



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores
"Zaragoza"
Carrera de Cirujano Dentista

SITUACION LABORAL DE LAS MADRES DE FAMILIA COMO FACTOR DE
RIESGO ANTE LA PRESENCIA DE CARIES EN UN GRUPO DE
ESCOLARES DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL

Tesis realizada durante el servicio social
Área Socio-epidemiológica en Estomatología

Pasante: Irma Olivera Castillo

DIRECTOR

C.D. Blanca A. Jaime Caltempa



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JURADO

C.D. María Clementina Soto Sámano

C.D. Blanca Adela Jaime Caltempa

C.D. Yolotl Vite Rodríguez

C.D. Araceli Álvarez Berber

C.D. Jaime César Islas Ramírez

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por darme la vida para alcanzar ésta meta.

A MIS PADRES:

Gilberto Olivera Hernández e Irma Castillo Guatemala

Porque gracias a su amor, apoyo y consejo incondicional he llegado a realizar una más de mis metas, la cual constituye la herencia mas valiosa que pudiera recibir.

A MI ESPOSO:

Israel Ramírez Milán

Por el amor, motivación y apoyo que me ha brindado, por darme la esperanza de un futuro lleno de éxitos y felicidad.
Por estar a mi lado siempre.

A MIS HIJOS:

Isaac, Sahid e Iker.

Por formar parte de esta grata experiencia, por ser mi principal motivación y mostrarme lo que significa la fortaleza y la ternura.

A MI TIA:

Eusebia Milán Nambo.

De quien siempre recibí motivación incondicional, por que sin su apoyo nunca hubiera logrado ésta meta.

A MI PROFESORA Y AMIGA:

Blanca Adela Jaime Caltempa.

Por la paciencia, orientación y ayuda para el desarrollo de esta tesis, por haberme transmitido su caudal de conocimientos día a día y contribuir en mi formación profesional.

Por creer en mi y por brindarme confianza sin esperar mas recompensa que el ver concluida esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A los niños con respeto y admiración, mi mas profundo agradecimiento por ser parte de mi desempeño profesional y personal así como su paciencia para la realización de este trabajo.

A la escuela primaria Lic. Benito Juárez y a la directora Alicia Soto Ávila por las facilidades otorgadas para realizar este trabajo dentro de sus instalaciones , así como al personal docente encargado de los alumnos de primer grado de dicha institución por compartirnos un poco de su tiempo y dedicación.

Al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia “Nezahualcóyotl”, por las facilidades otorgadas para cumplir con el Programa de Servicio Social de Odontología y al mismo tiempo llevar a cabo este trabajo.

Al C.D. Jaime Cesar Islas Ramírez por su paciencia, orientación y ayuda para la culminación de está tesis.

A la UNAM FES Zaragoza y a todos mis profesores por contribuir en mi valiosa formación profesional a lo largo de la carrera de Cirujano Dentista y que hoy plasmo en este trabajo.

ÍNDICE

Contenido	Página
1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
4. MARCO TEÓRICO.	7
↕ CARIES.....	7
LA CARIES BAJO EL ENFOQUE DE RIESGO	7
EPIDEMIOLOGÍA.....	10
CARIES DENTAL EN LA DENTICIÓN PRIMARIA.....	11
↕ FACTORES DE RIESGO.....	12
↕ LA MUJER Y LA ECONOMIA FAMILIAR	12
↕ EL DESCUIDO DE LOS HIJOS..	12
5. HIPÓTESIS	21
6. OBJETIVOS.....	22
7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS	23
↕ TIPO DE ESTUDIO	23
↕ UNIVERSO DE ESTUDIO	23
↕ DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
↕ TÉCNICAS	24
↕ DISEÑO ESTADÍSTICO.....	31
8. RECURSOS.....	32
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
10. RESULTADOS	34
11. DISCUSIÓN	42
12. CONCLUSIONES	46
13. PERSPECTIVAS	47
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
15. ANEXOS	52

1. INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo del niño implica una adecuada nutrición, atención y cuidados los cuales influyen sobre el estado de salud en general, así como también en la susceptibilidad a diversas enfermedades incluyendo las de la cavidad bucal.

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que “las enfermedades de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son las anomalías dentofaciales y las maloclusiones; de frecuencia variable son el cáncer oral y los defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental; por lo que, los padecimientos bucodentales siguen siendo un problema de salud pública. Así pues, la caries dental es casi siempre el problema número uno en estomatología por su frecuencia ya que afecta a un gran porcentaje de la población y puede agravar otros problemas estomatológicos.

