



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS TRANSMITIDOS CON RELACIÓN A
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE PADRES A HIJOS EN
EDAD PREESCOLAR. 2007**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LETICIA GARCÍA CORTÉS

TUTOR: CD. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESORA: CD. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, DF.

2007



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.

Gracias a dios por permitirme haber terminado este proyecto de vida tan importante a pesar de todos los obstáculos que se presentaron a lo largo de el.

MICHELLE

Eres el gran motor de mi vida y mi razón de ser, esto es por ti y para ti, te amo Gary.

A la UNAM por prestarme sus aulas a lo largo de la carrera y dejarme pertenecer a la máxima casa de estudios y poderme realizar como profesionista.

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA: Gracias por darme la vida, ayudarme, apoyarme y guiarme siempre por el buen camino y hacer de mí, una persona de bien con todos tus consejos, gracias papa te quiero mucho.

MARÍA TERESA CORTÉS: Gracias por darme la vida, ser mi mejor amiga, darme siempre el mejor consejo, y ayudarme en las buenas y en las malas, sin tu gran ayuda nunca hubiera podido salir adelante.

Adriana Lilia (Reina) A ti por tu gran apoyo en todos los aspectos siempre incondicional y sobre todo por ser la mejor hermana, perdón por las desveladas.

Juan Miguel: Por siempre estar pendiente de mi aunque estés en un lugar muy, muy, muy lejano, por todo tu apoyo y amor gracias rey.

Isela: Gracias “Cositas” por tu apoyo incondicional siempre tan dispuesta, por todo tu cariño, consejos y tu paciencia.

A mi tutor (CD Jesús Díaz de León Azuara): Ahora veo que dios si existe le pedí una señal para comprobar de su existencia en un momento de desesperación y me puso a UD en el camino, muchas gracias por todo su apoyo, consejos, y gran ayuda para poder realizar este proyecto sin su ayuda no hubiera existido nada de esto.

A mi asesora (CD María Elena Nieto Cruz) Por su ayuda, sus consejos y orientarme para este proyecto, encontré en UD una amiga es un ángel Gracias.

Ricardo Viera, Mirnan, Pedrito, Ana gracias por todo su apoyo, amistad y sinceridad.

ÍNDICE

	Pagina
1. Introducción	3
2. Antecedentes	4
3. Planteamiento del Problema	20
4. Justificación	21
5. Objetivos	
5.1 Generales	22
5.2 Específico	22
6. Metodología	
6.1 Materiales y Métodos	23
6.2 Tipos de estudio	26
6.3 Población de estudio y muestra	26
6.4 Criterios de Inclusión	26
6.5 Criterios de Exclusión	26
6.6 Variables de Estudio	
Independiente	27
Dependiente	27
7. Resultados	28
8. Referencia Bibliográfica	43
9. Anexos	44

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo de investigación, nace de la inquietud constante surgida en la práctica profesional en la educación para la salud en todos los niños de edad preescolar dentro de la escuela “Belmont American School”.

Y con este estudio hemos orientado a los padres de familia, niños de edad preescolar y personal docente, adecuadas técnicas de cepillado, saber la edad en que empezaron por primera vez a darle cuidados a los dientes de los niños, la importancia que tiene una correcta higiene bucal así como la frecuencia con que esta debe de ser realizada, los aditamentos que deben ser usados como el cepillo y la pasta dental para una mejor higiene bucal y sobre todo la gran importancia que tienen los padres de familia en esta labor que es orientar a los niños, ayudarlos y motivarlos a tener una mejor salud bucal, y con ello fomentar las visitas periódicas con el cirujano dentista

Por otro lado es importante mencionar la ingesta de azúcares en ocasiones innecesaria para los niños que consumen a diario en los alimentos y bebidas y que son causas primordiales en la caries dental.

También podemos darnos cuenta que algunos padres de familia no tenían la información necesaria para una buena higiene bucal ocasionando en muchos de los preescolares deficiencia en el cepillado dental por lo tanto mala técnica, y ocasionando así caries dental

En este estudio se recomienda establecer un hogar dental para el niño desde su nacimiento donde los padres reciben asesoría especializada para solucionar cualquier duda que se pueda presentar en el niño, así como la recomendación de limpieza dental desde los primeros meses de vida del niño.

Aprendimos que en la edad preescolar, los niños aprenden de manera didáctica, jugando como lo menciona Jean Piaget y así enseñarlos a tener una buena higiene dental de manera correcta.

ANTECEDENTES

Arthur Nowak en el año del 2001 menciona, que todos los lactantes y niños deben contar con un lugar donde puedan recibir cuidados de salud por parte de médicos, cirujanos dentistas y otros profesionistas de la salud. Las instalaciones deben ser accesibles, los servicios completos, siendo necesario que el entorno tenga orientación pediátrica. El prestador de la atención a la salud debe conocer al niño y a sus padres y establecer un nivel de confianza y responsabilidad con la familia para obtener su máxima cooperación y lograr un óptimo nivel de comunicación.⁽¹⁾

Así como la mayoría de los padres en la Unión Americana, a partir del 2001 han establecido este ambiente para sus hijos desde un inicio, gracias a los lineamientos de cuidados preventivos para la salud pediátrica de la academia de pediatría de los Estados Unidos. Para complementar el “hogar médico”, todo lactante y niño en edad de caminar debe tener un hogar dental, en el cuál se le debe proporcionar los siguientes servicios.⁽¹⁾

1. Programación de consultas dentales de los 12 a 18 meses de edad.
2. Valoración de exposición a riesgos de enfermedades dentales futuras.
3. Evaluación del estado de fluoruro en el lactante y recomendaciones apropiadas.
4. Instrucciones para quienes cuidan al niño acerca de los métodos adecuados para la limpieza dental.
5. Explicación de las ventajas y desventajas de la succión no nutritiva.
6. Preparación para tratar al lactante y niño de corta edad en caso de diagnóstico de caries dental o para realizar la interconsulta pertinente.
7. Disposición las 24 hrs. Del día, siete días a la semana, para tratar cualquier problema dental agudo.
8. Capacidad para identificar la necesidad de consultas e interconsultas especializadas. Sin importar si el hogar dental es un consultorio particular, un centro de salud comunitario o el hospital local es importante que se encuentre bajo la supervisión.⁽¹⁾

Además al establecer un hogar dental para el niño desde su nacimiento, los padres recibirán asesoría adecuada desde los primeros años de vida de su hijo y tendrá un lugar al que puedan comunicarse de inmediato en caso de lesiones traumáticas bucofaciales. El exámen bucal inicia lactante no sólo es el primer paso en el proceso de cuidados de salud bucal, sino además sustenta el concepto de hogar dental. Ha llegado el momento de que el odontólogo se una a sus colegas médicos para que todos los niños cuenten con un hogar médico dental que satisfaga todas las necesidades de salud infantiles. ⁽¹⁾

También la placa bacteriana o biopelícula es considerada un factor etiológico condicionante de la caries dental y de la enfermedad periodontal; teniendo en cuenta esto; se puede entender la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la salud bucal, así como los métodos para la remoción mecánica de la misma. ⁽¹⁾

