

Conocimientos y preferencias sobre enseñanza y maloclusiones dentales en gestantes y madres de menores en unidades de la Secretaría de Salud de Tabasco

M en E.M. María E. Brito-García,⁽¹⁾ M en C Saraí Aguilar Barojas^(1,2)

mariabrito9@yahoo.com.mx

RESUMEN

Objetivo. Identificar las necesidades y preferencias de educación para la salud sobre caries y maloclusiones en embarazadas y madres de menores de seis años, usuarias de unidades de la Secretaría de Salud en Tabasco. **Material y métodos.** Estudio descriptivo de 103 embarazadas y madres de menores, usuarias de consulta externa de dos centros de atención primaria y dos hospitales de alta especialidad de la Secretaría de Salud en Villahermosa, Tabasco de septiembre de 2005 a enero 2006. Las variables fueron, conocimientos sobre características y función de la dentición temporal, etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y medios de prevención de caries y maloclusiones, frecuencia de olvido de enseñanzas previas, preferencias sobre medios de enseñanza y características del instructor. Se aplicó un cuestionario de 28 preguntas agrupadas en bloques de dominio, calificándose en una escala del 1 al 10. **Resultados.** En el bloque de características de dentición temporal, el promedio fue 4.5; caries 3.9, maloclusión consecutiva a hábitos 3.1. El 60% respondió que sí olvidaba enseñanzas previas. El 55.8% prefirió enseñanza mediante imágenes fijas o móviles y exposición activa con preguntas y respuestas, 78% opinó que el instructor debía ser amable, paciente y accesible. **Conclusión.** Es bajo el nivel de conocimiento materno en maloclusión, dentición temporal y caries y alto el porcentaje de olvido de enseñanzas previas. Se identificó la preferencia de enseñanza utilizando técnicas dinámicas.

Palabras claves: *caries, maloclusión por hábitos, dentición temporal, conocimientos preventivos, formas de enseñanza.*

SUMMARY

Objective. Identify the needs and preference of education for health about caries and missocclusions in pregnant

mothers and mothers with children under six years users of the health department units in Tabasco. **Method and material.** Descriptive study of 103 pregnant mothers and minor's mothers users of external consultation in two primary attention centers and two high specialty hospitals in the health department in Villahermosa Tabasco from September 2005 to January 2006. The variables were knowledge about characteristics and function of temporary teething, etology, risk factors, clinical manifestations and means to prevent caries and missocclusions, frequency to forget previous teaching, preference of teaching means and instructor's characteristic. A 28 questions grouped in dominion blocks questionnaire was applied being qualified on a scale from 1 to 10. **Results.** In the temporary teething characteristic block, the average was 4.5; caries 3.9; consecutive missocclusion to habits 3.1; 60% answered that they did forget previous teaching. 55.8% preferred teaching through steady or moving images and active exposition with questions and answers, 78% said that the instructor should be kind, patient and accesible. **Conclusion.** the maternal knowledge level in missocclusion, temporary teething and caries is low and high the percentage to forget the previous teaching. The preference teaching was identified using dynamic techniques.

Keywords: *caries, missocclusion to habits, temporary teething, previous knowledge, ways of teaching.*

INTRODUCCIÓN

La caries, uno de los padecimientos más antiguos de la humanidad del que existen vestigios, es una enfermedad de origen químico-microbiano, crónica y destructiva que afecta los tejidos duros del cuerpo, específicamente los dentales. Su estudio y solución, aún no lograda, permanece como el gran reto de los programas de prevención y control de salud bucal institucionales. La maloclusión por hábitos, definida como una variación en la relación de cierre normal entre las

⁽¹⁾ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

⁽²⁾ Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

arcadas dentales, se caracteriza por desarmonías de tamaño, proporción, posición y relación de las estructuras dento-esqueléticas. A pesar de que esta anomalía es considerada como un problema de salud pública y se incluye dentro del sistema de vigilancia epidemiológica de las patologías bucales, su complejidad, especialización, tiempo y costo que requieren los tratamientos no ha permitido aún, su registro e inclusión dentro de los programas específicos de atención bucal institucionales. Por su frecuencia, estos padecimientos ocupan el primero y segundo lugar dentro de los problemas dominantes de la cavidad bucal infantil, con marcada tendencia a continuar, si no se detectan y controlan sus factores de riesgo.

