



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE
SALUD ORAL DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE
ESCOLARES RESIDENTES EN SAN GREGORIO
ATLAPULCO, XOCHIMILCO 2019.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LUDIM GALICIA XOLALPA

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



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.

A mis padres: Ludim y Sergio sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, solo deseo que entiendan que el logro mío, es logro suyo y que el motivo que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo y amor. Los amo con todo mi ser.

A Dios: Por cuidarme, protegerme en tantos años de mi vida.

A mi abuelita: Hortensia que a pesar por todas las dificultades que ha pasado sigue con nosotros, ella que con sus palabras de aliento me han llevo a concluir este sueño que no fue sencillo.

A mis hermanas: Idain y Jocabed por tenerme paciencia y a apoyarme en todo momento, por su amor, cariño, por las risas y los momentos que hemos compartido juntas. Las amo.

A mis tías: Norma y Xóchitl por todo su apoyo en momentos difíciles y ese amor que me brindan.

A mis amigos: Lucía, Edith, José Antonio, Diana, Norma, Juan Carlos, Daniela, Estefanía y Denisse que juntos pasamos por momentos felices, triste, de angustia, pero hemos aprendido a salir adelante, gracias por estar siempre a mi lado con su cariño y apoyo en todo momento.

A la mi tutora la Dra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo: Que es un ser humano único de admirar por toda la dedicación y entrega que pone en su trabajo, muchas gracias por su paciencia y dedicación en el desarrollo de mi tesina.

A mis pacientes: Por que en algún momento pusieron su vida en mis manos, sin conocerme, por su asistencia en cada una de mis citas jamás hubiera podido llegar a este momento.

*Para terminar a mis doctores que me han ayudado en mi formación y a mi alma materna la **UNAM**, porque gracias a ella he vivido la mejor etapa de mi vida como estudiante. Siempre estaré agradecida y orgullosa de haber pertenecido a una de las mejores universidades de América Latina.*

*“Los obstáculos son las cosas horribles que ves al apartar tus ojos de la meta.”
Henry Ford.*

“Por mi raza hablara el espíritu”

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	8
2.1 Educación y promoción para la salud oral	8
2.2 Educación para la salud	10
2.3 Promoción de la salud	11
2.4 Salud oral	12
2.5 Programas de salud oral	12
2.6 Modelos educativos aplicados	16
2.7 Conocimientos de los padres sobre salud oral	19
2.8 Características dentales en niños y principales enfermedades en la infancia	20
2.9 Higiene oral y alimentación	27
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
4. JUSTIFICACIÓN	33
5. HIPÓTESIS	34
6. OBJETIVOS	34
6.1 General	34
6.2 Específicos	35
7. METODOLOGÍA	36
7.1 Material y método	36
7.2 Tipo de estudio	39
7.3 Población de estudio	39

7.4 Muestra	39
7.5 Criterios de inclusión	39
7.6 Criterios de exclusión	39
7.7 Variables de estudio	39
7.8 Operacionalización de las variables	40
7.9 Análisis de la información	41
7.10 Consideraciones éticas	41
8. RESULTADOS	42
9. CONCLUSIONES	48
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	52
Anexo 1	52
Anexo 2	53

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reconoce que para que las enfermedades declinen en su tendencia es importante desarrollar hábitos de vida saludables que requiere un trabajo multidisciplinar como médicos, odontólogos y maestros por mencionar algunos, multisectorial se refiere a la participación de los sistemas de salud que oferten atención a la población, gobierno que financie al sector salud, legislación sanitaria que sea el marco jurídico de la prestación de servicios de salud y participativo.

Cuando se habla de participación no solo se habla del gobierno y las secretarías o ministerios de salud, se habla del concepto de participación poblacional donde la población participe activamente, se una en alianzas para poner en práctica las actividades preventivas, cooperar con trabajo, fondos o materiales y la asistencia para participar en programas desarrollados una institución.

Para lograr lo anterior es importante considerar que los cambios de estilos de vida deben ser compartidos, informados, publicados y promovidos, entonces se habla de promoción y en el terreno de la salud y la enfermedad se denomina promoción de la salud, ella es parte vital del proceso de educación para la salud cuyo objetivo es que una vez compartido el conocimiento los individuos pongan en prácticas actividades que eviten la presencia de las enfermedades, se empoderen y cambien su posición de objeto de estudio al de sujeto de acción.

Las Escuela, como centro educativo resulta ser un escenario vital para trabajar con lo que se denomina “población cautiva” constituida por los escolares ubicados en un mismo espacio geográfico y donde la edad juega un papel importante ya que se ha probado que en edades de 6 a 12 años la

mayoría de los hábitos adquiridos suelen persistir durante toda la vida y las evidencias científicas que sustentan a los programas de salud han demostrado que es importante impulsar y fomentar los temas de salud donde participen activamente los profesores además de los padres de familia para lograr lo que en otros países se conoce como Escuelas Promotoras de Salud.

2. ANTECEDENTES

2.1 Educación y promoción para la salud oral

En los últimos 41 años las instituciones de salud han reconocido a la educación para la salud como la mejor estrategia de las actividades preventivas para comunicarse con los individuos y transformarlos de objeto de estudio a sujetos de acción, es decir, el empoderamiento que los individuos desarrollan a través del conocimiento de medidas preventivas es el principal objetivo de la educación para la salud.

El 12 de septiembre de 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud se reunió en Alma-Ata capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakhstan (figura1), organizada por la OMS y UNICEF expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, se reunieron los representantes de 134 naciones que convinieron en los términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de la salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.^{1,2}



Figura 1 Alma-Ata (Kazakhstan), cuna de la Declaración de Alma-Ata 1978. ¹

La Declaración de Alma-Ata, menciona que deberían ser estimuladas acciones de los diferentes representantes internacionales en el sentido de disminuir las diferencias en el desarrollo económico y social de los países para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, reduciéndose la falta de acciones existentes entre el estado de salud de los países en desarrollo y los desarrollados. Se llegó al consenso de que promover y proteger la salud de los pueblos es esencial para el continuo desarrollo económico y social y, consecuentemente, condición única para la mejoría de la calidad de vida de los hombres y para la paz mundial.² (Figura 2)



Figura 2 Logotipo de la Conferencia de Alma-Ata 1978.¹

El llamado lanzado en Alma-Ata fue un marco fundamental y representó un punto de partida para otras iniciativas. En 1986, la Carta de Ottawa, elaborada durante la Conferencia de Canadá, listó condiciones y recursos fundamentales, identificando campos de acción en la promoción de la salud y destacando la importancia de la equidad.^{3,4} En 1988, la Conferencia de Australia enfatizó la

importancia de las políticas públicas como presupuesto para vidas salubres, destacando la responsabilidad de las decisiones políticas, especialmente las de carácter económico para la salud. En Suecia, fue organizada la tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1991.

La cuarta Conferencia fue realizada en Bogotá, Colombia, en 1992, orientando la discusión para la situación de salud en América Latina, en la búsqueda de transformar las relaciones existentes y conciliar intereses económicos y propósitos sociales de bienestar. El documento elaborado reiteró la necesidad de más opciones en las acciones de salud pública, orientadas para combatir el sufrimiento causado por las enfermedades oriundas del subdesarrollo y de la pobreza, y también las derivadas de la urbanización y de la industrialización en los países en desarrollo. En 1998, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una Declaración reiterando la estrategia de Salud para todos en el Siglo XXI y la necesidad de implementación de nuevas políticas nacionales e internacionales. En todos los documentos citados previamente se menciona el desafío de reorientación de los servicios de salud.⁵

2.2 Educación para la salud

Según la OMS la Educación para la salud es el proceso planeado y manejo de investigación para lograr mejorar la salud en una población.

La educación para la salud puede dividirse en diversas series de proceso:

Entendimiento de la causa básica de la enfermedad.

- Identificación de los factores casuales esenciales.

- Aprobación de mensajes con base científica y socialmente aceptables para el público en el cual se pretende fomentar cambios benéficos de conducta.
- Comunicación asegura que la información clave se transmita de manera comprensible para la audiencia blanco correcta, en un contexto y momentos adecuados

La educación para la salud es vista como un elemento importante en la promoción de la salud.⁶ La educación cobra vital importancia en la salud infantil, así como en el desarrollo del individuo, y lograr un impacto social de largo alcance.⁷ La educación para la salud oral se interpreta como propiciar a los pacientes información relevante acerca de su salud dental, con base a evidencias científicas. Las habilidades necesarias para llevar a cabo la educación para la salud oral comprenden comunicación, motivación, enseñanza y capacitación.⁶

2.3 Promoción de la salud

En 1986, la OMS organizó en Canadá una conferencia internacional con el fin de desarrollar un enfoque distinto y más radical de la prevención y la educación sanitaria. La Carta de Ottawa, definía el concepto de promoción de la salud como el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan, de este modo, mejorarla.

