



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**REFORZAMIENTO DE CONOCIMIENTO SOBRE
AUTÓCUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN
PROFESORAS DE TRES ESTANCIAS INFANTILES
TLÁHUAC. D.F 2009**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

VIANEY CASTAÑEDA PINEDA

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELICÍAS MELENDÉZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Señor sin más que palabras te daré gracias por lo maravilloso que has sido con migo.

Gracias a mis hijas por haberles quitado parte de su tiempo, pero tengan en cuenta que todo es por ustedes, las amo y son lo mas importante en mi vida.

Gracias a ti Manuel por estar siempre con migo, y apoyarme en todos mi proyectos te amo.

A la Universidad Nacional autónoma de México por haberme brindado la oportunidad de realizarme como profesionista.

A la doctora Arcelia por apoyarme en este trabajo, con su tiempo y conocimiento gracias.



1.ÍNDICE

| | PÁGINA |
|---|--------|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2.- ANTECEDENTES | 6 |
| 3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| 4.-JUSTIFICACIÓN | 17 |
| 5.-OBJEIVOS | |
| 1.1 General | 17 |
| 1.2 Específicos | 18 |
| 6.- METODOLOGÍA | 18 |
| 6.1 Material y Método | 18 |
| 6.2 Tipo de estudio | 21 |
| 6.3 Población de estudio | 21 |
| 6.4 Muestra | 21 |
| 6.5 Criterios de inclusión | 21 |
| 6.6 Criterios de exclusión | 21 |
| 6.7 Variables de estudio | 22 |
| 6.8 Variable independiente y Variable dependiente | 22 |
| 7.-RESULTADOS | 23 |
| 8- CONCLUSIONES | 27 |
| 9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 28 |
| Anexos | |



1. INTRODUCCIÓN

Los retos de la salud bucal en la actualidad no se pueden afrontar sin la implicación colectiva de los individuos. En el área de la Salud Pública, la Educación para la Salud está cobrando enorme importancia. Su finalidad primordial es estudiar y promover cambios de ciertos hábitos que afectan de forma negativa a la salud. Para lograr dicha transformación, es necesario comprender la naturaleza de los hábitos y la cultura de esa población, tarea propia de la Educación para la Salud, el antropólogo social y el sanitarista, por ejemplo, coinciden en la meta de permear un programa de salud que se compone de hábitos de higiene, planificación y control de la natalidad, entre otros aspectos.

La educación para la salud es una actividad que debe iniciarse desde los primeros años de la vida con el establecimiento de hábitos favorables para el desarrollo del individuo; la higiene personal, la nutrición adecuada, la actividad equilibrada con el reposo y otros hábitos que se adquieren en el seno de la familia, son imprescindibles para la salud. La escuela, por su parte, debe reforzar el establecimiento de dichos hábitos y ampliar el nivel de conocimiento de las personas en relación con estos procesos.

De la misma manera, las actitudes favorables serán el resultado de los conocimientos adquiridos, así como de la práctica habitual de la conducta apropiada para preservar la salud.



Existen actividades que requieren de un solo proceso para la protección de la salud durante toda la vida: la formación de un hábito o de una serie de modalidades de conducta; por ejemplo, la higiene dental. Como es natural, la decisión personal es indispensable en cualquiera de estos casos, y dicha decisión dependerá de la información que se tenga sobre el problema de salud.

Una comunidad bien informada actuará en la dirección necesaria para la protección de la salud individual y colectiva, siempre y cuando conozca adecuadamente las motivaciones más importantes para la población, como pueden ser la protección de la niñez, la cohesión de la familia y el mantenimiento de la integridad de la población.

El objetivo del trabajo de investigación, nace de la inquietud constate surgida en la práctica profesional en la educación para la salud en las profesoras de tres estancias infantiles de Tláhuac.



2. ANTECEDENTES

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como “el conocimiento e interés por aquellas experiencias del individuo, el grupo o comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr tales cambios”. Dicho Comité refiere los “esfuerzos formales adecuadamente planteados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo o comunidad”.

