



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCAL MEDIANTE ESTRATEGIAS PERSUASIVAS
APLICADAS EN TEMOAYA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LUIS ALBERTO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



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.

Agradecimientos

A mi Universidad Nacional Autónoma de México por formarme no solo como profesional, sino como persona con valores y principios. Siempre seré orgullosamente universitario.

A mis padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y poder convertirme en lo que soy.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, durante este periodo escolar, por estar conmigo en cada etapa.

A mi tutora y asesor por apoyarme y ayudarme en todo momento con la realización de mi tesina, ya que sin ellos no hubiera sido posible poder desarrollarla.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	6
2.1 DECLARACIÓN DE ALMA-ATA.....	6
2.1.1 Atención Primaria de Salud	7
2.2 CARTA DE OTTAWA	8
2.3 MUNICIPIOS SALUDABLES.....	10
2.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	13
2.5 MUNICIPIO DE TEMOAYA	19
2.5.1 Delimitación geográfica	20
2.5.2 Macrodelimitación.....	20
2.5.3 Localidad de Juquipilco el Viejo	21
2.5.4 Microdelimitación	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. HIPÓTESIS	24
6. OBJETIVOS	25
6.1 GENERAL.....	25
6.2 ESPECÍFICOS.....	25
7. METODOLOGÍA	26
7.1 MATERIAL Y MÉTODO.....	26
7.2 TIPO DE ESTUDIO	29
7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	29
7.4 MUESTRA	29
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	30
7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
7.7 VARIABLES DE ESTUDIO.....	30
7.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE	30
7.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
7.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	32

8. RESULTADOS.....	33
9. CONCLUSIONES	37
10.REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS	39
ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

La Promoción y Educación para la salud son estrategias que se emplean para la modificación de conductas, lo que permite que las personas tengan un mayor control sobre su salud, así como de su calidad de vida, mediante una serie de herramientas y prácticas personales, ambientales y sociales.

La Atención Primaria de Salud (APS) que es el primer nivel de contacto de la población con el sistema de salud, atiende todo lo referente a la salud de las comunidades con servicios de promoción, prevención, fomento de la salud, tratamientos y rehabilitación.

La Educación para la Salud como herramienta de la Promoción de la Salud, es una estrategia valiosa para ayudar a las personas, familias y comunidades a mejorar sus condiciones de salud y vida, a través de la capacitación para el autocuidado y la toma de decisiones responsables.

El tema de salud es prioritario para todos los grupos etarios, este trabajo se desarrolló con estudiantes de secundaria aplicando un programa de Salud Bucodental con la finalidad de obtener cambios conductuales que redunden en sus estilos de vida.

2. ANTECEDENTES

Es bien sabido que las prácticas de salud fundamentadas en conocimientos, permiten prevenir enfermedades e identificar factores de riesgo.

Desde la aparición de los conceptos de Promoción y Educación para la Salud, las diferentes organizaciones dedicadas a este rubro se han dado a la tarea de la construcción y desarrollo de oportunidades verdaderas (igualitarias) a fin de cambiar los modos de vida y las características del entorno, con el objetivo de crear y recrear una cultura de salud y de vida.¹

2.1 DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

En 1978 la OMS (Organización Mundial de la Salud) en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, Rusia, se planteó un cambio de orientación en las estrategias que deben seguir los servicios de salud, para poder mejorar el estado de salud de la población. Estas acciones están determinadas por acciones preventivas y promoción de la salud. (Figura 1).²



Fig.1 Declaración de Alma-Ata (1978).

Esta Declaración definía tres estrategias principales para promocionar la salud:

- Generar liderazgo para el desarrollo de acciones favorables para la salud.
- Facilitar la creación de ambientes que apoyen la salud.
- Proporcionar información para que las personas puedan tomar las decisiones más adecuadas para su salud y mediar entre distintos grupos para avanzar hacia la salud.

En el mismo documento se expone que la clave para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000” es la Atención Primaria de Salud (APS), la cual forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.³

2.1.1 Atención Primaria de Salud

En la Declaración se define a la Atención Primaria de Salud (APS) como el primer nivel de contacto de la población con el Sistema de Salud, cuya característica es la cercanía a las áreas de vivienda y trabajo. Se enfoca en atender los problemas de salud de la comunidad, con servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.⁴

Las actividades que promueve son: educación para la salud, métodos de prevención, promoción de adecuada nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, así como asistencia materno-infantil, planificación familiar e inmunización, entre otras. Requiere de la participación de todos los sectores involucrados en el desarrollo nacional y comunitario, que con esfuerzos coordinados entre sí, exigen fomentar la autorresponsabilidad, la participación individual y de la comunidad en la planificación y organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, a partir de una educación enfocada a promoverla. Asimismo, dicha declaración establece que es urgente que todos los

gobiernos y la comunidad global protejan y promuevan el grado más alto posible de salud de todos sus habitantes. Exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de establecer, desarrollar y mantener la Atención Primaria de Salud (APS) sobre todo en los países de bajos ingresos; el municipio de Temoaya forma parte, o es parte de estas actividades.⁵

Las ciudades sanas, que fue impulsado inicialmente por la oficina europea de la OMS en 1985, se consolidó un año después tomando como sus “principios” los avances en el concepto de promoción de la salud (PS) propuesto en la Carta de Ottawa (1986).

En 1984, en el congreso denominado “Toronto Saludable, Más Allá de los Servicios de Cuidados de Salud”, realizado en Canadá, se expone que los temas de salud deben ser estudiados y tratados con un enfoque integral.⁶

2.2 CARTA DE OTTAWA

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986, se emite la llamada Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”. En esta Carta se manifiestan avances posteriores a la Declaración de Alma-Ata, fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de un nuevo movimiento para la salud pública en todo el mundo. Los debates se centraron en las necesidades de los países industrializados, pero también se tuvieron en cuenta problemas similares en todas las demás regiones que se toman como base en la Atención Primaria de Salud.⁷

La capacitación de las personas para que mantengan su salud, aumentando y mejorando el control sobre ésta, constituiría el proceso de promoción de la salud, a fin de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Se señalan como condiciones y recursos básicos para el mejoramiento de la salud los siguientes conceptos: paz, cobijo,

educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Las acciones de promoción de la salud implican los conceptos:

- Elaborar una política pública saludable
- Crear entornos de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar las habilidades personales
- Reorientar los servicios de sanidad

La Carta define la promoción de la salud, a partir de empoderar a las personas por medio del conocimiento y proporcionar recursos para mejorar su salud y ejercer el control de ésta, tomando como punto de inicio el concepto de salud integral que abarca el nivel físico, mental y social, con plena satisfacción de necesidades y aspiraciones que propicien calidad de vida. En el documento se plantea la estrategia para impulsar acciones concretas como parte fundamental de la promoción de la salud. Estas estrategias deberán adaptarse a las necesidades locales y posibilidades de cada país.⁸

En América Latina el proyecto llegó auspiciado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en 1991 y se adecuó a las estructuras político-administrativas de los siguientes países: Argentina, México, Panamá, Uruguay, Cuba, Venezuela, Brasil entre otros, para el fortalecimiento de los gobiernos locales. A partir de la política de descentralización que se llevó a cabo, tomó el nombre de “Municipios Saludables”.