Su origen puede ubicarse desde la gestación y primeros días de nacido, asociado a factores socioculturales, económicos y políticas de desarrollo gubernamentales.¹ En México, la Secretaría de Salud en su Programa de Salud Bucal 2001-2006 dirigido a la prevención grupal en preescolares y escolares, destacó que la educación para la salud bucal y las medidas preventivas que se adoptan en edades tempranas, son la pauta que determina la salud bucal que tendrá una persona durante toda su vida.²

Con respecto a caries la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre salud bucodental 2003, refiere que afecta entre el 60% al 90% de la población escolar mundial y su tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario en los países industrializados, costo que los países de menor desarrollo, no están en posibilidad de cubrir.³

A nivel nacional, la Secretaría de Salud reportó en el año 2000, un promedio de 7 piezas temporales careadas en niños de seis años, cifra que aumenta a 8.4 en la dentición permanente a los catorce años. Al considerar las altas tasas de incidencia y prevalencia de caries, en el Programa de Acción en Salud Bucal 2000-2006, la misma institución plantea que la salud bucal tiene un importante rezago y, debido al alto índice de necesidades de tratamiento, económicamente carece de capacidad para resolver todas las necesidades de salud bucal.⁴ De ahí que, los altos costos, propios del segundo y tercer nivel de atención, quedan fuera del ámbito de responsabilidad de los servicios públicos oficiales, por tanto el tratamiento debe realizarse a nivel privado, servicio que solo una reducida proporción de la población tiene la posibilidad de costear.¹

Las complicaciones de caries a nivel local y sistémico suelen resolverse, finalmente, con la extracción y pérdida de múltiples órganos dentales. Así, en los adultos mayores, la ausencia dental parcial o total, con sus repercusiones, en laceración de tejidos blandos, dolor, pérdida de tejido alveolar, dificultad para la estabilidad de prótesis y deterioro en masticación, digestión y nutrición, constituyen uno de los problemas de salud de mayor frecuencia y difícil solución.² El aumento de esta población, debido a la inversión de la pirámide poblacional, debe considerarse como otro elemento

de gran peso para justificar la evaluación de impacto, con base en los indicadores de prevalencia de caries, de los programas vigentes dirigidos al primer nivel de atención y el reforzamiento de los recursos económicos, materiales y humanos que se requieren a nivel mundial, nacional y estatal para lograr la salud poblacional.^{5,6}

En la atención primaria a la salud, el enfoque de riesgo ocupa un lugar central, ya que permite predecir un acontecimiento, identificar grupos de alto riesgo y establecer medidas preventivas para ese grupo específico.^{7,8} Desde este enfoque, se considera a la caries como enfermedad y a la destrucción de los tejidos duros como secuela. La probabilidad de que un individuo o población la desarrolle es mayor si presenta factores de riesgo culturales y educativos relacionados con el bajo nivel económico, tales como: ingesta frecuente de alimentos con alto contenido de sacarosa, permanencia de placa dentobacteriana, uso de flúor insuficiente, la higiene bucal deficiente, la actitud de la madre hacia la salud bucal. Entre otros, destacan el nivel de conocimientos acerca de la función y conservación de los órganos dentales de la dentición primaria.^{7,9,10}

Las políticas mundiales dirigidas a la atención primaria, y las altas cifras de prevalencia nacionales han justificado la implementación de múltiples programas preventivos, pero a pesar del esfuerzo, no han logrado el impacto esperado en el panorama epidemiológico nacional y estatal, como muestran los indicadores de prevalencia, que de acuerdo con el Censo Nacional 2001, en Tabasco el promedio de caries en el grupo de 6 a 10 años fue de 77.4 y de 76.1 a los quince¹¹ y la solicitud de atención curativa a los servicios de odontología, en Tabasco ocupó el cuarto lugar en demanda dentro de la Secretaría de Salud Estatal en 2002.⁸