El doctor Gonzalo Aguirre Beltrán y otros autores consideran la educación para la salud como un medio para mejorar la salud individual y colectiva; como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud, y como una fase de los programas de instituciones de salud pública y hospitalaria. En todo caso, la educación se basa en conocer los problemas de salud y en la posibilidad de influir en ellos con el propósito de promover, restaurar y mantener la salud.¹⁰

Además, la educación para la salud intenta llenar el vacío entre lo que se conoce científicamente acerca de la conducta necesaria para obtener un nivel óptimo de salud y lo que realmente practica la población. Así, los esfuerzos en la educación para la salud deben enfocarse, en primer lugar, al individuo que carece de los conocimientos para mantenerla y, en



segundo término, al individuo que, teniendo tales conocimientos, no los practica por diversas razones. Al tratar de llenar el vacío, la educación para la salud no sólo concierne al individuo para obtener el máximo nivel de salud posible.

El profesional de la salud y específicamente el sanitarista tiene un campo sumamente fecundo para el desarrollo de las actividades relacionadas con la educación para la salud pública. Su posición social como experto en asuntos de salud, pero su escasa formación humanística, hace que su trabajo sea difícil de concretar; ahí es donde entra en acción el antropólogo social y su ascendiente frente al paciente, los familiares de éste y la comunidad, convertidos en espacios indispensables para la formación de actitudes y conductas favorables para la salud individual y colectiva. La presencia de ambos permite informar, sugerir e inclusive indicar tipos de conducta deseables para la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Dentro de los niveles de la medicina preventiva establecidos en la educación para la salud, apoya definitivamente las acciones que se siguen en los niveles subsiguientes (prevención específica, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación). La educación para la salud es una rama especializada de la salud pública; como tal, tiene un cuerpo de conocimientos y técnicas que conjunta tanto a las ciencias de la salud como a las ciencias sociales. El educador en salud debe manejar conceptos relacionados con la conducta humana, las características



sociales, culturales y económicas de la población, las motivaciones y las barreras hacia los cambios de conducta, y asimismo debe tener un sólido conocimiento de la epidemiología de las enfermedades infecciosas y crónicas y de la patología social.¹¹

La educación para la salud explora constantemente nuevos horizontes en los campos de la psicología social, la antropología social y la sociología, e investiga la influencia del grupo sobre el individuo, la dinámica individual y familiar en cuanto a la salud y la promoción de cambios en la conducta individual y colectiva. El antropólogo social apoya las actividades del médico sanitario y la enfermera en salud pública, y su participación en los programas dirigidos a la comunidad debe preceder a su desarrollo, apoyarlo y continuar después con su evaluación.

Las experiencias de Promoción de la Salud y Educación para la Salud son de vital importancia cuando se desea promover cambios en los estilos de vida de los individuos.

En América Latina existen innumerables experiencias acerca de esto y los programas generalmente se dirigen a grupos como escolares, embarazadas y personas de la tercera edad. Está probado que manejando Promoción de Salud Bucodental la intervención educativa es un método eficaz y adecuado para adquirir e incrementar conocimientos sobre salud bucal, por cuanto posibilita que los educandos de uno y otros sexos, además de transmitirlos a miembros de su familia y demás



Condiscípulos, se conviertan en verdaderos promotores de salud bucal en su entorno comunitario.

Además, estos estudios proveen de información acerca los de factores de riesgo que se exponen y las prácticas riesgosas de salud como es el caso de niños inscritos en guarderías, los datos asentados en las encuesta socioeconómicas demostró que solo el 39,3%de los niños pertenecía a los estratos mas bajos, el resto de los niños formaba parte de los estratos Alto- medio alta y medio (21,4%-39,3%) el promedio de edad de inicio de alguna práctica de higiene bucal fue de 12,8 meses. Solo el 42(37,5%) tenía algún hábito de cuidado bucal, el 32 de ellos usaban cremas dentales fluoruradas que representa el 76,2% y el 19,0%se cepillaba solo con agua y 4,8% no incluía el cepillo en la limpieza de sus dientes. El 81,3% colocaba la crema dental en el cepillo y asistía al niño durante el cepillado.

