



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**“PROPUESTA DEL METODO EXPLICATIVO Y LUDICO
VIVENCIAL PARA LA PREVENCION DE LAS
PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS
DEL 5TO GRADO SECCION A Y B DE LA “I.E.N. 10003”
CHICLAYO 2016”**

**PRESENTADO POR:
MANRIQUE SILVA, CLAUDIA IWETT
Tutor: Dra. C.D. Marisel Roxana Valenzuela Ramos**

**PIMENTEL - PERU
2017**

MANRIQUE SILVA CLAUDIA IWETT

**“PROPUESTA DEL MÉTODO EXPLICATIVO Y LÚDICO
VIVENCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS
PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS
DEL 5TO GRADO SECCIÓN A Y B DE LA “I.E.N” 10003
CHICLAYO 2016.”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título de Cirujano Dentista por la Universidad Alas
Peruanas.

PIMENTEL – PERÚ

2017

Se dedica el trabajo de investigación a: mis padres por brindarme apoyo moral y económico durante el desarrollo y transcurso de la carrera profesional y a todos los investigadores para que este trabajo les pueda servir en posteriores investigaciones y mejorar la calidad de salud bucal de todos los niños de la región.

Autora.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a la Dra. Marisel Valenzuela Ramos, Lic. Monja Tarcila Gonzales e Ing. Juan Ramos Gómez por brindar su tiempo, apoyo y conocimientos en la investigación.

Autora.

Se brinda un reconocimiento especial al director de la escuela de estomatología Dr. Antonio Durand Picho y al Mg. Walter Gallegos por su apoyo y dedicación en la elaboración y desarrollo de la tesis.

Autora.

INDICE

Carátula.....	1
Hoja de aprobación	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Reconocimiento.....	5
Índice.....	6
Resumen.....	11
Summary.....	13
Introducción.....	14
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	16
1.2. Delimitación de la Investigación.....	19
1.2.1. Delimitación Espacial.....	19
1.2.2. Delimitación Social.....	19
1.2.3. Delimitación Temporal.....	19
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	19
1.3. Problema de Investigación.....	19
1.3.1. Problema General.....	20
1.3.2. Problemas Específicos.....	20
1.4. Objetivos de la Investigación.....	20
1.4.1. Objetivo General.....	20
1.4.2. Objetivos Específicos.....	20
1.5. Variables de la Investigación.....	21
1.5.1. Operacionalización de las variables.....	21
1.6. Metodología de la Investigación.....	24
1.6.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....	24

a) Tipo de Investigación.....	24
b) Nivel de Investigación.....	25
1.6.2. Método y Diseño de la Investigación.....	25
a) Método de la Investigación.....	25
b) Diseño de la investigación.....	25
1.6.3. Población y muestra de la Investigación	25
a) Población.....	25
b) Muestra	26
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos.....	27
a) Técnicas.....	27
b) Instrumentos.....	28
1 6.5. Justificación e Importancia de la Investigación.....	31
a) Justificación.....	31
b) Importancia.....	31
c) Limitaciones.....	32
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio de investigación.....	33
2.2. Bases teóricas.....	33
2.2.1. Métodos de Enseñanza y Aprendizaje.....	42
A. Método explicativo.....	44
B. Método lúdico vivencial.....	46
C. Enseñanza Aprendizaje.....	49
2.2.2. Principales Enfermedades Bucales.....	71
A. Caries dental.....	72
B. Gingivitis	83
2.2.3. Prevención en Odontología.....	88

2.3. Definición de términos básicos.....	96
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1. Análisis de Tablas y Gráficos.....	172
3.2. Discusión.....	175
3.3. Conclusiones.....	176
3.4. Recomendaciones.....	177
3.5. Fuentes de información.....	179
ANEXOS	
Anexo 1 Matriz de Consistencia.....	185
Anexo 2 Cuestionario.....	186
Anexo 3 Odontograma.....	188
Anexo 4 Índice gingival de Løe y Silness.....	189
Anexo 5 Validación de instrumentos.....	190
Anexo 6 Constancia de Ejecución de la I.E.N.10003.....	193
Anexo 7 Solicitud para realizar la investigación en la I.E.N.10003.....	194
Anexo 8 Fotografías.....	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Población de alumnos del 5to grado sección A, B, C	26
Tabla 02. Muestra de alumnos del 5to grado sección A y B.....	27
Tabla 03. Distribución del nivel de conocimientos de las principales enfermedades bucales.	172
Tabla 04. Distribución de prevalencia de caries dental.....	173
Tabla 05. Distribución de grado de inflamación gingival.....	174

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 03. Distribución del nivel de conocimientos de las principales enfermedades bucales.....	172
Gráfico 04. Distribución de prevalencia de caries dental.....	173
Gráfico 05. Distribución de grado de inflamación gingival.....	174

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo plantear la propuesta del método explicativo y lúdico vivencial para la prevención de las principales enfermedades bucales en niños de 5to grado de la I.E.N.10003 ubicada en distrito de Chiclayo, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento de los niños sobre prevención de caries dental y gingivitis.

Participaron en el estudio el total de 59 niños escolares de quinto grado de las secciones a y b, del turno mañana sus edades oscilaban entre los 9 y 10 años.

Como instrumentos de recolección de datos se empleó el odontograma y el índice COPD con los cuales se diagnosticó la prevalencia de caries dental, con el índice gingival de Løe y Silness se diagnosticó el grado de inflamación gingival. Para evaluar el nivel de conocimientos sobre caries dental y gingivitis se empleó el cuestionario.

Los resultados obtenidos muestran que el 98.3% de los niños evaluados desconocen cuáles son las principales enfermedades bucales y cuáles son sus medidas preventivas, se demostró que la prevalencia de caries dental es de riesgo moderado en el 44.07% en los niños de quinto grado sección a y b, y el 79.66% de los niños examinados presento un grado de inflamación gingival leve.

El estudio concluyó que el riesgo de caries dental es moderado en los niños de quinto grado sección a y b, y el índice gingival es de grado 1, es decir presenta inflamación gingival leve.

Se recomienda la aplicación del programa preventivo para incrementar el nivel de conocimientos de las principales enfermedades bucales y ayudar a mejorar la salud bucal de los niños evaluados.

Palabras claves: prevención; caries dental; gingivitis; higiene bucal; métodos de enseñanza

Summary

The present investigation had as aim raise the offer of the explanatory and playful existential method for the prevention of the principal mouth diseases in children of 5th degree of the I.E.N.10003 located in Chiclayo's district, with the aim to increase the level of knowledge of the children on prevention of dental decay and gingivitis.

Participated in the total of 59 school children in the fifth grade of sections a and b of 9 and 10 years.

As data collection instruments were used the odontograma and the index COPD with which are diagnosed the risk of dental caries, with the gingival index of Silness and L oe was diagnosed the presence of gingivitis.

To evaluate the level of knowledge on dental decay and gingivitis was used the questionnaire, which was evaluated in a nominal scale the level of knowledge before applying the preventive program.

The results obtained show that 98.3% of the children evaluated do not know what are the main oral diseases and what are their preventive measures, it was demonstrated that the rate of dental caries is moderate risk at the 44.07% in children of fifth grade section a and b, and the 79.66% of the children examined presented mild gingival inflammation.

The study concluded that the rate of dental caries is moderate in children of fifth grade section a and b and the gingival index is grade 1 which require the application of the preventive program for increasing the level of knowledge and help to improve the oral health of the children evaluated.

Key words: prevention; dental decay; gingivitis; oral hygiene; teaching methods

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud presenta como principales causas de morbilidad bucal la caries dental, con una prevalencia entre el 60 y 80% y la enfermedad periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas.¹

En nuestro país la caries dental es un problema de salud que afecta la mayor parte de la población. Las estadísticas del sistema de información de salud (HIS) reportan que las enfermedades bucales de los tejidos duros y blandos, glándulas salivales y anexos, ocupan el segundo lugar de morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional.¹

La evaluación realizada por el Ministerio de Salud en el 2001 registró que escolares de 6 a 15 años de edad presentaron una prevalencia de caries dental de 90.7% y prevalencia de enfermedad periodontal de 85%.²

En la actualidad sabemos que ambas enfermedades llegan a establecerse a una temprana edad, siendo nuestra obligación intervenir precisamente en esta etapa, donde podemos evitar que se instale la enfermedad o en su defecto detener la nocividad, lo que también permite desarrollar en los niños hábitos de higiene y de alimentación de una manera más sencilla.¹

Es por ello que se la aplicación de programas preventivos y educativos en niños de edad pre escolar y escolar es importante para mejorar el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales y cómo prevenirlas, frente a este contexto la investigación tuvo como objetivos evaluar el nivel de conocimientos

sobre caries dental y gingivitis en los niños de 5to grado así como también diagnosticar el riesgo de caries dental presente en la población y el grado de inflamación gingival con la ayuda del índice gingival de Løe y Silness.

La investigación propone la aplicación de un programa preventivo sobre principales enfermedades bucales como son caries dental y gingivitis en los niños de quinto grado del turno mañana de la Institución Educativa N°10003 del distrito de Chiclayo este programa preventivo contiene veinte sesiones educativas en las cuales se explicaran mediante las técnicas de enseñanza aprendizaje explicativas y lúdicas vivenciales temas sobre técnicas de cepillado, elementos de higiene bucal, caries dental , gingivitis y medidas de prevención, con el método explicativo se expondrán los temas a tratar y con el método lúdico vivencial el niño podrá reforzar los conocimientos que se brindan con la técnica explicativa, ya que el juego es un medio por el cual se desarrolla la interacción del niño y su entorno para poder mejorar su capacidad receptiva y asimilación de las teorías a enseñar.

Las técnicas de enseñanza aprendizaje deben permitir captar la mayor atención posible del niño empleándose muchas veces, la actividad lúdica para fijar los conocimientos brindados, siendo el juego una herramienta muy útil para la retroalimentación sobre los conocimientos ya adquiridos por medio de las charlas educativas, existiendo además, la técnica explicativa tradicional, que emplea la palabra oral y la conversación, buscando la interacción de todos los receptores con lo cual se expresa verbalmente lo que se desea enseñar.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

En 1986, la Carta de Ottawa considera que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en la obtención de bienestar en las comunidades, al concebir la salud como resultado de un proceso social e histórico, con lo cual se da importancia no solo a los estilos de vida, sino además a otros aspectos para la salud como son los procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que se deben considerar al momento de desarrollar programas o proyectos en salud.¹

El objetivo principal de la medicina no es como generalmente se cree el de curar enfermedades, sino más bien el de preservar el estado de salud general. De igual forma la Estomatología se proyecta no tan solo hacia la curación de las afecciones buco dentales, sino sobre todo a la promoción y prevención.

En Perú como en América latina se presentan retos para bajar la alta prevalencia de enfermedades bucales; agravadas frente a la deficiencia de cobertura de los servicios públicos odontológicos.¹

El ministerio de salud (MINSA) si realiza campañas de prevención y evaluación sobre enfermedades bucales, las cuales son las más prevalentes en la población joven del país, sin embargo, estas campañas buscan tratar las enfermedades bucales mediante acciones como son la fluorización, con la cual se previene la caries dental, pero de una manera mecánica, con la ayuda de un profesional directamente.

Las campañas de promoción de salud bucal son las más acertadas en lo que se refiere a educación sobre causa y efecto de las principales enfermedades bucales en niños en etapa pre escolar de 9 a 10 años, ya que con ellas se incrementan los conocimientos, instruye y motiva al niño en su práctica de higiene y aseo dental diaria.¹

Los niños en etapa preescolar son muy propensos a estos descuidos en higiene bucal, ya que se desconocen las enfermedades bucales que pueden atacar los dientes sino se tiene un adecuado control sobre los niños en relación a su aseo dental.

Las enfermedades bucales más comunes que pueden aparecer en niños de edad pre escolar son: la caries y las enfermedades periodontales como la gingivitis, el niño es propenso a estas enfermedades ya que desconoce cuáles son las causas que originan la caries y la gingivitis por lo que no se actúa antes su aparición.

La caries dental afecta al 95% de peruanos, es una enfermedad multifactorial en cuya progresión influyen los cuatro factores siguientes: la placa dental, sustratos, factores del huésped y la cronología; y otros dependientes de la edad, conducta, disponibilidad de cuidados de salud.²

La enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial con una etiología primaria bacteriana, con daño tisular subsecuente amplificado por factores asociados como condiciones médicas, factores ambientales y antecedentes genéticos. Su forma más leve, gingivitis, se caracteriza por ligeros cambios inflamatorios de los tejidos superficiales que rodean los dientes; puede ser curada con el uso de medidas preventivas primarias. En su forma más severa,

periodontitis, hay una pérdida masiva de las estructuras de soporte del diente y pérdida subsecuente de los dientes; el daño causado por la periodontitis no es reversible con medidas preventivas primarias, pero estas medidas pueden jugar un papel esencial en el control de la periodontitis. ²

Mediante la implementación de programas educativos basados en la aplicación de técnicas de enseñanza aprendizaje, se busca la capacitación de los niños con la ayuda de juegos lúdicos ya que estos mejoran el aprendizaje es decir “aprender jugando” para poder captar la atención y el mejor manejo del niño, el cual se interesará y mostrará interés en las sesiones educativas que se pueden manejar mediante la enseñanza lúdica vivencial.

El juego es esencial para el desarrollo físico, cognitivo, lingüístico, psíquico, y emocional del niño e indispensable para la construcción de su identidad. A través de ese espacio y tiempo: se refuerzan, amplían y favorecen los vínculos interpersonales, grupales y el conocimiento del mundo que los rodea, mediados por la comunicación.³

En la actualidad los programas de prevención y enseñanza en la localidad de Chiclayo en instituciones educativas nacionales como particulares demuestran una escasa elaboración de métodos de aprendizaje- enseñanza en sus sesiones educativas y con mayor razón sobre las medidas de prevención y métodos de cuidado e higiene bucal, así como también las principales enfermedades bucales que pueden aparecer en los niños.

En la Institución Educativa Nacional 10003 no se han aplicado hasta la fecha programas educativos sobre prevención de enfermedades bucales, los niños de la institución educativa son propensos a desarrollar caries dental y gingivitis

debido a que no han recibido atención preventiva ante estos problemas de salud bucal.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación Espacial

El presente trabajo se llevó a cabo en I.E.N. 10003 ubicado en Jirón Arica 1790 Campodónico del distrito de Chiclayo – Chiclayo - Lambayeque 2016.

1.2.2. Delimitación Social

La unidad de análisis del trabajo de investigación fueron los 59 niños de la sección A y B de primaria de la I.E.N 10003 del distrito de Chiclayo, sus edades oscilan entre los 9 y 10 años de población mixta, los cuales residen en las zonas urbanas y provienen de familias de clase media baja.

1.2.3. Delimitación Temporal

El estudio se realizó en el año 2016.

1.2.4. Delimitación Conceptual

En la presente investigación se emplearon teorías sobre métodos de enseñanza - aprendizaje y principales enfermedades bucales que son caries dental y la gingivitis.

1.3. Problema de investigación

1.3.1. Problema general.

¿Cómo es la propuesta del método explicativo y lúdico vivencial para la prevención de principales enfermedades bucales en niños del 5to grado sección A y B de la I.E.N 10003?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál será es el nivel de conocimiento de los niños sobre caries dental y gingivitis?

¿Cuál será la prevalencia de caries dental en dentición permanente que presentan los niños?

¿Cuál será el grado de inflamación gingival que presentan los niños?

1.4. **Objetivos de la Investigación**

1.4.1. Objetivo general

Plantear una propuesta del programa preventivo “Juguemos sin caries” sobre principales enfermedades bucales caries y gingivitis con el uso de técnicas de enseñanza aprendizaje explicativo y lúdico vivencial en los niños de 5to grado sección A y B de la I.E.N. 10003.

1.4.2. Objetivos específicos

Diagnosticar el nivel de conocimientos sobre caries dental y gingivitis en los niños.

Diagnosticar la prevalencia de caries dental en dentición permanente con el índice COPD.

Diagnosticar el grado de inflamación gingival con el índice gingival de Løe y Silness que presentan los niños.

1.5. **Variables**

- Propuesta de métodos de los métodos explicativos y lúdicos vivenciales.
- Principales enfermedades bucales

1.5.1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
V.1 Propuesta de métodos explicativos y lúdicos vivenciales	METODO EXPLICATIVO APRENDIZAJE (CHARLAS)	Conoce las partes de la cavidad bucal
		Conoce la función de los dientes
		Conoce cuales son las principales enfermedades bucales en niños
		Conoce acerca de dieta cariogénica
	METODO LÚDICO VIVENCIALES PARA EL APRENDIZAJE	Identifica los elementos de Higiene
		Practica técnicas de cepillado en maquetas
		Maneja los elementos de higiene bucal
		Identifica las partes de cavidad bucal con métodos lúdicos
V.2 Principales enfermedades bucales	Nivel de conocimientos Caries dental	Conoce que es la caries dental
		Conoce cuál es la principal enfermedad que ataca a los dientes
		Conoce los factores que predisponen la formación de caries dental
		Conoce los síntomas y signos de la caries dental
	Nivel de conocimientos Gingivitis	Conoce que es la gingivitis
		Conoce cuál es la principal enfermedad que ataca las encías
		Reconoce los signos y síntomas de la gingivitis
		Conoce como se previene la gingivitis

Definición de las variables

1. MÉTODOS DE ENSEÑANZA

Definición conceptual:

Método Explicativo: El método explicativo o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la Educación para la Salud ³

El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación ⁴

Son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o más discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión. ⁵

Método Lúdico Vivencial: La lúdica es un instrumento formativo y educativo en la medida en que permite despertar el interés, así como motivar y acercarse emocionalmente a la realidad. Crea además un espacio en el cual el participante se siente confiando y descubre sus capacidades o potencialidades, activándolas y disponiendo de ellas, para lograr un aprendizaje significativo. Este aprendizaje puede aplicarse en muy diversos sectores: educativo, organizacional, comunitario, salud, otros; y orientado hacia el desarrollo de diferentes y variados programas.

Definición Operacional:

Métodos de enseñanza Explicativo y Lúdico Vivencial.

Los métodos de enseñanza se aplicaran en la propuesta del programa preventivo “Juguemos sin caries” mediante charlas explicativas sobre principales enfermedades bucales, con la ayuda de material educativo, juegos didácticos y audiovisuales, para mejorar los conocimientos sobre prevención en los niños, con el método lúdico vivencial se reforzarán los conocimientos adquiridos mediante la explicación ya que con el juego los niños relacionarán y aprenderán lo enseñado. Las sesiones de aprendizaje estarán divididas en charlas expositivas y aprendizaje en grupo en donde se busca la interacción y el juego en grupo.

2. PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES

Definición conceptual:

Caries dental: Se entiende por caries dental un proceso patológico y localizado de origen externo, que se inicia después de la erupción dental, determina un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de la cavidad. ⁶

Otra definición es la que da la OMS. “La caries dental se puede definir como un proceso infectocontagioso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción dental y que produce un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad”. ⁷

Gingivitis: Según Gestal, O. La enfermedad gingival es un proceso progresivo, inflamatorio que provoca la destrucción del periodonto si no se trata

adecuadamente y se caracteriza clínicamente por alteraciones en el color de la encía (enrojecimiento), alteraciones en la textura (tumefacción) de la encía, tendencia incrementada a la hemorragia, al sondeo en el área del surco/bolsa gingival, con migración y movilidad de la pieza dentaria y pérdida de las piezas dentarias. ⁸

Definición Operacional:

Se utilizó el índice COPD el cual evaluó el valor de la prevalencia de caries dental que presentaron los niños del turno mañana del 5to grado de primaria, con la recolección de datos mediante el odontograma se identificaron las piezas cariadas, obturadas y perdidas en la dentición permanente ya que los niños evaluados fueron de 9 y 10 años.

Para el diagnóstico gingival se utilizó el índice gingival de Løe y Silness con el cual se evaluó el grado de inflamación gingival que presentaron los niños examinados.

1.6. Metodología de la Investigación.

1.6.1. Tipo y nivel de la investigación

a) Tipo de investigación.

El tipo de la investigación es descriptiva de corte transversal. Según Domínguez G. las investigaciones transversales tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables o ubicar categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación. ⁹

b) Nivel de Investigación

Según su naturaleza la investigación es de tipo básica ya que será orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación con fin crear un cuerpo de conocimiento teórico sobre los fenómenos educativos, sin preocuparse de su aplicación práctica.

1.6.2. Método y diseño de la investigación

a) Método de la investigación

El método que se utilizó en la investigación fue el método cualitativo, debido a que se diagnosticó la prevalencia de caries dental mediante el índice COPD y el grado de inflamación gingival mediante el índice gingival de Löe y Silness, con el cuestionario se evaluó el nivel de conocimientos sobre caries dental y gingivitis que poseen los niños del 5to grado de la I.E.N.10003 antes de recibir el programa preventivo.

b) Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental ya que son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

1.6.3. Población y muestra de la investigación

a) Población

La población está conformada por 98 alumnos del 5to año de primaria secciones A, B y C del I.E.N 10003 - Chiclayo del año 2016, sus edades oscilan entre 9 a 10 años de edad de población mixta (varones y mujeres),



la mayoría residen en algunas de zonas urbanas que provienen de familias de clase media baja y clase baja.

Tabla 01. Población de alumnos del 5to grado sección A, B y C del I.E.N.10003.

GRADO	SECCION						Fr	Fa
	A		B		C			
5 to	H	M	H	M	H	M		
	16	13	12	18	23	16	98	100%
TOTAL	29		30		39		98	100%

FUENTE: Nómina de Matriculas 2016

FECHA: marzo del 2016.

ELABORADO: autora

b) Muestra

Tipo de muestra

No probabilística ya que se evaluó a 59 niños de quinto grado de las secciones A y B del I.E.N. 10003 se consideró que ambas secciones del turno mañana, lo que facilito el desarrollo de la investigación. Se cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión

Alumnos de las aulas de 5 "a" y 5 "b".

Alumnos de 9 a 10 años.

Alumnos que estén en matriculados y en nóminas de registro

Criterio de exclusión

Alumnos de otras secciones 5 “c”

Alumnos que pasen los 10 años.

Alumnos que falten a clase.

Alumnos que no estén matriculados

Tabla 02. Muestra de los alumnos del 5 grado de primaria sección A y B del I.E.N.10003

SECCION	N ^a de alumnos	Total, de alumnos
A	29	59
B	30	

FUENTE: Nómina de Matriculas 2016
FECHA: marzo del 2016.
ELABORADO: autora

1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

a) Técnicas

En el presente trabajo de investigación se emplearon las técnicas de campo y las técnicas de gabinete. Dentro de las técnicas de campo se emplearon las fichas textuales y fichas bibliográficas; dentro de las técnicas de gabinete se utilizó el cuestionario.

Según Domínguez G. los trabajos de investigación de tipo descriptivos utilizan la observación sistemática de variables.⁹

b) Instrumentos

Los instrumentos usados en la investigación fueron:

Odontograma: Es un instrumento con el cual se recolecto los datos de la muestra estudiada, el odontograma a utilizar será el que establece la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo. (anexo 2)

Un odontograma es un esquema utilizado por los odontólogos que permite registrar información sobre la boca de una persona. En dicho gráfico, el profesional detalla qué cantidad de piezas dentales permanentes tiene el paciente, cuáles han sido restauradas y otros datos de importancia.

Cuestionario: en la investigación se empleó el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre caries dental y gingivitis en los niños de quinto grado sección a y b, el cuestionario constó de once preguntas con alternativas múltiples. Las cuales fueron evaluadas por el juicio de expertos. Las preguntas del cuestionario están elaboradas según la edad del grupo etario. Para la evaluación del cuestionario se le asignó un valor de 1 a las respuestas marcadas correctamente y 0 a las incorrectas, los valores obtenidos fueron 0-6 desconoce y 7 a 11 conoce (anexo 3).

Índice COPD: La sigla C describe el número de dientes afectados por caries dental a nivel de lesión cavitada. P expresa el número de dientes perdidos (extraídos) como consecuencia de caries dental, y O el número de dientes restaurados u obturados como consecuencia de la caries dental. El índice CPO es el resultado de la suma de estos valores. En caso de que

la unidad observada hubiese sido la superficie, el índice se expresara como CPOD o ceod; mientras que si dicha unidad hubiera sido la superficie, el índice se expresara respectivamente como CPOS o ceos, dependiendo del tipo de detención examinada.

Con el índice COPD se diagnosticó el riesgo de caries dental en la muestra estudiada.

Los niveles de severidad del índice COPD son:

-0.1: riesgo bajo

1.2- 4.4: mediano riesgo

4.5- 6.5: alto riesgo

> 6.6: alto riesgo

Índice gingival de Løe y Silness: Este índice se utilizó diagnosticar el grado de inflamación gingival en la muestra estudiada. El índice evalúa dos aspectos importantes de la enfermedad gingival: edema y sangrado, lo que confiere mayor precisión; además se limita al registro de gingivitis, no considera signos de periodontitis, evitando así crear confusión entre ambas alteraciones. El índice puede servir para determinar la prevalencia y severidad de la gingivitis en estudios epidemiológicos, pero también puede utilizarse a nivel individual, para detectar cambios en el estado gingival del sujeto. Este último atributo ha contribuido a hacer del IG el índice de elección para pruebas clínicas controladas de agentes preventivos o terapéuticos. Los tejidos que rodean cada diente son divididos en cuatro unidades de medición gingival: la papila distovestibular, el margen vestibular gingival, la papila mesiovestibular y el margen gingival lingual completo. A diferencia de las superficies vestibulares, la superficie lingual no está subdividida si

se trata de reducir al mínimo la variabilidad introducida por el examinador al establecer la puntuación, ya que se observa por visión indirecta con el espejo bucal.

Para la medición con el IG, son examinados exclusivamente 6 dientes representativos, estos son: El primer molar superior derecho sustituible por el segundo molar superior derecho. El incisivo lateral superior derecho sustituible por central superior derecho. El primer premolar superior izquierdo sustituible por 2o premolar superior izquierdo. El primer molar inferior izquierdo sustituible por 2o molar inferior izquierdo. El incisivo lateral inferior izquierdo sustituible por central inferior izquierdo. El primer premolar inferior derecho sustituible por 2o premolar inferior derecho.

Los valores asignados son:

Grado 0. Encía normal, de color rosa pálido, textura con aspecto de cáscara de naranja, firme y resistente.

Grado 1. Inflamación leve, se observa con ligero enrojecimiento gingival, sin hemorragia al sondeo.

Grado 2. Inflamación moderada, color rojo y aspecto brillante, con hemorragia al sondeo

Grado 3. Inflamación severa, marcado enrojecimiento, edema y ulceraciones, tendencia a sangrar espontáneamente.

El diagnóstico de la condición clínica de la mucosa gingival se asigna con base a los criterios establecidos por Løe y Silness, por lo que se requiere llevar a cabo el cálculo matemático para obtener el valor del índice para cada sujeto y con base en el mismo, establecer el diagnóstico clínico/epidemiológico que puede ir desde encía sana hasta gingivitis

severa. El procedimiento consiste en que para cada uno de los dientes examinados se le asigna un valor, el cual se obtiene sumando los cuatro valores identificados en cada una de las cuatro zonas establecidas para el levantamiento del índice, posteriormente se suman y el total es dividido entre 4. El resultado final será el valor del índice para ese diente. Así, al finalizar el recuento se debe llevar a cabo la sumatoria del resultado obtenido para cada uno de los seis dientes examinados y el resultado de esta suma se divide entre el número total de dientes examinados. Dicho resultado representa el valor del IG para el sujeto en cuestión. (anexo 4)

1.6.5. Justificación e importancia y limitaciones de la investigación

a) Justificación

En este presente trabajo se presenta el programa preventivo “Juguemos sin caries” sobre principales enfermedades bucales mediante técnicas de enseñanza aprendizaje para mejorar la salud bucal en los niños nivel de 5to grado sección A y B, de la I.E.N. 10003 del distrito de Chiclayo 2016 con el fin de demostrar que una educación correcta y exhaustiva sobre la higiene bucal en el niño utilizando métodos de enseñanza-aprendizaje lúdicos y explicativos pueden mejorar sus hábitos de higiene, ya que en edades tempranas esta actuación es más efectiva puesto que todavía su conducta es modificable.

b) Importancia

La investigación es importante ya que se evalúa la prevalencia de caries dental y gingivitis en los niños de 5to grado lo cual brinda un diagnóstico porcentual de la presencia de dichas enfermedades en la población

seleccionada. Es importante además porque en ella se presenta una propuesta sobre métodos de enseñanza y aprendizaje para la prevención de principales enfermedades bucales con lo cual se busca incrementar los conocimientos y mejorar los hábitos de higiene bucal en los niños evaluados.

