

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD BUCAL EN NIÑOS Y NIÑAS
PREESCOLARES DE LA COL. SAN MIGUEL, DISTRITO CENTRAL, 2015**

PRESENTADO POR

GABRIELA VANESSA BONILLA CABAÑAS

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORA

MSc. MERCEDES MARTINEZ H.

TEGUCIGALPA, M.D.C

ABRIL, 2018. HONDURAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH

RECTOR

Dr. FRANCISCO HERRERA a.i.

VICE RECTORA ACADEMICA

MSc. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.

SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dra. BETY YAMILETH AVILA ALVARADO a.i.

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

Dr. ARNOLDO ZELAYA a.i.

COORDINADOR GENERAL DE POSGRADO SALUD PÚBLICA

MSc. MARTA ISABEL FONSECA GODOY

DEDICATORIA

A mi adorada madre Betulia Cabañas y padre José Jorge Bonilla por todo el amor, ejemplo, sacrificio, confianza y apoyo recibido para mi desarrollo personal como profesional. Por la dicha de tenerlos junto a mí.

A mis hermanas: Ekaterina, Denisse, Jimena, Miroslava y hermano Jorge Bonilla Cabañas quienes con sus consejos y experiencias vividas me han apoyado y acompañado a lo largo de estos años.

A mi sobrina Ekaterina Gezel y sobrinos Erik y Andreas por transferirme todo el cariño y felicidad anhelada.

A mi gran amiga y colega María Auxiliadora Cruz por su amistad incondicional.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud especial a Dios por guiarme, iluminarme y brindarme de nuevo la oportunidad de adquirir sabios conocimientos en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado en Salud Pública.

A los Maestros del Posgrado en Salud Pública por sus enseñanzas y conocimientos transmitidos a lo largo de estos dos años y medio de estudio; así como el incentivo a la formación humanista y solidaria de verdaderos salubristas.

A mi Asesora de tesis Lic. Mercedes Martínez gracias por su guía invaluable, por sus valiosas sugerencias, experiencia y tiempo en el asesoramiento de esta tesis.

Al Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” por el espacio brindado para la realización de mis intervenciones, pilar fundamental para que este trabajo pudiera realizarse, a todos los maestros, padres, madres de familia y especialmente a los niños y niñas que participaron en este estudio por demostrar su gran espíritu de colaboración.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	OBJETIVOS.....	5
2.1.	Objetivo General	5
2.2.	Objetivos Específicos.....	5
3.	MARCO TEÓRICO	6
3.1.	Determinantes Sociales de la Salud	6
3.2.	Salud Oral y Determinantes de la Salud.....	10
3.2.1.	Acceso a los servicios de salud oral	12
3.3.	Promoción de la Salud	15
3.3.1.	Antecedentes históricos.....	15
3.3.2.	Promoción de la Salud Bucal.....	20
3.3.3.	La Promoción y participación cultural comunitaria	23
3.3.	Estilo de vida	25
3.4.	Autocuidado.....	27
3.5.	Cultura, costumbres y creencias	29
3.5.1.	Comportamientos de la Familia	31
3.5.2.	Aspectos educativos relacionados con el comportamiento familiar	32
3.6.	Prevención de las Enfermedades Bucales.....	34
3.6.1.	Caries dental	36
3.6.2.	Revisiones periódicas de los niños y niñas.....	41
4.	METODOLOGÍA	45
4.1.	Procedimiento metodológico	49
5.	RESULTADOS	55
5.1.	Características Sociodemográficas de la población de estudio del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C	55
5.2.	Perfil de Salud Bucal de los niños y niñas preescolares.....	70
5.3.	Estilo de vida de los niños y niñas preescolares relacionado a sus hábitos de higiene y alimentación.	77

5.4.	Conocimiento de padres de familia y educadores sobre la salud bucal.....	79
6.	ANALISIS DE RESULTADOS	84
6.1.	Cuantitativos	84
6.2.	Cualitativos.....	95
7.	CONCLUSIONES	99
8.	RECOMENDACIONES.....	103
9.	BIBLIOGRAFIA.....	107
10.	ANEXOS	112

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental según la OMS es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida, logrando así un estado de bienestar físico, mental y social. La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial, transmisible y es una de las principales causas de pérdida dental durante la infancia, constituyéndose un problema de salud pública. En Honduras existe una prevalencia de problemas odontológicos, que afecta la calidad de vida de las personas, entre los que encuentran los niños de educación pre-básica. Según el Departamento de Salud Bucal de la Secretaría de Salud, en nuestro país el 90% de los hondureños tienen problemas de caries dental, por lo que se deben aplicar medidas preventivas que permitan disminuir este problema.

Debido al alto índice de caries dental que existe en la población hondureña se decide realizar este trabajo de investigación en el Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” en preescolares de 4 y 5 años de edad de la Col. San Miguel de Tegucigalpa M.D.C. cuyo propósito es identificar los determinantes sociales y económicos que tienen mayor influencia en la salud bucodental de estos niños y niñas para así poder efectuar acciones de promoción y prevención basadas en evidencia.

Diferentes investigaciones realizadas en América Latina demuestran, que la pérdida prematura de los dientes deciduos o primarios, ocasiona una serie de cambios en los maxilares dentales de los niños, produciendo diferentes problemas como, dificultad para masticar y alimentarse, alteraciones foniátricas, mordida cruzada, migración de dientes vecinos, apiñamiento dental y otros problemas posteriores que repercuten en la edad adulta; por lo que los tratamientos necesarios para revertir la situación, serían a largo plazo, complejos y costosos; especialmente en las áreas de mayor riesgo social. Por lo tanto, la situación impacta en la vida cotidiana de los preescolares de la comunidad, así como a su desarrollo integral.

A través de la técnica de observación, se ejecutaron 6 visitas observacionales donde se pudo constatar los estilos de vida como los hábitos de alimentación e higiene bucodental durante la merienda escolar de los preescolares; también se realizó una exploración dental en los niños(as) cuyo objetivo fue identificar la presencia de caries dental para posteriormente registrarlo en una ficha dental. Además, se utilizó la técnica de la encuesta y se aplicó el cuestionario como instrumento donde se constató el ingreso salarial, nivel educativo, estilo de vida, y el conocimiento sobre las medidas de prevención en salud bucal que tienen los padres, madres de familia y educadores del Centro Educativo.

Los resultados obtenidos indican que los determinantes sociales que influyen en la salud bucal de los niños del Jardín “Rafael Pineda Ponce” son: los malos hábitos de alimentación, la higiene bucodental deficiente, el bajo nivel de escolaridad de los padres o tutores de este grupo prioritario, así como las barreras de disponibilidad y acceso a los servicios odontológicos, de igual forma la escasa oferta de servicios públicos de atención en salud bucal para la población en desventaja, la limitada o ninguna información sobre salud oral para la población en general principalmente para los educadores de los centros educativos.

Todas estas circunstancias descritas anteriormente contribuyen a incrementar la caries dental, tal como se encontró en el estudio, un elevado índice de caries en los preescolares, lo que los vuelve vulnerables ante la enfermedad, aumentando los perfiles epidemiológicos de los problemas de salud bucal y los altos costos en los servicios odontológicos; de igual forma ocurre en adquirir alimentos saludables para que los niños adopten comportamientos beneficiosos y así prevenir otras enfermedades bucales; la buena o mala alimentación es uno de los determinantes sociales que con seguridad e importancia condicionan el bienestar físico, la salud, el rendimiento, la productividad de los seres humanos, el desarrollo de las colectividades y sus posibilidades de mejorar en el futuro.

Es importante enfatizar que con esta investigación se contribuirá a mejorar la salud bucodental de los preescolares, que deben ser prioridad en el contexto de las políticas de salud oral, por lo que se deben diseñar, desarrollar e implementar en el país como solución a los problemas encontrados y reducir las desigualdades en salud. Por lo que será importante retomar los resultados de la presente investigación como punto de partida en el contexto de preparación y elaboración de políticas públicas en pro de la salud oral integral. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud bucodental, en los países desarrollados la caries dental infantil ha disminuido en las últimas décadas, este descenso se debe a la mejora del nivel de vida de las personas y a la implementación de programas preventivos comunitarios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Caracterizar los determinantes sociales y económicos de la salud bucal de niños y niñas en edades de 4 y 5 años, del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” de la Col. San Miguel de Tegucigalpa. M.D.C febrero - agosto 2015.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas que tienen los padres de familia de los preescolares en relación a la salud bucal.
2. Establecer el perfil de la salud bucal de los niños y niñas preescolares.
3. Identificar el estilo de vida de niños y niñas preescolares en relación a sus hábitos de higiene bucal y alimentación.
4. Identificar el conocimiento de padres de familia y educadores sobre la salud bucal.

3. MARCO TÉORICO

3.1. Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales son las circunstancias en que los individuos nacen, se desarrollan, viven, envejecen y muere incluyendo el sistema de salud. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solo aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Todos combinados crean distintas condiciones de vida, que ejercen un claro impacto sobre la salud. (Villar, 2007)

Dentro de los modelos de los determinantes de la salud, está el modelo Lalonde (1974) este explica que los determinantes más influyentes son el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud. Con este modelo se tuvo el primer acercamiento con el concepto de salud, donde se dice que la salud es más que un sistema de atención y se hacía énfasis en la distribución de recursos y esfuerzos sociales destinados a los determinantes. Luego en 1991 surge el modelo de multinivel de Dahlgren & Whitehead donde se

incorporan factores mencionados por Lalonde y agregan otros nuevos como las condiciones sociales. (Avila, 2009)

Los determinantes en niveles se clasifican según su capacidad de influencia a los individuos o comunidades; y se llega a la conclusión que las inequidades en salud son el resultado de las interacciones entre los distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. También se habla de macro determinantes y micro determinantes como modelo socioeconómico de salud, si se refiere a micro determinantes su nivel de influencia es a nivel individual, que incluye los tres primeros niveles; en el primer nivel están los que afectan la salud del individuo, pero no son modificables; ejemplo de esto es el sexo y la edad. (Frenz, 1998)

En un segundo nivel están los estilos de vida del individuo, se pueden modificar y representan los diferentes hábitos de vida y los comportamientos personales, enfatiza que las personas más desfavorecidas tienden a presentar mayor conducta de riesgo y barreras económicas para poder llegar a tener un estilo de vida más saludable. En el tercer nivel están las redes sociales y comunitarias, que son capaces de influir sobre los comportamientos y hábitos de vida de los individuos. (Lip & Rocabado, 2005, pág. 24)

Los macro determinantes son considerados más amplios y profundos, están asociados a variables de grupo y sociedad. Comprende el cuarto nivel e incluye las condiciones de vida y trabajo, como educación, ambiente laboral, desempleo, agua y saneamiento, vivienda y servicios de atención de salud, finalmente el quinto nivel abarca condiciones generales socioeconómicas, culturales y medioambientales. Un ejemplo de ello es el nivel de vida que se logra en una sociedad, lo que influye en la elección de la vivienda, del trabajo, del colegio de sus hijos y en las interacciones sociales. (Frenz, 1998, pág. 105)

Los resultados de los estudios donde se analizan los factores condicionantes de la situación de salud difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, que cuando se hace desde una perspectiva social. Lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro no es necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o grupo social no se confirma como un predisponente en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos. (Alvarez Castaño, 2009)

Existen dos aspectos que han contribuido a acrecentar la preocupación por las inequidades en salud, el primero tiene que ver con el aumento en las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los países, entre

grupos y estratos sociales. Según el Informe sobre el Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (2002) “la diferencia de la renta de la quinta parte más rica de la población mundial respecto al quinto más pobre paso de ser de 30 a 1 en 1960, a ser de 60 a 1 en 1990 y 74 a 1 en 1997”. Para el año 2006 el estudio realizado por la Universidad de Naciones Unidas señala que el 10% más rico tiene el 85% del capital mundial y la mitad de toda la población del planeta tiene sólo el 1%. (PNUD, 2006, pág. 34)

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estados tiene su expresión en las condiciones de salud; por ejemplo, según el informe del Foro Económico Mundial 2014- 2015 la esperanza de vida en Honduras es de 73,5 años, diez menos que la máxima mundial, si se compara con la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2% en Lesotho, se evidencia que la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo. (Alvarez Castaño, 2009)

Un segundo elemento que ha puesto el asunto de las inequidades en salud en primer plano es la persistencia del gradiente de salud, este trata de la constatación de que las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los

grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud: la inequidad nos afecta a todos. La evidencia demuestra entonces que, si bien en promedio las condiciones de salud han mejorado en casi todos los países del mundo y al interior de cada uno de ellos, las desigualdades en salud aumentaron cualquiera que sea el indicador de evaluación escogido. (OMS & CSDSS, 2008, pág. 3)

3.2. Salud Oral y Determinantes de la Salud

Los términos de salud general y salud oral no pueden interpretarse de forma separada, como si fueran entidades diferentes. La salud oral es parte integral de la salud general, por lo que un individuo no puede estar sano si su salud oral no es buena. Una salud oral deficiente tiene repercusiones importantes sobre la salud y la calidad de vida de los individuos, especialmente de los niños.

Los determinantes de la salud con mayor influencia sobre la salud general y oral son los estilos de vida y el medio ambiente, especialmente el medioambiente social; la pobreza, las condiciones de trabajo y la desigualdad en los servicios

sanitarios, tienen una gran repercusión sobre la salud oral y además influyen en los comportamientos individuales y colectivos. La aparición de la mayoría de las enfermedades orales está asociada con la pobreza, los niveles bajos de educación y el comportamiento de los individuos y comunidades. Los más pobres tienen menor nivel educativo en relación con hábitos saludables y tienen mayores necesidades que se satisfacen con menor frecuencia. (Abadia Barrero, 2006, pág. 16)

Es indudable la existencia de asociación entre el estado de salud y el estatus social, individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud, a este hecho se le conoce como gradiente social en salud, este se refiere a desigualdades en la distribución del estado de salud de la población, por lo que se relacionan con las desigualdades en el estatus social. Asimismo, estas se asocian con el nivel socioeconómico; la mayoría de las teorías que explican el aumento de estas desigualdades, utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como el ingreso, escolaridad, ocupación y raza entre otros, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual. (Medina Solis, 2006)

La inequidad es fuente de múltiples problemas sociales, que están relacionados de forma íntima con el logro educativo, con las disparidades en el acceso a la salud o a posiciones de poder, aumentando la violencia social, afectando también la capacidad o incapacidad de una sociedad de lograr mayores niveles

de bienestar para cada uno de sus miembros. Estas inequidades se pueden reducir, diseñando y ejecutando políticas públicas de equidad para mejorar el acceso de oportunidades, disminuir el impacto de estos fenómenos sociales y para poder lograr mayores niveles de desarrollo humano en una sociedad. (Rocha- Buelvas, 2013)

La inequidad en nuestro país, es una de las barreras para el avance hacia un mejor desarrollo humano, Honduras tiene un IDH de 0.632 para el 2012 ocupando la posición 120 en la clasificación mundial y el puesto número 30 entre 33 países de América Latina y el Caribe. (Posas, 2011). Actualmente según informes del PNUD el índice de Desarrollo Humano (IDH 2012-2015) en nuestro país ha decrecido para el año 2013 fue de 0.617; y para el año 2015 fue de 0.606 ocupando la posición 131.

3.2.1. Acceso a los servicios de salud oral

La salud es un estado anhelado, ya que posibilita el funcionamiento óptimo de las personas; es decir que es considerada un recurso fundamental para llevar a cabo las actividades diarias. Por esta razón cualquier política pública a implementar debería orientarse a mantener o recuperar la salud, y a la vez ha de garantizar que todos los miembros de la sociedad se vean integrados y resguardados en sus derechos de acceso a la atención en salud. Si bien rara

vez es posible lograr situaciones equitativas en salud, riqueza o poder, se apela a que quienes formulan políticas públicas consideren las dimensiones sociales de éstas, ya que es injusto el gradiente social en salud en cuanto a la exclusión de grupos vulnerables y sus diferencias para conseguir una cobertura sanitaria integral. (Rocha- Buelvas, 2013, pág. 107)

La utilización de los servicios de salud, desde una perspectiva amplia, implica la necesidad de atención, que se ve influenciada por las experiencias personales, familiares y comunitarias. El uso de servicios de salud es una circunstancia influyente en la salud de los individuos y de las poblaciones, por lo que la existencia de problemas en el suministro y la financiación afectará directamente a la salud de las personas. Por otra parte, hay otras variables, familiares y personales, que influirán en la búsqueda de servicios de salud, entre ellas el nivel de estudios de la madre, los ingresos económicos, el tipo de seguro de salud y la percepción de la salud. (Nuñez, 2013, pág. 347)

Rocha y Goes, Matos y colaboradores, Camargo y colaboradores y Martins y colaboradores (2008), entre otros, consideran que son fundamentales los servicios de salud oral, y son las minorías y la población vulnerable las que encuentran limitado el acceso a dichos servicios. Lo anterior es coherente con la resolución de la 60 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS año 2007 que contiene el programa global de salud bucal. Esta resolución propone que en el

interior de los países se enmarquen políticas y estrategias para la salud bucal en el siglo XXI, orientadas al control y la prevención de enfermedades bucodentales, que constituyen un considerable componente de la carga global de enfermedad.

En Latinoamérica está la declaración de la Carta de Brasilia sobre la salud bucal de las Américas, octubre del 2009, en donde se reconoce los altos niveles de inequidad social en la distribución de las enfermedades bucales, su impacto en el desarrollo social y económico de nuestros pueblos, el compromiso de aportar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la necesidad del estricto cumplimiento del deber de los Estados, con la garantía del derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social. (Rocha- Buelvas, 2013, pág. 99)

En Honduras se carece de datos e investigaciones actuales sobre el acceso a la salud de la población, pero el portal único de transparencia del Instituto de Acceso a la información (2015) señala que la SESAL presta servicios al 60% de la población, el IHSS asegura al 12% y el sector privado atiende al 10%. En el país casi 9 de cada 10 personas no están cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que el 18% de la población (más de 1.5 millones de hondureños no tiene acceso a los servicios de salud.

Respecto al acceso de los servicios bucodentales; en el año 2010 el número de odontólogos colegiados ascendía a 2,522 de los cuales 190 (7.5%) trabajan para la secretaria de salud. (Carmenate-Millán, Herrera, & Ramos, 2016). Según la OPS (2012) los odontólogos tienen una tasa de 0.2 por 10,000 habitantes, aunque no se hace mención de un estándar de odontólogos por habitante, para la OMS la diferencia es exorbitante con respecto a la región de las Américas que es de 6.9 odontólogos por 10,000 habitantes.

3.3. Promoción de la Salud

En 1989 la OMS y UNICEF se reunieron en Alma Ata para dar inicio a la estrategia global Salud para Todos. La OMS plantea la insistencia que la gente debe hacerse responsable de su propia salud participando consiente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud. En 1997 la Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud reconoció la valiosa inversión de esta materia y a la salud como derecho humano. (OPS-OMS, 1995)

3.3.1. Antecedentes históricos

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (17-21 de noviembre 1986).

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el

Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la Promoción de la Salud, porque no solo sentó sus bases doctrinales, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como “la abogacía o cabildeo”, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial en salud y a la medición, para que los intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar.

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la promoción de la salud; contempla cinco grandes áreas estratégicas:

1. Construir políticas públicas saludables.

2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud. (OMS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986)

Promoción de la Salud en América Latina

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Colombia y auspiciada por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tuvo lugar en Santa Fe de Bogotá del 9 al 12 de noviembre de 1992 definió que la promoción de la salud en América Latina busca crear condiciones que garanticen el bienestar general como un propósito indispensable para el desarrollo relacionado con la salud.