Así como la profesión médica en los Estados Unidos de América ha reconocido desde inicios del siglo XX la importancia de proporcionar asesoría y atención prenatales a la futura madre. En la mayor parte de los casos, la asesoría prenatal se brinda en conjunto con programas que se llevan a cabo en hospitales de la comunidad o centros de salud vecinales, aunque también se desarrollan programas en consultorios. No obstante donde se realice el programa, es importante que los miembros de varias profesiones de la salud y los grupos de apoyo de la comunidad (odontólogos, médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadores sociales) colaboren estrechamente para asegurar la programación adecuada de las presentaciones y reforzar los conceptos. ⁽¹⁾

Por lo tanto los objetivos para el programa es la asesoría a los padres acerca del desarrollo dental del niño. Orientarlos acerca de la enfermedad dental y su prevención, es importante proporcionar un ambiente adecuado para el niño, fortalecer y prepararlo en su dentición de por vida. ⁽¹⁾

Así como los métodos para el programa son la educación al desarrollo, prevención y enfermedad, demostración de procedimientos de higiene bucal,

orientación para inculcar actitudes preventivas y motivación, evaluación del aprendizaje, aceptación y necesidades. ⁽¹⁾

También en los componentes externos (padres) se debe orientar acerca de las enfermedades dentales e higiene bucal, motivarlos en el programa de eliminación de placa bacteriana, cambios en la salud bucal de la madre, tratamiento odontológico a los padres. ⁽¹⁾

Por lo tanto el componente interno (Padres e hijos) se orienta a los padres acerca del desarrollo del niño, efecto del estilo de vida familiar en el niño, hábitos (tabaquismo, alcoholismo), consumo de azúcares, nutrición, calcio, dentición, higiene, primera consulta odontológica del niño. ⁽¹⁾

Aunque los últimos años se ha diseñado una gran variedad de programas de orientación en temas de salud bucal, sus objetivos han sido similares. Según el contexto donde se desarrolle, el tiempo asignado, y la disponibilidad de personal, el programa debe individualizarse en la medida de lo posible, y proporcionar a los padres la información acerca del desarrollo de las estructuras bucales y sus funciones, los procesos de enfermedad dental y las medidas preventivas recomendadas. El programa debe así mismo proporcionar la información sobre la importancia de la dieta de la madre durante el embarazo, incluidos los efectos de sustancias, tabaco y alcohol, la importancia del cuidado de la salud bucal maternal durante el embarazo, y el plan recomendado de tratamiento odontológico. ⁽¹⁾

Sin embargo los programas de asesoría prenatal también deben de orientar a los padres acerca del momento adecuado para la primera visita al odontólogo. Era tradicional que el primer examen dental para niños asintomático se programará entre los 3 y 5 años de edad. ⁽¹⁾

Y también en los programas modernos que se han diseñado para proporcionar medidas preventivas más extensas se hace hincapié en la importancia de iniciar las visitas profesionales a una edad más temprana, o al poco tiempo que erupcionan los primeros dientes. ⁽¹⁾

También en relación con la dieta, los alimentos se adhieren a los dientes y tejidos por mucho tiempo, y los que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH. del medio bucal. Un P.D. menor de 5.5 proporciona un entorno para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte. ⁽¹⁾

Así como los cuidados en el hogar y la aplicación de un programa para garantizar un ambiente óptimo para la salud dental comienzan en la lactancia. La responsabilidad en la ejecución de este corresponde por completo a los padres, con base a la información y orientación que les proporciona el odontólogo y su personal. Este plan preventivo abarca muchos aspectos: regulación de la dieta, administración sistémica de fluoruros, y eliminación de la placa bacteriana. Todos son importantes, pero este último aspecto en el lactante y en el niño pequeño es el que más suele pasarse por alto o comprenderse erróneamente. ⁽¹⁾

Por lo tanto el control diario de la placa dentobacteriana permite asegurar que el esmalte y la encía permanezcan sanos. El inicio temprano del control de la placa ayuda a establecer un hábito de atención bucal de por vida. La ausencia de problemas bucales brinda satisfacción no solos a los padres y al niño, sino también al personal odontológico, que proporciona información. ⁽¹⁾

Y una vez que se informa a los padres acerca del proceso de enfermedad dental, y se les asigna la responsabilidad de la limpieza dental diaria, es necesario seleccionar el sitio donde se efectúen los procedimientos. Se recomienda sugerir productos para el control de la placa, señalar las ventajas y desventajas de los dentríficos, mostrar la posición adecuada para colocar al lactante, y describir la técnica correcta. ⁽¹⁾

Una vez que erupcionan los dientes a los 7 meses de edad, es posible utilizar un cepillo húmedo de cerdas blandas, para su limpieza. Ya que erupcionan un número determinado de dientes, es necesario establecer una rutina más minuciosa y sistemática con objetivo de asegurar que se limpien todas las

superficies de los dientes superiores e inferiores, sobre todo el área contigua a la encía. En ésta etapa, el lactante es ya más fuerte e incluso puede oponerse a esta actividad. Es necesario recomendar a los padres que sean persistentes, y de esta forma, la actividad de la limpieza dental se hará tolerable y aceptable con el tiempo. ⁽¹⁾

Así mismo la selección del momento adecuado para la limpieza dental es importante. La combinación de un lactante cansado y unos padres exhaustos no ofrece un medio favorable para una experiencia positiva. En términos de su desarrollo, el lactante no está preparado para aceptar ni comprender esta actividad. Es posible idear juegos, o utilizar música y canto; los padres deben tratar de crear una experiencia positiva. Con el tiempo, el lactante se tornará menos tolerante, pero debe instarse en los padres a ser persistentes. ⁽¹⁾

Por esto se recomienda la higiene bucal completa a la hora de acostarse, que casi siempre es la hora en la que se baña al pequeño, lo cual puede ir seguido de la limpieza bucal. ⁽¹⁾

Guedes Pinto menciona la activa motivación del núcleo familiar, este posiblemente es el más difícil de obtener en nuestra actividad como clínicos. Para tener éxito en establecer nuevos hábitos de higiene bucal y así promover un control de la placa bacteriana, es indispensable que el niño esté motivado con relación a la promoción de la salud bucal. Es el odontopediatra el profesional que debe motivar al niño y al grupo familiar, debido a que la cooperación de los padres y de la resistencia del individuo en adquirir la enfermedad, son los factores básicos en la práctica preventiva. ⁽²⁾

Aquí en este punto el paciente debe ser motivado a participar activamente en el programa de prevención de caries dental y de promoción de salud bucal. Cada profesional utilizara los métodos necesarios para incentivar al niño y al núcleo familiar, con relación al aprendizaje y ejecución del cepillado dental. ⁽²⁾

Así también la participación de los padres es imprescindible, ya que su supervisión y apoyo siempre deberán estar presentes, inclusive en niños de

edades más avanzadas. La técnica de cepillado debe ser enseñada de una forma simple y efectiva, en la cual el profesional no debe medir esfuerzos ni tiempo para su correcta ejecución. ⁽²⁾

Se puede entonces considerar que el cepillado dental es el método más común, y que sus principales funciones son la remoción de residuos alimenticios y depósitos bacterianos y el masaje gingival, evitando el desgaste de la estructura dental o la irritación de la estructura gingival. ⁽²⁾

Es importante referirnos a los primeros dientes y hablar de los cuidados que debemos tener con los dientes temporales, primero tenemos que estar conscientes de la gran importancia y responsabilidad que representa el tratar a los niños con problemas dentales, durante y/o después de la erupción de los mismos, para evitar problemas mayúsculos a futuro. ⁽³⁾ Es por esto que tenemos que informar a los padres de familia que podemos prevenir muchas alteraciones y enfermedades de los dientes si los atendemos a temprana edad.