La carta de Ottawa, propuso cinco áreas de actuación:

- Desarrollar de habilidades personales. Se trata de ir más allá de la simple transmisión de información al promover la comprensión y facilitar el desarrollo personal y social, con el fin de capacitar a los individuos para emprender acciones para mejorar su salud.

- Reorientación de los servicios de salud. Consiste en dirigir la atención más allá de las responsabilidades de proveer asistencia curativa.
- Promoción de políticas saludables. Busca ampliar la visión que sobre la salud tienen no solo las actuaciones sanitarias si no, en general, las políticas en todos los sectores.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria. Se consigue el apoyo concreto y efectivo de la acción comunitaria en la definición de prioridades.
- Creación de ambientes favorables. Es preciso evaluar el impacto del ambiente y clarificar las oportunidades de llevar a cabo los cambios que conducen a la salud.⁸

La promoción de la salud oral comprende la educación para la salud oral, pero mira hacia un panorama más amplio e incluye la intervención de estrategias de planeación y evaluación, la identificación e interacción con agencias e individuos importantes .⁶

2.4 Salud oral

Según en las declaraciones de Alma-Ata dice que, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental.¹

La OMS ha definido la salud oral como un estándar de los tejidos orales y relacionados que permite que un individuo coma, hable y socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye al bienestar general. ⁶

2.5 Programas de salud oral

La Organización mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura (UNESCO),

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Consejo de Europa apoyan el desarrollo de Programas de Educación para la Salud en las escuelas, al permitir Promocionar y Educar en Salud, abarcando a la mayoría de la población.⁸

Los programas de Educación para la Salud requieren de la implicación y participación de toda la comunidad. Para aumentar la eficacia de estos proyectos, es necesario que se incluyan dentro del Proyecto Educativo de Centro (PEC), ya que es el marco adecuado que permitirá actuar con garantía, al facilitar por parte de toda la comunidad educativa, la adopción de estilos de vida saludables, en un ambiente favorable a la salud, a partir de la integración de contenidos curriculares, así como el fomento de un entorno seguro y saludable. Los centros escolares son los lugares más recomendados para llevar a cabo la Educación para la Salud Bucodental por diversos motivos: la edad en la que los niños se encuentran en la escuela es considerada el momento idóneo para adquirir hábitos y estilos de vida saludables, que se prolongarán para toda la vida, como podría ser el correcto cepillado de los dientes y una sana alimentación.⁷ (Figura 3)

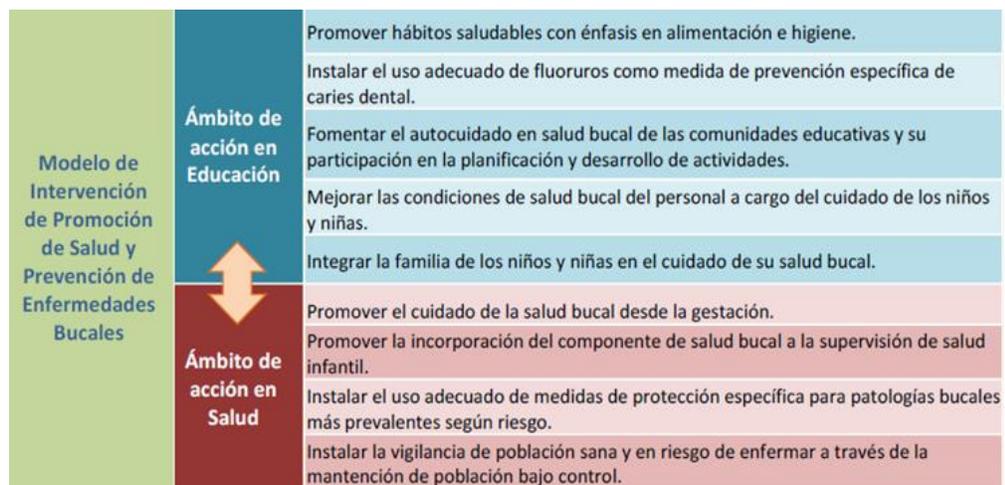


Figura 3 Modelo para la promoción y prevención de salud oral.¹²

Debemos considerar que las escuelas son puntos de concentración de alumnos, profesores y padres de familia, lo que permite trabajar de manera conjunta, reforzando en el hogar, aquello que se trabaja en la escuela se ha observado que existe una relación entre los objetivos educativos y los objetivos de salud, de manera que la salud de los escolares, influye en el aprendizaje de los alumnos, así como en sus conductas educativas. Las bases políticas para el programa de salud bucal de la OMS que se define como: la salud bucal es parte integral y esencial de la salud general, la salud bucal es un factor determinante de la calidad de vida, algunas enfermedades bucales comparten factores de riesgos con algunas enfermedades crónicas no transmisibles, un apropiado cuidado bucal reduce la mortalidad prematura y los factores sociales , ambientales y del comportamiento desempeñan un papel significativo sobre salud / enfermedad bucal.

Los elementos más significativos de estos programas:

- I) La educación para la reducción del consumo de azúcar.
- II) La fluoración de los acueductos donde fuera factible.
- III) El uso adicional y apropiado de otras fuentes de flúor.
- IV) los programas efectivos de educación en salud para los niños, padres y otros adultos que debían enfatizar en el autocuidado.
- V) los programas preescolares y escolares con énfasis en la prevención de las enfermedades.

VI) los programas y fondos necesarios para asegurar el recurso humano auxiliar y profesional motivado para trabajar en prevención.⁹

Programas de salud oral en México

En México el diseño de los programas preventivos de salud bucal (PPSB) está basado en evidencias de Salud Pública como son la epidemiología de la caries dental y la enfermedad periodontal, implementados desde 1959 por la secretaria de salud y la secretaria de educación pública, y se establece el Programa Nacional de promoción y cuidado de la salud de los preescolares y escolares del sistema educativo Nacional, incluyendo el desarrollo de acciones que mantengan la salud bucodental como programa nacional educativo preventivo contra la caries dental y periodontopatías en preescolares y escolares.⁹

A finales de la década de los ochenta se implementó el Programa de Fluoruración de la sal y con el fin de evaluar el impacto de esta y otras medidas de Salud Pública.¹⁰

La NOM-013-SSA-2015 la estrategia del programa de fluoración de la sal y el programa educativo preventivo se implementaron con el esfuerzo del sector salud, siendo una de las grandes intervenciones de salud pública en México, con más éxito que ha ayudado al cambio del perfil epidemiológico en nuestro país.¹¹

A partir de 1997 se organizan ciertas acciones educativas y preventivas en algunas escuelas, utilizando fluoruro de sodio en bajas concentraciones con la técnica de Bojanini, para autoaplicaciones. En el año de 1981, se inicia el Programa de Atención a la Salud en áreas marginadas, en grandes urbes; se integran estas acciones al

Programa de Acción a la Salud bucal, como subprograma educativo preventivo, realizando autoaplicaciones de fluoruro de sodio al 0.2% con la técnica de Torrell y Ericson. Se extiende la cobertura a un mayor número de escuelas primarias de la Secretaría de Educación Pública (SEP).¹²

El Programa Nacional de Salud (1989-1994), impulsa con carácter prioritario la educación y fomento de la salud, propiciando la responsabilidad ciudadana de proteger la salud individual y familiar, a través de la salud pública y social. En 1989 se firma SSA-SEP para el desarrollo del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los preescolares y escolares del Sistema Educativo Nacional incluyendo la ejecución de acciones que mantengan la salud bucodental.¹² la odontología tiene un papel muy importante en la salud pública, primordialmente cuando la práctica esta orientada a la población infantil.

En México, la ley General de la Salud contempla dentro del artículo 27 la prevención y control de las enfermedades bucales. La atención dental en nuestro país es proporcionada tanto por el sector público como el privado, las instituciones que conforman el sector salud ofrecen un conjunto de servicios con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.⁹

2.6 Modelos educativos aplicados

Los modelos educativos son visiones sintéticas de teorías o enfoques pedagógicos que orientan a los especialistas y a los profesores en la elaboración y análisis de los programas de estudios; en la sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje, o bien en la comprensión de alguna parte de un programa de estudios. Estos deben

estar sustentado en la historia, valores profesados, la visión, la misión, la filosofía, objetivos y finalidades de la institución.

