



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA  
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A  
CUIDADORAS DE PREESCOLARES VULNERABLES  
(CASA HOGAR Y FUTURO A.C. ÁLVARO  
OBREGÓN).**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

**LIZETH GONZÁLEZ ÁLVAREZ**

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX**

**2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Primeramente a mis papis Martita y Chente que gracias a su gran esfuerzo, dedicación y sacrificio me permitieron llegar a la culminación de esta gran etapa.

A mis gorditas Mane y Dany que siempre estuvieron ahí a pesar de las adversidades. Todos ellos forman mi gran ejemplo a seguir en la vida.

Gracias por creer en mí y por el gran apoyo brindado.

¡LOS AMO!

A aquellos grandes amigos que formé en esta maravillosa etapa, que estuvimos siempre juntos apoyándonos en este largo camino y que sé, serán amistades de toda la vida, aunque a partir de ahora tomemos rumbos distintos: Kim, Puga,

Tania, Catie, Víctor, Carlos.

¡Gracias!

A ti que llegaste después de un tiempo y sigues como el apoyo incondicional y mi mano derecha a pesar de los altibajos, Luigie.

¡Te amo!

A mi tutora, la Dra. Mirella Feingold, por su apoyo incondicional en esta mi última etapa de la carrera, quién supo tenerme paciencia durante este recorrido.

A mi asesor el Dr. Bacáme, gran profesor y amigo que me apoyó hasta el final.

Pero sobre todo a la casa que me vio nacer y crecer, dándome la oportunidad de desarrollar mi potencial para obtener grandes logros en la vida, mi queridísima Universidad.

¡POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU!

¡ORGULLOSAMENTE UNAM!

HECHA EN CU

¡GRACIAS INFINITAS A TODOS!

*«Tengo que estar dispuesto a abandonar lo que soy para convertirme en lo que seré».*

*- Albert Einstein.*

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ANTECEDENTES
  - 2.1 FUNDACIÓN DE LA CASA HOGAR Y FUTURO A.C.
    - 2.1.1 Ubicación geográfica.
    - 2.1.2 Micro delimitación
    - 2.1.3 Macro delimitación
  - 2.2 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA LAS ÁGUILAS
3. MARCO TEÓRICO
  - 3.1 CONCEPTO DE VULNERABILIDAD
  - 3.2 CLASIFICACIÓN
  - 3.3 NIÑOS VULNERABLES
  - 3.4 PROBLEMAS BUCODENTALES PREDOMINANTES
    - 3.4.1 Caries dental
    - 3.4.2 Lesiones bucodentales
    - 3.4.3 Problemas gingivales
    - 3.4.4 Maloclusión
  - 3.5 CUIDADORAS DE NIÑOS VULNERABLES
    - 3.5.1 Tipos de cuidadoras
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
5. JUSTIFICACIÓN
6. OBJETIVO
  - 6.1 OBJETIVO GENERAL
  - 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
7. MATERIAL Y MÉTODO
  - 7.1 TIPO DE ESTUDIO
  - 7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO
  - 7.3 MUESTRA
  - 7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN
  - 7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
  - 7.6 VARIABLES DE ESTUDIO

7.6.1 Independientes

7.6.2 Dependientes

## 7.7 RECURSOS

7.7.1 Humanos

7.7.2 Materiales

7.7.3 Financieros

## 7.8 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL

7.8.1 Contenido Temático

7.8.2 Metas

7.8.3 Estrategias

7.8.4 Límites del programa

7.8.4.1 Espacio

7.8.4.2 Tiempo

7.8.5 Ejecución del programa

## 8. RESULTADOS

## 9. CONCLUSIONES

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

# 1. INTRODUCCIÓN

Como futuros Cirujanos Dentistas tenemos un reto muy importante que es el de prestar un servicio responsable, eficaz, eficiente y con sentido ético a nuestros pacientes para con ello lograr una salud bucodental óptima y ayudar a quien más lo necesita.

Como bien sabemos, los niños en edad preescolar son altamente vulnerables a padecer problemas de salud en general debido a factores de diversa índole como pueden ser: la economía y/o abandono familiar, la educación y la cultura entre otros. Las afecciones que más inciden en la cavidad oral son la caries dental, las lesiones traumáticas en boca, las periodontopatías y los tipos de maloclusión. Estos padecimientos se desarrollan a partir de diversas causas como son, deficiente higiene bucal, alimentación alta en carbohidratos, colonización bacteriana e incluso un bajo nivel socioeconómico, como se mencionó.

Este trabajo se llevó a cabo en la “Casa Hogar y Futuro A.C.” donde encontramos pequeños con problemas de índole familiar, social y/o abandono de padres por lo que carecen de una educación adecuada en general y con respecto al cuidado en boca; también se acogen niños recién nacidos que requieren de personal calificado (guías) para su cuidado.

Este trabajo se enfocó al diseño y aplicación de un programa de Educación para la Salud dirigido a personas dedicadas al cuidado de niños preescolares con alto nivel de vulnerabilidad, ya que ellos tienen mayor riesgo de padecer enfermedades bucodentales y problemas de salud general.

## **2. ANTECEDENTES**

La situación de vulnerabilidad que enfrenta la niñez de nuestro país es una constante que se ve reflejada en una serie de debates de organismos diferentes interesados en su solución pero, y debido a que este grupo etario se encuentra en proceso de formación y desarrollo, se encuentra sujeto a una relación de mayor dependencia e indefensión lo que posibilita la violación a sus derechos. Esta situación se vuelve más preocupante cuando los padres o tutores viven en condiciones de pobreza, lo que conlleva a que los niños adquieran muchas veces responsabilidades que no les corresponden, disminuyendo así sus oportunidades futuras.

A lo largo de la historia se han realizado convenciones donde se trata el tema de los infantes, ya que son la parte más vulnerable de la sociedad y carecen de la posibilidad de valerse por sí mismos.

Para ubicar a los niños y niñas como uno de los grupos vulnerables más reconocidos por Naciones Unidas se desarrollará una breve descripción sobre la evolución de sus derechos, en el ámbito del derecho internacional:

- Declaración de Ginebra de 1924

Se trata de un documento elaborado por la Asociación Internacional de Protección a la Infancia, instrumento integrado por diversos principios referidos exclusivamente a niñas y niños:

- I. El niño debe ser protegido excluyendo toda consideración de raza, nacionalidad o creencia.
- II. El niño debe ser ayudado, respetando la integridad de la familia.



- III. El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material, moral y espiritual.
- IV. El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser asistido; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos.
- V. El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
- VI. El niño debe disfrutar completamente de las medidas de previsión y seguridad sociales; el niño debe, cuando llegue el momento, ser puesto en condiciones de ganarse la vida, protegiéndole de cualquier explotación.
- VII. El niño debe ser educado, inculcándole la convicción de que sus mejores cualidades deben ser puestas al servicio del prójimo. <sup>1</sup>

- La Declaración de los Derechos del Niño de 1959

Denominado Decálogo de los derechos del Niño, dicho documento recopiló y amplió lo que se estableció en la Declaración de Ginebra mediante la aprobación de 10 principios:

- a) El niño debe gozar de todos los derechos enunciados en la propia Declaración sin ser discriminado por motivos de raza, color, sexo, religión, opiniones políticas, religiosas o de otro tipo, origen nacional o social o posición económica.
- b) Deben gozar de una protección especial para que puedan desarrollarse de manera integral.
- c) Tiene derecho a un nombre y una nacionalidad.
- d) Tiene derecho a una buena salud, alimentación, vivienda y recreo.