Una investigación realizada en 2005 en la Clínica de Especialidad de Odontopediatría de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, reportó que de 101 niños entre 2 y 5 años de edad examinados, el 47.5% presentaban caries temprana y el resto caries común. Otros datos relevantes fueron que nueve de los menores (18.7%) solo los llevaron a la primera cita, y únicamente once (22.9%) terminaron el tratamiento en su totalidad.¹² Estos hallazgos coinciden con los datos publicados por la Secretaría de Salud y por un estudio realizado en 217 preescolares atendidos en el Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón de la ciudad de México, en el cual se reporta una prevalencia de 49.3% de caries temprana.^{13,14}

Tanto las clínicas de Odontopediatría del Hospital del Niño de la Secretaría de Salud como de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, reportan que el motivo de consulta de mayor frecuencia corresponde a niños de uno a cinco años con caries en estadios avanzados, y alteraciones dento-esqueléticas, consecutivas a la aplicación de fuerzas

deformantes, especialmente por hábito de succión digital. Cuando se interrogaba a los padres sobre las causas de la consulta tardía, la mayoría ignoraba la importancia de la dentición temporal el niño, los hábitos de dependencia con la ingesta de leche con alto contenido de sacarosa, uso del biberón como medio de succión no nutritiva y succión digital, resultaban difíciles de eliminar. De forma similar a lo reportado en otros países en desarrollo, con frecuencia se observó un bajo compromiso paterno y materno con la salud bucal de los hijos.¹⁵

En el presente trabajo subyace la hipótesis de que, tanto la población objeto, como la edad de inicio de los programas de educación actuales en preescolar y primaria, es tardía. La madre, de quien depende el cuidado del niño, es el actor principal al que deben dirigirse, desde la gestación, los programas de prevención. Estos programas tendrían mayor impacto si se diseñan a partir de necesidades de conocimiento detectadas y preferencias manifiestas sobre formas de enseñanza de mayor impacto. El despertar conciencia, sentido de logro, motivación intrínseca, reforzamiento y el uso de métodos de enseñanza androgénicos, es el otro eje que debe incluirse, ya que, cualquier programa de prevención exige un cambio en el estilo de vida profundamente arraigado en el ser.

En la búsqueda de elementos que contribuyan al cambio del panorama epidemiológico infantil nacional y estatal, se espera que los resultados de este estudio, fundamenten el diseño de un Programa de Salud Bucal para el primer nivel de atención sobre caries y maloclusiones dentales, dirigido a gestantes y a madres de menores de 6 años.

Para explorar lo anterior, se realizó el presente trabajo, con el objetivo de identificar las necesidades de conocimiento y preferencias de educación para la salud bucal, en embarazadas y madres de menores de seis años, usuarias de unidades de la Secretaría de Salud en Tabasco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y transversal durante el período septiembre de 2005 a enero de 2006, en los Centros de Atención Primaria a la Salud de Tamulté Delicias y Maximiliano Dorantes y los Hospitales de alta especialidad de la Mujer y del Niño Rodolfo Nieto Padrón, de Villahermosa Tabasco, sedes que se eligieron por razones de conveniencia. El universo fueron 2,657 mujeres gestantes y madres de niños menores de 6 años, de cualquier edad y nivel socioeconómico, usuarias de consulta externa y clubes de embarazadas de las unidades citadas. Se calculó, con un 95% de confiabilidad y 90% de precisión, una muestra de 103 mujeres, conformada por 50 gestantes y 53 madres de niños menores; distribuida en cuotas entre las cuatro unidades. Se consideraron variables del estudio:

procedencia, edad, escolaridad, conocimientos sobre características y función de la dentición temporal, etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, consecuencias y medidas de prevención de caries y maloclusiones dentales por hábitos, edad para la primera cita dental, número de pláticas recibidas sobre enfermedades orales, opinión acerca de recibir pláticas sobre estos padecimientos desde el embarazo, preferencias de forma de enseñanza y medios de apoyo usados en las pláticas, características del instructor, lugar y frecuencia de las pláticas.