Según Antonio Gago Huguet un modelo educativo es una representación ejemplar del proceso de enseñanza-aprendizaje, en la que se exhibe la distribución de funciones y la secuencia de operaciones en la forma ideal que resulta de las experiencias recogidas al ejecutar una teoría del aprendizaje.¹³

2.6.1 Teoría del aprendizaje

Conductismo

El conductismo deseaba demostrar que la psicología es una auténtica ciencia. Pavlov es un psicólogo y fisiólogo ruso célebre en la historia de la psicología por sus aportaciones al conductismo. Él defendía el condicionamiento clásico. Este tipo de aprendizaje se produce cuando se asocian más o menos al mismo tiempo dos estímulos, uno incondicionado y otro condicionado. El incondicionado provoca una respuesta natural en el cuerpo y el condicionado la empieza a desencadenar cuando se vincula al anterior.

Esta teoría explica procesos como la generalización de los estímulos, saber que todos los semáforos en verde nos dicen que podemos cruzar, o la extinción, cuando dejamos de dibujar porque ya no nos dan premios en el colegio.

Cognoscitivismo

La teoría de Bandura hizo hincapié en el papel de las variables sociales y unió la perspectiva conductista con la cognitiva, enfoque que prioriza el estudio de los procesos mentales. Afirma que casi todas nuestras conductas se adquieren por observación e imitación.

Tenemos la última palabra a la hora de decidir cómo queremos actuar, pero los modelos a los que estamos expuestos nos influyen mucho.

Constructivismo

Ausubel es uno de los máximos exponentes del constructivismo y fue muy influido por Piaget. Este psicólogo y pedagogo opinaba que para que la gente aprenda es preciso actuar sobre sus conocimientos previos.

Esta teoría est. muy centrada en la práctica. El aprendizaje significativo contrasta con el aprendizaje de memoria porque produce conocimientos mucho más duraderos que se interiorizan mejor. Con el tiempo los conceptos se van relacionando y jerarquizando para ahorrarnos muchos pasos cada vez que queramos hablar sobre un tema determinado o hacer cosas. ¹⁴

Modelo constructivista

El modelo del constructivismo o perspectiva radical que concibe la enseñanza como una actividad crítica y al docente como un profesional autónomo que investiga reflexionando sobre su práctica, si hay algo que difiera a este modelo es la forma en la que se percibe al error como un indicador y analizador de los procesos intelectuales; para el constructivismo aprender es arriesgarse a errar (ir de un lado a otro), muchos de los errores cometidos en situaciones didácticas deben considerarse como momentos creativos.

Para este modelo la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, es en cambio la organización de métodos de apoyo que permitan a los alumnos construir su propio saber. No aprendemos

sólo registrando en nuestro cerebro, aprendemos construyendo nuestra propia estructura cognitiva. Es necesario entender que esta modelo está fundamentada primordialmente por tres autores: Lev Vygotski, Jean Piaget y David P. Ausubel, quienes realizaron investigaciones en el campo de la adquisición de conocimientos del niño.

Este modelo se opone al aprendizaje receptivo o pasivo que considera a la persona y los grupos como pizarras en blanco o bóvedas, donde la principal función de la enseñanza es vaciar o depositar conocimientos.¹⁵

2.7 Conocimiento de los padres sobre salud oral

Desde inicios del siglo XVIII, pedagogos ilustres refirieron la importancia de las edades tempranas para todo el desarrollo uterino del niño, y a los padres.¹⁶ Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidades de adaptación frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. La madre como primera e insustituible educadora de sus hijos, y es que en estos primeros años el pequeño pasa el mayor tiempo con su madre; ella se convierte en la principal protagonista de la educación de su hijo, le enseña paso a paso el nuevo mundo al que se enfrentara y le proporciona las condiciones necesarias para su satisfacción, tanto física como psicológica.¹⁷ Es indispensable que las madres, junto con la familia, establezcan un horario de vida un ambiente tranquilo para que, desde su infancia, el niño adquiera normas y hábitos que le sirvan para la vida.¹⁸

Para que haya salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la

adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.¹⁷

Las acciones para el cuidado de la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno- infantil. Para la adquisición de información y desarrollo de habilidades se encarga la educación para la salud, esta estimula el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en casa.

Es importante la educación para la salud de preescolares y escolares como refuerzo para la adquisición de actitudes y hábitos saludables de toda la familia, ya que, por medio de las escuelas, los padres/responsables toman conocimiento sobre medidas saludables. Muchas veces los padres de familia no poseen la información necesaria sobre el cuidado de la salud bucal de los niños, por eso capacitarlos se tendrá una mayor eficacia y técnica en el trabajo de promoción y salud bucal.¹⁸

2.8 Características dentales en niños y principales enfermedades orales en la infancia

2.8.1 Erupción dental

La erupción dental es un proceso biológico de migración de un órgano dentario, desde el período de formación del diente, hasta que alcanza el plano de oclusión. Esta representa una serie de fenómenos mediante los cuales el diente se desplaza desde su lugar de desarrollo en el interior del maxilar o la mandíbula, hasta su situación funcional

en la cavidad bucal.¹⁹ Es un proceso presente en el desarrollo de las denticiones, que comprende no solo movimientos en dirección a la posición final de oclusión, sino también a las compensaciones resultantes de desgastes oclusales, es el resultado de la acción simultánea de distintos fenómenos, tales como la calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición ósea alveolar, constituye un proceso fisiológico que participa directamente en el desarrollo del aparato estomatognático.²⁰

La erupción dental es variable tanto en la dentición temporal como en la permanente, observando mayores modificaciones en la cronología que en la secuencia, la cual sigue un orden más estricto de erupción.

Según Braskar, la cronología no se produce de una manera exacta, puesto que es modificada por factores diversos, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, la edad radicular, la edad cronológica, los factores ambientales, las extracciones prematuras de dientes primarios, la raza, el sexo, condiciones socioeconómicas y otros.

La erupción normal ocurre en un tiempo determinado correspondiente a una edad cronológica de la persona, sin embargo, es habitual encontrar en la práctica clínica variaciones de la norma en cuanto al tiempo de erupción.²²

Dentición primaria

En este periodo se ha pasado de una función de succión del neonato a otra función completamente nueva, con la aparición de la dentición temporal (la masticatoria). Se inicia alrededor de los 6 meses y a los 30 meses una vez que se ha completado la erupción de toda la

dentición temporal, se establece la oclusión de los 20 dientes temporales, que son: 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares.²⁰ (Figura 4)

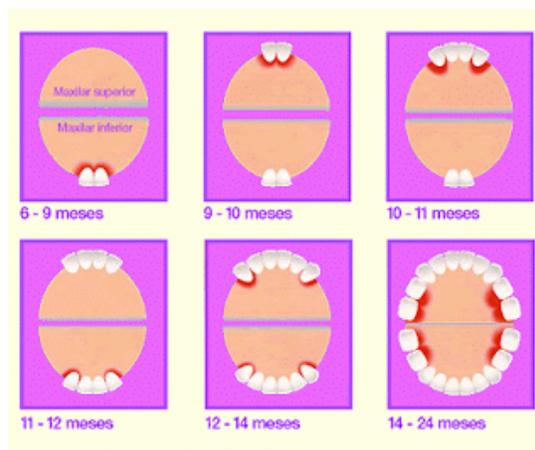


Figura 4 Cronología de la erupción en dentición temporal.²¹

Durante esta etapa se producirá un incremento de crecimiento en todas las direcciones, tanto en sentido sagital como transversal y vertical lo que hace que su cara sufra un gran cambio entre los 3 y 6 años. La maxila y la mandíbula se desarrollan con gran velocidad de crecimiento sostenido, mientras que la articulación temporomandibular presenta un cóndilo más bien redondeado y una cavidad glenoidea poco profunda, con escaso desarrollo en la eminencia articular.²⁴

Dentición mixta

Este periodo abarca de entre los 6 y 12 años de edad y contiene dientes temporales y permanentes.

La dentadura mixta empieza con la interrupción de los primeros molares permanentes inferiores seguidos de los primeros molares superiores, alrededor de los 6 años de edad. Después de la interrupción de los dientes permanentes, es necesario cerca de 2 a 3 años para que sus raíces completen su formación.²⁴ (Figura 5)



Figura 5: Dentición mixta vista radiográficamente. ²³

Dentición permanente

La dentición permanente consta de 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares, y 12 molares.