Al paso del tiempo y con la apropiación del proyecto en cada región han surgido diferentes nombres, “Comunidades Saludables”, “Barrios Saludables” y “Entornos Saludables”, todos ellos encaminados a lograr un desarrollo integral de las personas, con la participación amplia y responsable de autoridades y habitantes en el bienestar comunitario.

2.3 MUNICIPIOS SALUDABLES

Se dice que un municipio ha empezado el proceso de promover la salud en el espacio geográfico y con los grupos de población involucrados, cuando las organizaciones locales, los ciudadanos y las autoridades elegidas se comprometen y firman una acta de compromiso y ejecutan un plan de acción que mejorará continuamente las condiciones sociales que producen salud y bienestar para todas las personas que viven en ese ambiente. Esencialmente, un Municipio Saludable es un proceso que requiere convicción y fuerte apoyo político, al igual que gran participación y acción de las comunidades.⁹

La OMS define la Ciudad Saludable como aquella que pone en práctica de manera continua la mejora de su ambiente físico y social, utilizando todos los recursos de su comunidad.

Dentro de la estrategia de la OMS “Salud para todos”, las Ciudades Saludables persiguen la salud y la calidad de vida de sus habitantes, a través de:

- I. La construcción de sinergias entre las políticas de salud y las demás estrategias de la ciudad.
- II. Un proceso de desarrollo físico y económico de la ciudad que sea respetuoso con la equidad, la sostenibilidad y el capital social.
- III. La participación de los ciudadanos. (Figura 2).¹⁰



Fig. 2 Logotipo de la OPS y OMS.

La OPS en 1997 definió el término de ciudad saludable como aquella en donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones, las organizaciones públicas y privadas, los propietarios, los empresarios, los trabajadores y la sociedad, dedican constantes esfuerzos al mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armónica con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar solidaridad, la gestión social y la democracia. ¹¹

La concientización de la salud ha sido el resultado de muchos esfuerzos y de muchas ideas. La mayoría de los países desarrollados tenían la idea de que esta organización servía para ofertar tanto en filosofía al querer cambiar sus estilos de vida a estilos de vida saludables, como ayudar a los países del tercer mundo. Fue por primera vez en Toronto, donde surgió la idea de las Ciudades Sanas. Se organizó un congreso titulado “Más Allá de la Asistencia Sanitaria”. El congreso tuvo también sus orígenes, en la conciencia, debido a la creciente necesidad de desarrollar políticas de salud, opuestas a las tendencias que culpabilizan a las víctimas implícitas en el enfoque de promoción de la salud basada en estilos de vida, tan desarrollado en muchos países. La oficina europea de la OMS se dio cuenta de que una de las implicaciones de la visión ecológica de la salud, era que los asentamientos humanos como hábitats, podrían suponer el punto de mira y el contexto para la promoción de la salud, que podría cobrar sentido de una forma muy práctica y que este era especialmente el caso a nivel de la ciudad. ¹²

Los Municipios Saludables en América Latina tienen vida propia. Se han nutrido de la experiencia de los países pioneros de Europa y Canadá; y es posible que la experiencia latinoamericana también pueda retroalimentar a los movimientos similares de los otros continentes.

El municipio es el espacio territorial, social y político en donde se identifican y se manifiestan los problemas, inquietudes y necesidades de las comunidades que los habitan, y por ende, la mejor oportunidad de generar acciones de participación comunitaria y Promoción de la Salud, que mejoren sus condiciones de vida.

En México, el movimiento de los municipios saludables se desarrolló de manera dinámica y constante. En 1993 se firma la Carta Compromiso por la Salud, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León con la participación de once municipios los cuales eran: Apodaca, Monterrey, San Nicolás de los Garza, entre otros. ¹³

En 1994 se crea el Programa de Municipios Saludables operado por la Dirección General de Fomento de la Salud, actualmente Dirección General de Promoción de la Salud.

En 1998 la Red elabora las primeras bases de organización, para regular su funcionamiento y la definición de la estructura orgánica.

En el 2003 ante notario público se crea la Asociación Civil denominada Red Mexicana de Municipios por la Salud que a la fecha está vigente.

(Figura 3).¹⁴



Fig.3 Municipios y Comunidades Saludables en México.

En México participan la Secretaría de Salud, los municipios, así como la OPS y la OMS con su apoyo y asesoría. En junio de 2017 existen en el país 2,446 municipios, de los cuales 1653 están activos. Y 16 delegaciones (alcaldías) políticas activas como lo son: Azcapotzalco, Miguel Hidalgo entre otras incorporadas a la Red Mexicana.

Las 32 entidades federativas que conforman el país, 25 redes estatales están activas dentro de la Red, (de destacan los estados de Monterrey, Jalisco, Durango, Oaxaca, Quintana Roo, Yucatán, Michoacán entre otros. La Red tiene como objetivo que exista agua limpia tanto en calidad para el consumo humano, como el tratamiento de aguas residuales, al igual que la recolección orientada de basura, seguridad pública, actividad física, seguridad alimentaria y nutrición entre otras.¹⁵

2.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD

En 1983, la OMS definió el concepto de Educación para la Salud como: “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.¹⁶ Esta provee las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, donde se incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que los conduzcan a mejorar su salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos respecto a las condiciones de salud propia y colectiva y enseñar a las personas como proteger, promover y restaurar su salud.

Así mismo, la gran estrategia de la Promoción para la Salud es la Educación para la Salud, que se refiere al proceso que permite a las personas poder incrementar el control sobre su salud para así poder mejorarla. No sólo abarca las acciones dirigidas a aumentar las habilidades

y capacidades de las personas respecto a su salud, sino también, a las dirigidas a poder modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades, puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de la salud o no.¹⁷

La OMS define a la Promoción para la Salud como aquella que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención y solución, de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.¹⁸

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global, que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La Promoción de la Salud tiene tres componentes esenciales:

1. Buena gobernanza sanitaria

Se requiere que los formuladores de las políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su gobierno. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione. Estas regulaciones deben ser respaldadas por aquellas que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública.