La información se recolectó a través de un cuestionario de 28 preguntas, con respuestas dicotómicas, de opción múltiple y abiertas, aplicado por cuatro estudiantes del octavo ciclo de la licenciatura de Cirujano Dentista de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, previamente capacitados y coordinados por una investigadora. A fin de asegurar la comprensión, cada pregunta y las opciones de respuesta eran mostradas y leídas a las mujeres por los entrevistadores, quienes marcaban las respuestas.

Las preguntas relativas a conocimientos sobre características de la dentición temporal, caries y maloclusiones se agruparon en bloques de dominio. Las respuestas se clasificaron en correctas o incorrectas y se obtuvo un promedio en cada uno de los bloques, que representó el nivel de conocimientos de la población en esa área de conocimiento. La información se tabuló y procesó en Excel® mediante frecuencias porcentajes y promedios por dominio. La escala de medición fue del 1 al 10. Un resultado > 7 se consideró como conocimiento suficiente y de < 6 insuficiente.

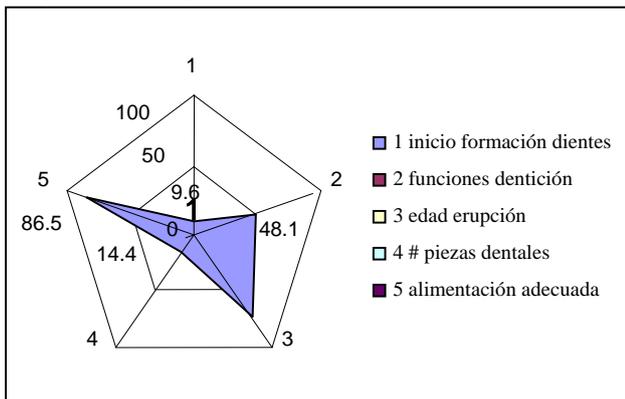
RESULTADOS

El 71% de las mujeres procedían del área rural, 26% del área urbana y el 3% no contestó. El rango de edad de las entrevistadas fue entre 15 y 44 años. El 2% de ellas no había asistido a la escuela, 25% había cursado la primaria, el 53% contaba con secundaria terminada o inconclusa, el 17% preparatoria, un 2% estudios técnicos y el 3% licenciatura, sin concluir.

I.- Conocimientos sobre las características de la dentición temporal. El 86.5% de las mujeres tenía información sobre la alimentación adecuada para la formación de los dientes, 9.6% conocía la edad de inicio de formación de los órganos dentales, 48.1% sabía las funciones de esta dentición, 72.9% respondió correctamente sobre la edad de erupción de la primera pieza temporal y el 14.4% sabía cuál era el número de piezas dentales temporales. El promedio de calificación obtenido fue de 4, en una escala 0-10. (Gráfica 1)