La Región segmentada por las inequidades, se agrava por la crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, ocasionando el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, además del aumento de los riesgos para la salud y la reducción de los recursos. Siendo el desafío de la promoción de la salud para América Latina en transformar las relaciones excluyentes, armonizando los intereses económicos y los propósitos sociales de

bienestar para todos, trabajando por la solidaridad y la equidad social que son condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. (OPS-OMS, 1995)

Grandes sectores de la población no logran satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida, las desigualdades económicas, políticas, ambientales, sociales y culturales afectan la cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud tendiendo a agudizarse por la reducción del gasto social y de las políticas de ajuste. Por lo que es fundamental resolver estos problemas para alcanzar la salud para todos. (OMS & CSDSS, Subsanan las desigualdades en una generación, 2008)

La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina necesita de nuevas alternativas en la acción de la salud pública para combatir las enfermedades que se presentan en las zonas urbanas e industrializadas. La Región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia y resurgimiento de endemias como el cólera, la malaria, la tuberculosis y la desnutrición; incremento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, SIDA y la aparición de nuevas enfermedades debido al deterioro ambiental. (Arriagada, Aranda, & Miranda, 2005)

Debido a todos estos problemas de salud es importante la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias en que

viven conducentes a la creación de una cultura de salud. Por lo que los instrumentos necesarios para la participación y lograr cambios en los estilos de vida de las comunidades debe ser por medio de entrega de información y la promoción del conocimiento. (OMS, 1986)

Promoción de la Salud a nivel Nacional

El Programa Nacional de Promoción de la Salud en el marco institucional, fue la instancia técnica normativa de la Secretaría de Salud, que fomenta, impulsa y articula el desarrollo sostenido de la Promoción de la Salud y de su estrategia operativa de municipios saludables mediante la educación para la salud, comunicación, estrategia en salud, mercadeo básico social y planes de información, educación y comunicación (IEC) mediante procesos interdisciplinarios relacionados en el contexto sociocultural de la población hondureña. (Secretaría de Salud, 2011)

En Honduras, como en otros países del mundo, las concepciones acerca de la salud vigentes en cada etapa histórica de su desarrollo, ha estado sujeta a un proceso permanente de cambio; como las modificaciones que han surgido en la forma en que se percibe la salud, no solo ha tenido cambios en la situación sanitaria que ha afectado a determinado grupo social, sino que también está determinada por innovaciones contextuales, por transformaciones en la

situación social, económica y política de los pueblos. (Secretaría de Salud, 2011)

Actualmente a nivel Nacional se cuenta con el Modelo Nacional de Salud que fue aprobado desde mayo del año 2013 cuyo propósito es contribuir a través del desarrollo de sus tres componentes:

- Componente de atención / provisión de los servicios de salud
- Componente de gestión de servicios de salud
- Componente de financiamiento de los servicios de salud

Al establecimiento de un sistema de salud plural, integrado y debidamente regulado que se centre en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, de manera sostenible y financieramente solidario que dé respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población. (SESAL, 2013)

3.3.2. Promoción de la Salud Bucal

En Honduras se cuenta con un Plan Nacional Odontológico que fija las directrices generales, a corto, mediano y largo plazo; a través de las siguientes líneas de acción: promoción de la salud bucal, prevención de enfermedades bucales, vigilancia epidemiológica bucal, y la mejora continua de calidad en odontología. Siendo la meta primordial, reducir la carga de morbilidad

bucodental, la incidencia y la prevalencia de las enfermedades bucales y otras patologías dentofaciales en la población hondureña. (PNSB, 2012)

La Promoción de la Salud es un proceso social que incluye acciones, recursos y medios dirigidos directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, encaminados a modificar las condiciones sociales. Además, consiste en proporcionarles a las personas el conocimiento y los medios necesarios para que exista una mejora en la salud y un mayor control de la misma. Por lo que constituye una de las acciones sanitarias más importantes relacionada con la labor del odontólogo general; es un concepto más amplio que prevención, porque abarca las esferas biológica, ambiental, social y cultural donde la voluntad política del Estado desempeña una función fundamental con el fin de elevar cada día la calidad de vida de la población en materia bucal. (Lugo Angulo & García Cabrera, 2013)

Asimismo, la promoción de salud en el país incluye varios tipos de acciones:

1) Fortalecimiento de Redes Sociales en Promoción de la Salud Bucal

Fortalecimiento de redes sociales, mercadeo social, relaciones públicas, medios masivos, entretenimiento educativo, a través de: radio, televisión, medios impresos, congresos científicos, talleres, capacitaciones, teatro, galería de arte, ferias de la salud, semana nacional de la salud bucal, promoción de servicios y proveedores de salud, abogacía de políticas públicas, empoderamiento, con el

fin de crear y desarrollar una cultura de salud bucal en individuos, familias y comunidades para contribuir al bienestar general de la población hondureña. (PNSB, 2012)

2) El fomento de los factores protectores de la salud bucal

Prevención de las enfermedades bucales:

A- Prevención integral

A nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénicos, alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales a la conservación de ambas denticiones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos, al empleo de las medidas de protección específica al diagnóstico temprano al tratamiento y control de esas enfermedades.

B) Prevención específica

La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la información, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, hilo dental, auxiliares para la higiene bucal, pastillas reveladoras y acudir con el Dr. (a) Cirujano Dental en forma periódica, para la revisión profesional.

Asimismo, la implementación de:

- Practica de Restauración Atraumática (PRAT)
- Sellantes de Fosas y Fisuras
- Aplicación de Flúor tópico y sistémico
- Aplicación de Barniz Cavitario en Niños de 1 a 5 años.
- Fluorización del agua
- Fluorización de la sal
- Prevención integral de las enfermedades bucales a nivel (masivo, grupal e individual). (PNSB, 2012)

3.3.3. La Promoción y participación cultural comunitaria

La participación sociocultural es un proceso encaminado a organizar y a promover las acciones de las personas para gestar proyectos desde una cultura y para desarrollo social, ya que facilita a las personas con deseos y necesidades no satisfechas reunirse en grupos para iniciar un proceso conjunto de trasformaciones, y así resolver los problemas que se presentan en la vida colectiva. Así mismo contribuye al desarrollo de la cultura porque trabaja para un cambio cultural en las actitudes, las maneras de relacionarse, de crear, de hacer y de expresarse e interpretar las cosas. (Sanabria Ramos, 2001)

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad, es tan antiguo como la historia humana, a la

vez que es expresión humana históricamente, la participación comunitaria ha pasado por diferentes enfoques y etapas para que pueda desarrollarse. La participación de las personas se representaba por su capacidad de organizarse y movilizarse en relación a los programas de acciones ya decididos en otros ámbitos o en el sector profesional, partiendo de que la población aceptaría toda clase de ideas, habiendo así dificultad y resistencia. (Ferrer Herrera, Borroto Zaldivar, Sanchez Cartaya, & Alvarez Vasquez, 2001)

Según algunos informes de la OMS, en 1960 había unos 60 países con programas comunitarios, en 1965 la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o disminuir. En la década del 70 se reafirmó la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad, donde muchos proyectos de desarrollo de la comunidad reconocían la necesidad de colaboración entre el gobierno, las instituciones y la población, reaparecieron en el escenario. En 1983 se llevó a cabo un estudio de casos que contribuyó a la formación de los conceptos de la participación comunitaria y sistemas locales de salud.

A tales efectos, durante 1988 y 1989 se realizaron talleres con el propósito de intercambiar experiencia sobre el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en diversos países de latinoamericanos y uno de los elementos fundamentales debatidos fue el relacionado con los factores que favorecen y obstaculizan la participación y entre ellos se destacan los siguientes:

- Políticas de Salud desfavorables
- Centralización excesiva tanto por los gobiernos como por los sistemas de salud.
- Poco espacio dentro de los sistemas de salud, para el desarrollo de una participación efectiva.
- Carencia de un concepto claro de participación comunitaria.
- Falta de organización de la población, así como de mecanismos apropiados para la participación.
- Insuficiente voluntad política. (Lugo Angulo & Garcia Cabrera, 2013)

3.3. Estilo de vida

La importancia que se le ha dado al estilo de vida, en relación a la salud ha servido de base para plantear líneas de acción. En el análisis del concepto de estilo de vida y de los factores que influyen en él, ha llevado a la existencia de dos líneas conceptuales; la primera se refiere a la libre elección de conductas, donde las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, siendo así responsable en su totalidad el individuo. La otra línea sostiene que la salud depende de una forma general de vida, determinada por las condiciones de vida y los patrones de conducta; que también dependen de características socioeducativas y personales. Este enfoque se basa en que las acciones deberían dirigirse hacia las personas como hacia el medio. (OPS-OMS, 1995)

El modo en que se vive, depende de ciertas influencias personales como socioeducativas. Dentro de los factores personales están los psíquicos (conocimientos, actitudes, comportamientos, habilidades, autoestima o emociones), así como los biológicos (genéticos, metabólicos). Los factores externos se refieren al medio físico y social, que también influyen en el estilo de vida de las personas; se puede categorizar por niveles, el nivel inmediato comprende a la familia, medio laboral, grupo de amigos y el nivel más amplio le corresponde al entorno social, así como los valores y creencias que influyen en el individuo y en todos los componentes del sistema social. (Becoña, Vasquez, & OblitasL., 2004)

Por lo anteriormente expuesto, la salud oral desempeña un papel fundamental en la salud general del individuo, ya que numerosas patologías orales se reflejan a nivel sistémico y viceversa. La prevención de las patologías bucodentales debe ser objetivo del odontólogo, mediante programas de educación para la población orientados a la adquisición y a la práctica de determinados estilos de vida que incluyen:

- La incorporación en la higiene general de los niños(as), los hábitos correctos de higiene bucodental.
- Una dieta sana, controlando la ingesta de azúcares fermentables.

- La utilización de flúor tópico y sistémico como suplemento cuando el agua no disponga de los aportes suficientes, según las pautas establecidas por la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Dental Americana (ADA).
- Visitas periódicas al odontólogo para tener un mayor control del estado de la cavidad oral. Aplicar sellador de fosas y fisuras a edades tempranas para prevención de las caries oclusales.
- La educación de la población general que permita conocer y poner en práctica todas estas medidas antes enunciadas. (Lafuente, Gómez Perez de Mendiola, Aguirre, & Zabala Galán, 2002)

3.4. Autocuidado

El Autocuidado a través de la historia ha sido una construcción cultural materializada en prácticas, ritos, creencias, actitudes y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, donde existe evolución y cambio de dirección en el cuidado de la vida y la salud. Si nos trasladamos a la cultura griega comprenderemos que ellos tenían una visión integral del cuidado de si, este incluía los cuidados del cuerpo y del alma, también tomaban en cuenta otros elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida. (OPS-OMS, 1995)

De igual forma le daban importancia al autocontrol como una forma de autocuidado, con el tiempo las ideas judeocristianas desplazaron el cuidado integral (físico y emocional) por los cuidados solo centrados en lo espiritual; ya en el siglo XX un grupo de mujeres luchó por la autonomía, autodeterminación e independencia en el sistema médico donde la autoridad eran los médicos masculinos, por lo que el autocuidado ha sido un tema de investigación en el mundo académico y de debate político social. (Uribe, 1999)

Si nos enfocamos en el factor cultural por ser un determinante directo en el estilo de vida y en el autocuidado, se comprenderá que a las personas se les dificulta adquirir nuevos conocimientos y adoptar prácticas nuevas porque sus comportamientos están arraigados a creencias y tradiciones, dando las explicaciones de la salud y enfermedad a través del mito. También existen otros determinantes como el ambiental que enfatiza la interacción de la vida del ser humano con el medio que lo rodea, y así cuidar de la propia salud; además está el político, económico y social, se puede decir que en el autocuidado es necesario el apoyo de los gobernantes y colectivos para trabajar en equipo en pro del desarrollo de la salud a través de la participación social y de los compromisos sociales e intersectoriales. (Tobón Correa, 2002)

La Promoción del autocuidado es una estrategia que se necesita para buscar el bienestar integral en la vida cotidiana, y así lograr el desarrollo humano. El

Autocuidado posee algunos principios que se deben tener en cuenta en su promoción, entre ellos:

1. Es un proceso voluntario de la persona para consigo mismo.
2. Debe ser una responsabilidad individual ligada a la vida cotidiana, pero a la vez con el apoyo formal del sistema social y de salud.
3. Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento, intercambio de saberes y de relaciones interindividuales. (OPS-OMS, 1995)

3.5. Cultura, costumbres y creencias

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas, además de las biológicas y de los conocimientos médicos de salud enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pauten las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. (Lugo Angulo & Garcia Cabrera, 2013)

Desde la antropología médica para entender las enfermedades, está el enfoque ecológico cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los

riesgos para la salud que este tiene, principalmente creados por la cultura. La cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías: una desde el punto de vista local la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades; y desde el punto de vista global las fuerzas políticas económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medio ambiente de maneras que pueden afectar la salud. (Lugo Angulo & Garcia Cabrera, 2013)

Los seres humanos actúan partiendo de una determinada cultura de salud, se comparte una serie de principios básicos saludables que permite integrar en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlo visible a los demás. La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud. También forma parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. (González Valdés, 2004)

Además, desde las ciencias de las conductas se considera que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad. Aunque se cuestiona la idea de la libre elección que éste sea origen de las

desigualdades en salud, destacando la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud. (Tobón Correa, 2002)

3.5.1. Comportamientos de la Familia

La Familia tiene un importante papel en la promoción de la salud, si desempeña adecuadamente sus funciones. Es la célula fundamental de la sociedad; un enfoque de salud de estos grupos de población garantizará la instauración de conductas y comportamientos adecuados, que se transmitirán de generación en generación, se instalarán poco a poco en la identidad cultural y modificarán el estado de salud bucal actual, disminuyendo la morbimortalidad dentaria y los altos costos en los servicios odontológicos. Los niños(as) se van formando como seres sociales identificados con la familia y la comunidad alcanzando protagonismo y participación social, que garantizará la igualdad de oportunidades en el orden educativo y así se establecen las bases de una educación para la vida. (Martinez Abreu J. R., 2011, pág. 504)

La Familia tiene responsabilidad en la educación para la salud bucal, sin embargo, no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente; muchos transmiten a sus hijos los hábitos que ellos recibieron, con conceptos equivocados y a veces perjudiciales para el niño. Por lo que es

necesario implementar un programa que tenga como propósito alcanzar la educación en salud bucal desde edades tempranas, sustentado con la participación comunitaria e intersectorialidad y otros elementos del sistema sanitario; con el fin de obtener un mejor estado de salud en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención. (Crespo Mafrén, Riesgo Cosme, Laffite Lobaina, & Rodriguez, 2010)

3.5.2. Aspectos educativos relacionados con el comportamiento familiar

La familia por ser parte del desarrollo integral de sus hijos, debe estar en constante preparación y así poder asumir el reto de asegurar su formación; Por lo que es primordial incluir otros aspectos en los padres y familiares sobre la vida del niño, entre ellos tenemos: los momentos en que brotarán los dientes y todos los eventos asociados a este proceso, como enfrentarlos, así como prevenir enfermedades bucales más frecuentes en estas edades, realizar la higiene bucal desde que el niño nace y continuarla al brotar el primer diente, asimismo deben saber cómo proceder cuando el niño se cae y se lesiona la cavidad bucal, o si un diente por accidente o trauma se sale del lugar o cambia de color o posición. (Martinez Abreu J. R., 2011)

En la primera infancia, desde el momento del nacimiento hasta los dos años de edad, el niño depende de su madre para el cuidado y protección, estando fuertemente unido a ella. Desde entonces se ha identificado a un grupo de bacterias conocidas como *Streptococo mutans*, principal bacteria implicada en el inicio y desarrollo de la caries dental; además el gran número de lesiones activas en la madre representa una importante fuente de colonización y transmisión del *Streptococo mutans* a sus hijos (transmisión vertical) ya sea por contacto salival a través de besos en la boca, gotas de saliva expulsadas al hablar o al toser, o por usar los cubiertos del niño para probar su comida, entre otras causas. Entre los dos y cuatro años se desarrolla la niñez temprana, a los cuatro y cinco años la etapa preescolar, en esta fase se da la transmisión horizontal del *Streptococo mutans* por contacto con otros niños. (Rottemberg & Smaisik, 2010)

Además, es importante educar a la familia, en la alimentación que se les debe dar a sus hijos, en especial a los niños(as) para fomentar hábitos positivos para la salud bucal y general. No existe duda que la alimentación es uno de los factores que con más seguridad e importancia condicionan el bienestar físico, la salud, el rendimiento, la productividad de los seres humanos, el desarrollo de las colectividades y sus posibilidades de mejorar en el futuro. (Montenegro & Sarralde, 2013, pág. 117)

3.6. Prevención de las Enfermedades Bucales

La Odontología en la actualidad protagoniza espectaculares cambios dinámicos con aumento de la demanda y amplia distribución de los servicios. Estos cambios incluyen cuidados de la salud bucal orientado hacia la comunidad con énfasis en la prevención, dándoles mayor prioridad a los niños, en los cuales la caries dentaria es la enfermedad dental de mayor importancia. Siendo fundamental educar a la familia y la comunidad para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, y así poder alcanzar un nuevo modelo de atención Odontológica Integral, que coloca al individuo, como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad. (Martinez Abreu J. R., 2011)

La caries dental es prevenible por medio de diferentes acciones educativas y preventivas, la profesión odontológica no se encontraba representada en la Higiene y Epidemiología, ya que el mismo profesional, ajeno del gran potencial de ellas en este campo, había dedicado sus esfuerzos a obturar dientes, extraerlos y reemplazarlos. Pero en los últimos años, esta ciencia ha venido experimentando una notable transformación, al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persiguen la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como

consecuencia, una mejor salud bucodental y una mejor salud del organismo en general. (Guerrero, Godinez Morales, & Melchor Soto, 2009)

La evidencia científica ha demostrado que la higiene bucodental es el procedimiento más eficaz, económico y de mayor alcance para la prevención de las enfermedades bucales más prevalentes. El impacto de los dentífricos fluorados en el control de caries dental y sus beneficios cariostáticos ha sido ampliamente estudiado, al igual que su efectividad. Los dentífricos fluoruros fueron introducidos al mercado en los países industrializados a finales de los años 60, y desde entonces su uso se ha extendido a nivel mundial. Por lo que la fluoroterapia es un procedimiento validado científicamente y es una medida eficaz en la prevención de caries. (Torres Restrepo, 2009)

La Asociación Dental Americana (ADA), Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD), Asociación Americana de Pediatría (AAP), sugieren que el uso del dentífrico sea a partir de los 2-3 años de edad, siempre utilizando una pequeña cantidad de crema dental que se colocará a lo ancho y entre las cerdas del cepillo dental infantil. El cepillado de los dientes es considerado uno de los métodos de prevención más útiles para la reducción de caries dental, si se efectúa inmediatamente después de las comidas, existen estudios que aseguran que su reducción es del 50 a 100% aproximadamente. (Amarez, Figueiredo, Carvalho, & Ferreira, 2011)

La promoción y prevención de la salud oral está dirigida a toda la población y orienta sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios como niños(as), adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. Como en mucho de los problemas de salud, el éxito de estas actividades preventivas radica en una adecuada clasificación de riesgo de cada sujeto y en su participación activa de su autocuidado y en la continuidad que tengan en la terapia de mantenimiento. (OMS, 1986)

3.6.1. Caries dental

Las teorías y modelos para explicar la etiología de la caries dental han ido modificándose con el paso de los años, está claro que la enfermedad resulta de la interacción compleja de varios factores, la triada microorganismo- dieta y huésped señalados por Keyes en los años 60, no logra explicar el proceso dinámico de la enfermedad y por esta razón surgen modelos como el de Baelum y Fejerskov que involucran otros factores de la enfermedad como el grado de instrucción, ingresos, conocimientos, actitudes, comportamientos y uso de fluoruros. Estos autores señalan, a través de estudios científicos, que los factores socioeconómicos inciden en la presencia y desarrollo de la caries dental, de tal forma que un mismo programa de salud para controlar la

enfermedad, no necesariamente tiene éxito en diferentes contextos. (Garcia & Orlando, 2005, pág. 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente que puede evolucionar hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos. La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y el tiempo en que estos permanecen en la boca. (Márquez Filiú, Rodríguez Castillo, Rodríguez Jerez, & Estrada Pereira, 2009)

3.6.1.1. Contexto de la caries dental en niños (as) entre 3-6 años de edad.

Dentro de los entornos asociados a la producción de caries dental en la infancia se encuentran, los dietéticos y los ambientales. Entre los dietéticos se incluyen

los hábitos incorrectos de lactancia materna, el uso del biberón con tomas repetidas de leche conteniendo líquidos endulzados principalmente al acostarse; así como el hábito del chupón. Al dormir el niño, este líquido se deposita principalmente en los dientes anteriores superiores convirtiéndolos en un medio propicio para el desarrollo de microorganismos acidogénicos en los momentos en los que el flujo salival disminuye, por lo que se inicia un proceso de desmineralización del esmalte. También son reconocidos como circunstancias ambientales el bajo nivel educativo, la ausencia de hábitos higiénicos y la falta de accesibilidad a los servicios de salud entre otros. (Garcia & Orlando, 2005)

Por otra parte, se han realizado estudios que han intentado establecer relaciones entre las patologías bucales y situaciones indirectas que influyen en su presencia, así como aquellos aspectos que pudieran disminuir su severidad. Kinnby *et al.* (1991) determinaron asociación entre la salud bucal de niños preescolares y el grado de instrucción y nivel de conocimientos sobre salud bucal que tenían sus padres. Al-Hosani y Rugg (2000) encontraron una relación estadísticamente significativa entre la presencia de caries de preescolares de tres localidades de Abú Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, y la educación e ingresos de sus padres.