Desde el punto de vista institucional es importante porque brinda una herramienta a los docentes para implementar estrategias de motivación sobre higiene bucal en los escolares y así prevenir las enfermedades bucales.

En la parte científica este estudio servirá de aporte a nuevas investigaciones relacionadas con el tema, servirá como antecedente y proporcionará soluciones en la formación de hábitos para una buena higiene bucal en nuestra localidad.

c) Limitaciones

Una de las limitaciones que se presentaron en la elaboración del presente trabajo de investigación fueron los horarios que estableció la Institución Nacional Educativa N°10003 ya que la investigadora cumplía con horarios laborales los cuales se tuvieron que ajustar a la disposición de la institución educativa.

Las secciones evaluadas A y B fueron del turno mañana ya que la sección C pertenecía al turno tarde lo cual imposibilitaba el horario laboral de la investigadora.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.

Rodríguez L. C. (Chile; 2012). En su investigación “Conocimientos De Salud Bucal De Estudiantes De 7° Y 8° Básico de la Ciudad De Santiago”. Tuvo como objetivo diagnosticar el nivel de conocimientos que presentan los adolescentes de 7° y 8° básico, para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables. Para esto se realizó una encuesta semiestructurada de 34 preguntas a jóvenes estudiantes de 7° y 8° básico de 6 colegios municipales de la ciudad de Santiago a través de un dominio particular en Internet, coordinado en cada colegio por el profesor encargado de computación de cada establecimiento, se mantuvo la encuesta en el aire durante 1 mes aproximadamente, tiempo en el que respondieron la encuesta 323 jóvenes. 143 La encuesta abarcaba 7 temas (Caries, enfermedad periodontal, prevención de ADM, Evolución de la dentición, prevención, funciones de la dentición e información general).

El nivel de conocimientos promedio de los jóvenes fue aceptable, es decir que más del 50% de ellos responde de manera correcta a las preguntas que les fueron formuladas.

El estudio concluyo en que los estudiantes evaluados revelan un nivel de conocimientos promedio “aceptables”, sin embargo, es necesario un buen refuerzo y control de hábitos saludables para que posean una salud bucal óptima.¹⁰

“La investigación es de importancia para el trabajo de investigación realizado ya que demuestra que los alumnos reflejan un nivel básico de conocimiento acerca de las enfermedades bucales y sobre hábitos de higiene, lo que se logra mejorar con la ayuda de medidas educativas por parte de los odontólogos”

Barreno G. J. (Ecuador; 2011). En su estudio “Proyecto educativo para mejorar la higiene buco-dental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Miguicho Adentro. Canton”. Tuvo como objetivo promover la higiene buco dental en los niños de la escuela mixta 17 de julio, en una muestra de 70 estudiantes se aplicó una encuesta para evaluar las características socio demográficas, conocimientos y prácticas,

Los conocimientos fueron muy deficientes por lo que se determinó la necesidad de capacitar, implementando el Proyecto Educativo sobre higiene buco dental aplicando nuevas metodologías y divertidas acorde a las edades de los niños/as, de esta manera contribuir a elevar el conocimiento y disminuir los factores de riesgo.

La donación de materiales de trabajo permitió que los participantes muestren mayor confianza en el grupo, los niños y niñas se mantuvieron activos, participativos y se logró mayor comprensión de los temas tratados.¹¹

“La investigación es de importancia para el trabajo de investigación ya que demuestra la efectividad que tienen la aplicación de un programa educativo con material didáctico en niños”

Naupari T. C. (Lima; 2013). “Relación entre una actividad Educativa y el nivel de conocimiento de la Salud Bucal en Niños De 6 A 8 Años en la I.E. Amistad Perú - Japón– San Juan De Lurigancho”.

El propósito de este estudio fue evaluar la influencia de una “Actividad Educativa” en una población de niños peruanos de la I.E. “Amistad Perú - Japón” del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima. El estudio fue desarrollado durante dos semanas. Participaron 60 alumnos, niñas y niños entre 6 y 8 años de edad, del nivel primario, a los cuales se les evaluó el nivel de conocimientos de salud bucal, antes y después de la Actividad Educativa. La “Actividad Educativa” consistió de 4 sesiones, cada una con información sobre las estructuras de la cavidad bucal, enfermedades bucales más frecuentes y prevención en salud bucal, se prepararon sesiones con rotafolios, maquetas. Para medir el nivel de conocimientos se utilizaron cuestionarios validados en investigaciones anteriores y se realizaron reuniones informativas con los profesores y padres de familia. Adicionalmente se realizaron actividades de coordinación con los padres y profesores del centro educativo. Los conocimientos de los niños se incrementaron después de la “Actividad Educativa” ($p < 0,05$). Los resultados demuestran que los programas educativos preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos dan resultados positivos sobre el nivel de conocimiento de salud bucal en los niños.⁸

“La investigación es importante para el trabajo de investigación ya que demuestra una eficacia favorable al aplicar una actividad educativa en niños de

edad pre escolar lo que favorece su aprendizaje sobre enfermedades bucales y salud bucal”

Ávila H. S. (Lima; 2011). “Influencia del Programa Educativo «Sonríe Feliz» sobre La Promoción de la Salud Bucal en Niños del Colegio «José Olaya Balandra» Distrito De Mala 2009”.

El presente estudio comprende un ensayo de campo cuyo propósito fue evaluar la influencia del Programa Educativo “Sonríe Feliz” en una población de niños peruanos del colegio “José Olaya Balandra” de la localidad rural de Bujama Baja, distrito de Mala, provincia de Cañete. El estudio fue desarrollado durante cuatro meses. Participaron 65 alumnos, niñas y niños entre 6 y 12 años de edad, del nivel primario, a los cuales se les midió los conocimientos de salud bucal, antes y después del programa; y la higiene bucal, antes, durante y después del programa. “Sonríe Feliz” consistió en 8 sesiones, con actividades educativas sobre las estructuras de la cavidad bucal, enfermedades bucales más frecuentes y prevención en salud bucal, se prepararon sesiones de teatro educativo, estrategia principal del programa. Para medir los conocimientos se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos, y para la higiene bucal se utilizó el índice de placa simplificado de GreeneVermillion. Los conocimientos de los niños se incrementaron después de “Sonríe Feliz” ($p=0.00$), la higiene bucal de los niños mejoró al finalizar el programa ($p=0.00$). Los resultados demuestran que los programas educativo-preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos dan resultados positivos en los niños.²

“La investigación realizada es importante para el trabajo de investigación ya que demuestra la eficacia de la aplicación de un programa educativo utilizando técnicas lúdicas, basadas en la técnica teatral lo cual demuestra una mejora en

el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales y técnicas de cepillado en los niños, con lo cual se ayudó a mejorar sus hábitos bucales”

Campos R. M. (Lima; 2011).“Efectividad de un Programa Educativo de Salud Bucal en Escolares de 1° Año de Secundaria de la I.E. San Antonio De Padua – Cañete”.

El objetivo del estudio fue demostrar un incremento estadísticamente significativo del nivel de conocimientos, y de actitudes de un nivel favorable a muy favorable, en los escolares al finalizar el programa, sin haber diferencia estadísticamente significativa en cuanto a género y edad.

Se demuestra la mejora en los cuatro aspectos evaluados, es decir, de una manera integral tanto las actitudes, conocimientos, y estado de salud oral después de finalizado el programa.

Se confirma la hipótesis planteada, ya que la aplicación del programa educativo de salud bucal mediante la aplicación de la técnica de teatro de Claun logró una mejora estadísticamente significativa tanto del nivel de conocimientos y actitudes como del estado de salud oral, demostrado mediante la prueba de Wilcoxon.¹²

“El trabajo de investigación es importante ya que demuestra que la aplicación de técnicas lúdicas como la de teatro de claun ayudo a mejorar el nivel de conocimiento de los estudiantes ya que con ello se logra llamar su atención y así optar por nuevas maneras de enseñanza que favorezcan el aprendizaje sobre enfermedades y cuidado bucal”

Vila G. (Lima; 2012).“Eficacia de las Técnicas Educativas Individual y Grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de Salud Bucal del bebé, en madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses”.

La presente investigación evaluó el nivel de conocimiento de las madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 meses después que recibieran una técnica educativa expositiva (Individual o Grupal), sobre prevención en Salud bucal del bebé con el uso de material didáctico y sin el uso de material didáctico. Para realizar las exposiciones (charlas educativas) se confeccionaron 3 tipos de materiales didácticos: rotafolio, cartilla motivadora, diapositivas en formato power point para ser vistas por la TV de 27”. Los materiales didácticos contaron con un esquema de 16 diapositivas, cumpliendo con todos los criterios y requisitos sugeridos para un material didáctico. Se desarrolló el contenido conceptual de acuerdo a los temas propuestos por Elías para charlas educativas de bebés. Los materiales didácticos además estuvieron estandarizados con el mismo contenido textual y gráfico. La exposición tuvo una duración aproximada de 15 minutos; aproximadamente 1 minuto de duración para la exposición de cada diapositiva, aprovechando así la máxima atención prestada de la madre y/o tutores. La muestra constó de 80 madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 de la Clínica del Bebé de la Facultad de Estomatología de la UIGV, que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación. El nivel de conocimiento se midió a través de un cuestionario de Selección múltiple de 10 preguntas. Se determinó que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron una técnica educativa (Individual o Grupal) con el uso de material didáctico mostraron un mayor nivel de conocimiento que las madres que recibieron una técnica educativa sin el uso de material didáctico. Además, se

determinó que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa individual mostraron un mayor nivel de conocimiento que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa Grupal. Aunque no existió una diferencia estadísticamente significativa se observó que el uso de cartilla motivadora para la 101 técnica educativa individual y el uso de rotafolio para la técnica educativa grupal lograron un mayor nivel de conocimiento en las madres y/o sustitutas(os) de bebés. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento de las madres y/o sustitutas(os) de bebés con respecto al género, edad y nivel de educación, aunque se observó un mayor nivel de conocimiento a menor rango de edad (18 – 25 años) y a mayor nivel de educación.¹³

“La investigación es importante ya que demuestra que el uso de material didáctico como rotafolios, son eficaces para dar a conocer las principales ciudades bucales que deben tener las madres y/o sustitutas de los bebés de 0 a 36 meses “

Fernandez G. L. (Trujillo; 2015).“Programa Educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo Del Distrito de Trujillo”

El programa educativo denominado Sonrisas, tuvo como objetivo elevar los conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo.

El nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, respectivamente.

El nivel de conocimientos de los escolares sobre enfermedades bucales y su prevención después del programa fue excelente y bueno (45.2% y 42.9%, respectivamente).¹⁴

“La investigación es importante ya que demuestra la efectividad que obtuvo el programa preventivo después de aplicar el estímulo incrementando así el nivel de conocimientos sobre principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado”

Iglesias P. C. (México; 2012). “Intervención Educativa en Salud Bucal en preescolares de Hueyapan,” Morelos. Cuernavaca”.

El objetivo del estudio fue demostrar que las técnicas y el material didáctico deben adecuarse a la teoría de aprendizaje seleccionada, a los objetivos del proceso enseñanza-aprendizaje y al nivel cognoscitivo de cada grupo de intervención.

Es fundamental incluir a los maestros de cada grupo escolar en las sesiones educativas, para que adquieran, junto con sus alumnos, los conocimientos en salud bucal y, a su vez, sean los transmisores de éstos hacia las futuras generaciones, así como dentro de sus hogares.¹⁵

“El trabajo de investigación es importante porque abarca sesiones de enseñanza aprendizaje con métodos didácticos y juegos con fines educativos para una mayor comprensión y asimilación por parte del niño”

Panduro C.M. (Iquitos;2015). “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014”.

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. La investigación estuvo enmarcada dentro del método no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion, y de CEO-D de Gruebbel para determinar el estado de salud de los niños, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, para la validación del instrumento se utilizó el coeficiente del Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.741. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 para IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji –

Cuadrado con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal.¹⁶

Celis F.E. (Chiclayo; 2015). “Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014”.

El presente estudio tuvo como propósito determinar la efectividad del programa educativo “La conquista de una Boca Sana” sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de la Institución Educativa N° 015 Santa María de los Niños de la provincia de Chiclayo. Participaron el total de 83 niños preescolares, del cual se obtuvo un grupo experimental (aula de 4 y 5 años) y un grupo control (aula de 4 y 5 años). Se utilizaron fichas de registro para la condición de higiene oral antes y después de la ejecución del programa educativo y se aplicó la prueba Z para diferenciación de proporciones, leída al 95% de confiabilidad. El estudio concluyó que la aplicación del programa educativo de salud bucal: La conquista de una Boca Sana fue efectivo sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años.¹

“El trabajo de investigación fue efectivo ya que mejoro la higiene oral de los niños, como se demuestra en el índice de higiene ora con la ayuda de sesiones educativas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Métodos de Enseñanza Aprendizaje

Los métodos de enseñanza aprendizaje son el entramado organizado por el docente a través de las cuales pretende cumplir su objetivo. Son mediaciones,

tienen detrás una gran carga simbólica relativa a la historia personal del docente: su propia formación social, sus valores familiares, su lenguaje y su formación académica; también forma al docente su propia experiencia de aprendizaje en el aula. ³

Los métodos de enseñanza aprendizaje matizan la práctica docente ya que se encuentran en constante relación con las características personales y habilidades profesionales del docente, sin dejar de lado otros elementos como las características del grupo, las condiciones físicas del aula, el contenido a trabajar y el tiempo. En este texto se conciben como el conjunto de actividades que el maestro estructura para que el alumno construya el conocimiento lo transforme, lo problematice, y lo evalúe; además de participar junto con el alumno en la recuperación de su propio proceso. ¹³

De este modo las técnicas didácticas ocupan un lugar medular en el proceso de enseñanza aprendizaje, son las actividades que el docente planea y realiza para facilitar la construcción del conocimiento ¹³

Consideramos a la enseñanza como un proceso de ayuda que se va ajustando en función de como ocurre en el progreso en la actividad constructiva de los alumnos. Es decir, la enseñanza es un proceso que pretende apoyar o, si se prefiere el término, “andamio” el logro de aprendizajes significativo. ³

En tal sentido, puede decirse que la enseñanza corre a cargo de un enseñante como su originador; pero al fin y al cabo es una construcción conjunta como producto de los continuos y complejos intercambios con los alumnos y el contexto instruccional (institucional, cultural etc.), que a veces toma caminos no necesariamente predefinidos en la planificación. ³

Se afirma que en cada aula donde se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje, se realiza una construcción conjunta entre enseñante y aprendices únicos e irrepetibles. Por ésta y otras razones se concluye que es difícil considerar que existe una única manera de enseñar o un método infalible que resulte efectivo y válido para todas las situaciones de enseñanza y aprendizaje.⁴

De hecho, puede aducirse a lo anterior que aun teniendo o contando con recomendaciones sobre cómo llevar a cabo unas propuestas o método pedagógico cualquiera, la forma en que éste o éstos se concreten u operacionalicen siempre será diferente y singular en todas las ocasiones.¹⁷

Los métodos que se utilizan para la enseñanza aprendizaje de los niños en edad pre escolar son los tradicionales explicativos con los cuales se logra exponer las ideas principales de un tema el cual se quiere detallar, este método es el más usado frente al método lúdico vivencial el cual emplea métodos más específicos como el juego y la interacción por parte de los niños, para poder lograr un mejor aprendizaje.

a. Método Explicativo

El método explicativo o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la Educación para la Salud⁶

El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación¹⁸

Son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque

también, en parte, las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o más discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión.¹⁷

En este tipo de técnica están incluidos distintos tipos de exposiciones teóricas como:

Exposición.

Exposición y luego discusión.

Exposición participativa.

Panel de expertos.

Mesa redonda.

Debate público, etc.

Consiste en la presentación oral de un tema que el instructor hace ante un grupo de personas. En la técnica expositiva se reproducen situaciones típicas de las conferencias; un grupo de personas atentas al instructor que centraliza actividades como habla, pregunta, muestra e ilustra.¹³

Para exponer temas de contenido teórico o informativo: aparte de propiciar información amplia en poco tiempo, es aplicable a grupos grandes y pequeños.

La técnica expositiva correctamente empleada se desarrolla en tres fases:

- a. Introducción: En esta fase se enuncian los puntos que serán tratados en la sesión y estimula la motivación de los participantes. Usualmente para lograrlo explica cuáles son los objetivos de la sesión.

Se relaciona dichos objetivos con las necesidades y experiencias del participante, luego se hace un recordatorio de lo expuesto en la unidad o sesión anterior, y presenta esquemáticamente los puntos o temas a desarrollar. La introducción, por tanto, debe servirle para estimular el interés de los participantes, para ubicarlos en el tema y para explicarles ¿Cómo va a utilizar la información? ¹³

Información En esta fase se proporcionan toda la información necesaria que los participantes deben manejar como resaltado de los aprendizajes. El instructor debe de planear sus actividades y realizarlas sin caer en el desorden en su exposición.¹⁷

Síntesis Tiene como propósito de enfatizar los aspectos importantes de la exposición y ayudar a los participantes a estructurar y retener las informaciones. Las actividades para lograr una buena síntesis: Hacer una recapitulación oral de puntos importantes, exponer dichos puntos en un cuadro sinóptico o esquema, conducir al grupo, por medio de preguntas, a exponer los puntos centrales de lo expuesto. ¹²

b. Método Lúdico vivencial

Las actividades agradables son las mejores catalizadoras para incrementar la motivación y participación de las personas, característica esencial para el desarrollo de cualquier iniciativa de carácter preventivo. Las estrategias como la lúdica, las actividades artísticas, o el trabajo al aire libre tienen el potencial de "agrandar las fronteras" y envuelven un grado razonable de incertidumbre y novedad. ¹⁶

A consecuencia de esto, las personas (de todas las edades y grados de educación) comienzan a reír, jugar y explorar nuevas formas de interactuar. Al mismo tiempo están desarrollando sus procesos de pensamiento sin necesidad de explicitarlo.¹⁷

Las técnicas lúdicas van más allá de la recreación y la trascendencia de la misma, favorecen la adquisición de conocimiento, habilidades y destrezas, así como valores. El juego puede estar presente en las diferentes etapas de los procesos de aprendizaje del ser humano, inclusive en la edad adulta, y se expresa en los aspectos culturales, competencias atléticas, espectáculos, rituales, manifestaciones folklóricas y expresiones artísticas, como el teatro, la música, la plástica, la pintura, entre otras.⁵

La lúdica es un instrumento formativo y educativo en la medida en que permite despertar el interés, así como motivar y acercarse emocionalmente a la realidad. Crea además un espacio en el cual el participante se siente confiando y descubre sus capacidades o potencialidades, activándolas y disponiendo de ellas, para lograr un aprendizaje significativo. Este aprendizaje puede aplicarse en muy diversos sectores: educativo, organizacional, comunitario, salud, otros; y orientado hacia el desarrollo de diferentes y variados programas.

El juego, siempre que mantenga las características lúdicas que lo definen, conlleva una alegría y placer inherente, que ha sido aprovechado a lo largo de la historia de la educación como una herramienta de motivación para el aprendizaje y desarrollo integral anteriormente descrito. Una actividad lúdica como fuente de felicidad, expansión y regocijo, a la que se han referido.⁵

El aprendizaje lúdico significativo se da cuando la tarea del aprendizaje puede relacionarse de modo no arbitrario con lo que el alumno ya sabe; se puede decir que es el hábito de relacionar material nuevo con el aprendizaje anterior de forma significativa y útil. En este enfoque el material se presenta en forma cuidadosamente organizada y secuencial, y los alumnos reciben el material más relevante de la manera más eficiente posible.²

La UNESCO mantiene una postura que defiende la relevancia e importancia de lo lúdico, con un potencial pedagógico incluso superior a la escuela, puesto que “el juego constituye un verdadero sistema educativo espontáneo que funciona antes de la escuela y paralelamente a ésta. Se presenta al mismo tiempo como medio pedagógico natural y barato, capaz de combinarse con medio más rigurosos y más tradicionales”, por lo que se recomienda que su aplicación sea universal y generalizada en todos los países⁵

Frederick Friable (1782-1852) es uno de los grandes protagonistas de la educación mediante el juego, siendo constantemente citado por todos aquellos a quienes inspira su pedagogía, la cual encuentra una implementación práctica en el kindergarten, donde la intuición, la actividad y el juego son los verdaderos protagonistas.⁵

Sus postulados sobre el juego y la educación son ampliamente difundidos entre los educadores, basándose en la libertad del niño para que exprese su vida interior, creativa y de fantasía mediante la actividad lúdica: “el juego es el mayor grado de desarrollo del niño en esta edad, por ser la manifestación libre y espontánea del interior. No debe ser mirado el juego como cosa frívola, sino

como cosa profundamente significativa: sea, pues, el juego objeto de la minuciosa intervención de los padres”.⁵

El pedagogo alemán Frederick Friable concibe todo un sistema de juegos (dones) y ocupaciones, graduados y sistematizados para el desarrollo de los sentidos y el aprendizaje del cálculo, para la práctica del dibujo, pintura, puntería, etc.; lo que le lleva a afirmar que la actividad lúdica “desarrolla el niño y contribuye a enriquecerle de cuanto le prestan su vida interior y la vida de la escuela; por el juego se abre al gozo y para el gozo, como se abre la flor al salir del capullo; porque el gozo es el alma de todas las acciones”. Además, también establece la práctica de juegos corporales y otros que potencian el desarrollo de las ideas colectivas sobre asuntos de interés social. ⁵

La actividad lúdica se considera mucho más útil y efectiva para el aprendizaje, que los tradicionales métodos de enseñanza basados en clases magistrales y tareas, pues “los niños aprenden mucho más participando en juegos colectivos que con muchas lecciones y ejercicios” ¹⁶

El juego es, además, de un alcance pedagógico inmenso. Ya sabemos el lugar que ocupa en los nuevos métodos de educación, ya se trate de juegos educativos ya de una manera más general del empleo del juego como medio de expresión en sí. El juego es un medio para el educador, teniendo siempre en cuenta que no es un fin sino uno de los medios más eficaces para educar al niño.

c. Enseñanza- Aprendizaje

Enseñanza

La enseñanza implica impartir conocimientos, dirigir, orientar y estimular al alumno para que aprenda de forma voluntaria. El aprendizaje consiste en la adquisición de conocimiento de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, “es, por tanto, un proceso activo responsabilidad del alumno” ¹³

Según un estudio sobre porcentajes de aprensión y retención mnemónica, desarrollado por la oficina de estudios de la Secondary Vacuum oil, se muestra de manera concluyente la eficacia del método de enseñanza audiovisual para la retención de información, ya que utiliza los dos sentidos más importantes para el aprendizaje como son la vista (83%) y el oído (11%). ³

Aprendizaje

Según Higashida B. “El aprendizaje humano es de naturaleza fundamentalmente perceptiva y, por ello, cuantos más estímulos reciba el sujeto que aprende, más ricas y exactas serán en principio sus percepciones” ¹⁹

Aprendizaje significativo

El aprendizaje significativo es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas. el conocimiento que se transmite en cualquier situación de aprendizaje debe estar estructurado no sólo en sí mismo, sino con respecto al conocimiento que ya posee el alumno ²⁰

Carretero M. considera que el aprendizaje debe ser una actividad significativa para la persona que aprende. Lo llamó aprendizaje significativo el cual se consigue cuando el alumno logra establecer relaciones entre el conocimiento

nuevo y el que ya posee, y cuando estas relaciones son hechas de manera no arbitraria, sino sustancial, Asimismo, refiere que aprender es sinónimo de comprender, por lo tanto, solo lo que se logre comprender será lo que se aprenda y se recuerde porque quedará integrado en las estructuras del conocimiento.²¹

Durante el aprendizaje significativo el niño en etapa preescolar relaciona de manera no arbitraria y sustancial la nueva información con los conocimientos y experiencias previas y familiares que ya posee en su estructura de conocimientos. Shell (1986), postula que el aprendizaje significativo ocurre en tres fases:²⁰

1. Fase inicial del aprendizaje:

El aprendiz percibe la información por piezas o partes aisladas sin conexión alguna. El aprendiz tiende a memorizar o interpretar en la medida de lo posible estas piezas, usando el conocimiento esquemático.

El procesamiento de la información es global y éste se basa en: escaso conocimiento sobre el saber a aprender, estrategias generales independientes del saber, uso de conocimientos de otro saber para interpretar la información (para comparar y usar analogías). La información aprendida es concreta y vinculada al contexto específico. Es importante el uso predominante de estrategias de repaso para aprender la información.²⁰

Gradualmente el aprendiz va construyendo un panorama global del saber o material que va aprender, para lo cual usa su conocimiento esquemático establece analogías para representar este nuevo saber, construye suposiciones basadas en experiencias previas, etcétera.²⁰

2. Fase intermedia del aprendizaje:

El aprendiz empieza a encontrar relaciones y similitudes entre las partes aisladas y llega a configurar esquemas y mapas cognitivos acerca del material y el dominio de aprendizaje en forma progresiva. Sin embargo, estos esquemas no permiten aún que el aprendiz se conduzca en forma automática o autónoma. Se va realizando de manera paulatina un procesamiento más profundo del material. El conocimiento aprendido se vuelve aplicable a otros contextos por lo tanto hay más oportunidad para reflexionar sobre la situación, material y dominio. El conocimiento llega a ser más abstracto, es decir, menos dependiente del contexto donde originalmente fue adquirido.²¹

3. Fase terminal del aprendizaje:

Díaz Barliga y Hernández Rojas mencionan que los conocimientos que comenzaron a ser elaborados en esquemas y mapas cognitivos en la fase anterior, llegan a estar más integrados y a funcionar con mayor autonomía. Como consecuencia de ello, las ejecuciones comienzan a ser más automáticas y a exigir un menor control consciente. Igualmente, las ejecuciones del sujeto se basan en estrategias específicas del conocimiento para la realización de tareas, tales como solución de problemas, respuestas a preguntas, etcétera. Existe mayor énfasis en esta fase sobre la ejecución que el aprendizaje, dado que los cambios en la ejecución que ocurren se deben a variaciones provocadas por la tarea, más que a ajustes internos.⁵

Asimismo, Harris y García G. hacen referencia a otro enfoque sobre el proceso de aprendizaje, enlazándolo con la enseñanza en materia de salud bucal, el cual es la escalera del aprendizaje que consiste en seis peldaños que inician con la

inadvertencia completa del tema y se extiende hasta la formación de hábitos. En el peldaño inferior, la inadvertencia, la persona carece de información o posee datos incompletos acerca del problema. Por ejemplo, si no percibe la existencia de una relación entre la higiene bucal y la caries, sencillamente esto le pasa inadvertido. De igual manera, si una persona no considera que el sarro produce enfermedad periodontal, esta desinformación también es una inadvertencia.²³

La advertencia se presenta cuando se obtiene la información correcta, pero carece de significado o efecto personal alguno. Dicho de otra manera, la advertencia es el reconocimiento, aunque no se relaciona con acción alguna. El valor real se aprecia cuando una persona se da cuenta de que la información le concierne; en ese momento el conocimiento se personaliza.²⁰

En seguida ingresa a la etapa de autointerés, que se caracteriza por el reconocimiento de un objetivo prospectivo y una leve acción. Si ocurre la acción se ha llegado a la etapa de involucramiento en este momento se afecta a la actitud personal con la activación de un sentimiento, se acelera el deseo de aprender, que a su vez promueve el ingreso a la etapa de la acción en esta fase consiste en la comprobación de los conceptos y prácticas nuevas. El verdadero aprendizaje se manifiesta por cambios en el comportamiento y en la satisfacción. Por ejemplo, después de dos semanas de cepillado dental, la persona nota que se han detenido el enrojecimiento y la inflamación de la encía, por lo tanto, la conduce a sentir satisfacción.²⁰

Estrategias de Aprendizaje

Según Einstein y Mayer (1986) “Las estrategias de aprendizaje pueden ser definidas como conductas y pensamientos que un aprendiz utiliza durante el aprendizaje con la intención de influir en sus procesos de codificación” ³

Beltran, Garcia- Alcañiz, Moraleda, Calleja y Santiuste las definen como actividades u operaciones mentales empleadas para facilitar la adquisición de conocimiento. Y añaden dos características esenciales de la estrategia: que sean directa o indirectamente manipulables, y que tengan un carácter intencional o propositivo ²

Según Genovard et Gotzens, las estrategias de aprendizaje pueden definirse como “aquellos comportamientos que el estudiante despliega durante su proceso de aprendizaje ya que, supuestamente, influyen en su proceso de codificación de la información que debe aprender” ⁴

La mayor parte de las estrategias incluidas dentro de esta categoría; en concreto, las estrategias de selección, organización y elaboración de la información constituyen las condiciones cognitivas del aprendizaje significativo.⁴

En la misma línea, Pozo (1990) plantea que las estrategias de elaboración y organización estarían vinculadas a un tipo de aprendizaje por reestructuración y a un enfoque o aproximación profunda del aprendizaje, mientras que las estrategias de repetición se encuentran relacionadas con un aprendizaje asociativo y con un enfoque o aproximación superficial del aprendizaje. ⁴

Enfoques Teóricos sobre Aprendizaje

Teorías del Desarrollo cognitivo en niños

Con el objeto que el odontólogo que se acerque a la tarea educativa y tenga una idea previa y aproximada de las características generales del comportamiento en niños, se desarrolló a partir de las teorías de, Piaget y Vygotsky, un perfil hipotético desde el cual partir. ²²

Ambas teorías tienen un enfoque cognitivo del cuál es el origen y desarrollo del pensamiento y evolución en su entorno social, según edad, circunstancias y estímulos brindados.