- e) Los niños física o mentalmente impedidos deben recibir tratamiento, educación y cuidados especiales.
- f) El niño necesita amor y comprensión para desarrollarse, en este sentido se estableció como obligación para la sociedad y las autoridades públicas, cuidar a los niños que no tuvieran familia o medios de subsistencia.
- g) El niño tiene derecho a recibir educación gratuita, al menos la que es elemental o básica. Esta educación y en general toda la declaración deben ser aplicadas atendiendo al interés superior del niño.
- h) En cualquier circunstancia el niño debe ser el primero en recibir ayuda y socorro.
- i) El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad o explotación, sin que se le permita trabajar antes de la edad mínima adecuada y tampoco puede ser empleado en un lugar donde corra riesgo su persona
- j) Debe ser protegido contra cualquier acto de discriminación y debe ser educado en los valores de la tolerancia, amistad, paz y fraternidad universal.

Esta Declaración menciona: “Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959).<sup>1</sup>

- Convención sobre los Derechos del Niño de 1989

Los Convenios y las Declaraciones precedentes fueron el preámbulo que dio paso a la elaboración y aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, el 20 de noviembre de 1989.

Este instrumento jurídico regula de manera más precisa el reconocimiento de los derechos de las niñas y los niños; además, determina de forma puntual las obligaciones que tiene tanto el Estado como la sociedad respecto de aquellos.<sup>1</sup>

Las cifras que se presentan a continuación se tomaron de la base de datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia México y son la información más reciente con la que contamos.

De acuerdo con la UNICEF en 2014, 55.2% de los niños y niñas de entre 2 y 5 años de edad, vivían en pobreza y 13.1% en pobreza extrema. Además, 60.5% de ellos presentaba carencias en el acceso a la seguridad social y 25.8% en el acceso a la alimentación.

La población de entre 0 y 5 años de edad fue en el 2015, de 12,713 millones, lo que equivale al 10.6% de la población total del país. De este número, 51% son niños y 49% niñas.

### *Salud*

En 1990, de cada mil niños nacidos vivos, 41 morían antes de cumplir los 5 años de edad. Para el 2014, por cada mil nacidos vivos, se registraron 15.1 muertes. Esta cifra representa una disminución del 63%, sin embargo, aún es alta ya que muchas de estas muertes siguen siendo por causas prevenibles.

La reducción de la mortalidad infantil en México es resultado en gran medida de los esfuerzos nacionales en el área de vacunación y de combate a la malnutrición. En el 2013, el Programa Universal de Vacunación alcanzó al 88.91% de los niños de un año y al 97.8% de los niños entre 1 y cuatro años.

Por otro lado, la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años disminuyó de 10.8% en 1988, a 2.8% en el 2012; y el porcentaje de niños con baja talla para su edad, fue de 26.9% en 1988 y 13.6% en 2012.

Aunque esta prevalencia ha disminuido a la mitad, aún indica que 1.5 millones de niños y niñas menores de 5 años se encuentran en desnutrición crónica. En el caso de los niños de 0 a 5 años que habitan en

hogares indígenas, la prevalencia de desnutrición crónica es de 33.1% comparada con 11.7% de los hogares no indígenas.

La lactancia materna es el mejor alimento y la mejor inmunización que pueda existir, pero en México, en 2012, sólo 38% de los recién nacidos fueron alimentados con leche materna durante la primera hora de vida, y tan sólo 14% recibieron leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses, la tasa más baja en toda América Latina.

Actualmente existe en México una campaña denominada “No le des la Espalda. Dale Pecho” que tiene el propósito promover que las madres alimenten a sus hijos por un periodo mínimo de 6 meses, iniciativa sumada al establecimiento de dos Bancos de Leche en igual número de hospitales del Sistema de Salud, así como 92 lactarios en diferentes espacios, para contar con lugares dignos, higiénicos y donde la intimidad esté garantizada para llevar a cabo esta tarea, ello con objeto de incrementar el porcentaje de lactancia materna en menores de 6 meses que según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reporta una caída del 22.3% al 14.5% en la zona urbana. <sup>2</sup>

### *Educación*

Aunque en los programas de la Secretaría de Educación Pública (SEP) la educación preescolar es obligatoria, en México únicamente 42.2% de los niños y niñas de 3 años de edad fueron atendidos por una institución educativa durante el ciclo escolar 2014-2015; para los de 4 años fue 89%; y para los de 5, 84.3%, por diferentes motivos, incluyendo la negligencia de los padres o tutores.

### *Protección*

De los niños y niñas que nacen en México, 6.6% no son registrados antes de cumplir el primer año de vida. <sup>3</sup>

Como bien sabemos la promoción de la salud consiste en proporcionar a las personas y/o comunidades los medios necesarios para el mejoramiento de su salud y un mayor control sobre ella.<sup>39</sup>

Dentro de la promoción de la salud, un aspecto que es importante destacar es el autocuidado que consiste en un conjunto de acciones que ayudarán al individuo a mantener y mejorar su estado de salud así como prevenir y disminuir el impacto de la enfermedad.

La salud bucal en México ha pasado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo. Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries y las periodontopatías son las de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y afectan principalmente a los grupos menos favorecidos, lo que las convierte en un problema de salud pública. Por eso que una de las mayores tareas que tienen los planeadores de la salud, es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos padecimientos.

Un aspecto muy importante es la instauración de políticas en este sentido para lograr la prevención y control de las enfermedades orales.<sup>4</sup>

## 2.1 FUNDACIÓN DE LA CASA HOGAR Y FUTURO A.C.

El 22 de Octubre de 1993, Marcela Woodworth de Madariaga con el apoyo del entonces Grupo Financiero Probursa, fundó “Hogar y Futuro A.C.” Junto con personas preocupadas por la dignidad y mejora de la calidad de vida de infantes en situación de vulnerabilidad.

Hogar y Futuro es una institución privada, no lucrativa, que alberga niños desde recién nacidos hasta los 6 años de edad, abandonados, huérfanos, o que requieren una protección temporal.<sup>5</sup>

La Institución trabaja para brindar a los niños como su nombre lo indica hogar y futuro, a través de la educación y el reconocimiento de su dignidad; promueve la adopción legal y busca para cada uno de ellos, las mejores alternativas posibles.

Hogar y Futuro ofrece educación Preescolar a los niños de la comunidad en la que se encuentra, que pertenece a la Ciudad de México y a la escuela actualmente acuden durante el día 165 niños de la zona, hijos de madres trabajadoras y los niños que viven dentro de la Casa Hogar.<sup>36</sup>

El objetivo principal de esta asociación es dar una mejor calidad de vida a pequeños que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a problemas intrafamiliares como son el maltrato y abandono principalmente. (Figura 1).



Fig. 1 Casa Hogar y Futuro A.C. <sup>6</sup>

### **2.1.1 Ubicación geográfica.**

Se encuentra en una zona alta boscosa, dentro de la delegación Álvaro Obregón ubicada al Poniente de la Ciudad de México con una extensión de 97 Km<sup>2</sup>, representa 6.5% del área total de la Ciudad de México. Los límites geográficos de esta demarcación son:

- Al Norte con la delegación Miguel Hidalgo
- Al Este con las delegaciones Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan
- Al Sur con las delegaciones Magdalena Contreras, Tlalpan y el Estado de México
- Al Oeste con la delegación Cuajimalpa de Morelos.

La delegación se encuentra conformada por 257 colonias, fraccionamientos y barrios, siendo los más importantes: San Ángel, San Ángel Inn, Tlacopac, Ermita, Chimalistac, Florida, Pedregal de San Ángel. Además, esta jurisdicción cuenta con poblados de características rurales como San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiac.<sup>7</sup>

### **2.1.2 Micro delimitación**

Casa Hogar y Futuro se encuentra ubicada en la Calle Palmas s/n, pueblo San Bartolo Ameyalco, Mzn. 061, delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, México CP. 01800. (Figura2).