2. Educación sanitaria

Las personas han de adquirir conocimientos ó aptitudes e información que les permitan tener opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y los servicios de salud que necesitan. Deben tener posibilidad de elegir y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

3. Municipios saludables

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.¹⁹

La estrategia en el área de la salud es definida como: *La combinación cualitativa y cuantitativa de los recursos más apropiada para la realización de un programa de salud, es decir, se combinan los recursos necesarios para poder alcanzar los objetivos deseados por el programa que se llevará a cabo.*²⁰

Se pueden considerar dos grandes grupos de estrategias; por un lado, las dirigidas a la generación de políticas que aborden las circunstancias físicas, sociales y culturales, y por otro lado, las dirigidas a facilitar la capacitación de las personas, comunidades e instituciones para que puedan realizar estrategias participativas de desarrollo comunitario, marketing social, evaluación de redes sociales y abogacía, todas ellas dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud, que son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.²¹

Las estrategias en promoción y educación para la salud, son fundamentales para ponerse en marcha desde el ámbito sanitario para, por un lado, considerar el marco más amplio y cercano a la realidad y, por el otro, favorecer la participación comunitaria. Como los determinantes de la salud son múltiples, se presentan las estrategias más relevantes dirigidas a incidir en éstos:

a. Estrategia de influencia.

Se basa en el modelo de cambio de actitudes, cuyo argumento se sustenta en predisponer positivamente hacia la acción, la facilita. Se apoya en la información, la sensibilización y el cambio de valores. Se puede dirigir a una persona, grupo, o a la comunidad, y se obtienen mejores resultados cuando las personas socialmente relevantes para el grupo o persona objeto de intervención, son las que motivan hacia el cambio. Es la estrategia más utilizada en prevención. La comunicación en esta estrategia debe ser persuasiva para que sea efectiva, y esto se consigue teniendo en cuenta todas las variables que afectan al proceso comunicativo como, la fuente, el mensaje o contenido, destinatario/a/s y medio de transmisión del mensaje. Un ejemplo claro es el uso de medios de comunicación como lo es la televisión o la radio, o el uso de propaganda, folletos etcétera, para lograr el cambio positivo deseado.

b. Estrategia de modificación del medio

Además de que la persona esté informada, motivada y disponga de las habilidades necesarias para llevar a cabo determinada acción, se requiere que el entorno la facilite o, al menos, no la impida. Esta estrategia pretende mejorar los espacios donde se desenvuelven los individuos así como disminuir los factores de estrés en estos espacios y las consecuencias negativas de los riesgos para las personas o la sociedad. También persigue facilitar la realización de comportamientos saludables y dificultar la realización de conductas

no saludables. Temoaya es vivo ejemplo de los resultados obtenidos con las estrategias empleadas para la modificación del medio, por la conservación de su entorno limpio.

c. Estrategia de control

Se basa en el establecimiento de un control externo a la persona o la comunidad, que a corto plazo, restrinja los beneficios del aumento de conductas no saludables y/o introduzca estos, reconocidos y relacionados con el comportamiento a evitar.

Las medidas derivadas de la estrategia de control no enseñan cómo actuar, ya que sólo ponen límites a las actuaciones no deseadas. Por eso, para que sean efectivas, deben utilizarse siempre como complemento de otras estrategias. Como la implementación de actividades físicas al aire libre, que sirvieron para modificar no sólo el parque Azcatl Paqui de Azcapotzalco, (que antes era un basurero y sitio de reunión de indigentes y drogadictos) sino también para cambiar conductas perniciosas.

d. Estrategia de desarrollo de competencias

Esta estrategia, trata de suministrar las herramientas necesarias para poder efectuar el cambio de comportamiento que mantenga o mejore la salud. Se puede y debe contar con las personas que estén más cercanas, sean más influyentes y puedan participar o ayudar en la adquisición o el perfeccionamiento de las habilidades en cuestión. No basta en conocer y tener una opinión positiva frente a determinados comportamientos saludables, sino que deben llevarse finalmente a cabo, cuestión que parece estar positivamente relacionada con la autoestima alta, la autonomía y la capacidad para la toma de decisiones. Esto se puede lograr mediante la aplicación de un programa que demuestra los beneficios de tener una conducta favorable respecto a su salud.²²

Estas estrategias deben cumplir una serie de premisas básicas en cuanto a su diseño e implementación. En primer lugar, resulta fundamental que las estrategias estén contextualizadas, adaptadas a los objetivos y a la población/persona a las que se dirigen. En segundo lugar, deben responder a la globalidad y a la complejidad, lo que se consigue aplicando varias estrategias, de forma que se complementen o refuercen entre sí.²³

Al igual las estrategias serán diversas y cada una de ellas ayudará a la población de cierta forma, como las que concientizan a las personas en los programas de salud pública, programas educativos, o como en el caso de este trabajo, un programa de salud bucodental orientado a una comunidad para la prevención de enfermedades bucales.

La Promoción de la Salud no se basa en campañas y en folletos informativos. Por el contrario, se fundamenta en la utilización de las políticas sanitarias y no sanitarias que no sólo se ocupan de la justicia distributiva, sino que también tratan de maximizar la salud de toda la población con tres objetivos esenciales: maximizar la salud, reducir las desigualdades en salud y favorecer a aquellos que lo merecen, frente a los que no, en función de sus estilos de vida. (Figura 4).



Fig. 4. Canasta de buenas prácticas de Promoción de la Salud.

Al igual ayudan como herramientas de mejora de las condiciones en las que las personas desarrollan su vida y en la capacitación de las mismas, de comunidades y las instituciones relacionadas, para que puedan tomar parte activa en el proceso de mejora de su medio vital y en el abordaje de los determinantes de la salud.

Por último, las estrategias deben dirigirse a la movilización de los recursos y las redes comunitarias del entorno, con el fortalecimiento de las redes de apoyo social informal. De esta manera, se facilitará que los cambios realizados se puedan mantener en el tiempo.²⁴

2.5 MUNICIPIO DE TEMOAYA

Temoaya es uno de los 125 municipios del Estado de México y uno de los 7 municipios que integran la región de Toluca, se ubica al Occidente de la Ciudad de México. El municipio y la cabecera llevan el nombre de Temoaya que se compone de los vocablos Temoa, que significa bajar o descender, y de Yan, que corresponde al efecto de la acción para denotar lugar; por lo tanto Temoaya significa: lugar donde se desciende o cuesta abajo., el origen de esta palabra proviene del Náhuatl “Temoayan”.

(Figura 5).²⁵

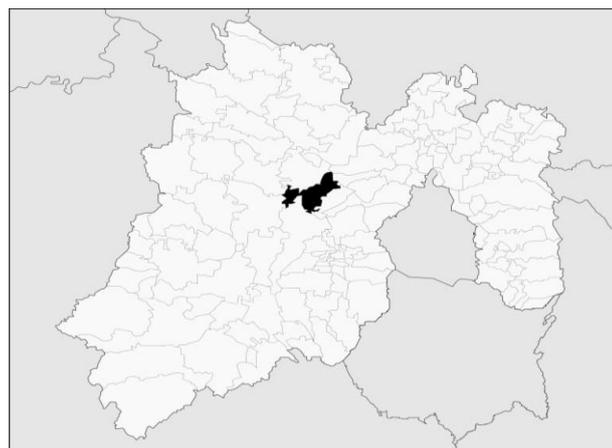


Fig. 5 Municipio de Temoaya

2.5.1 Delimitación geográfica

El municipio se encuentra en la parte centro Norte del Estado de México, en las coordenadas 19°28'50" de latitud Norte y 99°36'12" de longitud Oeste, a una altura de 2,680 metros sobre el nivel del mar.