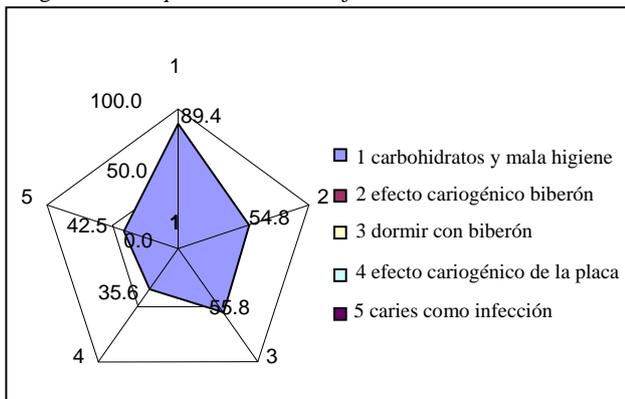
II.- Conocimientos sobre caries dental y factores de riesgo. Solo el 18.3% de las mujeres sabían qué era la caries dental, 37.3% relacionó a las manchas blanquecinas sobre los dientes con el inicio de caries. Respecto a los factores de riesgo, 89.4% reconoció a los carbohidratos e higiene deficiente, 54.8% sabía el efecto cariogénico del biberón con edulcorantes y la succión no nutritiva, el 55.8% respondió que dormir al niño con el biberón sí era factor de caries, el 35.6% conocía el efecto cariogénico de la placa dentobacteriana, aunque sólo el 19.2% tenía un concepto claro de lo que era la placa, el 42.3% conocía los efectos de la caries como infección focal. En el caso de afectación amplia de las piezas dentales por caries, un 47.1% de las mujeres opinó que los órganos afectados debían arreglarse con tratamientos dentales y el 52.9% se inclinó por la extracción, para evitar gastos y molestias al niño. El promedio de conocimientos en este dominio fue de 3.9. (Gráfica 2).

GRÁFICA 1. Porcentaje de conocimientos sobre dentición temporal de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Encuesta aplicada de sep 2005 a enero 2006 en unidades de la Secretaría de Salud de Tabasco.

GRÁFICA 2. Porcentaje de conocimientos sobre los factores de riesgo de caries que tuvieron las mujeres entrevistadas.



Fuente: Encuesta aplicada de sep 2005 a enero 2006 en unidades de la Secretaría de Salud de Tabasco.

III.- Conocimientos sobre prevención de caries. En lo relativo a la forma de prevenir la caries, 29.4% de las madres entrevistadas conocían todas las medidas que pueden aplicarse y consideraban al cepillado dental tres veces al día como la mejor medida de prevención. Solo el 28.8% tenía información sobre los selladores de fosetas y fisuras. La edad considerada por el 14.4% de las mujeres para iniciar actividades de prevención de la caries fue desde el embarazo, lo cual es correcto, mientras que el resto de ellas la ubicó en la erupción del primer diente o hasta los 3 años, cuando ya han erupcionado todos los temporales. Respecto al cepillado más importante para la salud oral, 53% respondió que es el efectuado al levantarse, lo cual es incorrecto. Sobre la edad del niño en que ellas, como madres, tienen la responsabilidad de practicarle la limpieza dental, el 64.4% respondió que hasta los 5 años, el 15% no sabía y el 16% desde que salía el primer diente hasta los 6 años. El promedio grupal de calificación en este dominio fue de 3.6.

IV.- Conocimientos sobre maloclusión dental. Solo el 8.7% de las madres entrevistadas conocía el término maloclusión y su significado. Un 60% tenía conocimiento correcto sobre el efecto dañino de la succión digital, el 23% la consideraba como normal a esa edad y el 16% contestó que debía permitirse para evitar el llanto. Respecto a la respiración bucal, el 20.2% tenía conocimiento sobre su efecto deformante en las estructuras anatómicas faciales. Sobre la posibilidad de eliminar los hábitos con el uso de aparatología bucal, el 11.5% tenía información correcta y el resto respondió que no sabían o que sólo era posible hasta que el niño fuera mayor. Sobre el profesional a quien acudirían en caso de maloclusiones, el 70% respondió correctamente que al dentista o al centro de salud, pero sólo el 10% sabía del especialista en niños y el ortodontista. Respecto a los sitios de atención especializada en este padecimiento el 90% ignoraba que hubiera ese tipo de servicio gratuito dentro de la Secretaría de Salud y las clínicas de la universidad. En relación a la mejor edad para llevar al niño a la primera visita dental solo el 16.3% respondió que al primer o segundo mes de nacido, lo cual es lo correcto.