Borutta y Detsch (2002) revelaron en un estudio efectuado en niños preescolares rurales, que la educación de los padres estaba significativamente

relacionada con la prevención de caries, las condiciones de higiene oral y de salud periodontal. Investigaciones realizadas por Chaudry *et al.* (2002) en la población pakistaní, encontraron significativas diferencias entre las conductas o comportamiento de salud bucal, los conocimientos y las actitudes de tres grupos socioeconómicos-demográficos estudiados.

El estudio realizado en Colombia (ENSAB, 1998) indagó sobre las prácticas de autocuidados y el cuidado bucal que inducen las mujeres en los niños que tienen bajo su cargo, evidenciando que el 88% de los sujetos estudiados atribuyó la aparición de la caries a no cepillarse o efectuar un mal cepillado; así mismo el 71% expresó que los padres fueron quienes le enseñaron a cuidarse la boca, seguido en menor frecuencia por los maestros y/o el odontólogo, y el 87% de las madres refirió al cepillado de los dientes con crema dental como la práctica más frecuente para garantizar el cuidado de la boca de sus niños. (Navas P, 2002)

Otra circunstancia en la práctica odontológica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan por lo general, en consultas privadas y consultas públicas, o en servicios de seguridad social de empresas, cooperativas o del Estado. Las consultas en servicios de salud públicos (que no necesariamente son gratuitos) generalmente ofrecen cuidados considerados como básicos, y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con

algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas. (Rocha- Buelvas, 2013)

Los profesionales que practican la odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de las personas y, en muchos casos, los profesionales practican su profesión en varios sectores sociales y combinan las consultas privada y pública. La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago. Círculos odontológicos parecen aceptar diferentes estándares de manejo para las personas según su condición socioeconómica. (Rocha- Buelvas, 2013, pág. 103)

En la capital del país existe el Centro Odontopediátrico y Detección de otras Patologías (CODOPA) desde el año 1992, brindando atención integral a los niños de escasos recursos económicos, en el programa Escuelas como en demanda espontánea (cuando los padres de familia acuden de manera personal en compañía de los hijos). El centro tiene una alta demanda de pacientes en edades de 0 a 14 años, aumenta en el mes de enero o a final de

año cuando los niños(as) se retiran de clases escolares. Las atenciones están programadas en dos jornadas matutina y vespertina, atienden aproximadamente 90 pacientes diarios.

Los indicadores de salud bucal en Honduras, de la Región Metropolitana de Tegucigalpa para el año 2013 señalan que la población menor de 5 años recibe atención odontológica como: exámenes clínicos en 3,106 infantes, en aplicaciones tópicas de flúor 1,083, flúor sistémico 2,266, obturaciones 935, exodoncias 994 y altas odontológicas 3,374.

3.6.2. Revisiones periódicas de los niños y niñas

La prevención en Odontología debe ser integral y puede ser una estrategia dirigida a promover salud bucal para prevenir problemas odontológicos; a través de actividades y exámenes periódicos para la temprana detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo lo anterior encaminado a la disminución de enfermedades bucodentales.

Los niños en edad preescolar, deben prepararse psicológicamente para comprender el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, de todo el conjunto de prácticas sobre higiene bucal y una adecuada alimentación

llegando así a formar parte de su personalidad y responsabilizarlos de su propia salud, para luego incorporarlos a la comunidad, siendo capaces de adoptar estilos de vida sanos. (Morianob, Sanchez MV, & Valero, 2008)

Técnicas de higiene bucal

Existen múltiples técnicas de cepillado, la de Stillman, la de Bass, que remueve placa supra y subgingival, la de Fones o rotacional, la de Charters que utiliza movimientos vibratorios y rotatorios, masajeando la encía y limpiando el espacio interproximal, pero a los niños pequeños se les recomienda la técnica horizontal o de Barrido para que puedan limpiar las superficies oclusales, vestibulares y linguales de los dientes y así prevenir las caries y periodontopatías. El cepillado dental se debe enseñar en los primeros años de vida del niño, por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo. (Torres Restrepo, 2009)

En la edad preescolar el cepillo dental debe tener el mango largo, recto, ancho, ergonómico que sea cómodo y antideslizante para asegurar la firmeza al tomarlo. La cabeza debe ser de goma pequeña y de fácil acceso; además el cepillado tiene que ser realizado por el adulto o cuidador para que la remoción de la placa bacteriana sea más efectiva, efectuando los movimientos de barrido

en la cara interna, externa y oclusal de los dientes. Finalmente se deberá cepillar la lengua de atrás hacia adelante. No se debe olvidar, que el uso de crema dental en preescolares no puede exceder de 500ppm de flúor. (Chile Crece Contigo, 2007)

La seda dental o hilo dental, es un elemento de higiene oral que busca la eliminación de la placa bacteriana interproximal y el control de su nueva formación; por lo que se recomienda con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar caries interproximal y la enfermedad gingival. La técnica a utilizar es la siguiente: apriete la seda dental entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 ó 3 centímetros de largo entre uno y otro dedo; use los dedos índices para guiar suavemente la seda dental entre las superficies de contacto de los dientes utilizando un movimiento de zigzag y deslizando la seda de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y por debajo de la encía. (Chile Crece Contigo, 2007)

La mayoría de los niños necesitan aliento constante para conservar un estándar elevado del cepillado, no sería razonable esperar que efectúen un procedimiento adicional, por tanto, solo se debe introducir a los niños que emplean fácilmente el cepillo con eficiencia y entusiasmo. Modificar o formar determinados hábitos es una tarea compleja que requiere la adopción de un amplio abanico de medidas intersectoriales. Los programas escolares de

educación dental se plantean como estrategia accesible que adquiere importancia creciente, además de alcanzar mayor cobertura de integración, permite dedicar a este tema continuidad y duración, difícil de conseguir para el profesional. (Crespo Mafrén, Riesgo Cosme, Laffite Lobaina, & Rodriguez, 2010)

Una adecuada educación en higiene bucodental en niños es deseable para que estos adquieran desde los primeros años de vida, hábitos saludables que prevengan posibles enfermedades odontológicas en el futuro. La utilización de los juegos en los que se incluyen mensajes sobre salud bucal e higiene, son una herramienta útil en la enseñanza de conceptos básicos de salud bucal en la población infantil de edad escolar. En edades más tempranas se modifican los conocimientos con mayor facilidad, los niños se motivan grandemente en las actividades grupales, el niño aprende mientras juega y juega mientras aprende, con lo cual se logran resultados sustanciales. (Torres Restrepo, 2009)

4. METODOLOGÍA

El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo, para este enfoque se siguió rigurosamente el proceso científico de tal manera, que los datos generados cumplieran los estándares de validez y confiabilidad a fin de que las conclusiones derivadas puedan contribuir a la generación de conocimiento. (Hernandez Sampieri, Fernandez collado, & Pilar Baptista, 2014)

El diseño del estudio es de tipo observacional, ya que, se sustentó en el uso de técnicas que permitieron al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención en el grupo de estudio y según la temporalidad fue de corte transversal, puesto que se recolectaron los datos en un sólo momento, en un tiempo único, cuyo propósito se centró en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado del año. (Müggenburg Rodriguez & Pérez Cabrera, 2007)

El alcance del estudio fue descriptivo, ya que, se recolectó y midió la información de forma independiente sobre las variables planteadas en la investigación, precisando el contexto o situación del estudio. (Hernandez Sampieri, Fernandez collado, & Pilar Baptista, 2014, pág.80)

El periodo del estudio para la recolección de la información se obtuvo durante los meses de febrero a agosto del 2015, ya que se consideró el momento oportuno para recoger la información sin interferencia.

Las poblaciones de estudio se organizaron según la ubicación del mismo, en el Jardín de niños de “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. siendo los educadores, padres y madres de familia, así como los niños (as). En relación a la unidad de análisis se determinó el ingreso salarial, nivel educativo, conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres y madres de familia de estos preescolares, así como los educadores que imparten clases en dicho centro educativo. En cuanto a la unidad de observación se identificaron Niños(as) de 4 y 5 años de edad, caries dental y estilos de vida como los hábitos de higiene y de alimentación de los preescolares.

Los criterios de inclusión: Niños (as) de 4 y 5 años de edad, del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” de la Col. San Miguel de Tegucigalpa, cuyos padres firmaron la carta de consentimiento informado. Padres o madres de familia de los niños(as) preescolares y Educadores que trabajan en dicho centro educativo.

Los criterios de exclusión: Niños (as) cuyos padres o madres no firmaron la carta de consentimiento informado o no deseen participar. De igual forma padres o madres de familia y educadores que no deseen participar.

El Universo lo constituyen 243 niños y niñas, de 4 y 5 años de edad, del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” de la Col. San Miguel de Tegucigalpa, M.D.C. y

la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula: $n = \frac{s^2 \times p \times q \times N}{s^2 (N-1) + s^2 \times p \times q}$ se aplicó

el Muestreo Probabilístico Aleatorio Simple, con su respectiva desviación típica

o error muestral la que fue representado por la letra e. El valor de Z corresponde al nivel de confianza y representa el 95% (lo podemos expresar en 0.5 o 1.96). El Universo corresponde a la letra N que es igual al total de preescolares del Centro de Estudio, donde N= 243 niños y niñas. El valor de p y q corresponden a la varianza de la población; p es la proporción de respuestas correctas y es igual a 0.5 que corresponde al 50% y q es la proporción de respuestas incorrectas que también es igual a 0.5 y corresponde al otro 50%.

$$n = \frac{(1.96)^2(243)(0.5)(0.5)}{(243 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(60.75)}{(242)(0.0025) + (0.96)}$$

$$n = 149.06$$

Cálculo para reducción de la Muestra: Se realizó debido a la disponibilidad de los recursos para la realización del estudio.

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$n = \frac{149.06}{1 + \frac{149.06}{243}} = 92.38$$

Las técnicas utilizadas fue la encuesta a través de un cuestionario estructurado aplicado a los padres de familia o tutores de cada niño (a), cuya finalidad fue recoger información sobre el ingreso económico, nivel educativo, estilos de vida

saludables, hábitos alimenticios e higiénicos relacionados con la salud bucodental de los niños. Además, se realizó una exploración dental en los niños(as), donde la información obtenida se registró en un odontograma o ficha dental cuyo objetivo fue verificar la presencia de caries y constatar la higiene oral de cada uno; se utilizó baja lenguas o depresores linguales, una silla y luz natural. Asimismo, se aplicó un cuestionario estructurado a los educadores del Jardín de Niños para identificar el conocimiento que tenían sobre prevención en salud bucal. Todos los instrumentos anteriormente mencionados fueron validados, de igual manera se midió la fiabilidad de la consistencia interna de estos a través de la prueba de Alfa de Cronbach, obteniendo un 0.706 lo cual es válido ya que se acerca a 1, lo cual nos dice la correlación entre las variables medidas en cada uno de los instrumentos.

Se aplicó una guía de observación a los preescolares, a fin de recolectar información sobre sus hábitos alimenticios e higiénicos durante la merienda escolar. Luego se procedió a la codificación de los instrumentos elaborando la base de datos con el programa SPSS 21. También se elaboraron tablas de frecuencia, gráficos e inferencia estadística para proceder al análisis de la información.

Los cruces de variables que se realizaron en el estudio son la caries dental la cual se relacionó con la edad y sexo de los niños y niñas preescolares, para obtener el índice de ceo d y el SIC; asimismo el estilo de vida que midió los

hábitos de alimentación e higiene bucal de este grupo poblacional a través del indicador frecuencia de cepillado dental y frecuencia de alimentos cariogénicos durante la merienda escolar. También se relacionaron las variables ingreso salarial con caries dental, la ocupación, el nivel educativo, el conocimiento sobre salud bucal que tienen los padres y madres de familia de los niños(as) preescolares, de igual forma en los educadores del centro educativo se relacionó la variable conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal e higiene bucodental.

4.1. Procedimiento metodológico

Se solicitó por escrito a la Directora del Jardín de Niños Rafael Pineda Ponce el permiso y aprobación para llevar a cabo el proyecto de investigación, informándole de los objetivos y procedimientos propuestos para realizar la misma.

Luego se realizó una reunión con los docentes y los padres de familia para explicarles los objetivos de la investigación e informarles sobre el documento del consentimiento informado. (Anexo 2). Solo aquellos niños cuyos padres de familia firmaron el consentimiento informado participaron en el examen clínico.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos en las instalaciones del Jardín de niños “Senderos de Luz” con previa autorización de la Dirección del Centro

Educativo y el consentimiento informado de los padres o madres de familia, para luego proceder al examen clínico de los niños; simultáneamente se realizó la captura de los datos del instrumento de trabajo en este caso fue el cuestionario estructurado.

Posteriormente para llevar a cabo la exploración clínica se requirió de un área con iluminación natural, una silla, una mesa, un basurero, guantes desechables, baja lenguas, mascarillas y bata o gabacha. Para el registro de los datos se utilizó el instrumento de trabajo, odontograma (Anexo 4) lápices de tinta color rojo, negro y azul.

Seguidamente se procedió a la revisión de cada órgano dentario con la ayuda de baja lengua para establecer el perfil bucal de cada uno de los niños(as), para dicha acción cada uno de ellos se sentó en la silla con la cabeza inclinada hacia atrás. Los componentes para los dientes temporales o deciduos se determinaron de la siguiente manera:

El componente caries se representó en el odontograma con la letra C mayúscula. El componente obturado se clasifica en el odontograma con la letra O mayúscula y el componente extracción indicada se incluye en el odontograma con la letra E mayúscula. Para proceder al registro de caries se aplicó el índice de ceo-d propuesto por la OMS y adaptada por Gruebbel en 1944 para los dientes temporales, se cuantifica de la siguiente manera:

Cuantificación de OMS para Índice de ceo-d

0.0 a 1.1 : Muy bajo
1.2 a 2.6 : Bajo
2.7 a 4.4 : Moderado
4.5 a 6.5 : Alto
> 6.6 : Muy alto

Fuente: OMS. 1985

El índice de ceo-d constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Índice ceo d} = \frac{\text{total de dientes cariados, extracción indicada, obturados de la población examinada}}{\text{total de personas examinadas}}$$

El índice de ceo-d no siempre refleja la distribución de la caries de una población con exactitud, por lo que en la actualidad se utiliza el SIC (Índice Significativo de Caries) dicho índice focaliza aquellos individuos con valores de caries más altos en una población.

El SIC se calcula de la siguiente manera:

1. Los individuos en una población (muestra) se ordenan de menor a mayor de acuerdo a sus valores de ceo-d.

2. Un tercio de la población con los niveles más altos de caries son seleccionados.
3. El promedio de ceo-d para este subgrupo es calculado y este valor se convierte entonces en el SIC.

En este estudio se calculó de la siguiente forma:

$$SIC = \frac{92}{3} = 31 ; \frac{288}{31} = 9.2$$

En conclusión, el SIC es el tercio más alto de una población con caries. Este índice permite focalizar los datos de las poblaciones más afectadas. La OMS ha propuesto una nueva meta de salud oral para aquellos países que todavía no han alcanzado la meta OMS/FDI de un ceo-d de 3 en niños para el año 2015.

Asimismo, se llevó a cabo la técnica de la observación en donde lo fundamental fue observar a los niños (as) durante la merienda escolar por media hora a través de una guía de observación (Anexo 3) en los preescolares de 4 y 5 años de edad del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”. Se pudo constatar los hábitos de alimentación y de higiene bucodental para esto se establecieron 6 visitas observacionales que se distribuyeron en 3 visitas para cada grupo, kínder y preparatoria de 30 minutos cada una, que es el tiempo que necesitaron estos grupos poblacionales para realizar la merienda escolar. (Se utilizó cámara de video con el permiso respectivo de la escuela).

Otra de las técnicas utilizadas fue la encuesta estructurada dirigida a docentes, padres y madres de familia; el instrumento fue un cuestionario (Anexo 1) que incluyó datos generales de los entrevistados (padres de familia, madre o tutor del preescolar y docentes). De igual forma constó de 24 preguntas estructuradas y cerradas. El mismo constó de 3 secciones: los datos generales del encuestado, las características socioeconómicas y los aspectos dentales. Cuya finalidad en los padres de familia o tutores fue obtener información sobre el ingreso económico, nivel educativo, estilos de vida saludables, hábitos alimenticios e higiénicos relacionados con la salud bucodental de los niños; y en los docentes constatar el nivel de conocimiento que tienen sobre el cuidado de la salud bucal. Para poder identificar el conocimiento sobre medidas preventivas e higiene bucal se otorgó un punto para cada respuesta correcta encontrada en los 15 ítems del cuestionario referentes a la salud bucal, los resultados encontrados se agruparon de 5 en 5 de la siguiente manera: nivel de conocimiento bajo (0 – 5 puntos), nivel de conocimiento medio (6 – 10 puntos), nivel de conocimiento alto (11 – 15 puntos). Dicho instrumento se aplicó en 7 docentes del Jardín de Niños y en 62 padres de familia, según los criterios de inclusión y exclusión.

Cuadro para medir conocimientos sobre medidas preventivas e higiene bucodental

Nivel de Conocimiento	Puntaje de respuestas correctas	Ítems sobre medidas de prevención e higiene bucal
Bajo	(0-5)	¿Ha encontrado problemas en la boca de sus hijos? Motivo por el que lleva a su hijo al odontólogo ¿Porque son importantes los dientes de leche? ¿Cuántos dientes de leche tiene un niño? ¿Qué es la caries dental?
Medio	(6-10)	¿Cuantas veces al día se cepilla los dientes su hijo? ¿Cada cuánto le recuerda a su hijo cepillarse los dientes ¿Quién le ayuda a su hijo a lavarse los dientes? ¿A qué edad coloca pasta dental en el cepillo de su hijo? ¿Cada cuánto visita al odontólogo con su hijo?
Alto	(11-15)	¿Conoce usted los elementos de higiene bucal? ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal? ¿Qué es el flúor dental? ¿Para que utilizamos el flúor dental? ¿Cuáles alimentos ayudan a fortalecer los dientes?