La modificación de los conocimientos sobre salud bucal mediante valoración de los conocimientos que poseen antes y después de la educación utilizando técnicas educativas y efectivo-participativas, complementando con el juego didáctico son de gran valor ya que permiten conocer como difieren antes y después de la intervención realizada y evaluar el incremento del nivel de conocimientos de manera significativa.⁴

Estudios con educadoras y auxiliares pedagógicas permiten enriquecer el conocimiento y asegurar futuras prácticas en edades tempranas ya que



si ellas poseen buenos conocimientos sobre los hábitos y traumatismos dentarios, éstos se podrán evitar.⁵

En todo el país se realizan estudios sobre las necesidades de la educación para la salud de la población, proporcionando asesoría para la planeación de programas de salud pública y elaborando materiales necesarios para apoyar dichos programas. El personal de la Dirección de Educación Higiénica participa activamente en el adiestramiento del personal profesional en la salud pública en los aspectos relacionados con la educación del público. En colaboración con las autoridades educativas del país, asesora al personal del magisterio nacional y proporciona unidades educativas para el proceso educacional en materia de salud de niños.¹²

Otras instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, cuentan también con servicios especializados en educación para la salud, dirigidos a la población derechohabiente. Las actividades educacionales en estas instituciones se orientan al reforzamiento de las formas de conducta más apropiadas para preservar la salud y prolongar la vida. Un ejemplo claro es el estudio transversal que el IMSS realizó donde los padres son entrevistados, esto permitió obtener información valiosa acerca del entorno socio epidemiológico de los pequeños. Los padres fueron entrevistados para obtener datos socio demográfico y económico acerca de las familias. La utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años, con



seguridad social, se midió con respecto a una visita dental en el año anterior a la entrevista. El análisis de la información se hizo mediante un modelo multivariado de regresión logística. La frecuencia de USOS fue de 30.1%. Los resultados ajustados por regresión logística mostraron que la USOS estuvo asociada de manera positiva a las necesidades de salud bucal. Además se realizó una investigación correlacional y transeccional que abarcó aspectos clínicos y sociales. Se elaboró una historia clínica a cada paciente. Para medir las actitudes de los padres de los niños examinados se utilizó una escala tipo Likert (1976) contentiva de 20 ítems sobre higiene bucal y presentados en forma de afirmaciones. Se pudo observar que de el total de padres con actitud favorable, el 30,6% tenía nivel universitario, seguido de 32,3% con secundaria completa y un 22,6% con grado técnico superior. Los casos con actitudes desfavorables se ubicaron solo en secundaria incompleta. Estas variables mostraron asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

La evaluación clínica de cada niño se realizó antes y después de implementar las estrategias mediadoras, el estado de salud- enfermedad bucal se determinó en una muestra de 32 niños evaluando la caries inicial y manifiesta e índices de placa y gingival. Se conocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente se diseñaron y aplicaron actividades para lograr la resignificación de los conceptos empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. Se concluyó entonces que el estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relacionó directamente con las acciones medidoras y el compromiso



asumido por los padres y docentes. Este programa se desarrolla en tres fases: 1. Información y educación; 2. Revisión y evaluación; 3. Aplicación de tratamientos preventivos.

Al terminar las tres fases del programa, los preescolares, los maestros y padres de familia registrados dentro del PSBP ADM contarán con una educación para prevenir la caries dental. Los preescolares adoptarán el hábito del cepillado dental. El concepto de Educación para la salud planteado en este estudio fue el de Educación para la vida. Este concepto se basa en tres principios fundamentales: Educación para la salud, como construcción colectiva del conocimiento, Educación para la salud, volcada hacia la construcción de proyectos de vida y educación para la salud, no separada del acto médico.