En total son 32 dientes. El tercer molar que se encuentra sujeto a anomalías de número, forma y posición, los terceros molares maxilares y mandibulares erupcionan de los 18 a los 30 años. Los dientes permanentes brotan con intervalos de un año entre cada grupo.²²

2.8.2 Enfermedades de la infancia

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90 % de la población mexicana.¹⁰

Caries dental

La caries dental precoz es un gran problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición primaria como en permanente. La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la desmineralización de los tejidos del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas. Este proceso destructivo surge de las acciones de algunos microorganismos de la placa dentobacteriana sobre los carbohidratos fermentables que generan la producción de ácidos, principalmente lácticos, como parte del metabolismo de las bacterias.^{25,26}

La prevalencia de caries a nivel mundial presenta parámetros discordantes: mientras que en los países desarrollados se ha reducido considerablemente gracias a adecuados programas de control y prevención a nivel masivo, en países como México la caries afecta a alrededor del 95% de los niños menores de ocho años de edad y al 99% de los adultos. La alta incidencia de caries entre los niños de México se debe a muchos factores, entre los cuales se ha mencionado frecuentemente el alto consumo de golosinas y alimentos chatarras, auspiciado por una desmedida comercialización y publicidad; se agrega la falta de conocimientos de la sociedad sobre los daños que causa a la salud dental el consumo de golosinas entre comidas, lo cual frecuentemente es ignorado por padres y maestros.²⁵

Gingivitis

La gingivitis es la inflamación de la encía, clínicamente se observa enrojecimiento e inflamación del margen gingival, y sangrado en la encía. Cuando las condiciones persisten, los tejidos que fueron edematosos se vuelven fibróticos. Los márgenes gingivales,

normalmente con un contorno en forma de filo de cuchillo, pueden volverse ondulantes, y la papila interdental puede volverse bulbosa y alargada. Puede presentarse la formación de bolsas periodontales si una significativa hipertrofia o hiperplasia de la encía ocurren. Estas condiciones clínicas son reversibles cuando el agente etiológico, es decir, la placa dentobacteriana (PDB) es removida.

La placa dentobacteriana es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, de diversas comunidades de bacterias inmersa en una matriz extracelular de polisacáridos. La flora de esta varía en su composición según la superficie dentaria donde habita, se forman ecosistemas dependiendo del medio.

El desarrollo de la placa ocurre en dos fases: en la primera las proteínas de la superficie bacteriana interactúan con la película adquirida; en la segunda fase la placa se forma por agregación y co-agregación de bacterias de la misma especie o de otra especie, al tiempo que se produce la matriz extracelular de polisacáridos.²²

La prevalencia, extensión y severidad de la gingivitis se incrementa gradualmente durante la niñez, alcanzando un pico de severidad en la pubertad, disminuyendo después de que pasa ésta. Éste pico de severidad se ha reportado en ambos sexos y es influenciado por el incremento en los niveles de hormonas sexuales sobre la fisiología de los tejidos periodontales y la colonización del periodonto por bacterias. En México, Martínez y Zermeño encontraron un 72% de gingivitis en niños del D. F., mientras que Tello de Hernández y col. obtuvieron datos más alarmantes, ya que el 91.3% de los niños Yucatecos presentaba gingivitis y 3.1% periodontitis. Contradictoriamente, Murrieta y col. reportaron que en niños del D. F. entre 8-12 años de edad, sólo el 20.6% de escolares tenía gingivitis. También en niños del D. F., Taboada y Talavera encontraron en niños de 4-5 años, una

prevalencia del 39%. En adolescentes de entre 13-16 años, Ortega y col. encontraron una prevalencia de gingivitis de 13.7%.

Estos amplios rangos de prevalencia de gingivitis reportados, son el resultado de diferencias metodológicas, diferentes sistemas de nomenclatura y clasificación para diagnosticar la enfermedad, así como distintos parámetros utilizados para medirla.²⁷

Maloclusiones

La Organización Mundial de la Salud considera a las maloclusiones como un problema de salud pública variable que ocupa el tercer lugar en términos de prevalencia de alteraciones bucales asociadas con diferentes factores de riesgo como los genéticos y ambientales. Dentro de los factores de riesgo ambientales se encuentra la presencia de hábitos bucales nocivos, mismos que pueden influir en el desarrollo de una maloclusión dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que crea cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales.

Los patrones normales de la oclusión para la primera dentición, de acuerdo con la posición terminal de los segundos molares primarios, es 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 considerados precursores de las maloclusiones para la segunda dentición. Considerando la posición del primer molar superior con respecto al primer molar inferior en clase I, II (sub. div. I y II) y III son de vital importancia como referentes en el momento del diagnóstico de cualquier maloclusión asociada con los hábitos perniciosos.

La identificación de cualquiera de los eventos antes mencionados y el reconocimiento de factores de riesgo podrían prevenir alteraciones mayores; el problema estriba en que, si bien es cierto que se ha publicado gran número de información sobre estudios preventivos, estos, generalmente, se abocan al problema de caries dental en niños en edad preescolar y escolar en contraste con aquellos relacionados con la prevención de los hábitos bucales nocivos. Estudios de prevalencia sobre maloclusiones en niños mencionan que los hábitos bucales nocivos pueden modificar la posición de los dientes y la relación de forma de las arcadas entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. ²⁸

2.9 Higiene oral y alimentación

La higiene es el control de las dos enfermedades bucodentales más frecuentes: la caries y la enfermedad periodontal. Los profesionales de la salud oral tienen que hacer de la higiene oral en casa el núcleo de su base preventiva. ²⁴

2.9.1 Métodos mecánicos de control de placa

Los métodos mecánicos de control de placa son las técnicas más extensamente aceptadas para la remoción de la placa, cepillarse los dientes usar hilo dental son los elementos esenciales de estos métodos mecánicos; otros complementos incluyen agentes indicadores, irrigadores orales y raspadores linguales. ²⁴

Cepillo dental

Es el método más común para la eliminación de placa dentobacteriana en la cavidad oral.

El cepillo dental apropiado depende de la edad del niño, de su condición de salud bucal, de su habilidad manual, del número y posición de dientes. El cepillo dental satisfactorio tendrá pequeña parte activa, cerdas extrasuaves, rectas y con puntas redondeadas; mango recto, largo, voluminoso y con pequeña ondulación para apoyar el pulgar, fácil manipulación y con costo adecuado, compatible a la condición socioeconómica del paciente.²⁰

Hilo dental

El hilo dental promueve un efecto benéfico en la prevención de las enfermedades constituyendo una manera eficaz de remover residuos de alimentos y biofilm de los espacios interproximales.²⁴

2.9.2 Técnicas de cepillado en niños

El cepillado dental es un comportamiento específico y demostrable que debe comenzar a temprana edad y ocurrir con frecuencia. Los programas para ayudar a los padres a crear el hábito de cepillar los dientes de sus niños pequeños demuestran que es un comportamiento que se puede cambiar. Existen diferentes técnicas de cepillado de dientes para los niños entre las más predominantes están: ²⁴

Fones

Se recomienda para bebés y niños en etapa preescolar, la mejor técnica es aquella a la cual el paciente se adapte mejor. En la técnica de fones, el niño apoya el cepillo en los dientes y ejecuta movimientos circulares en las caras vestibulares y lingual/palatina de todos los dientes superiores e inferiores.

En la superficie oclusal se recomienda el método de cepillado horizontal en el cual el cepillo se sujeta en ángulo de 90° con el eje

longitudinal a lo largo del diente y moviéndose de adelante hacia atrás. Los movimientos se repiten 10 veces, y pueden ejecutarse en la cara vestibular con la boca cerrada.²² (Figura 6)

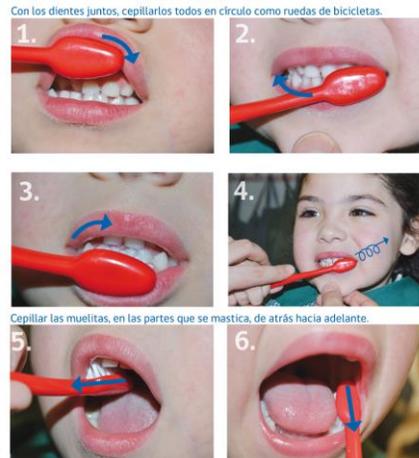


Figura 6 Técnica de cepillado.²⁹

De barrido

El cepillo se coloca en el vestíbulo, la cerda termina dirigida apicalmente, con los lados de las cerdas tocando el tejido gingival. El paciente ejerce presión lateral con los lados de las cerdas, y el cepillo es movido oclusalmente. El cepillo se coloca nuevamente elevando el vestíbulo, y el movimiento de barrido se repite. Las superficies linguales son cepilladas de la misma manera.

Stillman modificada.