⁽³⁾

Por eso, lo más importante es brindar a tiempo un método de atención seguro y eficaz para el niño y garantizar que crecerá saludable, se concientiza a los padres de lo eficaz que es la odontología preventiva (buena alimentación, técnica de cepillado, visitas periódicas al dentista) para que a su vez ellos lo integren como parte educacional a su hijo. ⁽³⁾

Se señala por ello qué la labor de educar a los padres es muy importante, esto se le llama preventiva al 100% y ellos lo van a agradecer siempre. Comentarles a que edad comienza a salir los dientes en sus hijos (cronología de erupción); Recuerda que hoy en día hay muchos niños que tardan mas tiempo en que les erupcionen los incisivos inferiores (a veces hasta los 8 o 9 meses de edad), pero ese retraso de erupción es preferible a que sean prematuros, ya que tendrán mejor calidad del esmalte. ⁽³⁾

También sugiere el uso de mordederas suaves que den masaje a la encía y estimulen la salida de los dientes, una vez erupcionados ya no será necesario usarla. ⁽³⁾

Se evita en los niños las enfermedades virales y micóticas en la encía, ya que son muy molestas. Los papas deberán ser muy higiénicos con todo lo que tenga que ver con él bebé, y vigilara que no se introduzca a la boca objetos sucios que le provoquen enfermedades. Hay que brindarle una buena alimentación para que tenga muchas defensas, y un óptimo crecimiento y desarrollo. ⁽³⁾

También hay que mencionar a los papas que desde el primer momento que vean que las coronas de los dos incisivos inferiores en sus hijos, tengan el cuidado de lavárselos, ya sean con un pequeño cepillo suave (sin pasta) o bien con un cepillo de dedal que gusta mas al niño por el masaje que se le pueda dar a la encía, aunque a las mamas no les agrada tanto por las mordidas al dedo. ⁽³⁾

Es importante que eviten darles azúcares disueltos en su alimentación por ejemplo en sus biberones esto es para evitar la caries dental. Si se acostumbra a un niño a comer azúcar, seguramente después de lactar (lo ideal es la leche materna) seguirá en sus siguientes etapas de la vida consumiendo dulce y eso fomentara al desarrollo de caries dental, pero si se le educa con buenos hábitos higiénicos y alimenticios, nunca tendrán problemas. Es necesario recordarles que la educación para la salud es muy importante en los primeros años de vida. ⁽³⁾

Por lo tanto las visitas con el cirujano dentista se recomienda que inicien cuando todos los dientes (20 temporales) estén presentes, y entonces se podrán tomar medidas preventivas de profilaxis, aplicación de fluoruro, y si todo lo llevamos al pie de la letra, seguramente el resultado es que tendremos siempre niños con dentición sana. ⁽³⁾

Así también existen numerosas técnicas de cepillado dental que pueden ser indicadas a los niños. Para escoger la técnica a ser recomendada debe

considerarse la edad del niño, la habilidad del niño y del grupo familiar, además de la disponibilidad del tiempo para la enseñanza y el aprendizaje de la técnica. ⁽²⁾

Las técnicas más simples de ser aprendidas, y no necesariamente las más eficaces, deben ser indicadas a niños pequeños, menos hábiles o menos interesados. De igual manera esta indicación es válida para los padres que no presenten un grado de interés y habilidad deseado. ⁽²⁾

En la posición de Starkey independientemente de la técnica de cepillado a ser adoptada en niños pequeños (edad preescolar) que cuenten con poca habilidad manual, se recomienda un posicionamiento específico del niño y de la madre (o de la persona que ejecutara el cepillado) con la finalidad de que se realice la higiene bucodental de manera correcta. La posición indicada por Starkey es considerada ideal, y consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espaldas a la madre o a la persona que ejecutará el cepillado, apoyando la cabeza contra ella. ⁽²⁾

Starkey recomienda que la mano izquierda de la madre estabilice la mandíbula del niño y la mano derecha sujete firmemente el cepillo dental para ejecutar los movimientos del cepillado. Es esencial estabilizar la mandíbula para evitar daños a la encía y obtener éxito en el cepillado. ⁽²⁾

Propone Starkey para el arco superior que el niño incline la cabeza hacia atrás, para que así la madre pueda tener una buena visualización. Para la limpieza de ambas arcadas, la mano izquierda siempre debe estabilizar la mandíbula y alejar los labios y el carrillo y con la mano derecha realizará el cepillado dental propiamente dicho. ⁽²⁾

Y en la Técnica de Fones se recomienda aplicarla para niños de edad preescolar. Su aprendizaje requiere menor tiempo de enseñanza y es de simple comprensión, siendo recomendada para niños que no presenten mucha habilidad, que sean menos motivados o interesados, o incluso también, cuando se cuenta con poco tiempo disponible para la enseñanza. ⁽²⁾

También en esta técnica los movimientos realizados en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes son circulares y en las superficies oclusales e incisales son anteroposteriores. Para utilizar esta técnica en las fases vestibulares se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo dental firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. ⁽²⁾

Con respecto a la Técnica de Stillman Modificada se indicada para niños de edad escolar, que presentan mas de 7 años de edad, para niños que muestran una mejor habilidad manual y presenten más interés o motivación, debido a que su ejecución es más compleja que la de Fones, pero también es más eficaz. Esta técnica es basada en movimientos vibratorios de las cerdas, combinados con movimientos de deslizamiento del cepillo dental en sentido al eje axial de los dientes, proporcionando a la técnica no solo eficacia en la remoción mecánica de la placa bacteriana; si no también un masaje gingival. ⁽²⁾

En la técnica de Bass, debido a su dificultad de ejecución, es indicada en odontopediatra solo a pacientes portadores de aparatología ortodóntica fija. En ésta técnica también se indican los movimientos anteroposteriores sobre las superficies oclusales e incisales de todos los dientes. ⁽²⁾

Se dice que la secuencia de cepillado dental debe ser de manera cuidadosa para que no sea olvidada ninguna región, motivo por el cuál recomendamos una metodología que presente una secuencia de la enseñanza de la técnica de cepillado dental, con el propósito de evitar este problema. Esta secuencia debe ser siempre utilizada a pesar de la diferencia de técnicas de cepillado dental que podrían ser adoptadas. Una opción del método sistemático de cepillado dental sería comenzando por las superficies vestibulares del cuadrante superior izquierdo, siguiendo la secuencia hacia el lado derecho del mismo arco, después continuar sobre las superficies vestibulares del arco inferior de derecha a izquierda, continuando con las caras linguales del mismo arco de izquierda a derecha, y posteriormente sobre las caras palatinas de los dientes

superiores de derecha a izquierda. Finalmente, serían cepilladas las superficies, oclusales del arco superior y enseguida las del arco inferior. ⁽²⁾

Bourges menciona que en los hábitos de alimentación hay relación principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. ⁽⁴⁾