2.5.2 Macrodeterminación

- Norte: Colinda con los municipios de Jiquipilco y Nicolás Romero
- Sur: Con Toluca y Otzolotepec
- Este: Isidro Fabela, Jilotzingo y Otzolotepec
- Oeste: Ixtlahuaca y Almoloya de Juárez. (Figura 6).



Fig. 6 Macrodeterminación Geográfica de Temoaya

El municipio de Temoaya tiene una población de 90 010 habitantes, según el Censo de Población y Vivienda de 2010(INEGI). De los cuales 43 963 son mujeres y 46 047 son hombres. De ellos, 20 669 habla alguna lengua indígena Otomí o Náhuatl.

Cuenta con 63 localidades entre las más importantes están:

Molino abajo con 4330 habitantes, Enthavi con 4744 habitantes, San Lorenzo Oyamel con 5753 habitantes, San Pedro Arriba con 7040 habitantes, y Jiquipilco el Viejo con 3724 habitantes. ²⁶

2.5.3 Localidad de Jiquipilco el Viejo

La localidad de Jiquipilco el Viejo está situado en el Municipio de Temoaya (en el Estado de México). Tiene 3724 habitantes. Jiquipilco el Viejo está a 2969 metros de altitud a nivel del mar.

2.5.4 Microdelimitación

Jiquipilco El Viejo está al noreste de Tierra Blanca, al sureste de Manzana Sexta Parte Alta y al norte de Luis Donaldo Colosio Murrieta. (Figura 7).

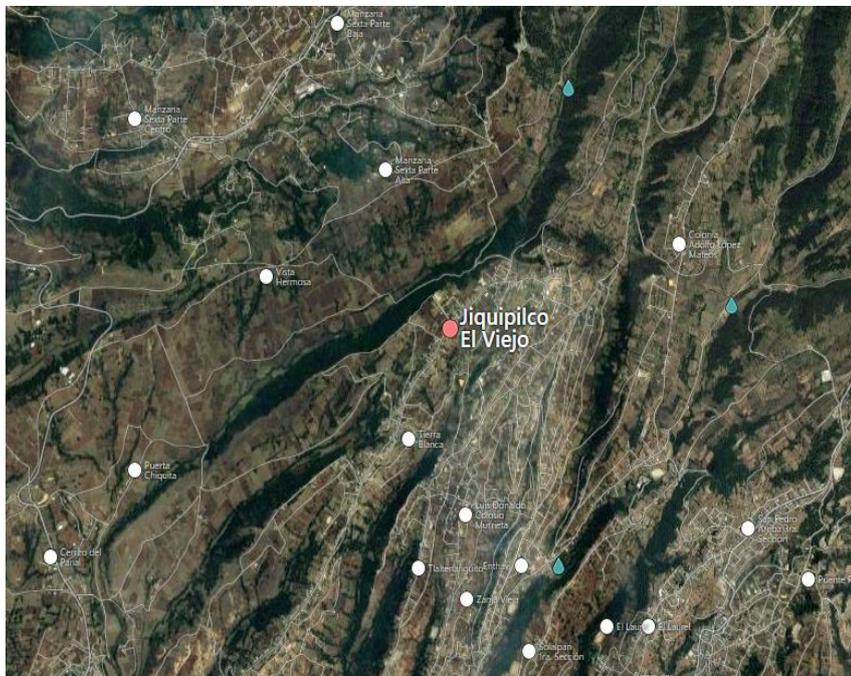


Fig. 7 Microdelimitación Geográfica de Jiquipilco el Viejo

	Localidad de Jiquipilco el Viejo		
Habitantes	Total 3599	Hombres 1812	Mujeres 1787
Idioma indígena	1592 hablan español junto con un idioma indígena otomí o náhuatl.	502 sólo hablan otomí o náhuatl.	1505 hablan español.
Escolaridad	1898 personas no cuentan con estudios.		1002 tienen escolaridad incompleta.
	412 tienen una escolaridad básica.		287 cuentan con educación media.
Edad de los ciudadanos	1487 son menores de edad.	1814 son adultos.	298 son adultos de la tercera edad.
Vivienda	Hay un total de 675 hogares.	438 tienen instalaciones sanitarias.	237 no cuentan con fosas sépticas.
	675 cuentan con luz eléctrica.	Al igual cuentan las 675 con agua.	
Gente que labora en el campo	Del 100% de la población.	53,50% son hombres.	15,09% son mujeres.

Cuadro 1. Localidad de Jiquipilco el Viejo.²⁷

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Miller en su teoría acidogénica, describe que la caries dental es un grave problema de Salud Pública que, afecta según la información publicada por la OMS a más del 90% de la población.

La caries dental es un padecimiento que provoca la desmineralización de los tejidos del diente, causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales por el consumo de alimentos altos en carbohidratos como los refrescos, dulces entre otros. Este deterioro de los dientes está muy influenciado por los estilos de vida: es decir por lo que se come, los hábitos de higiene(cepillado dental y lingual), la presencia o ausencia de fluoruro en ciertos alimentos y agua de consumo, y/o la crema dental que se utiliza (si éste es el caso).

Las caries avanza, puede lesionar al paquete vasculonervioso y por ende provocar dolor o infección, incluso llegar a la pérdida dental. Así mismo la presencia de placa dentobacteriana (microfilm) como factor de riesgo, puede devenir en gingivitis o enfermedad periodontal con el mismo resultado.

4. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo es determinar los conocimientos sobre salud bucodental de los alumnos de la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos” al aplicarles un cuestionario en función a la escala de Likert, y establecer un programa adecuado a las respuestas del mismo.

Este programa de salud bucodental permitirá:

1. conocer el grado o nivel de conocimientos sobre el autocuidado de la salud oral en una muestra de adolescentes.
2. Exponer los contenidos necesarios de la plática para poder promover cambios de estilo de vida y conservar la salud.
3. Identificar aquellas estrategias que producen mayor impacto sobre los pobladores tanto en actitudes como conocimientos, con el fin de disminuir la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal.

Al concluir el programa de Salud Bucodental se aplicara una post-evaluación con la que se busca obtener cambios positivos en la conducta del alumno, como hábitos de higiene bucal saludables. Los datos recabados, permitirán hacer una comparación del desarrollo de conocimientos de los alumnos para saber si el programa de Salud Bucodental propuesto fue el adecuado.