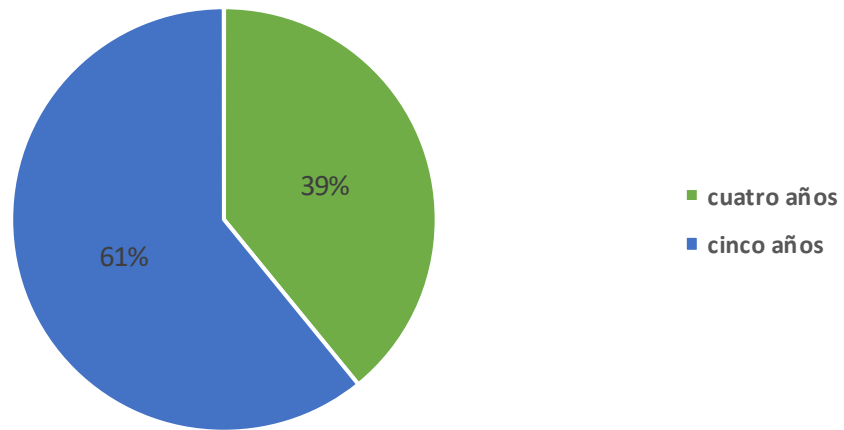
5. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los hallazgos más importantes de la investigación realizada en el Jardín de niños “Rafael Pineda Ponce” de la Col. San Miguel de Tegucigalpa, M.D.C., con el objeto de caracterizar que determinantes sociales y económicas de la salud bucal de los preescolares que asisten a dicho centro educativo intervinieron en las variables del estudio, los resultados se describen a continuación.

5.1. Características Sociodemográficas de la población de estudio del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C

Gráfico No 1

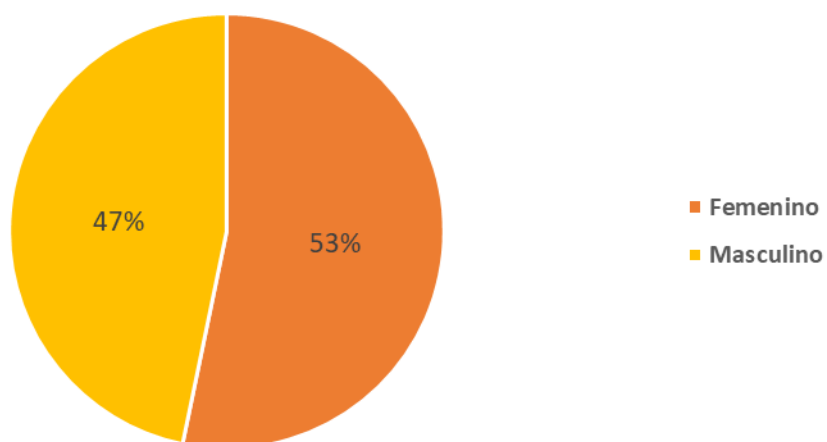
**Edad de los preescolares del Jardín de Niños "Rafael
Pineda Ponce, Col. San Miguel Tegucigalpa M.D.C.2015**



se encontró que el 61% de los preescolares tienen 5 años de edad, mientras el 39% poseen 4 años de edad.

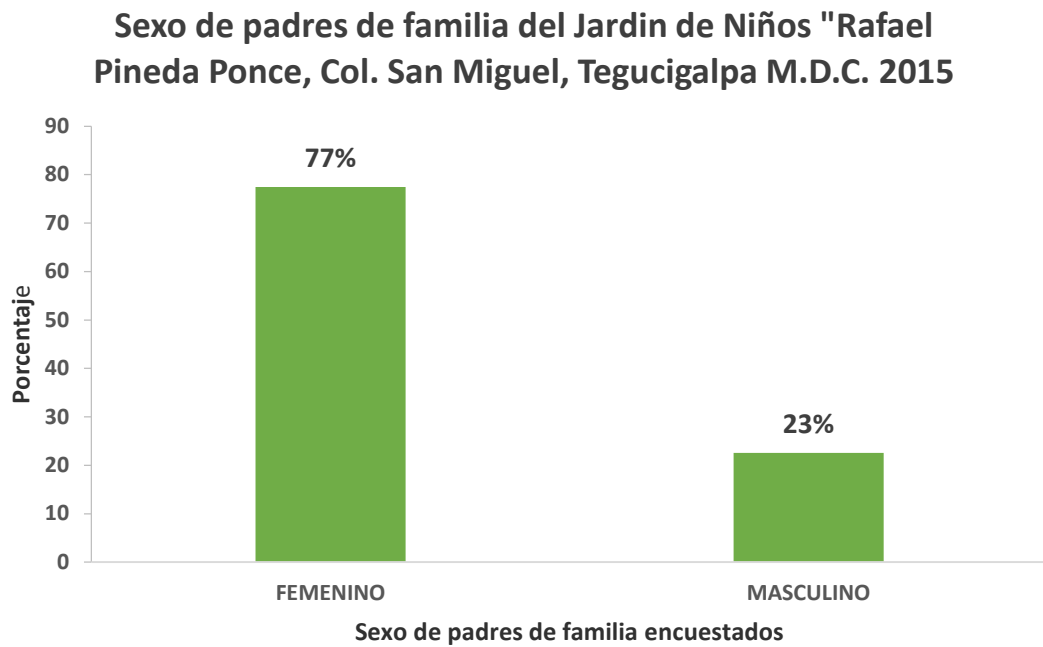
Gráfico No 2

**Sexo de los preescolares del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C.
2015**



En cuanto al sexo se observó que el 53% de los preescolares pertenecen al sexo femenino y el 47% restante corresponde al masculino.

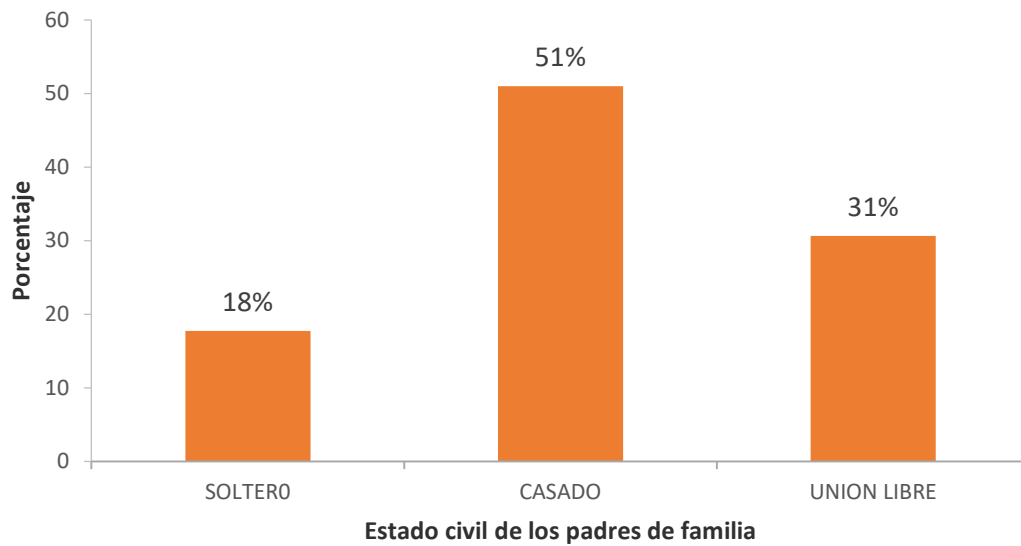
Gráfico No 3



De los padres de familia encuestados se encontró que el 77% corresponden al sexo femenino y el 23% representan al sexo masculino.

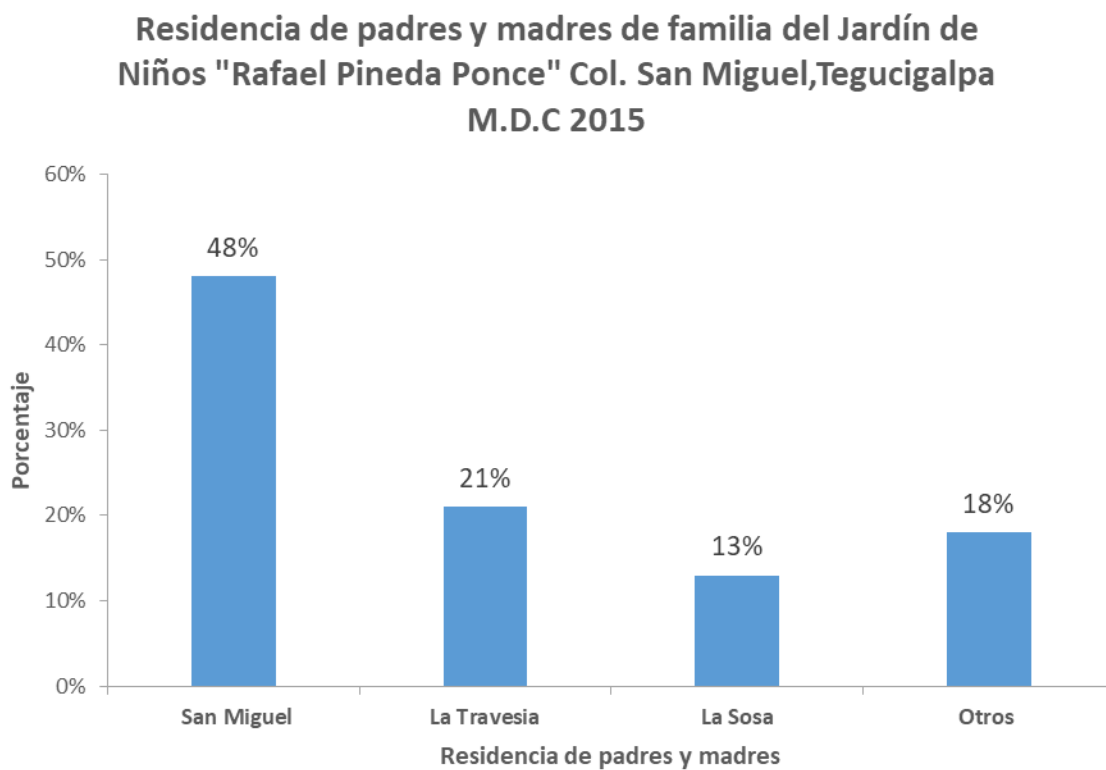
Gráfico No 4

**Estado civil padres de familia del Jardín de Niños
"Rafael Pineda Ponce" Col. San Miguel, Tegucigalpa
M.D.C. 2015**



Respecto al estado civil de los padres de familia se observó que el 51% de los padres son casados, el 31% representa que están en unión libre, mientras el 18% pertenecen al estado civil soltero.

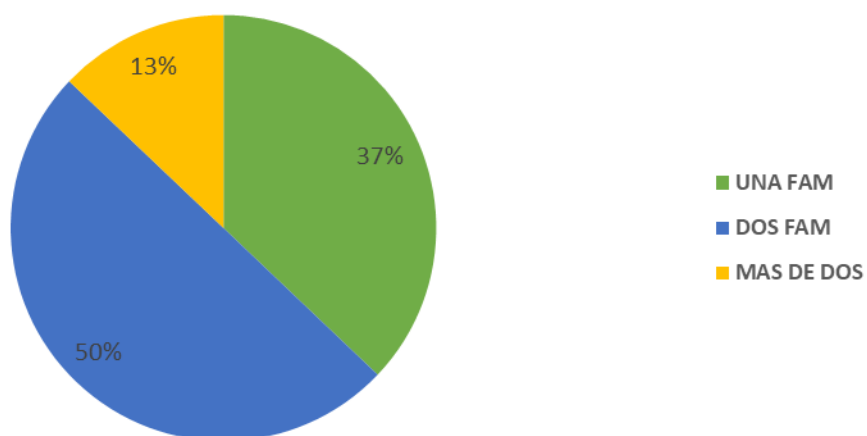
Gráfico No 5



En cuanto al lugar de residencia de los padres y madres se encontró que el 48% reside en la colonia San Miguel, el 21% en colonia La Travesía, el 18% vive en otras zonas cercanas o aledañas, mientras el 13% restante reside en la colonia La Sosa.

Gráfico No 6

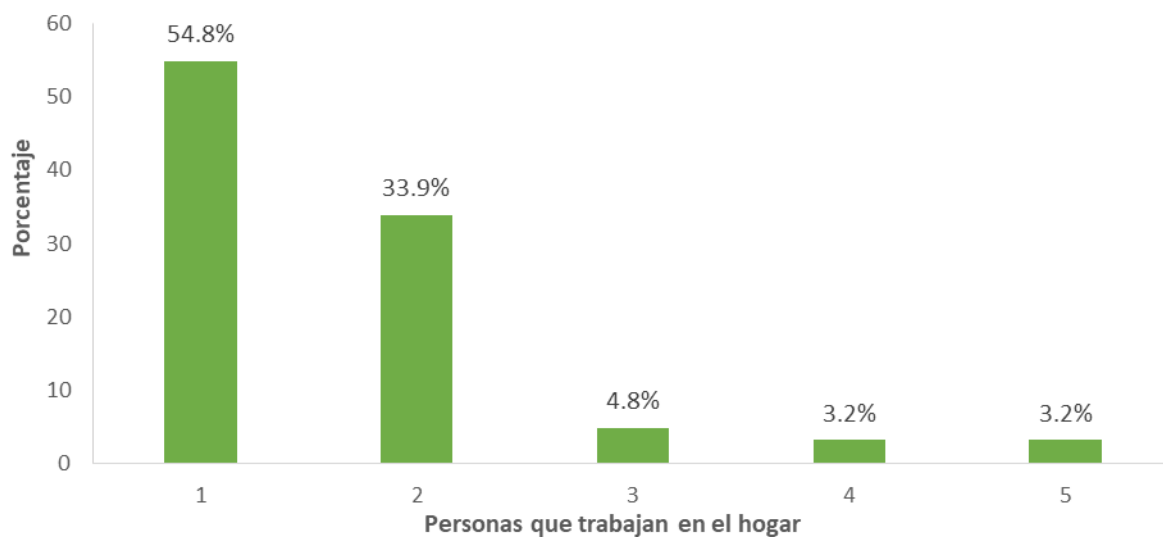
**Familias que habitan por vivienda padres de niños(as) del
Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce" Col San Miguel,
Tegucigalpa M.D.C. 2015**



Respecto al número de familias que habitan por vivienda, se encontró que el 50% representa a dos familias por vivienda, el 37% corresponde a una familia y el 13% restante representa a más de dos familias por vivienda.

Gráfico No 7

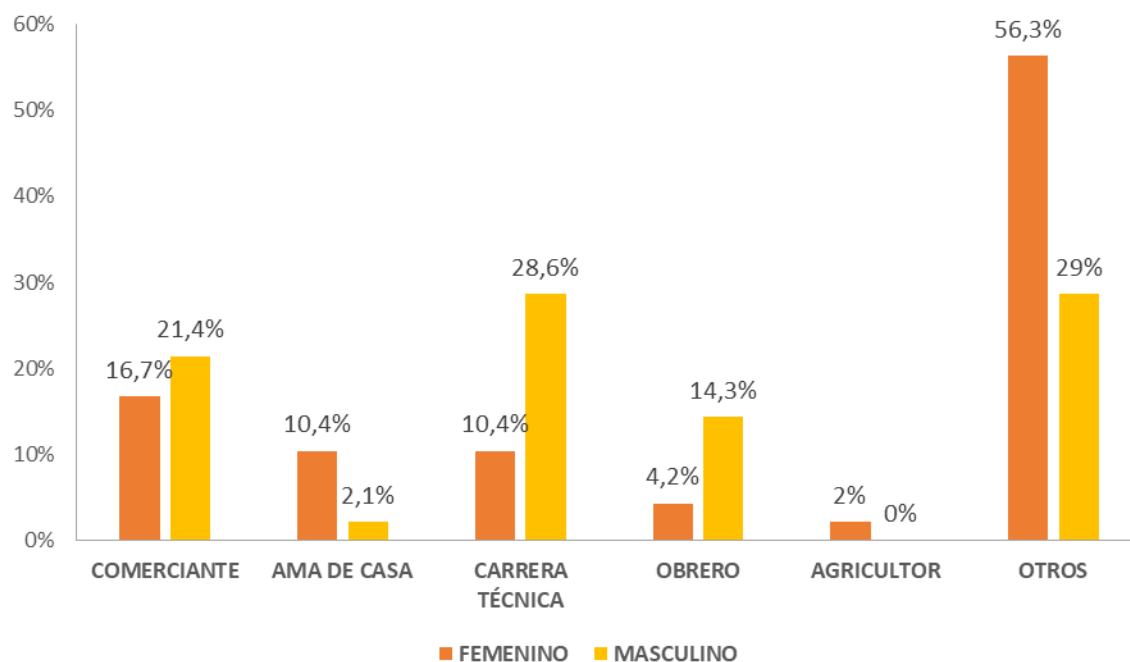
**Personas que trabajan en los hogares padres de familia de
Niños del Jardín "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel,
Tegucigalpa M.D.C. 2015**



Con respecto al trabajo, se encontró que el 54.8% de los padres de familia señaló que solo una persona trabaja en el hogar, mientras el 3.2% representa que trabajan en el hogar de 4 a 5 personas.

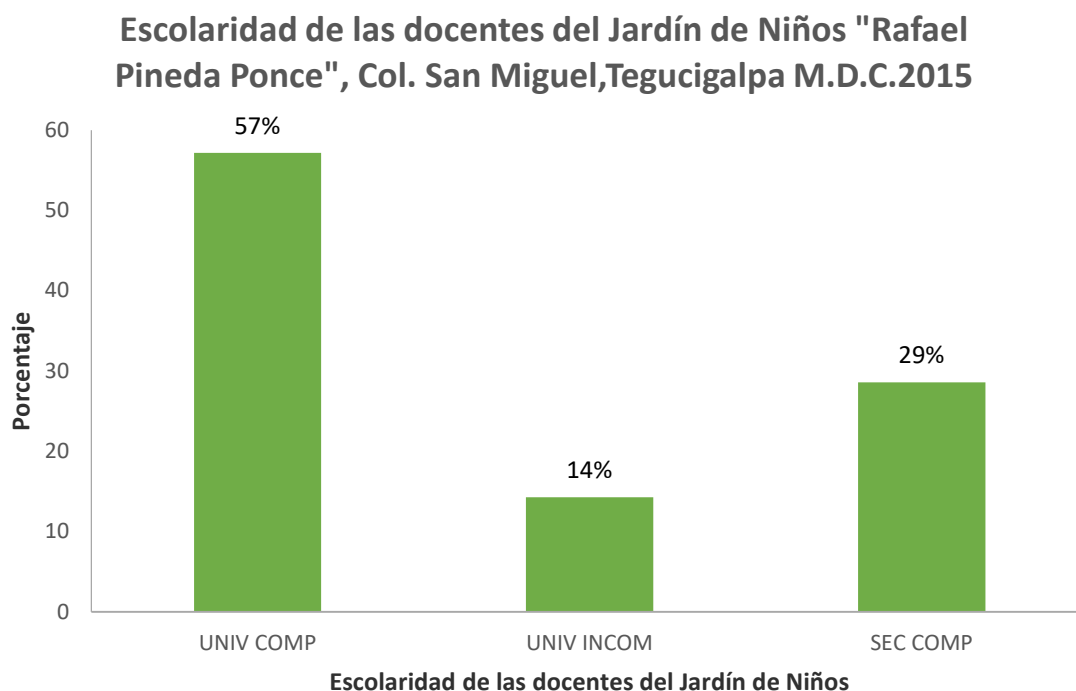
Gráfico No 8

Ocupación de padres y madres según sexo del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015



En cuanto a la ocupación de los padres y madres de familia se encontró que 21.4% (3) son comerciantes y del sexo masculino, el 10.4% (5) corresponden al sexo femenino y son ama de casa, el 28.6% (4) tienen una ocupación técnica y representa al sexo masculino, el 14,3% son obreros y corresponden al sexo masculino; el 56.3% (27) representa al sexo femenino y se dedica a otra actividad ocupacional.

