de recursos humanos y materiales</p>	<p>Se solicito mediante oficio por parte de la Jurisdicción Sanitaria No.1 Querétaro a la Universidad Cuauhtémoc, apoyo con 20 alumnos del 5º semestre de la carrera de Odontología para trabajar en el proyecto.</p>
		<p>Se tramito en la administración de la Jurisdicción Sanitaria No.1 el apoyo con transporte para trasladar al personal a la comunidad</p>
		<p>Se gestiono apoyo para material dental requerido para las acciones de limpieza bucal.</p>
		<p>Se tramito con el responsable del Programa Caravanas por la Salud las fechas en que las unidades de caravanas acudieron a la comunidad</p>
		<p>Se elaboro el consentimiento informado que se difundió para el proyecto</p>
	<p>Se sensibilizo a Maestros, Padres de familia a los alumnos</p>	<p>Se realizo presentación del proyecto ante, personal docente</p>
		<p>Se realizo sesión de sensibilización e información del proyecto a padres de familia</p>
		<p>Se realizo sesión de sensibilización por parte del Responsable de salud bucal jurisdiccional a los alumnos</p>

	<p>Evaluar el estado actual de salud bucal de los alumnos. Y evaluación final al concluir con la capacitación</p>	<p>Se proporciono capacitación a los odontólogos que realizaron las actividades dentales, con la finalidad de homologar los criterios a seguir al momento de realizar las valoraciones de gingivitis y el registro.</p>
		<p>Se instalaron 3 odontólogos, por cada unidad móvil de Caravanas con servicio dental (dos caravanas en total)</p>
		<p>Se trabajo un grado escolar por día</p>
		<p>Se llamaron a grupos de 10 niños de acuerdo a la lista de asistencia</p>
		<p>Se efectuó revisión inicial por personal odontológico para valorar la salud bucal de los alumnos</p>
		<p>Se realizo limpieza bucal, con apoyo de instrumental adecuado</p>
		<p>Se registraron datos personales de los alumnos, se valoro el grado de gingivitis así como hallazgos detectados.</p>
		<p>Se dieron las ultimas recomendaciones de aseo bucal y alimenticias.</p>
	<p>Tres meses después al concluir con las sesiones de capacitación se realizo nuevamente valoración del estado bucal de los alumnos Se realizo la misma dinámica que en la evaluación inicial.</p>	

<p>Promover la práctica de hábitos higiénicos bucales a través de una intervención educativa, para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal en escolares de San Miguelito, Querétaro, de agosto a noviembre de 2010</p>	<p>Capacitación a los alumnos en la técnica de cepillado dental</p>	<p>Se programo una sesión de capacitación cada 2 semanas con los siguientes temas: Como esta constituida tu boca, higiene dental, técnica de cepillado, que es la gingivitis, complementos de limpieza, prevención de padecimientos bucales y alimentación saludable, lo que servirá de reforzamiento a las actividades preventivas y de limpieza bucal que realizan . Se aplico cuestionario de conocimientos generales de salud bucal en la primera y en la última sesión de capacitación.</p>
		<p>Se presento obra con títeres "Tus dientes son primero cuídalos"</p>
	<p>Supervisar que los alumnos realicen la técnica de cepillado dental de acuerdo a la capacitación recibida</p>	<p>Una vez concluido el receso escolar, vigilar que los alumnos de su grupo se laven los dientes, utilizando técnica aprendida</p> <p>No permitir jugar con los cepillos, pasta o agua</p> <p>Vigilar que no se desperdicie o utilice de mas pasta de dientes y agua</p> <p>En sus hogares supervisar que se realice el aseo bucal después de cada alimento y antes de irse a dormir</p>

7.7 Organización Interna (organigrama anexo 3)

La organización se llevo acabo de la siguiente manera, a la cabeza se localizo el líder del proyecto quien programo, controló, dirigió y evaluó las actividades, el responsable jurisdiccional de Odontología, asesoro y superviso el proyecto, en el siguiente nivel se coloco el personal de la unidad de salud de la localidad, quienes dieron información y promoción del proyecto hacia la población en general, los odontólogos quienes realizaron las actividades de limpieza bucal con los alumnos de la escuela efectuaron las evaluaciones iniciales y finales del estado bucal de los niños, y proporcionaron sesiones de capacitación a los alumnos, los maestros y padres de familia fueron los supervisores del aseo bucal tanto en la escuela como en la casa.

7.8 Reporte de la ejecución

Comparativo con lo Planeado

El proyecto se llevo acabo de acuerdo a lo programado y lo podemos clasificar en diferentes etapas:

Etapa de Gestión

Se gestiono ante la Universidad Cuauhtémoc el apoyo con 20 estudiantes del 5° semestre de la carrera de Odontología, así mismo se tramitó con el responsable del programa Caravanas de la Salud, el apoyo de 2 Unidades Móviles de Caravanas, en la Administración Jurisdiccional también se gestiono la donación del material que se utilizó como fueron guantes, cubre bocas, contrangulos desechables, pasta profiláctica, pastillas reveladoras, gasas, sanitas, abatelenguas, cepillos de dientes.

Etapa de Sensibilización

Se visito la Escuela y se solicito a la Directora a través de oficio se permitiera presentar el proyecto al personal docente, el cual se realizo con la participación de todos los maestros del turno y en cual aceptaron trabajar los profesores de 5° y 6°. En esta ocasión se solicito fecha para realizar la presentación con padres de familia

En la reunión que convocamos a padres de familia se procedió a pasar lista, se les presento el proyecto y se les sensibilizo para que sus hijos participaran en el. En esta ocasión se entregaron los formatos de consentimiento informado, hubo gran aceptación por parte de los padres.

Etapa de Capacitación.

Se proporciono capacitación a los odontólogos que realizaron las actividades dentales, con la finalidad de homologar los criterios a seguir al momento de realizar las valoraciones de gingivitis y el registro.

Se determino el nivel de conocimientos teóricos, sobre higiene bucal de los alumnos mediante un cuestionario el cual consta de siete preguntas claras y sencillas relacionadas con temas generales de higiene bucal y basadas en la información básica que los alumnos deberían de tener para este nivel educativo.

Se otorgaron 2 platicas por mes en los tres meses del proyecto, los temas fueron:

Se hizo una presentación con los alumnos para explicarles en que consistiría el proyecto, que les iban a realizar y externaran sus dudas, se dio **la primera sesión** donde explicaron “Como esta constituida la boca”, la plática se apoyo con un rota folio y tipodonto. Antes de iniciar la primera sesión se aplico un cuestionario de conocimientos generales sobre salud bucal.

Sesión 2 : Higiene dental, donde se presento una obra de títeres “Tus dientes son primero cuídalos”, así mismo se realizo repaso del tema visto en la primera sesión.