Se observa que la mayoría de las respuestas que dieron las mujeres resultaron incorrectas, con excepción de los efectos de la succión digital y los sitios en que podrían llevar al niño para atención general. Esto coincide con el hecho de que no existen programas de promoción a la salud dirigidos a este problema. La calificación obtenida en este dominio fue de 3.1 en una escala de 0-10.

V.- Educación para la salud, formas de enseñanza y apoyos didácticos a usar. Respecto a si las madres habían recibido pláticas educativas sobre estos temas, 68% respondió que no habían recibido y el 32% que sí, pero solo sobre caries dental, ninguna sobre maloclusión. El 92.3% consideró como

muy importante recibir pláticas desde que estaban embarazadas, ligadas a las consultas de control de embarazo o en los primeros meses de vida del niño.

En relación al olvido de contenidos de las pláticas educativas, 37% de las mujeres respondió que nunca olvidan, 44.7% que algunas veces, 13.6% casi siempre y 3% que siempre olvidan. Esto demuestra la marcada tendencia a olvidar y con ello a no aplicar las enseñanzas recibidas, lo que coincide con la opinión de expertos acerca de utilizar técnicas didácticas que refuercen la entrada y permanencia de la información.

Sobre los medios de enseñanza solicitados por las madres para las pláticas, un 55.8% propuso imágenes fijas, tales como fotografías, láminas, carteles y dibujos, 18.3% videos y películas y 3% la entrega defolletos con dibujos o fotografías al final de la plática. En relación a los métodos de enseñanza, el 81% consideraron los métodos dinámicos con preguntas sencillas y respuestas y práctica supervisada de las habilidades necesarias.

Respecto al lugar y frecuencia de las pláticas, el 81.6% respondió que estaría bien recibirlas en los Centros de Salud, durante las reuniones del club de embarazadas o en el auditorio, 7.7% en su casa, 1.9% en las casas ejidales y un 5.8% en escuelas y templos religiosos. Al preguntar sobre la frecuencia de la educación, 28% respondió que las pláticas debían ser cada mes, 19.2% cada semana, 12.5% cada tres meses y 6.7% cada 6 meses. El 33.5% no sabía cada cuándo era conveniente recibir las pláticas para no olvidar los contenidos.

En cuanto a la actitud del instructor, 78% respondió que fuera amable, paciente y accesible, 13% que explicara claro,

supiera el tema, fuera dinámico y no aburrido, 4% que explicara sin prisas y estuviera interesado en la gente, es decir, las tomara en cuenta. Esta pregunta fue la de más alta tasa de no respuesta, ya que 21 mujeres no contestaron.