Fig. 2 Ubicación de Casa Hogar.<sup>8</sup>

### 2.1.3 Macro delimitación

Algunas calles de referencia y entre las cuales podemos encontrar la Casa Hogar encontramos la Calzada del Desierto de Los Leones y Prolongación Palmas, ubicadas dentro de la Delegación Álvaro Obregón.(Figura 3).

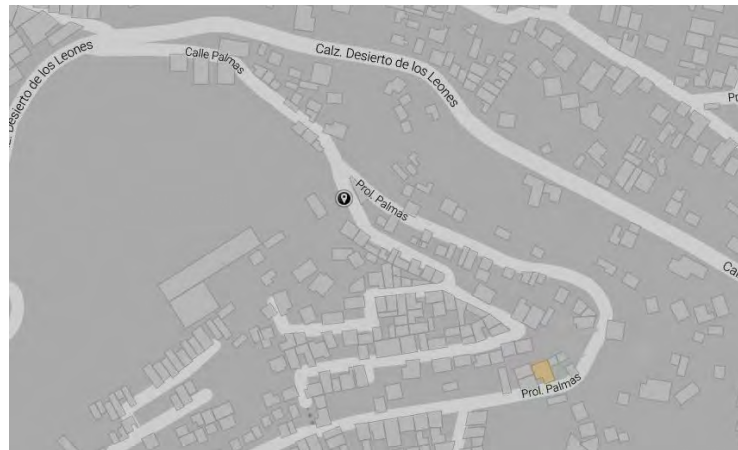


Fig. 3 Ubicación geográfica.<sup>9</sup>

Población.

El crecimiento poblacional observado dentro de la Delegación ha sido un proceso dinámico y creciente, que se expresa en su índice de densidad, que pasa de 4,874 hab/km<sup>2</sup> en 1970 a 7,083 en el 2000. <sup>7</sup>

## 2.2 Atención odontológica en la Clínica Periférica las Águilas

La casa Hogar y Futuro A.C. se encuentra cerca de la zona de influencia de la Clínica Periférica Las Águilas de la Facultad de Odontología (F.O.) de la Universidad Autónoma de México (UNAM), por lo que durante mi estancia ahí, tuve la experiencia de conocer a los pequeños que asistían para su atención; mismos que me conmovieron, de ahí mi interés en conocer su situación real. La casa Hogar y Futuro junto con dicha clínica, firmaron un convenio para la atención de los pequeños con una disminución en costos con el fin de apoyarlos. (Figura 4).



Los niños que atendimos presentan los siguientes problemas bucodentales:

- Caries de primer grado
- Caries de segundo grado
- Caries rampante que como sabemos se presenta en todos los dientes destruyéndolos casi en su totalidad
- Lesiones dentobucuales ocasionadas por maltrato infantil, caídas y golpes durante los juegos de los pequeños.
- Periodontopatías (localizada y generalizada)
- Maloclusión (prognata, retrognata, mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior)

Generalmente el tratamiento que se realiza, consiste en obturaciones, pulpotomías, pulpectomías, y coronas de acero cromo.

Estos infantes son de difícil manejo por la situación en la que se desarrollaron en cuanto a su entorno familiar, al abandono de sus padres y/o de su familia, por lo que son pequeños tímidos, renuentes, con miedo a socializar con cualquier persona; se requiere de tiempo para conocerlos e inspirarles confianza para así poder atenderlos con el cuidado que se merecen.

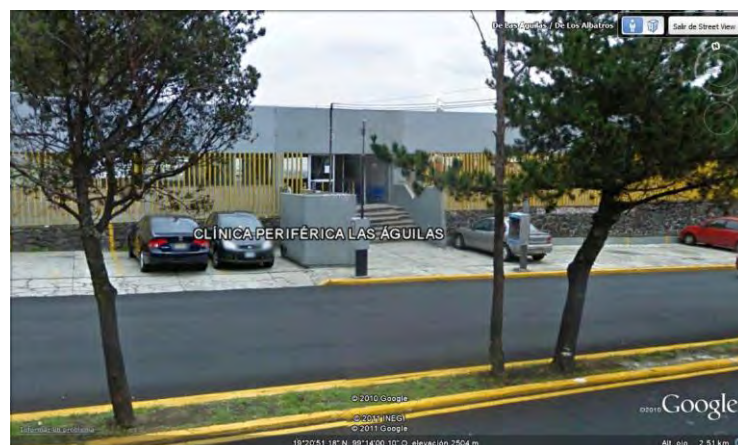


Fig. 4 Clínica Periférica Las Águilas.<sup>10</sup>

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 CONCEPTO DE VULNERABILIDAD.**

El concepto de vulnerabilidad es variable y se le dan diferentes connotaciones dependiendo del campo de estudio como veremos a continuación:

“El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar”<sup>1</sup> (Figura 5).

Grupos vulnerables se referirá a un grupo de individuos que se encuentran en mayor riesgo de que sus derechos sean violentados.

Otro concepto lo define como: “...aquellos grupos o comunidades, que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades.”<sup>11</sup>

El DIF describe a la vulnerabilidad como un fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado en nuestras comunidades, es multicausal y adquiere varias dimensiones.

Desde un punto de vista alimentario la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), define un grupo vulnerable como el que padece de inseguridad alimentaria o corre el riesgo de padecerla.

Con esto podemos pensar que de algún modo, todos somos vulnerables ya sea por el origen étnico, la pobreza u otras causas como actualmente

la crisis económica que estamos viviendo en el país, que afecta a diversos sectores de la población.

Podríamos afirmar que los grupos vulnerables representan a los sectores más desfavorecidos y débiles de la sociedad.<sup>1</sup>



Fig. 5 <sup>12</sup>

### 3.2 CLASIFICACIÓN

Clasificar adecuadamente a los grupos vulnerables es variable y transitorio, porque como se ha observado, las causas de vulnerabilidad y los grupos a los que afecta y cómo lo hace, se encuentran en constante transformación.

A continuación se presenta una relación que ejemplifica esta situación:

- La mujer pobre, jefe de familia, con niños a su cargo, y responsable del sostenimiento familiar.
- Menores y adolescentes en situación de riesgo social (niños en riesgo de salir del hogar, menores infractores y menores víctimas de violencia física, psicológica o sexual en el seno familiar, menores con padecimientos adictivos)
- Menores que viven en la calle o los menores que, no obstante tener un hogar, a causa de la desintegración familiar o problemas de otra índole pasan todo el día en la calle.

- Los menores trabajadores (pepena, estiba, mendicidad, venta ambulante, limpia-parabrisas y actuación en la vía pública)
- Las personas de la tercera edad.
- Las personas discapacitadas.
- Las mujeres pobres, embarazadas y en estado de lactancia.
- Los jóvenes y las mujeres pobres afectados por el desempleo.
- Los excluidos de la seguridad social.
- Las mujeres que sufren de discriminación política y social.
- Los pueblos indígenas, que se encuentra afectados en forma alarmante por pobreza. <sup>1</sup>

### **3.3 Niños vulnerables**

Tal como la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) dice en su informe Anual 2012: “son demasiado los niños a quienes se les niega la oportunidad de desarrollar todo su potencial debido a la falta de sus necesidades básicas, es decir, porque su familia es demasiado pobre, su aldea demasiado remota, o a causa de su género, su origen étnico, su religión u otras características”. <sup>1</sup>

Es realmente lamentable saber cómo el informe citado indica que al haber pobreza en la familia, siempre los más afectados serán los más pequeños. (Figura 6).