Estudios como el de Campeche dirigido a las madres demuestran también una disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico.²

Hay evidencias de programas académicos que forman maestros con visión sanitaria como en Cuba donde el Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño es una universidad pedagógica, cátedra de la UNESCO, que se dedica a la superación posgraduada de los educadores de América Latina y el Caribe, desarrolla su trabajo mediante un sistema de cátedras interrelacionadas, entre las cuales está la que se nombra “Escuela y Salud” que tiene la misión de:



- ✓ •Desarrollar una concepción pedagógica de la promoción de la salud y la educación para la salud en el ámbito escolar.
- ✓ • Fomentar la superación del personal docente y de salud que labora en el sector educacional para una aplicación consecuente de esa concepción.

La cátedra está constituida por especialistas de alta calificación de los Ministerios de Educación y Salud Pública que como actividades fundamentales han realizado: Talleres provinciales, nacionales y regionales, cursos de postgrados, investigaciones, intercambios profesionales, asesorías, consultorías y escuelas talleres, todas relacionadas con la salud de los escolares y la educación para la salud.¹³

En Ecuador se tienen experiencias similares dirigidas a los escolares inscritos en la red de escuelas públicas. Gran apoyo económico ha dado el gobierno y la OMS: (Organización mundial de la Salud).¹⁴



Programa Escolar de Promoción de la Salud. Ecuador.

GOBIERNO NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

ministerio de educación ECUADOR

OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa, mediante el fortalecimiento, promoción, protección de la salud y prevención de las enfermedades.



Educamos para tener Patria

GOBIERNO NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

ministerio de educación ECUADOR

POLITICAS

Mejoramiento de la calidad y equidad de la educación e implementación de un sistema nacional de evaluación y rendición social de cuentas del sector. PLAN DECENAL.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de Educación para la Salud.

Fortalecimiento de las Divisiones Provinciales de Educación para la Salud.

Ampliación de la cobertura de atención de los servicios de salud escolar integral en la comunidad educativa.

Inclusión de contenidos de Educación para la Salud dentro de la reforma curricular de los tres niveles del sistema educativo.

Implementación de un sistema de información y difusión de las acciones que desarrolla la División Nacional de Educación para la Salud, a nivel nacional y provincial

Educamos para tener Patria



En nuestro país experiencias al respecto se han dado en Guadalajara donde se lleva a cabo el proyecto de educación para la salud en educación básica. En un estudio transversal se determinó que la mayor dificultad que tienen los educandos es en la explicación de los aspectos sexuales ya que se dispone de poco material educativo. Por otro lado, la mayoría de los maestros manifestó la necesidad de ser capacitados en el manejo de la promoción de la salud y la educación para promover en los alumnos la reflexión acerca de sus propios modelos.¹⁴



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de salud bucal que enfrentamos frecuentemente como profesionales es la falta de conocimientos adecuados sobre medidas preventivas de salud bucal, lo que se traduce en severos problemas que pudieron ser resueltos a temprana edad como es el caso de caries dental, misma que llega a ser tan agresiva y el paciente pediátrico cuando llega al servicio dental es para realizar extracciones seriadas de las piezas cariadas teniendo traduciéndose en inadecuada masticación, problemas de fonación, falta de estética, probabilidad de una bajo autoestima, por los compañeros que se burlan. Los padres y maestros que tienen bajo su cuidado a los pequeños, en ocasiones, tampoco cuentan con conocimientos que permitan que los niños adquieran conocimientos básicos para conservar la salud bucodental y la salud bucal no representa un valor importante, lo cual se arrastra hasta la vida adulta. Aunado a lo anterior, los programas escolares no manejan adecuadamente los conceptos y menos aun, están incluidos a nivel preescolar.