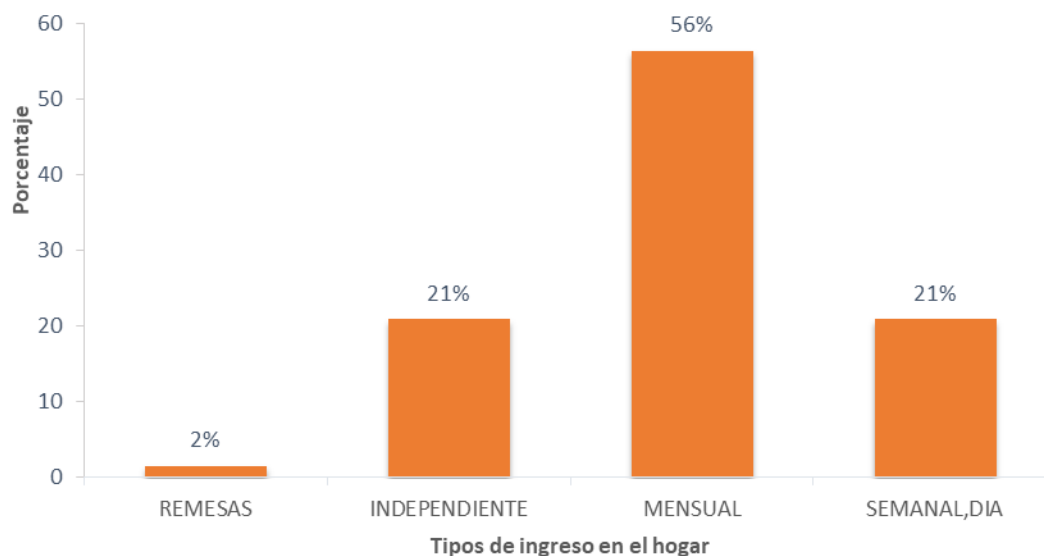
Gráfico No 9



Respecto a la escolaridad de las docentes del Jardín de Niños se encontró que el 57% corresponde al grado universitario completo, el 14% representó al grado universitario incompleto y el 29% tiene el grado de secundaria completo.

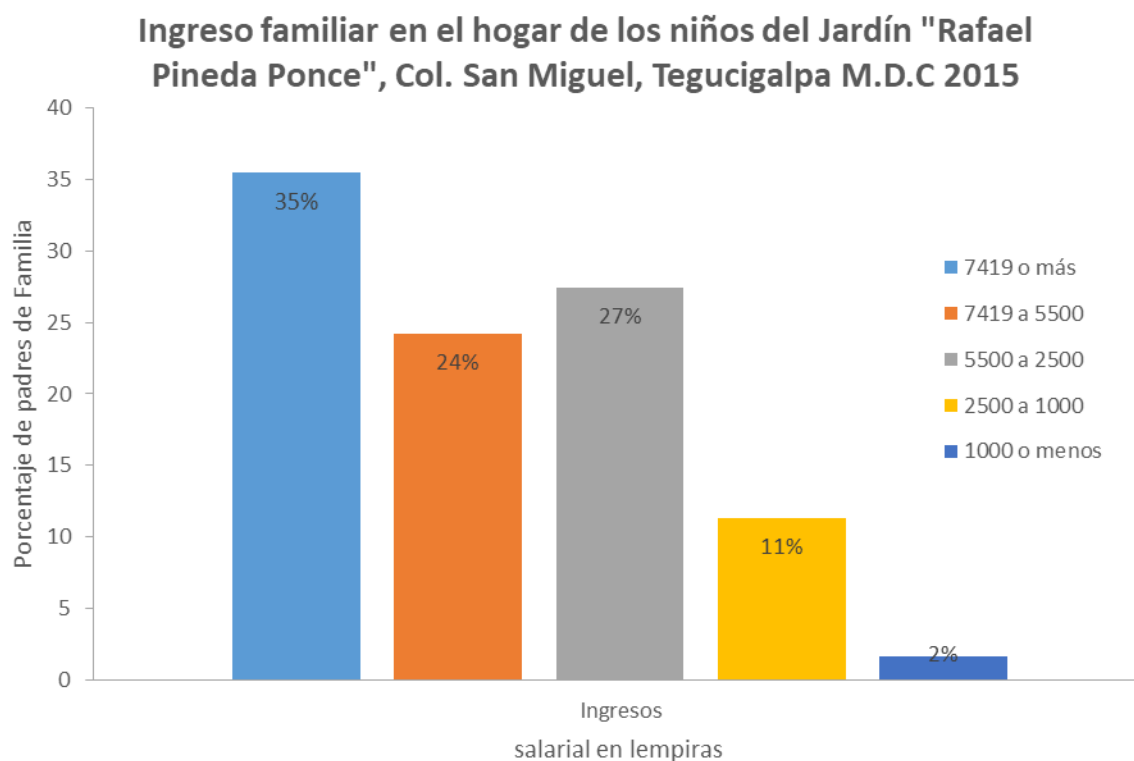
Gráfico No 10

**Ingreso familiar en el hogar de los niños del
Jardín "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel,
Tegucigalpa M.D.C. 2015**



El 56% de los padres y madres respondió que su tipo de ingreso es mensual, el tipo de ingreso independiente, al igual que el semanal y al día representó el 21% cada uno y solo el 2% asegura recibir remesas.

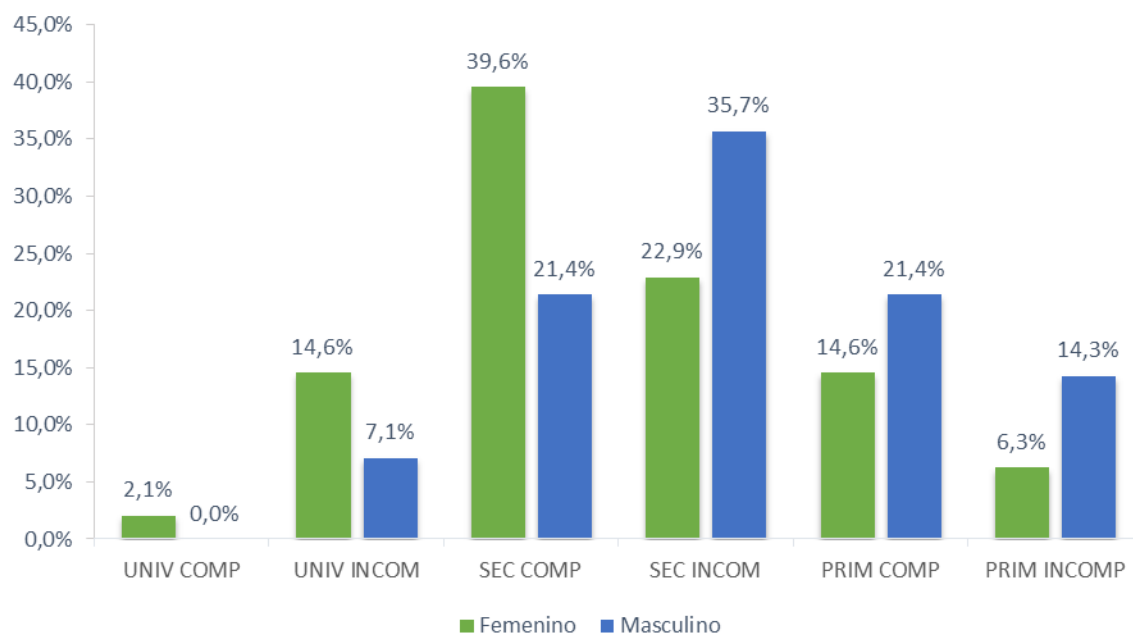
Gráfico No 11



Referente al ingreso de los padres y madres de familia se encontró que el 35% tiene un ingreso entre L7, 419 o más, el 27% representó un ingreso entre L5, 500 a L2, 500 y solo el 2% asegura tener un ingreso igual o menor a L1, 000 lempiras.

Gráfico No 12

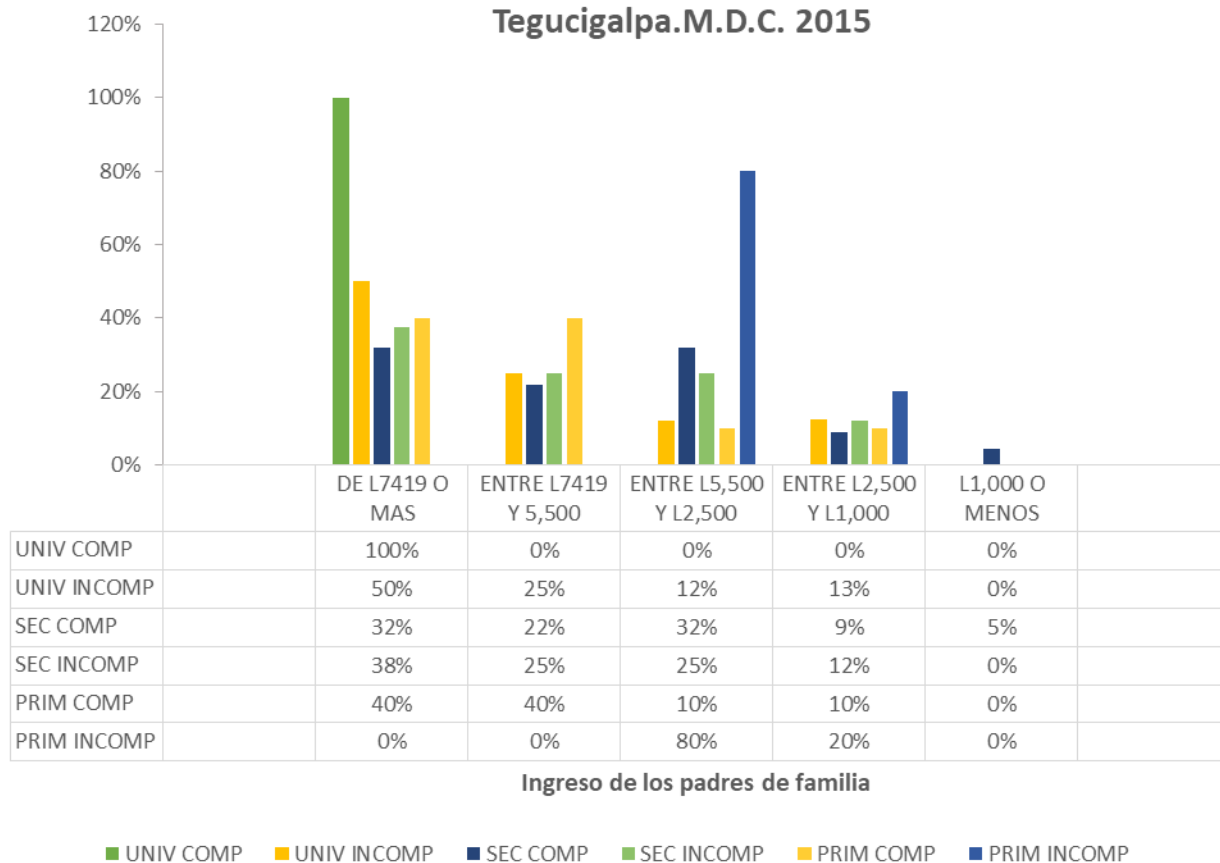
**Escolaridad de los padres de familia por sexo del
Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San
Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015**



Respecto a la escolaridad de los padres de familia por sexo, se encontró que el sexo femenino representó el 39.6% con estudios de secundaria completa. No obstante, el sexo masculino representó un 21.4% con este nivel educativo finalizado.

Gráfico No 13

Ingreso familiar según grado de escolaridad de los padres del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa.M.D.C. 2015

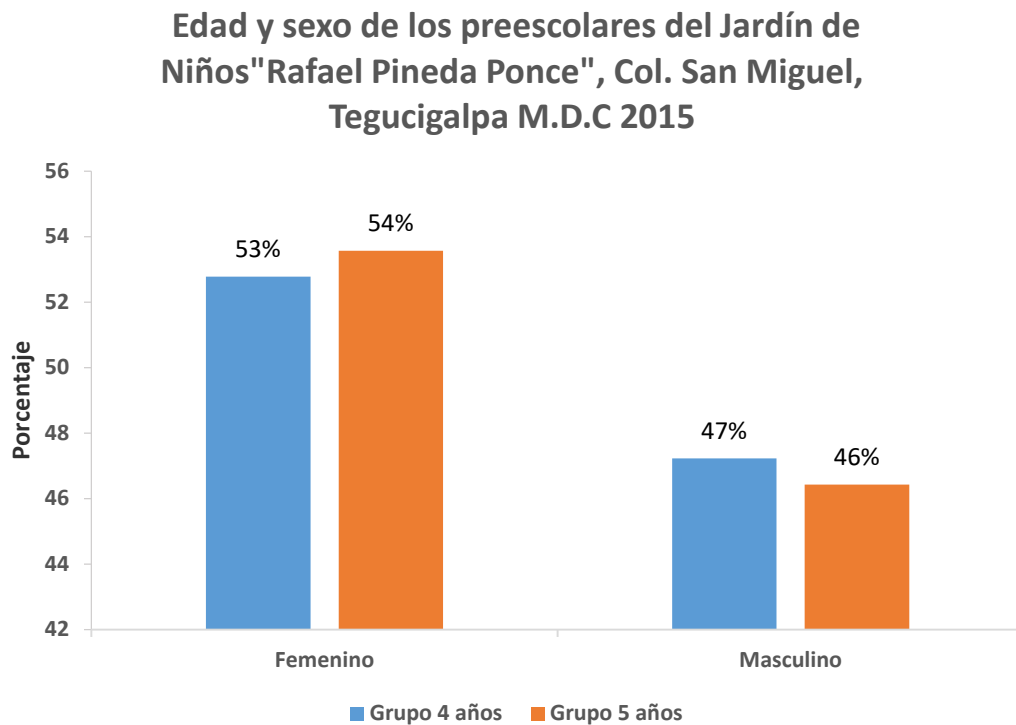


En lo que respecta a los ingresos familiares, los padres de familia con universidad completa el 100% de ellos percibe un salario de L 7,419 o más; los que tienen universidad incompleta, 50% de ellos reciben entre L7, 419 o más, 25% entre L7,419 y L5, 500; los de secundaria completa un 32% se ubica en el

salario de L7,419 o más, 22% en L7,419 y L5,500; los de secundaria incompleta se ubican en un 38% en salario de L7,419 y más, 25% en salario entre L7,419 y L5,500; los que terminaron la primaria el 40%; está en un ingreso de L7,419 y más y el otro 40% entre L7,419 y L 5,500 puede observarse que el grupo de primaria incompleta el 80% tiene un ingreso entre L5,500 y L2,500 y el 20% restante de ellos se ubicó en el salario entre L2,500 y L1,000.

5.2. Perfil de Salud Bucal de los niños y niñas preescolares

Gráfico No 14



El total de preescolares estudiados fue de 92 niños y niñas, de los cuales se encontró que el 54% corresponden al sexo femenino y al grupo de 5 años, el 46% restante representa al sexo masculino y a este grupo de edad. En el grupo de 4 años se encontró que el 53% representa al sexo femenino mientras el 47% corresponde al sexo masculino.

Tabla No 1

Caries dental según sexo de los preescolares del Jardín de Niños “Rafael

Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015

Sexo	Estado bucodental			
	Sin caries		Con caries	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	23%	28	30%
Masculino	18	20%	25	27%
Total	39	43%	53	57%

Referente al grupo de preescolares más afectado por caries dental es el femenino, lo cual representó el 30%.

Tabla No 2

Índice de ceo-d y grupo de edad de los preescolares del Jardín de Niños

“Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015

Grupo Edad	Órganos dentarios cariados. extraídos y obturados, índice de ceo-d				
	Frecuencia	Cariados	Extraídos	Obturados	ceo-d
4 años	36	165	25	18	5.77
5 años	56	257	38	12	5.48
Total	92	422	63	30	5.59

El índice de ceo-d de la población de preescolares fue de 5.59. Al relacionar el índice de ceo-d por edad el grupo de 5 años reportó un índice de 5.48 siendo más bajo que el grupo de niños de 4 años, sin embargo, está representado en su mayoría por el componente cariado.

Tabla No 3

Caries dental según edad de los preescolares del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015

Edad	Estado bucodental				
		Sin caries		Con caries	
	Total	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4 años	36	15	16%	21	23%
5 años	56	24	26%	32	35%
Total	92	39	42%	53	58%

Referente a caries dental el grupo de preescolares de 5 años fue el más afectado por caries dental con un 35%.

Tabla No 4

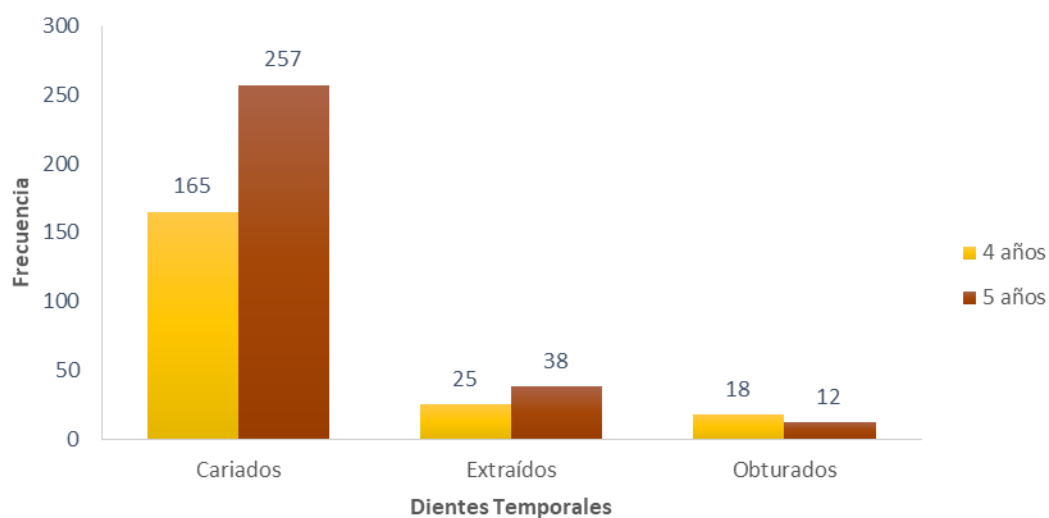
Estadísticos Medidas de Tendencia Central y dispersión de ceo-d en los
preescolares del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel,
Tegucigalpa. M.D.C. 2015

ESTADO BUCODENTAL	MTC y Dispersión				
	MEDIA	MEDIANA	MODA	DESV.TIP	VARIANZA
DIENTES CARIADOS	4.59	4	4	3.002	9.014
EXTRACCIÓN INDICADA	0.68	0	0	1.482	2.196
DIENTES OBTURADOS	0.33	0	0	0.878	0.772

Con referencia a los dientes cariados presentaron una media de 4.59, una mediana de 4 y una moda de 4. Asimismo, una desviación típica de 3.002 y una varianza de 9.014. En los dientes obturados se observó una varianza de 0.772 y una desviación típica de 0.878.