Teoría Cognitiva de Jean Piaget

Piaget sostiene que el origen del pensamiento proviene en gran medida de los genes y lo hace mediante estímulos sociales y culturales, y a través de la información recibida por el individuo de una manera activa. Restaura el concepto de la inteligencia del niño centrándose en el desarrollo cognitivo y la adquisición de competencias o habilidades. Desde este punto de vista, la idea de inteligencia se justifica como una mejor forma de adaptación biológica, y también, por primera vez, se considera el papel activo del individuo en la evolución constructiva de su conocimiento.²³

Es aquí donde surge la Teoría Constructivista del Aprendizaje. Piaget hace ver que el conocimiento y la inteligencia se encuentran unidos al medio físico y social y describe la asimilación y acomodación como principios básicos en la evolución y aclimatación del psiquismo humano ²³

El desarrollo cognitivo según Piaget no es el resultado solo de la maduración del organismo ni de la influencia del entorno, sino la interacción de los dos. Para Piaget la inteligencia es una adaptación. ²⁴

Piaget elabora hipótesis sobre cómo se desarrolla el conocimiento y sostiene que este proceso de desarrollo está marcado por una serie de etapas cuyo orden es invariable, aunque el tiempo de su inicio y su terminación pueden variar. Pero cada etapa representa un modo diferente de enfrentarse con un aspecto particular del entorno, y por esto se espera que la mayor parte de la actividad pensante del niño sea característica de la etapa a la que haya llegado²⁵

La teoría de Piaget ha sido denominada epistemología genética porque estudió el origen y desarrollo de las capacidades cognitivas desde su base orgánica, biológica, genética, encontrando que cada individuo se desarrolla a su propio ritmo. Describe el curso del desarrollo cognitivo desde la fase del recién nacido, donde predominan los mecanismos reflejos, hasta la etapa adulta caracterizada por procesos conscientes de comportamiento regulado. En el desarrollo genético del individuo se identifican y diferencian periodos del desarrollo intelectual, tales como el periodo sensorio-motriz, el de operaciones concretas y el de las operaciones formales.²³

Para Piaget el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas.²³

El desarrollo cognitivo, en resumen, ocurre a partir de la reestructuración de las estructuras cognitivas internas del aprendiz, de sus esquemas y estructuras

mentales, de tal forma que al final de un proceso de aprendizaje deben aparecer nuevos esquemas y estructuras como una nueva forma de equilibrio.²⁴

La teoría piagetiana presenta al desarrollo intelectual o cognoscitivo del individuo como un proceso de construcción de estructuras basadas en la lógica natural, la cual es explicada por mecanismos endógenos o internos, y en donde la intervención sociocultural puede facilitar u obstaculizar el aprendizaje. En pocas palabras, es una teoría universalista e individualista del desarrollo, capaz de ofrecer un sujeto activo, pero abstracto (epistémico), y que hace del aprendizaje un derivado del propio desarrollo que va “de adentro hacia afuera”

La estructura cognitiva se puede identificar por creencias, supuestos, contenidos racionales y vivenciales, además de operaciones mentales de agrupación, organización y valoración que permiten dar secuencia a procesos psicológicos de percepción, memoria y acción.²¹

Ausubel, como otros teóricos cognoscitivistas, postula que el aprendizaje implica una reestructuración activa de las percepciones, ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su estructura cognitiva; por lo tanto, en la primera infancia y en la edad preescolar, la adquisición de conceptos y proposiciones se realizan prioritariamente por descubrimiento, gracias a un procesamiento inductivo de la experiencia empírica y concreta²¹

De acuerdo a Piaget, las etapas evolutivas de la estructura cognitiva son:

1. Sensorio motriz (0-2 años)
2. Pre operacional (2-7 años)
3. Operacional concreta (7-11 años)
4. Operacional abstracta (11 años en adelante)

El enfoque educativo para el desarrollo de hábitos en los niños se centra en la etapa pre operacional (2-7 años), ya que el niño genera un razonamiento intuitivo en relación con acciones vinculadas a objetos del mundo exterior con base en sus propias configuraciones perceptivas y, en este sentido, ubica las acciones como unidireccionales, estáticas, apegadas al objeto y sin posibilidad alguna de transformación, por lo que sus juicios se establecen en función de la apariencia de la situación y/o sus resultados.²¹

Una de las características de este tipo de pensamiento es el animismo, es decir, conferir cualidades humanas a los objetos inanimados. Resulta comprensible que el niño tienda a adjudicar esos sentimientos y valores humanos a sus juguetes y animales, puesto que la estructura cognitiva se va conformando de contenidos racionales y emocionales aún no diferenciados en esta etapa. En su representación de roles es común que el niño empiece a jugar a la familia, la escuela, la televisión, el supermercado, es decir, todo lo que se vincula a su entorno inmediato.²¹

La etapa pre operacional es preparatoria para las operaciones cognitivas y para dar lugar a la estructura cognitiva superior y que, de acuerdo a Vygotsky, está basada en una interacción sociocultural, es decir, con el mundo que lo rodea. Por lo tanto, el niño desarrollará de sus padres, hermanos, pares y maestros los patrones conductuales observados.

Siendo así, la estructura cognitiva está integrada por esquemas de conocimiento, los cuales son abstracciones o generalizaciones que los individuos hacen a partir de objetos, hechos y conceptos (y de las interrelaciones que se dan entre éstos) que se organizan jerárquicamente.²⁴

El desarrollo cognitivo, en resumen, ocurre a partir de la reestructuración de las estructuras cognitivas internas del aprendiz, de sus esquemas y estructuras mentales, de tal forma que al final de un proceso de aprendizaje deben aparecer nuevos esquemas y estructuras como una nueva forma de equilibrio.²⁴

Etapas del desarrollo según la Teoría cognitiva de J. Piaget

Etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años).

Durante el periodo sensorio motor, el niño aprende los esquemas de dos competencias básicas: la conducta orientada a metas y la permanencia de los objetos. Piaget los consideraba las estructuras básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana. Adquisición de la conducta orientada a metas.²⁶

En tal estadio el niño usa sus sentidos (que están en pleno desarrollo) y las habilidades motrices para conocer aquello que le circunda, confiándose inicialmente en sus reflejos y, más adelante, en la combinatoria de sus capacidades sensoriales y motrices.

En ese momento el humano desarrolla reacciones circulares primarias, esto es: reitera acciones casuales que le han provocado placer. Un ejemplo típico es la succión de su propio dedo, reacción sustitutiva de la succión del pezón, –aunque el reflejo de succión del propio dedo ya existe en la vida intrauterina–. Reacciones circulares secundarias.²⁴

Entre el cuarto mes y el año de vida, el infante orienta su comportamiento hacia el ambiente externo buscando aprender ó mover objetos y ya observa los

resultados de sus acciones para reproducir tal sonido y obtener nuevamente la gratificación que le provoca.²⁵

Piaget la dividió en 6 estadios:

Estadio 1: Actividad refleja (desde el nacimiento hasta 1 mes): El comportamiento del recién nacido está caracterizado por los reflejos innatos (rotación, succión, prensión), que cada vez se harán más eficientes. Sigue elementos que se desplazan, pero desconoce su ocultación.²⁴

Estadio 2: Reacciones circulares primarias (de 1 a 4 meses): El bebé comienza a delimitar su cuerpo a través de hallazgos casuales que le despiertan interés. Observa atentamente el lugar donde desaparece un elemento.²⁴

Estadio 3: Reacciones circulares secundarias (de 4 a 8 meses): Entendidas como “comportamiento que consiste en recobrar los gestos que por azar hayan ejercido una acción interesante sobre las cosas” (Piaget, 1936; v. en Thong, 1981, p.31). El bebé aprende a adecuar los esquemas conocidos a otras situaciones. Se interesa menos por su propio cuerpo y más por lo que le rodea. Podrá coger elementos visibles, pero estarán fuera de su mente los que no puede ver.²⁴

Estadio 4: Coordinación de esquemas secundarios (8-12 meses): Comienza a haber una intencionalidad cuando aparta cosas o emplea la mano de sus padres para poder conseguir coger objetos deseados. Consigue buscar elementos ocultos delante de él. “El niño sigue con los ojos el objeto hacia B, lo busca en este segundo lugar, y si no lo encuentra inmediatamente vuelve entonces A”.²³

Estadio 5: Reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses): El niño comienza a experimentar de forma metódica. Utiliza fórmulas nuevas para conseguir lo que desea. Sigue los movimientos visibles de un objeto cuando se le esconde y lo localiza donde lo vio la primera vez, pero no puede deducir los movimientos invisibles. Reconoce fotografías familiares y lleva a cabo órdenes verbales simples.

Estadio 6: Intervención de medios nuevos a través de combinaciones mentales (de 18 a 24 meses): Se lleva a cabo un cambio de la tarea sensomotriz a la mental. Inventa modos nuevos por conclusiones mentales. Ya deduce el movimiento invisible de algún objeto cuando se le esconde y sabe que se conserva aún sin resultarle visible, es la permanencia de objeto, “por el mismo hecho de entrar en el sistema de representaciones y de relaciones abstractas o indirectas, el objeto adquiere, para la conciencia del sujeto, un nuevo y último grado de libertad” (Martín Bravo, 2009, p.70). Empieza a emplear símbolos en el lenguaje, recuerda actos pasados e imita posteriormente. Está llegando al período de la representación simbólica.²³

Etapa preoperacional (de 2 a 7 años).

La capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes marca el comienzo de la etapa preoperacional. Entre los 2 y los 7 años, el niño demuestra una mayor habilidad para emplear símbolos -gestos, palabras, números e imágenes- con los cuales representar las cosas reales del entorno.

Ahora puede pensar y comportarse en formas que antes no eran posibles. Puede servirse de palabras, preparar juegos, ideas, dibujos.²³

El pensamiento preoperacional tiene varias limitaciones a pesar de la capacidad de representar con símbolos las cosas y los acontecimientos. Piaget designó este periodo con el nombre de etapa preoperacional, porque los preescolares carecen de la capacidad de efectuar alguna de las operaciones que observó en niños de mayor edad. Antes de comentar las limitaciones del pensamiento preoperacional vamos a examinar algunos de los progresos cognoscitivos más importantes de esta etapa.²⁶

Durante la etapa preoperacional se observan otros ejemplos del pensamiento representacional. A menudo se considera que los años preescolares son la "edad de oro del juego simbólico (Singer y Singer, 1976).⁴

El juego comienza con secuencias simples de conducta usando objetos reales; por ejemplo, fingir beber de una copa o comer con un objeto parecido a la cuchara.

Este estadio se caracteriza por la interiorización de las reacciones de la etapa anterior dando lugar a acciones mentales que aún no son categorizables como operaciones por su vaguedad, inadecuación y/o falta de reversibilidad. Son procesos característicos de esta etapa: el juego simbólico, la centración, la intuición, el egocentrismo, la yuxtaposición y la irreversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades)²⁵

En términos generales, el juego simbólico se inspira en hechos reales de la vida del niño (por ejemplo, el patio de juego, ir a la tienda, ir de Viaje), pero también los que contienen personajes de la fantasía y superhéroes son muy atractivos para él.²⁶

Este lo divide a su vez en otras dos etapas:

Etapa preconceptual (2 a 4 años):

El niño actúa en el nivel de la representación simbólica, así se puede ver en la imitación y memoria manifiestas en dibujos, lenguaje, sueños y simulaciones. En el mundo físico manobra muy de acuerdo a la realidad, pero en el pensamiento sigue siendo egocéntrico. Cree que todos los elementos tienen vida y sienten. Piensa que todo lo que sucede tiene una relación causa- efecto. También cree que todo es tal y como él lo percibe; no entiende otros puntos de vista.²³

Etapa prelógica o intuitiva (4 a 7 años): Se manifiesta el pensamiento prelógico (por ejemplo, media taza de líquido que llena un vaso pequeño es más que media taza que no llena un vaso grande). El ensayo y error puede hacerle descubrir intuitivamente las relaciones correctas, pero no es capaz de considerar más de una característica al mismo tiempo (por ejemplo, las bolitas azules no pueden ser al mismo tiempo de madera). El lenguaje es egocéntrico, lo que refleja sus limitaciones por falta de experiencia.²³

“El niño es la edad de 7 años es concentrado y calmado, tiene una mayor habilidad manual y ensaya y repite lo aprendido”

Período de las operaciones concretas (7 a 12 años)

Durante los años de primaria, el niño empieza a utilizar las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos. Por ejemplo, si le pedimos ordenar cinco palos por su tamaño, los comparará mentalmente y luego extraerá conclusiones lógicas sobre el orden correcto sin efectuar físicamente las acciones correspondientes. Esta capacidad de aplicar la lógica y las operaciones mentales le permite abordar los problemas en forma más sistemática que un niño que se encuentre en la etapa pre operacional.²³

De acuerdo con Piaget, el niño ha logrado varios avances en la etapa de las operaciones concretas. Primero, su pensamiento muestra menor rigidez y mayor flexibilidad. El niño entiende que las operaciones pueden invertirse o negarse mentalmente. Es decir, puede devolver a su estado original un estímulo como el agua vaciada en una jarra de pico, con sólo invertir la acción. Así pues, el pensamiento parece menos centralizado y egocéntrico. El niño de primaria puede fijarse simultáneamente en varias características del estímulo.²³

En vez de concentrarse exclusivamente en los estados estáticos, ahora está en condiciones de hacer inferencias respecto a la naturaleza de las transformaciones. Finalmente, en esta etapa ya no basa sus juicios en la apariencia de las cosas.²⁶

Alrededor de los 9/10 años el niño ha accedido al último paso en la noción de conservación: la conservación de superficies. Por ejemplo, puesto frente a cuadrados de papel se puede dar cuenta que reúnen la misma superficie, aunque estén esos cuadrados amontonados o aunque estén dispersos.²⁵

En esta etapa el niño puede emplear la lógica sobre lo que ha experimentado y manipularlo de una manera simbólica (operaciones aritméticas).

Los niños de Educación Primaria pueden hacer seriaciones, clasificaciones en grupos y otras operaciones lógicas. Si se les enseña un trozo de cuerda A más largo que un trozo de cuerda B y más adelante otro C más corto que B, pueden deducir que A por lógica es más largo que C sin necesidad de verlos ni realizar una comparativa sensomotora.²³

“Los niños en estas edades son equilibrados, tienen una buena adaptación al mundo del adulto, han madurado en cuanto a su motricidad, manejan bien ambas

manos, por ellos el cepillado dental puede ser absolutamente correcto, son abiertos al aprendizaje, les agrada las explicaciones con cierta complejidad, pedirán aclaraciones y desarrollarán sus propias conclusiones”

Período de las operaciones formales (12 años hasta la madurez)

Cuando el niño alcanza la edad de 12 años aproximadamente, razona lógicamente sobre cosas abstractas que nunca había investigado de forma directa. Esto es lo que singulariza el período de las operaciones formales. El niño está capacitado para hacer un pensamiento racional e inductivo a través de la forma de una propuesta ofrecida. Sólo conoce el problema de forma hipotética y puede llegar a una reflexión lógica a través del pensamiento. Esta última etapa no es lograda por todos los adultos, pero sí es característico de los científicos, que pueden manejar un gran número de datos y explicárnoslos claramente. Einstein dijo sobre la teoría de Piaget “Es tan simple que sólo un genio podía haberla pensado”²³

Según Flavell, el cambio más importante en la etapa de las operaciones formales es que el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible. Los niños de primaria razonan lógicamente, pero sólo en lo tocante a personas, lugares y cosas tangibles y concretas. En cambio, los adolescentes piensan en cosas con que nunca han tenido contacto.²⁶

Los adolescentes de mayor edad pueden discutir complejos problemas sociopolíticos que incluyan ideas abstractas como derechos humanos, igualdad y justicia. También pueden razonar sobre las relaciones y analogías proporcionales, resolver las ecuaciones algebraicas, realizar pruebas geométricas y analizar la validez intrínseca de un argumento.²⁶

Teoría Cognitiva de Vygotsky

Vygotsky, psicólogo y abogado ruso, que a raíz de una serie de investigaciones sobre los aprendizajes escolares y su conexión con el desarrollo cognoscitivo, plantea la hipótesis de la “zona de desarrollo próximo” (ZDP), que es la afirmación de la distancia entre el nivel de desarrollo real del niño, que puede ser determinado a partir de la resolución independiente de problemas, y el nivel potencial, determinado por la resolución de problemas bajo la guía de un adulto o en colaboración con un compañero más capaz.

Dicho en otras palabras, se trata de un “espacio” dinámico en el cual, lo que un niño no puede hacer solo, sino con la ayuda de otro, en el futuro podrá hacerlo solo. En este sentido, el desarrollo del individuo y la ulterior consolidación de las funciones psicológicas están precedidos por el aprendizaje.²¹

La visión de Vygotsky sobre el proceso de interacción social, le llevo a enfatizar sobre la importancia de lo que el denomino la Zona de Desarrollo Proximal (ZDP), esta zona es el área que los infantes desarrollan con la ayuda de un adulto o de otro niño/a más capacitado para solucionar problemas que por sí solos no hubieran podido resolver, a esta ayuda Vygotsky la denomino andamiaje.²⁶

Vygotsky sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje: El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo.

El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje, pero nunca como el resultado del mismo.

2. Cuando el aprendizaje es desarrollo: Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo.

3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí: Por un lado, está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que, a su vez, es también un proceso evolutivo. ²⁵

El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vygotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño. ²⁴

Vygotsky, propuso una aproximación completamente diferente frente a la relación existente entre aprendizaje y desarrollo, criticando la posición comúnmente aceptada, según la cual el aprendizaje debería equipararse al nivel evolutivo del niño para ser efectivo. Quienes sostienen esta posición consideran, por ejemplo, que la enseñanza de la lectura, escritura y aritmética debe iniciarse en una etapa determinada. ²⁸

Para Vygotsky, todas las concepciones corrientes de la relación entre desarrollo y aprendizaje en los niños pueden reducirse esencialmente a tres posiciones teóricas importantes. ²⁹

La primera de ellas se centra en la suposición de que los procesos del desarrollo del niño son independientes del aprendizaje. Este último se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo esta aproximación se basa en la premisa de que el aprendizaje va siempre a remolque del desarrollo, y que el desarrollo, avanza más rápido que el aprendizaje, se excluye la noción de que el aprendizaje pueda desempeñar un papel en el curso del desarrollo o maduración de aquellas funciones activadas a lo largo del aprendizaje.²⁸

El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje, pero nunca como un resultado del mismo.²⁵

La segunda posición teórica más importante es que el aprendizaje es desarrollo, el desarrollo se considera como el dominio de los reflejos condicionados; esto es, el proceso de aprendizaje está completa e inseparablemente unido al proceso desarrollo, el desarrollo como la elaboración y sustitución de las respuestas innatas, el desarrollo se reduce básicamente a la acumulación de todas las respuestas posibles. Cualquier respuesta adquirida se considera o bien un sustituto o una forma más compleja de la respuesta innata, aprendizaje y desarrollo coinciden en todos los puntos, del mismo modo que dos figuras geométricas idénticas coinciden cuando se superponen.³⁸

La tercera posición teórica según la cual el desarrollo se basa en dos procesos inherentemente distintos pero relacionados entre sí, que se influyen mutuamente. Por un lado, está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso; por el otro, el aprendizaje, que, a su vez, es

también un proceso evolutivo el proceso de maduración prepara y posibilita un proceso específico de aprendizaje, el proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. ²⁸

Sin embargo, observa Vygotsky, no podemos limitarnos simplemente a determinar los niveles evolutivos si queremos descubrir las relaciones reales del desarrollo con el aprendizaje.²⁹

Vygotsky otorgaba el valor de "herramientas psicológicas" por analogía con las herramientas físicas a los sistemas de signos, particularmente el lenguaje. Mientras las herramientas físicas, a los sistemas de signos, particularmente el lenguaje.²⁵

Mientras las herramientas físicas se orientan esencialmente a la acción sobre el mundo externo, colaborando en la transformación de la naturaleza o el mundo físico, los instrumentos semióticos parecen estar principalmente orientados hacia el mundo social, hacia los otros. ²⁷

Para Vygotsky el lenguaje es fundamental para el aprendizaje y desarrollo cognitivo ya que cumple diferentes funciones. ²⁹

El lenguaje puede cumplir funciones diferentes, en principio una función comunicativa y, luego, otra referida a la regulación del propio comportamiento. Sirve como instrumento para producir efectos sobre el entorno social el lenguaje puede a su vez plegarse sobre el propio sujeto y también de acuerdo con su secundaria sobre sí mismo ²⁴

Teoría Constructivista.

El constructivismo asume que nada viene de nada. Es decir que el conocimiento previo da nacimiento a conocimiento nuevo.

El constructivismo sostiene que el aprendizaje es esencialmente activo, no es ni pasivo ni objetivo; por el contrario, es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente de acuerdo con sus experiencias. 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.²²

El constructivismo en la psicología y su aplicabilidad al proceso educativo debe suponer, a partir de lo expuesto, la planeación de disciplinas científicas, naturales, humanas y sociales que, ancladas en la adquisición de distintas modalidades del lenguaje verbal, escrito, corporal, lógico matemático, gráfico y musical, pueden articularse desde currículos sistémicos facilitadores de la construcción de significados.^{23,24}

Todo esto a partir del desarrollo taxonómico de contenidos, habilidades, actitudes y valores transversales al currículo que debe contextualizarse en función de la etapa de desarrollo y de los procesos de enseñanza aprendizaje, donde el sujeto cognoscente comprenda las estructuras conceptuales y metodológicas en espacios educativos que den lugar al manejo y modificación de pautas de acción y reacomodación estructural, necesariamente vinculados a situaciones de orden sociocultural, cumpliéndose objetivos educativos claros para la formación integral de los individuos y el logro de niveles superiores de maduración a nivel intrapersonal e interpersonal.²⁴

Leyes del Aprendizaje

a. Ley de la predisposición

Esta ley dice que:

“Cuando el organismo está dispuesto a actuar, le resulta agradable hacerlo”

Esta ley se adscribe al interés. Evidencia la necesidad de que el profesor prepare el ánimo de los alumnos para los trabajos escolares, a fin de que los mismos no se efectúen mecánicamente.

b. Ley del efecto

“El organismo tiende a reproducir las experiencias agradables y a no reproducir las desagradables. agradables son las experiencias en las cuales el individuo tiene éxito.”

c. Ley del ejercicio

Cuando un estímulo provoca determinada reacción, el lazo que une el estímulo a la respuesta puede ser fortificado por el ejercicio. El ejercicio, cuando es convenientemente llevado a cabo, conduce efectivamente a la eficiencia y a la perfección. Otra virtud del ejercicio es que prácticamente la fijación del aprendizaje se realiza por su intermedio.

d. Ley de la novedad

“En igualdad de condiciones lo último que fue recordado será practica do y recordado con más eficiencia.”

Se muestra así la necesidad de que la escuela proceda a revisiones periódicas de lo que ya fue estudiado, para que no se pierda por olvido.

e. Ley de la vivencia

“Para aprender mejor es preciso tener cierta vivencia de lo que se pretende estudiar.”

Quiere decir que el educando debe tener cierto tiempo de vivencia y convivencia con un tema, antes de pasar a estudiar otro.³⁰

2.2.2. Principales Enfermedades Bucales en niños.

Las principales enfermedades bucodentales que se presentan en niños de edad preescolar son la caries dental y gingivitis. Como consecuencia de diversos factores etiológicos que propician su desarrollo en la cavidad bucal. ¹⁸

a. Caries dental

Se entiende por caries dental un proceso patológico y localizado de origen externo, que se inicia después de la erupción dental, determina un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de la cavidad. ¹⁸

Otra definición es la que da la OMS. “La caries dental se puede definir como un proceso infectocontagioso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción dental y que produce un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad”. ³¹ La caries suele comenzar a partir de los 3-4 años de edad (dentición temporal), y la podemos ver en todas las etapas de la vida, al desarrollarse las arcadas dentarias se preparan los dientes y aparecen las zonas de retención de restos de alimentos, sobre todo en los molares. La caries comienza en las zonas que tienen mayor riesgo de sufrir de enfermedad, como son las caras laterales de los dientes (en los espacios interdientales o interproximales) y las caras oclusales de los molares (fisuras de las caras oclusales)³²

“La caries es una enfermedad de origen microbiano que ocasiona un proceso patogénico que causa la destrucción de los tejidos duros del diente provocando una lesión externa la cual se extiende hasta las capas más profundas del diente, lo que ocasiona malestar ya sea dolor e inflamación del tejido dentario”

Etiología de la Caries Dental.