4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realizó con base a las necesidades sentidas y expresadas por las docentes de las estancias infantiles tomando en cuenta el problema de salud bucal principal que es la caries dental, y el refuerzo sobre manejo de estrategias de atención y de prevención que fortalezcan la salud y el auto cuidado bucal en preescolares fue el principal objetivo, este curso en Tláhuac aclaró dudas y ellas deseen su vez informar y motivar a los padres, con la finalidad de prevenir problemas de salud buco dental, y así mejorar la salud de los pequeños y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar el reforzamiento de conocimientos sobre autocuidado de la salud bucal en profesoras de tres estancias infantiles de Tláhuac después de la implementación de un programa de Educación para la Salud.



5.2 ESPECÍFICOS

1. Fomentar la participación de la comunidad educativa en la promoción y prevención de la salud bucal.
2. Incrementar los conocimientos y habilidades en las educadoras para que busquen un enfoque didáctico, apropiado en sus estrategias de enseñanza.
3. Determinar los conocimientos sobre autocuidado de la salud bucal antes y después de implementado el curso.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en dos etapas.

En la primera etapa se estableció comunicación formal con las directoras de las tres estancias infantiles (Anexo 1) para realizar la investigación.



Una vez obtenido el consentimiento se aplicó un cuestionario dirigido a maestras para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en cada uno de los tres centros educativos. Se utilizó cañón y modelos en tercera dimensión (A anexo 2).



El cuestionario contenía 17 preguntas sobre autocuidado de la salud bucodental en términos de caries dental, enfermedad periodontal, higiene y frecuencia de la misma.



La investigadora se trasladó a los tres centros educativos.

En la segunda etapa se obtuvo información previa acerca de los conocimientos (pre evaluación), se implementó el curso y dos días después se volvió a aplicar el cuestionario para evaluar el grado de apropiación de los contenidos y se evaluó.



1. A los profesores se les proporciono una encuesta con 17 items, cada una de las respuestas tenía tres opciones de respuesta:

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Las afirmaciones o juicios fueron medidos en base al Escalamiento de Likert. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, aún es un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier “cosa física” (un vestido, un automóvil...), un individuo (el presidente, un líder histórico, etc.). Tales frases o juicios deben expresarse sólo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.



TIPO DE ESTUDIO

Intervención educativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personal docente de tres centros maternos de Tláhuac.

MUESTRA

Se constituye de 3 educadoras con licenciatura, en pedagogía básica y 10 educadoras sin licenciatura, o licenciatura trunca.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Profesoras que asisten el día de la encuesta a los centros maternos.
- ✓ Profesoras que deseen participar y asistan el día de la encuesta.
- ✓ Profesoras que contesten la pre evaluación y pos evaluación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Profesoras que no asisten el día de la encuesta a los centros maternos.
- ✓ Profesoras que no deseen participar y no asistan el día de la encuesta.
- ✓ Profesoras que no contesten la pre evaluación y pos evaluación.



VARIABLES DE ESTUDIO

- ✓ Sexo
- ✓ Tiempo de servicio
- ✓ Grado que imparte clases
- ✓ Nivel de conocimiento sobre salud bucal

VARIABLE INDEPENDIENTE

Contenidos del curso de
Educación para la Salud

VARIABLE DEPENDIENTE

Conocimientos sobre
Autocuidado de la salud





7. RESULTADOS

En el estudio participaron 13 educadoras, 5 pertenecían a la Estancia Infantil las ranitas y 4 a la Estancia Infantil colibrí y 4 a la Estancia Infantil Dibs.

La edad promedio de las participantes fue de 38 años.

De ejercicio profesional el promedio de tiempo fue de 1 año.