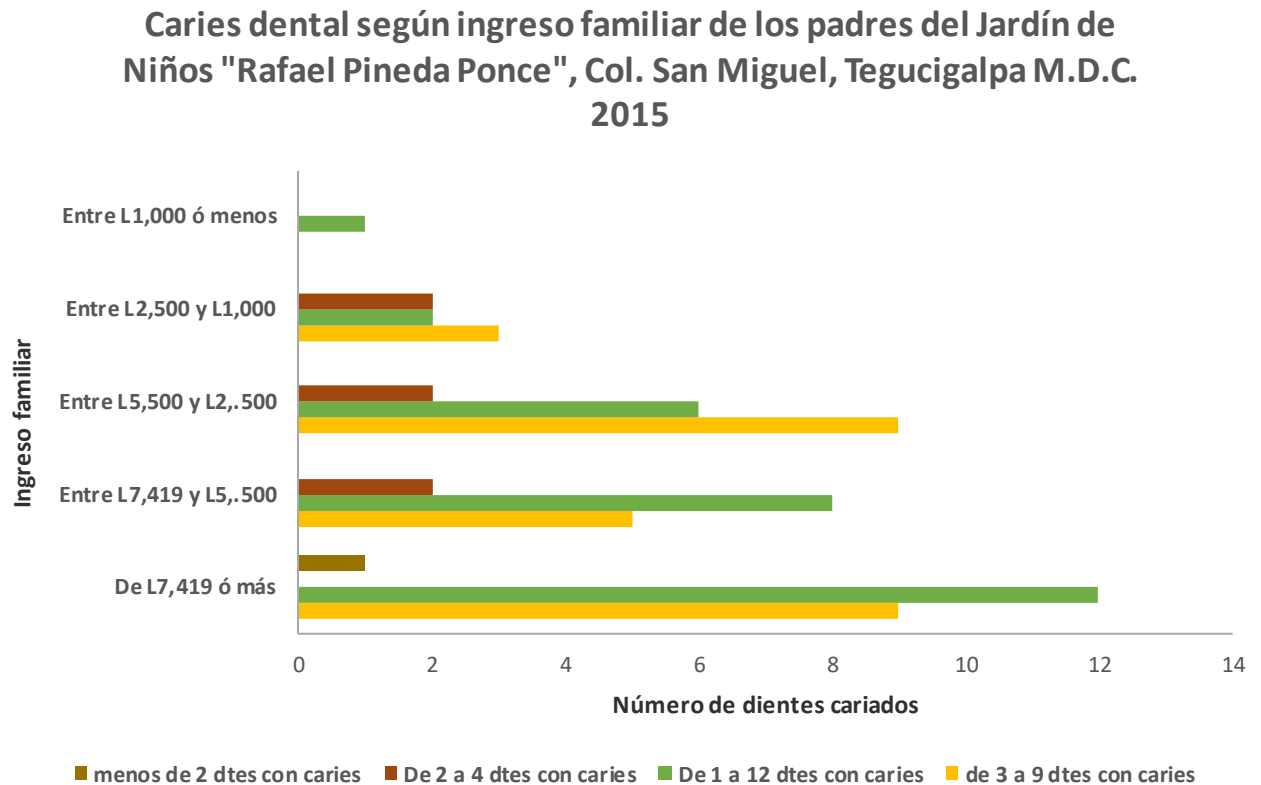
Gráfico No 15

ceo-d por edad de los preescolares del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C 2015



En cuanto a los dientes temporales se encontró que los niños y niñas de 5 años presentaron mayor número de caries y dientes con extracción indicada. Sin embargo, el grupo de niños(as) de 4 años presentó mayor número de dientes obturados.

Gráfico No 16



Respecto a la caries dental según el ingreso salarial de los padres de familia se encontró que el grupo salarial de L.7, 419 o más, representó un número de 12 dientes con caries, mientras el grupo salarial entre L5, 500 y L2, 500 representó 9 dientes con caries y el grupo salarial de L2, 500 y L 1,000 representó 3 dientes con caries.

5.3. Estilo de vida de los niños y niñas preescolares relacionado a sus hábitos de higiene y alimentación.

Tabla No 5.

Frecuencia de cepillado dental de los preescolares, y persona o tutor que ayuda a realizarlo del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015

QUIEN AYUDA A SU HIJO A LAVARSE LOS DIENTES	FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL				TOTAL
	TRES VECES	DOS VECES	UNA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	
SOLO	40%	31%	0%	100%	35.5%
EL PADRE	3.3%	24.1%	0%	0%	12.9%
LA MADRE	56.7%	44.8%	50%	0%	50%
TUTOR	0%	0%	50%	0%	1.6%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

En cuanto a la frecuencia del cepillado dental se encontró que el 100% de los niños(as) lo realiza solo y de vez en cuando, el 56.7% de los niños(as) se cepillaban los dientes tres veces al día y son ayudados por su madre, mientras un 31% lo realizaba solo y dos veces al día.

Tabla No 6

Motivo de visita al consultorio odontológico de los niños que asisten al Jardín
 “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015

MOTIVO DE VISITA AL ODONTOLOGO	SI	NO	NO RECUERDA	TOTAL
POR CARIES	52.8%	0%	0%	30.6%
DOLOR	11.1%	0%	0%	6.5%
FRACTURA	2.8%	0%	0%	1.6%
OTRO MOTIVO	25%	8.3%	50%	19.4%
NS/NC	0%	58.3%	50%	24.2%
NO RECUERDA	8.3%	33.3%	0%	17.7%

Respecto al motivo de visita de los padres de familia o tutores al consultorio odontológico se encontró que el 52.8% lo realiza por caries dental, el 11.1% lo visita por dolor, el 2.8% lo realiza por fracturas dentales, mientras un 25% asiste a consulta dental por otro motivo.

5.4. Conocimiento de padres de familia y educadores sobre la salud bucal.

Tabla No 7

Conocimiento sobre salud bucal según sexo de los padres de familia de niños que asisten al Jardín “Rafael Pineda Ponce”, Col. San Miguel, Tegucigalpa

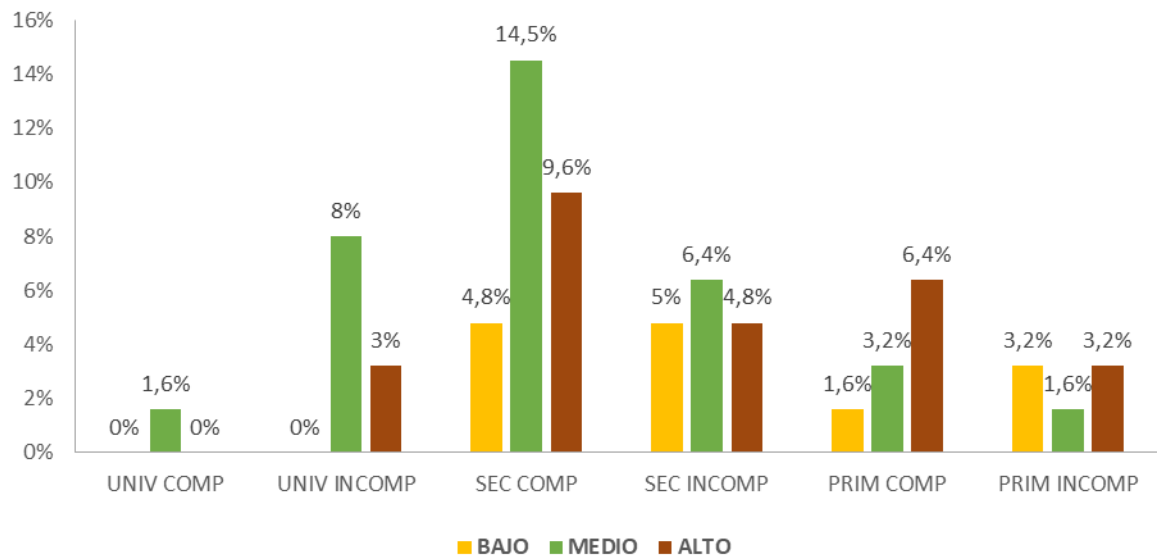
M.D.C.2015

		SEXO			
		Madres		Padres	
Conocimiento sobre Salud Bucal		F	%	F	%
	Bajo	9	14.5%	7	11.3%
	Medio	22	35.5%	6	9.7%
	Alto	17	27.4%	1	1.6%
	Total	48	77.4%	14	22.6%

Referente al conocimiento sobre salud bucal de los padres y madres de familia se encontró que el 35.5% de las madres de familia obtuvo un nivel de conocimiento medio y 14.5%(9) obtuvo un conocimiento bajo. En el caso de los padres el 11.3%(7) obtuvo un conocimiento bajo y solo el 1.6% (1) obtuvo un conocimiento alto en el cuestionario.

Gráfico No 17

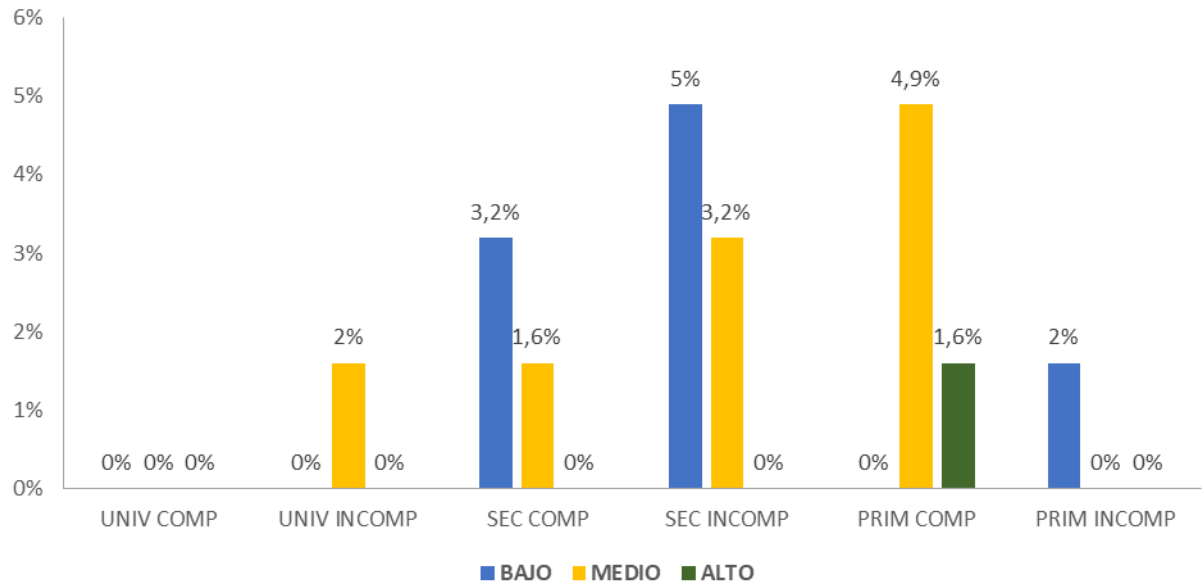
Conocimiento sobre salud bucal según grado de escolaridad de las madres de familia del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C 2015



El conocimiento sobre salud bucal según grado de escolaridad de las madres de familia se encontró: que el 1.6% (1) correspondió a las madres con educación universitaria completa y obtuvieron un conocimiento medio; el 8% representó a las madres con educación universitaria incompleta obtuvieron un conocimiento medio, solo el 3% con este grado de escolaridad obtuvo un conocimiento alto; asimismo el 14.5%(9) representó a las madres con educación secundaria completa, que obtuvieron un conocimiento medio, el 4.8%(3) obtuvo un conocimiento bajo; las madres con educación secundaria incompleta correspondió al 6.4% que obtuvieron un conocimiento medio y el 4.8% un conocimiento alto; las madres con educación primaria completa representó el 6.4% con un conocimiento alto y el 3.2% representó un conocimiento medio. Finalmente, las madres con educación primaria incompleta obtuvieron un conocimiento medio con el 1.6% y 3.2% bajo.

Gráfico No 18

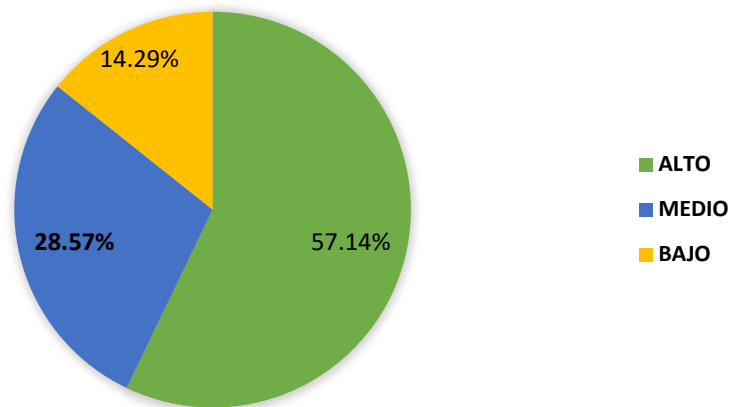
Conocimiento sobre Salud Bucal según grado de escolaridad de los padres de familia del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce", Col. San Miguel, Tegucigalpa M.D.C. 2015



En el conocimiento sobre salud bucal según grado de escolaridad de los padres de familia se observó: que no había padres con educación universitaria completa y que solo el 2% representó un conocimiento medio en el caso de educación universitaria incompleta; de igual forma el 3.2%(2) correspondió a los padres con educación secundaria completa que obtuvieron un conocimiento bajo y el 1.6% obtuvo un conocimiento medio. En el caso de los padres con educación secundaria incompleta se observó que el 5%(3) obtuvo un conocimiento bajo y el 3.2% representó un conocimiento medio.

Gráfico No 19

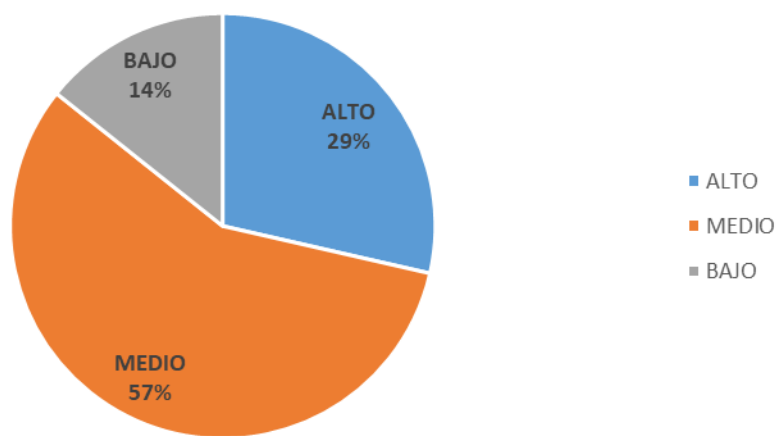
**Conocimiento sobre higiene bucal en docentes
del Jardín de Niños "Rafael Pineda Ponce",
Col.San Miguel, Tegucigalpa M.D.C 2015**



En cuanto al conocimiento sobre higiene bucal en las docentes del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” de la Col. San Miguel de Tegucigalpa se encontró, que el 57.14% de las docentes tienen un alto conocimiento sobre higiene bucal, no obstante, el 14.29% representó un bajo conocimiento en el tema.

Gráfico No 20

**Conocimiento sobre medidas preventivas de salud
bucal en docentes del Jardín de Niños "Rafael
Pineda Ponce", Col.San Miguel, Tegucigalpa M.D.C
2015**



Respecto al conocimiento sobre medidas preventivas de la salud bucal se encontró que el 57% (4) de las docentes tiene un conocimiento medio, el 29% (2) representó un conocimiento alto sobre prevención en salud bucal y solo el 14% (1) tiene un conocimiento bajo.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1. Cuantitativos

El total de la población estudiada fue de 92 niños y niñas, de los cuales el 53% pertenecían al género femenino y el 47% al masculino. Se agrupó a los niños estudiados por edad, de los cuales el grupo de niños de 5 años tuvo mayor representación con el 61% y el 39% restante corresponde al grupo de 4 años de edad.

La relación entre caries dental y sexo demostró que el grupo más afectado por la presencia de caries dental es el femenino, se observó que las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos de género. No obstante estudios como el de Matos MA, Melgar RA (2004) plantean que las niñas tienen tasa de prevalencia de caries dental más alta y sustentan que es debido a la erupción temprana en los dientes en las mujeres; a pesar que muchos investigadores han encontrado diferencias entre los sexos aun descontando la erupción más temprana.

El índice de ceo-d de la población estudiada fue de 5.59 lo que de acuerdo a la clasificación de la OMS se considera alto. Pudo observarse que el grupo de 5 años reportó un índice de 5.48 siendo este más bajo que en el grupo de 4 años que fue de 5.77, no obstante se encontró que el índice de ceo-d estuvo representado casi en su totalidad por el componente cariados, con una

tendencia a incrementarse la caries dental en los niños de mayor edad, tal como lo demuestra el estudio de Claudia Nélida Fernández (2010) con una media de índice de ceo-d de 3.27 ± 3.34 para la población preescolar de 4 y 5 años en el Gran Mendoza , Argentina. Otro estudio similar es el que se realizó en México (2001) en San Lorenzo de Tlacoyucan donde la media de caries en dientes temporales fue de 3.3 y se fue incrementado a medida se avanzaba en edad.

El análisis de índice de significación de caries (SIC) revela un alto grado de severidad en los grupos de población preescolar que presentan la enfermedad, se utiliza para evitar sesgos en la distribución de datos, en este estudio fue de 9; significando que en promedio esta población tiene 9 caries. Este índice es más elevado que el índice del estudio de la Universidad del Cuyo, Argentina donde la media del índice de significancia de caries fue de 7.19 ± 2.49 , lo que refleja la vulnerabilidad a la caries en este grupo de preescolares. En contraste con los resultados obtenidos, la OMS ha puesto una nueva meta de salud oral para todos aquellos países que todavía no han alcanzado la meta OMS/FDI, que el SIC sea equivalente a un ceo-d de 3 en niños en edad escolar para el año 2015.

Estos resultados sustentan que las condiciones de vida de los individuos llevan a situaciones desfavorables en la salud oral de los infantes en edad preescolar, de igual forma se evidencia el alto valor del índice de ceo-d en la edad

preescolar, con una media de 4.59 lo que nos alerta para que los programas de promoción y prevención de caries dental se inicien a temprana edad en niños con dentición decidua o temporal.

La media del índice de obturación en este grupo de preescolares fue de 0.33, lo que nos indica que de cada 4 dientes con caries dental solo uno se encuentra obturado, sin lugar a dudas es una cobertura muy baja de atención en la dentición decidua en comparación a la media del índice de dientes con extracción indicada que fue de 0.68 es decir que de cada 2 dientes uno es extraído; lo que refleja la falta de interés o conocimiento de los padres o tutores sobre la importancia de conservar en buen estado los dientes temporales, para poder lograr una salud integral y una vida futura saludable para sus hijos. Rong y colaboradores (2002) reportaron una disminución del índice de ceo d en niños preescolares al incluir la participación de los padres en los programas de educación y promoción de la salud bucal. Tal como lo promulga el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño donde se reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud; donde los estados deben asegurar la plena aplicación de este derecho y adoptar las medidas apropiadas.

Al relacionar la variable caries con grupo de edad se encontró que la frecuencia de caries se incrementó conforme aumenta la edad, de tal forma que el grupo

de 5 años fue el más afectado. Estudios como el de la Asociación Dental Mexicana en preescolares (2009) demuestran que a medida se avanza en edad, es mayor el riesgo de padecer caries dental, ocasionando severos daños en la dentición permanente y generando altos costos a la población afectada. De igual forma Menghini y colaboradores (2001) evidencian en sus estudios el 45% de caries dental en la dentición decidua en niños de 5 años.

En cuanto a la frecuencia del cepillado dental se encontró que la mayoría de los niños(as) se cepillaban los dientes solos y de vez en cuando, de igual forma más de la mitad de los niños(as) se cepillaban los dientes tres veces al día y son ayudados por su madre; mientras un tercio lo realiza solo y dos veces al día. Estos hallazgos son congruentes con el promedio de caries encontrado, además se pudo observar que el tipo de alimentos que les envían sus padres para que realicen la merienda en su centro preescolar es altamente cariogénico, rico en carbohidratos, frituras y azúcares.

Estudios como los de Márquez y colaboradores (2009) demostraron que la alta incidencia de enfermedades bucodentales en la población estudiada podría explicarse a través de los principales factores de riesgo según las determinantes tales como, los estilos de vida inadecuados, dieta cariogénica, deficiente higiene oral entre otros factores como los ambientales el bajo nivel educativo, el bajo ingreso económico y la falta de accesibilidad a los servicios de salud.