La etapa preescolar tiene una particular importancia en el establecimiento de los hábitos alimentarios. Por ser años de aprendizaje y formación, las costumbres adquiridas durante éste lapso repercutirán a lo largo de toda la vida del individuo. ⁽⁵⁾

Y algunos trabajos describen la influencia del patrón alimenticio materno en la presencia de lesiones de caries y consumo de dulces en sus hijos, resultantes del hábito que la madre posee de endulzar la leche, el té o el jugo. ⁽⁷⁾

También el grado de educación de las madres parece intervenir en el patrón alimenticio del niño y en su actividad de caries dental. El mayor grado de instrucción de las madres en general está asociado a un menor consumo de alimentos azucarados. Debido a ello, es importante informar a la gestante que el consumo de azúcar en su forma natural, encontrado en las frutas y vegetales, permite que en su organismo reciba minerales, vitaminas y calorías, y a diferencia de los azúcares extracelulares (caña de azúcar, jarabes de maíz, entre otros) ya sean refinados o no, son absorbidos fácilmente, elevando el nivel de insulina en la sangre, no existiendo así ningún tipo de beneficio nutricional. ⁽²⁾

Beal V.A. en el año de 2002 menciona las características del niño en edad preescolar o niñez temprana que corresponde el periodo de los tres a los seis años. En esta etapa el crecimiento es continuo, el aspecto físico se vuelve más estilizado y las proporciones se asemejan más a las del adulto. El apetito disminuye y los problemas de sueño son comunes. Aparece la dominancia manual y mejoran las destrezas de motricidad fina, gruesa y la fortaleza. El

pensamiento es egocéntrico pero crece el entendimiento de las perspectivas de otras personas. ⁽⁷⁾

El lenguaje y la inteligencia mejoran y se hace menos variable. Se desarrolla la identidad de género y el juego comienza a ser más imaginativo, elaborado y social. La independencia, iniciativa, autocontrol y cuidado de sí mismo aumentan. El altruismo, la agresión y el miedo son comunes y la familia sigue siendo el centro de la vida social. ⁽⁷⁾

Así también Freud menciona que la etapa en la que se encuentra el niño preescolar es la falica en la cuál el niño se encuentra unido al padre del otro sexo y más tarde se identifican con el padre del mismo sexo. ⁽⁶⁾

Así durante el periodo preescolar pueden establecerse los patrones del comportamiento al comer. Las comidas que son placenteras y satisfactorias crean una actitud positiva. Cuando los padres se ponen ansiosos, se irritan y generan ambientes de tensión por la demora, por la suciedad o por el desperdicio en el aprendizaje de autoalimentación, y por la renuencia a comer terminan en forcejeos, berrinches o regaños, las comidas se vuelven una parte desagradable del día. La insistencia para que el niño se acabe lo que se le dá de comer o que coma más de lo que quiere puede distorsionar el desarrollo natural del equilibrio apetito-saciedad y puede ser un factor para la obesidad posterior. Se desarrollan relaciones con otros miembros de la familia, los cuales se vuelven muy importantes para el niño, además en esta etapa disminuye la dependencia del niño por la madre. ⁽⁶⁾

También se va volviendo más independiente el niño, el tipo de orientación que sé de con relación a la actividad física, a los alimentos, manejo psicológico y social, son de vital importancia para la salud y el funcionamiento durante la vida. ⁽⁷⁾

Jean Piaget (1896-1980) considera que el juego es una forma de aprender acerca de objetivos y eventos nuevos complejos, una forma de consolidar y

ampliar conceptos y destrezas y un medio para integrar el pensamiento con la acción. ⁽⁸⁾

Así también decía que la experiencia es un factor de primer orden para explicar los mecanismos de adquisición de conocimiento y propuso adaptar los contenidos, la secuencia y el nivel de complejidad de los diferentes grados escolares. ⁽⁸⁾

A diferencia de otros pedagogos, Piaget no concebía la idea de un niño moldeable, la educación solo acompaña paralelamente el desarrollo de la inteligencia infantil. ⁽⁸⁾

También las características generales de los niños de los 3 a los 6 años de edad (Edad Preescolar) son complejas mostrando egocentrismo, aun le falta capacidad suficiente para comprender que el punto de vista del suyo es diferente al de otra persona, es recomendable dar instrucciones claras. ⁽⁹⁾

Entre los 3 y los 6 años de vida, son los llamados años de la edad preescolar los pequeños dejan de ser bebés para convertirse en niños viven una transición de la etapa de los primeros pasos a la niñez. ⁽⁹⁾

Cabe mencionar los Antecedentes históricos de la legislación en la promoción de la salud comunitaria, donde el primer registro que se tiene es el código de Hamurabi (3000 a. C) le da importancia a la salud citando a los médicos y legislando su labor (ley 218 a la 228). ⁽⁹⁾

Así en el Juramento Hipocrático que fue realizado por los médicos en su ceremonia de graduación. Este atribuye a Hipócrates, médico griego que vivió entre los años 460 y 377 a. C. y considerado por muchos el padre de la medicina, es un código de comportamientos y práctica, que se prohíbe a los médicos, la realización de abortos, eutanasia, se exige también promesa de no mantener relaciones con los enfermos y guardar secreto profesional. ⁽⁹⁾

También en el derecho a la salud; el 12 de septiembre de 1978 se efectuó una reunión internacional en Alma Ata. Patrocinada por la organización Mundial de la salud (OMS) y el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF), con el propósito de proteger y promover la salud en todos los pueblos del mundo. En esta se declaró que la salud es un derecho humano y fundamentalmente y que el logro más alto posible de salud es un objetivo muy importante.⁽⁹⁾

En la convención de los derechos de los niños fue adoptada por la asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989.⁽¹⁰⁾

Está basada en diversos sistemas jurídicos y tradiciones culturales, la convención sobre los derechos del niño esta compuesta de una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos los que no son negociables. Estipula los derechos humanos básicos que deben disfrutar los niños en todas partes, sin discriminación alguna: el derecho a la supervivencia; el desarrollo pleno; a la protección contra las influencias peligrosas, contra el maltrato y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social.⁽¹⁰⁾ Protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales. Estas pautas son puntos de referencia que sirven para medir el progreso.⁽¹⁰⁾

En los contenidos de la convención de los derechos de los niños encontramos el siguiente apartado:⁽¹⁰⁾

Salud y servicios sociales básicos: Los estados harán especial énfasis en la prestación de atención primaria y preventiva de la salud, educación sanitaria y reducción de las tasas de mortalidad infantil.⁽¹⁰⁾

Fola realizó en octubre de 1999 un estudio para valorar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas de los países de Tailandia y Brasil). Las medidas subjetivas estudiadas se desarrollaron comprendiendo las dimensiones de la alimentación, comunicación de la familia, las relaciones afectivas entre ellos, en las actividades diarias y en el bienestar psicológico del

individuo. Se concluye que la existencia de impactos de la salud bucal en la calidad de vida según el estilo de vida, su nivel socio-culturales y edades de las poblaciones. En la década de los 80s el impacto social de las enfermedades bucales comenzó a ser evaluado de una forma bastante genérica, sugiriendo como indicadores el nivel económico, social y político de las manifestaciones de desordenes bucales. Reisine en 1985, busco comparar las consecuencias de los desordenes bucales de la sociedad con las condiciones patológicas como desordenes gastrointestinales, donde concluyo que las condiciones patológicas ocurren con mas frecuencia que las dentales.