Sesión 3: Técnica de cepillado, se explico la técnica correcta del cepillado dental, se realizaron demostraciones. Con el uso de pastillas reveladoras podían observar donde se localizaba la placa dentobacteriana. Los alumnos corregían los errores y calificaban a sus compañeros. Se realizaron concursos con un memorama con imágenes relacionadas a salud bucal.

Sesión 4: Que es la gingivitis, Se explico en que consiste la gingivitis y la enfermedad periodontal, haciendo énfasis en la prevención de la enfermedad con una adecuada técnica de cepillado, así como reconocer sus signos y síntomas.

Sesión 5: Complementos de limpieza y uso del hilo dental, se dieron a conocer los diferentes productos que nos sirven de apoyo en limpieza dental además del cepillo y la pasta, como es el enjuague bucal y el hilo dental. Se realizaron demostraciones para el uso del hilo dental.

Sesión 6. Prevención de padecimientos bucodentales y alimentación saludable, Se realizo un resumen de las platicas anteriores así como las actividades realizadas , se menciono de manera sencilla y dinámica cuales son los grupos de alimentos esenciales y saludables. Se aplico nuevamente cuestionario de conocimientos generales.

Es importante mencionar que en cada sesión se paso lista de asistencia.

Etapas de Evaluación y Supervisión de las actividades

Con el apoyo de los odontólogos se realizo evaluación clínica mediante el examen bucal de los alumnos, se trabajo un grupo por día, se procedió a dar una explicación sobre las actividades, de acuerdo a la lista de asistencia, fueron pasando en grupos de 5 alumnos, hacia las unidades móviles, se solicitaban datos generales, se proporcionaba pastilla reveladora, posteriormente se realizaba la limpieza dental. Un odontólogo hacia la limpieza y dictaba a un odontólogo el diagnostico por piezas dentarias para registrarlo en el odontograma. Mientras se realizaba la limpieza del primer alumno se tomaban datos del siguiente y daba la pastilla y así sucesivamente, al concluir con la limpieza se les entregaba su cepillo dental para que realizaran la limpieza en casa, y se le daban las últimas recomendaciones, el proceso fue muy dinámico. A los maestros se les entrego el total de cepillos por número de alumnos para que realizaran la higiene dental después del receso.

Los odontólogos manejaron una bitácora de campo donde se reporten las actividades realizadas, problemática detectada, e incidencias las cuales se solventaron de inmediato. Ellos llevaron también listados de asistencia de los

alumnos por grado, lo que nos ayudo a tener un control de los niños que recibieron la revisión odontológica, los maestros registraron sus actividades y reportaron la problemática detectada.

Los alumnos fueron supervisados por los maestros ya que después del receso debían lavarse los dientes, al igual en sus hogares sus padres debieron supervisar esta actividades después de consumir sus alimentos y antes de ir a dormir.

Fotos y descripción detallada

Escuela Damián Carmona, en la Loc. San Miguelito



Actividades de limpieza bucal inicial y final



Actividades de limpieza bucal inicial y final



Actividades de limpieza bucal inicial y final.



Actividades de capacitación: Teatro Guiñol



Actividades de capacitación : Técnica de cepillado



Actividades de capacitación. ¿Que es la gingivitis? y prevención de padecimientos bucales.



Actividades de capacitación: material utilizado



Actividades de elaboración de evaluación de conocimientos inicial y final



8 RESULTADOS

Se elaboro una base de de datos en el sistema estadístico SPSS versión 19, para el análisis de la información. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas de sexo y presencia de gingivitis y medidas de tendencia central y dispersión para la variable edad.

8.1 Resultados de la evaluación odontológica

Del universo programado de 104 escolares de los grupos de 5° y 6° de la primaria Damián Carmona, se eliminaron 9 de acuerdo a los criterios establecidos, por lo que se trabajo con una muestra de 95 alumnos, a los cuales se les realizó limpieza bucal al 100% .

En la **tabla 1** se observa la distribución de los alumnos de acuerdo al género: el 47.4 % corresponde a mujeres y 52.6 % para hombres.

Tabla 1. Distribución por Genero

GENERO	N	%
FEMENINO	45	47.4 %
MASCULINO	50	52.6 %
TOTAL	95	100 %

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 2** se muestra la distribución por edad de los alumnos.

Tabla 2 Distribución por grupos de edad

EDAD	N	%
10	26	27.3
11	52	54.7
12	11	11.6
13	3	3.2
14	2	2.1
16	1	1.1
TOTAL	95	100%

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 3** se estimo como medida de tendencia central, para la edad de los alumnos la media la cual resulto de 11.01. Así mismo, de las medidas de dispersión se calculo la desviación estándar que es igual a 1.84, y el rango su resultado fue 5. El estadístico de prueba con valor $p < 0.05$.

Tabla 3. Media de la edad de la población

POBLACION	N	MEDIA	DESV. ESTANDAR	RANGO	P
ESCOLARES	95	11.01	.94	5	0.05

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En La **tabla 4** se observa la Prevalencia de gingivitis en la población estudiada la cual es de 81.1%. (77 de los escolares presentaron gingivitis)

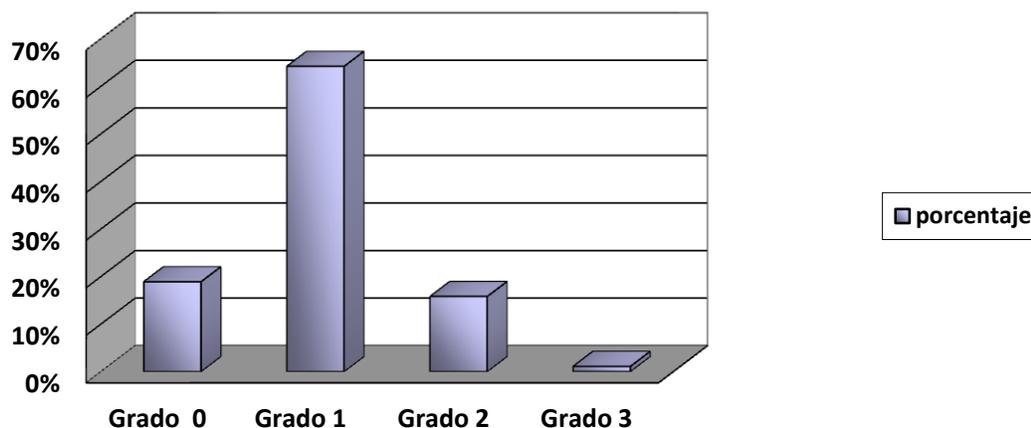
Tabla 4. Prevalencia de gingivitis en la población estudiada

SEXO	GINGIVITIS					
	SANO		AFECTADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	12	12.6	38	40	50	52.6
FEMENINO	6	6.3	39	41.05	45	47.4
TOTAL	18	18.9	77	81.1	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **grafica 1** se presenta en porcentajes el grado de severidad de acuerdo a el índice gingival de Loe y Sillnes modificado (IGM).