La OMS ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento de tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. La alta prevalencia que se presenta de caries dental (afecta del 98 al 100% de la población), la sitúa como la principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta.

La epidemiología estudia los eventos de salud enfermedad a nivel poblacional, con lo cual puede identificar la influencia de algunos factores de riesgo, considerando que un factor de riesgo es el evento asociado al cual se expone el sujeto, incrementando o disminuyendo la probabilidad de enfermar.

Así mismo en la aparición de caries dental intervienen diferentes factores de riesgo y se pueden clasificar en biológicos, mecánicos y socio-culturales. En estos últimos es importante resaltar la transmisión de costumbres higiénico-dietéticas de padres a hijos.



Respecto a la relación entre el riesgo en los niños para desarrollar esta enfermedad y la influencia de las condiciones socio-culturales de los padres, no se descarta la posibilidad de que las actitudes maternas influyan en el comportamiento de las enfermedades bucales en los hijos, fundamentalmente por los valores que le confiere a la salud, cuyos orígenes están dados por los esquemas culturales y socioeconómicos en donde se desenvuelven y bajo esta premisa, la investigación que presentamos a continuación nos permitirá llegar a determinar que la situación laboral de las madres de familia es una gran determinante para la aparición de caries dental.

En la actualidad es necesario que las madres de familia contribuyan en la economía familiar de una forma activa y no es ya algo raro, que la mujer realice las funciones de madre y profesional.

En estos días, un gran número de madres pone los pies fuera de casa todas las mañanas, en dirección a su puesto conquistado en el mercado de trabajo. Sin embargo algunos especialistas en el desarrollo infantil opinan que solo el padre o la madre pueden dar al niño durante su infancia, los cuidados ideales.

Se ha estimado que una buena profesional en una guardería, una persona que lo atienda en su casa, una niñera o un pariente que desee ayudar, no dará los cuidados higiénico dietéticos que el infante requiera. Regularmente la mayoría de los niños de madres trabajadoras son cuidados en sus propios hogares por familiares cercanos. (Por supuesto que todas las madres trabajan, puesto que criar a los niños y estar al frente de una familia son formas valiosas de trabajo, aunque no estén remuneradas. Sin embargo, en este texto se define madre trabajadora como la que ejecuta trabajo remunerado por lo regular fuera de casa).

Aunque la mayoría de los padres tratan de brindar lo mejor a los hijos, algunos no pueden satisfacer sus necesidades básicas por su ausentismo y declinan las responsabilidades a terceras personas, quienes a pesar de una buena disposición pueden ceder al maltrato y descuido, lo cual se refleja en diversos problemas de salud, entre ellos los de la cavidad bucal. Por lo que se cree que la situación laboral de las



madres de familia como factor de riesgo contribuye directamente en orden de prioridad en la presencia de caries.



2. JUSTIFICACIÓN

En los países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y diversas ciudades de Europa como Dublín, Kuopio y Zurich, los estudios epidemiológicos han detectado un descenso en los índices de caries, en los últimos cinco años. En América Latina numerosas comunidades muestran índices de caries muy elevados. En México aun no es posible establecer con certeza la tendencia de la caries dental en los diferentes grupos de población¹⁸.

Actualmente en México, existe una gran discrepancia en cuanto a la estandarización de la prevalencia de caries, ya que de acuerdo a los datos bibliográficos, existen algunos estudios que nos reportan una prevalencia de caries de entre 60 y 70% en edades de 6 y 7 años, mientras que muy alejados de estos resultados, un mayor número de estudios nos refieren que la prevalencia de caries oscila en el 95 Y 97% en los cuales nos indican que la comunidad infantil tiene un alto índice de caries y esto va creciendo por diferentes factores de riesgo como el ingreso económico familiar, nivel de escolaridad de la madre, alimentación, hábitos higiénicos, entre otros. Por lo tanto, es trascendente, ya que en muchos casos el problema está latente y aumenta rápidamente, debido a que la susceptibilidad que tiene la comunidad infantil es muy fuerte, y aunado a la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de sus padres, la caries sigue siendo el problema bucal número uno en esta población⁷⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

En México, la falta de programas permanentes sobre prevención en estomatología de una manera constante por parte de las instituciones de salud y la ignorancia acerca de estas enfermedades, hacen que la población les tome poca o nula importancia, además, de la desatención por parte de las madres de familia. En la actualidad es necesario que las madres contribuyan en la economía familiar de una forma activa, como una actividad laboral extra a sus labores del hogar, situación que repercute en la atención y cuidado de sus hijos, ya que regularmente en estas condiciones se recurre a diferentes instituciones, parientes y/o amistades para la atención de los hijos, quienes difícilmente cubrirán los roles de cuidados adecuados³²⁻⁴⁰.