⁽¹¹⁾

En Venezuela la Dra. Mireles J. Couto M. Rojas S. en el año de 2002 desarrolló un programa de promoción y educación para la salud dirigido a niños de preescolar con el cuál lograron cubrir en los últimos 6 años un promedio anual de 750 niños entre 3 y 6 años de edad. Realizaron actividades educativas dirigidas al mejoramiento de su salud general bucodental, y la participación de 55 maestros y auxiliares de los preescolares de los cuáles el 50% mantienen la aplicación del programa durante el periodo escolar como parte de las actividades regulares diarias. Además a partir de 1999 se incorporaron los padres y representantes al programa logrando una cobertura para el periodo 2001-2002 de 170 padres y representantes. ⁽¹⁷⁾

Los Odontopediatras Tamie J. Gibson y David A. Nash en el 2004 mencionan en un estudio realizado por el Consejo Americano de odontopediatria en E.U.A con el fin de determinar la periodicidad de recordar la examinación y frecuencia y las técnicas más usadas en la limpieza de los dientes en niños. El resultado fué comparado con evidencia científica corriente y las recomendaciones para determinar las prácticas aprobadas por odontopediatras, los métodos fueron basados en un cuestionario de 28 preguntas y fué enviado a los 1034 miembros del colegio de diplomados del consejo americano de odontopediatria residiendo en los Estados Unidos de América, el reporte describe datos pertenecientes a la periodicidad, frecuencias para recordar sus citas, métodos y hábitos en la limpieza de los dientes, uso de auxiliares en la profilaxis e instrucción en la higiene oral en los niños, dando como resultados 629

cuestionarios donde solo el 1% de los dentistas no tenía programa activo de recordatorio, el 95% usaba intervalos de recordatorio de 6 meses, y el restante 5% tenía intervalo de 3 a 18 meses. Expertos en higiene fueron empleados en 62% de prácticas odontopediátricas, y como conclusiones se dieron intervalos de recordatorio no fueron basados en criterios específicos relacionados con las necesidades individuales de los pacientes. ⁽¹⁴⁾

Joanna M. Douglas, Alan B. Douglass y Hugo J. Silo de la Academia Americana de Odontopediátras AAP en EAU en diciembre de 2005, realizó un estudio con relación a la educación de salud oral infantil en el cuál el propósito de este estudio es investigar si el currículo infantil de salud oral implementado en pediatría y los programas de residencia en medicina familiar mejoran el conocimiento de salud oral de padres a hijos y comportamientos prácticos, y promover la visita al dentista desde el primer año de edad. Los residentes y miembros de la facultad completaron un estudio a base de las prácticas realizando un cuestionario con relación a los conocimientos antes de recibir una sesión de 1 a 2 horas de entrenamiento seguida por un cuestionario posterior de conocimiento. Las formas del cuidado dental infantil fueron actualizadas con los cuidados tempranos de salud oral para reforzar nuevas habilidades aprendidas. Al año de seguimiento, los participantes completaron un estudio de prácticas y cuestionarios de conocimiento. Y otro cuestionario realizado vía Web así como también obtención acerca del cuidado de los dientes en niños por el mismo medio. Los resultados fueron que un total de 245 personas participaron, con 78% de personas entrenadas vía Web dando información a padres. De estas 120 fueron el blanco de residentes y de la facultad de quienes 82% completaron el programa de seguimiento de 1 año. Las prácticas mejoraron comparado con la base de datos, con solo 28% de personal capacitado para dar informes a padres acerca de la salud oral en los niños y fomentar la visita al dentista al año de edad, comparado con el 73%. Los resultados de conocimiento de padres acerca del tema fueron mayores en el primer estudio que con los de la línea Web y el modo de entrenamiento no mostraba ninguna diferencia en los resultados del conocimiento. Las conclusiones: en un programa de educación en salud oral infantil puede mejorar el conocimiento y comportamiento de la salud oral de los médicos,

particularmente en lo que concierne a la promoción de la visita dental al año de edad. ⁽¹⁵⁾

Michelle R. Mc. Quistan, Raymond A. Kuthy, Meter C. Damiano y Marcia M. Ward en el departamento de odontología preventiva y salud pública en la ciudad de Iowa y la academia americana de odontopediatras AAP y AAOP. EAU en Febrero de 2005, donde evaluaron las variables generales asociadas con la familia y la relación de higiene bucal en menores de 3 años de edad. Un estudio fue enviado por todos los dentistas generales de Iowa, se les preguntó que tanto (nunca, a veces, seguido, siempre) se relacionaban los padres de familia con hábitos de higiene bucal con sus hijos menores de 3 años de edad en los últimos 12 meses. Klooz y Lewis encontraron más altos porcentajes de hábitos de higiene bucal de padres a hijos que al canalizarlos con los odontopediatras y realizar el mismo procedimiento. Fueron determinadas las asociaciones con patrones de vinculación y práctica, con dentistas, y características de pacientes. Los resultados fueron que cerca de 65% de todos los dentistas reportaron vincular a los niños menores de 3 años de manera esporádica para realizar prácticas no laboriosas con los niños (aplicación de fluoruro, técnicas de cepillado) ya que previamente ya habían tenido una accesoria completa por parte de sus padres. Y el otro 35% de los dentistas reportan sus prácticas con los niños en el consultorio dental en una frecuencia más notoria y seguida con niños no cooperativos, con caries severa, o con necesidades especiales. ⁽¹⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los padres de familia frecuentemente no llevan a cabo métodos de enseñanza y motivación adecuadas en los niños de edad preescolar para promover su salud bucodental, por lo tanto esto puede ocasionar malos hábitos de higiene bucal de padres e hijos, mala técnica de cepillado dental, mala información acerca de la ingesta de azúcares en los alimentos ocasionando caries dental, y el poco interés de ir periódicamente al consultorio dental. ¿Son adecuados los conocimientos relacionados con higiene bucal que llevan a cabo los padres de familia en los niños de edad preescolar?

JUSTIFICACIÓN.

La información, pláticas tanto a padres como a los niños de preescolar y la presentación de teatro guiñol a los niños de preescolar fue de gran importancia para la comunidad preescolar de la escuela “Belmont American School” ya que en la gran mayoría de los padres de familia no contaban con la información adecuada de hábitos higiene bucal, técnicas de cepillado y la frecuencia con la que deben de visitar al cirujano dentista para tener una boca limpia y sana sin caries dental.

OBJETIVO GENERAL.

- Se determinó el conocimiento transmitido con relación a hábitos de higiene bucal de padres a hijos en edad preescolar.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Se determinó por medio de una encuesta los hábitos de higiene bucal que transmiten los padres a los hijos.
- Se determinó por medio de una encuesta el conocimiento de hábitos de higiene bucal que tiene los padres de familia con respecto a sus hijos.
- Se determinó la edad y el sexo de cada uno de los participantes.

METODOLOGÍA.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la primera fase de este estudio se estableció común formal con el director “Derril E. House Linebaugh” de la escuela “Belmont American School” (anexo 1) para poder realizar la investigación.

La segunda etapa consistió previo consentimiento (anexo 2) del padre o tutor para el levantamiento de las variables de interés en los preescolares (anexo3) así como a los padres de familia (anexo 4).