Grafica 1



FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **Tabla 5** de acuerdo al genero se presenta el porcentaje y grado de severidad acuerdo a el índice gingival de Løe y Sillnes modificado (IGM).

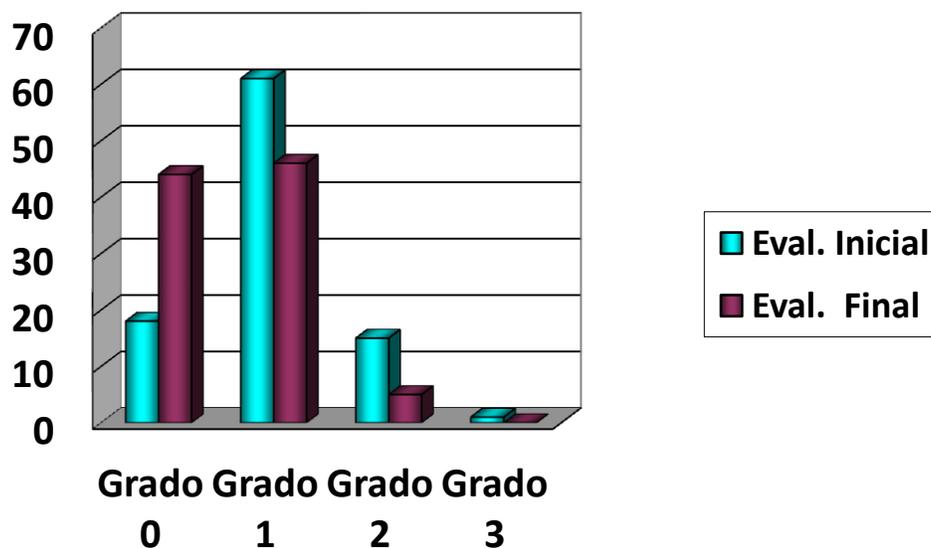
Tabla 5 Índice gingival por genero.

GRADO GINGIVITIS	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
GRADO 0	6	6.3%	12	12.6%
GRADO 1	29	30.5%	32	33.6%
GRADO 2	9	9.5%	6	6.3%
GRADO 3	1	1.1%	0	0
TOTAL	45	47.4%	50	52.6%

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **grafica 2** se representan los resultados de la evaluación odontológica inicial y final por grado de gingivitis .

Grafica 2



FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **Tabla 6** se representa la proporción de los grados de gingivitis en la evaluación inicial y evaluación final.

Tabla 6 Grado de gingivitis en la evaluación inicial y final.

GRADO GINGIVITIS	EVALUACION INICIAL		EVALUACION FINAL	
	N	%	N	%
GRADO 0	18	18.9%	44	46.3%
GRADO 1	61	64.2%	46	48.4%
GRADO 2	15	15.8%	5	5.3%
GRADO 3	1	1.1%	0	0
TOTAL	95	100%	95	100%

CHI – CUADRADA de Pearson	VALOR	G. L.	SIGNIFICANCIA
	52.990	6	00

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

8.2 Resultados del conocimiento:

Las evaluaciones tanto iniciales como finales fueron aplicadas a los 95 alumnos que participaron en el proyecto, en las acciones de limpieza bucal así mismo en las sesiones de capacitación. En la misma base de datos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables de conocimiento si sabían ¿cuántos dientes tienen los adultos?, si ¿conocían artículos de limpieza aparte de cepillo y pasta dental aun y cuando no los utilizaran? y ¿qué es la gingivitis?. Así mismo el cuestionario incluía preguntas de su higiene bucal tales como si ¿Se lavaban o no los dientes?, ¿cuántas veces? y ¿qué artículos utilizaban?

Tabla 7 De los resultados obtenidos en las preguntas sobre higiene bucal y conocimiento, Se agruparon las tres preguntas sobre conocimiento calificándolas de la siguiente manera:

Bien (quienes respondieron adecuadamente las 3 preguntas)

Regular (quienes respondieron adecuadamente 2 preguntas)

Mal (quienes respondieron adecuadamente 1 y/o ninguna pregunta)

Tabla 7 Evaluación de conocimientos sobre salud bucal

EVALUACION	BIEN		REGULAR		MAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
INICIAL	0	0	0	0	95	100
FINAL	58	61	32	33.7	5	5.2

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **Tabla 8** se muestran los resultados de la evaluación inicial y final a la variable sabes cuantos dientes tienen los adultos, donde el 95.7% (91 alumnos) desconocían cual es el número de piezas dentarias en la preevaluacion. Al concluir las sesiones educativas el 90.5% contesto adecuadamente a esta pregunta, por lo que es importante que los niños conozcan el numero de dientes para preservar una dentadura completa y sana, durante el ciclo de vida.

Tabla 8 ¿Sabes cuantos dientes tienen los adultos?

	Pre evaluación		Post evaluación	
	N	%	N	%
Si sabe	4	4.21	86	90.5
No sabe	91	95.7	9	9.47
	95	100	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 9** encontramos la variable que otros artículos aun y si no los utilizas conoces para lavarte los dientes. En la pre evaluación, se observa que el 84.% solo identificaban la pasta y cepillo dental. Al concluir las sesiones educativas el 96.8% conoció que existen otros instrumentos como el hilo dental y el enjuague bucal. Cuyo objetivo es eliminar la placa dentobacteriana acunada en las superficies dentales

Tabla 9 ¿Que otros artículos conoces para lavar los dientes?

	Pre evaluación		Post evaluación	
	N	%	N	%
Ninguno	80	84.2	3	3.15
Enjuague y/ o hilo dental	15	15.78	92	96.84
	95	100	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 10** observamos que al inicio de la intervención ningún alumno sabia que es la gingivitis, sin embargo en la evaluación final respondieron bien a esta pregunta el 65.26 % de los alumnos.

Tabla 10 ¿Sabes que es la gingivitis?

	Pre evaluación		Post evaluación	
	N	%	N	%
No sabe	95	100	33	34.73
Sabe.	0	0	62	65.26
	95	100	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **Tabla 11** observamos la variable te lavas los dientes en tu casa, en la pre y pos evaluación. El 92.6% respondió en la evaluación inicial que si se lavan los dientes sin embargo no es congruente con las preguntas ¿cuántas veces al día te lavas los dientes?

Tabla 11 ¿Te lavas los dientes en tu casa?