5. HIPÓTESIS

H₁

Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación de la pree-evaluación y la post-evaluación respecto a los conocimientos previos de los alumnos de la secundario oficial No 0605 “José Vasconcelos” versus los conocimientos adquiridos con el programa de Promoción y Educación para la salud.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Evaluar el impacto que tiene un programa de Educación para la Salud Bucal dirigido a una muestra de alumnos de la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos” de la localidad de Jiquipilco el Viejo en Temoaya (Edo. De México) mediante estrategias persuasivas tales como:

6.2 ESPECÍFICOS

1. Determinar el grado de conocimientos que sobre salud bucal tienen los alumnos de la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos” antes de implementar el Programa de Educación para la Salud por sexo.
2. Señalar si la diferencia de conocimientos sobre salud bucal son estadísticamente significativas por género.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevó a cabo en la localidad de Juquipilco el Viejo perteneciente al municipio de Temoaya, Estado de México. Para ello se seleccionó la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos”, con los alumnos del primer grado de secundaria grupo “B”. Primero se tuvo comunicación con el director de la escuela secundaria, para pedir su autorización para aplicar el Programa de Promoción y Educación de la Salud con el fin de lograr cambios voluntarios de comportamientos saludables, y para ello se presentó una exposición (anexo), donde se tocaron temas de prevención relacionadas con:

- I. Caries
- II. Enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis)
- III. Alimentos altos en azúcares
- IV. Técnica de cepillado



Fig.8 Presentación de la exposición.

Se explicaron algunos factores externos que condicionan la enfermedad bucal como los arriba mencionados.(Figura 9 y 10).



Fig. 9 Explicación de temas de prevención.



Fig. 10 Como llevar a cabo el cepillado de la lengua.

Se aplicó una encuesta ya validada por la jefatura de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología (anexo) sobre conocimientos de salud oral con un total de 21 ítems que tendrán respuesta en función a la escala de Likert. (Figura 11).



Fig. 11 Aplicación de la pre-evaluación.

Cabe mencionar que este autor en 1932 propuso un método sencillo y directo para asignar una escala de medición a las actitudes de las personas. La escala Likert le presenta a la persona evaluada, cinco diferentes tipos de respuesta ordenadas en un continuo acuerdo/ desacuerdo, aprobación/ desaprobación, dependiendo de un reactivo en particular.

En este caso sólo se evaluaron tres diferentes tipos de respuesta: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo. ²⁸

Al igual se realizó una pre-evaluación a los alumnos seleccionados antes de montar el curso. Una vez expuesto el programa se aplicó esa misma encuesta por segunda vez, para así tener una escala de medición de las variables: población de estudio, selección y tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, resultados. (Figura 12).



Fig. 12 Aplicación de la post-evaluación.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los alumnos de primer año de secundaria del grupo 1 “B” inscritos en la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos” de la localidad de Juquipilco el Viejo en el municipio de Temoaya, en el estado de México.

7.4 MUESTRA

La muestra estuvo integrada por los alumnos pertenecientes al grupo 1 “B” de la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos” que cumplieron con los criterios de inclusión. La secundaria es un centro de educación localizado en el municipio de Temoaya en el Estado de México.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos inscritos en la secundaria No 0605 “José Vasconcelos” que participaron en el programa de salud bucodental 2018.

7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no asistieron ese día a clases
- Alumnos que no están inscritos en la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos”.

7.7 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad
- Conocimientos
- Género

7.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

Dependiente

- Conocimientos sobre autocuidado de la salud oral
-

Independiente

- Contenidos del Programa Educativo
- Edad
- Género

7.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
EDAD	Cumulo de años.	Cuantitativa	11-14 años
CONOCIMIENTOS	Información almacenada mediante la experiencia y aprendizaje.	Cualitativa	De acuerdo a la escala de Likert.
GÉNERO	Clasificación genotípica y fenotípica.	Cualitativa	1-Masculino 2-Femenino
PROGRAMA EDUCATIVO	Conjunto de acciones implementadas para mejorar las condiciones de educación en la población.	Cualitativa	Se evaluó en función al aprendizaje obtenido.

7.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se empleó el programa EXCEL del paquete office en su versión 2013 para realizar el análisis estadístico de los cuestionarios basados en la escala de Likert.

En cuanto al cuestionario del programa de salud bucodental donde se empleó la escala de Likert, cabe mencionar que previo al programa de salud bucodental se realizó una pre-evaluación, para poder tener un comparativo al realizar después la post-evaluación una vez impartido el programa y así analizar los resultados de los alumnos del grupo 1”B”.

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

Cada pregunta consta de tres ítems:

- 1) De acuerdo
- 2) Ni acuerdo/Ni desacuerdo
- 3) En desacuerdo

El puntaje máximo que se podía obtener en el cuestionario era de 63 puntos, obtenido a través de la suma de todos los reactivos de las preguntas 1-21, se establecieron intervalos para clasificarlo.

1. De acuerdo: 3 puntos
2. Ni de acuerdo/Ni desacuerdo: 2 puntos
3. En desacuerdo: 1 punto

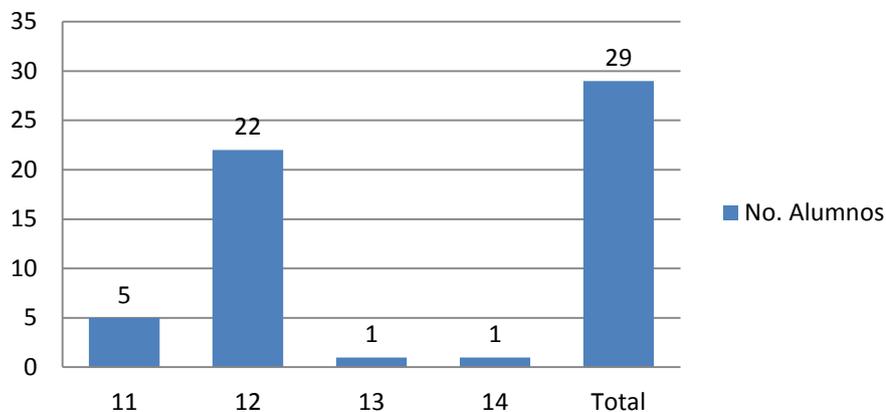
Toda la información anterior se analizó en grupos divididos por edad, conocimientos y género.

8. RESULTADOS

Los resultados serán representados en función de la variable edad, conocimientos y género de los alumnos, quedando el grafiqueo de la siguiente manera:

La distribución por edad pone en evidencia que el grupo de 12 años fue el de mayor número de integrantes (Gráfica 1).