Una vez que fueron levantados los resultados de los cuestionarios de los niños y los padres se procedió al análisis de los mismos para establecer el contenido temático de la plática dirigida a los padres de familia.

Así mismo se realizó un teatro guiñol con contenidos sobre higiene bucal.



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA

TIPO DE ESTUDIO.

Por las características de este estudio es transversal descriptivo observacional.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Preescolares del turno matutino de la escuela "Belmont American School" y padres de los preescolares.

MUESTRA.

El muestreo fue no probabilístico y constó de 90 preescolares y de los padres de familia fueron 69 asistentes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los preescolares del turno matutino de la escuela "Belmont American School".

Preescolares de cualquier género.

Preescolares con consentimiento firmado.

Padres de familia que quisieron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Personas que no tenían consentimiento firmado.

Padres de familia que no asistieron el día de la entrevista.

VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable Independiente.

Conocimientos transmitidos.

Variable Dependiente.

Hábitos de Higiene Bucal.

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GÉNERO EN UNA MUESTRA DE PREESCOLARES. 2007

TABLA 1

SEXO	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
FEMENINO	51	56.66%
MASCULINO	39	44.34%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

EN ESTA INVESTIGACIÓN EL 56.66% (51) PERTENECEN AL SEXO FEMENINO MIENTRAS QUE EL 44.34% AL MASCULINO (VER TABLA 1)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE CEPILLADO EN UNA MUESTRA DE PREESCOLARES.

2007

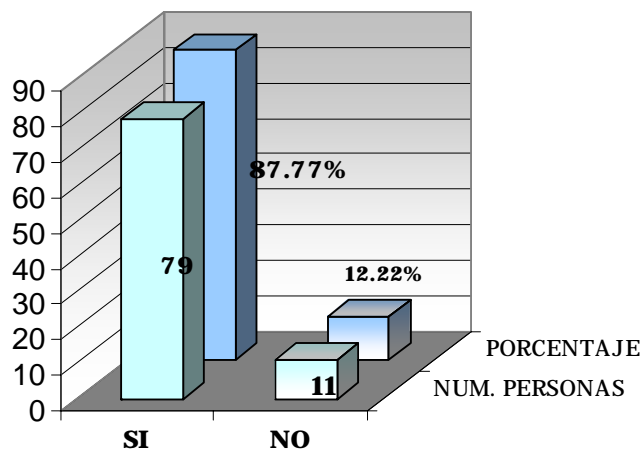
TABLA 2

CEPILLAN	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	79 (3VECES AL DIA)	87.77%
NO	11 (1 VEZ AL DIA)	12.22%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

■ NUM. PERSONAS

■ PORCENTAJE



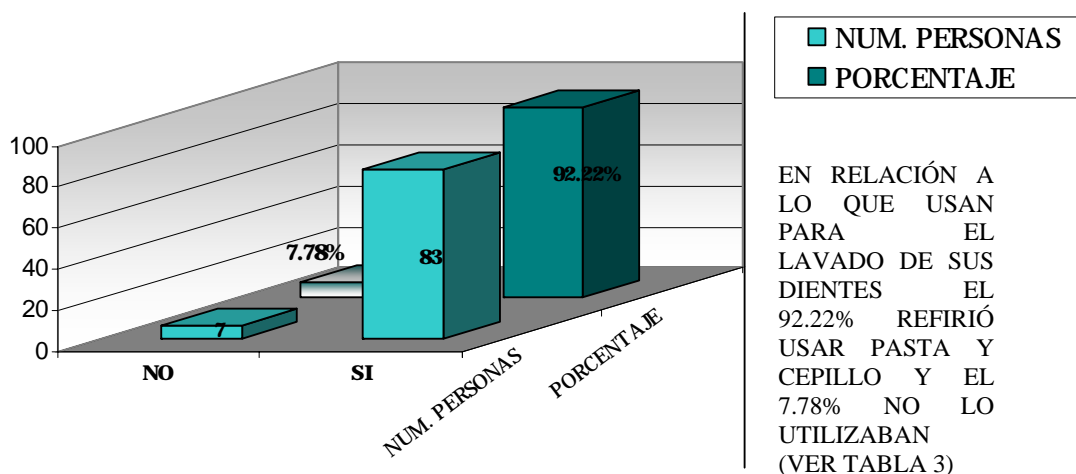
CUANDO SE PREGUNTÒ
A LOS PREESCOLARES
CON QUE FRECUENCIA
SE CEPILLAN LOS
DIENTES EL 87.77 %
CNTESTO 3 VECES AL
DIA Y EL 12.22% UNA
VEZ AL DIA (VER
TABLA 2)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAVADO DE DIENTES CON CEPILLO Y PASTA EN UNA MUESTRA DE PREESCOLARES. 2007

TABLA 3

LAVADO DE DIENTES CON CEPILLO Y PASTA	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	83	92.22%
NO	7	7.78%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA

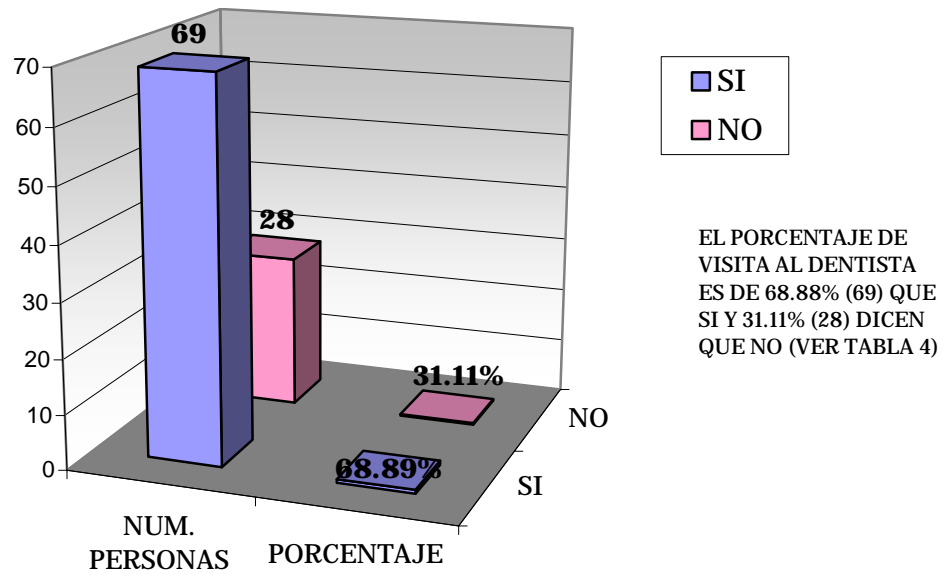
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VISITA AL DENTISTA EN UNA MUESTRA DE PREESCOLARES.