W.D. Miller; propone la Teoría Parasitaria como base microbiológica de la caries dental, en la cual demuestra que para la formación de caries debe existir un parásito el cual sobrevive gracias a la formación de ácidos que derivan de la degradación de los alimentos que contienen carbohidratos, esto se demostró en un proceso in vitro con bacterias orales aisladas y dientes extraídos. Por lo cual llegó a la conclusión de que la caries dental fue causada por múltiples especies de bacterias orales, en su teoría Miller planteó la hipótesis de la “placa no específica” en la cual explica que en la cavidad bucal no existen bacterias específicas implicadas en la formación de la caries dental ya que es causada por múltiples especies de bacterias las cuales son indiferenciadas. Por lo tanto, la prevención adecuada es eliminar o minimizar la mayor parte de múltiples especies bacterianas con la ayuda de la práctica del cepillado dental, el uso del hilo dental y la limpieza profesional. ³³

La etiología de la caries dental es multifactorial, intervienen agentes o factores patológicos como las bacterias, los restos de alimentos retenidos entre los dientes y los ácidos corrosivos y desmineralizadores de los dientes, estos factores etiológicos actúan de forma secuencial. ⁸

W.D. Miller. formuló posteriormente su Teoría Quimioparasitaria que está vigente en la actualidad, y dice que la caries se produce en dos fases:

En la primera fase los microbios fermentarían a los hidratos de carbono produciendo ácido corrosivo dental, el cual desmineralizaría al diente.

En la segunda fase los gérmenes proteolíticos degradarían la matriz orgánica de la dentina e invadirían los túbulos desmineralizados.³³

Según Navarro La capacidad de producir ácido corrosivo dental a partir de los carbohidratos de la dieta, es el factor más importante en la patogénesis de la caries dental. Existen multitud de cepas bacterianas extratisulares que habitan y proliferan en el medio oral, de forma natural, sin producir enfermedad. Los gérmenes se reproducen en la boca, pero ellos solos no son capaces de producir ácidos corrosivos desmineralizadores de los dientes.³⁷

Los estreptococos mutans se encuentran en simbiosis en la cavidad oral sin causar enfermedad solo desarrolla su actividad patógena cuando existen restos de azúcares (sacarosas) retenidos entre los dientes o en sus fisuras, en este momento “se hace patógeno”, cuando mediante el glucolisis láctico transforma el azúcar en ácido láctico (corrosivo y desmineralizador de los dientes) que inicia la caries dental. Sin azúcares, el estreptococo mutans no puede producir ácidos corrosivos dentales.³⁸

Los gérmenes extra tisulares atacan a los restos de alimentos que quedan retenidos entre los dientes a pesar de realizar el cepillado dental (insuficiente higiene dental), e inician el ciclo etiopatogénico que producen la caries dental. ¹⁸

Los gérmenes proliferan en la cavidad oral de forma normal y natural a lo largo de la vida. Según diferentes autores se dice que existen aproximadamente 600 cepas de gérmenes que se encuentran en simbiosis en la cavidad oral, sin

producir enfermedad. Los gérmenes no pueden erradicarse con antisépticos orales, pueden atenuarse, pero nunca eliminarse, es decir, en la cavidad oral siempre existe un ambiente séptico.⁴¹

Los ácidos corrosivos y desmineralizadores de los dientes son agentes etiológicos químicos directos. Los gérmenes fermentan a los azúcares (sacarosa) y producen ácidos corrosivos y desmineralizadores (ácido láctico) de los dientes a los que destruyen directamente. El ácido láctico desmineraliza y roe la superficie dental (esmalte dental), e inicia la caries dental.³⁴

Posteriormente algunos autores, señalan que existen factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y la evolución de las lesiones cariosas, entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Los microorganismos, los carbohidratos fermentables y las alteraciones estructurales de los dientes, sumado a una susceptibilidad marcada del huésped son factores que interactúan en la aparición de lesiones cariosas.⁸

Como toda enfermedad de etiología multifactorial, asociada a la interrelación de varios factores, imprescindible para que se inicie la lesión. A través de los tiempos se han preconizado diversas teorías acerca de la naturaleza etiológica de la caries, las cuales pueden resumirse en dos grupos:

Endógenas. Sostienen que la caries es provocada por agentes provenientes del interior de los dientes. Formulada por Hipócrates en 456 a.C., quien fue uno de los primeros en pretender explicar las causas de la caries dental.³⁵

Su hipótesis partía del concepto que la salud y la enfermedad estaban determinadas por el funcionamiento adecuado de los humores internos (sangre, bilis, flema y linfa).

En esta perspectiva consideraba que la caries dental era producto de una disfunción orgánica que condicionaba la acumulación de fluidos perjudiciales en el interior de los dientes. Inflamatoria endógena: Galeno (130 d.C.) también compartía la visión de Hipócrates acerca de los humores, no obstante, difería en su interpretación en cuanto a la etiología de la caries dental, afirmando que: Los trastornos cefálicos determinan una corrupción en los humores, que fácilmente pueden pasar a la boca y producir úlceras, gingivitis, piorrea y caries.³⁵

Exógenas. Atribuyen el origen de la caries dental a causas externas. En una de las tablillas de la biblioteca real de Babilonia (que corresponde al florecimiento de la civilización Asiria. que tuvo lugar en Mesopotamia entre los años 5000 y 3000 a.C.), aparece registrada por primera vez una teoría acerca del origen de la caries dental, la cual responsabiliza a los “gusanos dentales” de la descomposición de los dientes. Quimioparasitaria.³⁵

En 1890, el estadounidense Willoughby D. Miller publicó su libro “Los microorganismos de la boca humana”, en el que afirmaba que las bacterias orales producen ácidos al fermentar los carbohidratos de la dieta (específicamente el azúcar) y que tales ácidos (particularmente el láctico) disuelven el esmalte, ocasionando su deterioro. Miller, considerado el precursor de la microbiología dental, discípulo de Robert Koch, asimismo sostuvo que la evolución del proceso carioso tenía lugar en dos etapas: la primera ocasionaba la descalcificación o reblandecimiento de los tejidos dentales, por la participación

de bacterias capaces de producir ácidos; y la segunda producía la disolución de las estructuras descalcificadas, por la intervención de microorganismos que degradan o digieren la sustancia orgánica.^{33,35}

“La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie dentaria, que esté en la boca y presente en su superficie la placa bacteriana. Si bien es cierto que la caries dental es una enfermedad multifactorial, esta se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores básicos, etiológicos, primarios o principales: dieta, huésped y microorganismos.”

Causas de la caries dental

Actualmente se aceptan como esenciales, para la ocurrencia de la caries dental, la actuación conjunta a través del tiempo, de tres factores: Flora bacteriana. Huésped (diente susceptible), adecuado substrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo. Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar acelerando o frecuentando el ataque cariogénico: Composición de la saliva. Flujo salival. Higiene buco – dentaria. Dieta.³³

Factores de riesgo de caries dental.

Dieta: Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (estreptococo mutans) formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del

diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente ³⁶

Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son: Lactosa: Disacárido de glucosa y galactosa. Sacarosa: O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos.⁴⁰

El nivel de colonización del estreptococo mutans está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa. El consumo de azúcar tiene relación con la aparición y el progreso de la caries dental, especialmente durante los primeros años de vida, cuando se les considera como los principales responsables de la ocurrencia de caries dental en niños.³⁸

Fructuosa: O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, se ingesta al consumir frutas.⁴²

La sacarosa, lactosa y otros disacáridos poseen bajo peso molecular, en consecuencia, son solubles en saliva, propiedad que les permite fácil difusión dentro de la biopelícula, por lo tanto, biodisponibles para ser metabolizados a productos finales, como el ácido láctico, por los microorganismos acidúricos presentes en la cavidad oral del niño.⁴²

Es importante recordar que la caída del pH a un nivel crítico es inmediata después de la ingesta de sacarosa, pero esta misma puede tomar horas después de la ingesta de almidones, pero esto no quiere decir que los almidones no sean

tan cariogénicos, puesto que la amilasa que se encuentra en la saliva es capaz de desdoblar el almidón en glucosa.³⁷

Weiss y Trithart comunicaron datos adicionales acerca de la relación entre el hábito de extras entre comidas y la incidencia de caries dental. En un grupo de niños pre escolar, la mayor parte de la ingesta entre comidas consistía en sustancias muy ricas en azúcar o de alto grado de adhesividad. Los que no tomaron nada entre comidas no presentaron un índice de dcee (dientes con caries, extraídos o empastados) de 3,3 mientras que quienes lo hicieron 4 veces o más presentaron un índice de 9,8. Por orden descendente de popularidad, los alimentos más consumidos fueron: chicle, dulces, refrescos, pasteles y helados.³⁸

Los hábitos alimentarios inadecuados son importantes en el desarrollo de la caries dental también cumplen un papel principal en la aparición de caries en los primeros años de vida. Los ácidos producidos en la placa dental, por la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental.⁴²

La caries dental aparece debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentable, esto incluye a la leche con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas y gaseosas. La dieta del infante debería contener tan poca azúcar como fuera posible. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son usados usualmente por los padres y un gran porcentaje de madres suelen agregar azúcar a los biberones.⁴⁰

La introducción del azúcar en la dieta de los niños resulta importante por el considerable riesgo de caries dental en la dentición primaria y porque es el momento cuando los hábitos pueden influir en conductas futuras.⁴²

Aspectos clínicos de la caries dental.

- Manchas blancas (lesión cariosa incipiente)
- Piezas recién erupcionadas.
- Raíces expuestas.
- Dientes con pigmentaciones.
- Surcos y fosas profundas.
- Obturaciones defectuosas o afectadas por el tiempo.

Las manchas blancas pueden reflejar un proceso no continuado y por lo tanto no son un indicador de riesgo real. Sin embargo, vendría a ser un factor de riesgo en el sentido de que el proceso de caries puede continuar en el futuro. Los dientes recién erupcionados y las raíces expuestas tienen una menor resistencia a la desmineralización.

El flujo de saliva disminuido va a predisponer a una mayor acumulación de placa bacteriana. Para cada uno de los resultados expresados, la razón por qué pueden indicar un aumento del riesgo de caries, es que ellos de alguna manera reflejan, o afectan, los eventos bioquímicos en el diente lo cual puede desarrollar una lesión cariosa.³⁸

Clasificación de la caries dental

Según su ubicación en los tejidos dentales.

a. Lesión en esmalte. El esmalte es el tejido del cuerpo humano más altamente mineralizado, cuya composición alcanza 96% de material inorgánico, 1% de orgánico y 3% de agua.

Aspecto clínico.

La mancha blanca se distingue mejor en las superficies dentarias lisas. Su aspecto se acentúa cuando el diente se seca con aire, fenómeno debido a que el aire sustituye al agua presente en mayor proporción que en el esmalte sano, dando como resultado una diferente difracción de la luz.³⁹

Aspecto histológico.

Zona superficial a prismática o capa de Darling. Es una franja permeable a la entrada de los productos bacterianos, específicamente a los ácidos. Presenta una porosidad del 5% y una pérdida de minerales de la zona superficial en torno de un 5%.³⁹

Cuerpo de la lesión o zona sub-superficial. Ocupa la mayor parte de la lesión de esmalte, se extiende por debajo de la zona superficial o capa de Darling hasta la zona oscura. En esta zona, la desmineralización es más rápida, aumenta la solubilidad de los cristales y también la porosidad. En el centro su porosidad alcanza un 25% o más y la pérdida de mineral es la más alta, entre 18 y 50%.³⁹

Zona oscura. es una banda ubicada por debajo del cuerpo de la lesión. Presenta una porosidad de 2 a 4% de su volumen y una pérdida de minerales de 5 a 8%.³⁸

Zona translúcida. Se ubica en la zona más profunda de la lesión que corresponde al frente de avance o de ataque interno. Esta zona es más porosa que el esmalte sano, siendo su porosidad de 1% en contraste con el 0,1% del esmalte no afectado. Presenta pérdida mineral 1,0 a 1,5%.⁴¹

b. Lesión en dentina.

La dentina, a diferencia del esmalte, es un tejido vital y dinámico, circunstancias que le permiten modificar su micro estructura y composición como respuesta a procesos fisiológicos (edad, atrición), o patológicos, tales como la erosión, la abrasión, la abfracción o la caries. Estas formas de dentina alterada que se originan son los substratos adhesivos más importantes clínicamente y, además, son menos receptivos a los tratamientos adhesivos que la dentina normal.⁴²

Unas de las características histológicas importantes de la dentina es la presencia de túbulos dentinarios, que alojan en su interior la prolongación de las células odontoblasticas, denominadas proceso odontoblastico. Considerando que los túbulos dentinarios se extienden radicalmente a la pulpa, desde la cámara pupar o conductos radiculares hasta alcanzar a la unión amelodentinaria o cementodentinaria, cuando la lesión cariosa alcanza la unión amelodentinaria, independientemente de que exista cavidad o no, los productos ácidos bacterianos se diseminan hacia los túbulos dentinarios, y a través de ellos llegan al tejido pulpar, causando alteraciones, que varían –según el grado de penetración- desde el esclerosamiento de los túbulos, la formación de dentina reaccional hasta la presencia de la células inflamatorias en el tejido pulpar.⁴²

a. Lesión no cavitada.

Dentina terciaria: estrato dentinario contiguo a la pulpa, que se deposita por la reacción del complejo dentino pulpar frente a una noxa de la caries.

Dentina normal. La que se encuentra intermedia entre el frente de avance de la lesión y la dentina terciaria.

Dentina esclerótica o zona translucida. Es la zona más profunda de la lesión propiamente dicha. Se caracteriza por presentar esclerosis de los túbulos

dentenarios, lo cual le otorga apariencia translúcida. Cuerpo de la lesión. Corresponde a la zona más desmineralizada y desorganizada.⁴²

b. Lesión cavitada.

- Zona de destrucción o necrótica.
- Masa de dentina necrótica y altamente poblada de bacterias.
- Zona de desmineralización avanzada o superficial.
- Desmineralización y destrucción parcial de la matriz orgánica.
- Zona de invasión bacteriana.
- Porción dentinaria que durante la progresión de la lesión es alcanzada por las bacterias.
- Zona de desmineralización inicial o profunda.
- Zona esclerosis
- Zona de dentina terciaria o de irritación.⁴²

Tipos de caries dental en la primera infancia

Caries de infancia temprana (tipo biberón): el uso prolongado del biberón para dormir está asociado con un mayor riesgo de caries, pero “el uso del biberón no es el único factor, y puede no ser el más importante en el desarrollo de la caries”, por ello en 1994 en una conferencia organizada por los Centros para el Control y Prevención de enfermedades, se recomendó usar el término Caries de Infancia Temprana o Caries de Aparición Temprana.²

Este tipo de caries afecta todos los dientes, aunque tiene su inicio en las caras vestibulares de los incisivos centrales. Aparece en los niños en el primer año de vida. Su etiología tiene fuertes componentes socioculturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de higiene bucal.²

Caries negligente o rampante: es aquella lesión simple o tipo biberón que no recibe atención, lo que trae como consecuencia la pérdida de la corona clínica con o sin exposición pulpar.²

b. Gingivitis

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos (periodonto) que rodean y sujetan a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria y de causa infecciosa (causadas por bacterias) que dependiendo de su grado de afectación las denominamos gingivitis, cuando el proceso inflamatorio solamente afecta al periodonto superficial (la encía) y no están afectados los tejidos que sujetan el diente.⁸

Según Gestal, O. La enfermedad gingival es un proceso progresivo, inflamatorio que provoca la destrucción del periodonto si no se trata adecuadamente y se caracteriza clínicamente por alteraciones en el color de la encía (enrojecimiento), alteraciones en la textura (tumefacción) de la encía, tendencia incrementada a la hemorragia, al sondo en el área del surco/bolsa gingival, con migración y movilidad de la pieza dentaria y pérdida de las piezas dentarias.³²

Según Bascones M. A. La gingivitis es una inflamación de la región reversible, en donde hay hemorragia, pero no hay pérdida de tejido conectivo de inserción. Alrededor de los 15 años de edad, cada 5 jóvenes presenta algún tipo de gingivitis.¹⁸

Según Echevarria G. La gingivitis es una reacción inflamatoria de la encía que representa el estadio inicial de la enfermedad periodontal. Las bacterias responsables localizadas en la interfase dentogingival, provocan una reacción inflamatoria en el tejido gingival denominada gingivitis y representa el estadio inicial clínicamente demostrable de la enfermedad. ³²

Existe una relación causa efecto entre la acumulación de bacterias a nivel del margen gingival y la aparición, al cabo de pocos días, de una reacción inflamatoria a este nivel, esto se demostró en el año 1965 y sucede de manera constante en todos los individuos. De la misma forma la eliminación de las acumulaciones bacterianas conduce a la reducción de la inflamación gingival (gingivitis) en pocos días. La limpieza diaria del surco gingival, es la medida preventiva fundamental para evitar que se produzca la enfermedad periodontal (gingivitis, piorrea, periodontitis, etc.) ³²

Las enfermedades periodontales, constituyen una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos periodontales o del periodonto debido a causas inflamatorias, traumáticas, degenerativas o humorales. Clásicamente se acepta que los términos “enfermedad periodontal” o “enfermedades periodontales”, se refieren a las enfermedades del periodonto de origen inflamatorio, específicamente producidas por bacterias que forman la denominada placa periodonto patica. ³⁶

Según Waite M. La gingivitis aparece siempre que se retiran las medidas de higiene oral y pudo comprobar que existe una relación entre la placa dental y la gingivitis. Lo pudo verificar en un experimento, en el que durante un tiempo se retiraron todas las medidas de higiene oral a un grupo de 12 sujetos con una

salud dental relativamente buena, entre los que se incluían un grupo de estudiantes de odontología y persona de la Escuela Dental. Durante el estudio, todos desarrollaron gingivitis en un periodo de tiempo que iba de 10 a 21 días. ³²

“Las gingivitis es considerada una enfermedad periodontal ya que afecta el periodonto (encía) que es el tejido de soporte del diente, esta enfermedad evoluciona por un déficit de higiene bucal y es muy destructiva llegando a lesionar el hueso lo cual se conoce como periodontitis”

Etiología de la Gingivitis

El principal y fundamental factor de riesgo por el cual se produce la enfermedad gingival, es la deficiente higiene dental, lo que produce placa en el surco gingival y posteriormente la gingivitis y la enfermedad periodontal. ³²

Por la falta de higiene dental crece esta placa indígena y al cabo de siete a veintiún días podemos ver una inflamación gingival, entre los gérmenes que se encuentra en la placa supra gingival indígena, en pacientes con salud periodontal podemos encontrar gérmenes gram-negativos y anaerobios y aerobios gram-positivos o facultativos como los streptococcus sanguis, diferentes especies de actinomicetes y staphilococcus. ⁸

En la placa subgingival se ha observado bacteroides melaninogenicus, actinomicetes viscosus, cikenella corrodens, fusobacterium nucleatum, gérmenes anaerobios gram- negativos no identificados³

La expresión clínica de los mecanismos de defensa periodontales frente a la agresión bacteriana es la inflamación gingival, que implica la presencia de linfocitos, proteínas plasmáticas y fagocitos en la zona afectada, la aparición de

respuestas inmunitarias específicas, la destrucción bacteriana medida por la cadena de complemento, la fagocitosis y muerte del germen.⁸

“La difusión de los productos microbianos dentro de los tejidos, a través del epitelio de unión y de la bolsa. No se debe a la invasión bacteriana. Sea cual sea su mecanismo de transmisión, las bacterias de la placa producen una variedad de toxinas y enzimas, que pueden considerarse factores virulentos directos “

Consecuencias de la Gingivitis

La gingivitis además de producir inflamación de la encía y sangrado, sobre todo al cepillarse, en algunos individuos evoluciona a periodontitis, la periodontitis al destruirse el hueso que soporta los dientes en los maxilares provoca movilidad y separación de los dientes. Con el tiempo los dientes acabarán perdiéndose, bien por la necesidad de extraerlos debido a su inestabilidad o bien por caerse prácticamente solos³¹

Se trata de enfermedades de causa infecciosa bacteriana. Se debe a unas bacterias que todos tenemos en la boca, alrededor de los dientes, y al no ser eliminadas correctamente, ganan acceso al espacio entre el diente y la encía y pueden colonizar este espacio creciendo en número y provocando la reacción inflamatoria y destructiva que define a estas enfermedades.³

Las bacterias por sí mismas no son capaces de provocar las consecuencias de estas enfermedades, sino que necesitan de un individuo susceptible (predisposición genética) y un medio ambiente adecuado (factores como tabaco y stress son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias).³²

La relación causa-efecto entre la acumulación de placa a nivel gingival y la aparición de inflamación gingival (gingivitis) fue demostrada por un estudio ya clásico entre los estudios relacionados con la salud oral. ³¹

En el estudio de Løe los individuos que permitían la acumulación indiscriminada de placa dental en ausencia de higiene oral desarrollaban una inflamación en sus encías, tras 48 horas sin higiene, que remitía completamente tras el control de la placa dental, ya fuera mecánicamente –mediante cepillado– o químicamente –mediante un antiséptico vehiculizado en forma de enjuague (colutorio), que en el estudio citado fue clorhexidina. Por tanto, la gingivitis provocada por el acúmulo de placa puede remitir al conseguir eliminar este acúmulo de placa mediante una higiene correcta, con un buen cepillado y el uso del hilo dental. ³¹

“Las consecuencias de la gingivitis en las encías son inflamación enrojecimiento, coloración rojiza brillante y sangrado al cepillado, en el examen clínico se observa una encía edematosa con pérdida del puntillado normal de la encía, lo cual indica la presencia de la enfermedad gingival”

2.2.3. Prevención en odontología

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. En este sentido cualquier actuación odontológica puede considerarse preventiva.³⁸

La Odontología Preventiva busca principalmente mantener sano al paciente o de encontrarse enfermo devolverle la salud y mantenerla. Considerar la motivación por la educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de Salud,

fomentando estilos de vida saludables, con hábitos y costumbres adecuados para mantener su propia salud y la de su familia.⁸

Niveles de Prevención

Las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles:

La prevención primaria: utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo.⁵

Bascones A. Et Rioboo R. La prevención de la caries se realiza mediante una buena higiene bucodental, sobre todo después de tomar azúcar.³²

La correcta higiene dental personal diaria es la base de la prevención primaria de la caries, enfermedad periodontal y de la halitosis dental; el mantenimiento de la buena salud dental depende fundamentalmente de esto. La correcta higiene dental personal diaria desde la infancia, “cuando todavía no hay enfermedad”, es la mejor forma de prevenir las enfermedades dentales.³⁴

Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad. Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás, siendo evidente, que la motivación del individuo para realizar una correcta higiene oral es mucho más importante que la técnica utilizada. Con un entrenamiento adecuado, cualquier técnica puede resultar eficaz. A veces es necesario hacer combinaciones de técnicas más adecuadas a las necesidades clínicas. Más importante que el método que se emplee es la

minuciosidad del cepillado. Si se realiza con el cuidado suficiente, con la mayoría de los métodos se logran resultados satisfactorios.⁸

La prevención secundaria: emplea métodos de tratamiento estandarizado para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.⁴³

La prevención terciaria: utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria.⁴³

Programas de prevención y educación

Un Programa preventivo es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Se caracterizan por su condición de experimentalidad en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos a favor de necesidades sociales y educativas que los justifican.⁸

Idealmente los programas de educación escolar deben existir para ayudar a que la población realice por sí misma los procedimientos preventivos primarios y enseñar a todas las personas a reconocer la presencia de las enfermedades orales. Con la instrucción apropiada es posible hacer comprender a la población general que debe asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud oral.

Educación preventiva

La educación para la salud incluye la combinación de experiencias de aprendizaje, para alentar la adopción voluntaria de comportamientos o acciones que conduzcan a la salud y vida saludable. ⁴⁴

Reconocida como disciplina formal y curricular en los países desarrollados, la educación para la salud no ha merecido igual suerte en países en desarrollo, siendo prácticamente ignorado por las autoridades del sector, siendo objeto apenas de iniciativas aisladas. ⁴⁴

Activamente la educación para la salud puede ser dirigida individualmente, en grupos o la población. Los principales campos de aprendizaje son tres ⁴⁵

1. Cognitivo: comprensión del conocimiento basado en hechos (saber que consumir dulces se asocia con el desarrollo de la caries dental).
2. Afectivo: las emociones, sentimientos y creencias están asociados con la salud (creer que los dientes deciduos no son importantes).
3. Conductual: desarrollo de habilidades (se requiere de habilidad para el uso efectivo del hilo dental). ⁵

La escuela constituye el único lugar de constancia en el ambiente infantil. Desempeña un papel necesario, porque muchos más niños frecuentan las escuelas de los que visitan a un odontólogo con regularidad. ⁵¹

Higiene de Bucal

La higiene bucal es uno de los elementos principales del cuidado personal. El deseo de lucir una sonrisa con dientes limpios, sanos y blancos ha dado lugar a

que en el mercado existan dentífricos de muchos tipos y características. Se pueden encontrar en una gran variedad de sabores, colores y envases; en gel o crema; con compuestos contra la caries, el sarro, la placa dentobacteriana o para contrarrestar la sensibilidad de los dientes, entre muchas otras propiedades anunciadas que, por cierto, no todos cumplen cabalmente. ²

La limpieza meticulosa de los dientes rompe mecánicamente la placa bacteriana y deja una superficie de esmalte limpia. Se denomina sucesión secundaria a la recolonización que se produce en la superficie dental tras la limpieza. Este proceso es mucho más rápido que la sucesión primaria, ya que todos los habitantes normales de la comunidad clímax ya están en la cavidad bucal. ²

La limpieza no llega a destruir la mayor parte de las bacterias bucales, sino que únicamente las expulsa de la superficie de los dientes. Posteriormente los enjuagues y el uso de la seda dental y el cepillo eliminan de la cavidad grandes cantidades de dichas bacterias, pero quedan bastantes microorganismos para recolonizar los dientes. Algunos microorganismos delicados y anaerobios obligados pueden morir al entrar en contacto con el oxígeno durante la limpieza dental. Sin embargo, no es probable que consiga eliminar totalmente ninguna especie. ³⁹

Aunque seguirán presentes todas las especies que forman la placa madura, la mayoría de ellas son incapaces de iniciar la colonización sobre la superficie dental limpia. Para que se vuelva a formar la comunidad clímax la superficie dental debe ser colonizada ordenadamente y el entorno local debe recuperar la situación de clímax. ³⁹

La salud dental depende precisamente de evitar este tipo de problemas y para ello es necesario el cuidado sistemático de la dentadura.

El mantenimiento de una buena higiene oral establecida a una temprana edad es básico para la prevención de las caries. Sin embargo, la higiene oral en los niños de esta edad suele ser de efectividad dudosa, por lo que deben ser los padres quienes la realicen y reciban instrucciones para ello. Deben limpiar con una gasa los restos de leche u otra sustancia azucarada de la boca del niño e instaurar el hábito de cepillado en cuanto los dientes hagan erupción (sin pasta dentífrica hasta que el niño aprenda a no tragársela). En infantes menores de 6 años, por tanto, el cepillado dental debe ser dirigido y supervisado por los padres.¹⁶

Elementos de la Higiene bucal

Los instrumentos que se emplean en la higiene bucal diaria, para obtener un adecuado control de placa y evitar la proliferación bacteriana son el cepillo dental, la seda dental, enjuagues bucales, además de los elementos necesarios para una adecuada higiene bucal se debe conocer y tener en cuenta que estos no son totalmente eficaces si no se tiene un adecuado control o manejo, es decir si no se conocen las diversas técnicas de cepillado las cuales ayudan en la remoción de la placa dental

Cepillo dental

Originario de China. Aunque el origen del cepillo dental no está bien definido según los registros más antiguos que existen y que datan del año 1498, parece ser que el cepillo dental actual es originario de China ³³

Primera producción comercial en Europa. La producción comercial de cepillos dentales se llevó a cabo en Europa a finales de siglo XVIII y principios del siglo XIX. En principio se utilizó el pelo de algunos animales (perros, etc.) para su fabricación.³²

Eficacia del cepillado dental

Una técnica de higiene oral debe:

- Ser efectiva en la limpieza.
- Ser segura y no dañar.
- Ser fácil de enseñar, aprender y utilizar.
- Ser aplicada en la zona indicada.