Ante éste panorama se dio la elección de nuestro objeto de estudio, “la prevalencia de caries de escolares cuyas madres trabajan”, en donde cabe resaltar, que a pesar de la ardua búsqueda sobre temas relacionados, no se encontraron suficientes estudios epidemiológicos relacionados que nos ayuden a comprender la situación laboral de madres y su relación con la caries dental, por lo que fue de mayor importancia la realización del presente y la culminación del mismo.

En el municipio de Cd. Nezahualcóyotl, existen muy pocos estudios que nos refieran de que manera influyen los factores sociales en la aparición de lesiones cariosas.

La edad de 6 Y 7 años es de cierta manera vulnerable para la presencia de lesiones cariosas, ya que los niños a esta edad todavía requieren de la instrucción de la madre o de un adulto para realizar actividades de higiene bucal y llevar una buena dieta baja en azúcares².

Se enfatizó en dentición temporal, debido, a que en la edad que se trabajo, los órganos dentarios permanentes que se encontraron, eran recién erupcionados y en su mayoría libres de caries y por lo tanto no daban datos relevantes para el estudio.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

México sufre actualmente una grave crisis económica, lo que ha orillado a más de un miembro de la familia a trabajar fuera de casa para contribuir con la economía y gastos del hogar. ¿A caso la madre trabaja fuera de casa y desatiende sus roles de actividades que involucran la alimentación, atención y cuidados de sus hijos?

Existen diferentes factores de riesgo que influyen para que se presente la caries en niños de edad escolar, entre ellos los biológicos, mecánicos y socio-culturales, pero, dentro de los factores socio-culturales que conocemos, ¿habrá algún factor que sea determinante para que se presente caries o todos tienen el mismo peso?, es decir, aún cuando intervengan factores como estatus social, nivel de escolaridad de la madre, ingreso económico familiar, hábitos higiénicos, alimentación, etc.; **¿Será la situación laboral de las madres de familia un factor de riesgo predominante que influya en la presencia de caries en niños en edad escolar (6 A 7 años) de la escuela primaria “Lic. Benito Juárez” del turno matutino en el municipio de Cd. Nezahualcóyotl?**



4. MARCO TEÓRICO.

CARIES

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible de los tejidos duros del diente, de origen multifactorial, anatómicamente específica, bioquímicamente compleja y controvertida, y patológicamente destructiva, que determina la pérdida del equilibrio biológico de los elementos dentarios. El termino caries dental se utiliza indistintamente para referirse a la lesión de caries y a la caries enfermedad¹.

La caries es considerada como un proceso patológico en el que cada paciente tiene criterios específicos para desarrollar la enfermedad.

- Paciente con riesgo de caries, aquel que tiene un alto potencial de contraer la enfermedad, debido a condiciones genéticas, sociales y/o ambientales.
- Paciente con actividad de caries, aquel en el que se valora el ritmo de aparición de nuevas lesiones cariosas, así como su evolución.

Estos dos factores pueden ser variados y modificar la evolución natural de la enfermedad, mediante una actitud terapéutica adecuada del paciente y del profesional, que actúe no solo sobre sus secuelas, sino también, de forma precoz, sobre los factores etiopatogénicos específicos². Clínicamente la caries dental se caracteriza por cambio de color, pérdida de translúcidez y descalcificación de los tejidos afectados, a medida que el proceso avanza, se destruyen los tejidos y se forman cavidades.

A su vez, la caries constituye una importante fuente de dolor para el ser humano y es origen de grandes pérdidas económicas para la sociedad, unido a los elevados costos de los servicios Odontológicos se han convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a un gran sector de la población³.

La caries bajo el enfoque de riesgo

La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan



nuestra salud, dependen de la vida en sociedad, y más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos ⁴.

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.