Se posicionan las cerdas del cepillo a 45° de inclinación respecto a las encías, se realiza un movimiento de arriba a abajo en dientes superiores y en dientes inferiores de abajo a arriba. Ahora realizamos un movimiento vibratorio y en círculos para limpiar la superficie oclusal del diente.²⁴

2.9.3 Higiene lingual

En la lengua se acumulan una gran cantidad de bacterias lo que se puede traducir a la larga en mal aliento o problemas de salud bucal como la caries o xerostomía (boca seca) además de enfermedades periodontales. Después del cepillado de dientes, sacamos la lengua y la cepillamos desde el interior hacia el exterior. La forma en que debemos hacerlo es como si estuviéramos raspando.²⁴ (Figura 7)



Figura 7 Cepillado de lengua.²⁹

2.9.4 Fluoruros

La OMS considera al fluoruro como la aplicación más eficaz de evitar la caries; se aplica de forma sistémica antes de la erupción dental, o tópica (después de la erupción). Las acciones más frecuentes desarrolladas en el campo de la salud pública, utilizan fluoruros de uso tópico, al parecer en la búsqueda del mismo impacto que el logrado por los fluoruros sistémicos; conllevando así, a que muchos programas, proyectos y campañas dirigidos a diversas poblaciones, incorporen estos esquemas sin considerar su costo-efectividad y la factibilidad para su implementación. Contribuyen a esto, las debilidades del estado en garantizar políticas de salud bucal, que incluyan un programa eficiente de administración de sal fluorada, así como la gran competencia de odontólogos del sector privado, que utilizan campañas de aplicación de fluoruros tópicos, como

mecanismo de captación de pacientes, producto de las reglas del mercado imperantes en el país. La concentración óptima de flúor en el agua de bebida oscila entre 0,5 y 1 ppm de flúor en función de la temperatura media ambiente, que determina la cantidad de agua de bebida que se consume. ⁸

2.9.5 Dieta

Es frecuente que el uso de términos nutrición y dieta se usen como sinónimos y su diferencia es importante para el entendimiento de los efectos locales o sistémicos resultantes de la alimentación. La nutrición ejerce un efecto a nivel sistémico, mientras que la dieta lo hace directamente, a nivel local sobre la superficie del diente. Para la caries, el efecto local es más importante.²⁴

La dieta se refiere al consumo de alimentos y bebidas de manera específica es el curso prescrito de comer y beber. La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud oral. Si no se sigue una dieta adecuada, es probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños, por ejemplo, la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas. En niños existe especialmente una relación de riesgo entre la presencia de desnutrición con las caries y la cronología de la erupción. Una dieta balanceada debe incluir macronutrientes: proteínas, grasas, carbohidratos y micronutrientes: vitaminas, minerales y agua. La nutrición es el proceso por medio del cual los organismos vivos absorben y metabolizan de manera fisiológica la comida para asegurar el crecimiento, producción de energía, reparación tisular y reproducción de las especies.⁶ La malnutrición influye desfavorablemente en lo referente al crecimiento y

desarrollo craneofacial y constituye un antecedente adverso que puede conllevar diversas secuelas entre las que se encuentran: alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes).⁸

Dieta y caries

La caries dental es una de las enfermedades de origen infeccioso de mayor prevalencia en el hombre y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La etiología de la caries es multifactorial, si bien hay tres factores esenciales a los que se añade el tiempo: huésped, microorganismos y dieta.

La dieta desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la caries dental, especialmente, en personas de riesgo. Lo normal es que la asociación de un elevado consumo de hidratos de carbono fermentables y la no incorporación de flúor se asocia a una mayor aparición de caries, sin embargo, ello no tiene razón de ser en aquellas sociedades desarrolladas con exposición adecuada al flúor e historia de caries baja. Aunque no existe una relación directa entre malnutrición proteica calórica y la caries, el déficit de vitaminas (A, D), calcio y fósforo puede ocasionar alteraciones en el desarrollo dentario y retraso en la erupción. La sacarosa es el azúcar más cariogénico, ya que puede formar glucano, una sustancia que permite una mayor adherencia bacteriana a los dientes y condiciona la difusión de ácido y los buffers en la placa. El consumo frecuente y elevado de bebidas edulcoradas con azúcar y la falta de cepillado dental normal son considerados los factores que más se asocian al desarrollo de caries dental. Las características de los alimentos con mayor potencial inductor de la caries dental son: la textura, el gusto, contenido y composición de carbohidratos, potencial cariogénico, frecuencia de consumo.³⁰

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que los padres de familia especialmente la madre juega un papel vital en la formación de hábitos en sus menores hijos, pero en algunos casos la madre perpetua hábitos que no siempre son los más sanos y aunado a la poca formación en educación para la salud los hábitos que enseñan pueden ser factores de riesgo para la salud oral de sus hijos en este sentido hay que tener en cuenta que los escolares adoptan hábitos de su entorno escolar como consumo de carbohidratos lonchera escolar y si no se les forma el hábito de control de placa y si su entorno familiar no es una práctica frecuente esta se constituye en un factor de riesgo.

Los cursos y pláticas que se dirigen a los padres de familia para promover el autocuidado de la salud oral de sus hijos en algunos casos no consideran la información de conocimientos previos y esta es una de las razones por la que los padres se sienten al compromiso con sus hijos.

4. JUSTIFICACIÓN

Los padres de familia son un elemento activo y mediador en el cuidado de la salud oral de sus hijos menores evitando enfermedades bucales y más si cuentan con la información adecuada.

Ya que las enfermedades bucales escolares tienen un impacto importante en su funcionalidad, porque padecerlas, genera situaciones como ausencia escolar y baja autoestima por presencia de alteraciones en la cavidad bucal tal como, mal posición dentaria, halitosis, pérdida de dientes, que afectan de manera importante la interacción social y la salud en general del niño. Por otra parte, muchos padres ignoran la importancia de los dientes temporales y

su permanencia en la cavidad bucal, es común escuchar a los padres referirse a estos dientes como innecesarios porque después vendrán los definitivos, y tienden a olvidar la salud e higiene del niño. Por ellos es necesario prevenir y mantener informados a los padres de familia de la importancia que tiene el cuidado de la salud bucal de sus hijos por medio de actividades educativas y calificando su nivel de conocimientos de dicha información.

5. HIPÓTESIS

H1. Existe diferencia de conocimiento sobre el autocuidado de la salud oral antes y después de una plática educativa.

H0. No existe diferencia de conocimiento sobre el autocuidado de la salud oral antes y después de una plática educativa.

6. OBJETIVOS

6.1 General

Determinar el conocimiento sobre el autocuidado de la salud oral desarrollando una muestra de padres de familia posterior a la implementación de una actividad educativa.

6.2 Específicos

- Determinar el grado de conocimiento que tienen los padres de familia de escolares de primer año antes de participar en una actividad educativa.
- Determinar si existen diferencias estadísticas del grado de conocimiento pre y post implementación de la actividad educativa.

7. METODOLOGÍA

7.1 Material y método

La investigación se desarrolló en la Escuela Primaria “Ingeniero Miguel Bernard” ubicada en San Gregorio Atlapulco, Xochimilco. Se solicitó el permiso de la directora del plantel (anexo1) indicado cual sería la metodología a seguir, para desarrollar el estudio con los padres de familia, especificando lo anterior se acordó una fecha y hora para realizar la actividad.

Se realizó la invitación por medio de citatorios.

En ella participaron dos grupos de primer año elegidos al azar el 1°A y 1°C, se invitó a los padres de familia a una plática sobre salud oral que impartió una pasante de la carrera de cirujano dentista de la FO UNAM.

La plática se impartió el 24 de febrero del 2019, se reunieron los padres de familia en el aula múltiple a las 8:15 am. Se les entregó una encuesta validada en la FO para la pre-evaluación y post-evaluación (figura 8).



Figura 8 Plática a padres de familia sobre salud oral. ^{F.D.}

El formato de encuesta se constituyó de 15 preguntas referentes a la higiene oral, caries, enfermedad periodontal y dieta y validada previamente por la Coordinación de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología (anexo 2). El diseño de preguntas o ítems se basa en el modelo que Likert propuesto a base de ítems con escalamiento a nivel ordinal. El autor considera cinco opciones de respuesta para cada planteamiento: **MUY DE ACUERDO, DE ACUERDO, NI ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO, MUY EN DESACUERDO.**²⁸

En el presente estudio se consideraron solo tres respuestas (**DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO**) en virtud a la probabilidad de que a los encuestados se les dificultase poner límites conceptuales entre cada respuesta.

La escala de Likert se caracteriza por ser este es un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones, verdaderas o falsas y que miden los conocimientos, actitudes y prácticas. La encuesta se contestó al inicio de la actividad didáctica y después para determinar el grado de apropiación del conocimiento impartido.

Una vez contestado el cuestionario se prosiguió al inicio de la plática que abarco temas de salud bucal y medidas higiénicas disponibles, se aclararon dudas, hubo intercambio de información y se explicaron técnicas de cepillado dental (figura 9).



Figura 9 A) Explicando técnica de cepillado con tipodonto y aditamentos. F.D.



B) Explicando cepillado de lengua. F.D.

Al terminar la plática se entrega el mismo cuestionario y se dan indicaciones que lo deben contestar en casa y entregarlo el día viernes por medio de sus hijos, finalmente se les entrega un obsequio (figura 10).



Figura 10 Dando indicaciones para contestar el segundo cuestionario. F.D.

7.2 Tipo de estudio

De intervención.