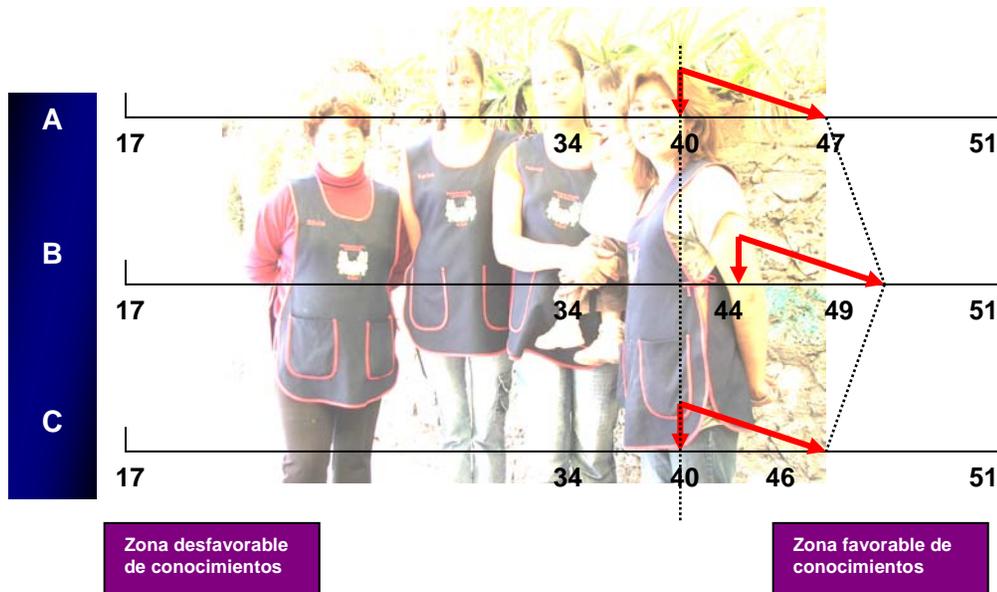
Fuente directa





Tanto en la Estancia Infantil A como en la C el promedio inicial de conocimientos fue de 44 puntos, la Estancia B cuenta con 44. La postevaluación demostró en los tres centros un avance de conocimientos, de nueva cuenta las estancias A y C presentan el mismo perfil de avance y la estancia B presenta un mayor puntaje. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Perfil de conocimientos en la pre y post evaluación de un curso de Educación para la Salud implementado en tres estancias infantiles de Tláhuac. 2009.





PLACA BACTERIANA

Acumulación heterogénea de una comunidad de bacterias que se acumulan a nivel de la cavidad bucal, depositándose en las estructuras dentarias, prótesis y mucosa, se relaciona de manera directa con la aparición de enfermedades bucales tales como la Gingivitis, la Enfermedad Periodontal y la Caries.



GINGIVITIS

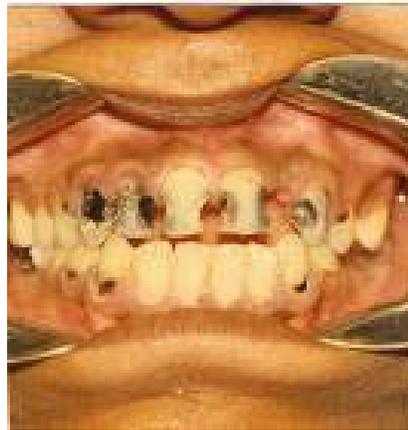
Es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes y por una nula o deficiente higiene bucal.





LA CARIES DENTAL

Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta, la destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos, la caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, abuso de cepillado dental, ausencia de hilo dental.