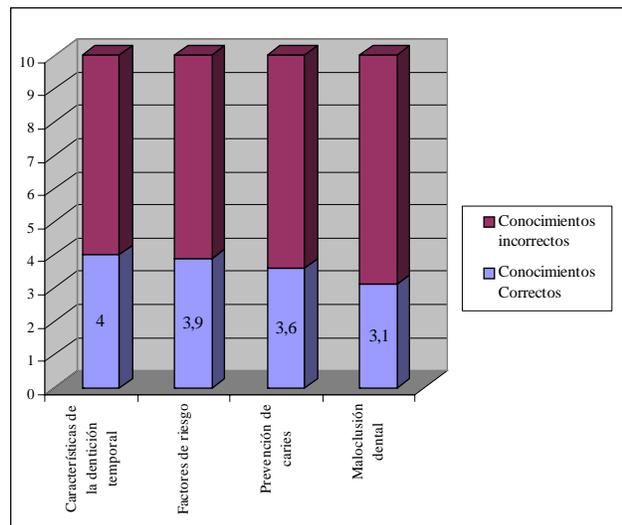
DISCUSIÓN

La mayor parte de las mujeres entrevistadas en este estudio provenían del área rural y con bajo nivel educativo, lo cual pudo influir en los conocimientos que tenían sobre la prevención de la caries y la atención temprana de las maloclusiones dentales. Esto ha sido observado por otros autores quienes, al estudiar la prevalencia de caries y factores asociados en niños entre 2 y 5 años en centros de salud en Granada España, mencionaron el bajo nivel de escolaridad de la madre como un factor condicionante de las principales medidas preventivas en salud oral o la falta de motivación para realizarlas.¹⁰ Lo mismo fue observado en Nigeria, donde se encontró una asociación estadística entre el grado escolar de la madre y el conocimiento difuso sobre la dentición primaria y la prevención de la caries.¹⁵ Esto es especialmente importante, si tomamos en cuenta que en Finlandia, en un estudio de cohorte prospectiva realizado en preescolares, se concluyó que lo aprendido en salud dental, se mantiene después de diez años en los niños y que si una madre tiene un bajo nivel educativo, lo que enseñe o deje de enseñar a sus hijos puede ser un factor de riesgo para que presenten caries.¹⁶

En general, en este estudio se identificó un bajo nivel de conocimientos preventivos en todos los aspectos relacionados con la caries y las maloclusiones dentales. Al respecto, se han obtenido diversos resultados, dependiendo de la población en estudio. Así, en el Reino Unido, se observaron bajos conocimientos de salud bucal y actitudes erróneas en madres que atendían regularmente a sus hijos, además de hábitos de cepillado inadecuados en los preescolares.¹⁷ Algo parecido se observó en Puerto Rico, en un estudio que abarcaba no solo a las madres, sino incluso, a las abuelas, donde había una falta de conciencia sobre el síndrome del biberón e inconsistencia para lograr una buena salud bucal en los preescolares, con base a los conocimientos de sus cuidadoras familiares.¹⁸

Los resultados de este estudio sobre los diferentes dominios de conocimientos en salud bucal, identifican una deficiente cultura de prevención y a una actitud de indiferencia hacia la dentición temporal, lo cual se ha observado en la mayoría de los países y en la población general de México, donde se han realizado recomendaciones de que el inicio de las actividades preventivas se realice en la etapa preescolar o antes, si es posible.^{18,19} Esta misma recomendación fue realizada en Estados Unidos, donde además, se sugiere que debe haber una disposición de los padres para realizar la

GRÁFICA 3. Calificación obtenida en cada dominio por las mujeres entrevistadas.



Fuente: Encuesta aplicada de sep 2005 a enero 2006 en unidades de la Secretaría de Salud de Tabasco.

prevención de la caries, además de la utilización de una técnica motivacional en las madres, la cual después de haberla aplicado y evaluado, ha demostrado tener un efecto protector en el desarrollo de la caries, en comparación con las técnicas tradicionales educativas.²⁰⁻²² Esto podría ser parecido a lo que se identificó en el presente estudio, donde las madres prefirieron técnicas dinámicas y no como las que actualmente están en uso en las instituciones de salud, que son eminentemente de tipo expositivas y las madres fácilmente olvidan los contenidos.