2007

TABLA 4

VISITA AL DENTISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	69	68.89%
NO	28	31.11%
TOTAL	90%	100%

FUENTE DIRECTA



FUENTE DIRECTA

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGESTA DE
DULCES Y CHOCOLATES EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 5

INGESTA DE DULCES Y CHOCOLATES	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	71	78.88%
NO	19	21.12%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

El porcentaje de ingesta de dulces y chocolates es del 78.88% en los preescolares mientras que el 21.12% refirió no ingerirlos (ver tabla 5)

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACERCA DE LA AYUDA
DEL CEPILLADO DENTAL DE PADRES A HIJOS EN
NIÑOS DE PREESCOLAR. 2007**

TABLA 6

AYUDA DE PAPÁS A HIJOS EN EL CEPILLADO DENTAL	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	72	80%
NO	18	20%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

CUANDO SE LES CUESTIONÓ SI LES AYUDABAN SUS PAPÁS AL CEPILLADO DENTAL 72 NIÑOS (80%) CONTESTARON QUE SI Y 18 NIÑOS (20%) CONTESTARON QUE NO

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO POR LA
HIGIENE BUCAL ADECUADA EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 7

AGRADO DE DIENTES LIMPIOS	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	83	92.22%
NO	7	7.78%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

Así mismo se les cuestionó si les gusta tener sus dientes limpios donde 83 niños (92.22%) contestaron que si y 7 niños (7.78%) contestaron que no (Ver tabla 7)

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FELICITACIÓN AL
LAVADO DE DIENTES EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 8

FELICITACIÓN DE PADRES	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	78	86.66%
NO	11	13.34%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

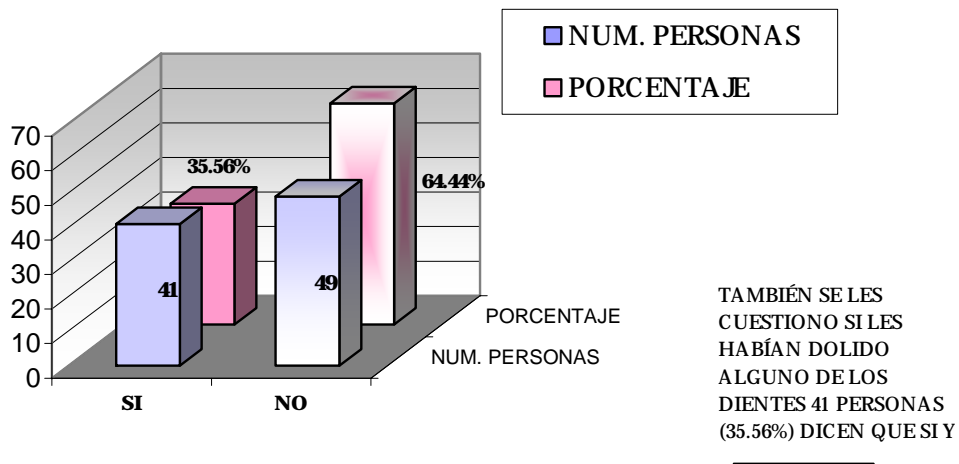
Los preescolares contestaron que los felicitan sus padres al lavarse sus dientes y 78 niños (86.66%) y 11 niños (13.34%) contestaron que no (ver tabla 8)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DOLOR DE ALGUNO DE LOS DIENTES EN UNA MUESTRA DE PREESCOLARES. 2007

TABLA 9

DOLOR DE ALGUNO DE LOS DIENTES	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	41	35.56%
NO	49	64.44%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA



**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUANDO SIENTEN
SUCIOS LOS DIENTES SE LOS LAVAN SOLOS EN UNA
MUESTRA DE PREESCOLARES. 2007**

TABLA 10

SE LAVAN LOS DIENTES SOLITOS CUANDO LOS SIENTEN SUCIOS	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
SI	12	3.34%
NO	78	96.66%
TOTAL	90	100%

FUENTE DIRECTA

SE LES PREGUNTÓ SI SE LAVABAN SOLITOS LOS DIENTES Y 12 NIÑOS (3.34%) CONTESTARON QUE SI Y 78 NIÑOS (96.66%) CONTESTARON QUE NO. (VER TABLA 10)

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PROFESIONES Y
OFICIOS DE PADRES DE FAMILIA EN UNA MUESTRA
DE PREESCOLARES. 2007**

TABLA 11

PROFESION	NUM. PERSONAS	PORCENTAJE
EMPLEADO (FABRICANTE, COMERCIO, VENTAS)	21	30.4%
LICENCIADO (ADMON, GASTRONOMIA, ARQUITECTURA, BIOLOGIA)	7	10.1%
LIC. EN INGENIERIA	4	6.5%
LIC. EN DERECHO	3	4.7%
SECRETARIAS	2	2.6%
MEDICO CIRUJANO	5	7.1%
CONTADOR PUBLICO	10	14.3%
HOGAR	17	24.3%
TOTAL	69	100%

FUENTE DIRECTA

COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA TABLA 11 PREDOMINA LA OCUPACIÓN DE EMPLEADOS CON UN 30.4% EN LOS PADRES DE FAMILIA.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ACERCA DE LA EDAD
EN QUE EMPEZARON LOS PADRES A DARLE
CUIDADO A LOS DIENTES DE SUS HIJOS EN UNA
MUESTRA DE PREESCOLARES. 2007**

TABLA 12

E D A D	PORCENTAJE
0-1 AÑO DE EDAD	49.27%
2-3 AÑOS DE EDAD	31.88%
4-5 AÑOS DE EDAD	17.39%
CUANDO SALIO EL PRIMER DIENTE	1.46%

FUENTE DIRECTA

EN ESTA TABLA MUESTRA EL PORCENTAJE QUE TIENEN LOS PADRES AL DARLE CUIDADO A SUS HIJOS Y VARÍA EL PORCENTAJE DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS NIÑOS (VER TABLA 12)

**COMPARATIVO PORCENTUAL DE LA ENCUESTA
REALIZADA A PADRES DE FAMILIA Y A LOS
PREESCOLARES EN EL LAVADO DE DIENTES CON
PASTA Y CEPILLO DENTAL EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 13

	SI	NO	TOTAL
PADRES	83.09%	18.91%	100%
NIÑOS	92.22%	7.78%	100%

FUENTE DIRECTA

EL PORCENTAJE COMPARATIVO DE LAVADO DE DIENTES CON PASTA Y CEPILLO DENTAL EN LOS PADRES DE FAMILIA ES DE 83.09% QUE CONTESTARON QUE SI Y 18.91 QUE NO Y EN LOS NIÑOS EL 92.22% CONTESTARON QUE SI Y EL 7.78% QUE NO (VER TABLA 13)

**COMPARATIVO PORCENTUAL DE LA ENCUESTA
REALIZADA A PADRES DE FAMILIA Y A LOS DE
PREESCOLAR DE CUANTAS VECES SE CEPILLAN
LOS DIENTES DE SUS HIJOS EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 14

	UNA VEZ AL DIA	TRES VECES AL DIA	TOTAL
PADRES	79.72%	20.28%	100%
NIÑOS	12.22%	87.77%	100%

FUENTE DIRECTA

EL PORCENTAJE COMPARATIVO DE CEPILLADO DENTAL EN LOS PREESCOLARES ES EL 12.22% DE UNA VEZ AL DÍA Y EL 87.77% CONTESTÓ TRES VECES AL DÍA Y EN LOS PADRES DE FAMILIA CONTESTARON EL 79.72% QUE UNA VEZ AL DÍA Y EL 20.28% TRES VECES AL DÍA. (VER TABLA 14)