	Pre evaluación		Post evaluación	
	N	%	N	%
SI	88	92.6	95	100
NO	7	7.3	0	
	95	100	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 12** aparece la variable ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes? En la pre y pos evaluación. Si comparamos los resultados con la tabla 11 en la evaluación inicial el 92.6% respondieron si lavarse los dientes, sin embargo al preguntar cuantas veces, los resultados no coinciden.

Tabla 12 ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?

	Pre evaluación		Post evaluación	
	N	%	N	%
Ninguna	6	6.3	0	0
1 vez al día	8	8.4	0	0
2 veces al día	24	25.2	5	5.2
3 veces o más al día	57	60	90	94.7
	95	100	95	100

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 13** se realiza una tabla de contingencias considerando las variables ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes? en relación al grado de gingivitis. Si calcula la prueba de Chi-cuadrada, partiendo de la hipótesis que ambas variables son independientes, se obtiene un valor de significancia de .058, por lo que la hipótesis se acepta, y se considera o que no existe relación entre ambas variables.

Tabla 13 Cuantas veces se lava los dientes al día contra grado de gingivitis

Grados de gingivitis eval. final	2 veces al día		3 veces al día		Total
	N	%	N	%	
0	0	0	44	46.3	44
1	4	4.2	42	44.2	46
2	1	1.05	4	4.2	5
	5	5.25	90	94.7	95

CHI – CUADRADA de Pearson	VALOR	G. L.	SIGNIFICANCIA
	5.709	2	.058

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

En la **tabla 14** se calcula una prueba de Chi-cuadrada para las variables ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes? Y genero donde partimos de la hipótesis que estas variables son independientes, donde se obtiene un valor de significancia de .025 por lo que la hipótesis de independencia se rechaza, por lo tanto podemos concluir que estas variables si están relacionadas.

Tabla 14 Cuantas veces al día se lava los dientes en relación al genero

	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Ninguna	6	6.3	0	0
1 vez al día	2	2.1	6	6.3
2 veces al día	13	13.6	11	11.5
3 veces o más al día	24	25,2	33	34.7
	45	47.4%	50	52.6%

CHI – CUADRADA de Pearson	VALOR	G. L.	SIGNIFICANCIA
	9.350	3	.025

FUENTE: Intervención educativa en la primaria Damián Carmona, San Miguelito, Qro. 2010

9 DISCUSION

Como podemos observar la prevalencia de la gingivitis detectada en la intervención educativa realizada en la comunidad de San Miguelito, Querétaro es de 81.1% un porcentaje alto, muy parecido a lo reportado en estudios previos como el de Doncel, Vidal y del Valle,²⁴ en su estudio de Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes en el cual reportan una prevalencia de gingivitis de 82%. Tal como lo plantean Hernández y Olivera¹⁸ en el estudio de Enfermedad periodontal y propuesta de método educativo sanitario en un grupo de escolares quienes encontraron una prevalencia de 79.1% de enfermedad periodontal.

Después de comparar los resultados obtenidos, con el estudio de Olivera, Iglesias y Fernández¹³ se puede observar que existe coincidencia en el grado de severidad de los índices gingivales ya que en su estudio reportan gingivitis grado leve al 86.9%, moderada al 12.1% y grave al .04. Sin embargo se presentan diferencias con los resultados de Hernández y Olivera¹⁸ quienes reportan al 100% de los niños en grado leve.

En relación al género, también encontramos diferencias podemos observar que de acuerdo a los resultados de Olivera, Iglesias y Fernández¹³ el sexo masculino presenta un discreto predominio, algo similar reportaron Hernández y Olivera¹⁸ y Hernández y Tello³³ quienes en ambos estudios no reportan diferencias en relación al sexo.

En relación a las preguntas sobre higiene bucal aun y cuando el 92.6 % (88) de los alumnos respondió que se lavan los dientes al momento de realizar la evaluación dental inicial se pudo comprobar que este dato no correspondía a lo respondido por los alumnos.

Al realizar la evaluación del conocimiento encontramos resultados muy parecidos a los detectados en la intervención educativa ejecutada en San Miguelito, Querétaro, como los obtenidos por Bolaños y González en donde reportan que el 98.7% de los alumnos estudiados obtuvieron calificación mal en la evaluación inicial de su estudio, así mismo apreciamos como después los resultados finales se comportan diferente; 87.5% fueron evaluados como bien y 12.5% como regular .

De manera muy similar el estudio de Limonta y Araujo con la aplicación de una intervención educativa presentan un cambio significativo en la modificación al conocimiento sobre salud bucal ya que del 12% se cambia al 94% de conocimiento después de aplicar la intervención.

Díaz, Ferrer y García, refieren que antes de la aplicación de su intervención predominaban los conocimientos inadecuados (77%), sin embargo la situación cambio al finalizar la acción educativa alcanzo los conocimientos adecuados 80.3% de los integrantes.

Se realiza una tabla de contingencia entre la variable de cuantas veces al día te lavas los dientes y la intervención final, encontrando que no existe relación de dependencia entre el número de veces que refieren los alumnos de lavarse los dientes y la intervención odontológica final.

Se realiza una tabla de contingencia entre la variable de cuantas veces al día te lavas los dientes en la evaluación inicial y el género, encontrando que no existe relación de dependencia entre estas variables.

De igual manera podemos observar que el 6.3% de niñas refiere no lavarse los dientes y todos los niños afirmaron lavarse los dientes por lo menos una vez al día.

10. CONCLUSIONES.

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad, lo cual manifiesta que la necesidad de la prevención y promoción de las enfermedades bucales debe realizarse en forma continua.

En relación a la consolidación de hábitos higiénicos bucales, es importante señalar, que la participación de la familia, constituye un pilar de vital importancia, ya que en el entorno familiar se construyen los estilos de vida saludables.

La metodología utilizada para propiciar el aprendizaje en las y los escolares, se integró con técnicas participativas y demostrativas, en la modalidad de sesiones educativas, lo que nos permite concluir que ésta metodología, es un recurso que favorece la adquisición de hábitos de higiene. En este sentido se ha comprobado que las intervenciones que se enfocan a propiciar aprendizajes significativos son exitosas en la educación para la salud y es llevado a casa para compartir con padres y hermanos.

En este orden de ideas, la educación para la salud influye positivamente sobre los conocimientos, aptitudes y comportamiento de los individuos, con lo que podemos afirmar que al realizar actividades preventivas, en el área dental, contribuimos en la prevención de diferentes padecimientos específicamente gingivitis y enfermedad periodontal.

La presente intervención demuestra que la higiene bucal debe ser incluida en edades tempranas donde la incorporación de hábitos se potencializa con el desarrollo de los niños.

Considerando los resultados obtenidos podemos concluir que la intervención educativa que se realizó con los 95 alumnos de 5° y 6° de la escuela primaria Damián Carmona durante el ciclo escolar 2010-2011 para que adoptaran hábitos higiénicos a través del conocimiento sobre la salud bucal, fue favorable, ya que las evaluaciones finales de odontología y de conocimientos demostró que hay modificación a partir de la intervención tanto en el índice de gingivitis como adquisición de nuevo conocimiento en relación a la salud bucal.