Menciona la UNICEF que uno de los grandes problemas de la niñez es la inasistencia a la escuela, y esto no sólo se debe al nivel socioeconómico de la familia, sino que existen multifactores tales como:

- La lejanía de los centros educativos de sus comunidades
- La falta de docentes capacitados en la lengua materna de los niños y niñas
- La falta de registro de nacimiento
- La ausencia de maestros capacitados para incluir a niños y niñas con capacidades diferentes
- Situación de violencia en la escuela e inequidad de género

- La falta de recursos financieros para la compra de uniformes y materiales escolares.

Es trágico saber que cuando la pobreza abrumba a una familia, los pequeños son siempre los más vulnerables y resultan los más afectados.<sup>11</sup>



Fig. 6 Niños vulnerables. <sup>13</sup>

### 3.4 PROBLEMAS BUCODENTALES PREDOMINANTES

Los principales problemas de salud bucal que afectan a los niños menores de 5 años de edad son la caries dental, traumatismos bucales, periodontopatías y el desgaste dentario que conduce a diversos tipos de maloclusión. Existen variadas causas que pueden influenciar la salud bucal de las personas, desde características individuales ligadas al estilo de vida y consumo, hasta factores sociales, tales como: aspectos socioeconómicos, geográficos y acceso a recursos materiales y sociales.



Fig. 7 <sup>14</sup>

### 3.4.1 Caries dental

Los pequeños en edades tempranas, menores de 6 años, son altamente vulnerables a problemas de salud en general, esto incluye a la salud bucal tal como la caries dental, la cual es considerada como una enfermedad de origen multifactorial, totalmente relacionada con higiene oral defectuosa, alimentación nocturna, alta ingesta de carbohidratos, colonización bacteriana, y bajo nivel socioeconómico de los padres. La caries sin atención puede ocasionar repercusiones graves como son: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como desestimación del desarrollo físico del infante, tratamientos con alto costo y disminución de su calidad de vida. Al no ser tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en boca. (Figura 8).

La prevalencia de la caries de la infancia temprana varía de 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo.<sup>15</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha indicado que los estilos de vida de las personas, y las condiciones en las que viven y trabajan, es decir, los determinantes sociales, influyen fuertemente en la salud y longevidad de una población. Los determinantes sociales, por tanto, definitivamente están asociados con la prevalencia de caries dental.<sup>16</sup>

La caries dental es considerada como uno de los principales problemas de salud bucal que afecta a todos los grupos de edades. Los estudios en la literatura científica mundial muestran que la prevalencia de caries dental en niños preescolares varía de 18.5% a 76%.<sup>17</sup>

Algunos datos epidemiológicos indican que el abordaje más efectivo para el control de la caries de la infancia temprana, debe estar basado en la prevención primaria, por lo que se debe hacer hincapié del tema a los responsables de los pequeños.



Fig. 8 Tipo de caries y su restauración.<sup>18</sup>

### 3.4.2 Lesiones bucodentales

El trauma dental (lesiones bucodentales) es reconocido como uno de los principales problemas de salud bucal, incidiendo de forma significativa en las edades infantiles, debido al estilo de vida de los pequeños que juegan y carecen del sentido de peligro y tienden a recibir o darse ellos mismo golpes que causan este tipo de lesiones.<sup>37</sup>

Los traumatismos pueden causar lesiones en los dientes, en el hueso y demás tejidos de sostén, debido a un impacto físico se puede ocasionar la pérdida de la integridad del diente, desplazamiento total o parcial de su posición habitual y/o afectar la función estomatognática y la estética. (Figura 9).



Fig.9 Avulsión <sup>19</sup>

El traumatismo dentoalveolar es uno de los accidentes más dramáticos que le puede suceder a un niño, es bastante frecuente y es considerado un problema de salud pública. En la actualidad representa la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries dental.

Posiblemente la incidencia de las lesiones traumáticas constituirá la principal demanda de atención odontológica en un futuro muy cercano.

Aunque se desconoce el número exacto de niños que cada año sufren lesiones en los dientes, la prevalencia en dientes primarios oscila del 11% al 30%. En cuanto a dientes permanentes, varía desde 2,6% hasta 50%. La gran diferencia en la prevalencia puede deberse a varios factores tales como la selección de pacientes, los métodos de estudio y recolección de datos o el criterio de diagnóstico aplicado.<sup>20</sup>

Las lesiones en los dientes temporales en su mayoría, ocurren entre uno y tres años de edad. Más niños que niñas presentan trauma en sus dientes, el predominio masculino está relacionado con la tendencia que éstos tienen de ser más enérgicos, porque suelen escoger juegos más activos y vigorosos. En la mayoría de los pacientes sólo se afectan uno o dos dientes, que con mayor frecuencia son los incisivos centrales superiores seguidos de los incisivos laterales superiores. En la dentición temporal se plantea también, el predominio de las lesiones que afectan las estructuras de sostén. (Figura 10).



Fig.10 juegos causantes de lesiones.<sup>21</sup>



### 3.4.3 Problemas gingivales

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades de mayor frecuencia en la cavidad oral, manifestándose principalmente como gingivitis en el paciente pediátrico. Jerarquizando las afecciones, las periodontopatías ocupan el segundo lugar, tanto por su prevalencia como por sus efectos.

Las enfermedades gingivales se encuentran confinadas a la encía y su etiología es diversa. El interés por las alteraciones gingivales se basa principalmente en su enorme prevalencia entre la población. Las enfermedades gingivales forman un grupo heterogéneo, en el que se pueden observar características de índole exclusivamente inflamatorio, pero también trastornos de origen genético, traumático o asociados a padecimientos sistémicos.<sup>22</sup>

La Academia Americana de Periodoncia (AAP) incluye categorías para todas estas formas de gingivitis que afectan solamente el periodonto de protección (gíngiva), pudiendo ser crónica, aguda, localizada o generalizada. Tanto para los niños de dentición primaria como para los adolescentes, las características clínicas son semejantes, siendo su principal forma de presentación, la enfermedad gingival inducida por placa bacteriana.<sup>23</sup>

Las enfermedades periodontales afectan tanto a niños como adolescentes, es común que ambos grupos presenten altos niveles de placa bacteriana, cuadros de inflamación gingival y sangrado al sondaje o cepillado. (Figura 11).

Este padecimiento se evidencia en niños sanos pero usualmente se desarrolla en aquellos que presentan un problema sistémico como leucemia, diabetes u otros, que condicionan la aparición de la enfermedad

periodontal o en pacientes afectados por algún síndrome como el de Down, Ehlers Danlos, etcétera.

Esta patología se caracteriza por la aparición de bolsas periodontales, las cuales contienen múltiples bacterias patógenas que al encontrar un medio favorable para desarrollarse contribuyen al progreso de la enfermedad afectando al sistema de soporte dentario, ocasionando la movilidad de los dientes y su consecuente pérdida, si el paciente no recibe un tratamiento adecuado a tiempo.<sup>24</sup>



Fig. 11 Características de la gingivitis.<sup>25</sup>

#### **3.4.4 Maloclusión**

La maloclusión dental en sus diferentes tipos es en nuestro país un problema de salud pública según la OMS dado que 75% de los escolares presentan alguna maloclusión, considerada como el cuarto evento por su prevalencia. Se encuentran asociadas a factores de riesgo como los genéticos y los ambientales.