7.3 Población de estudio

Padres de familia de escolares inscritos en la Escuela Primaria “Ingeniero Miguel Bernard”.

7.4 Muestra

43 padres de familia.

7.5 Criterios de inclusión

- Padres de familia de escolares de primer año.
- Que aceptaron responder la encuesta antes y después de implementar la plática.

7.6 Criterios de exclusión

- Padres que no hayan asistido a la post evaluación.

7.7 Variables de estudio

- Independiente: contenidos del programa sexo y edad.
- Dependiente: se aumentará el conocimiento de la salud oral.

7.8 Operacionalización de las variables

Variable	Conceptualización	Operacionalización
Conocimiento	Acción y efecto de conocer.	Se determinó mediante la escala de Likert.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Se determinó en años cumplidos.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Se determinó como masculino y femenino.
Caries	Erosión del esmalte de los dientes producida por bacterias.	Se identificó mediante la conceptualización de la variable.
Higiene oral	Acciones encaminadas a conservar el bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral mediante la remoción de la placa depositada.	Se determinó mediante el conocimiento de la práctica diaria de la higiene.
Enfermedad periodontal	Es una enfermedad inducida por la placa dentobacteriana.	Se identificó el conocimiento sobre gingivitis.

7.9 Análisis de la información

La información se analizó mediante el programa Excel y se presenta en términos de promedios, proporciones y para determinar si existe diferencia de aprendizaje antes y después de la actividad educativa se aplicó la prueba t (Student) para muestras emparejadas a una significancia de $p = .05$.

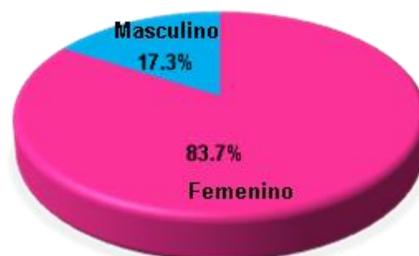
7.10 Consideraciones éticas

Para realizar el presente estudio se revisó la Ley del Reglamento General de Salud en lo referente a los criterios para realizar investigación para la salud. Así mismo, la confidencialidad de respuestas e identidad de los sujetos se llevó a cabo según primicias asentadas en el TÍTULO SEXTO (De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud) CAPÍTULO ÚNICO, ARTÍCULO 113, ARTÍCULO 115.- y ARTÍCULO 116.

Los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki y de la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica se consideró también para el diseño de proyectos de Investigación, referente al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Nuremberg (consentimiento informado).

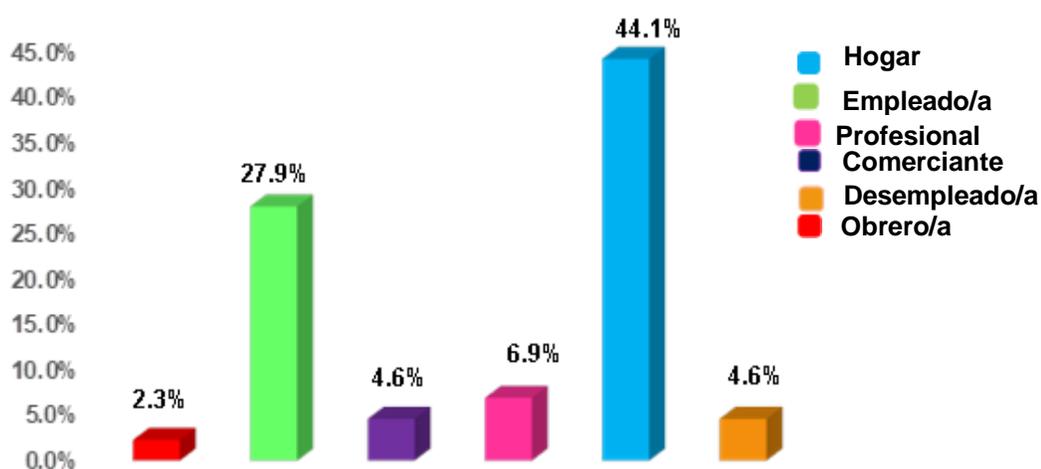
8. RESULTADOS

En el estudio realizado con padres de familia de dos grupos de primer grado de la Escuela Primaria “Ingeniero Miguel Bernard” participaron 43 padres de familia, el 83.7% corresponde al sexo femenino y el 17.3% al sexo masculino, la edad mínima es de 23 años y la máxima es de 46 años de edad. (Gráfica 1)



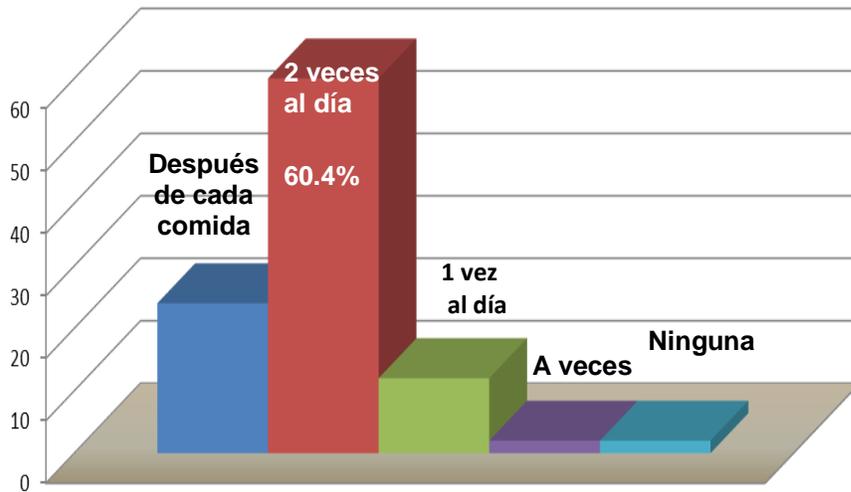
Gráfica 1 Distribución porcentual por sexo femenino y masculino de padres de familia. F.D.

Respecto al grado escolar de los participantes se observó que la mayor proporción de ellos se dedican al hogar, seguida por los padres de familia que son empleados, 6.9% tienen estudios profesionales, el 4.6 % está entre comerciantes y desempleados, por último, tenemos a los padres de familia que son obreros con el 2.3%. (Gráfica 2)



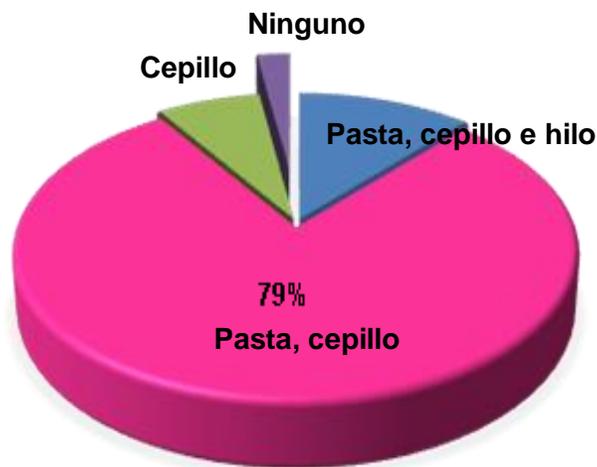
Gráfica 2 Distribución porcentual de la ocupación de los encuestados. F.D.

Se observó que la mayoría de los encuestados realizan el cepillado de dientes 2 veces al día. (Gráfica 3)



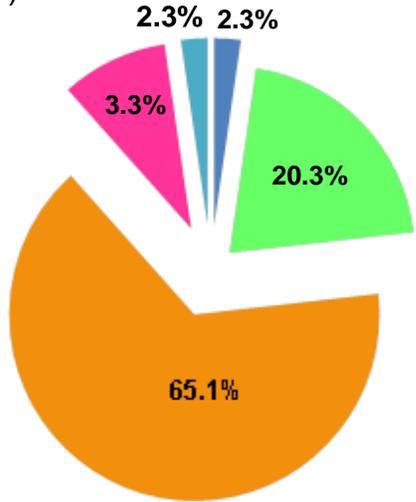
Gráfica 3 Distribución porcentual sobre la práctica de higiene oral diaria. F.D.

Esta gráfica indica que la mayoría de los padres de familia utilizan pasta y cepillo dental para su higiene oral. (Gráfica 4)



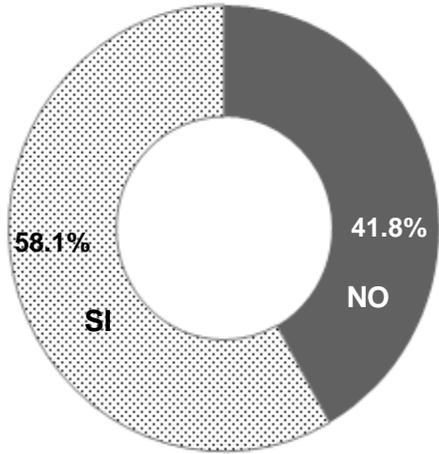
Gráfica 4 Distribución porcentual de los aditamentos utilizados en la práctica de higiene oral. F.D.