A manera de reflexión destacamos la importancia de las actividades educativas ya que las acciones de bajo costo como las realizadas durante el proyecto de intervención educativa son de alto impacto en lo individual, familiar y lo institucional. Considerando la posibilidad de que los niños conserven la salud de su boca con acciones preventivas no curativas ni mutilantes que ocasionen gastos (por una atención de urgencias, el traslado a un particular y la compra de medicamentos) Se propone extender estas acciones de educación en localidades que no cuentan con la oferta de servicio dental lo que contribuiría a la adopción de hábitos de higiene bucal en los niños en edad escolar.

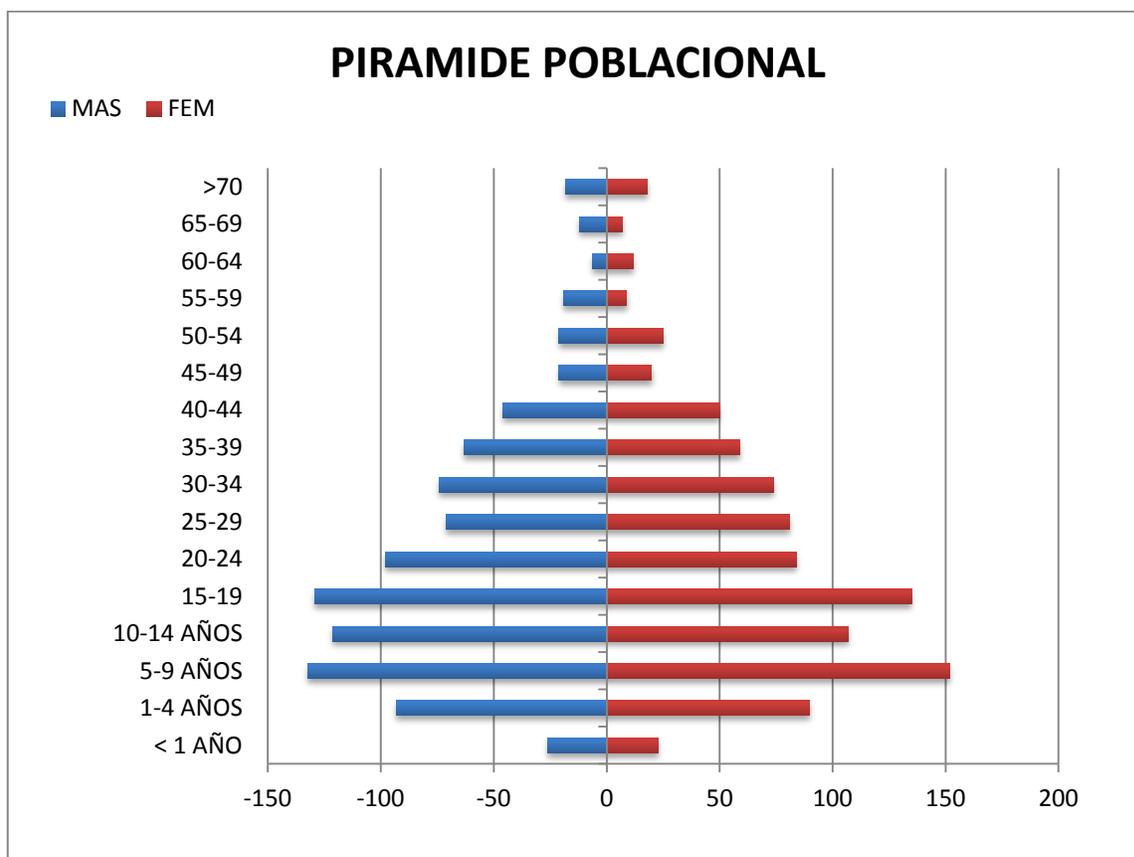
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La intervención educativa se llevo acabo de acuerdo a lo planeado, sin embargo si el proyecto quiera replicarse en otras localidades se detectan limitantes como:

- El que la población acepte que los problemas dentales son una enfermedad, y lo vean como situación normal.
- Falta de servicio médico odontológico en unidades rurales. (las unidades medicas de caravanas acuden a rutas establecidas)
- Falta de personal médico que realice promoción específicamente en escuelas
- Falta de personal médico odontológico que realice acciones de promoción y prevención odontológica
- Participación activa de los docentes a temas de salud, y específicamente enfermedades odontológicas.

12. ANEXOS

ANEXO 1 PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUELITO



FUENTE: CENSO REALIZADO EN LA COMUNIDAD DE SANMIGUELITO EN EL AÑO 2009

ANEXO 2 MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUELITO

No. DE ORDEN	CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	6,724	6,795	6,501	6,768	12,055
2	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS MICROORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS	1,385	1,238	1,074	947	1,098
3	GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL	359	277	103	75	410
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	311	431	352	270	335
5	ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	315	137	222	291	321
6	OTITIS MEDIA AGUDA	0	291	209	133	298
7	CONJUNTIVITIS	253	636	345	243	274
8	AMEBIASIS INTESTINAL	253	260	120	0	192
9	CANDIDIASIS UROGENITAL	246	233	294	137	140
10	INTOXICACION POR PICADURA DE ALACRAN	113	150	72	27	65
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0		72	21	
	DESNUTRICION LEVE	89		0		