La oclusión primaria presenta características morfológicas y funcionales que darán lugar al desarrollo armónico y estable de la dentición mixta y permanente. Estas pueden ser alteradas por diferentes factores tales como hábitos perniciosos, enfermedades sistémicas y otros que actúan y perjudican el proceso evolutivo de la dentición. Las anomalías de origen

dental y esquelética se manifiestan desde la dentición primaria desarrollando discrepancias de clase II y III en la dentición mixta y permanente.

La oclusión normal de un niño de 5 años con dentición primaria, según Baume se encuentra caracterizada por la presencia de espacios de desarrollo, planos terminales rectos, sobremordida vertical y sobremordida horizontal de 0 a 3mm. (Figura 12). Cuando por factores ambientales y/o hereditarios estas características están ausentes, muy probablemente se producirán problemas de discrepancias oseodentarias en la dentición definitiva posteriormente. Comprender el comportamiento de la oclusión primaria, pronosticará las condiciones futuras de la oclusión permanente, por ejemplo: la ausencia de espacios de desarrollo en la primera dentición, predice el apiñamiento dental de los dientes permanentes. (Figura 13).



Fig. 12 Espacios primates.<sup>26</sup>



Fig. 13 Ausencia de espacios primates.<sup>27</sup>

Los patrones normales de la oclusión para la primera dentición, de acuerdo con la posición terminal de los segundos molares primarios, son en el plano terminal (recto) y plano terminal mesial que originan una clase I molar de Angle para la dentición permanente. El plano terminal mesial exagerado y el plano distal son precursores de las maloclusiones para la segunda dentición. (Figura 14).

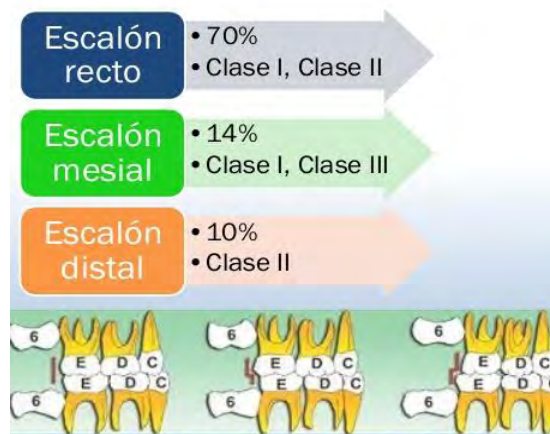


Fig. 14 <sup>28</sup>

La diferencia de dimensión en la sobremordida horizontal y vertical de los incisivos, limita el desarrollo y funcionalidad de los maxilares. El plano terminal distal y mesial exagerado, determinan la clase molar II y III de Angle, la presencia de ellas afectan el comportamiento mesial del primer molar permanente. La maloclusión mordida abierta y mordida cruzada anterior, son signos que modifican el complejo craneofaciodental de ambas denticiones.<sup>29</sup> (Figura 15).



Fig. 15 Tipos de maloclusión <sup>30</sup>

Para diagnosticar cualquier maloclusión se tomará como referente la posición del primer molar superior con respecto al primer molar inferior, de acuerdo a la clasificación de Angle: Clase I, II (sub. div. I y II) y III, que está basada en la relación anteroposterior entre estos.<sup>38</sup>

- Clase I: neutroclusión.
- Clase II<sub>1</sub>: distoclusión con vestibuloversión anterior.
- Clase II<sub>2</sub>: distoclusión con linguoversión anterior.
- Clase III: mesioclusión. (Figura 16).

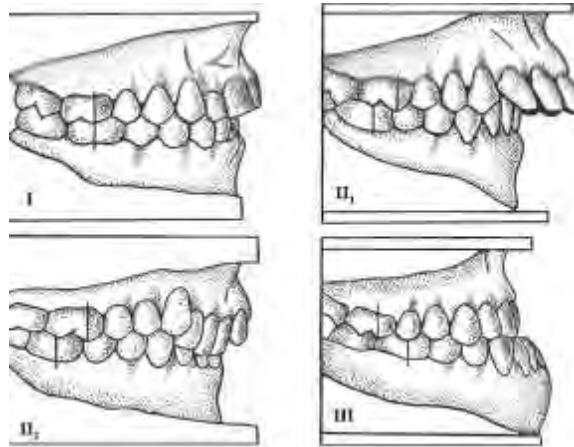


Fig. 16 Clasificación de Angle.<sup>31</sup>

### **3.5 CUIDADORAS DE NIÑOS VULNERABLES**

La presencia de niñas y niños pequeños que residen en instituciones en los diversos países de nuestra región implica una grave violación a sus derechos. Los niños más pequeños son considerados los más vulnerables a sufrir el impacto de la institucionalización. Se estima que, por cada año que una niña o un niño menor de 3 años vive en una institución, pierden 4 meses de desarrollo. Asimismo, la violencia en las instituciones es seis veces mayor que en los programas de cuidado alternativo de tipo familiar, y la violencia sexual, cuatro veces mayor. Dada la complejidad de estas situaciones y los factores de vulnerabilidad que pueden derivar en la pérdida temprana de cuidados parentales, se deben desarrollar múltiples acciones integrales en distintas dimensiones y niveles de incidencia.<sup>32</sup>

En el entorno del que estamos hablando conoceremos un poco más sobre qué personas son las que dedican el tiempo y los cuidados necesarios a pequeños con problemas de abandono, infantes vulnerables que viven en lugares que los albergan mientras son adoptados o sus padres o tutores regresan.

La corresponsabilidad en el cuidado de las niñas y los niños pequeños, entre quienes ejercen la función de cuidado temprano (FCT), familia extensa, comunidad, profesionales de servicios y gestores de políticas públicas es de vital importancia. La FCT se define como la que ejercen uno o más adultos en relación con la atención oportuna de las necesidades de la niña o el niño pequeño, su crianza, su protección, el cuidado de su salud y nutrición, su vinculación afectiva y social, y la estimulación integral que éste requiere.<sup>32</sup>

### 3.5.1 Tipos de cuidadoras

Existe algo conocido como cuidado alternativo que consiste en la opción de custodia fuera del núcleo familiar de origen; procede cuando éste se encuentra en imposibilidad de asumirlo. Puede ser resultado de un “arreglo entre las partes” (familia de origen con personas de la familia extensa o con vínculos comunitarios, a quienes se delega voluntariamente el cuidado); o bien puede ser el resultado de la intervención de una autoridad administrativa o judicial. La última mención conlleva a una institucionalización que se definirá como la inclusión en residencias, comúnmente denominadas “hogares”. Las instituciones pueden ser diversas en su tamaño y sus características.

En muchas ocasiones, operadores y profesionales de diferentes sectores y disciplinas continúan trabajando con la convicción de que los cuidados residenciales son apropiados y convenientes cuando un niño debe ser separado de su familia de origen. Los operadores deben conocer la extensa evidencia científica que informa sobre los daños físicos y mentales relacionados con la privación de un ámbito familiar y con la experiencia de institucionalización en etapas tempranas del desarrollo; estos daños llegan, a veces, a ser irreversibles. Deben tener claro que vivir en familia y comunidad es un derecho de las niñas y niños, y una experiencia fundamental para su bienestar integral. Por ello, el cuidado residencial de bebés, niñas y niños pequeños debe evitarse siempre, y ser reemplazado por medidas de cuidado familiar alternativas que garanticen su protección integral temporal mientras se procede a instrumentar medidas definitivas: el retorno a la familia de origen o la adopción. (Figura 17).