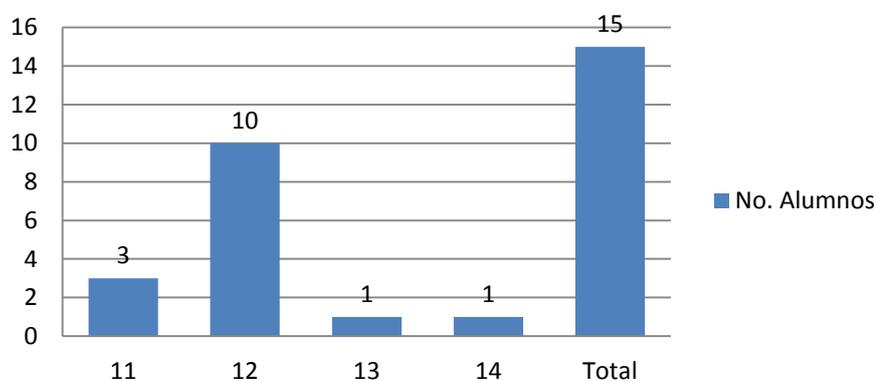
Gráfica 1. Número de alumnos en relación a la edad.



Gráfica 1. Fuente directa

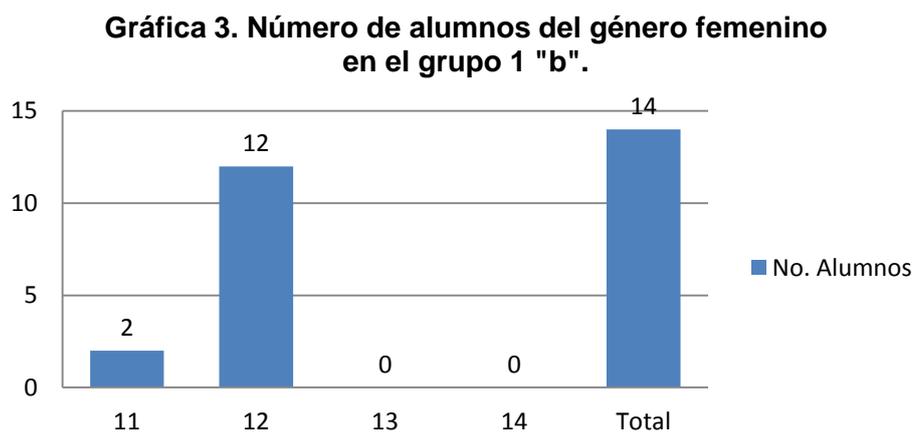
El género masculino presenta más individuos en el grupo de 12 años con un total de 10 (Gráfica 2).

Gráfica 2. Número de alumnos del género masculino en el grupo 1 "b".



Gráfica 2. Fuente directa

Gráfica 3: Se expone una gráfica que marca el rango de edades del género femenino existentes en el grupo 1 "b" de la secundaria oficial No 0605 "José Vasconcelos".



Gráfica 3. Fuente directa

Exponiendo que ambos géneros predomina el grupo de 12 años (gráfica 2 y 3).

Gráfica 4: Cantidad de alumnos por género del grupo 1 "b"

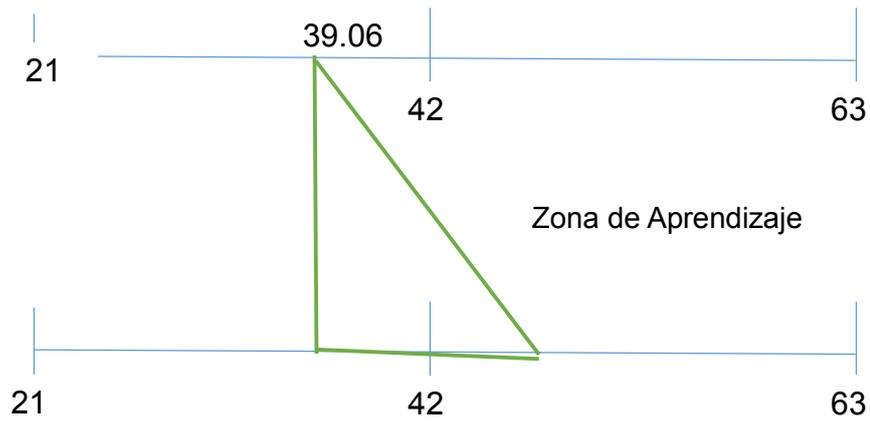


Gráfica 4. Fuente directa

Ahora bien al graficar la distribución porcentual, la mayor parte la representa el género masculino.

Gráfica 5: En la pre-evaluación de acuerdo a la escala tipo Likert, los alumnos del género masculino obtuvieron un total de 39.06 puntos y en la post-evaluación 45.26 puntos.

Pre-evaluación

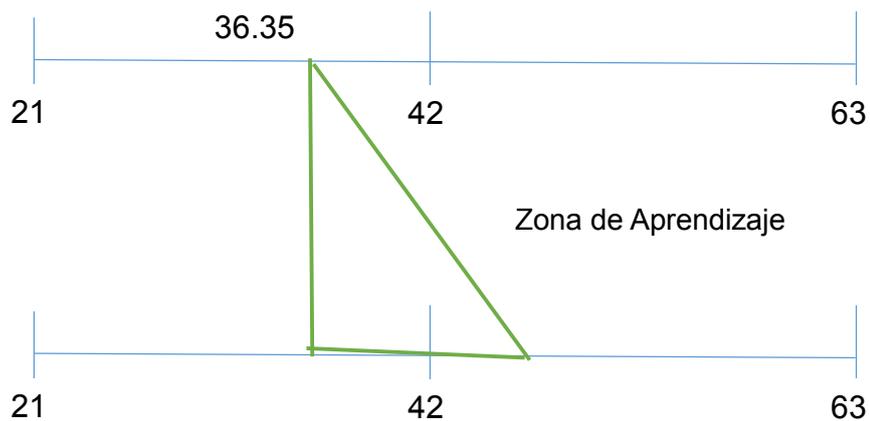


Post-evaluación

Gráfica5. Fuente directa

Gráfica 6: En la pre-evaluación de acuerdo a la escala tipo Likert, las alumnas obtuvieron un total de 36.35 puntos y en la post-evaluación 44.28 puntos.