Los métodos mecánicos de control de placa utilizados de forma rutinaria han sido considerados desde siempre como la mejor manera para que los pacientes eliminen la placa, aunque a menudo se dejen bacterias residuales sin eliminar.¹⁴

La seda dental

El uso del hilo o seda dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja. Este hecho dificulta su uso rutinario. La técnica propuesta comúnmente es la siguiente:

- La longitud de hilo a emplear: entre 40 y 60 cm.
- Posición del hilo: enroscado en el dedo mayor de una mano y una parte menor en el mismo de la otra mano, dejando 2 cm de hilo entre ellos.
- Ubicación entre los dientes: para ubicarlo se desliza el hilo con movimientos vestibulo-linguales o vestibulo-palatinos.

- Movimiento del hilo: manteniendo el hilo contra la superficie de cada cara proximal se lo desliza hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo, y se abraza la cara proximal de cada diente cuyo espacio se está limpiando para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.
- Desarrollo de la técnica: el hilo debe ser corrido después de pasarlo por cada espacio proximal, para limpiar cada espacio con hilo limpio. ⁴⁴

Técnicas de cepillado dental

Técnica de Bass.

El cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10-15 segundos por área, a continuación, se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales.⁴⁴

Para las caras vestibulares de todos los dientes y las linguales de premolares y molares, el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de incisivos y caninos superiores e inferiores, el cepillo se sostiene verticalmente, y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes.

Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior. ⁴⁴

En la técnica de Bass modificada se posiciona el cepillo de manera similar a la técnica de Bass, pero después de realizar el pequeño movimiento en sentido

anteroposterior, se rota la cabeza del cepillo aplicando un movimiento en dirección oclusal.³²

Técnica horizontal

Fue inducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan hacia delante 90 grados con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permita utilizar una técnica más compleja.⁴⁴

Técnica de Stillman modificada: Las cerdas se colocan a 45 grados con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.³²

Técnica de Charter: El cepillo se coloca a 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con la encía y producen masajes que se repite en cada diente.¹⁷

2.3. Definición de términos básicos

Placa dental: se llama placa bacteriana a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano.

Calculo dental el cálculo dental, también denominado sarro o tártaro dental, es la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental.

Aprendizaje: el aprendizaje consiste en la adquisición de conocimientos de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, es, por tanto, un proceso activo responsabilidad del individuo.

Nivel de conocimiento: es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento.

Técnica educativa: es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico.

Lúdico: el adjetivo lúdico es un derivado etimológico del sustantivo latino *lutus* que significa "juego" entre otras muchas acepciones.

Educación: es un instrumento de transformación social, no sólo la educación formal, sino toda acción educativa que propicie la reformulación de hábitos, aceptación de nuevos valores y que estimule la creatividad.

Didáctica: es la disciplina científico-pedagógica que tiene como objeto de estudio los procesos y elementos existentes en la enseñanza y el aprendizaje.

Placa dental: La placa dental, biopelícula, o biofilm dental, es una estructura formada por dos matrices: la capa salival, y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se presenta la propuesta del programa preventivo sobre principales enfermedades “Juguemos sin caries” mediante el uso de los métodos de enseñanza aprendizaje explicativo y lúdico vivencial con el fin de incrementar el

nivel de conocimiento de los niños de 5to grado de primaria sobre caries y gingivitis.

La información cuantitativa que se obtuvo de la aplicación de las técnicas de recolección de datos, fueron procesadas para su respectivo tratamiento estadístico descriptivo utilizando programas como EXCEL Y SPSS, lo cual sirvió para ordenarlos, tabularlos y presentarlos en figuras con sus respectivas descripciones e interpretaciones.

Se presentan los resultados obtenidos mediante el cuestionario con el cual se evaluó los conocimientos sobre principales enfermedades bucales. El cuestionario consto de once preguntas con cinco alternativas cada una, se les asigno en la escala vigesimal un valor de 0 a las respuestas incorrectas y 1 a la respuesta correcta, siendo la sumatoria el resultado total, donde los valores asignados fueron de 0 a 5 desconoce y de 6 a 10 conoce.

Los resultados obtenidos mediante el índice COPD ayudaron a diagnosticar la prevalencia de caries dental en el grupo examinado.

Mediante el índice gingival de Løe y Silness se diagnosticó el grado de inflamación gingival en el grupo examinado.

PROPUESTA DEL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE PRNCIPALES ENFERMEDADES BUCALES “JUGUEMOS SIN CARIES” CON MÉTODOS EXPLICATIVOS Y LÚDICOS VIVENCIALES

I.Datos informativos

Datos de institución: Institución Educativa Nacional 10003

Sub Director: Mondragón Herrera, Autor.

Turno: mañana

Grado: 5to de primaria

Sección: A y B

Duración: 6 meses

Responsable: Persona a ejecutar

II. Justificación

El presente programa tendrá como finalidad incrementar el nivel de conocimientos sobre las principales enfermedades bucales como la caries dental y gingivitis para prevenir su aparición y evolución en los niños por un déficit de higiene bucal.

Es importante desarrollar un programa preventivo mediante los métodos explicativos y lúdicos vivenciales en los niños ya que con ello se logrará enseñar de manera didáctica y explicativa cuáles son las consecuencias si no se tiene una adecuada higiene bucal, por lo que es esencial para el niño aprender cuales son las partes de la boca, para que puedan reconocer las estructuras bucodentales y así tener un concepto más claro sobre el medio bucal, además se busca establecer conceptos claros sobre la caries dental, gingivitis y cuales son las medidas preventivas frente a estas enfermedades mediante sesiones educativas donde se explique las técnicas de cepillado que se deben usar para el manejo y control de la placa dental y cuáles son los elementos de higiene bucal.

Los niños de edad escolar deben conocer cuáles son las consecuencias de una mala higiene bucal, por ello con la aplicación del programa “Juguemos sin Caries” se dar a conocer temas de prevención sobre las principales enfermedades bucales en niño; caries y gingivitis, con la ayuda de métodos de enseñanza explicativo y lúdico vivencial en los niños de 5to grado de las secciones A y B de la I.E.N 10003, Chiclayo.

III. Descripción:

El programa “Juguemos sin Caries” está basado en la aplicación de una propuesta de formación y educación para fomentar e inculcar hábitos de higiene bucal en niños de 9 a 10 años de edad por lo que se usaran recursos didácticos como la técnica de enseñanza aprendizaje lúdica vivencial y expositiva.

El programa consta de veinte sesiones educativas en las cuales se interactuara con el niño de manera directa para así lograr un mayor desenvolvimiento y aprendizaje sobre el tema a tratar, se usará además la técnica explicativa tradicional, en donde por medio de charlas expositivas se transmitirá conceptos básicos sobre las enfermedades bucales más frecuentes en boca, por lo que se lograra una unión entre ambas técnicas reforzando los conocimientos con el juego para así poder lograr que la enseñanza sea eficaz y se garantice el aprendizaje del niño y pueda practicar hábitos de higiene para así poder evitar las enfermedades bucales como la caries dental y gingivitis.

Antes de la aplicación de las sesiones educativas se evaluará el nivel de conocimientos de los niños mediante un test y al finalizar el programa se evaluará con un post test con los cuales se diagnosticará el nivel de conocimientos de los niños antes y después de recibir el estímulo.

Para la recolección de datos en la muestra se usará como instrumento el odontograma con el cual se registrará la presencia de caries dental y se evaluará de acuerdo al índice COPD y por medio del índice gingival de Løe y Silness se evaluará la salud gingival de los niños a examinar antes de la aplicación

Para la elaboración de esta propuesta se realizó un diagnóstico basado en la evaluación del cuestionario, índice CPOD e índice gingival de Løe y Silness.

IV. Objetivos

Enseñar cuales son las principales enfermedades bucales y sus medidas de prevención con los métodos explicativos y lúdicos de tal manera que los niños puedan comprender y aprender a prevenir la caries dental y gingivitis mediante prácticas charlas educativas didácticas.

V. Recursos Humanos: Alumnos de primaria de 5 grado secciones A y B

VI. Materiales

- Papel bond A4 de 80 gramos.
- 02 cuadernos.
- Útiles de escritorio (Lápiz, lapicero rojo y azul, borrador)
- Depresores de lengua
- Guantes
- Mascarillas
- Gorro
- Instrumental de exploración

- Gazas y algodón
- Laptop
- Tizas.
- Plumones.
- Laminas.
- Cartulinas
- Cinta adhesiva
- Papelografo.

Medios:

- Rotafolios
- Maquetas.
- Fichas
- Trípticos.
- Personaje animado.
- Voz
- Audiovisuales
- Diapositivas

Instrumentos:

- Test y post test.
- Odontograma
- Índice COPD
- Índice gingival de Løe y Silness

VII. Cronograma de actividades

Actividades	Duración	Horas	Responsable
Aplicación de Test	1 día	30 min	Responsable a ejecutar
Índice COPD	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Índice de Løe y Silness			
Sesión Educativa N°01 Identificamos las partes de la cavidad bucal	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N°02		2 horas	

Conociendo los dientes y sus funciones	1 día		Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 03 Identificamos las acciones que dañan nuestros dientes	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 04 Conocemos los elementos que nos ayudan a mantener limpios y sanos nuestros dientes y uso.	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión N° 05 Aprendemos a cepillarnos correctamente	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 06 Identifico la principal enfermedad que ataca los dientes: La caries dental	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 07 Conociendo las caries dental	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 08 Observamos y diferenciamos las caries	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar

Sesión Educativa N° 09 Aprendiendo a prevenir la caries dental	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 10 Coloreamos los tipos de caries dental	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 11 Reconociendo la gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 12 Conociendo las consecuencias de la gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 13 Conociendo los signos y síntomas de la gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 14 Aprendiendo a prevenir la gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 15 Coloreamos los tipos gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 16 Conocemos sobre caries y gingivitis con "La boca preguntona"	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 17 Interacción grupal " Cepíllale los dientes a Dentorino"	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 18 Conocemos sobre dieta criogénica	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 19 Exponemos y explicamos la caries dental	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Sesión Educativa N° 20 Exponemos y explicamos la gingivitis	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar
Aplicación de post test	1 día	2 horas	Responsable a ejecutar

PROGRAMA PREVENTIVO “JUGUEMOS SIN CARIES”

SESIÓN EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Identificando las partes de la cavidad bucal y sus funciones.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Metodología
INICIO	<p>Se presentará a los niños una boca gigante y sus partes para ser descubierta por ellos y mencionen las partes que van reconociendo.</p> <p>Los niños interactúan con la boca gigante y se rescatan sus saberes previos. ¿Qué es esto? ¿Todos tienen? ¿Está completa? ¿Le falta algo? ¿Qué le falta? Luego se ira sacando las partes de la boca como: dientes, labios, úvula, paladar, lengua y los niños participan colocándolos en el lugar respectivo mencionando su función.</p>		<p>El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será el método explicativo con el cual se busca de manera verbal conocer cuáles son las partes de la cavidad bucal</p>
PROCESO	<p>Se reparten a los niños imágenes de la parte de la boca y de acuerdo a la imagen se agrupan por equipos de trabajo. Se entrega a cada equipo de trabajo los materiales para que armen la boca y sus partes. Terminado el trabajo cada grupo sale a socializar sus trabajos mencionan las características y funciones de dientes, labios, encías, lengua, úvula. Con ayuda de una maqueta se sistematiza el aprendizaje de los niños sobre las partes de la</p>	<p>Menciona las características y función de los dientes correctamente.</p> <p>Menciona las características y su función de las partes de cavidad bucal</p>	<p>El método de enseñanza aprendizaje empleado en el proceso de la sesión educativa será el método lúdico con el cual se busca la interacción social del niño con su entorno, practicando lo que se aprendió mediante la explicación de las partes de la boca haciendo uso de material didáctico como es Imágenes, dibujos de la cavidad bucal, papelotes con dibujos de la cara</p>

	boca y sus funciones. Se entrega una hoja de trabajo para que los niños relacionen con ayuda de imágenes los órganos de la cavidad bucal y sus funciones		maquetas de los dientes, etiquetas de nombres imágenes de sus funciones
TERMINO	Se entregarán hojas de información las cuales contienen imágenes de las partes de la boca y una sopa de letras. Se evaluará de manera escrita ¿Cuáles son las funciones cada parte de la boca?		Los materiales empleados al término de la sesión educativa serán plumones, imágenes de sus funciones, hojas de trabajo, lápiz

III. TEORIAS CIENTIFICAS

A) CAVIDA BUCAL, PARTES Y FUNCIONES.

LA BOCA:

La boca y sus estructuras que la forman cumplen funciones importantes en nuestra vida cotidiana, relaciones sociales y de interacción con las personas, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa y complementa la apariencia, además de funciones esenciales como respirar, hablar correctamente, masticar los alimentos y tragar. La boca, especialmente los dientes, los labios y la lengua, es fundamental para hablar. La lengua fricciona o golpea los dientes al pronunciar determinados sonidos y nos ayuda a formar palabras y los labios nos ayudan a pronunciar las palabras al hablar controlando el flujo de aire que sale de la boca. También desempeña una función clave en la función del aparato digestivo. Los dientes, son necesarios para la masticación, el proceso por el cual desgarramos, cortamos y molem los alimentos preparándolos para la deglución. La boca está formada por partes duras y blandas llamadas genéricamente tejidos: Tejidos duros: dientes y huesos maxilar superior e inferior o mandíbula y tejidos blandos: carrillos, labios, encía y la lengua.¹

IV. EVALUACIÓN: escrita.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

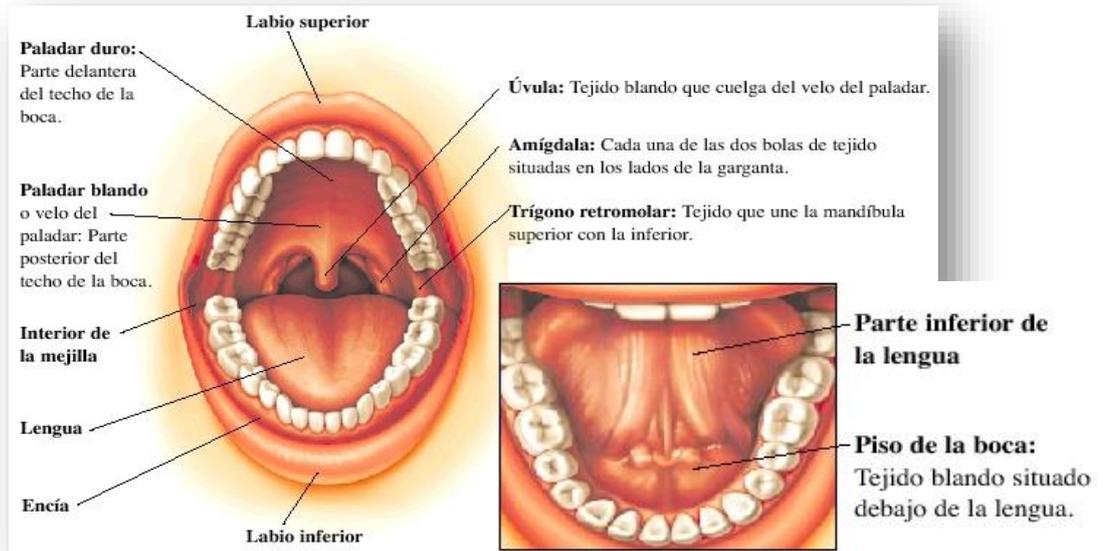
Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; 2015. Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/386/1/TL_CelisFiguroa_FloresChirinos_SantaCruzSaavedra.pdf

HOJA INFORMATIVA

“Identificamos las partes de la cavidad bucal y sus funciones”

¿Cuáles son las partes de boca?



Sopa de letra: Señala cuales son las partes de la boca

C	a	u	g	n	e	l	h
L	a	b	i	o	n	r	p
V	f	r	e	n	c	l	l
T	c	d	i	d	i	f	ñ
V	h	f	c	e	a	d	j
U	v	u	l	a	s	w	y
C	p	a	l	a	d	a	r
A	l	a	d	g	i	m	a

NOS EVALUAMOS:

¿Cuáles son las funciones de las partes de la cavidad bucal?, Mencione.

SESIÓN EDUCATIVA N° 02

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conocemos los dientes y su función.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Metodología
INICIO	Se le presentará al niño una maqueta de la boca y sus partes (dientes/incisivos, caninos, molares/, encía, lengua) desarticulada para que ellos conozcan y mencionen lo que observan. Luego los niños dicen sus saberes previos ¿Qué es esto? ¿Dónde se encuentra ubicado? ¿Cuántos son? ¿Cómo se llama cada parte? ¿qué función cumple cada uno de ellos?		El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será el método explicativo con el cual se busca de manera verbal conocer cuáles son las partes de los dientes y sus funciones.
PROCESO	Se les pedirá a los niños ubicarse en el centro del salón para agruparlos por equipos de trabajo. Luego los niños participaran por grupos en competencias de armado de las arcadas de la maqueta, mencionando la función de cada grupo dental, el grupo que acabe primero es el ganador. articulada se sistematiza que son los dientes y sus funciones, relacionando las funciones con imágenes Se entregaran hojas de trabajo para que los niños señalen las funciones de cada uno de nuestros dientes.	Menciona la función de los dientes sin equivocarse.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleara será el método lúdico vivencial ya que con él se podrá captar la atención de los niños mediante canciones y juegos que determinaran cada función de los dientes mientras cuantos dientes tienen los adultos y niños mientras se colocan las imágenes correspondientes junto a su función correspondiente. Los materiales empleados en esta fase de la sesión educativa serán: Cartón dúplex, cartulinas de colores,

			tijeras, limpia tipos, plumón indeleble
TERMINO	Se le preguntara al azar cuales son las funciones de los caninos, incisivos, molares y premolares. La evaluación será oral.		Hojas de evaluación, lápiz, diapositivas, laptop, proyector

III. TEORIAS CIENTIFICAS

A) LOS DIENTES:

Los dientes están ubicados en los huesos maxilares, y se alojan en unas cavidades llamadas alveolos dentarios. Los dientes están formados por tres partes: corona, cuello, pulpa, raíz y cemento.

Las principales funciones de los dientes son:

Morder y masticar los alimentos. Es esencial que la comida se mastique adecuadamente para que pueda digerirse con facilidad. Este proceso favorece el crecimiento de los niños y niñas en esta etapa tan fundamental para su desarrollo.

Los dientes son útiles para hablar con normalidad. Algunos sonidos solo pueden producirse con la ayuda de estos.

Los dientes forman parte del aspecto del rostro y de la expresión de las emociones. Constituyen algo más que el motivo decorativo de una bella sonrisa, ya que se integran junto con los maxilares donde se apoyan las partes blandas de la cara, y, por tanto, de ellos depende la posición de la musculatura facial. Participan en la determinación de los rasgos que conforman el carácter y la personalidad.

La pérdida de los dientes puede interferir en los hábitos dietéticos y en el disfrute de los alimentos.¹

Incisivos. Los dientes que conocemos como paletas, son los incisivos centrales superiores. La pareja de dientes ubicada inmediatamente debajo de ellos, son los centrales inferiores. Los incisivos laterales, son los dientes que están a uno y otro lado de los centrales, arriba y abajo.

Caninos: Tienen la función de desgarrar los alimentos fibrosos como la carne. Esto lo pueden hacer gracias a que, en su anatomía coronal, tienen un vértice agudo que penetra en los alimentos y permite retenerlos para desgarrarlos.

Primeros y segundos premolares: Son los que siguen después de los caninos. Son más pequeños que las muelas y deberíamos tener dos en cada lado, arriba y abajo.

Su anatomía les permite participar con los caninos en el desgarre de los alimentos y con los molares en la molienda de éstos. Aunque se les atribuye, principalmente, la función de la molienda fina y de la trituración de la comida.

Tienen la función de moler los alimentos para formar una masa que sea de la consistencia y tamaño suficiente, que nos permita deglutirlos.¹

IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; 2015.

SESIÓN EDUCATIVA N° 03

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Identificando las acciones que dañan nuestros dientes.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se les presentara a los niños un cuento llamado "Dentorino" mostrando cada escena de la historia, la cual enseñara cuales son las acciones que afectan nuestros dientes Luego se les preguntara ¿Quiénes son los personajes? ¿Qué sucede en la historia? ¿Cuál es el final de la historia? ¿Qué mensaje nos deja la historia? ¿Qué debemos hacer para que no nos suceda lo mismo?		El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será el método explicativo y lúdico vivencial, ya que se leerá una historieta para enfatizar las acciones que dañan los dientes. De esta manera el niño prestara mayor atención y recepción del mensaje
PROCESO	A los niños se les repartirá cartelitos de diferentes colores (rojo, azul, amarillo, verde) donde ayudará a formar equipos de trabajos. A cada grupo se les entregara un rompecabezas de acciones que dañan nuestros dientes. Ficha de observación Cartulinas de colores (azul, rojo, amarillo, verde), papelotes, imágenes, cartulina blanca, tijeras, Terminado el trabajo cada grupo sale a socializar y mencionan las cosas y acciones que nos dañan nuestros dientes Se entrega una hoja de trabajo para que los niños dibujen las cosas,	Menciona la función de los dientes sin equivocarse.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleara será el método lúdico vivencial ya que los niños armaran rompecabezas que determinaran cada acción negativa para nuestros dientes de esta manera relacionara la historieta con el trabajo manual y educativo. Despertando la creatividad y habilidades del niño.

	acciones que dañan los dientes. ¹		
TERMINO	Se entregarán hojas informativas y se evaluarán a los niños de manera oral: ¿Qué acciones dañan nuestros dientes?	Señala con ayuda de imágenes las acciones que dañan nuestros dientes	Hojas de evaluación, lápiz.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Los dientes primarios, empiezan a salir aproximadamente a los seis meses edad. El número de dientes y molares temporales es de 20, terminan de aparecer, con seguridad, a los tres años de edad. Estos dientes permiten al niño masticar y comer adecuadamente, ayudan a que la mandíbula y la cara se desarrollen normalmente, y guardan el espacio para los dientes adultos. La buena salud oral beneficia la salud general de los niños. Los dientes temporales necesitan tanta atención como los permanentes. Las caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia en el niño dificultando al comer, dormir, jugar y causar otros problemas más tarde en la vida, como desordenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fono articulación, etc. Cuanto más frecuentemente se consuma el azúcar, existe mayor probabilidad que se formen caries. Los azúcares están presentes en casi todos los alimentos, como por ejemplo en la leche, en los jugos de frutas, bebidas azucaradas y otros alimentos desabor dulce, como también en forma enmascarado como preservante en alimentos manufacturados como por ejemplo en el ketchup, pan de molde, etc. Las caries pueden ser causada por chupar continuamente chupetes de entretenimiento empapados en azúcares como la miel, o por tomar

frecuentemente mamaderas con líquidos azucarados, como leches, jugos de fruta o bebidas.

IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; 2015. disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/386/1/TL_CelisFiguroa_FloresChirinos_SantaCruzSaavedra.pdf

HOJA INFORMATIVA

“Acciones que dañan nuestros dientes”



1. Fumar causa coloración en el esmalte del diente
2. Los aretes o piercings que se colocan en la lengua causan deterioro en la superficie dental
3. Cortar hilos con los dientes desgasta dental



4. Masticar objetos causa desgaste y lesiones en los dientes
5. Mascar chicle causa caries dental por el azúcar que contiene
6. Morderse las uñas causa problemas articulares y desgaste



SESIÓN EDUCATIVA N° 04

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conocemos los elementos que nos ayudan a mantener limpios y sanos nuestros dientes y uso.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se empezará con una dinámica denominada ¿Qué será? Con los ojos vendados, los niños identificarán mediante el tacto, los objetos de higiene bucal que previamente se han introducido en una bolsa. De esta manera se irán descubriendo cada elemento de higiene bucal para ir explicando su uso adecuado.		El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será lúdico vivencial, ya que se empleará una dinámica de juego con la cual se despertará la curiosidad del niño acerca de cuáles son los elementos de higiene bucal, lo que permitirá conocer cuáles son estos elementos y su uso adecuado
PROCESO	Para formar equipos de trabajo se dividirán grupos para dialogar sobre el uso e importancia del enjuague bucal y seda dental, se les entregará hojas de trabajos para que los niños unan los puntos para formar el cepillo y la pasta dental. Se le entregara a cada grupo papelotes, tijeras y gomas para que los niños peguen imágenes de los utensilios de higiene oral. Terminado el trabajo a cada niño se le entregara sus utensilios de higiene bucal y junto a la persona a ejecutar se les	Señala los hábitos de higiene y cuidado personal Menciona los elementos que ayudan a mantener los dientes limpios Aprende el uso correcto de cada elemento de higiene bucal	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico vivencial y explicativo con se les dará a conocer los elementos de higiene bucal y su correcto uso, con la ayuda del método lúdico se buscará la interacción del niño con sus compañeros intercambiando ideas, conocimientos y costumbres que tienen en el empleo de los elementos de higiene bucal

	enseñara la manera correcta del cepillado y el uso de la seda dental, así como donde se coloca la pasta dental y cuanta pasta usar para el cepillado diario.		
TERMINO	Se les entregara hojas de trabajo para que en casa las repasen que elementos nos ayudan a mantener limpios y sanos nuestros dientes. La evaluación será escrita Describe con sus palabras el uso de la seda dental. ¿cuáles son los elementos de higiene bucal?	Señala con ayuda de imágenes las acciones que dañan nuestros dientes	

III. TEORIAS CIENTIFICAS

El cepillado de dientes representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca. Ahora bien, a pesar de que es una práctica habitual, es necesario definir algunos aspectos muy relevantes sobre este hábito saludable. Por ello, es fundamental cepillarse los dientes de modo de mantener controlada a la placa bacteriana. Además, se debe restringir la ingesta de alimentos, a los horarios de la comida habitual, evitando el consumo de alimentos a deshora, para no favorecer el ataque de ácidos entre las comidas. La técnica a emplear es tan importante como la frecuencia; también los son los elementos que se utiliza. Si el cepillado es incorrecto, no cumple la finalidad, o peor aún, puede resultar perjudicial ya que puede dañar los dientes e irritar las encías. Los elementos de higiene bucal son:

El cepillo de dientes: debe tener un cabezal redondeado y pequeño para llegar fácilmente a todos los dientes. Sus filamentos han de ser suaves y de puntas redondeadas para evitar lesiones en las encías. Si con el uso se desgastan o se

tuercen no limpiaran bien, por lo que debemos sustituir este cepillo por uno nuevo.

Dentífrico: contribuye a dejarnos a una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio y un aliento fresco.

La seda dental: no es más que un hilo de seda, en forma de cinta o cordoncillo, encerada o no, cuyo uso asegura la limpieza de las caras laterales de los dientes. Para usarla correctamente deben seguirse una serie de pasos que pueden parecer complicados pero que en la práctica son muy sencillos.

La técnica propuesta comúnmente es la siguiente:

- La longitud de hilo a emplear: entre 40 y 60 cm.
- Posición del hilo: enroscado en el dedo mayor de una mano y una parte menor en el mismo de la otra mano, dejando 2 cm de hilo entre ellos.
- Ubicación entre los dientes: para ubicarlo se desliza el hilo con movimientos vestibulo-linguales o vestibulo-palatinos.
- Movimiento del hilo: manteniendo el hilo contra la superficie de cada cara proximal se lo desliza hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo, y se abraza la cara proximal de cada diente cuyo espacio se está limpiando para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.

- Desarrollo de la técnica: el hilo debe ser corrido después de pasarlo por cada espacio proximal, para limpiar cada espacio con hilo limpio. ⁴⁴

Los cepillos interproximales: se usan cuando existe espacio entre los dientes, bien porque se halla perdido alguna pieza o bien por pérdidas de la alineación o por rotaciones dentarias.

El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia.

IV. EVALUACIÓN: Escrita

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; 2015.