En las situaciones de abandono, de alejamiento por intervención en contra de la voluntad de los progenitores, y en las de entrega voluntaria, debe trabajarse para que esa separación sea elaborada, y amortiguado el

sufrimiento psíquico que este hecho produce en el niño pequeño. Es importante considerar que, en las situaciones de apartamiento, se está frente a una persona que puede encontrarse en un estado de alto grado de vulnerabilidad emocional, por lo cual el cuidador quizás pase por momentos de incertidumbre, ambivalencia, preocupación, miedo, vergüenza, angustia, inseguridad económica, entre otros. O bien estar frente a personas que no aceptan la situación de separación del niño pequeño que tienen bajo su cuidado. En estas circunstancias, suelen producirse reacciones emocionales violentas que deriven en que el pequeño involucrado se encuentre en un escenario de gran complejidad. Frente a esto, es fundamental la función del entorno y de los dispositivos administrativos que hay que poner en marcha para asegurar que la decisión tomada no se deba a causas reversibles con apoyos diversos o a una situación de vulnerabilidad reversible. Además, es necesario un acompañamiento para que el proceso sea seguro y permita una buena vinculación del niño con sus nuevos cuidadores temporales (acogimiento familiar) o definitivos (adopción).<sup>32</sup>



Fig. 17 Cuidadoras.<sup>33</sup>



#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestra población existe una gran prevalencia de caries dental, traumatismos, periodontopatías y tipos de maloclusión, siendo éstos los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia, sin alguna distinción de nivel socioeconómico, porque en los niños existe una mayor incidencia a padecer afecciones bucales ya que son reconocidos como grupo vulnerable por la dependencia con los padres hasta cierta edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los problemas y enfermedades bucales afectan a más del 90% de la población mexicana, por lo que se encuentra dentro de las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.<sup>34</sup>

Los niños representan un grupo vulnerable por el sólo hecho de serlo y si a esto agregamos indefensión significativa como el abandono de los progenitores, esto aumenta el conflicto ya que interviene la cuestión jurídica y legal para la atención de estos pequeños.

Existen asociaciones que se dedican al cuidado de estos infantes y que cuentan con personal calificado para este fin lo que es de vital importancia puesto que los niños se encuentran en un ambiente indefensión.

#### **5. JUSTIFICACIÓN**

La finalidad de este trabajo es proporcionar la información necesaria a las cuidadoras que prestan sus servicios en la Casa Hogar y Futuro A.C., implementando y dirigiendo un programa de Educación Para la Salud, ya que es fundamental preservar el estado de salud bucal y la calidad de vida de los pequeños que ahí residen. Las cuidadoras deberán continuar con estas actividades.

## **6. OBJETIVO**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar e implementar un programa de educación para la salud dirigido a cuidadoras de niños vulnerables inscritos en la casa Hogar y Futuro A.C.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer el entorno en el que se desarrollan estos niños vulnerables y sus repercusiones en boca.
- Identificar los factores de riesgo que propician desarrollar caries dental en niños con vulnerabilidad.
- Informar las repercusiones en cavidad oral debido a una mala higiene bucal y orientar a mantener un estado de salud bucal óptimo en este tipo de niños.
- Elaborar el programa de Salud bucodental adecuado para la Casa Hogar y Futuro A.C.

## **7. MATERIAL Y MÉTODO**

Como ya se tenía contacto directo de la Casa Hogar y Futuro A.C. con la F.O. de la UNAM, no fue necesaria una carta de permiso para dar inicio con el trabajo.

El programa se aplicó en 4 sesiones donde participaron únicamente 13 cuidadoras de las 15 que se tenían contempladas, se les proporciono primeramente un cuestionario (anexo), y después se impartieron pláticas sobre la importancia del cuidado bucal de los infantes que atienden, así como las técnicas de cepillado por medio de rotafolios y macrotipodonto. Por último se aplico nuevamente el cuestionario para obtener el grado de conocimiento adquirido después de las intervenciones.

## 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal y de intervención comunitaria.

## 7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Quince cuidadoras (guías) de los pequeños que viven en la Casa Hogar y Futuro A.C. ubicada en la Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.

## 7.3 MUESTRA

13 guías de género femenino de entre 24 a 73 años de edad, que efectúan los cuidados de los niños que viven dentro de la Casa Hogar y Futuro A.C.

## 7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadoras presentes el día de la aplicación del programa
- Cuidadoras de niños inscritos en la Casa Hogar y Futuro A.C.

## 7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadoras ausentes el día de la realización del programa.
- Cuidadoras que no deseen participar

## 7.6 VARIABLES DEL ESTUDIO

### 7.6.1 Independientes

- Sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad).
- Frecuencia de hábitos de higiene bucal en pequeños de la Casa Hogar y Futuro A.C.
- Hábitos alimenticios de los niños de las Casa Hogar y Futuro A.C.
- Contenido educativo del programa de educación para la salud.

### 7.6.2 Dependientes

- Nivel de conocimiento de la salud bucal.
- Medidas preventivas de salud bucal
- Prácticas de salud bucal.

## 7.7 RECURSOS

### 7.7.1 Humanos

- Tesista
- Tutora de tesina
- Asesor de tesina
- Directora de CENDI
- Cuidadoras

### 7.7.2 Materiales

- 30 cuestionarios
- 15 bolígrafos
- 1 bata
- Rotafolios
- 1 macrotipodonto
- 1 cepillo didáctico

### 7.7.3 Financieros

- A cargo de la Tesista.

## 7.8 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL

### 7.8.1 Contenido temático

- Caries dental
- Periodontopatías.

- Maloclusión
- Lesiones bucodentales.
- Placa dentobacteriana
- Técnicas de cepillado
- Fluoruro
- Prevención

### 7.8.2 Metas

- Elevar el nivel de conocimiento de las 15 cuidadoras acerca de los problemas bucodentales más frecuentes en boca de los infantes en 80%.
- Orientar para que las cuidadoras logren un cambio en el hábito y actitud sobre la higiene bucal de los niños después de la aplicación del programa en 90%
- Motivar una práctica adecuada de higiene oral para prevenir enfermedades bucodentales por medio de las cuidadoras en 75% de los pequeños.

### 7.8.3 Estrategias

1. Aplicación de dos cuestionarios, uno diagnóstico y otro para saber conocimiento adquirido de las cuidadoras sobre los problemas de salud bucal en los niños, sus cuidados así como su prevención.
2. Realización de pláticas educo-informativas acerca de los principales problemas en boca de los niños, sus cuidados y su prevención.
3. Demostración de técnicas de cepillado en un macrotipodonto.

#### 7.8.4 Límites

##### 7.8.4.1 Espacio

Casa Hogar y Futuro A. C., Álvaro Obregón 2017

##### 7.8.4.2 Tiempo

Del 3 de Febrero al 17 de Marzo de 2017

#### 7.8.5 Ejecución del programa

3 Marzo 2017

Aplicación de cuestionario diagnóstico. (Figura 18 y 19)



Fig. 18 Aplicación de cuestionario <sup>35</sup>



Figura 19 <sup>35</sup>

Primera plática: Problemas bucales en niños. (Figura 20-23)