Referente a que los determinantes sociales y económicos impiden realizar el cepillado dental después de la merienda, se constató que la mayoría de los preescolares observados no tenían un cepillo dental para poder realizar la práctica de higiene bucal ya sea por razones económicas o socioculturales que llevan consigo desde sus hogares, además que la escasez de agua en el Jardín de Niños, es otro de los determinantes ambientales que permiten el desarrollo y proliferación de enfermedades infecciosas en el entorno escolar, al tener un acceso limitado a los servicios básicos como el agua potable y limpia, de esta manera obtener condiciones sanitarias adecuadas es compleja para que los niños se desarrollen plenamente en su salud, como hace referencia el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Al analizar el motivo de visita de los padres de familia o tutores al odontólogo se encontró que más del 50% lo realiza por caries dental, mientras la cuarta parte asiste a consulta dental por otro motivo. No obstante con los hallazgos encontrados se enfatiza que es necesaria la educación en salud oral como una herramienta angular de la promoción de la salud, tal como lo promulgó la Carta de Ottawa en 1986, a fin de poder mejorar las condiciones de vida de estos preescolares por ser un grupo prioritario; se considera que la prevención debe ser la base para reducir la caries dental, por lo tanto es de suma importancia visitar al odontólogo de forma periódica para contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños, individuos, familias y las comunidades.

Estudios como el de la Asociación Dental Mexicana en preescolares (2009) confirma la necesidad de promover la visita del niño al odontólogo antes del año y posteriormente con la frecuencia semestral para la revisión y mantenimiento de la salud bucal al encontrar en la investigación un alto porcentaje de niños con caries dental.

En el estudio se constató que a mayor ingreso salarial de los padres de familia mayor número de dientes cariados, lo que significa que la dieta alimenticia que les están proporcionando a los hijos es alta en carbohidratos, azúcares refinados y frituras. O por deficiencias en el cuidado bucodental en el hogar ya sea por cepillado dental con una técnica incorrecta o visitas irregulares al odontólogo. Tal como lo evidencia la encuesta de Salud Oral de preescolares en España (2007), donde el alto porcentaje de la frecuencia en el consumo de golosinas y dulces contribuye de manera significativa a la desmineralización de los dientes, por lo que es necesario orientar a los padres y madres de familia en cuanto a la disminución en el consumo de estos e introducir cambios hacia alimentos fibrosos que ayuden a evitar la caries dental.

En cuanto a la ocupación de los padres de familia que prevaleció, fue la de otras clases de rubro ocupacional, la de comerciante y oficios técnicos. Del mismo modo se observó un alto porcentaje que corresponde al sexo femenino que se integró al sector laboral, en discrepancia a un menor porcentaje que realiza labores en el hogar. No obstante, siempre la ocupación laboral recae

más en los padres que en las madres de familia. Asimismo, más del tercio de los padres de familia tienen secundaria completa, solo un cuarto de esta población no concluyó la secundaria; de igual manera los padres con primaria completa es dos veces más que los padres que no finalizaron sus estudios primarios. Estudios como el de Baltar y Leone (2002) señala que los hombres presentan mayores ingresos a pesar de poseer menor grado de escolaridad que las mujeres.

A analizar la escolaridad de los padres de familia encuestados según sexo se constató que el mayor porcentaje se encuentra en los estudios de secundaria completa y corresponde al sexo femenino. Teodoro y colaboradores (2010) encontraron que al analizar el grado de instrucción con nivel de conocimiento se obtiene que las madres con educación superior obtuvieron un conocimiento sobre salud bucal bueno y que a su vez se ve influenciado por el status socioeconómico. En el conocimiento sobre salud bucal y el género de los padres de familia, se percibió que más del tercio de las madres de familia tuvo un nivel de conocimiento medio (6 a 10) y un porcentaje menor obtuvo un conocimiento bajo. En el caso de los padres el 11.3% obtuvo un nivel de conocimiento bajo (0 a 5) y un menor porcentaje obtuvo un conocimiento alto en el cuestionario. Estudios como el de Gómez y Colaboradores (2004) aseguran que los padres y madres de familia al tener un buen conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal pueden evitar las enfermedades bucales especialmente la caries dental.

Con respecto a la instrucción de los padres y madres de familia se puede mencionar que ambos grupos tienen un nivel básico de instrucción que es la primaria y la secundaria; pero se percibió que el grupo de madres tienen un mayor conocimiento que está en nivel medio y alto sobre el cuidado de la salud bucodental de sus hijos, aquí se señala lo que en otros estudios se ha evidenciado que a mayor escolaridad de los padres mayor conocimiento para la salud. Estudios como el Navas y colaboradores (2002) encontraron que entre más alto es el nivel educativo de los padres, son mejores las condiciones de salud oral de sus niños, de igual forma una mejor actitud de los padres hacia la salud oral después de recibir capacitaciones educativas, mejora enormemente las condiciones de salud.

En el caso de los padres de familia se percibió que tienen un conocimiento bajo y medio sobre salud bucal, lo que nos señala que deben involucrarse más en las actividades del hogar y el cuidado de sus hijos. Estudios como el de Litt y colaboradores (1995) demuestran que la falta de conocimiento y autocuidado de los padres está asociada con un incremento en las tasas de caries en niños en edad preescolar.

Los niños cuyos padres presentan un nivel de escolaridad bajo están propensos a presentar mayores índices de caries dental, que aquellos niños cuyos padres poseen un nivel de escolaridad más alto; tal como lo demostró en su estudio Mohebbi y col (2006) y Dini y col (2004). Lo cual concuerda con los hallazgos

del presente estudio en donde el padre que tenía un grado alto de escolaridad el niño tenía menos caries lo cual hace evidente que el padre posee los conocimientos elementales sobre medidas de higiene bucodental y prevención de caries, así como el consumo bajo de azúcares, usos del cepillo dental, pastas fluoradas y otros coadyuvantes orales. Enfatizando siempre que existen otros factores que no se pueden obviar como los económicos, sociales y de acceso a los servicios de salud.

Los datos del estudio demuestran la necesidad de promover programas preventivos de salud bucodental que involucren la participación de los padres de familia para que puedan transmitir a sus hijos los conocimientos y hábitos adquiridos sobre higiene bucal en la edad temprana o preescolar para así reducir los altos índices de prevalencia e incidencia de la caries dental y evitar altos costos en tratamientos curativos.

Al analizar el conocimiento sobre higiene bucal en los docentes del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” se encontró que los docentes tienen un alto porcentaje de conocimiento sobre higiene bucal, no obstante, un porcentaje menor del 15% tuvo bajo porcentaje de conocimiento en el tema.

En el conocimiento sobre medidas preventivas de la salud bucal se encontró que más de la mitad de los docentes tiene un conocimiento medio y que menos del cuarto tenía un conocimiento bajo. Estudios similares como el de Bordini y col (2006) revelaron un conocimiento satisfactorio y regular en higiene bucal y

medidas preventivas, con un 56.8%, a pesar de que se concluyó que es necesario incorporar a los docentes en los programas de promoción de la salud.

Es importante mencionar que a pesar que los docentes del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” tenían un conocimiento medio y alto sobre higiene bucal y medidas preventivas de salud bucal, es necesario transmitir estos conocimientos y afianzarlos a través del juego (Aprender- jugando) para que sus alumnos puedan llevarlos a la práctica; por lo que sería vital incorporar metodologías donde se incorporen juegos en los que se incluyan mensajes sobre salud bucal, higiene y hábitos alimenticios saludables, de igual forma son una herramienta útil en la enseñanza de conceptos básicos de salud bucal en la población infantil en edad preescolar.

En edades tempranas se pueden modificar los conocimientos con mayor facilidad, los niños se motivan considerablemente en las actividades grupales, el niño aprende mientras juega, con lo cual se logran resultados sustanciales. La experiencia e investigación ha demostrado que los niños captan favorablemente si el proceso enseñanza aprendizaje es interesante y ameno, por lo que se debe tratar de encontrar los mejores métodos para facilitar los mejores conocimientos y que los alumnos puedan participar activamente en este proceso.

Tal como lo menciona en su estudio González (2012), educar a los menores para la adopción de hábitos saludables es importante, a fin de que tengan una

buena salud general y bucal, ya que en la infancia se establecen hábitos que se van a repetir a lo largo de la vida del individuo, es en esta etapa donde se presentan condiciones de exposición capaces de afectar la salud oral. De forma similar Kwan y colaboradores (2005) sostienen que los espacios escolares son determinantes en la vida de los infantes, para el desarrollo de actitudes y aptitudes favorables para la salud, los cuales pueden reforzarse permanentemente a lo largo de su formación escolar.

6.2. Cualitativos

Según los resultados cualitativos obtenidos la mayoría de los niños(as), consumían carbohidratos, azúcares refinados y frituras como ser: pan con frijoles, emparedados, panqueques, galletas dulces y rellenas, arroz con leche, papas fritas y churros. Además, jugos artificiales de naranja, ponche de frutas, manzana, pera, entre otros. A pesar del intenso calor que hacía en las aulas de clases los pequeños bebieron poca agua durante la jornada, de igual manera no se observó el consumo de leche, yogurt o frutas para merendar.

Se considera que el consumo de azúcares durante la merienda escolar es alto; aunque sus madres o padres durante la encuesta saben qué tipo de alimentos son los que fortalecen los dientes y ayudan al desarrollo personal, social, afectivo cognitivo, motor y emocional del niño, como lo es la alimentación equilibrada rica en lácteos, cereales, proteínas, frutas y verduras, pero en la parte operativa o práctica no lo realizan. Este estudio coincide con otros, como el realizado en Perú sobre la revisión de diarios dietéticos en pacientes pediátricos donde se encontró un alto consumo de azúcares extrínsecos de tres veces al día. Adicionalmente otros estudios en preescolares demuestran que las loncheras tienen azúcares extrínsecos líquidos y sólidos. (Carrasco L, 2009)

En este estudio se reportó que la fruta y el agua siguen teniendo un consumo inferior a los recomendados para la hidratación, auto limpieza dental, limitando

el aporte de vitaminas y nutrientes que ayudaran al crecimiento y desarrollo integral de estos preescolares, por el contrario, se ha incrementado el consumo de zumos artificiales, no tan recomendados por la pérdida de vitaminas en el procesamiento industrial. Con respecto a las golosinas se puede destacar que la mayoría de los niños las consume ya que sus padres se las colocan en sus loncheras para merendar, a pesar de que las docentes del Jardín de Niños en las sesiones de padres de familia enfatizan que tipos de alimentos les deben colocar a sus hijos diariamente.

Es necesario que la conducta de los padres de familia sea reforzada, adaptando con prudencia y sabiduría los buenos hábitos alimenticios de los hijos, recomendando no emplear las golosinas o chucherías como premio al buen comportamiento, ya que el mensaje que se trasmite a los hijos, es que ese tipo de nutrición es la buena o adecuada. Se ha demostrado que una buena técnica de cepillado, el consumo de frutas y verduras protegen contra la mala higiene de la cavidad bucal y beneficia la salud bucodental.

Los educadores deben involucrarse empleando metodologías de aprendizaje participativas para que los niños y padres de familia cambien sus hábitos de conducta; especialmente las madres de familia, que a pesar de que se han incorporado al mercado laboral como se evidenció en este estudio, siguen siendo ellas las responsables del cuidado de la familia y la preparación de sus alimentos. Este estudio tiene resultados semejantes con el de Escoba-Paucar y

colaboradores (2010) donde atribuye a la madre la mayor responsabilidad de la salud de sus hijos, más que al padre y otros familiares, incluyendo la salud bucal.

Igualmente, la mayoría de los niños(as) tenían muy buen apetito a pesar de tener problemas dentales, no se observó rechazo a ciertos alimentos que requieren mayor esfuerzo de masticación. Y absolutamente nadie se cepilla sus dientes después de merendar, el agua es escasa en el lugar y no todos los niños tienen un cepillo dental. Es importante recalcar que los padres son los responsables de enseñar a sus hijos los hábitos de higiene personal como dental, entre ellas el cepillado dental después de cada alimento, utilización de fluoruros dentales, así como realizar los controles respectivos de asistencia odontológica, por lo menos una vez al año con la finalidad de atender cualquier indicio de enfermedad bucal como la caries dental y las enfermedades periodontales.

En este estudio se pudo constatar que las prácticas de higiene bucal en este grupo poblacional no fueron adecuadas, los implementos utilizados fueron (cepillo dental y flúor tópico en crema), los niños se cepillaron sus dientes durante 2 minutos y se pudo observar que los movimientos de la técnica de cepillado no fueron los correctos para el barrido de placa dental o biopelícula. No se pueden descartar otros factores que influenciaron en esta variable de

higiene bucal como el aspecto socioeconómico, el componente educativo, así como la falta acceso de agua potable.

Según la OMS, en el nuevo informe (2004) establece los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental, abordando los determinantes intermedios modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio, de micronutrientes entre otros, también afronta los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucodental. Asimismo, la ausencia e insalubridad del agua y la falta de higiene como determinantes medioambientales para la salud bucodental y para la salud general; tal como se señala en este estudio.

7. CONCLUSIONES

1. Los determinantes sociales de la salud no interactúan en el individuo de manera aislada, sino vinculadas entre sí y su comprensión debe ser holística; incluyendo a la salud bucodental como componente de la salud general y como determinante de la calidad de vida, abordarles es el paso fundamental para lograr una equidad sanitaria, inclusiva que mejore las condiciones de vida de la población y garantice el Derecho a la Salud.
2. El alto índice de ceo-d y el SIC reportado en este estudio de preescolares, está influenciado por determinantes socioculturales, sociodemográficos, socioeconómicos y medioambientales, que deben ser analizadas para la elaboración de estrategias sensibles para la promoción de la salud bucodental. De igual manera el índice de ceo-d tuvo mayor representación en el componente cariado lo que demuestra la poca atención odontológica en este grupo de edad, por lo se requiere una pronta atención especializada para rehabilitar el daño ocasionado por esta enfermedad multifactorial.
3. Los preescolares demandan de la guía diaria de sus padres o tutores para poder realizar adecuadamente su limpieza bucal, el cepillado dental es el pilar esencial para el control de la higiene bucal, además existe la necesidad de incrementar el conocimiento sobre salud bucal infantil en la familia por ser la célula primordial de la sociedad, esta juega un papel

fundamental en la promoción de la salud; su función debe ser la prevención de las enfermedades bucales y el control de condiciones adversas, así como la responsabilidad de informar, educar y comunicar a sus hijos sobre temas de salud general y bucal, nutrición para fomentar hábitos y comportamientos saludables positivos, que permitan disminuir la morbilidad de las diferentes patologías bucodentales y los altos costos a los servicios odontológicos. No se puede obviar que esto no es posible sin la articulación del personal de salud, la familia y la comunidad como participantes de este proceso.

4. Las condiciones socioeconómicas se expresan en el estado de salud bucal de este grupo de preescolares, una alta proporción de este grupo infantil no tiene acceso a los centros de atención odontológicos públicos, además que son escasos y la práctica privada es limitada por sus altos costos, que no están al alcance de toda la población; lo que se traduce en una alta prevalencia e incidencia de caries dental y una deficiente higiene bucal. De igual forma no existe educación para la salud que permita que los padres o tutores acudan a los centros odontológicos periódicamente, sino que los utilizan solamente cuando existen urgencias en la cavidad bucal. A pesar que en el estudio los resultados de los padres de familia indicaron que tenían un ingreso mensual aceptable, lo cual no es suficiente para obtener una buena alimentación rica en

nutrientes y una apropiada higiene bucodental, sin una adecuada formación en salud bucal.

5. Se puede indicar que los padres y madres de familia al tener un conocimiento medio y bajo fue un determinante que influyó en el alto índice de caries dental presente en estos preescolares, demostrando que a medida que el padre o la madre tiene un grado de educación mayor, presenta un mejor conocimiento sobre salud bucal; asimismo influye la dieta alimenticia rica en carbohidratos y azúcares refinados que les colocan los padres para ser consumidos diariamente en el centro preescolar, entre otras circunstancias vinculadas a esta variable.
6. El conocimiento sobre higiene bucal y medidas preventivas en salud bucal en los docentes del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” fue satisfactorio alto y medio; puede atribuirse a que la mayoría de los docentes tienen un nivel universitario finalizado o por concluir, además existe una comunicación cercana con los trabajadores de salud del Centro de Salud de la Colonia San Miguel, especialmente cuando hay jornadas de vacunación, desparasitación o de combate al Dengue, Zika y Chikungunya. Sin embargo, se requiere una mayor participación de los Odontólogos del Centro de Salud y los docentes para que al momento de hacer las evaluaciones dentales en los niños sea un requisito primordial tratarse el problema encontrado en la cavidad bucal, y a la vez reforzar la promoción y prevención en salud oral. De igual forma brindar información

oportuna a los padres de familia en educación para la salud para concientizarlos del daño ocasionado y como poder contrarrestar problemas para la dentición futura de sus hijos; lo cual requiere de un trabajo interdisciplinario e intersectorial para poder disminuir las inequidades en salud.

8. RECOMENDACIONES

A las Facultades de Odontología de las diferentes Universidades del país, al POSAP/ UNAH.

1. Que los futuros estudios de investigación odontológicos tengan mayor énfasis en los aspectos sociales, como el ingreso, la educación, la ocupación y la dieta cariogénica que lleva a una mayor comprensión del proceso de salud- enfermedad desde una perspectiva integral, donde exista mayor atención a los problemas sociales que tienen que ver con la salud bucal del individuo; reconociendo a la salud bucal como parte integral de la salud general, no visualizarlo de forma aislada ya que es un componente fundamental del individuo a lo largo de su ciclo de vida. Por lo tanto, debe entenderse como un Derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y de las comunidades.

Al Estado principalmente instituciones como la SESAL, la Secretaria de Educación, Municipalidades, a los medios de comunicación estatales y privados entre otros actores sociales.

2. Es necesario implementar una Política Pública de salud bucal preventivo-educativa y curativa que disminuya la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentales en este grupo poblacional. Asimismo, es necesario una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud bucal sino que también aborde las causas sociales, políticas y

económicas profundas que causan la mala salud. Para poderlo lograr se requiere de voluntad política de los tomadores de decisiones y del trabajo intersectorial e interdisciplinario de los diferentes actores de la sociedad, como la Academia, gremios profesionales, sindicatos, asociaciones entre otras organizaciones sociales gubernamentales y no gubernamentales.

A la SESAL, la Secretaria de Educación, Municipalidades, a los Docentes del Jardín de Niños, a los Padres de Familia.

3. Es importante desarrollar programas educativos de capacitación sobre salud bucal individual y colectiva para lograr que los padres de familia, docentes y alumnos se concienticen y tomen decisiones que les permitan apropiarse de prácticas saludables, lo que sería beneficioso para la sociedad como para el Estado mismo, por el costo efectividad de los programas y su sostenibilidad.

Al gobierno Central, Regional y Local, a los diferentes actores sociales y población en general.

4. Se propone la creación de Servicios de Salud Odontológicos específicos para este grupo prioritario, debido a que los ya existentes resultan inaccesibles para la mayoría de los preescolares como queda demostrado en el presente estudio. Además, se deben incorporar acciones a mediano y largo plazo, respaldadas en políticas públicas intersectoriales para la promoción de la salud y prevención de las

enfermedades bucodentales a edades tempranas, para obtener familias, comunidades y entornos saludables tal como lo promulga la Carta de Ottawa, Canadá, 1986.

A la SESAL, Secretaria de Educación, Facultades de Odontología de las diferentes Universidades del país, Municipalidades, Docentes del Jardín de Niños, Padres de familia.

5. Es necesario implementar la elaboración de material didáctico sobre salud bucal adaptado al programa de estudios preescolar, está demostrado que es de gran ayuda para el mejoramiento de conocimientos y actitudes. También es importante realizar otras investigaciones donde el propósito fundamental sea el estado nutricional de la población infantil para poder establecer una relación directa entre el consumo de algunos alimentos alto en carbohidratos y azúcares con la salud bucal, especialmente la caries dental; lo cual permitirá desarrollar intervenciones adecuadas que según evidencias puedan modificar los estilos de vida inadecuados en este grupo de edad y disminuir los riesgos de la salud bucodental.

A la SESAL, Secretaria de Educación, Municipalidades, Odontólogos de la práctica privada y pública, Docentes del Jardín de Niños, Padres de Familia.