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 05

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Aprendemos a cepillarnos.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Conocer y aplicar la técnica de cepillado de Bass modificada, para la mayor eliminación de placa bacteriana. - Demostración y enseñanza de la técnica de cepillado con la ayuda de un macromodelo y macrocepillo, se controló y supervisó el cepillado por grupos de 7 niños en promedio	Conoce como sujetar correctamente el cepillo y cuanta pasta dental debe usar,	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo, ya que se emplearán las charlas y conversatorio con la presentación de maquetas de trabajo lo cual despertará la curiosidad del niño acerca de cómo se deben cepillar los dientes.
PROCESO	Mediante macromodelos y cepillos se explicará los movimientos usados en la técnica de Bass modificada. Luego de la interacción con las maquetas, los niños pasaran individualmente al rincón de aseo asignado en el salón y se les pedirá que cepillen sus dientes como lo hacen todos días, observando cual es el método que emplea y corrigiendo sus deficiencias para mejorar así su técnica de cepillado dental	Señala que es la caries dental y que la ocasiona.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico vivencial y explicativo ya que por medio de las maquetas se enseñara la técnica de Bass, mediante el ejercicio de cepillarse en el rincón de aseo, el niño interactuara directamente con el educador.
TERMINO	Se les entrega trípticos con información sobre técnicas de cepillado. Se evaluará de manera oral e individual en el rincón de aseo observando la técnica de cepillado.	Repasa en casa lo aprendido	

III. TEORIAS CIENTIFICAS

El cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10-15 segundos por área, a continuación, se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales.

Para las caras vestibulares de todos los dientes y las linguales de premolares y molares, el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de incisivos y caninos superiores e inferiores, el cepillo se sostiene verticalmente, y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes.

Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior.

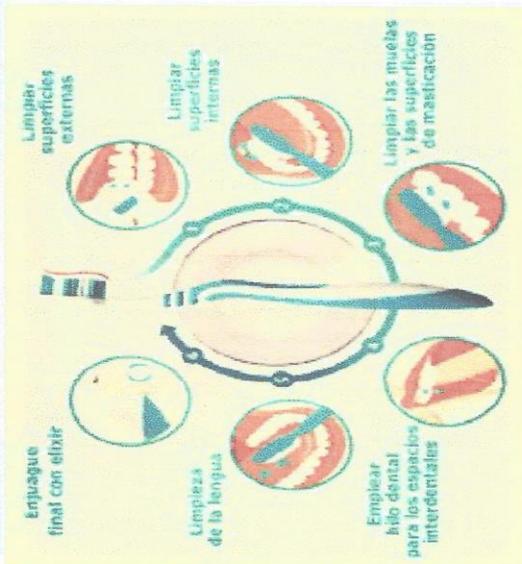
En la técnica de Bass modificada se posiciona el cepillo de manera similar a la técnica de Bass, pero después de realizar el pequeño movimiento en sentido anteroposterior, se rota la cabeza del cepillo aplicando un movimiento en dirección oclusal.

IV. EVALUACIÓN: Oral

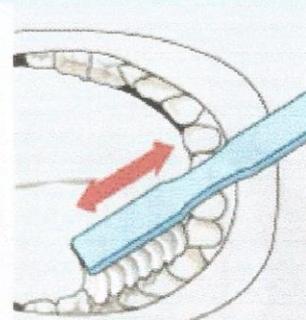
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; 2015.

RECOMENDACIONES PARA UNA CORRECTA HIGIENE BUCAL



NO OLVIDAR CAMBIAR TU CEPILLO CADA 3 MESES O CUANDO VEAS QUE LAS CERDAS ESTAN EN MAL ESTADO

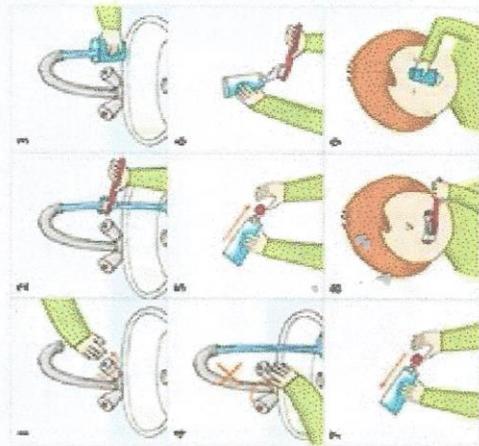


• Cepillar cada zona de las piezas dentales diez veces por ocasión, a fin de asegurar la limpieza total de los dientes.

RECOMENDACIONES PARA TENER DIENTES Y ENCIAS SALUDABLES

1. Cepillate los dientes después de cada comida, no olvides que el cepillado de la noche es el más importante.
2. Usa regularmente seda dental, enjuague bucal.
3. Visita al odontólogo cada 6

Secuencia: me lavo los dientes



TRIPTICO APRENDEMOS A CEPILLARNOS LOS DIENTES

TECNICAS DE CEPILLADO



SESIÓN DE EDUCATIVA N° 06

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Identifico la principal enfermedad que ataca los dientes: La caries dental
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se comenzará presentando un cortometraje animado sobre caries dental, se preguntará porque aparecen las caries, que le pasa al diente con caries. Se le presenta una maqueta con dientes naturales atacados por la caries dental.		El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo, ya que se emplearán las charlas y conversatorio lo cual despertará la curiosidad del niño acerca de cómo ataca la caries a los dientes.
PROCESO	Mediante audiovisuales se presentará como aparece la caries dental, su formación y que ocasiona la caries dental	Señala que es la caries dental y que la ocasiona.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico vivencial y explicativo, se les dará a conocer de manera directa mediante la observación como es la caries dental.
TERMINO	Se evalúa de manera oral. ¿Qué es la caries dental? ¿Cómo se forma la caries y que la ocasiona? Se les entrega trípticos con información didáctica sobre caries dental.	Repasa en casa lo aprendido	

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Caries dental

Según Michael Dodds Es un proceso dinámico de desmineralización de los tejidos dentales duros a cargo de los productos del metabolismo bacteriano, alterado con periodos de re mineralización. Este proceso patológico tiene lugar de manera continua y cualquier lesión puede variar desde cambios a nivel molecular hasta destrucción tisular y formación de cavidades macroscópicas.

Es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que generan la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta, formando una cavidad conocida como caries. La caries dental es la patología más prevalente de la cavidad oral.

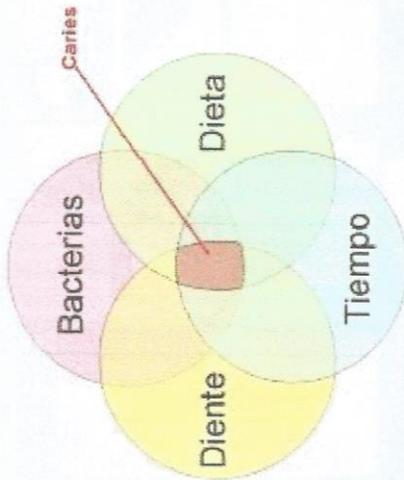
Es una enfermedad infecto-contagiosa, transmisible y que puede llegar a comprometer la vitalidad del órgano pulpar.

IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BENÍTEZ A.J. "Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta "la gran muralla". Ciudad de ambato". [Tesis]. Ecuador; 2011. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/846/3/T-UCE-0015-24.pdf>

FACTORES QUE CAUSAN CARIES DENTAL.



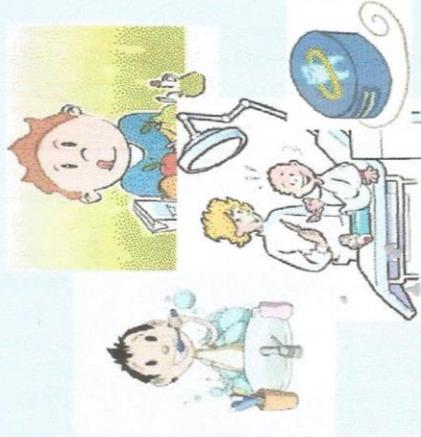
Esquema de los Factores que predisponen a la formación de caries dental.

Las bacterias acumuladas en la superficie de los dientes se desarrollan con mayor rapidez si no se cepillan los dientes en un tiempo determinado. Por lo que se debe lavar los dientes después de cada comida.

¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LA CARIES?

Las caries se pueden prevenir de diferentes maneras:

- Cepillándose los dientes después de cada comida.
- Usar pastas dentales con fluor, cepillos en buen estado, hilo dental y enjuague bucal.
- Comiendo alimentos ricos en proteínas y vitaminas, no solo golosinas.
- Visitando al dentista frecuentemente.



RECUERDA CAMBIAR TU CEPILLO DENTAL CADA 3 MESES



TRIPTICO DE CARIES DENTAL

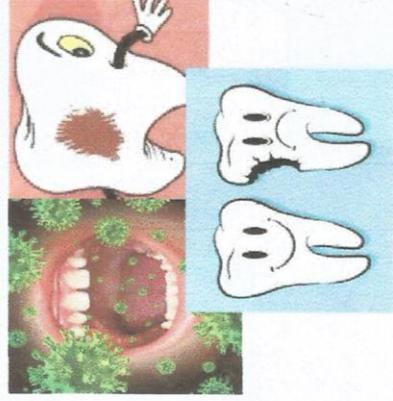
¿QUE ES LA CARIES DENTAL?

¿COMO SE ORIGINA ?

FASES DE LA CARIES DENTAL

FORMACION DE LA CARIES DENTAL

FACTORES QUE CAUSAN CARIES DENTAL



SESIÓN DE EDUCATIVA N° 07

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conocemos como es la caries dental.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se comenzará recordando con una lluvia de ideas los conocimientos que se brindaron en la sesión anterior, preguntándole a los niños, que notaron en sus dientes al llegar a casa, algún cambio de color, molestia o manchas sobre sus dientes.	Indica de manera verbal cuales son las características clínicas de la caries dental.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo, ya que se emplearán la lluvia de ideas para recordar sus saberes aprendidos.
PROCESO	Se realizarán con la ayuda de cartulinas y plumones, carteles que será expuestos en la hora de recreo y serán compartidos con sus compañeros de otros grados, de esta manera podrán enseñar que es la caries dental y como es su aspecto clínico	Enseña mediante gráficos el proceso de la caries dental desde su aparición en el diente y su aspecto clínico	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método explicativo grupal.
TERMINO	Se les entrega material didáctico para repasar en casa se evalúa de forma escrita: ¿cómo se ven la caries? Mencione dos características.		Se emplea el método explicativo mediante la redacción e imágenes.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

La caries dental se detecta cuando hay dolor en los dientes, sobre todo después de comer dulces y de tomar bebidas o alimentos fríos o calientes. Un aspecto clínico importante son los orificios o cavidades visibles en los dientes. No todos los dolores dentales se deben a la caries. El dolor puede ser consecuencia de

una raíz demasiado expuesta pero sin caries, de una masticación excesivamente enérgica o debido a un diente fracturado.

La congestión de los senos frontales puede producir dolor en los dientes superiores. Una caries en el esmalte por lo general no causa dolor; éste comienza cuando la caries alcanza la dentina. Una persona puede sentir dolor sólo cuando bebe algo frío o come algo dulce, lo cual indica que la pulpa está todavía vital.

Si la caries se trata en esta etapa, el odontólogo puede habitualmente salvar el diente y es probable que no se produzcan otros dolores ni dificultades en la masticación. Son irreversibles los daños que causa una caries que llega muy cerca de la pulpa o incluso que la alcanza. El dolor persiste, aun después del estímulo (por ejemplo, agua fría). Cuando las bacterias alcanzan la pulpa dentaria y ésta se necrosa, el dolor puede cesar temporalmente. Pero en breve (de horas a días), el diente duele, tanto al morder como al presionarlo con la lengua o con un dedo, porque la inflamación y la infección se han propagado más allá del extremo de la raíz, causando un absceso (una acumulación de pus).

IV. EVALUACIÓN: escrita

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BENÍTEZ A.J. “prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta “la gran muralla”. Ciudad de ambato”. [Tesis]. Ecuador; 2011. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/846/3/T-UCE-0015-24.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Conocemos como es la caries dental”

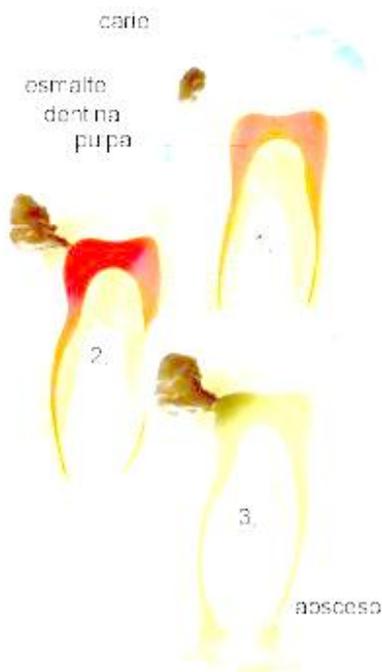
CARACTERISTICAS DE LA CARIES DENTAL



La característica inicial más común de la caries dental es la formación de una mancha negra o blanca en la superficie del diente, la cual ocasiona perforaciones en el diente, lo que conlleva al dolor e inflamación del órgano dental



Presencia de caries dental en el borde del incisivo, la caries también puede ser de aspecto blanco.



NOS EVALUAMOS:

Mencione dos características de la caries dental:

¿Qué zona del diente está afectada por la caries en la imagen?

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 08

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Observamos y diferenciamos los tipos caries dental
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se comenzará preguntando ¿Cómo es la formación de caries? ¿existen bacterias en su formación?	Reconoce la formación de caries.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo, ya que por medio de preguntas individuales los niños despertaran su interés y motivación.
PROCESO	Se realizará una dinámica en pareja la cual consistirá en inspeccionar cuantas caries tiene cada uno y anotar sus características para luego comparar resultados y corroborar las respuestas con la maqueta. Se repartirán hojas para dibujar la caries dental y su evolución en el diente. Se preguntan en la evaluación ¿Cuáles son las características de la caries dental? ¿Cómo es la formación de la caries dental?	Enseña mediante gráficos el proceso de la caries dental desde su aparición en el diente y su aspecto clínico	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método explicativo grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Caries Del Esmalte Dentario.

Es precedida por la formación de placa bacteriana. Su aspecto clínico e histológico es diferente si se presenta en puntos y fisuras, o en superficies lisas.

En puntos y fisuras, ocurre de preferencia en superficie oclusal de molares y

premolares, cara vestibular de molares y palatina de incisivos superiores. Los puntos y fisuras en el diente constituyen áreas de menor resistencia que facilitan el acumulo de gérmenes y restos alimenticios, los que a veces son tan profundos que llegan hasta la dentina.

Caries De La Dentina: Debe tenerse presente que la dentina presenta cambios histológicos antes de que se produzca cavitación en la superficie dentaria. La dentina cariada se caracteriza, clínicamente por cambiar de color amarillo claro a pardo o negruzco, a medida que el proceso avanza, además de hacerse más blanda. No debe pensarse que toda dentina de color pardo o negruzco está cariada y debe ser eliminada, pero sí debe hacerse en dentina reblandecida, debido a que debajo de algunas obturaciones y en caries detenidas queda dentina de dicha coloración.

Caries Radicular Se inicia como un ablandamiento superficial del cemento generalmente en el área del cuello del diente, que ha quedado expuesto por recesión gingival. Dado que el cemento es tan delgado y que muy rápido se produce compromiso de esmalte cervical, dentina y cemento, se debe preferir el término de caries radicular a caries del cemento. Se presenta en adultos mayores que tienen exposición de la raíz, y los dientes más afectados con esta caries son los molares y premolares inferiores

IV. EVALUACIÓN: Oral y escrita

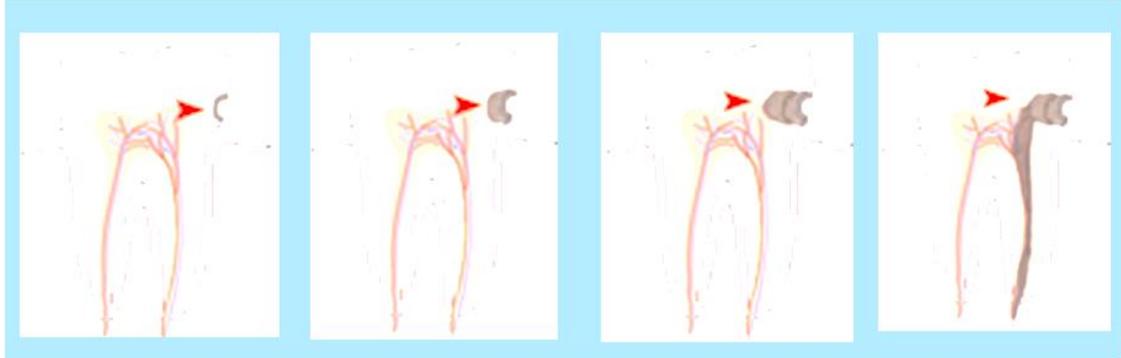
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENÍTEZ A.J. “prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta “la gran muralla”. Ciudad de ambato”. [Tesis]. Ecuador; 2011. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/846/3/T-UCE-0015-24.pdf>

HOJA DE TRABAJO

“Observamos nuestros dientes”

Observemos la presencia de caries dental en nuestros compañeros.



¿qué tan grande es la lesión cariosa? ¿cuántas caries tienen? ¿ en qué parte del diente se localiza?

NOS EVALUAMOS:

¿cuáles son las características de la caries dental?

¿Cómo es la formación de la caries dental?

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 09

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Aprendiendo a prevenir la caries dental
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se comenzará explicando cuales son las medidas preventivas para la aparición de caries dental, se preguntará si conocen alguna de ellas y si aplican dichas medidas en su día a día	Reconoce la prevención como primera medida ante la caries dental.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo, ya que por medio de preguntas individuales los niños despertaran su interés y motivación.
PROCESO	Se realizará un juego de memoria "cartas mágicas" las cuales tendrán, imágenes de alimentos cariogénicos y no cariogénicos, y cuáles son los factores de riesgo para su formación	Con la técnica lúdica se busca mejorar la memoria a corto plazo inculcando nuevos conocimientos sobre que alimentos son de alto riesgo en la formación de caries dental	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método ludico grupal.
TERMINO	Se evaluará con preguntas sueltas lo aprendido, reconociendo el mérito de los niños con stickers.		.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

La higiene oral es necesaria para prevenir las caries y consiste en la limpieza regular profesional (cada 6 meses), cepillarse por lo menos dos veces al día y usar el hilo dental al menos una vez al día.

Se pueden tomar radiografías cada año para detectar posible desarrollo de caries en áreas de alto riesgo en la boca. Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas secas y caramelos, conviene comerlos como parte de una comida y no como refrigerio; y de ser posible, la persona debe cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua luego de ingerir estos alimentos. Se deben minimizar los refrigerios que generan un suministro continuo de ácidos en la boca; además, se debe evitar el consumo de bebidas azucaradas o chupar caramelos y mentas de forma constante.

El uso de sellantes puede prevenir las caries. Los sellantes son resinas sin refuerzo que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes molares y previene la acumulación de placa en los surcos profundos de estas superficies vulnerables. Los sellantes suelen aplicarse a los dientes de los niños, poco después de la erupción de los molares. El fluoruro, cuando se ingiere durante el desarrollo de los dientes, se incorpora a las estructuras del esmalte y lo protege contra la acción de los ácidos.

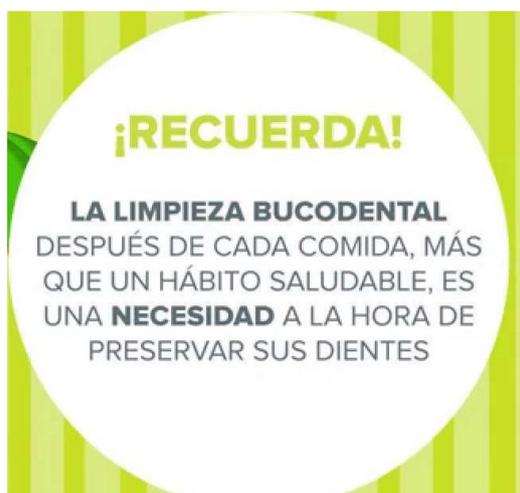
IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENÍTEZ A.J. “prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta “la gran muralla”. Ciudad de ambato”. [Tesis]. Ecuador; 2011. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/846/3/T-UCE-0015-24.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Como prevenimos la caries dental”



SESIÓN DE EDUCATIVA N° 10

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Coloreamos los tipos de caries dental
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se presentarán diapositivas sobre los tipos de caries dental según su localización y evolución, caries de esmalte, de dentina y pulpa.	Reconoce la evolución de la caries en diferentes tejidos dentales.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo y de observación directa.
PROCESO	Se realizará la construcción de dientes con plastilina blanca y con la ayuda de plumones se colorearán las partes afectadas por la caries dental. Los tipos de caries según su localización serán dibujados y coloreados para facilitar el aprendizaje y conocer su localización y evolución	Con la aplicación de la interacción en parejas se busca relacionar al niño con sus semejantes para mejorar el conocimiento acerca del tema.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Cada niño expondrá sus trabajos en clase. La evaluación será escrita y oral		.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Localización de la caries dental.

Lesión en esmalte. El esmalte es el tejido del cuerpo humano más altamente mineralizado, cuya composición alcanza 96% de material inorgánico, 1% de orgánico y 3% de agua. Aspecto clínico. La mancha blanca se distingue mejor en las superficies dentarias lisas. Su aspecto se acentúa cuando el diente se

seca con aire, fenómeno debido a que el aire sustituye al agua presente en mayor proporción que en el esmalte sano, dando como resultado una diferente difracción de la luz.⁴

Lesión en dentina. La dentina, a diferencia del esmalte, es un tejido vital y dinámico, circunstancias que le permiten modificar su micro estructura y composición como respuesta a procesos fisiológicos (edad, atrición), o patológicos, tales como la erosión, la abrasión, la abfracción o la caries. Estas formas de dentina alterada que se originan son los substratos adhesivos más importantes clínicamente y, además, son menos receptivos a los tratamientos adhesivos que la dentina normal.²

IV. EVALUACIÓN: Escrita y oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

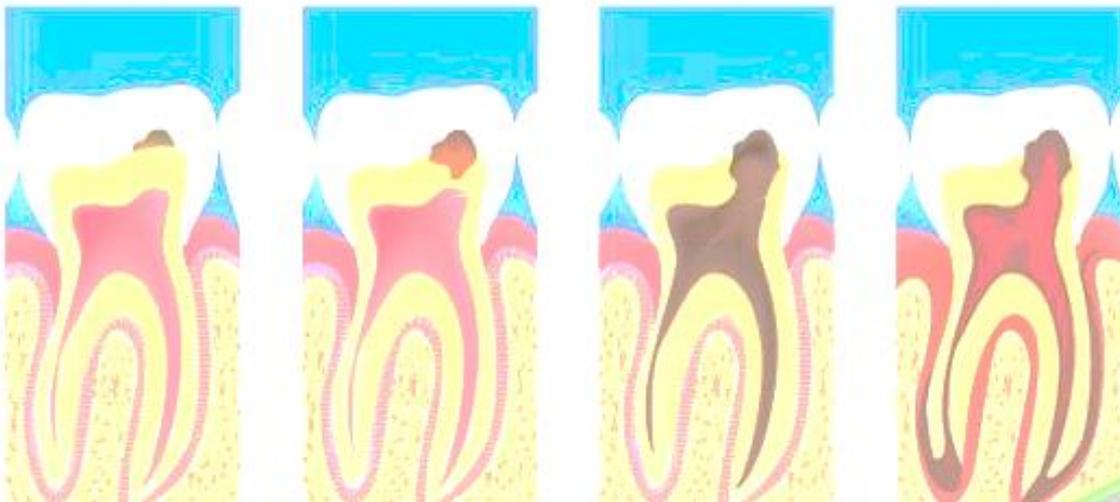
Ávila H. S.R. "Influencia del programa Educativo "sonríe feliz" sobre la promoción de salud bucal en niños del colegio "José Olaya Balandra" Distrito de Mala, 2009". [tesis]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2011. URL disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILAHERRERA.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Coloreamos la caries dental”

Localización de la caries dental en el diente.

La caries dental comienza su evolución en el esmalte, prosigue a la dentina hasta llegar a la pulpa dental.



NOS EVALUAMOS:

Dibuja y colorea la caries dental según su localización y menciona la parte del diente afectada por ella.

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 11

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Reconociendo la gingivitis.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se presentarán una imagen de encías inflamadas, para preguntar, ¿Por qué tiene ese aspecto? ¿Qué sucede con la encía?	Identifica a la gingivitis como una enfermedad que ataca a las encías.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo y de observación directa.
PROCESO	Se realizará una inspección directa entre parejas, donde entre ellos podrá observar el estado de sus encías, para anotar en una ficha evaluativa el aspecto de la encía de su compañero.	Con la aplicación de la interacción en parejas se busca relacionar al niño con sus semejantes para mejorar el conocimiento acerca del tema.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión con la entrega de trípticos a los niños y se evalúa de manera oral sobre ¿qué es la gingivitis? ¿cómo es su aspecto clínico? ¿cuáles son sus características?	Repasa en casa lo aprendido	

III. TEORIAS CIENTIFICAS.

Las encías infantiles deberán ser de color rosa pálido, más semejante al color de la piel de la cara que al de los labios, y deberán estar firmemente unidas al hueso alveolar. Las piezas primarias presentan coronas cortas y bulbosas, y

el punto de contacto está más cercano a la superficie oclusal que en las piezas permanentes.

Las encías en dentaduras primarias, están más cercanas de las superficies oclusales de las piezas, son aplastadas, voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal.

El color rosa pálido se debe a la preponderancia de los tejidos conectivos sobre los vasos sanguíneos. Estos vasos demasiado pequeños para observarse a simple vista, se ven claramente a través del epitelio cuando se aumentan 10 veces.

La superficie epitelial es blanda y aterciopelada, con muchas irregularidades superficiales, que cuando son más pronunciadas, se les denomina: punteado. Esto se puede observar en la encía de niños de tres años.

A los 10 años, las encías de algunos niños muestran punteado en una banda de 1/8 de pulgada (3.1 mm) de ancho que se extiende desde cerca del margen gingival libre y la papila, puede llegar hasta la mucosa ligada. El margen libre de las encías se extiende hacia la protuberancia coronaria, que en las piezas primarias es casi tan acentuada como en los carnívoros. La fosa gingival en las dentaduras primarias se extiende 1mm o menos debajo de la protuberancia de la pieza. La superficie epitelial de la fosa, y también de la encía intersticial y la mucosa bucal, crece continuamente, se escama libremente y sana rápidamente.

Las piezas permanentes no son tan bulbosas como las piezas primarias. Las papilas son estrechas y menos voluminosas, y la papila y el margen están situados más lejos de las superficies oclusales de las piezas. La fosa gingival que rodea a las piezas permanentes es más profunda y no está sostenida por

masas 16 tan grandes de tejidos; algunas encías intersticiales marginales que rodean a las piezas permanentes son tan delgadas que una punta de explorador introducida en la fosa es visible a través de ellas.

NATURALEZA DE LA GINGIVITIS:

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperemia. El color rosa pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo que el contenido sanguíneo de estos contenidos aumenta enormemente. En áreas de ulceración, donde se pierde el epitelio, el color es aún más vivo. Esta hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa. Como las papilas y los márgenes gingivales libres no están tan estrechamente unidos al hueso alveolar como la mucosa adyacente, en estos tejidos se puede dar un grado desproporcionado de ulceración. La inflamación del margen gingival sobre la porción bulbosa de la corona de la pieza no solo transforma la fosa natural en bolsa más profunda, sino que también produce un borde que invariablemente recoge desechos.