FUENTE: SUIVE 2005-2009 TASA por 10,000 habitantes

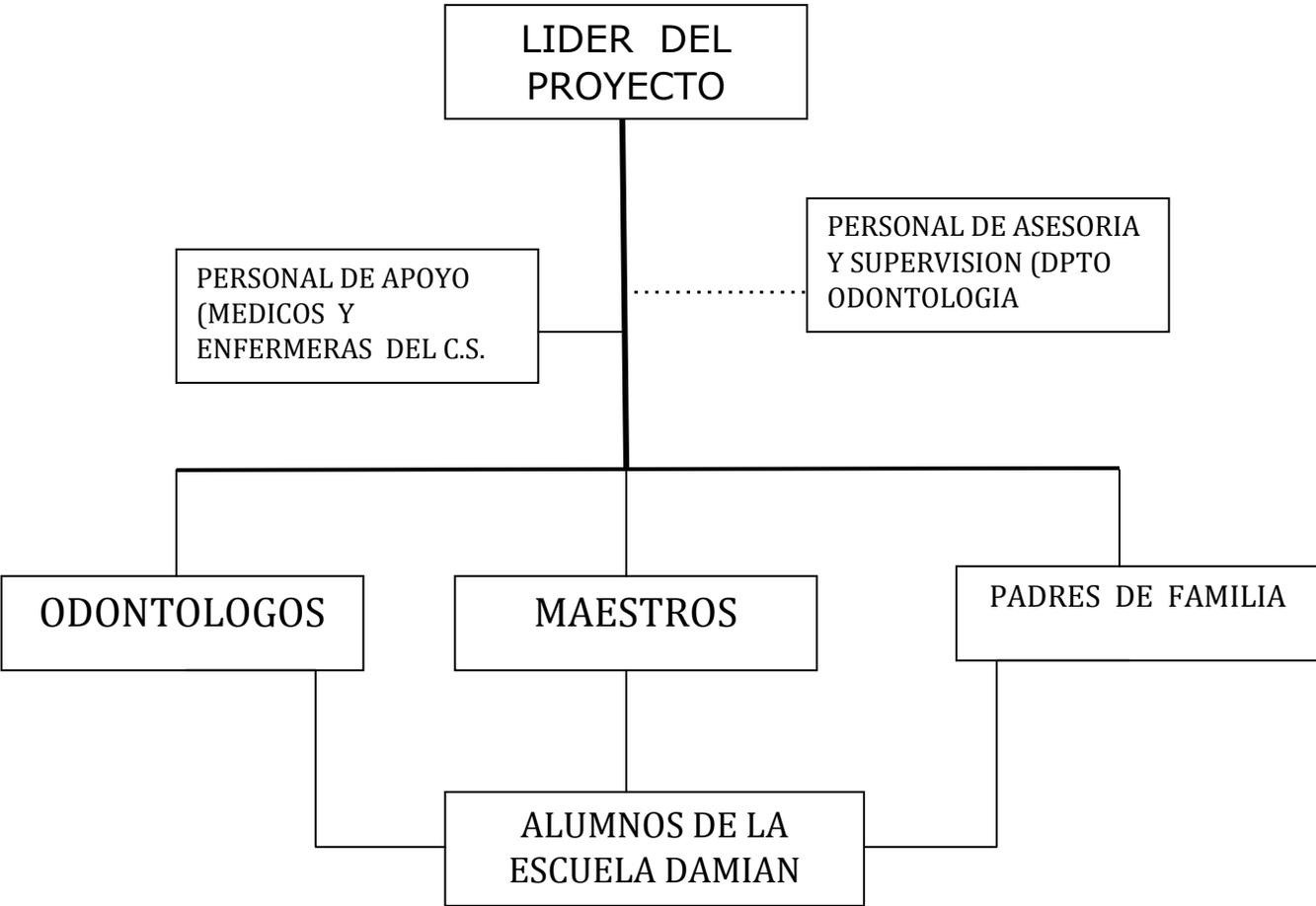
MORTALIDAD DE LA LOCALIDAD AÑO 2009

De acuerdo al (SEED) en el año 2009 se presento una tasa de mortalidad general de 15.6 muertes por cada 10,000 habitantes en la comunidad, las causas 1 sepsis bacteriana del R/N, 1 por diabetes mellitus, 1 por senectud y un absceso hepático.

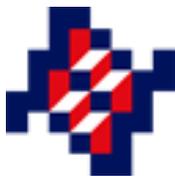
ANEXO 3 GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDAD	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
PLANEACION DEL PROYECTO (elaboración de cartas descriptivas y material de difusión. Oficios, etc)				⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒													
PRESENTACION DEL PROYECTO EN ESCUELA PRIMARIA DAMIAN CARMONA								⇒⇒												
GESTION DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES						⇒		⇒												
REUNION DE SENSIBILIZACION CON PADRES DE FAMILIA								⇒												
CAPACITACION A LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DAMIAN CARMONA									⇒			⇒		⇒		⇒		⇒		⇒
LIMPIEZA BUCAL A LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DAMIAN CARMONA									⇒											⇒
SUPERVISION DE PARTE DE LOS MAESTROS									⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	
SUPERVISION POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA									⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	⇒⇒⇒⇒	
SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES									⇒			⇒		⇒		⇒		⇒		⇒
EVALUACION DEL PROYECTO									⇒								⇒	⇒	⇒	⇒
ACTIVIDADES FUERA DE PROGRAMACION.																				

ANEXO 4. ORGANIGRAMA.



ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESCUELA PRIMARIA MATUTINA
"DAMIAN CARMONA"
CLAVE: 22DPRO829F



SECRETARÍA
DE SALUD

SE SOLICITA LA AUTORIZACION PARA QUE SU HIJO (A):

ALUMNO(A) DEL ___° GRADO, GRUPO "___" PARTICIPE EN EL PROYECTO DE HIGIENE BUCAL, QUE SE LLEARA A CABO DEL MES DE AGOSTO A NOVIEMBRE DEL PRESENTE AÑO, DENTRO DEL HORARIO DE CLASES, EN LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA PRIMARIA.

AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

ANEXO 6. FICHA DE IDENTIFICACION DEL ALUMNO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA EN SERVICIO.

JURISDICCION SANITARIA No.1

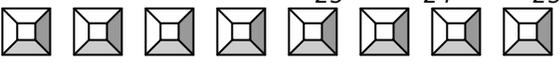
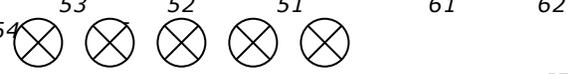
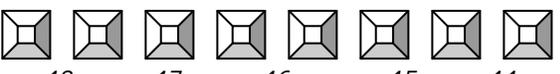
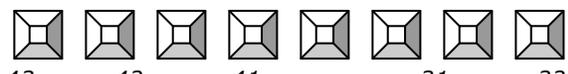
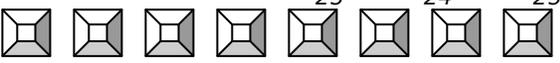
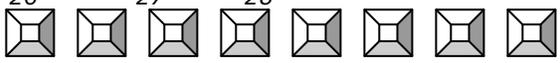
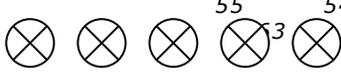
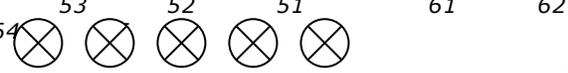
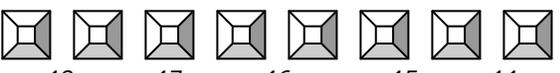
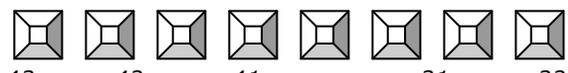
PROYECTO DE INTERVENCION DE PROMOCION DE LA SALUD BUCAL PARA PREVENIR GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS ALUMNOS DE LA PRIMARIA DAMIAN CARMONA DE LA LOCALIDAD DE SAN MIGUELITO, QRO.