A medida que la humanidad fue avanzando, un gran número de hombres continuaron señalando la importancia de la prevención en Estomatología, pero no obstante, la Estomatología no se encontraba representada en la Higiene y Epidemiología, ya que el mismo profesional, ignorante de la gran potencia de ella en este campo, había dedicado su profesión a obturar dientes, extraerlos y remplazarlos. Pero en los últimos años, esta área ha venido experimentando una notable transformación, al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persiguen por finalidad la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como consecuencia, una mejor salud bucodental y una mejor salud del organismo en general. Todo esto es lógico que se produzca en la era actual, la cual podríamos llamarla la era de prevención.

La teoría de los factores de riesgo es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que inciden negativamente y obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población. Esta teoría parte de que la etapa contemporánea de la civilización humana de tránsito del capitalismo al socialismo se caracteriza también por el progreso científico-técnico, que conjuntamente con acciones favorables para la salud, se hacen acompañar de "impuestos" que se manifiestan negativamente sobre ellas. No por casualidad esta acción negativa es denominada algunas veces "el pago" por la adaptación a nuevas condiciones cambiantes de la vida. La investigación estomatológica desarrollada en un grupo de países, en los últimos 25 años, constituye un trabajo formidable, y sus resultados facilitan una mejor comprensión del proceso de inicio de la caries dental y de



los factores relacionados con esta, lo cual propicia la búsqueda de mejores formas de impedir su aparición⁴.

En la actualidad, existen distintos puntos de vista sobre la valoración de los diversos factores, algunos originados por un enfoque lamentablemente unidireccional, manifestado por algunos autores que tienden a considerar simplemente como decisivos a los factores microbianos que determinan el proceso agresivo en la caries dental, otros sobreestiman la importancia de la resistencia del esmalte, y por último, otros enfatizan el papel regulador de la saliva. Sin embargo, todo el conjunto de esos importantes trabajos de la amplia literatura estomatológica, no pueden permitir una concepción integral, ya que limitan el ámbito social, provocando nuevas confusiones dejando muy lejana una prevención de caries más efectiva.

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud. Para medir el riesgo es necesario decidir cuál es el resultado adverso que interesa, hay que hacer una descripción completa de su epidemiología y de todos los factores de riesgo relacionados ya que si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de caries, no se podrán poner en práctica programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención.

Aún quedan muchos aspectos por definir en relación con la atención estomatológica al medio social, donde residen las personas y las familias; ejemplo de ello sería el conocimiento de la historia social de las enfermedades bucales, los riesgos, y otros factores determinantes sociales, para lo cual es necesario ampliar conocimientos en psicología, sociología, epidemiología, etc.; igualmente los conocimientos relacionados con los factores determinantes biológicos y el desempeño profesional para enfrentarlos, cuya base sería el dominio de la atención primaria en las especialidades estomatológicas Periodoncia, Ortodoncia, Cirugía y Prótesis⁴.



Epidemiología

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre, la cual afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial⁵⁻⁶. La epidemiología estudia los eventos de salud enfermedad a nivel poblacional, con lo cual puede identificar la influencia de algunos factores de riesgo, considerando que un factor de riesgo es el evento asociado al cual se expone el sujeto, incrementando o disminuyendo la probabilidad de enfermar⁷.

La caries dental es un problema de salud importante y es una de las enfermedades infecciosas más prevalentes del mundo⁸. Cabe destacar que el incremento en la incidencia de la caries dental coincide con las nuevas tendencias sociales y económicas, así como los cambios secundarios en el modo de vida y los hábitos dietéticos de la población. A partir de los años setenta en los países desarrollados, la caries ha disminuido sensiblemente debido a varios factores como mejoras en la aplicación de programas preventivos adecuados, desarrollo económico, educativo y socio sanitario.

En el Estudio nacional de salud bucal de Venezuela del año 2000, al compararse la historia de la caries con la prevalencia, se observa una relación de 3:2 lo que significa que de cada tres personas con historia de caries, dos tienen lesiones no tratadas al momento del examen⁹.

Se ha reportado en diversos estudios como los de Mendoza, Murrieta, Irigoyen etc., que los niños con caries temprana muestran un progreso más rápido de caries, así como también un alto riesgo de desarrollar mas adelante un número extenso de nuevas lesiones cariosas. Los datos epidemiológicos recientes en cuanto a la prevalencia de caries en niños indicaron un incremento en los niveles en ciudades en desarrollo y un continuo decremento en muchas ciudades industrializadas en el mundo¹⁰⁻¹¹.