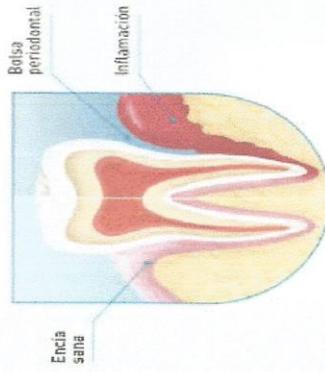
IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

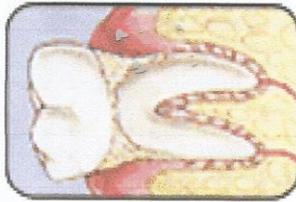
SALINAS M.J. "Factores que originan gingivitis en preescolares del jardín de niños Enrique Laubscher del municipio de Cosoleacaque, Veracruz." [Tesis]. Minatitlán;2011. Disponible en:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33600/1/salinasmunozjoel.pdf>

BOLSA PERIODONTAL.

La **bolsa periodontal** es el espacio entre la encía y el diente que se profundiza a medida que se acumulan las bacterias debajo de la encía y se forma la placa subgingival provocando la destrucción del hueso de soporte y el agravamiento de la enfermedad periodontal.



3



Periodontitis leve

Las encías se separan del diente, formando bolsas llenas de placa bacteriana.

4



Periodontitis moderada

Bolsas más profundas se forman, mientras que se pierde más hueso y tejido fino.



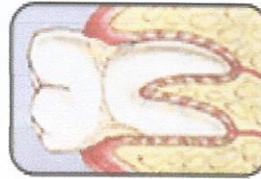
TRIPTICO DE GINGIVITIS

¿QUE ES LA GINGIVITIS?
 ¿COMO SE ORIGINA ?
 CARACTERISTICAS DE LA GINGIVITIS
 FORMACION DE PLACA DENTAL
 FACTORES QUE CAUSAN GINGIVITIS



144

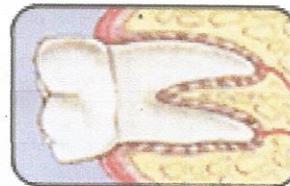
2



Gingivitis

Esta es la primer etapa de la enfermedad de las encías. Las encías están rojas, inflamadas y sangran fácilmente.

1



Encías Saludables

Son firmes y rosas.

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 12

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conociendo las consecuencias de la gingivitis.
2. Aula: 5to grado sección a y b
3. I.E.N°10003
4. Duración: 2 horas.

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se repasa lo aprendido en la sesión anterior mediante una lluvia de ideas, preguntando. ¿Qué ocasiona la gingivitis? ¿Por qué aparece en las encías?	Nombra las consecuencias de la inflamación gingival.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo y de observación directa.
PROCESO	Se presentan imágenes de encías sanas y encías inflamadas, se explica que es lo que ocasiona la gingivitis, porque aparece, y porque es importante tener encías sanas.	Identifica con la ayuda de láminas las consecuencias de la gingivitis	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el lúdico vivencial mediante interacción grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión con la presentación individual y exposición de los trabajos, se evalúa de manera escrita, sobre cuales son la consecuencia de la gingivitis.		El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS.

La gingivitis es un trastorno reversible que histopatológicamente ha sido dividida en tres estadios: lesión inicial, lesión temprana y lesión establecida. A la lesión inicial, que aparece a los 4 días de acúmulo de placa bacteriana, y que no es clínicamente visible, le sucede a los 7 días de acúmulo de placa bacteriana la lesión temprana caracterizada por la acentuación de los cambios

inflamatorios de la lesión inicial que se traducen en la aparición de gingivitis aguda clínicamente detectable.

La lesión establecida, que aparece a los 21 días de acúmulo de placa bacteriana, se caracteriza por acentuación de los cambios inflamatorios y mayor destrucción de los tejidos gingivales.

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperemia, el color rosa pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo que el contenido sanguíneo de éstos tejidos aumenta enormemente.

Esta hiperemia se asocia con edema, la encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa.

La hemorragia al sondaje es fácilmente detectable y por lo tanto de gran valor para el diagnóstico precoz y la prevención de la gingivitis avanzada. Se ha demostrado que la hemorragia al sondaje aparece precozmente que cualquier cambio en el color o 30 en los signos visuales de la hemorragia, más que los cambios de color, diagnostica la inflamación gingival incipiente.

La hemorragia es crónica o recurrente y está provocada por un trauma mecánico como el cepillado, palillo de dientes o impactación alimenticia, por masticación de alimentos sólidos, como manzanas. La gingivitis grave es relativamente rara en niños, en numerosos estudios mostraron que una gran parte de la población infantil tiene gingivitis leve reversible

IV. EVALUACIÓN: escrita

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO R.K. "Perfil epidemiológico del proceso de salud –enfermedad bucal de niños de 2-5 años en dos instituciones educativas en el distrito de Santiago de Surco-Lima en el año 2010". [tesis]. Lima; 2010. Disponible: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARLAALVARADORAMIREZ.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Consecuencias de la gingivitis”



Infamación gingival, enrojecimiento e hinchazón

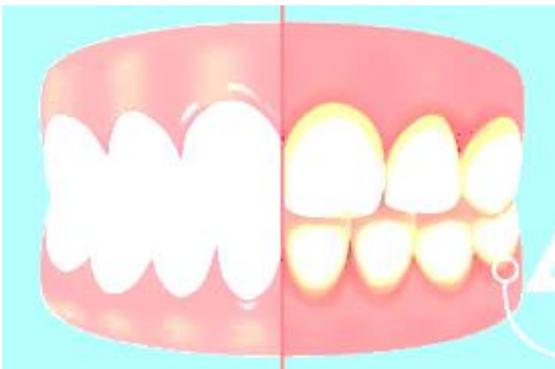


Halitosis (mal aliento)

Sangrado gingival al cepillarse o involuntariamente

NOS EVALUAMOS:

Describe como se ven las encías sanas e inflamadas



¿Cuáles son las consecuencias de la gingivitis?

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 13

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conociendo los signos y síntomas de la gingivitis.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se repasa lo aprendido en la sesión anterior mediante una lluvia de ideas, preguntando. ¿Qué ocasiona la gingivitis? ¿Por qué aparece en las encías?	Nombra las consecuencias de la inflamación gingival.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo y de observación directa.
PROCESO	Se presentan imágenes de encías sanas y encías inflamadas, se explica que es lo que ocasiona la gingivitis, porque aparece, y porque es importante tener encías sanas.	Identifica con la ayuda de láminas las consecuencias de la gingivitis	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el lúdico vivencial mediante interacción grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión con la evaluación escrita, donde se relacionan los signos y síntomas de encías sanas y encías enfermas además se hará una presentación individual y exposición de los trabajos		El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS.

Los síntomas de la gingivitis incluyen:

- Sangrado de las encías (sangre en el cepillo de dientes incluso con un cepillado suave)
- Encías rojas brillante o rojas púrpura
- Encías que son sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras
- Úlceras bucales

- Encías inflamadas
- Encías de aspecto brillante

IV. EVALUACIÓN: escrita y oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO R.K. “Perfil epidemiológico del proceso de salud –enfermedad bucal de niños de 2-5 años en dos instituciones educativas en el distrito de Santiago de Surco-Lima en el año 2010”. [tesis]. Lima; 2010. Disponible: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARLAALVARADORAMIREZ.pdf>

HOJA INFORMATIVA

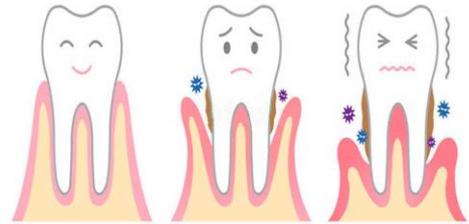
“Signos y Síntomas de la gingivitis”

Signos y síntomas:

- ▶ Sangrado de las encías (sangre en el cepillo de dientes incluso con un cepillado suave)
- ▶ Apariencia roja brillante o roja púrpura de las encías
- ▶ Encías que son sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras
- ▶ Úlceras bucales
- ▶ Encías inflamadas
- ▶ Dolor al cepillar cerca de las encías
- ▶ Sabor amargo
- ▶ Sensibilidad



Gingivitis: Signos y Síntomas



NOS EVALUAMOS:

Relacione con flechas según corresponda.

Encías brillantes
Sangrado gingival
Bolsa gingival
Puntillado normal
Color rosado
No sangrado
Mal aliento
Presencia de placa dental
encía firme sin hinchazón

Encía sana

Encía
inflamada

Dibuja y pinta la encía sana e inflamada y mencione los signos y síntoma de la gingivitis

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 14

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Aprendiendo a prevenir la gingivitis.
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se hará una gran interrogante ¿la gingivitis se puede prevenir? Se rescatan saberes previos acerca de cómo se puede prevenir esta enfermedad.	Identifica las medidas preventivas.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será interrogatorio grupal.
PROCESO	Se realizará mediante la exposición grupal que se puede hacer para prevenir la gingivitis, que usar para cuidar nuestras encías y que no debemos hacer si aparece la gingivitis.	Observa con que puede prevenir la gingivitis	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión la evaluación oral, relacionando cuales son las medidas preventivas contra la gingivitis	Repasa en casa lo aprendido	

III. TEORIAS CIENTIFICAS.

Una higiene bucodental frecuente y correcta es el requisito indispensable para prevenir la gingivitis. En general resulta más que suficiente cepillarse los dientes dos veces al día y limpiar los espacios interproximales con seda dental o cepillos interdentes una vez al día. De este modo se evita que las bacterias permanezcan más tiempo en la superficie de los dientes y formen el biofilm dental. El cuidado diario de los dientes puede complementarse mediante el uso

de enjuagues bucales, que impiden el crecimiento de las bacterias que forman la placa. Los colutorios con clorhexidina no deben emplearse durante más de dos semanas, ya que pueden provocar decoloración dental y alteraciones del sentido del gusto, de todos modos es de suma importancia que sea el dentista quien indique tanto el colutorio adecuado como su tiempo de utilización, ya será diferente en función de cada caso.

Asimismo, es conveniente acudir al dentista para someterse a una limpieza bucal profesional una o dos veces al año, con el objetivo de que este elimine el sarro de los dientes, y pueda detectar a tiempo cualquier cambio en su encía.

IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO R.K. "Perfil epidemiológico del proceso de salud –enfermedad bucal de niños de 2-5 años en dos instituciones educativas en el distrito de Santiago de Surco-Lima en el año 2010". [tesis]. Lima; 2010. Disponible: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARLAALVARADORAMIREZ.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Como prevenimos la gingivitis”

La buena higiene oral es la mejor forma de prevenir la gingivitis.

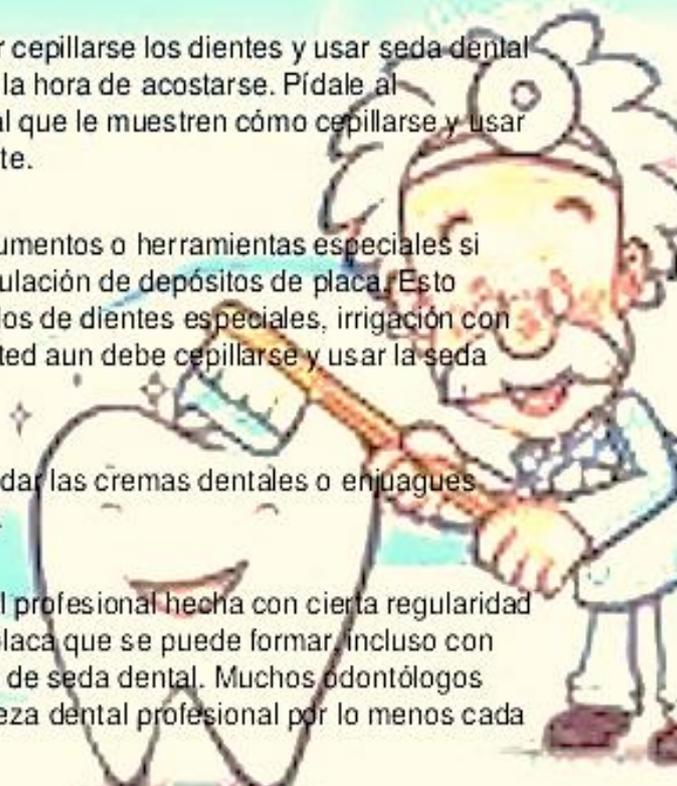
Usted debe cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día y usar la seda dental, mínimo una vez al día.

El médico puede recomendar cepillarse los dientes y usar seda dental después de cada comida y a la hora de acostarse. Pídale al odontólogo o al higienista oral que le muestren cómo cepillarse y usar la seda dental apropiadamente.

Se pueden recomendar instrumentos o herramientas especiales si usted es propenso a la acumulación de depósitos de placa. Esto abarca mondadientes y cepillos de dientes especiales, irrigación con agua u otros dispositivos. Usted aun debe cepillarse y usar la seda dental con regularidad.

También se pueden recomendar las cremas dentales o enjuagues bucales antisarro y antiplaca.

La limpieza o profilaxis dental profesional hecha con cierta regularidad es importante para quitar la placa que se puede formar, incluso con un cuidadoso cepillado y uso de seda dental. Muchos odontólogos aconsejan hacerse una limpieza dental profesional por lo menos cada seis meses.



¿Qué es la prevención de enfermedades bucales?

La prevención son medidas que se toman antes de que ocurra una acción.

La prevención de enfermedades bucales son las medidas que se toman para evitar que los dientes sean atacados por bacterias que producen caries y otras enfermedades de la cavidad bucal.

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 15

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Coloreamos la gingivitis
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se dialogará sobre los tipos de gingivitis que existen y cómo evoluciona cada estado de la enfermedad.	Identifica las medidas preventivas.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será interrogatorio grupal.
PROCESO	Se presentarán papelotes con diferentes tipos de inflamación gingival con el cual se colorearán los tipos de gingivitis según sea el caso, rosado para una encía sin inflamación, rojo para una encía inflamada,	Colorea la e gingivitis	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión pegando los papelotes en el aula. Se evalúa a los niños de manera oral, preguntando cuales son los tipos de inflamación gingival		Interacción grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS.

Existen varios tipos de gingivitis, todas con las mismas manifestaciones clínicas. Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales.

Un tipo de gingivitis especialmente destructiva es la denominada *Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda* (GUNA). En ésta el paciente presenta un aliento putrefacto, un tejido gingival necrosado y hemorragias espontáneas graves

En los niños, la limpieza dental y el buen estado de los tejidos gingivales están en estrecha relación. La higiene oral adecuada y la limpieza de los dientes están relacionadas con la frecuencia del cepillado y con la eliminación completa de la placa bacteriana dental. Una oclusión adecuada y la masticación de alimentos fibrosos de acción detergente, también favorecen a la limpieza de la cavidad oral.

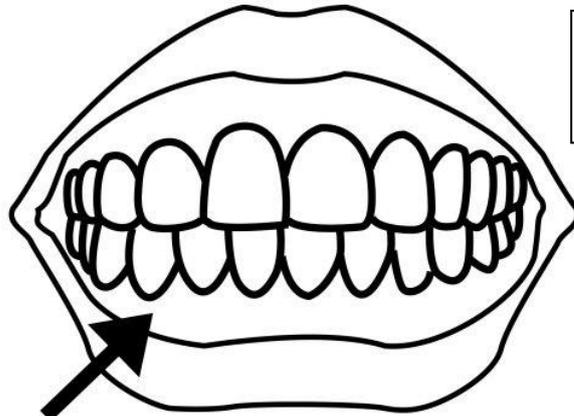
IV. EVALUACIÓN: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Salinas M. "Factores que originan gingivitis en preescolares del Jardín de Niños Enrique Laubscher en la Localidad de José F. Gutiérrez del Municipio de Cosoleacaque, Veracruz en el periodo febrero-junio 2012. [tesis]. Minatitlán;2010. Disponible en:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33600/1/salinasmunozjoel.pdf>

HOJA INFORMATIVA

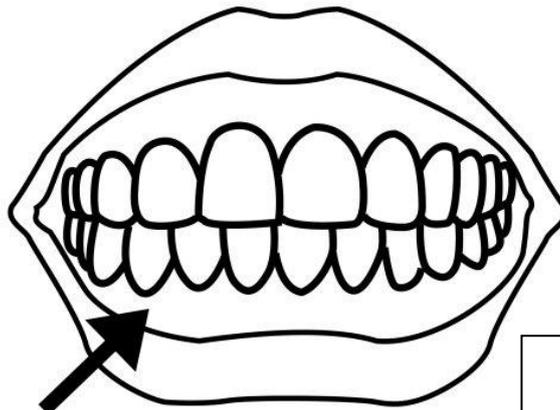
“Coloreamos la gingivitis”



Colorea como luce una encía sana

Encías

Colorea la encía con gingivitis



Colorea como luce una encía con gingivitis

Encías

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 16

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conocemos sobre caries dental y gingivitis con la boca preguntona
2. I.E.N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se presenta una boca gigante de fomix la cual presentara una pregunta escondida detrás de cada diente. Se harán grupos de tres niños.		El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será interrogatorio grupal.
PROCESO	Se darán las reglas del juego, se lanzará un dado, cada diente tendrá un número, el número que salga será el número de pregunta de la boca preguntona, la cual hará preguntas sobre caries dental y gingivitis, si la pregunta es contestada mal, se retira el diente, el grupo con mayor cantidad de dientes presentes gana el juego.	Conoce preguntas sencillas sobre caries dental y gingivitis.	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal. El juego es la herramienta principal para la sesión ya que despierta los sentidos de los participantes.
TERMINO	Se culmina la sesión regalando kits de aseo bucal a los ganadores. Sesión educativa evaluada de manera oral y escrita mencionando los signos y síntomas de la caries dental y gingivitis.	La sesión utiliza las bases teóricas aplicadas en las sesiones anteriores.	Interacción grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

“La caries dental se puede definir como un proceso infectocontagioso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción dental y que produce un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad”.

La caries suele comenzar a partir de los 3-4 años de edad (dentición temporal), y la podemos ver en todas las etapas de la vida, al desarrollarse las arcadas dentarias se preparan los dientes y aparecen las zonas de retención de restos de alimentos, sobre todo en los molares. La caries comienza en las zonas que tienen mayor riesgo de sufrir de enfermedad, como son las caras laterales de los dientes (en los espacios interdientales o interproximales) y las caras oclusales de los molares (fisuras de las caras oclusales).

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperemia. El color rosa pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo que el contenido sanguíneo de estos contenidos aumenta enormemente. En áreas de ulceración, donde se pierde el epitelio, el color es aún más vivo. Esta hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa. Como las papilas y los márgenes gingivales libres no están tan estrechamente unidos al hueso alveolar como la mucosa adyacente, en estos tejidos se puede dar un grado desproporcionado de ulceración. La papila está limitada a cada lado por las piezas adyacentes, por la cresta subyacente del hueso alveolar y por el punto de contacto de las piezas superiores, de manera que solo se podrán dar inflamaciones en bucal y lingual. La papila también contiene mayor masa de tejido que el margen gingival, y al sufrir edemas e inflamaciones, aparece como un nódulo escarlata en protrusión por entre las piezas. La inflamación del margen gingival sobre la porción bulbosa de la corona de la pieza no solo

transforma la fosa natural en bolsa más profunda, sino que también produce un borde que invariablemente recoge desechos

IV. EVALUACIÓN: Oral y escrita

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

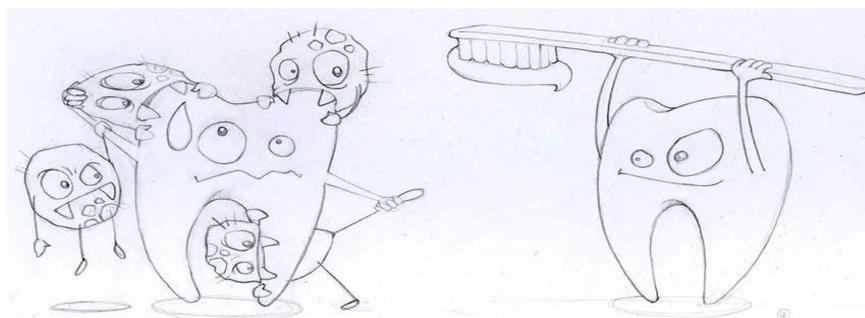
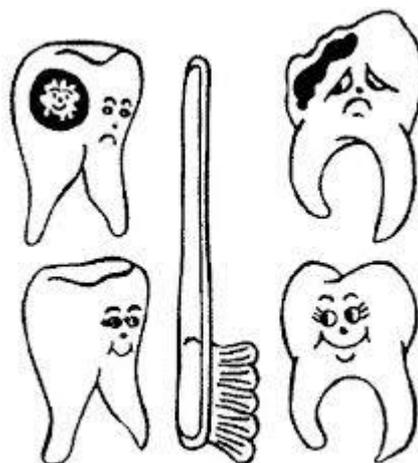
Salinas M. "Factores que originan gingivitis en preescolares del Jardín de Niños Enrique Laubscher en la Localidad de José F. Gutiérrez del Municipio de Cosoleacaque, Veracruz en el periodo febrero-junio 2012. disponible en:

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33600/1/salinasmunozjoel.pdf>

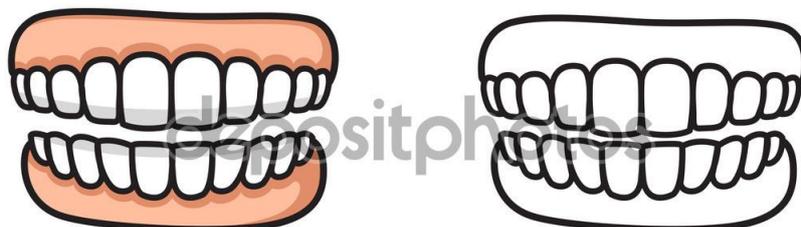
HOJA INFORMATIVA

Pinte las imágenes de las principales enfermedades bucales en niños

CARIES:



GINGIVITIS:



NOS EVALUAMOS:

Mencione algunos signos y síntomas de la caries dental y gingivitis

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 17

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Cepíllale los dientes a Dentorino
2. I.E N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se presentará el personaje animado Dentorino, el cual es un caballo con dientes grandes el cual ayudara a enseñar las técnicas de cepillado dental.	.	Método lúdico vivencial
PROCESO	Las técnicas a conocer serán la técnica de bass y la técnica horizontal	Conoce las técnicas de cepillado	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión con la evaluación oral y con una demostración individual de cepillado dental a Dentorino	Las teorías científicas en esta sesión educativo serán las expuesta en la sesión educativa N°05	Interacción grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Existen métodos mecánicos que tienen el objetivo de disminuir la placa bacteriana, y por consecuencia prevenir las enfermedades inducidas por ésta, mediante el uso de diversos instrumentos. El más empleado es el cepillo dental, que requiere para su correcto uso, el aprendizaje de una adecuada técnica . La técnica de cepillado Bass modificada es el método

de elección para remover la placa. Ha sido recomendada para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. En esta técnica, las cerdas del cepillo se colocan a nivel del surco gingival en un ángulo de 45° con respecto al eje del diente. Para las caras palatinas y linguales de los incisivos superiores e inferiores respectivamente se coloca el extremo de la cabeza del cepillo en el margen gingival. Los movimientos son vibratorios en sentido anteroposterior por 10 a 15 segundos. Se incluye un movimiento de frotación anteroposterior sobre las caras oclusales.

La técnica de cepillado Stillman modificada ha sido recomendada preferentemente para la limpieza de las zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular. Esta técnica implica colocar las cerdas del cepillo en ángulo oblicuo con dirección apical, con movimientos cortos hacia delante y atrás, a la vez se desplaza en dirección coronal. Con esta técnica se utilizan más los extremos de las cerdas y se evita penetrarlos en el surco gingival. El empleo adecuado de cualquiera de las dos técnicas hace posible la disminución de la placa bacteriana. Sin embargo, no existen investigaciones que demuestren cuál técnica permita un mejor control de placa bacteriana; situación en la cual los pacientes tienen que estar continuamente motivados.

IV. EVALUACION: Oral

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

TINEDO L.P. "Eficacia de las técnicas de cepillado dental bass modificada y stillman modificada para disminuir la placa bacteriana en internos de centro de atención residencial". [Tesis] Trujillo; 2010. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/PEDROLUISTINEDOLOPEZ.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Pasos para un buen cepillado”



- Incline el cepillo a 45° contra el borde de la encía
- Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento de adelante hacia atrás.



- Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.



- Coloque el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás.



- Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.



Recuerda utilizar pasta dental para niños hasta los 12 años, para evitar que los dientes cambien de color debido al exceso de fluor

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 18

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Conocemos sobre dieta cariogénica
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se dialogará sobre los alimentos con mayor cantidad de azúcar.	Identifica los alimentos perjudiciales para los dientes.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo
PROCESO	Se presentarán loncheras saludables y loncheras cariogénicas. Con diferentes grupos de alimentos.	Expone lo aprendido	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión coloreando los grupos alimenticios y se evalúa de manera escrita mencionando los alimentos más dañinos para nuestros dientes. se evalúan ¿Qué alimentos son más dañinos para los dientes?	Las bases teóricas empleadas se explican en la sesión educativa N°9	Interacción grupal.

III. TEORIAS CIENTIFICAS

Los alimentos y las caries:

Es conocida la influencia que posee la dieta en la etiopatogenia de numerosas enfermedades buco-dentales, siendo el máximo exponente de ella la caries dental.

El potencial cariogénico absoluto de un alimento o bebida, está determinado no sólo por su contenido de azúcar fermentable (cantidad), sino también por

otras características son: la capacidad retentiva, y la frecuencia o norma de consumo del mismo.

Factores que establecen la cariogenicidad del alimento:

- La consistencia física de la dieta: Los alimentos adhesivos son mucho más cariogénicos que los no retentivos. En términos más claros, esto significa que una bebida azucarada, es menos cariogénica que una confitura dulce, independientemente de la cantidad de azúcar que ellos contengan.

- Momento de la ingesta: Los alimentos azucarados son más peligrosos si son consumidos entre comidas, que durante ellas. Esto tiene que ver con los mecanismos de defensas naturales de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas, y tienden a eliminar los restos de alimentos que quedan en ella y a neutralizar los ácidos que puedan haberse formado. Por esta razón, el peor momento para ingerir un alimento cariogénico es inmediatamente antes de ir acostarse, porque la boca se halla casi en reposo completa durante el sueño, careciendo de los citados mecanismos.

- La frecuencia con la cual son consumidos los alimentos cariogénicos: Cuanto más frecuentes sean estas, más cariogénicos se vuelven.

Las Bebidas y Las caries: El consumo frecuente y en ciertas ocasiones hasta excesivo de bebidas carbonatadas (gaseosas) ya sean diet o no, bebidas de soja naturales o saborizadas y jugos ya sean naturales, comerciales diluidos, para diluir o en polvo, produce alteraciones en la cavidad bucal que constituyen un problema de interés en la clínica odontopediátrica diaria, cuyas manifestaciones principales son la erosión del esmalte y las caries dentales. El contenido de sacarosa de las bebidas las hace cariogénicas (acción directa), ya que contribuye a sostener el pH ácido

del medio bucal por metabolismo de los azúcares; aunque no es esta la única forma en la que los líquidos que frecuentemente ingieren los niños intervienen en el proceso carioso.

IV. EVALUACION: escrita

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RAMOS C.K. "Influencia del contenido de la lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la institucion educativa pnp sta. Rosita de lima y del jardin funny garden arequipa 2009". [tesis]. Arequipa;2010. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KATHERINERAMOSCOELLO.pdf>

HOJA INFORMATIVA

“Alimentos cariogenicos”

Colorea los alimentos más cariogenicos



NOS EVALUAMOS:

¿Cuáles son los alimentos más cariogenicos y por qué?

¿Por qué el azúcar es perjudicial para los dientes?