Los resultados que se obtuvieron en esta autoevaluación es que el 65.1% considera regular su estado de salud oral, mientras que el 2.3% cree que es excelente, el 20.9% dice que es buena, el 3.3% considera que es mal y el 2.3% no sabe. (Gráfica 5)



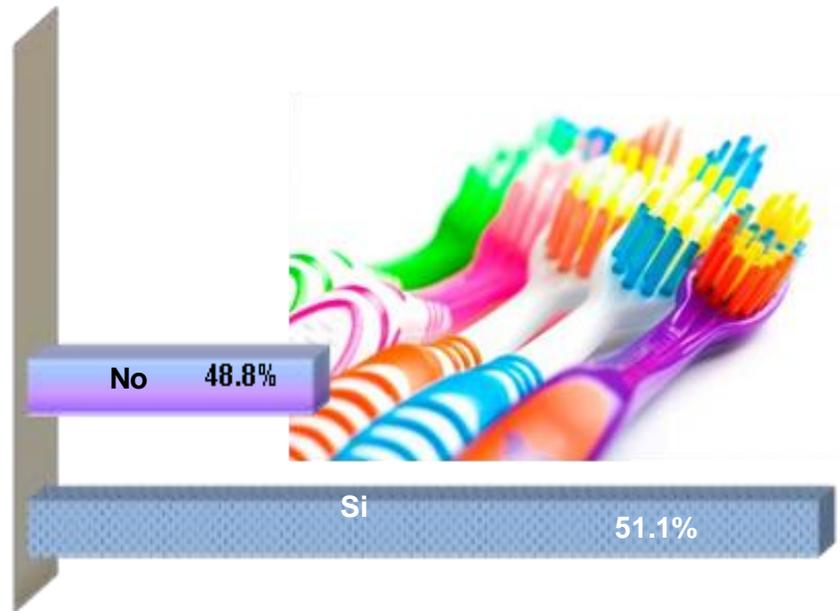
Gráfica 5 Distribución porcentual de una autoevaluación sobre el estado de salud oral. F.D.

Se observó que la mayoría de los en de los encuestados indico que sangra su encía al cepillado. (Gráfica 6)



Gráfica 6 Distribución porcentual sobre el sangrado de la encía al cepillado dental. F.D.

Respecto a los resultados recabados la gráfica muestra que a la mayoría de los encuestados se le forma placa dentobacteriana en los dientes. (Gráfica 7)

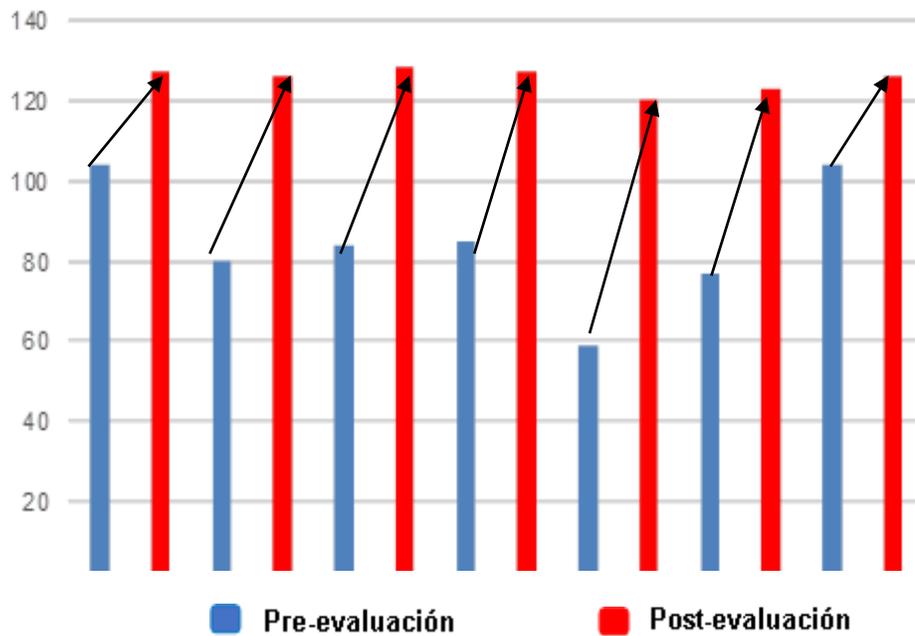


Gráfica 7 Distribución porcentual la acumulación de placa dentobacteriana. ^{F.D.}

Resultados de los ítems aplicados en la encuesta con respuestas negativas y positivas calificando las actitudes de los padres de familia.

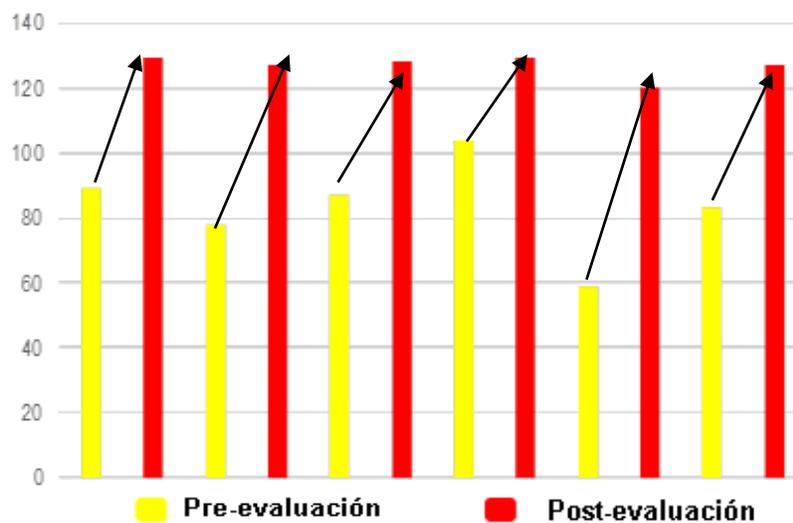
En las respuestas con sentido positivo, las respuestas “de acuerdo” tienen un valor de 3 puntos, las respuestas “ni de acuerdo ni en desacuerdo” tienen un valor de 2 puntos y las respuestas “en desacuerdo” tendrán un valor de 1 punto (de acuerdo al escalamiento Likert).

Gráficamente se observa un resultado positivo de aprendizaje en las respuestas de higiene oral después de la plática. (Gráfica 8)



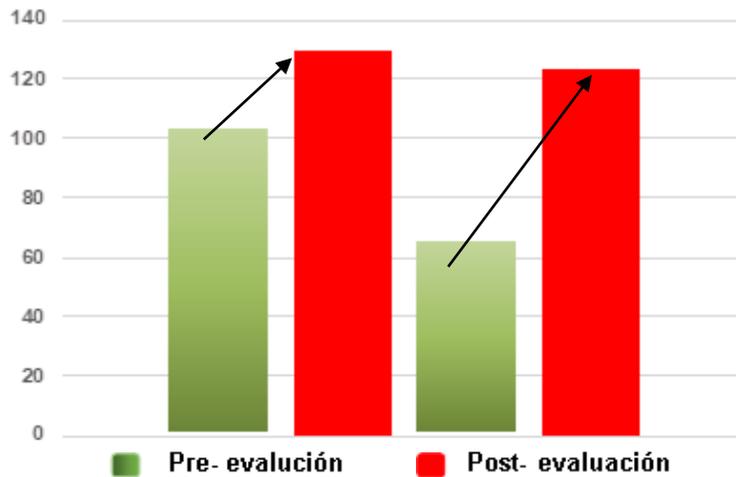
Gráfica 8 Higiene oral pre-evaluación y post-evaluación. F.D.

En los resultados recabados de los ítems de caries se muestra un resultado significativo del aprendizaje después de la plática. (Gráfica 9)



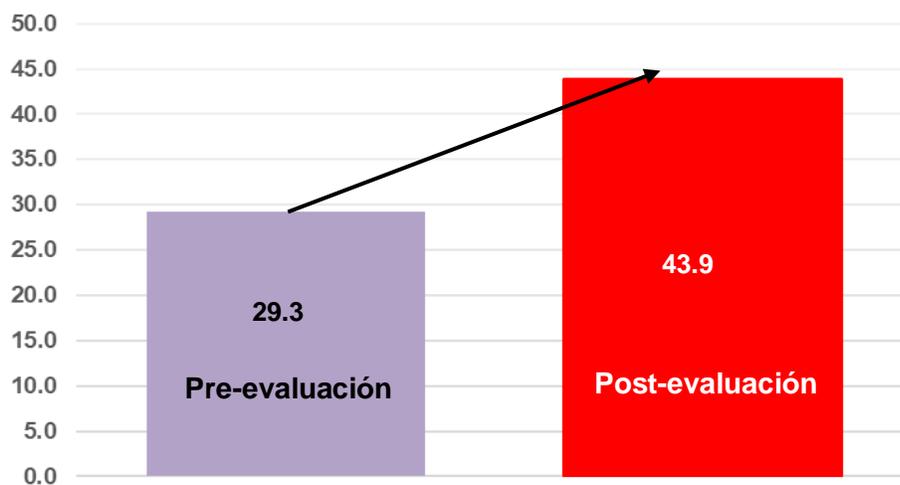
Gráfica 9 Caries y dieta pre-evaluación y post-evaluación. F.D.