NOMBRE DEL MEDICO:

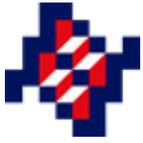
GRUPO:NOMBRE ALUMNO:

EDAD:

INDICE DE GINGIVITIS:

ODONTOGRAMA EVALUACION INICIAL	FECHA:
<p>18 17 16 23 15 24 14 25</p> 	<p>13 12 11 21 22</p> 
<p>55 53 54</p> 	<p>53 52 51 61 62</p> 
<p>DER.</p> 	<p>IZQ.</p> 
<p>48 47 46 33 45 34 44 35</p> 	<p>74 75 71 72</p> 
<p>ODONTOGRAMA EVALUACION FINAL</p> <p>18 17 16 23 15 24 14 25</p> 	<p>FECHA:</p> <p>13 12 11 21 22</p> 
<p>55 53 54</p> 	<p>53 52 51 61 62</p> 
<p>DER.</p> 	<p>IZQ.</p> 
<p>48 47 46 33 45 34 44 35</p> 	<p>74 75 71 72</p> 

ANEXO 7. CUESTIONARIO A LOS ALUMNOS



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

JURISDCCION SANIARIA No.1

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN LOS ALUMNOS DE LA PRIMARIA DAMIAN CARMONA
SAN MIGUELITO, QUERETARO.**

NOMBRE:

GRUPO:

RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

CUANTOS DIENTES TIENEN LOS ADULTOS?

TE LAVAS LOS DIENTES EN TU CASA?

POR QUE?

CUANTAS VECES AL DIA TE LOS LAVAS?

QUE UTILIZAS PARA LA HIGIENE DE TUS DIENTES?

**AUN Y SI NO LO UTILIZAS QUE OTROS ARTICULOS CONOCES PARA LA HIGIENE
DENTAL?**

SABES QUE ES LA GINGIVITIS?

ANEXO 8. CARTAS DESCRIPTIVAS



PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES

PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 20 a 23 de Septiembre de 2010

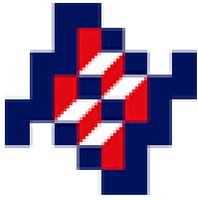
Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre de la Sesión: 1 ¿cómo está constituida tu boca?

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
20 -23 SEP/10	15 min.	Integración grupal	Familiarizar a los alumnos con el personal de Odontología que impartirá las platicas	Dinámica de presentación	
	15 min.	Dinámica Grupal	Crear ambiente de confianza entre los participantes	Lluvia de ideas	
	15 min	Resumen del Diagnostico de Salud	Describir de manera general los resultados del DIS, y que los alumnos conozcan las características principales de la población	Presentación PP	Cañón y laptop
	15 min	¿Cuáles son las partes de tu boca?	Describir e ilustrar las partes de nuestra boca	Presentación	Rota folio, periodonto
	10 min	Preguntas y Respuestas	Resolver dudas		
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir la plática y despedida		



SECRETARÍA
DE SALUD

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES

PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 4 al 7 de Octubre de 2010

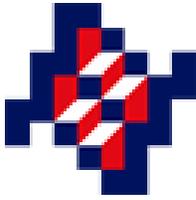
Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre de la Sesión: 2 Higiene Dental

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
4 – 7 OCT/1 0	10 min.	Repaso de la sesión anterior	Identificar claridad en los conceptos adquiridos	Lluvia de ideas	
	15 min.	Que es la higiene bucal	Analizar la importancia de la higiene bucal	Presentación	
	30 min	Presentación del elenco	Conocer a muelas, súper cepillo, caries y dulces	Presentación de la obra "Tus dientes son primero cuidalos"	Obra de títeres
	10 min	Preguntas y Respuestas	Resolver dudas		
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir platica y despedida		



SECRETARÍA
DE SALUD

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES

PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 20 a 23 de Septiembre de 2010

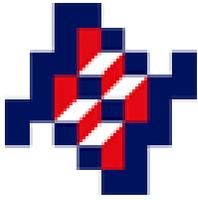
Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre de la Sesión: 3 técnica de cepillado

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
18 – 21 OCT/10	10 min.	Repaso de la sesión anterior	Identificar claridad en los conceptos adquiridos	Formar equipos y jugar memorama de personajes relacionados a la higiene bucal	Memorama
	15 min.	Técnica de Cepillado	Explicar la importancia de la técnica de cepillado, en que consiste, describir la técnica adecuada	Presentación	
	30 min	Técnica de cepillado	Efectuar una demostración de la técnica correcta del cepillado dental	Demostración	Periodonto , cepillo, pasta, pastillas reveladoras, alumnos
	10 min	Preguntas y Respuestas	Resolver dudas		
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir platica y despedida		



SECRETARÍA
DE SALUD

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES

PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 20 a 23 de Septiembre de 2010

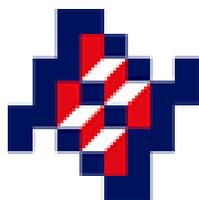
Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre Sesión 4: ¿Qué es la gingivitis?

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
8 – 11 NOV/10	10 min.	Repaso de la sesión anterior	Identificar claridad en los conceptos adquiridos	Demostración	Alumno, cepillo de dientes
	15 min.	Placa dentobacteriana	Explicar los motivos de la formación de la placa dentobacteriana	Presentación	
	20 min	Gingivitis y enfermedad periodontal	Explicar en que consiste la gingivitis y la enfermedad periodontal, informar como se desarrollan estas enfermedades, así como reconocer sus signos y síntomas.	Presentación	Periodontos,
	10 min	Preguntas y Respuestas	Resolver dudas		
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir platica y despedida		



PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL



SECRETARÍA
DE SALUD

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 20 a 25 de Noviembre de 2010

Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre de la Sesión: 5: Complementos de limpieza

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
22 – 25 NOV/10	10 min.	Repaso de la sesión anterior	Identificar claridad en los conceptos adquiridos	Preguntas y respuestas	
	15 min.	Cuáles son los complementos de limpieza bucal	Reconocer los diferentes complementos en la limpieza bucal (cepillo de dientes, pasta, enjuague bucal, hilo dental)	Presentación	
	30 min	Uso del hilo dental	Enseñar del uso adecuado del hilo dental	Demostración	Alumnos, hilo dental, espejos, enjuague bucal
	10 min	Preguntas y Respuestas	Resolver dudas		
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir platica y despedida		



SECRETARÍA
DE SALUD

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

ADOPCIÓN DE HABITOS DE HIGIENE BUCAL EN ESCOLARES

PARA PREVENIR LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EN SAN MIGUELITO QUERÉTARO, 2010.