CONCLUSIONES

1. La platica aplicada a las tres estancias infantiles Tláhuac, mostro ser eficaz al modificarse favorable menté los conocimientos sobre salud bucal.
2. Las profesoras se mostraron interesadas, incluso las preguntas giraron alrededor de sus dudas como madres.
3. Sugieren las maestras que este tipo de cursos se lleven a cabo ya que el material didáctico con el que cuentan no incluye estos temas.
4. Las profesoras mencionan que requieren de cursos no solo dirigidos a la salud bucal.
5. En Tláhuac es más importante conocer sobre efectos nocivos de la caries dental que otras enfermedades bucales.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hábitos de higiene bucal y el nivel socio-económico de niños entre 15 y 20 meses de edad, Acta odontológica venezolana Vol. 45 N°2 caracas 2007.
2. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche, Medigraphic México, Vol. 142 N°5 2006.
3. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria, motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. Medisur 2009;13(1)
4. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. Revista electrónica Medisur 2009; 7(1) especial.
5. Diagnóstico de salud bucal Revista Cubana Estomatolo 1996;33(1)
6. Bertha Higashida Odontología preventiva editorial Mc. Graw-Hill interamericana.2004.
7. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Inverciencia vol.27 N°11.Noviembre 2002.
8. Componente educativo-recreativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Revista cubana Estomatol 2006; 43(2).
9. Programa de salud bucal del preescolar de la asociación Dental Mexicana 07-septiembre-2009.
10. Derroteros de Salud. INSP. Mor. Sept.Nov. Revista Científica. Vol. II, No2. 2006
11. Ballesteros R. Ecología Conductual, nuevo enfoque de la EPS. Rev. Soc. Global. Europes, Vol. 4, 123, No. 5. Madrid. Esp.

12. Revista de Divulgación e investigación. Universidad Veracruzana.
Volumen XVII, No. 3. Sep.-Dic. 2004
13. MEMORIA Escuela Saludable Cuarta Reunión dela Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y Asamblea Constitutiva de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud. Habana, Cuba. 1998
14. Ministerio de Salud. . Quito, Ecuador. 2000.
15. Revista de la Red Científica. U de G. Guadalajara, Jal. 2008



ANEXOS

SEXO M F

TIEMPO DE SERVICIO

GRADO EN QUE IMPARTE CLASES

| CONCEPTOS | DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
|--|------------|-----------------------------------|------------------|
| LA CARIES DENTAL ES PRODUCIDA POR UN VIRUS | | | |
| LA CARIES SE DESARROLLA EN LAS SUPERFICIES DE MASTICACIÓN DE LOS DIENTES EXCLUSIVAMENTE | | | |
| LA GINGIVITIS ES UNA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS EXCLUSIVAMENTE | | | |
| LA CARIES DENTAL ES FACTIBLE DE SER PREVENIDA CON EL CEPILLADO DENTAL | | | |
| NO SE DEBE CEPILLAR LA LENGUA DE LOS PEQUEÑOS PORQUE SANGRA | | | |
| LA GINGIVITIS ES UNA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS EXCLUSIVAMENTE | | | |
| LA GINGIVITIS SE CARACTERIZA POR PRESENTAR INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS | | | |
| LA PLACA DENTOBACTERIANA ES UN FACTOR DE RIESGO SOLO PARA CARIES DENTAL | | | |
| NO ES NECESARIO CEPILLAR LOS DIENTES TEMPORALES DE LOS PEQUEÑOS | | | |
| EL CEPILLADO ELIMINA LAS BACTERIAS Y RESTOS DE ALIMENTOS DE LOS DIENTES | | | |
| EL FLUORURO RAYA EL ESMALTE DENTARIO | | | |
| EL FLUORURO PREVIENE LA CARIES DENTAL | | | |
| EL FLUORURO AUMENTA EL NUMERO DE LESIONES CARIOSAS | | | |
| EL CONSUMO DE DULCES DEBE ELIMINARSE LE LA DIETA DE LOS CHICOS YA QUE NADA PREVIENE EL ATAQUE DE LAS BACTERIAS QUE CAUSAN A LA CARIES DENTAL | | | |
| EL CEPILLADO DENTAL SOLO DEBE HACERSE CON PASTA DENTAL | | | |
| LOS CARBOHIDRATOS PRESENTES EN LA ALIMENTACIÓN PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO DE CARIES EN LOS PEQUEÑOS | | | |
| NO HAY PROBLEMA EN QUE LOS NIÑOS DUERMAN CON EL BIBERÓN PORQUE ESTO NO ES RIESGOSO PARA LOS DIENTES | | | |