Pre-evaluación



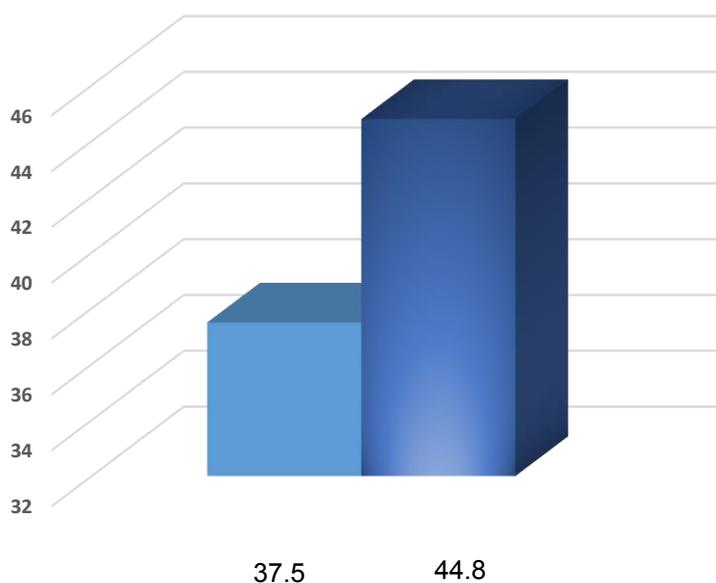
Post-evaluación

Gráfica 6. Fuente Directa

Obtenidos los resultados de la pre-evaluación comparados con la pos-evaluación se puede observar que existe una diferencia en la zona de aprendizaje, en el género masculino el promedio inicial fue de 39.06 puntos y posterior al programa 45.26 puntos con diferencia de 6.20 puntos. En el género femenino, de obtener en la pre-evaluación 36.35 puntos aumentó a 44.28 puntos teniendo como diferencia 7.93 puntos, se puede apreciar, que el género masculino obtuvo mayor puntaje con respecto al género femenino, lo que indica en el género femenino tuvo mayor aprovechamiento del Programa de Salud Bucodental.

De igual forma se pudo contemplar que los puntajes obtenidos ya graficados, del género masculino y femenino se encuentran en un terreno favorable.

Finalmente, al analizar la información desde el punto de vista estadístico se determinó que las diferencias en promedio observadas entre la pre y la post-evaluación puso en evidencia que estas diferencias si son estadísticamente significativas y que el aumento en el conocimiento sobre prevención si se debe a los contenidos que estructuraron la (p= .000).



Gráfica 7. Fuente Directa

9. CONCLUSIONES

Los Programas de Salud Bucodental que se llevan a cabo en la actualidad son muy importantes para el desarrollo de conductas saludables entre la población, se necesitan implementar más, para lograr una concientización mayor en las comunidades y que estos programas sean:



Al conocer los resultados en la pre-evaluación se elaboró el Programa de Salud enfocado y más adecuado, a los errores que obtuvieron los alumnos, reforzando los temas y haciendo hincapié en ellos para después, realizar la post-evaluación e intentar que los resultados fueran significativos.

Una vez aplicado el Programa de Salud Bucodental, se llevó a cabo la post-evaluación obteniendo en las gráficas 5 y 6 comparando los resultados una zona de aprendizaje favorable.

El director de la secundaria mostró interés en continuar con estas prácticas por lo que asistiré cuando él lo solicite.

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

Por último, las estrategias deben ser una herramienta para fortalecer los recursos y redes comunitarias. Esto ayudara a que los cambios realizados se puedan mantener en el tiempo.

Cabe mencionar que la adhesión de Jiquipilco el Viejo al programa

Propuestas.

- Es importante concientizar a los alumnos aplicando el Programa de Salud Bucodental continuamente para reforzar el conocimiento de los mismos y lo puedan llevar a las prácticas más adecuadamente.
- Empelar estrategias de persuasión adecuadas al nivel de aprendizaje de acuerdo al nivel de escolaridad o rango de edad.
- Continuar con el Programa de Salud Bucodental a los diferentes grupos de la secundaria oficial No 0605 “José Vasconcelos”.
- Desarrollar nuevas estrategias para seguir persuadiendo tanto a los alumnos, padres de familia, maestros y comunidad en general.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Fuente J.; Sifuentes M.; Nieto M. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1ª Ed. CDMX México: Editorial El Manual Moderno 2014.
2. Perea R. Educación para la salud y calidad de vida. 1ª Ed. Madrid España: Editorial Díaz de Santos 2011.
3. Martín A.; Cano J.F. Atención Primaria. 5ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier, 2010. Pp. 657-658
4. semFyc. Celebramos el 40 aniversario de la Declaración de Alma Ata: La base constitutiva de la Atención Primaria. [Internet]. Madrid España. [citado septiembre del 2018]. Disponible en:
<https://www.semfyc.es/celebramos-el-40-aniversario-de-la-declaracion-de-alma-ata-la-base-constitutiva-de-la-atencion-primaria/>
5. Hirose H.; Yoshiko B. Ciencias de la Salud. 7ª. Ed. D.F. México: Editorial McGraw-Hill, 2013.
6. Otegui R. Toronto Sustentable. [Internet]. México. [citado septiembre 2018]. Disponible en:
<http://www.sustentator.com/blog-es/2013/11/toronto-ciudad-verde/>
7. OPS Y OMS. Carta de Ottawa. [Internet]. México. [citado septiembre 2018]. Disponible en:
<https://www.paho.org/tierra/index.php/subject-matters/documents/carta-ottawa-promocion-salud>

8. OMS. Municipios Saludables. [Internet]. Washington USA. [citado septiembre 2018]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706:about-healthy-municipalities&Itemid=41981&lang=es

9. OMS. Ciudades Saludables. [Internet]. Washington USA. [citado septiembre 2018].; Disponible en:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-city-pledge/es/>

10. Giménez C.; Salmerón P.; Nieto R. La Promoción de la Salud. 2ª Ed. D.F. México.: Editorial UOC, 2017.

11. Malagón G.; Moncayo A. Salud Pública. 2ª Ed. México D.F.: Editorial Panamericana, 2011.

12. Hernández L. Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. 3ª Ed. México D.F.: Editorial ECOE Ediciones. , 2010.

13. Red Mexicana de Municipios por la Salud Comité Coordinador. Carta Compromiso de Monterrey 1993. [Internet]. Monterrey México. [citado octubre 2018]. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/Carta_Compromiso_de_Monterrey_1993.pdf

14. Secretaria de Salud. Red Mexicana de Municipios por la Salud. [Internet]. CDMX México. [citado octubre 2018]. Disponible en:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/red-mexicana-de-municipios-por-la-salud>

15. Pretell R. Estado de Redes y Municipios Saludables. [Internet]. CDMX México. [citado octubre 2018]. Disponible en:
<https://www.paho.org/redlacpromsa/wp-content/uploads/2017/08/avances-municipios-saludables.pdf>
16. González R., Castro J., Moreno L. Promoción de la Salud en el ciclo de Vida. 1ª Ed. México D.F.: Editorial McGraw-Hill, 2011.
17. Rosas M. Educación para la Salud. 2ª. Ed. D.F. México: Editorial Pearson Education, 2018.
18. Calvo J. Educación y Promoción de la Salud. 1ª Ed. Madrid España: Editorial Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2012.
19. OMS. Promoción de la Salud. [Internet]. México 2016 [citado septiembre 2018]. Disponible en:
www.who.int/features/qa/health-promotion/es/
20. OMS. Estrategia de la OMS para los sistemas de salud. [Internet]. Washington USA 2018. [citado octubre 2018]. Disponible en:
<https://www.who.int/healthsystems/strategy/es/>
21. UNAM. Estrategias y herramientas de Promoción de la Salud. [Internet]. CDMX México 2016. [citado octubre 2018]. Disponible en:
<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2013/12/biblio-basica-1.4.1.pdf>
22. Moya M.; Persuasión y Cambio de Actitudes. Psicología Social. 1ª. Ed. Madrid España: Editorial McGraw-Hill, Interamericana, 2000.
23. Costa M., López E.; Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. 1ª Ed. Madrid España: Editorial Pirámide, 1998.