Fig. 20 Problemas bucodentales.<sup>35</sup>



Fig. 21 Caries.<sup>35</sup>

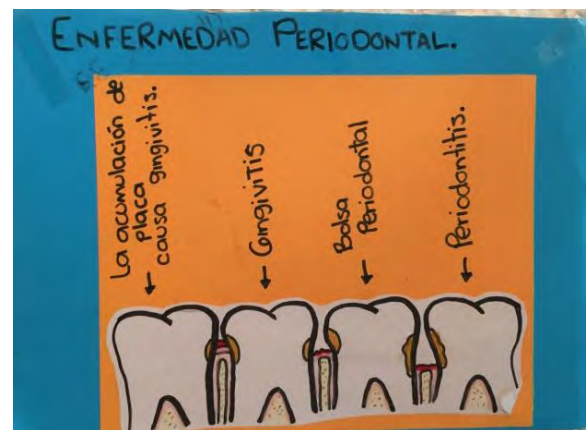


Fig. 22 Gingivitis y enfermedad periodontal.<sup>35</sup>

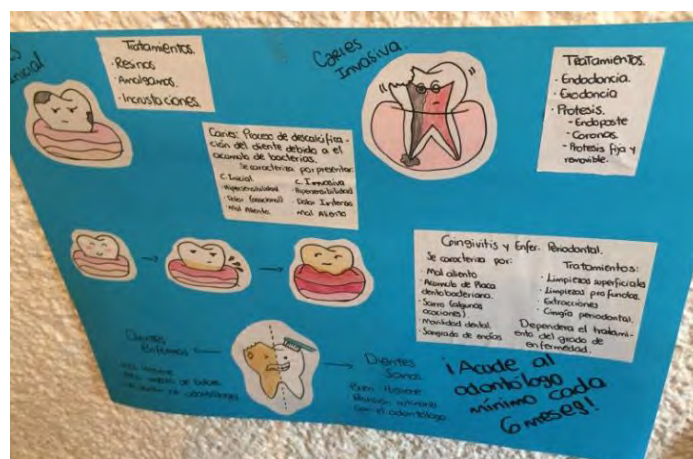


Fig. 23 Tratamientos.<sup>35</sup>

Marzo 2017

## Segunda plática: Técnicas de cepillado



Fig. Técnicas de cepillado. 24 <sup>35</sup>

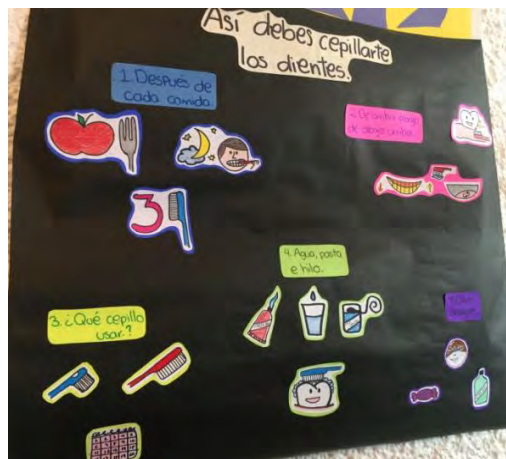


Fig. 25 Uso de cepillo y auxiliares. <sup>35</sup>

17 Marzo 2017



Tercera plática: Cuidados y prevención de problemas bucodentales.



Fig. 26 Cuidados en boca<sup>35</sup>



Fig. 27 Prevención<sup>35</sup>



Fig. 28 ¿Qué hacer? Trauma bucodental.<sup>35</sup>

24 Marzo 2017

Aplicación de primer cuestionario nuevamente



Fig. Aplicación cuestionario. 29<sup>3</sup>

## 8. RESULTADOS

Entre las edades de las cuidadoras existe una variación muy amplia donde existen las siguientes:

24, 26, 29, 30, 32, 37, 39, 41, 47, 50, 50, 70 y 73 años.

Se observó una moda de 50 años de edad del total de cuidadoras y una media de 42.15 años de edad. (Tabla 1).

Edad	Número de cuidadoras	Porcentajes
24	1	7.7%
26	1	7.7%
29	1	7.7%
30	1	7.7%
32	1	7.7%
37	1	7.7%
39	1	7.7%
41	1	7.7%
47	1	7.7%
50	2	15.4%
70	1	7.7%
73	1	7.7%
Total	13	100.0%

Tabla 1. Edades de las cuidadoras. <sup>35</sup>

Con respecto a la escolaridad la mayoría de las cuidadoras, 7 exactamente, tenían la licenciatura terminada o en curso, mientras que 2 eran técnicos auxiliar en educación, 1 estudio hasta bachillerato, 1 finalizó la secundaria, 1 la primaria y una única cuidadora no tenía estudio alguno. (Gráfica 1).



Gráfica 1. <sup>35</sup>

Los conocimientos que tenían acerca de temas respecto a la boca de los pequeños y su salud general, según los cuestionarios realizados se observa en la siguiente tabla, un antes y un después de la aplicación de cuestionarios y del programa: (Tabla 2)

Pre encuesta Número de cuidadoras Conocen	Conocimientos	Post encuesta Número de cuidadoras Conocen
2	Salud bucal	10
3	Enfermedad bucal	9
1	Prevención	8
11	Relación salud bucal y salud general	12
11	Uso de fluoruro	13
12	Frecuencia caries	13
13	Cuidados en bebes	13
13	Causa principal de caries	13
13	Importancia de promoción de salud bucal.	13

Tabla 2. Tabla comparativa según los conocimientos antes y después del programa aplicado <sup>35</sup>

Respecto a si la odontología debe ser preventiva o curativa se obtuvieron los siguientes datos pre y post aplicación del programa: (Gráfica 3 y 4)



Gráfica 3. Pre aplicación.<sup>35</sup>



Gráfica 4. Post aplicación.<sup>35</sup>

## 9. CONCLUSIONES

La elaboración y aplicación de programas de educación para la salud es importante para la labor social que se tiene como servidores públicos y habrá quienes por el entorno social al que pertenece se verán beneficiados por estos.

Esta investigación ayudó a comprender el ámbito en que se desarrollan pequeños que viven en calidad de vulnerabilidad en algún momento de su corta vida y como es que al vivir en hogares que los acogen temporalmente los ayudan brindándoles una mejor calidad de vida, y existe quién les apoya en sus cuidados diarios como es el aseo bucal.

Se identificó el grado de desconocimiento sobre el tema de las personas que se dedican a la atención de estos infantes, así como los riesgos que los propician a padecer alteraciones en boca y gracias a la aplicación del programa se logró mejorar ese conocimiento para que con ello las cuidadoras logren un óptimo cuidado en la cavidad oral de los pequeños que se encuentran bajo su tutela.

Es importante hacer un seguimiento de este programa, para reforzar los conocimientos y actualizar a las cuidadoras sobre temas relevantes para dar un mayor impacto positivo a la calidad de vida de los pequeños y con ello se lograr un cambio significativo

Sería de gran apoyo realizar y aplicar programas de Educación Para la Salud Bucal, según las necesidades de la población a la que se dirija para poder prevenir enfermedades bucodentales y mejorar sus condiciones de vida.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaimes A, Izquierdo M. Los niños y niñas un grupo vulnerable. Rev sobre la infancia y la adolescencia [seriada en línea] Marzo 2014; 6 (1) [21 páginas] Disponible en: <https://ojs.cc.upv.es/index.php/reinad/article/view/1790/2988>
2. Agencia de Gestión Urbana de la Ciudad de México. Inicia CDMX campaña para promover lactancia materna: se anuncia dos bancos de leche y 92 lactarios. [en línea]; [1 página] Disponible en: <http://data.agu.cdmx.gob.mx/inicia-cdmx-campana-para-promover-lactancia-materna-se-anuncian-dos-bancos-de-leche-y-92-lactarios/>
3. UNICEF México [en línea]; [1 página]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html> Consultado Marzo 2017
4. Medina, C; Maupomé, G; Avila, L; Pérez, R; Pelcastre, B; Pontigo, A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed [seriada en línea] 2006; 17(4) [18 páginas] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>
5. Hogar y Futuro A.C. [en línea]; [4 páginas]. Disponible en: <http://www.hogaryfuturo.org/hogaryfuturo.html>
6. Figura. 1 <https://www.facebook.com/148934841821776/photos/a.748364558545465.1073741842.148934841821776/748364928545428/?type=3&theater>
7. Álvaro Obregón. GOBIERNO DELEGACIONAL 2015-2018. [En línea]; [5 páginas].
8. Figura 2