En los resultados obtenidos de los ítems de enfermedad periodontal, muestra resultados positivos de aprendizaje alcanzado. (Gráfica 10)



Gráfica 10 Enfermedad periodontal. F.D.

En esta gráfica se muestran los promedios totales obtenidos en las encuestas, en la cual se observa aumento del conocimiento antes y después de la aplicación de la encuesta que fue estadísticamente significativo. (Gráfica11)



$p=0.000$

Gráfica 11 Distribución promedio de calificación (conocimientos) obtenidos por los padres de familia antes y después del curso. F.D.

9. CONCLUSIONES

- ❖ Los conocimientos que presentaron los padres de familia de la Escuela Primaria “ingeniero Miguel Bernard” son mínimos para tener una educación sobre la salud oral de sus hijos, pero con programas sostenidos y continuos que han comprobado que el conocimiento promueve en esta comunidad pueden elevar la calidad de vida oral de sus hijos considerando que los padres son multiplicadores de experiencias.
- ❖ Se necesita reforzar el conocimiento de la salud oral respecto a los padres de familia, ya que algunos no prestan atención a esta problemática debido a que minimizan las enfermedades orales.
- ❖ Los padres de familia principalmente las madres tienen mayor interacción con sus menores y son las que muestran mayor interés sobre la salud de sus hijos por lo que son quienes tienen mayor participación en la actividad educativa.
- ❖ El estilo de vida que lleva a cabo esta población, sus ocupaciones y su nivel económico no permite contar con la información suficiente.
- ❖ Se necesita poner énfasis en la formación de profesionales en odontología que participen activamente en la comunicación con padres de familia de los residentes en zonas sub urbanas que fortalezcan los aspectos preventivos ya que se ha visto privilegiada la orientación hacia tratamiento curativo y de rehabilitación.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de Alma-Ata. Salud publica educ salud 2002; 2(1): Pp.22-24.
2. Tejada DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. Rev. Perú Ginecol Obstet. 2018;64(3) Pp.361-366.
3. Segura A. Carta de Ottawa Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS, 2011.
4. López L.A. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gac. Sanit. 2017 31(6) Pp.443-445.
5. Costa I.A. Desarrollo y salud: La Declaración de Alma-Ata y movimientos posteriores. Rev. Latino-am Enfermagem 2004 vol.12 núm.3 Pp.451-452.
6. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. 1ª. Ed. México: Editorial Manual moderno, 2008. Pp. 4-8, 120-123 Pp.173-175.
7. Montenegro G, Serralde A.L, Lamby C.P. La educación como determinante de la salud oral. Univ.Odontol.2013 32(69): Pp.115-121
8. Cuenca E., Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. 4ª. Ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson, 2013. Pp. 4-7, 121-123, 147-153.
9. Medina CA, Maupome G., Ávila L. Pérez R., Pelcastre B. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed 2006 vol.17 Pp.269-286.
10. Cruz R.M., Saucedo GA, Ponce ER, Pedraza AG, Aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas. Rev. Cubana de Estomatología 2017 vol.54 núm. 4, Pp.1-10.
11. Secretaria de salud pública, NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Norma Oficial Mexicana, 2015. Pp. 1-28.

12. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención Y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal, Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, 2017. Pp. 1-80.
13. Pérez P.M., Revisión de las teorías del aprendizaje más sobresalientes del siglo XX. Rev. Institucional de la Investigación Educativa 2004 vol. 5, núm., 1 Pp.39-76.
14. <https://blog.cognifit.com/es/teorias-del-aprendizaje/>
15. <https://enfocesymodeloseducativos.wordpress.com>
16. Díaz Y, Valdés S, Suárez X, León A, Riera L, Martínez Y. Nivel de información de las madres sobre el estado de salud de niños en edad escolar. Rev. Medicent Electrón 2015; 19:4 Pp. 233-239.
17. Cupé C, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol Herediana 2015; 25 (2) Pp.112-121.
18. Capote M. M., Campello L.E. Importancia de la Familia en la salud bucal. Rev. cubana de estomatología 2012 vol.49 núm.1, Pp.47-54.
19. Romo R, Pérez S, De Jesús M, Hernández M, Bribiesca M, Rubio J. Cronología de erupción dental en la población escolar. Rev. Especializada en Ciencias de la Salud 2002; 5 (1-2) Pp.43 - 48.
20. Concepción T, Sosa H, Matos A, Díaz C. Orden y cronología de brote en dentición permanente. Rev. Ciencias Médicas 2013 17 (3) Pp.112-122.
21. Fuente: <http://benitac76.blogspot.com/2009/10/denticion-temporal->
22. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría 1ª Ed. Barcelona España, Editorial Masson 2004. Pp. 60-63.
23. Fuente: <http://benitac76.blogspot.com/2009/10/denticion-temporal->
24. Guedes A, Bonecker M, Delgado C. Fundamentos de odontología: Odontopediatría 1ª Ed. Sao Paulo, Editorial Santos 2011, Pp. 6- 29, 133- 142, 155-157, 167-176, 185- 200, 204-219.

25. Molina N, Durán D, Castañeda E, Juárez LA. La caries y su relación con la higiene Oral en preescolares mexicanos. Gac Med Mex. 2015 ,151 Pp.485-490.
26. Hoeft K, Barker J, Shiboski, Pantoja E. Epidemiol Oral de Dent de Comunidad, community Dent oral 2016 44 (6) Pp. 564- 576.
27. Rocha ML, Serrano S, Fajardo ME, Servín VHG. Prevalencia y grado de gingivitis asociado a placa dentobacteriana en niños. Rev. Electrónica Nova Scientia 2014 12 (6) Pp.190-218.
28. Mendoza L, Meléndez AF, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada a hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev. Mexicana de Ortodoncia 2014 2(4) Pp. 220-227.
29. <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/el-cuidado-de-los-dientes/>
30. González AM, González BA, Salud dental: relación entre caries dental y el consumo de alimentos. Nutr Hosp 2013 28 (4) Pp.64-71.
31. Alvarado ME. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XI, núm. 3, septiembre-diciembre, 2005, Pp. 537-544.

ANEXOS

Anexo 1. Permiso para aplicar el cuestionario en padres de familia de la escuela Ingeniero Miguel Bernard.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Mtra. Karina Eslava Sandoval
Directora Escuela Ing. Miguel Bernard.
Presente

JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 06/02/2019
Asunto: Solicitud de apoyo

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia F. Meléndez, dirijo a ud. para solicitar su invaluable apoyo a fin de la que la pasante de Cirujano Dentista Galicia Xolalpa Ludim pueda recabar información acerca del grado de conocimientos sobre autocuidado de la salud oral que tiene una muestra de padres de familia de pequeños de primer año. Lo anterior permitiría diseñar una plática sobre salud oral, impartirla y posteriormente evaluar el grado de apropiación del conocimiento que los padres tendrían. La actividad educativa tendría como propósito estructurar su trabajo de tesis ya que la pasante ha manifestado especial interés en ese centro escolar. La información será resguardada y no se solicita la identidad de los participantes.

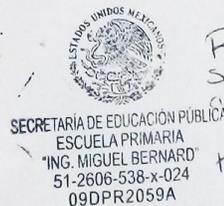
Dependiendo de los resultados se propondría programar la participación de alumnos pasantes para impartir pláticas a los demás grados.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 19 de febrero del 2019.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibo
solicitud y
acepto apoyo
Karina Eslava S

Anexo 2. Formato del cuestionario

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Edad / / /

Padre / / Madre / /

Ocupación de los padres

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 sus dientes?

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

¿Cómo realizas la higiene bucal 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? /Si /No/ ¿Se te forma una macilla sobre el cuello 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 vomito 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

La masilla blanda que se forma sobre los dientes de los niños está compuesta por bacterias y que está asociada al desarrollo de caries dental

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La caries es una enfermedad de los dientes que produce la desmineralización

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

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

dentobacteriana

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

El fluoruro fortalece al esmalte dentario evitando la desmineralización

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

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

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

El cepillado de dientes se puede hacer solo 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

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

bacteriana

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