24. Martín A., Gené J., Subías P.; Actividades preventivas y de Promoción de la Salud. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 5ª. Ed. Madrid España: Editorial Elsevier, 2011.

25. Arzate J. Municipio de Temoaya. [Internet]. Estado de México. [citado septiembre 2018]. Disponible en:

<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15087a.html>

26. SEDESOL. Municipio de Temoaya. [Internet]. Estado de México. [citado septiembre 2018]. Disponible en:

<http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=nacion&ent=15&mun=087>

27. SEDESOL. Localidad de Juquipilco el Viejo. [Internet]. Estado de México. [citado septiembre 2018]. Disponible en:

<https://mexico.pueblosamerica.com/i/jiquipilco-el-viejo/>

28. Londoño J.; Metodología de la Investigación Epidemiológica. 6ª Ed. Colombia: Editorial Manual Moderno, 2017.

Anexos



**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

09/08/2018

Asunto: Consentimiento informado

Señores Padres de Familia
P r e s e n t e s

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia F. Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad, me dirijo a ud. para solicitar su anuencia para la aplicación de una encuesta dirigida a sus menores hijos para identificar el nivel que sobre autocuidado de la salud oral tienen. Esto permitirá estructurar las pláticas sobre salud oral que se impartirán dentro del marco de un programa de salud oral.

La encuesta no requiere de la revisión bucal ni se llevará a cabo actividad alguna que ponga en riesgo la salud de los encuestados, la confidencialidad de la información está garantizada en virtud a que se deberá responder de forma anónima y el resultado del curso se hará del conocimiento de los padres de familia.

Coloque una cruz en el recuadro de aceptación o no aceptación, según sea su decisión y coloque su nombre y firma.

Acepto No acepto

Nombre y firma

Agradezco la atención que preste a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

“Por mi raza hablará el espíritu”

Ciudad Universitaria, DF a 29 de agosto del 2018.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre _____ Edad

Ocupación de los padres Padre Madre

1) obrera(o) 2) empleada(o) 3) comerciante 4) profesional 5) hogar 6) desempleada(o)

¿Cuántas veces cepillas tus dientes al día?

1) después de cada comida 2) dos veces al día 3) una vez al día 4) a veces 5) ninguna

¿Con qué cepillas tus dientes?

1) pasta, cepillo e hilo dental 2) pasta cepillo 3) cepillo 4) ninguno

Como realizas la higiene de tu boca?	

¿Cómo consideras tu salud oral? 1) excelente 2) buena 3) regular 4) mala 5) no sé

¿Sangran tus encías al cepillarte los dientes? ¿Se te forma una macilla

alrededor de tus dientes? Si No

Es suficiente cepillar los dientes una vez al día

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

No es necesario cepillar la lengua de los niños porque puede provocar vómito y sangrado

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

Consumir dulces y refrescos no afecta a los dientes

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

No se debe limpiar la encía con una gasa porque puede sangrar

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La macilla blanda que se forma sobre los dientes tiene bacterias y ésta produce picaduras en los dientes

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La macilla que se forma sobre la superficie de los dientes se llama biofilm

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La caries es una enfermedad de los dientes que produce el desgaste de los dientes

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La caries dental se desarrolla debido el consumo de alimentación rica en carbohidratos

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La macilla que se forma sobre la superficie de los dientes se llama también placa dentobacteriana

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

Los dulces, refrescos y azúcares aportan energía para que las bacterias puedan picar a los dientes

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

El fluoruro no debe emplearse en pastas dentales porque raya al esmalte dentario

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

El fluoruro fortalece la capa dura del diente evitando su desgaste

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La caries se previene lavándose los dientes con frecuencia y evitando alimentos ricos en azúcares

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

El cepillado de dientes se puede hacer sólo con agua y cepillo

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

Cuando un pequeño presenta placas blanquecinas en la lengua no deben cepillarse los dientes ni la lengua

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La placa dentobacteriana se forma por consumir comida como: verduras y frutas

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

El cepillado de los dientes en la noche es el más importante porque se acumula más bacterias en el diente

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La aplicación de fluoruro hace más gruesos a los dientes

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La inflamación de la encía se llama gingivitis

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

Es normal que los molares se piquen desde que aparecen en la boca de los niños

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

La inflamación de las encías no se puede modificar con cepillado

DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO



Facultad de Odontología



Salud bucal y
medidas higiénicas
disponibles

Por falta de cepillado dental se forma la placa dentobacteriana que es una Película o capa integrada por bacterias que se acumula en la superficie de los dientes.



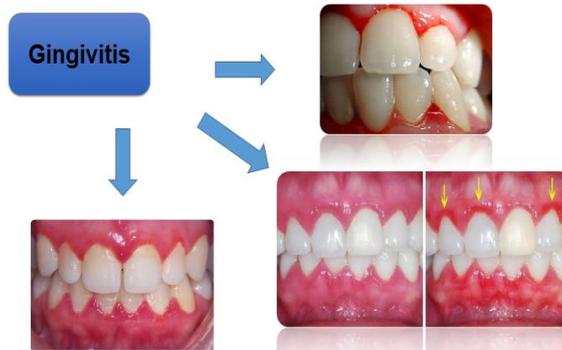
Caries dental

Enfermedad que se caracteriza por la desmineralización de los tejidos dentales a causa de los ácidos que producen las bacterias

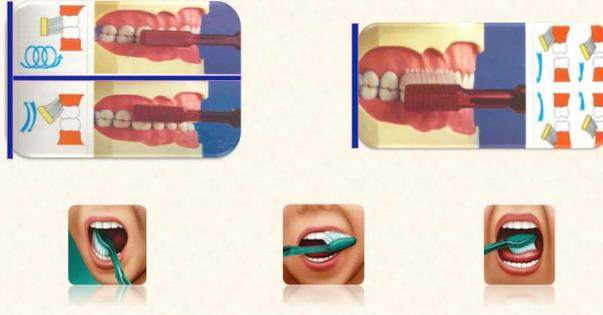


halitosis

Enfermedad Periodontal



Higiene bucal . . . cepillado



La lengua debe cepillarse porque entre sus papilas quedan restos pequeñísimos de alimentos y bacterias



Imagen microscopio electrónico



EVITA



Beber varias personas de la misma botella porque se mezcla la saliva de todos

SI... PROCURA



GRACIAS