<https://www.google.com.mx/maps/@19.3270131,-99.266919,3a,75y,281.48h,93.04t/data=!3m6!1e1!3m4!1s28uogWN-FjxYlmfF5WEK1w!2e0!7i13312!8i6656>

9. Figura 3

<https://www.google.com.mx/maps/@19.3267811,-99.2669464,17.98z>

10. Figura 4

<http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=%C1guilas>

11. Pedroza, S & Gutiérrez, R. Los niños y niñas como grupo vulnerable: una perspectiva constitucional. México, D.F. (2001): Universidad Nacional Autónoma de México [20 páginas]

12. Figura 5

<http://tamarindoexpress.com/trabajos-con-ninos-necesitas-el-certificado-de-delitos-sexuales/>

13. Figura 6

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14850195>

14. Figura 7

[http://higienebucalucacue.blogspot.mx/2015\\_07\\_01\\_archive.html](http://higienebucalucacue.blogspot.mx/2015_07_01_archive.html)

15. Aguilar, F; Duarte, C; Rejón, M; Serrano, R; Pinzón, A. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Rev Acta pediátr. [seriada en línea] México Julio - Agosto 2014; 35 (4) [8 páginas]

Disponible

en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a2.pdf>

16. Cruz, G; Sánchez, R; Quiroga, M; Galindo, C; Martínez, G. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. Rev Cub de Estom. [seriada en línea] 2014; 51(1) [55-70]

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v51n1/est07114.pdf>

17. Tello, G; Abanto, J; Butini, L; Murakami, C; Bonini, G; Bönecker, M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. Rev "ODONTOLOGÍA" [seriada en línea] Julio – Diciembre 2016; 19 (2) [11 páginas]

Disponible en: <file:///C:/Users/MALIDADELL/Downloads/Dialnet-ImpactoDeLosPrincipalesProblemasDeSaludBucalEnLaCa-5815884.pdf>

18.Figura 8

<http://clinaruiz.com.mx/servicios-tratamiento-caries-infantil.html>

19.Figura 9

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art-15/>

20.Pérez, M; Machado, A. Comportamiento de las lesiones traumáticas en niños y adolescentes en un área de salud de Camagüey. Rev MEDICIEGO. [seriada en línea] 2014; 20 (2) [1-9]  
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc142c.pdf>

21.Figura 10

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82863>

22.Pérez, M; Cruz, M; Martínez B. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Rev Avances. [seriada en línea] Abril 2008; 20 (1) [25 páginas] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

23.Eugenia, M; Discacciatti, M. Prevalencia de Enfermedad Gingival en niños con Dentición Primaria. Rev Fac de Odonto. [seriada en línea] 2011; 4 (1) [19-28]

Disponible en: <http://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/980/820>

24.Ramírez, M; Guido, M. Enfermedades periodontales que afectan al niño y al adolescente. Odontol Pediatr. [seriada en línea] Enero-Junio 2011; 10 (1) [39-50] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/revistas/odontologiapediatrica/OP101ENEROJUNIO2011.pdf>

25.Figura 11

<https://deltadent.es/2013/02/22/la-gingivitis-una-infeccion-bucal-que-debe-ser-tratada-a-tiempo/>

26.Figura 12



<https://mind42.com/public/c758ab27-fb05-4863-9186-3bdee9ac92f3>

27.Figura 13

[http://odontopediatriablanca.blogspot.mx/2011\\_07\\_01\\_archive.html](http://odontopediatriablanca.blogspot.mx/2011_07_01_archive.html)

28.Figura 14

<https://es.slideshare.net/SABINAMUNGI/exposicin-de-ortodoncia-extracciones-seriadas-y-guia-de-erupcion>

- 29.Ramírez, J; Bulnes, R; Guzmán, R; Torres, J; Romeo, H. Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, México. *Odontol Pediatr.* [seriada en línea] Enero- Junio 2011; 10 (1) [6-12] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/revistas/odontologiapediatrica/OP101EN EROJUNIO2011.pdf>

30.Figura 15

<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-prevalencia-las-maloclusiones-asociada-con-S2395921516300381>

31.Figura 16

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0estomato--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-1l-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&cl=&d=HASHa3228baa9765ca79fdf5cb.3.3>

- 32.Luna, Matilde; Salvo, I; Rampi, I; Freideles, P. Cuidado de niños pequeños. Modelo para la prevención del abandono y la institucionalización. Buenos Aires, Argentina, julio de 2015; [1-78]

33.Figura 17

[http://www.diariodeleon.es/noticias/provincia/hospital-estren-guarderia-centro-civico-donde-asisten-15-ninos\\_481782.html](http://www.diariodeleon.es/noticias/provincia/hospital-estren-guarderia-centro-civico-donde-asisten-15-ninos_481782.html)

- 34.Mazariegos, M L; Rodríguez, H; Iglesias, C V; Nuncio, M V; Márquez, J A; Silva, A M. Salud bucal del preescolar y escolar. México: Editorial MBM Impresora S.A. DE C.V.; 2011. p.35.

35. Fuente Directa

36. Hogar y Futuro, A. C. [en línea]; [4 páginas].

Disponible en: <https://www.facebook.com/pg/Hogar-y-Futuro-AC-148934841821776/about/>

37. Concepción, T; Sosa, H; Guerra, J. El trauma dental en la Atención Primaria de Salud. Rev. Ciencias Médicas. [seriada en línea] Marzo-abril 2013; 17(2) [69-77] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n2/rpr08213.pdf>

38. Mendoza, L; Meléndez, A; Ortiz, R; Fernández, A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex de Orto. [seriada en línea] Octubre-Diciembre 2014; 2 (4) [220-227]

39. Soto, A; Sexto, N M; Gontán, N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Rev Medisur [seriada en línea] Febrero 2014; 12(1) [11 páginas] Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n1/ms04112.pdf&gws\\_rd=cr&ei=Gcr-WPWbO-i\\_jwSEqrbwBQ](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n1/ms04112.pdf&gws_rd=cr&ei=Gcr-WPWbO-i_jwSEqrbwBQ)

## ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

Cuestionario para cuidadoras y maestras de Casa Hogar y Futuro A.C.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

1. Exprese lo que entiende por:
  - a) Salud Bucal
  - b) Enfermedad bucal
  - c) Prevención
  
2. ¿Dentro de su programa de trabajo se imparte a los niños y niñas educación para la salud bucal?
  
3. Según su opinión, las acciones odontológicas deben ser:  
Principalmente curativas \_\_\_\_\_  
Principalmente preventivas \_\_\_\_\_
  
4. ¿Los hábitos bucales están relacionados con otros problemas de salud del niño?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
5. El flúor que se aplica a los niños tiene como finalidad:  
Eliminar las bacterias que producen las caries \_\_\_\_\_  
Hacer al diente resistente a la acción de las bacterias \_\_\_\_\_

6. Considera que la caries es la enfermedad bucal más frecuente en los niños:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Complete la frase:

La causa principal de la aparición de caries y de la enfermedad en las \_\_\_\_\_ encías \_\_\_\_\_ es:

\_\_\_\_\_

Los alimentos que mas favorecen a la formación de caries es:

\_\_\_\_\_

8. ¿Considera importante hacer promoción de la salud en la escuela?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Por qué? <sup>7</sup>