**COMPARATIVO PORCENTUAL DE LA ENCUESTA
REALIZADA A PADRES DE FAMILIA Y A LOS DE
PREESCOLAR DE LA FRECUENCIA CON LA QUE
VISITAN AL ODONTÓLOGO EN UNA MUESTRA DE
PREESCOLARES. 2007**

TABLA 15

	SI (CADA 6 MESES)	NO	TOTAL
PADRES	100%	0	100%
NIÑOS	68.89%	31.11%	100%

FUENTE DIRECTA

EN RELACIÓN AL COMPARATIVO DE LA ENCUESTA REALIZADA A PADRES E HIJOS DE EDAD PREESCOLAR ENCONTRAMOS QUE EL 100% DE LOS PADRES DE FAMILIA CONTESTARON QUE SI VISITAN AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES Y NINGUNO CONTESTO QUE NO. Y EN LOS PREESCOLARES EL 68.69% CONTESTO QUE SI IBA CADA 6 MESES AL DENTISTA Y EL 31.11% CONTESTÓ QUE NO HA IDO NUNCA AL ODONTÓLOGO. (VER TABLA 15)

Referencias Bibliográficas

1. Pinkham J. Odontología pediátrica. Cd. México: Interamericana Mc Graw Hill, 2001 pp. 207-210, 219-221
2. Guedes Pinto y colaboradores Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Actualidades medico odontológicas Latinoamérica, C.A. 2003 pp. 63-78
3. Salud Bucal Vol. 2 No. 17 Sep 2004.
4. Bourges H. Casanueva E. Duran E. Kaufer M. Morales J. Pautas para la orientación alimentaria en México. 1º, Ed. Cd. México Editorial Ilsi de México, 2002. p.p. 33-44.
5. Casanueva E. Kaufer M. Perez A.B; Arroyo P. Nutriología Medica. 1ª. Ed. Cd. México: Editorial Medica-Panamericana, 2001. p.p. 50-68
6. Papalia D. Psicología del desarrollo 8º. Ed. Colombia: Ed. Mc-Graw-Hill, 2003 Cap 1.
7. Beal V.A. Nutrición en el ciclo de vida. 1era. Ed. Cd. México: Ed. Limusa, 2000 P.p. 289-315.
8. García E. Piaget: La formación de la inteligencia. 2ª Ed. Cd. De México: Ed. Trillas, 1991.
9. Higashida BY. Educación para la salud. 1ª ed. Cd. México: Nueva editorial Interamericana, 1995.
10. <http://www.unicef.org/spanish>
11. Fola/oral Año V No. 16 Julio/Octubre 1999
12. Viveros MG. La salud de México ante el próximo milenio. Memorias XI Simposium Internacional 1ª ed. Cd. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial 2000.
13. <http://www.ssa.gob.mx/nom/013ssa24.html>.
14. Pediatric Dentistry Vol. 26 No. 1 Julio/Agosto 2004. p.p. 5-9
15. Pediatric Dentistry Vol. 27 No. 4 Julio/Agosto 2005. p.p. 7-10
16. Pediatric Dentistry Vol. 27 No. 4 Julio/Agosto 2005. p.p 17-21
17. Mireles J. Couto M. Rojas S. Programa de promoción y educación para la salud dirigida a niños de preescolar. Universidad de Carabobo Venezuela
18. Papalia E.D. Psicología del desarrollo 8va. Ed, Ed Mc Graw Hill 2003 p.p.5-7

ANEXO 2

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Asunto: Presentación

C. Derrill E. House Linebaugh

Director de la escuela "Belmont American School"

Presente

Por medio de este conducto, la que suscribe Dra. Maria Elena Nieto Cruz, me dirijo a UD. Para solicitar su apoyo a fin de que la alumna García Cortes Leticia pueda realizar su trabajo de investigación en el área de investigación en el área de Educación para la salud denominado "*Conocimientos transmitidos en relación a hábitos de higiene bucal de padres a hijos en edad preescolar 2007*" durante el periodo del 29 de enero al 25 de abril en un horario de 9:00 a 14:00 hrs. Del año en curso, lo anterior permitirá contar con una información confiable generada en una institución prestadora de servicios.

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

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"

Ciudad Universitaria, DF a 14 de febrero de 2007.

Dra. María Elena Nieto Cruz

Jefatura

ENCUESTA DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN
RELACIÓN DE PADRES E HIJOS EN EDAD
PREESCOLAR. 2007

Número Individual /__//__//__//__/

Nombre del niño.-

Edad.-

1. - ¿Te lavas tus dientes diario antes de venir a la escuela?



2. - ¿Te lavas 1 vez al día tus dientes?



3. - ¿Te lavas 2 veces al día tus dientes?



4. - ¿Te lavas 3 veces al día tus dientes?



5. - ¿Te lavas tus dientes con cepillo de dientes y pasta?



c) - ¿Te han llevado tus papas al dentista?



c) - ¿Comes muchos dulces y chocolates?



ANEXO 3

8.- ¿Te gusta tener tus dientes limpios?



9.- ¿Te ayuda tu papa a lavarte tus dientes?



10.- ¿Te dan premios por lavarte tus dientes?



11.- ¿Tienes dolor en alguno de tus dientes?



12.- ¿Cuándo sientes sucios tus dientes te los lavas solito sin ayuda de tus papas?



ANEXO 4

**ENCUESTA DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN
RELACIÓN DE PADRES E HIJOS EN EDAD
PREESCOLAR. 2007**

Numero Individual / __//__//__//__/

Nombre del padre:

Edad:

Ocupación:

1. - ¿Edad en la que empezó por primera vez a darle cuidados a los dientes de su hijo?

- | | | |
|---------------------|----------------------------------|--------|
| a) 0-1 año de edad | b) 2-3 años de edad | () |
| c) 4-5 años de edad | d) Cuando salio el primer diente | |

2. - ¿Con que acostumbraba limpiar los dientes del niño? ()

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| a) Con una gasa | b) Con cepillo de dientes |
| c) Con agua | d) Con pasta y cepillo de dientes |

3. - ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?

- | | | |
|-------------------|-------------------|--------|
| a) Una vez al día | b) 2 veces al día | () |
| c) 3 veces al día | d) Casi nunca | |

ANEXO 4

- 4.- ¿Con que frecuencia visita al dentista?
- a) Cada 6 meses b) Cada año ()
c) Cada año y medio d) Nunca lo he llevado
5. - ¿Qué importancia tiene la dieta en la salud de su hijo?
- a) Mucha b) Poca ()
c) Mas o menos d) Nada
6. - ¿Qué tan frecuente el niño consume azucares en su dieta diaria?
(Dulces, chocolates, pan, jugos, frutas, etc.) ()
- a) Diario b) 3 veces por semana
c) 1 vez a la semana d) Casi nunca
7. - ¿Ayuda a su hijo a lavarse los dientes?
- a) Siempre b) A veces ()
c) No d) Lo hace solo
8. - ¿Motiva a su hijo de alguna forma para tener él habito de cepillarse los
dientes?
- a) Sí b) No ()
c) A veces d) Nunca
9. - ¿Ha fomentado el uso del hilo dental en el niño? ()
- a) Sí b) No
c) A veces d) Nunca
10. - ¿Le ha sugerido la aplicación de fluoruro para prevenir el deterioro de los
dientes?
- a) Si b) No ()
c) A veces d) Nunca