En los países en vías de desarrollo, los índices de prevalencia e incidencia de caries dental han aumentado, lo cual se ha relacionado con un incremento de azúcares en la



dieta, hasta el punto que dichos índices han alcanzado niveles epidémicos afectando al 98% de la población, con un ceo-d de 3.43 entre 2 a 5 años de edad, índice que aumenta con la edad¹².

En nuestro país, los estudios epidemiológicos de Irigoyen y López, realizados en población infantil con dentición primaria de zonas rurales y urbanas, señalan una prevalencia de caries de 95% en dentición primaria de niños del D.F.¹³⁻¹⁴ Se observa un índice ceo-d de 5.25 (\pm 4.08) a la edad de 6 años y, 90% de caries en dentición primaria de niños del Estado de México con un ceo-d de 6.6(+4.2) a la edad de 6 años, en ambas poblaciones se observó para el componente cariado una alta prevalencia en comparación con el componente extracción indicada y obturado que son más bajos respectivamente, sin embargo a pesar de que el índice ceo-d se encuentra más alto durante la edad preescolar una vez que inicia la exfoliación de los molares deciduos el ceo-d desciende principalmente con la edad¹⁵⁻¹⁶.

Así mismo, existe una gran discrepancia en cuanto a la estandarización de la prevalencia de caries, ya que los estudios nos reportan una prevalencia de caries de entre 60 y 70% en edades de 6 y 7 años, mientras que muy alejados de estos resultados, un mayor número de estudios nos refieren que la prevalencia de caries oscila en el 95 Y 97% en los cuales nos indican que la comunidad infantil de México tiene un alto índice de caries y esto va creciendo por diferentes factores de riesgo como el ingreso económico familiar, nivel de escolaridad de la madre, alimentación, hábitos higiénicos, entre otros¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

Caries dental en la dentición primaria.

En los niños, la caries ataca en primer lugar aquellos órganos dentarios con mayor susceptibilidad y solamente cuando la agresión sea muy grande se afectaran dientes o superficies que habitualmente permanecen libres de caries. La velocidad de progresión de la caries en el niño es generalmente mucho más rápida que en el adulto lo cual es comprensible si tomamos en cuenta los condicionamientos morfológicos y las dificultades para una higiene adecuada²⁰. En los dientes temporales la secuencia del



ataque de la caries sigue un patrón específico: molares mandibulares, molares superiores y dientes anteriores superiores; excepto en casos de caries rampante y caries por biberón, los primeros dientes afectados por el proceso de caries rara vez son los dientes anteriores inferiores o las superficies bucal y lingual de los dientes temporales.

Los primeros molares temporales de las arcadas inferior y superior son mucho menos susceptibles a las caries en las superficies oclusales que los segundos molares temporales, aún cuando aquellos erupcionen antes que éstos. Esta diferencia en cuanto a susceptibilidad a las caries se relaciona en las diferencias morfológicas de la superficie oclusal, así el segundo molar temporal, por lo general, es más profundo y presenta menos fosas y fisuras que el primero. Habitualmente, la caries interproximal de los segmentos anterior y bucal de los dientes temporales no se produce hasta que aparece el contacto proximal. Sin embargo, las caries proximal evoluciona con más rapidez que la oclusal y, también produce un porcentaje más elevado de exposiciones de la pulpa²¹.

FACTORES DE RIESGO

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales, una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos. La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad, y más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos.

El concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período. Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con



frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos²².

Hasta aproximadamente la primera mitad de la década del ochenta la mayoría de los estudios consideraban un solo factor o una sola categoría de factores a la vez, no tomando en cuenta la etiología multifactorial de la caries dental. Luego la situación fue corrigiéndose por la inclusión de diferentes categorías de predictores en un modelo de predicción y por la adopción de diseños longitudinales y análisis estadísticos más apropiados. De manera general se ha observado que individualmente estos predictores tienen muy poco efecto, lo cual varía al agrupar algunos de ellos, aumentando así su poder predictivo²³.

En estudios realizados, se ha observado que existen diferentes factores de riesgo que influyen para que se presenten lesiones cariosas en niños de edad escolar. En los últimos tiempos se ha insistido en la existencia de otros factores de comportamiento, psicosocial y socioeconómico influyen en la etiología de la caries.