CONCLUSIÓN

Se comprobó que el grupo de madres estudiadas en las unidades de la Secretaría de Salud en Tabasco, poseían un bajo nivel de conocimientos con respecto a las características de la dentición temporal, caries dental, maloclusiones por hábitos y las medidas preventivas que pueden atenuarlas. Consideraron estos conocimientos como información importante que deben recibir desde el embarazo o primeros meses de edad del niño y recibir reforzamientos periódicos. No tenían conocimiento preciso sobre la edad de la primera cita dental y cuando deben iniciarse los cuidados preventivos. Más de la mitad de la población no había recibido pláticas sobre estos padecimientos tan frecuentes en los niños, de cuya salud oral son responsables directas. La mayoría de las mujeres que habían recibido pláticas refirieron una alta frecuencia de olvido, lo que justifica la elaboración de un programa educativo diseñado con base en las necesidades de conocimiento detectadas y las formas de enseñanza que consideraron adecuadas para lograr el aprendizaje significativo y evitar o disminuir el olvido.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la elaboración de un programa de educación preventiva diseñado bajo los fundamentos de los métodos de enseñanza para adultos en el que primen los contenidos detectados como necesarios y suficientes, el reconocimiento del estado adulto desde sus intereses, experiencias y expectativas, la motivación intrínseca como propulsor de cambio, los métodos activos con medios de apoyo de imágenes fijas o móviles y práctica personal supervisada. El personal que imparta el programa debe dominar esta forma de enseñanza y considerar la filosofía de la prevención como la mejor alternativa para lograr la salud oral poblacional.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Releases new reports global problem of oral diseases. WHO. 24 february 2004 [citado 30 sep 2007]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/en/> .
2. Mazariego-Cuervo MA, Vera-Hermosillo H, Velázquez Monroy O, Cashat-Cruz M. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. Revista ADM; 2004; 61(2):70-77.
3. Petersen P E. The world oral health report 2003. World Health Organization. Geneva; 2003 [citado 25 jun 2006]; p. 5-6. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.
4. Secretaría de Salud. Programa de acción en salud bucal 2000-2006. Centro nacional de vigilancia epidemiológica. Subdirección de salud bucal. México (DF) 2000.
5. Restrepo H. Promoción de la Salud: Desafíos y propuestas para el futuro. Seminario internacional evaluación y políticas públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Santiago de Cali, Colombia, 14 de junio 2005. CEDETES; 2005.
6. El envejecimiento mundial de la población como desafío para la cooperación internacional. XVIII Congreso gerontológico internacional 26-30 de junio 2005 [citado 10 Oct 2007]; Río de Janeiro, Brasil. Grupo de investigación en gerontología; 2005 Disponible en: http://gerontologia.udc.es/memoriasL/memoria2006/ponencias_comunicaciones_conferencias_06.php?lan=es.
7. Mattos M A, Melgar R A. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Herediana; 2004; 14(1): 101-106.
8. Secretaría de Salud de Tabasco. Programa estatal de salud bucal 2003. Dirección de atención médica. Departamento de estomatología. Villahermosa Tabasco, México 2003.
9. Nuñez-Soto I. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Rev Odontologica Mexicana; 2006;1 (1):30-35.
10. Mora-León L, Martínez-Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los centros de salud Almanjáyay y Cartuja de Granada Capital. Atención primaria; 2000; 26(6):398-404.
11. Programa de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2006.
12. Sánchez B. Incidencia de caries temprana en un grupo de niños tabasqueños. [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud; 2005.
13. Irigoyen E, Sanchez L, Zepeda MA. Prevalencia y severidad de caries en dientes primarios en alumnos de jardines de niños y escuelas primarias del DF. Revista ADM; 2001;19 (5): 23-30.
14. González-Pérez S, Ventura-Juárez J, Campos-Rodríguez R. Estudio sobre prevalencia de caries dental y caries

- rampante en población preescolar. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992 [citado 15 jun 2007]; 49(11). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/14/061999.htm>.
15. Orenuga OO, Sofola OO. A survey of the knowledge, attitude and practices of antenatal mothers in Lagos, Nigeria about the primary teeth. *Afr J Med Med Sci*; 2005; 34(3): 285-91.
 16. Mattila ML, Rautava P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, Sillanpää M. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Res*; 2005; 39(2): 85-91.
 17. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, . Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J*; 2001; 51(6): 435-8.
 18. López del Valle LM, Riedy CA, Weinstein P. Rural Puerto Rican women's views on children's oral health: a qualitative community-based study. *J Dent Child*; 2005; 72(2):61-6.
 19. Orozco NE, Jiménez J, Esquivel RI. Estudio de salud bucodental en estudiantes de la carrera de cirujano dentista de la FES Iztacala. *Revista ADM*; 2007; 64(2):52-55.
 20. Weinstein P, Riedy CA. The reliability and validity of the RAPIDD scale: readiness assessment of parents concerning infant dental decay. *ASDC J Dent Child*; 2001;68(2):129-35.
 21. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *J Am Dent Assoc*; 2004 ;135(6):731-8.
 22. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc*; 2006;137(6):789-93.