Fecha: 6 al 9 de Diciembre de 2010

Sede: Escuela Primaria "Damián Carmona"

Objetivo General: Adoptar hábitos higiénico bucales en escolares para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal

Nombre de la Sesión: 6 Prevención de los padecimientos bucodentales y alimentación saludable.

Coordinador: Elsa Márquez Moreno

FECHA	DURACION	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
6 – 9 DIC/10	10 min.	Repaso de la sesión anterior	Identificar claridad en los conceptos adquiridos	Preguntas y respuestas	
	15 min.	Prevención bucal	Resumir las actividades preventivas que se fueron desarrollando en las semanas anteriores	Lluvia de ideas y anotarlas en el pintarrón	Pintarrón, plumines
	15 min	Alimentación Saludable	Mostrar de manera simple y dinámica cuales serian los grupos de alimentos esenciales y saludables en los adolescentes.	Presentación	Plato del bien comer
	20	Evaluación de los temas	Conocer que recuerdan sobre los temas revisados	evaluar	Cuestionario
	5 min	Cierre de la sesión	Concluir platica y despedida	Agradecer a los alumnos y a los maestros la participación en este proyecto	

13. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Secretaría de salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM – 013–SSA2 – 1994. Para prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM – 013 – SSA2 – 2006, para prevención y control de enfermedades bucales.
- ² Limonta E, Araujo T. Intervención Educativa para Modificar conocimientos sobre Salud Bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000;4(3).
- ³ Juárez L, Murrieta J, Teodosio E, Prevalencia y Factores de riesgo asociados a Enfermedad Periodontal en Prescolares de la Ciudad de México, Gaceta Medica de México 2005; 141(3)
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000300003&script=sci_arttext
- ⁴ Borroto R, Alvarez M, Experiencia Medica Diagnostico Comunitario de la Situación de Salud, Revista Cubana Med Gen Integr 1996; 12(3)
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi13396.htm
- ⁵ Stefanello Busato A: Odontología Restauradora y Estética Editorial AMOLCA. Colombia, 2005. Pp 55 – 59.
- ⁶ National Institute of Dental and Craniofacial Research, (NOHIC)National Oral Health Information Clearinghouse, 2010, NIH Publication No. 10-1142S.
<http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/enfermedad-de-las-encias.pdf>
- ⁷ Taboada O, Talavera I, Prevalencia de Gingivitis en una Población Preescolar del Oriente de la Ciudad de México, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2011; 68 (1) http://www.nietoeditores.com.mx/download/bol_med_HIM/enero-febrero2011/Bol%20Med%20Hosp%201.4%20PREVALENCIA.pdf
- ⁸ Murrieta J, Juárez L, Linares C, Zurita V, Prevalencia de Gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de Higiene Oral y el nivel de conocimientos sobre Salud Bucal demostrado por sus madres, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2004; 61(1)
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext
- ⁹ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Boletín de Epidemiología No9 Vol. 27 Semana 9 del 28 de febrero al 6 de marzo de2012. pp 1-3.
- ¹⁰ Sistema Nacional de Salud: Informe semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVE) Jurisdicción Sanitaria No. 1 Querétaro 2003, 2005 y 2010.

-
- ¹¹ Diagnostico Integral de salud 2009, Comunidad de San Miguelito, Querétaro. Documento no publicado
- ¹² Baroto R, Alvarez M, Experiencia Medica Diagnostico Comunitario de la Situación de Salud, Revista Cubana Med Gen Integr 19996; 12(3)
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi13396.htm
- ¹³ Olivera M, Iglesias I, Fernández L, López L. Enfermedad Periodontal e Higiene Bucal en Escolares, Revista de Ciencias Medicas la Habana 2009;15(1)
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od0006e.pdf>
- ¹⁴ Garcia O, Sexto N, Moya N, Lopez R, Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Revista Electrónica de las Ciencias Medicas en Cienfuegos, Medisur 2008;6 (2)
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/449/551>
- ¹⁵ Villalobos PC (2003) Educación y Estilo de Enseñanza- Aprendizaje. Publicaciones Cruz, México. 2ª Ed.
- ¹⁶ Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la Salud Escolar
- ¹⁷ Solé I. Cuadernos de educación, Orientación educativa e intervención Psicopedagógica, Horsori, España 2º ed.
- ¹⁸ Hernández Y, Olivera M, Enfermedad periodontal y propuesta de un método educativo sanitario en un grupo de escolares. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2007, 13 (1)
- ¹⁹ Katz.S.y otros(1990) Odontología preventiva en acción. Panamericana, Buenos Aires 3a. Ed.
- ²⁰ Carranza F.A (1997) Periodontologia Clínica de Glickman. Mc Graw Hill Interamericana, México 9a. Ed.
- ²¹ Lindhe,J. (1992) Periodontologia Clínica. Panamericana, México 2a. Ed.
- ²² Capitulo 8. Indicadores epidemiológicos
www.sld.cu/galerias/.../capitulo_8_indicadores_epidemiologicos.doc
- ²³ Medina C, Casanova A, Casanova J, Vallejos A, Maupomé G, Avila L. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios odontológicos en escolares de Campeche México Bol Med Hosp InfantMex 2004;61(4):331-340

-
- ²⁴ Doncel C, Vidal M, Del Valle C, Relación entre higiene bucal y la gingivitis en jóvenes Rev Cubana Med Milit 2011; 40(1)
- ²⁵ Modelo Integrador de Atención a la Salud, Subsecretaría de innovación y Calidad, Secretaría de Salud. México. Segunda edición, 2006.
- ²⁶ Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social. Educación para la salud en el ámbito de la enseñanza, edita junta de comunidades de Castilla – La Mancha. España 2009.
- ²⁷ Flores O. R (1994) Hacia una Pedagogía del conocimiento. Mc Graw Hill. Colombia.
- ²⁸ Material reproducido para fines académicos, impartido por el Mtro. Esteban de Jesús Cruz Gama, en la unidad didáctica: Educación para la Salud del INSP. Abril 2009.
- ²⁹ Bolaños M, González C, Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. Clínica estomatológica centro Ciego de Ávila 2006.
mhtml:file:///I:/Introducción.mht
- ³⁰ Díaz L, Ferrer S, García R, Duarte A, Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño, MEDISAN 2001; 5(2) 4-7
- ³¹ Iglesias C, Arenas L, Bonilla F, Cruz E. Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México, revista ADM Vol.LXV No5 Sep-Oct 2008 pp247-252
- ³² Medina C, Maupome G, Ávila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo A. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción Rev Biomed 2006; 17:269-286
- ³³ Hernández J, Tello T, Hernández F, Rosete R, Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana, Revista ADM Vol.LVII No6 Nov-Dic 2000 pp222-230

³⁴ Barona. Documento de la Universidad de las Américas Puebla. Capítulo 1: Análisis y Características de los niños de 10 a 13 años.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldg/.../capitulo1