La actitud de los padres es decisiva; en general se considera que para prevenir o tratar una enfermedad se debe considerar que ésta es “importante”, que uno es vulnerable a ella y que es posible prevenirla o tratarla. Al igual que en otros procesos patológicos orales, el estrés y la ansiedad de los padres puede suponer un factor de riesgo en la caries infantil²⁴. Los factores sociales al afectar las condiciones de vida del individuo influyen sobre las variables asociados al proceso carioso.¹⁹

En este caso, se cree que la situación laboral de las madres de familia como factor de riesgo contribuye directamente en orden de prioridad en la presencia de caries, debido a que ellas, al verse en la necesidad de trabajar por contribuir al ingreso económico familiar y llevar a sus hijos a que otras personas o instituciones los cuiden mientras ellas laboran, desatienden los cuidados generales de los niños y de esta situación surgirán



nuevos problemas o nuevos factores, tales como la alimentación, dieta, e higiene bucal, por mencionar algunos.

Ingreso económico familiar

La escolaridad de los padres, nivel socioeconómico de los mismos influyen para que se presente o no la enfermedad, ya que a través de encuestas de ingresos y gasto familiar se obtiene información sobre el ingreso familiar y el gasto destinado a la compra de alimentos; sus resultados indican que a menor ingreso, mayor es la proporción que se destina a la compra de alimentos.

Sin embargo, el gasto se dirige a la adquisición de productos con alto contenido energético carentes de valor nutricional. Se conoce que en familias con ingresos económicos bajos la prevalencia de caries es más alta en comparación con las familias de mayores ingresos²⁵.

Respecto a la atención, el impacto de la pobreza sobre la odontología va mucho mas allá que los obstáculos económicos, ya que la misma crea un medio ambiente donde los impedimentos pueden ser: falta de educación escolar de los padres, inaccesibilidad a programas de atención dental enfocados a este tipo de población, impiden que se pueda recibir una atención odontológica adecuada²⁶.

La prevalencia de caries en niños de 2 a 6 años de edad de acuerdo al estado socioeconómico en Arabia Saudita reportó un ceo-d más alto en un grupo socioeconómico bajo²⁷.

Escolaridad de la madre

Es fundamental conocer la escolaridad de la madre, factor que puede influir sobre la selección de una dieta adecuada o inadecuada que determine el estado nutricional del niño. Así mismo, la educación de la madre puede afectar sobre el conocimiento de



higiene oral, dieta y usos de fluoruros, que afectan su habilidad para poner en práctica la higiene oral²⁸.

La dieta y los malos hábitos higiénicos.

Las madres de familia tienen el compromiso de cubrir las necesidades fisiológicas, sociales, de seguridad, de reconocimiento y de auto superación de sus hijos. Dentro de las necesidades fisiológicas tenemos la alimentación a base de una dieta sana. La enfermedad dental en niños ha sido atribuida a una higiene bucal deficiente y a una dieta inadecuada.

Diversos estudios, han demostrado la estrecha relación que existe entre la frecuencia del consumo de azúcares y las variaciones en la experiencia de caries dental en niños aún muy pequeños. También se ha detectado que “el consumo excesivo de de bebidas a base de frutas puede aumentar la desmineralización debido a los ácidos contenidos en ellas y por lo tanto fomentar la aparición de caries”²⁴.

La educación a los padres acerca de la dieta como factor de riesgo cariogénico tiene poco éxito, ya que la mayoría de los padres de niños con caries de la primera infancia, tienden a sustituir el agua por algún líquido cariogénico (jugos, formulas infantiles, etc.). Por otra parte, la población adulta debe ser educada en el sentido de que su conducta en relación con la salud bucal, está siendo reproducida por sus hijos con los consecuentes resultados positivos o negativos de salud²⁹⁻⁵.

En cuanto a las prácticas de higiene bucal, es importante resaltar que es la única arma para evitar que los alimentos y en especial los azúcares estén por tiempos prolongados en contacto con las superficies dentales y provocar lesiones cariosas. Por lo que se evidencia la necesidad del conocimiento respecto al papel del cepillado para la prevención de las enfermedades buco dentales, así como adquirir un incremento en los mensajes y campañas educativas en salud bucal. En el estudio Nacional de Salud Bucal



de Colombia del año 2000 se cita que en relación con el cuidado bucal de los niños son necesarias dos prácticas por parte de las madres: la más importante es cepillarles los dientes con crema dental y en segundo lugar es llevarlos al odontólogo periódicamente⁹.