6. Fortalecer la acción de los odontólogos, profesionales de la salud y de los diferentes actores sociales, desde el ámbito privado es necesario

participar en procesos de formación a través de talleres, campañas educativas, charlas y seminarios interinstitucionales en temas de salud bucal como un derecho humano fundamental, de igual manera sensibilizar a la familia, comunidad y sociedad en general sobre la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud bucal para garantizar el derecho a la salud. Desde el ámbito público, es fundamental la formación de recurso humano a través de procesos de capacitación, brindando los conocimientos y herramientas necesarias en la mejora continua de los programas de salud bucodental, al igual que en materia de análisis de situación de salud, en sistemas eficaces de evaluación epidemiológica como de información, monitoreo y evaluación, que promuevan el avance de nuevas investigaciones para cumplir con las metas establecidas y analizar el impacto de las mismas en las desigualdades sanitarias y lograr una mayor equidad.

9. BIBLIOGRAFIA

- A, G. S., & Tejeda-Angeles, D. I. (2008). Caries temprana de la infancia. Prevención y Tratamiento. Presentación de un caso. *Acta Pediátrica Mexicana*, 69-72.
- Abadia Barrero, C. E. (2006). Pobreza y Desigualdades Sociales: Un debate obligatorio en salud oral. *Originales*, 9-22.
- Alvarez Castaño, L. S. (2009). Los Determinantes Sociales de la Salud: mas alla de los factores de riesgo. *Gerencia y Politicas de Salud*, 69-79.
- Amarez, M. T., Figueiredo, M., Carvalho, A., & Ferreira, B. (2011). Evaluación del Conocimiento en Educadores sobre Higiene Bucodental en niños Preescolares. 1-12.
- Arrascue, H., del Castillo Lopez, N. L., & Eduardo, C. (2011). Determinantes Sociales de Salud y Caries Dental. *Odontologia Pediatrica*, 26- 49.
- Arriagada, I., Aranda, V., & Miranda, F. (2005). *Políticas y Programas de Salud en America Latina. Problemas y propuestas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL.
- Avila, M. (2009). Hacia una nueva salud pública. Determinantes de la salud. *Acta Medica de Costa Rica*, 71.
- Barrancos, M. (1999). *Operatoria Dental*. Buenos Aires: Panamericana.
- Becoña, E., Vasquez, F., & OblitasL., &. (2004). Promoción de los Estilos de vida Saludables. *Investigación en Detalle Número 5*, 1- 40.
- Carmenate-Millán, L., Herrera, A., & Ramos, D. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud propuesto. *iMedpub Journals*, 1-9.
- Carrasco L, M. (2009). Características Socioeconomicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. 6(2).
- Chavez Borjas, M. (1999). Promoción de la Salud: desarrollo en el Contexto Multicultural. *Ixchel En Debate*, 56-61.
- Chile Crece Contigo, G. d. (mes de Octubre de 2007). www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf. Obtenido de www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>

content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf

- Crespo Mafrén, M. I., Riesgo Cosme, Y. d., Laffite Lobaina, Y., & Rodriguez, A. (2010). Instrucción Educativa sobre Salud Bucal en la escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". *MEDISAN*, 232-242.
- Cupé-Araujo, A. C., & Garcia-Rupaya, C. R. (2015). Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*, 112-121.
- Diaz Cardenas, S., Arrieta Vergara, K., & Gonzalez Martinez, F. (18 de Marzo de 2011). *Scielo España*. Obtenido de Scielo España: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1699-695x2011000200003&script=sci_arttext
- Duque de Estrada, R. J. (2003). Factores de Riesgo asociados con la enfermedad Caries Dental en niños. *Revista Cubana Estomatológica*, 40(2).
- Fernandez, C. N. (21 de Noviembre de 2010). www.politicaspublicas.uncu.edu.ar/articulos/index/la-necesidad-de-promocion-y-prevencion-de-la-salud-en-ninos-preescolares. Obtenido de www.politicaspublicas.uncu.edu.ar/articulos/index/la-necesidad-de-promocion-y-prevencion-de-la-salud-en-ninos-preescolares
- Ferrer Herrera, I. M., Borroto Zaldivar, T. E., Sanchez Cartaya, M. E., & Alvarez Vasquez, J. (2001). La Participación de la Comunidad en Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral Vol.17 (3)*, 268-273.
- Frenz, P. (1998). Desafios en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. 9(2), 103-110.
- Garcia, R., & Orlando, L. (2005). Factores de riesgo y prevención de Caries en la edad temprana (0-5) en Escolares y Adolescentes. 1-11.
- Gato- Fuentes, H. I., Estrada Riveron, D. J., & Perez Quiñonez, J. A. (6 de Enero de 2014). www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08n/est02108.htm. Obtenido de www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08n/est02108.htm
- Gispert Abreu, E. d., & Becquer Aguila, J. L. (2011). Nuevo Paradigma para la salud Bucal. *Revista Cubana de Estomatologia*, 317 - 318.

- González Valdés, T. L. (2004). Las Creencias y el proceso Salud- Enfermedad. *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*, 1-6.
- Guada, N. (2013). La Salud como un Derecho Humano. *Anuario Volumen 36*, 304 - 331.
- Guerrero, V. M., Godínez Morales, A., & Melchor Soto, C. (2009). Epidemiología de Caries Dental y Factores de Riesgo asociados a la Dentición Primaria en Preescolares. *ADM* , 2-5.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez collado, C., & Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill/ Interamericana Editores. SA de C.V.
- Lafuente, P., Gómez Perez de Mendiola, F., Aguirre, B., & Zabala Galán, J. (2002). *Estilos de Vida determinantes de la Salud Oral en Adolescentes de Vitoria-Gasteiz:Evaluación*. Bilbao, España: ORIGINALES.
- Lip, C., & Rocabado, F. (2005). *Determinantes Sociales de la Salud en Perú*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud/ OPS.
- Lugo Angulo, E., & Garcia Cabrera, L. (2013). La Cultura en Salud un Problema Actual de la Sociedad. *MEDISAN*, 3-7.
- Márquez Filiú, M., Rodríguez Castillo, R., Rodríguez Jerez, Y., & Estrada Pereira, G. (2009). Epidemiología de la Caries Dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. *MEDISAN*, 1.5.
- Martínez Abreu, J. R. (2011). Importancia de la Educación en Salud Bucal infantil para la mujer. *Ciencias Medicas de Matanza*, 499- 506.
- Martínez Abreu, J., Capote, J. L., & Bermúdez Ferrer, G. (2014). Determinantes Sociales del Estado de Salud Oral en el contexto actual. *Medisur*, 37-68.
- Medina Solís, C. &. (2006). Desigualdades Socioeconómicas en Salud Bucal. *Revista de Investigación Clínica*, 296- 304.
- Montenegro, G., & Sarralde, A. L. (2013). La educación como determinante de la Salud Oral. *Universita Odontologica*, 115-121.
- Mora Leon, L., & Martínez Olmos, J. (15 de Octubre de 2000).
www.urg.es/ncts131/documentos/DOC0070. PDF. Obtenido de
www.urg.es/ncts131/documentos/DOC0070.PDF:
www.urg.es/ncts131/documentos/DOC0070.PDF

- MorianoB, L., Sanchez MV, E., & Valero, J. L. (2008). Evaluación de la Salud Bucodental y estilos de vida saludables en la población infantil que accede a la consulta odontológica de atención primaria. *Odontología Preventiva*, 83-89.
- MSc.Cruz Palma, G., Dra.Sanchez Nájera, R. I., Dr.C.Quiroga Garcia, M. A., & Dr.C.Galindo Lartigue, C. (2014). Caries Dental y las Deteerminantes Sociales de la Salud en Mexico. *Revista Cubana de Estomatologia*, 51(1).
- Müggenburg Rodriguez, M. C., & Pérez Cabrera, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 35-38.
- Navas P, R. e. (2002). Salud Bucal en Preescolares: Su relacion con las Actitudes y nivel Educativo de los padres. *Interciencia*, 631- 634.
- Núñez, L. e. (2013). Factores asociados a la Consulta Odontologica en Niños(as) y Jovenes de Talca(chile) e inmigrantes chilenos de Montreal(Canada). *Gaceta Sanitaria*, 344-349.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ontario: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- OMS, & CSDSS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- OPS, O. S. (1995). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington, DC ,EUA: Publicación Científica No. 557.
- OPS-OMS. (1995). *Promocion de la Salud: Una Antologia*. Washington, DC: Publicacion Científica No. 557.
- PNSB. (2012). *Politica Nacional Odontologica de Honduras*. Tegucigalpa: SESAL.
- PNUD. (2006). " *Retos y potencialidades para la expansion de la ciudadania*". Tegucigalpa, Honduras: Informe de Desarrollo Humano, Capitulo 4 PNUD.
- Posas, M. (28 de Noviembre de 2011). www.undp.org/content/honduras/es/home. Obtenido de www.undp.org/content/honduras/es/home: [http://www.undp.org/content/honduras/es/ home](http://www.undp.org/content/honduras/es/home)
- Rocha- Buelvas, A. (2013). Analisis sobre el acceso a los servicios de la Salud Bucal: un indicador de equidad. *Revista Gerencia y Politicas de Salud*, 96 -112.

- Romo Pinales, M. R., de Jesus Herrera, M. I.-G., & Maria Eugenia, R. C. (2005). Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd.Nezahualcóyotl. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 124-135.
- Rottemberg, E., & Smaisik, K. (2010). Inmunidad bucal en la primera infancia. *Odontoestomatología*, 4-14.
- Sanabria Ramos, G. (2001). Participación Social y Comunitaria. Reflexiones. *Revista Cubana de Salud Pública*, 89-95.
- Secretaria de Salud, S. d. (2011). *Lineamientos Operativos de la Promoción de la Salud*. Tegucigalpa: Roca Fuerte Inversiones.
- SESAL. (Tegucigalpa de Mayo de 2013).
www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf. Obtenido de
www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf:
http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf
- Sotomayor, R., Karim, A., Sanchez, A., Cataldo, K., & Leticia, C. (2 de Agosto de 2012).
scielo.iics.una.py. Obtenido de scielo.iics.una.py:
scielo.iics.una.py/pdf/ped/v39n2a03.pdf
- Tobón Correa, O. (2002). El autocuidado una habilidad para vivir. *El Malpensante No 37*, 1-12.
- Torres Restrepo, C. (2009). Promoción de la Salud Bucodental en Educandos de la enseñanza primaria, Motivaciones, Estrategias y Prioridades Odontopediátricas. *MEDISAN*, 5-8.
- Uribe, T. M. (1999). El Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud. 2-7.
- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de la Salud y la lucha por la equidad en salud. *Saúde Soc. Sao Paulo*, 16(3), 7-13.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y Desigualdades en el Sector Salud. *Panamericana*, 316- 326.

10. ANEXOS

SP1 2015 __

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

Lugar y Fecha: _____

CARACTERIZAR LOS DETERMINANTES SOCIALES Y ECONOMICOS DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 4 y 5 AÑOS DE EDAD DEL JARDIN DE NIÑOS “RAFAEL PINEDA PONCE”

Esta información servirá para mejorar los problemas de salud bucodental en este grupo poblacional, repercutiendo en beneficio de todos.

Sus respuestas serán anónimas y confidenciales. ¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!

INSTRUCCIONES: Utilice un lápiz tinta para llenar el cuestionario, no existen respuestas correctas o incorrectas, las respuestas solo reflejan su opinión personal. Marque con una X la(s) opción(es) elegidas, sino puede contestar una pregunta por favor pida ayuda a la persona que se lo entrego.

1. Datos del Encuestado

1.1 Edad: _____ Sexo: _____

1.2 Estado Civil: _____

1.3 Lugar de residencia: _____

1.4 Parentesco con el jefe de familia: _____

2. Características Socioeconómicas

2.1 Número de Familias en la vivienda 1____ 2____ Más de dos____

2.2 Número de hijos____

2.3 Genero del jefe de familia Masculino____ Femenino____

2.4 Profesión u oficio del jefe de Familia

Comerciante____ Agricultor____ Ama de casa____ Carrera técnica____
Obrero____ Otros____

Ocupación del jefe de familia_____

2.5 Nivel de escolaridad del padre o encargado

Universitaria completa____ Universitaria incompleta____ Secundaria
completa____ Secundaria incompleta____ Primaria incompleta____ Primaria
completa____ Analfabeta____

2.6 Número de miembros en su hogar____

2.7 Número de miembros que trabajan____

2.8 Fuente de Ingreso

De remesas____ Sueldo independiente____ Sueldo mensual____ Salario
semanal, por día o por obra____ donaciones públicas o privadas____ otro tipo
de ingreso: ¿Cuál? _____

2.9 Total de ingreso mensual en el hogar

De Lps 7,419 o más ____ Entre Lps 7,419 y 5,500____ Entre Lps 5,500 y
2,500____

Entre Lps 2,500 y 1000____ Lps 1000 o menos____

Indicar el monto _____ no sabe/ no responde ____

2.10 Gasto mensual en alimentación _____

2.11 Le da dinero a su hijo para que compre algo durante el recreo

Siempre ____ La mayoría de las veces si ____ Algunas veces ____ La mayoría de las veces no ____ Nunca ____

3. Aspectos de la Salud bucal

3.1 ¿Ha visto usted algún problema en la boca de sus hijos?

Mancha café o blanca en sus dientes ____ Mal olor en su boca ____ Algún agujero en sus dientes ____ Ampollas en mucosa y encía ____ Cambio de color en los dientes (grises) ____ ningún cambio ____

3.2 Ha llevado alguna vez a su hijo al odontólogo?

Sí ____ No ____ no sabe/no contesta ____ no recuerda ____

3.3 ¿En caso de haberlo llevado cual fue el motivo?

Revisión por caries ____ dolor en algún diente ____ Se rompió algún diente ____ otro motivo ____ no sabe/ no contesta ____ no recuerda ____

3.4 ¿Quien le ayuda a su hijo a lavarse los dientes?

Se cepilla solo ____ El Padre ____ La Madre ____ Tutor o encargado ____ no sabe/ no contesta ____

3.5 Cada cuanto le recuerda a su hijo cepillarse los dientes

Siempre ____ La mayoría de las veces si ____ Algunas veces ____ La mayoría de las veces no ____ Nunca ____

3.6 ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo?

Tres veces ____ dos veces ____ una vez ____ de vez en cuando ____ no sabe/ no contesta ____

3.7 ¿Cuántos dientes temporales o de leche cree usted que tiene un niño?

32 dientes ____ 24 dientes ____ 20 dientes ____ 18 dientes ____ 15 dientes ____ no sabe/ no contesta ____

3.8 ¿Por qué considera importante los dientes temporales o de leche?

Ayudan a la fonética____ Ayudan a la masticación____ Sirven para conservar el espacio de los dientes permanentes____ Mejoran la estructura facial____ Todo lo anterior es importante____ no sabe/no contesta ____

3.9 ¿Cuáles considera usted son los elementos de higiene bucal?

Cepillo dental____ Palillo de dientes____ hilo dental____ enjuague bucal____

Pasta dental____ flúor tópico y sistémico____ no sabe/no contesta____

3.10 ¿A partir de qué edad cree usted que se debe colocar pasta dental al cepillo de los niños?

6años____ 4 años____ 3 años____ 2años____ no sabe/ no contesta____

3.11 ¿Que alimentos considera usted que ayudan a fortalecer los dientes?

Frutas y verduras____ leche y sus derivados____ pollo frito____ Galletas y Churros____ Carnes y pescado____ no sabe/ no contesta ____

3.12 ¿Que es para usted caries dental?

Es una bacteria que daña los dientes____ es una mancha café alrededor de las encías____ se forma por comer dulces, galletas y sodas____ aparece por falta del cepillado dental____ no sabe/ no contesta____

3.13 ¿Para que nos sirve el flúor dental?

Reduce la caries dental____ Aumenta la saliva____ fortalece el esmalte dental____ mejora el aliento bucal____ no sabe/ no contesta____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tegucigalpa M.D.C. 25 de marzo 2015

A quien corresponda:

Por medio de la presente doy mi autorización para que mi hijo(a): _____

participe en el proyecto de investigación titulado “Determinantes Sociales de la Salud Bucal en preescolares” del Posgrado de Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Mi autorización consiste en que se realice una evaluación de la cavidad bucal de mi hijo(a) en las instalaciones del Jardín de Niños “Rafael Pineda Ponce” de la col. San Miguel de Tegucigalpa.

Declaro que he sido informado(a) que la evaluación bucodental no incluye ningún tipo de intervención odontológica, así como ningún tipo de riesgo a la salud.

Atentamente,

Nombre y Firma del Padre o Tutor(a) del niño(a)

ANEXO 3**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA PREESCOLARES**

Lugar y fecha _____

Participantes _____ Edad _____

Hora de Inicio _____

Hora de Terminación _____

Grado _____

Descripción de la Experiencia:

Si los niños(as) están consumiendo diariamente durante la merienda escolar frituras, dulces, churros, galletas, bebidas carbonatadas, jugos, agua o leche.

Observaciones:

- Si los padres seleccionan alimentos sanos y frescos para la merienda escolar.
- Se observa dificultad al masticar los alimentos.
- Falta de apetito
- Rechazo de alimentos que requiere mayor esfuerzo de masticación.
- Se cepillan los dientes después de la merienda.

Comentarios:

Se realizarán después de la observación. Pueden ser positivos y negativos.

ANEXO 4**ODONTOGRAMA**

NOMBRE:

KINDER:

EDAD:

GRADO:

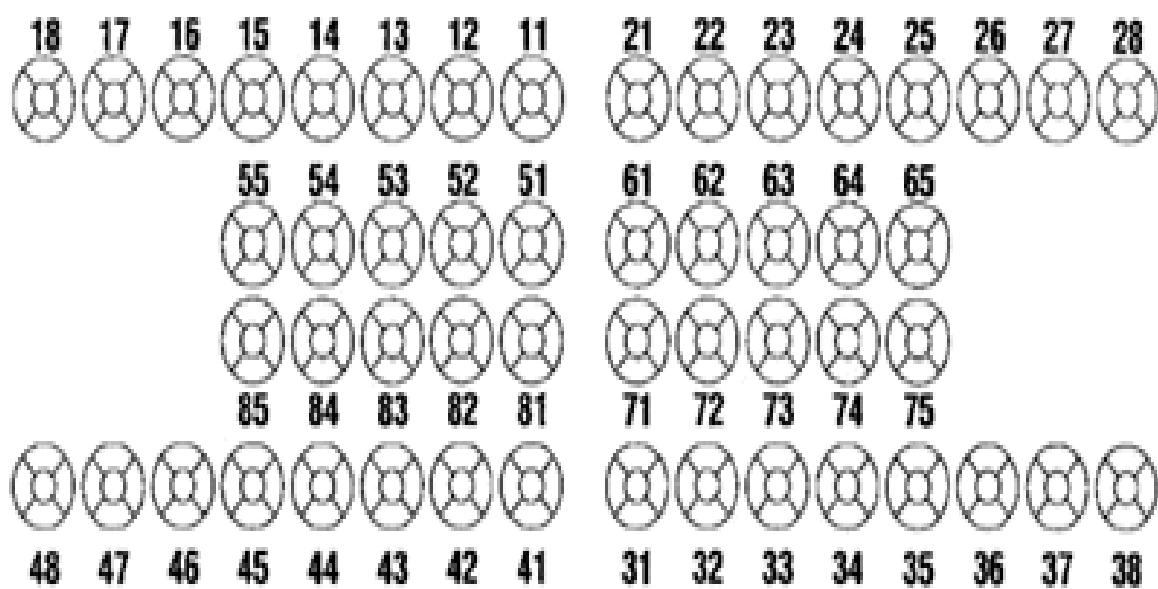
SEXO:

FECHA:

Marque con una letra C mayúscula donde encuentre un diente con Caries.
(Utilice lápiz rojo)

Marque con una letra O mayúscula donde este un diente Obturado (utilice lápiz negro).

Marque con una letra E mayúscula donde haya una extracción indicada (utilice lápiz azul).



ANEXO 5



Lavado de manos en el área del Centro Educativo.

ANEXO 6



Consumo de jugos artificiales, dulces y otras golosinas.

ANEXO 7



Consumo de churros.