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 19

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Exponemos y explicamos la caries dental
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se reforzará lo aprendido en las sesiones anteriores mediante las charlas de exposición que los niños brindaran para sus compañeros de otras secciones	Refuerza de manera grupal los criterios aprendidos en las sesiones desarrolladas.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo grupal.
PROCESO	Los niños irán con papelotes exponiendo con sus propias palabras y dibujos lo que entienden por caries dental y cómo prevenirlas	Menciona que es caries dental como se produce, que tipos de caries existen y cómo podemos prevenir su aparición	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión pegando los papelotes en un mural del colegio Se evalúa la sesión con preguntas sueltas sobre caries dental.	Las bases teóricas empleadas fueron desarrolladas en las sesiones educativas N°6,7,8,9.	Interacción grupal.

III. EVALUACION: Oral.

HOJA INFORMATIVA

LA CARIES DENTAL

La caries es una infección del diente producida por bacterias. La mala higiene bucal y tomar mucho azúcar hace que aparezcan problemas de sarro, encías sangrantes y que se formen caries.



Diente sano con buena higiene bucal.



La mala higiene provoca sarro, problemas de encías y caries.

FORMACION DE LA CARIES DENTAL



Diente sano



Poca higiene dental produce placa bacteriana y sarro



El sarro inflama la encía y el esmalte dental



Si no se trata, aparece caries dental.

TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL



1
Se ubica el área con caries



2
Se cubre la cavidad con el gel hasta que el tejido carioso se ablande. (30 seg aprox)



3
Ya ablandada la caries, se remueve hasta que la cavidad queda limpia.



4
Se cubre y se repara el diente afectado.

SESIÓN DE EDUCATIVA N° 20

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Nombre de la sesión: Exponemos y explicamos la gingivitis
2. I.E. N° 10003
3. Aula: 5to grado sección a y b
4. Duración: 2 horas

II. DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS

MOMENTO	Estrategias	Indicador	Métodos de enseñanza
INICIO	Se reforzará lo aprendido en las sesiones anteriores mediante las charlas de exposición que los niños brindaran para sus compañeros de otras secciones	.	El método de enseñanza aprendizaje a usar al inicio de la sesión educativa será explicativo grupal.
PROCESO	Los niños irán con papelotes exponiendo con sus propias palabras y dibujos lo que entienden por gingivitis, tipos de gingivitis, características clínicas y medidas de prevención.	Menciona que es caries dental como se produce, que tipos de caries existen y cómo podemos prevenir su aparición	El método de enseñanza aprendizaje que se empleará será el método lúdico grupal.
TERMINO	Se culmina la sesión pegando los papelotes en un mural del colegio y se evaluara de manera oral con preguntas sueltas sobre gingivitis.	Las bases teóricas empleadas fueron desarrolladas en las sesiones educativas N°11,12,13,14.	Interacción grupal.

III. EVALUACION: Oral

HOJA INFORMATIVA

Diferencias entre encía sana y una encía con gingivitis.



La encía sana tiene un color rosado coral o rosado pálido

Presenta puntillados como de piel de naranja en su superficie. Lo cual es normal.

Es firme y no presenta sangrado ni inflamación.

La encía con gingivitis presenta un color rojo brillante.

No presenta el puntillado, la encía es lisa e inflamada.

Sangra al cepillado, y posee sarro dental acumulado.

La encía con gingivitis muchas veces ocasiona mal aliento.

Sopa de letras: Encuentra los elementos que ayudan a cuidar tus encías.

S	E	D	A	D	E	N	T	A	L	S	N
A	S	T	B	E	N	J	U	A	G	U	E
N	G	J	L	M	C	E	P	I	L	L	O
D	E	C	O	M	I	D	A	S	A	N	A
E	V	C	A	R	A	M	E	L	O	S	M
D	R	G	P	A	S	T	A	L	E	R	O

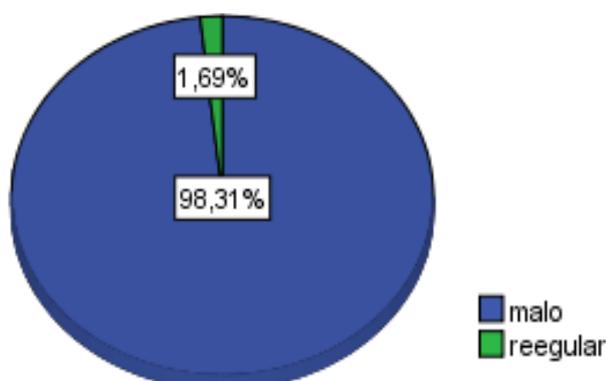
3.1. Análisis de tablas y gráficos

Tabla 03. Distribución del nivel de conocimientos de las principales enfermedades bucales.

Escala	Fa	Fr
Conoce	1	1.7%
Desconoce	58	98.3%
Total	59	100%

Fuente: Cuestionario
Fecha:06/10/2016
Elaborado: autora e Ing. Juan Ramo G.

Gráfico 03. Distribución de nivel de conocimientos de las principales enfermedades bucales



Fuente: Cuestionario
Fecha:06/10/2016
Elaborado: Autora e Ing. Juan Ramos G.

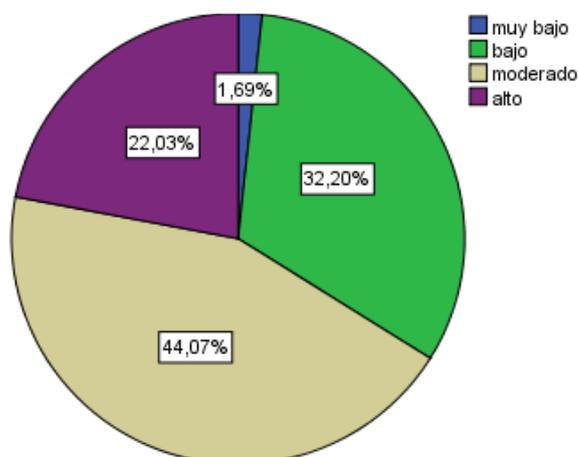
En el gráfico se observan los resultados obtenidos mediante el cuestionario sobre principales enfermedades bucales, los resultados indican que el 98.31% de los niños del quinto grado turno mañana desconocen cuáles son las principales enfermedades bucales, mientras que solo el 1.69% de los niños evaluados tienen un nivel de conocimiento regular, lo cual demuestra que el nivel de conocimiento es malo en la mayoría de niños evaluados.

Tabla 04. Distribución de prevalencia de caries dental.

Prevalencia de caries dental	Fa	Fr
Muy baja prevalencia	1	1.7%
Baja prevalencia	19	32.2%
Mediana prevalencia	26	44.1%
Alta prevalencia	13	22.0%
Total	59	100%

Fuente: índice CPOD
Fecha:06/10/2016
Elaborado: autora e Ing. Juan Ramos G.

Gráfico 04: Distribución de prevalencia de caries dental.



Fuente: odontograma e índice CPOD
Fecha:06/10/2016
Elaborado: autora e Ing. Juan Ramos G.

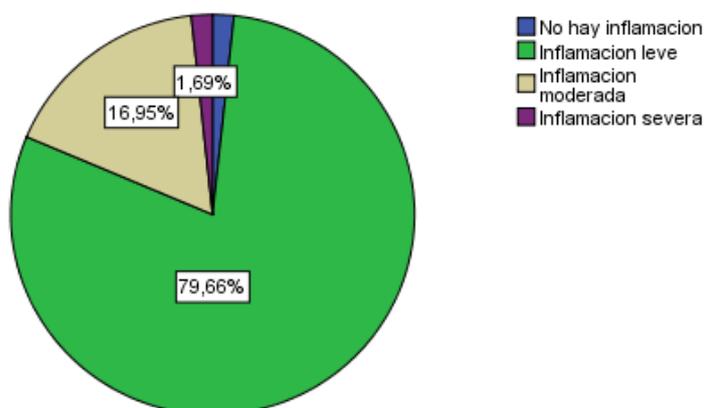
En el gráfico se observan los resultados obtenidos mediante la interpretación del índice CPOD, se obtuvo que 22,03% de los niños tiene una alta tasa de prevalencia de caries dental. Lo que indica que el 98.30% de los niños del quinto grado presentan lesiones cariosas.

Tabla 05. Distribución del grado de inflamación gingival.

Grado de inflamación	Fa	Fr
Sin inflamación	1	1,7%
Inflamación leve	47	79,7%
Inflamación moderada	10	16,9%
Inflamación severa	1	1,7%
Total	59	100,0%

Fuente: índice gingival de Løe y Silness
Fecha:06/10/2016
Elaborado: autora e Ing. Juan Ramos G.

Gráfico 05: Distribución del grado de inflamación gingival.



Fuente: índice gingival de Løe y Silness
Fecha:06/10/2016
Elaborado: autora e Ing. Juan Ramos G.

En el gráfico observamos el grado de inflamación gingival obtenido mediante la evaluación del índice gingival de Løe y Silness, se obtuvo que el 79.66% de los niños presentan inflamación leve, 16.9% tiene inflamación moderada y el 1.69% de los niños no presentan inflamación y solo el 1.7% presenta inflamación severa. Se concluye que el 98.3% de los niños presentan encías inflamadas.

3.2. Discusión

La presencia de caries dental en la dentición permanente de todos los niños que accedieron al examen clínico desarrollado en la I.E. N°10003- Chiclayo durante el periodo agosto- octubre 2016 fue registrada por medio del odontograma y la evaluación de la prevalencia de caries presente en la muestra fue evaluada mediante el índice COPD

Los resultados revelaron mediante la evaluación del índice COPD una mediana tasa de prevalencia de caries dental en el 44.07% de los niños examinados, la evaluación del índice gingival de Löe y Sliness reveló que el 79.66% de la muestra presenta inflamación gingival leve.

En relación con los resultados obtenidos se puede afirmar una relación con otros investigadores (1,2) donde refiere que la presencia de caries dental y gingivitis es un problema en muchos niños de edad preescolar, por ello es importante la aplicación de programas educativos y preventivos, como lo demuestran los investigadores (8,13), que refieren en sus estudios un nivel de conocimientos bajo antes de recibir el estímulo y luego de recibir el estímulo el nivel de conocimientos mejoraba significativamente lo que comprueba que la efectividad de programas preventivos y educativos en odontología para reducir el riesgo de caries dental e incrementar el nivel de conocimientos acerca de las enfermedades bucales y sus medidas de prevención. (1, 2). Por lo tanto, los programas educativos mejorar los conocimientos y prácticas de higiene bucal en niños de edad preescolar, por lo que es importante plantearlos y aplicarlos en poblaciones con déficit de conocimientos sobre caries dental y gingivitis ya que, al no recibir información, la prevalencia de caries y gingivitis es elevada.

3.3. Conclusiones

Se elaboró la propuesta de los métodos explicativos y lúdico vivencial para la prevención de principales enfermedades bucales en niños del quinto grado del turno mañana de la I.E.N 1003, la cual consta de veinte sesiones educativas en las cuales se desarrollarán mediante charlas explicativas y juegos interactivos los temas sobre caries dental, gingivitis y sus medidas preventivas.

Para el estudio se determinó que el 98.3 % los niños de 5to grado sección A y B de la IEN 10003 presentan un nivel de conocimiento deficiente sobre las principales enfermedades bucales, esto se evaluó con la ayuda del cuestionario.

Se cuantifico la prevalencia de caries dental en dentición la dentición permanente con la ayuda del odontograma y el índice COPD el cual mostró una incidencia de caries dental de prevalencia moderada en un 44.07% de los niños evaluados.

Se cuantifico en el grado de inflamación gingival presente en los niños mediante la evaluación del índice gingival de Løe y Silness el cual demostró que el 79.66% de los niños presenta inflamación gingival leve.

Se concluye que el 100% de los niños de 5to grado sección A y B necesitan la propuesta de los métodos explicativos y lúdicos vivencial para la prevención de principales enfermedades bucales en niños, ya que el mayor porcentaje de la población desconoce cuáles son las principales enfermedades bucales y sus medidas de prevención,

3.4. Recomendaciones

Se recomienda a los centros de salud e instituciones públicas de salud brindar programas educativos a niños en etapa escolar con el fin de incrementar sus conocimientos y mejorar sus hábitos de higiene bucal y así prevenir enfermedades bucales como la caries y la gingivitis.

Se recomienda al MINSA realizar programas preventivos en periodos de tiempo más largos, de modo que permita hacer comparaciones en función del tiempo y el impacto producido por el programa.

Se recomienda al colegio odontológico del Perú realizar programas educativos considerando aspectos como el geográfico, ambiental, cultural, económico, entre otros, de la población a la cual estará dirigida.

Se recomienda a los profesionales de salud realizar programas educativos y preventivos no solo usando métodos tradicionales de enseñanza, sino implementar actividades lúdicas con los niños para lograr una mejor aceptación y captación de lo que se quiere explicar.

Se recomienda a la I.E.N. 10003 la difusión de prácticas de higiene bucal para sus alumnos con el fin de mejorar sus conocimientos y sus hábitos de higiene bucal.

Difundir en las facultades de Odontología la realización de proyectos de salud bucal, de modo que haya una mayor promoción y concientización de parte de los profesionales desde su inicio de formación.

Continuar con este estudio a fin de establecer un programa sostenido, sistemático y permanente, dentro de la filosofía de actividades educativo

preventivas y aliarlo a medidas asistenciales. - Dirigir este tipo de programas educativos a otras poblaciones escolares, así como también incluir a los docentes y padres de familia para fortalecer las actividades y lograr un efecto multiplicador.

3.5. Fuentes de información

1. Celis F.E. Efectividad de un Programa Educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014. [tesis] Perú; Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. URL disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/386/1/TL_CelisFiguroa_Flor esChirinos_SantaCruzSaavedra.pdf
2. Ávila H. S.R. “Influencia del programa Educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra” Distrito de Mala, 2009”. [tesis]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2011. URL disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSYROCIOAVILAHERRERA.pdf>
3. Pinto, H. “Estrategias de Intervención Educativa en Odontología dirigida a escolares con déficit auditivo”. [tesis]. Perú: UNMSM; 2009. URL disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2218/1/Pinto_ph.pdf
4. Koch, G.; Modeert, T.; Poulsen, S. & Rasmussen.P. Médica Panamericana. Odontopediatría: enfoque clínico. Buenos Aires 1994
5. Payas R, A. La actividad Lúdica en la Historia de la Educación Española Contemporánea. Valencia; 2006.
6. Alvares A, R. Educación para salud. Ed El Manual Moderno S.A de C.V, México; 1995
7. El niño y el juego. Planteamientos pedagógicos. UNESCO pp.21 Paris 1980
8. Naurapi T.C “Relación entre una Actividad Educativa y el nivel de conocimiento de la salud bucal en niños de 6 a 8 años en la I.E. Amistad Perú - Japón. San

- Juan de Lurigancho Lima. 2012". [tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2013.
URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/carlosnaupari.pdf>
9. Domínguez G. Proyectos de investigación aplicados a la odontología. Guía para el diseño. Lima; 2016
 10. Rodríguez L C. "Conocimientos De Salud Bucal De Estudiantes De 7° Y 8° Básico de la Ciudad De Santiago". [tesis] Chile: Universidad de Chile; 2012.URL disponible en: '<http://docplayer.es/6003698-Conocimientos-de-salud-bucal-de-estudiantes-de-7-y-8-basico-de-la-ciudad-de-santiago.html>'>
 11. Barreno G., J. Proyecto educativo para mejorar la higiene buco-dental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Miguicho Adentro. Canton Santa Ana. Provincia Manabí. Riobamba. [tesis] Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011. URL disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>
 12. Campos R. M. Efectividad de un Programa Educativo de Salud Bucal en Escolares de 1° Año de Secundaria de la I.E. San Antonio De Padua – Cañete. [tesis] Perú: Universidad Federico Villareal; 2011. URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAMILAGROSCAMPOSRAMOS.pdf>
 13. Vila G. Eficacia de las Técnicas Educativas Individual y Grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de Salud Bucal del bebé, en madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses. [tesis] Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega ;2012. URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/PhotoScape.Inktesis/MARIBELJACQUELINEVILAGUILLEN.pdf>
 14. Fernandez G. L. Programa Educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del

- primer grado de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo Del Distrito de Trujillo". [tesis] Perú: Universidad Particular Antenor Orrego; 2015. URL disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/945>
15. Iglesias P. C. Intervención Educativa en Salud Bucal en preescolares de Hueyapan," Morelos. Cuernavaca. [tesis] México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. URL disponible en: [file:///C:/Users/CLAUDIA/Downloads/Iglesias%20Padron%20Claudia%20Veronica%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CLAUDIA/Downloads/Iglesias%20Padron%20Claudia%20Veronica%20(1)%20(1).pdf)
16. Panduro C.M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014. [tesis] Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015. URL disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/282/1/TESIS%20FINAL%20MYRIAM%20BETTY%20PANDURO%20DEL%20CASTILLO.pdf>
17. Almona F. M. Propuesta metodológica para la enseñanza de la Técnica de la danza en el niño de la tercera infancia. [tesis] Chile.2005.
18. Vigostky. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Cap 6: Indicaciones entre aprendizaje y desarrollo. Ed. Grijalbo. México; 1998
19. Higashida. B. Odontología preventiva, Ed McGraw- Hill. Interamericana SA pp.29-50. México; 2000
20. Sosa R.M. promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Cuba; 2006
21. Carretero, M. Constructivismo y Educación. Buenos Aires; 2009 Ed. Pardos.
22. Gudiño A. Técnicas y recursos para el aprendizaje. [tesis]. Caracas;2009

23. Meece, J. Desarrollo del niño y adolescente. Compendio para educadores. pp 101-127. México, DF. 2000
24. Benites T. A. et Cuadros M. L. Guía didáctica de estimulación cognitiva, afecto y expresión para niños de 0 a 5 años dirigida a las maestras del área preescolar de la Fundación San José de la Comuna. [tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2005. URL disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3292/1/T-UCE-0010-358.pdf>
25. Baquero, R. Ideas centrales de la teoría socio- histórica", en: Vigotsky y el aprendizaje escolar [tesis]. Buenos Aires; 1996
26. Vigotsky. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Cap 6: Indicaciones entre aprendizaje y desarrollo. Ed. Grijalbo. México; 1998
27. Céspedes J. Guía teórico práctica de odontopediatría VI ciclo USMP. Lima- Perú; 2008
28. Manual de Psicología Educativa. Facultad de Ciencias Sociales. Ediciones U.C.CH. Santiago. 1997.
29. Wertsch J.: El método de Vigotsky, en: Vigotsky y la formación social de la mente, pp. 35-74, Barcelona; 1988
30. Alegría A. A. "Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas utilizando los criterios de icdas ii" [tesis] Perú: Universidad Alas Peruanas; 2010. URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ANDREADELROSARIOALEGRIAAGURTO.pdf>
31. Elías C. P. Guía de formación de campaña "mes de la salud bucal" Barcelona; 2001

32. Laserna S. VI, Higiene dental y Personal diaria es la Base de la Prevención de las Enfermedades Dentales. [tesis]. Canadá: 2008
33. SEOK-WOO, Lee. USA. Division of Periodontic (2000), disponible en: <http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/pathophys/id/2006/DentalCaries.pdf> [Fecha de acceso 20 de mayo de 2016].
34. Céspedes J. Guía teórico practica de odontopediatria VI ciclo USMP. Lima- Perú; 2008
35. Jiménez I.I. Factores biológicos asociados a caries dental. Guayaquil; 2010
36. Mc Donald, R. Odontología Pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana 5ª Edición. 1995.
37. Doroteo P y col. Relación obesidad y caries dental. Recopilaciones de Cartel y Oral. México, 2010.
38. Chavarro I y col. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo posibles factores.
39. Ayala J. Determinación del pH salival después del consumo de una dieta cariogénica con o sin cepillado dental previo en niños. [tesis] Perú: UNMSM; 2008. URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/2179>
40. Galvis G.L. et col. Comparación de la detección de caries en dentición temporal con el índice ICDAS Modificado y el índice ceo en niños de 1 a 5 años en Cali. Rev. Estomat. 2009; 17(1):7-12
41. Navarro M.I. Estudio epidemiológico de salud bucodental en la población infantil- adolescente de castilla- la mancha. [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012. URL disponible en: <http://eprints.ucm.es/10292/1/T26867.pdf>

42. Villena, M. Introducción del azúcar en la dieta y su frecuencia de consumo en niños de 0 a 36 meses de edad. [tesis] Perú: UPCH; 1994. URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/LUZMANUELAGUTIERREZLEON.pdf>
43. Hans. N y Garcia F. Odontología Preventiva primaria. D.F. Ed. Manual Moderno SA: pp.50- 85. México; 2005
44. Noborikawa, A. "Influencia del programa Educativo "sonrisas" en una población de adolescentes peruanos en el año 2004". Lima- Perú; 2004

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>PROPUESTA DEL MÉTODO EXPLICATIVO Y LÚDICO VIVENCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS DEL 5TO GRADO SECCIÓN A Y B DE LA “I.E.N” 10003 CHICLAYO 2016.</p>	<p>Problema general</p> <p>¿Cómo es la propuesta del método explicativo y lúdico vivencial para la prevención de principales enfermedades bucales en niños del 5to grado sección A y B de la I.E.N 10003?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál será es el nivel de conocimiento de los niños sobre caries y gingivitis? • ¿Cuál será la prevalencia de caries en dentición permanente que presentan los niños? • ¿Cuál será el grado de inflamación gingival que presentan los niños 	<p>Objetivo general</p> <p>Plantear una propuesta del programa preventivo “Juguemos sin caries” sobre principales enfermedades bucales caries y gingivitis con el uso de técnicas de enseñanza aprendizaje explicativo y lúdico vivencial en los niños de 5to grado sección A y B de la I.E.N. 10003.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar el nivel de conocimientos sobre caries dental y gingivitis • Diagnosticar la prevalencia de caries dental en dentición permanente con el índice COPD. • Diagnosticar el grado de inflamación gingival con el índice gingival de Løe y Sliness que presentan los niños. 	<p>Tipo de investigación</p> <p>No experimental, descriptivo, propositivo, de corte transversal y observacional.</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Nivel básico</p> <p>Método</p> <p>Método cualitativo</p>

CUESTIONARIO RECONOCIENDO LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES: CARIES Y GINGIVITIS

Presentación: En este cuestionario encontrarás una serie de preguntas sobre las, principales enfermedades bucales: caries, gingivitis y sus medidas de prevención

Objetivos: Medir los conocimientos que se poseen sobre partes de las principales enfermedades bucales como son la caries dental, gingivitis y medidas de prevención

Instrucciones: Lee atentamente cada afirmación y marca con un círculo la respuesta que consideres adecuada.

1. ¿Cuál es la principal enfermedad que afecta a los dientes?

a) Caries	d) hepatitis
b) Herpes	e) A y c
c) Gingivitis	

2. La caries es:

a) Un estado de ánimo	c) Un medicamento
b) Una enfermedad que afecta los dientes	d) Una mancha negra en el diente
	e) b y d

3. ¿Qué factores predisponen la aparición de caries dental?

a) Mala higiene	d) a y b
b) Alimentos azucarados	e) N.A
c) Cepillarse los dientes	

4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la caries dental?

a) Dolor dental	d) Cambios de coloración del diente
b) Mal aliento	e) T.A
c) Agujeros en la superficie del diente	

5. ¿Cómo se previene la caries dental?

a) Cepillando los dientes después de cada comida	d) Teniendo una correcta higiene con técnicas de cepillado dental
b) Visitando al odontólogo	e) T.A
c) No comiendo demasiados dulces	

6. ¿Cuál es la principal enfermedad que afectan a las encías?

a) Gingivitis	d) Fluorosis
b) Caries dental	e) N.A
c) Herpes	

7. La gingivitis es:

a) Inflamación de las encías	d) picazón en las encías
b) Inflamación de la lengua	e) N.A
c) Manchas en la piel	

8. ¿Qué factores predisponen la aparición de la gingivitis?
- a) mala higiene bucal
 - b) usar enjuague bucal
 - c) buena alimentación
 - d) usar seda dental
 - e) N.A
9. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la gingivitis?
- a) Enrojecimiento de las encías
 - b) Sangrado de las encías
 - c) Mal aliento
 - d) Dolor de cabeza
 - e) a, b y c
10. ¿Cómo se previene la gingivitis?
- a) Tomando medicamentos
 - b) Usando seda dental y enjuague bucal
 - c) Cepillándose los dientes después de cada comida.
 - d) b y c
 - e) N.A
11. ¿Le gustaría recibir un programa preventivo sobre principales enfermedades bucales como caries y gingivitis utilizando los métodos explicativos y lúdicos vivenciales?
- a) si.
 - b) no

Gracias por su colaboración.

NTS N° -MINSA/DGSP-V.01
 Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma

ODONTOGRAMA

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

INDICE GINGIVAL DE LOE Y SILNESS

NOMBRE:

	Diente					
	16	12	24	36	31	44
Papila disto-vestibular	2	1	1	2	1	1
Margen gingival vestibular	2	0	1	2	1	0
Papila mesio-vestibular	2	1	1	2	1	1
Margen gingival lingual	1	0	0	2	0	1
Promedio						

IG

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : RAMIREZ RAMOS JESUS
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : U.A.P. CLINICA ESTOMATOLOGICA
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TESTS DE GRUPO
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : CLAUDIA MARIQUE SILVA

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado										X			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios cientificos												X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuaoa los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.												X	
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.									X				
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitem.												X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y disenio aplicados para lograr las hipotesis.													
10. PERTINENCIA	El insteumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion													X

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

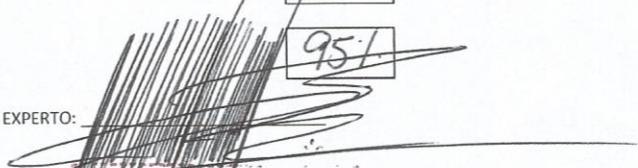
- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 05/09/2006

DNI: 440044009

FIRMA DEL EXPERTO:

95%

 Mg. CD. Jesus Ramirez Arto
 C.O.P. 17609



Chiclayo, 15 de agosto del 2016.

CONSTANCIA DE EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente documento hace constar que la Bach. En estomatología Claudia Iwett Manrique Silva, con D.N.I. 47362370 procedente de la Universidad Alas Peruanas, de la escuela profesional de estomatología filial Chiclayo. Desarrolló la investigación Propuesta de los métodos de explicativos y lúdico vivencial para la prevención de principales enfermedades bucales, en los niños de 5to grado sección a y b de nuestra institución solicitando el permiso respectivo para llevar a cabo las actividades programadas para su evaluación.

Se desarrolló la investigación mediante la recolección de nivel de conocimiento, riesgo de caries dental y grado de inflamación gingival para su posterior estudio. Estas actividades tuvieron inicio el día 15 de agosto y culminaron el día 22 de agosto del 2016.



MONDRAGON HERRERA, AUTOR
Sub director I.E.N 10003



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

Chiclayo, 2016

OFICIO N° 2016- EST./U.A.P.ESC/ESTOMATOLOGIA

Señor: Mondragón Herrera, Autor

Asunto: Permiso para la aplicación de instrumentos para la ejecución de Tesis.

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

Que al encontrarse la Bach. Manrique Silva, Claudia Iwett realizando la ejecución de su tesis para optar el grado de Cirujano Dentista con el título Propuesta de un programa preventivo a través de los métodos explicativos y lúdicos vivenciales en la institución educativa I.E.N 1003- Chiclayo, es necesario realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos para su posterior investigación, ya que el estudio determinara la prevalencia de principales enfermedades bucales en la muestra de su institución educativa.

Por lo tanto, recurrimos a Usted para solicitarle su aprobación y le permita realizar la ejecución de su investigación en su distinguida institución.

Atentamente

Manrique Silva, Claudia Iwett
D.N.I. 47362370

Mg. CD. Durand Picho Antonio
Dir. De la Escuela Académica
Profesional de Estomatología.



Manrique Silva 22/08/2016



Aula de 5to grado breve explicación sobre elementos de higiene bucal.





Personaje Animado Dentorino presentado a los niños como parte de la presentación de la investigación.