Por lo que en general podemos decir que para una adecuada higiene en la niñez tenemos que empezar a cepillar los dientes cuando erupcionan los dientes temporales. Alrededor de ese periodo, a los 1 y 2 años usaremos cepillos dentales infantiles sin pasta para evitar que se la coman y a medida que crezcan, y controlen la deglución se ira introduciendo poco a poco. Usaremos una cantidad mínima de pasta; al principio un ligero pincelado del cepillo, hasta llegar a poner el tamaño de una lenteja a la edad aproximada de 6 años y de un guisante a los 8-9 años. Es recomendable usar pastas infantiles o junior por su adecuada concentración de fluor y es muy importante cepillar los dientes con una adecuada técnica después de cada alimento, o después de consumir azucares. Ya que es mas peligrosa la frecuencia de ingesta de azucares que su cantidad. Y si el niño tiene mucho riesgo de caries se recomienda el uso de enjuague diario por las noches, siempre después del cepillado³⁰. El tratamiento en gran parte dependerá del nivel de conducta del niño y el grado de cooperación de los padres³¹.

LA MUJER Y LA ECONOMIA FAMILIAR

En los últimos años se ha registrado una mayor participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida política, económica, social y cultural del país. De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda en el año 2000.

En el aspecto económico predomina la participación de los hombres; sin embargo, la mujer se ha ido incorporando cada vez más al mercado de trabajo.

Actualmente, la participación de las mujeres en el ámbito económico y laboral representa un 36.4% de la Población Económicamente Activa. Sin embargo, las mujeres siguen siendo relegadas a empleos de corte tradicional como el cuidado, atención y servicio a los demás. Se calcula que de las mujeres que han entrado al mercado laboral el 19.5% son comerciantes, 15.5% son artesanas y obreras, 13.3% son oficinistas, 11.8% son



trabajadoras del hogar, 8.4% laboran como empleadas en servicios y el 31.5% restante en otras actividades. En México existen 22 millones 800 mil mujeres que son madres y, de ellas, 10 millones 400 mil trabajan; todas mayores de 12 años, todas con una escolaridad promedio de ocho años según un informe del INEGI, quien señala también que todas hacen además trabajo doméstico³².

La nueva mujer mexiquense exige que exista mayor preparación, entusiasmo para aprender proyectos que fortalezcan la economía familiar. Es una realidad que la economía rebasa la tradición, ya un sueldo es insuficiente para hacer crecer los hogares, así como es un error continuar en la creencia de que nuestro rol de madres sea una limitante en la creatividad y en el desenvolvimiento de las capacidades. Si el esposo trabaja tenemos asegurado en un 15% el crecimiento global de nuestros hijos, pero si la mujer trabaja lo aumentamos a un 40%³³. Por otra parte, cada vez son más mujeres quienes asumen la jefatura de sus hogares. Para el año 2003, 1 de cada tres hogares del Distrito Federal son jefaturados por mujeres. Según el informe del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que dio a conocer con motivo del Día de la Madre, en el 2000 se registraron 22.3 millones de hogares en México y 4.6 millones son encabezados por una mujer, es decir, uno de cada cinco, con un promedio de dos hijos³⁴.

La situación económica es un factor decisivo para que las madres de familia elijan la posibilidad de trabajar, ya que el trabajo o el hogar es una disyuntiva que algunas madres han resuelto, porque en algunas zonas las mujeres tienen el privilegio de decidir sobre su vida, porque lo económico no es lo principal, situación que no sucede en otras clases sociales, donde las mujeres trabajan porque necesitan hacerlo. En Cd. Nezahualcóyotl el 9.25% pertenece a mujeres económicamente activas en el año 2002.³⁵ Aunque las cifras nos muestran que son pocas las mujeres en este municipio que se encuentran trabajando evidentemente la situación económica es la causa principal por la que deciden conseguir un empleo y brindar mayores ingresos familiares.



Ante el desempleo, la inestabilidad laboral y los bajos salarios, el Gobierno ha impulsado políticas públicas a favor de las mujeres para la realización de actividades productivas que permitan la obtención de ingresos para el sustento de sus hogares. Hoy en día la mujer ha asumido muy rápidamente, además de la conducción del hogar, elevados roles políticos, sociales y empresariales. Y a la mujer le ha costado caro. La incompatibilidad y la poca flexibilidad, especialmente de horario para ejecutar todas las responsabilidades, se traduce en el descuido de sus relaciones familiares y, más aun, de sus prioridades personales.

Bajo este contexto, la vida familiar de la ejecutiva exitosa tiene pronóstico reservado ya que los hijos, cuando se tienen, llevan la peor parte porque casi siempre presentan problemas de conducta, de comunicación y rendimiento escolar. Hasta años recientes, muchos desarrollistas parecían concordar con Napoleón en que la buena o mala conducta de un niño en el futuro depende de la madre. Aunque en la actualidad se reconoce que la madre no es la única persona en la vida del niño, pero todavía es un factor esencial en su desarrollo³⁶.

EL DESCUIDO DE LOS HIJOS

El maltrato a los niños incluye daño físico o psicológico intencional, o amenazas de infligirlo, ya sea por uno de sus padres o por quien lo tenga a su cuidado. El maltrato se divide generalmente en cuatro tipos: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y descuido o negligencia.³⁷

El descuido o negligencia es la falta de los padres o encargado, de proporcionar habitación, alimentos, cuidados médicos y supervisión, éste se produce en todos los estratos económicos, aunque con mayor frecuencia en los estratos bajos. Es sumamente difícil diagnosticar a un niño como descuidado, pero existen signos que nos pueden ayudar a hacerlo, como son: desarrollo lento (por debajo del quinto percentil), disminución en el índice de crecimiento, signos de deficiencia nutricional, ausencias a la escuela. Falta general de higiene (dental y corporal)³⁷. La falta de higiene o las huellas



de una mala alimentación son, obviamente, muestras de que el niño está desatendido³⁸. El descuido se relaciona con la deficiencia de los cuidados adecuados, por lo general cuidados físicos como alimento, vestido y supervisión. El descuido y el abuso en la niñez pueden provocar consecuencias graves, lo cual se refleja en la relación existente entre los desarrollos físicos, emocionales y cognoscitivos.³⁷

Dentro de los aspectos legales sobre los deberes que tienen las madres y los derechos que tienen los niños en cuanto a la salud, vemos que muchas madres no cumplen con lo que estipula la ley, bien sea por desconocimiento, por falta de tiempo en el caso de las madres que trabajan o porque sencillamente no pueden llevar a cabo sus deberes³⁹. La mayoría de las ejecutivas venezolanas admite haber descuidado a su familia en su afán por competir en el mercado laboral⁴⁰.

Varios estudios internacionales sobre el capital humano nos entregan antecedentes sobre la importancia de rol de la familia en la formación de habilidades y motivación de los niños⁴¹. Aunque en algunas instituciones de cuidados infantiles promuevan sus programas de higiene y prevención oral, sigue siendo indispensable la atención de los padres⁴². Algunos especialistas en el desarrollo infantil opinan que solo el padre o la madre pueden dar al niño durante su primera infancia, los cuidados ideales. Según el Dr. B. Spock⁴³.

Hasta hace poco tiempo la mayoría de los niños de madres trabajadoras eran cuidados en sus propios hogares. A veces, la cercanía de los abuelos, tíos, etcétera, hacía posible que todo quedara en casa, mejor dicho, en familia, pero, para otras familias esta opción no existe.

La búsqueda de alguien que cuide a los hijos ha dejado de ser un privilegio de la clase pudiente para convertirse en una necesidad acuciante de quienes compatibilizan la tarea de ser padres con la, a menudo, extensa jornada laboral. Un cuidador o cuidadora ya no es un privilegio gracias al cual los cónyuges pueden salir juntos una noche a la semana; es una pieza insustituible que les permite, sencillamente, ganarse el pan..., y con ello



pagar la hipoteca, la gasolina y hasta a la propia niñera. En 2004, las 5.350.400 mujeres españolas que trabajan fuera de casa de entre 20 y 49 años tuvieron 240.600 hijos (del total de 416.518). A los cuatro meses, cuando la mayoría tiene que reincorporarse a su puesto, todas estas madres y sus parejas se plantean la gran pregunta: "¿Qué hacemos con él?". Según datos de Más Vida Red, firma que ofrece soluciones a las empresas para la conciliación de la vida familiar y laboral de los trabajadores (masvidared.com), unos 15.000 pequeños seguirán gozando de la compañía de sus madres, que pedirán una excedencia; 20.000 irán a una guardería; el resto, unos 200.000, quedarán encomendados a un tercero.

Un cuidado diario adecuado es como tener un buen cuidado de los padres. Los niños pueden desarrollarse física, intelectual y emocionalmente con cuidados que comprendan pequeños grupos, una alta proporción adulto-niño y un equipo estable, competente y dedicado. Las personas que brindan los cuidados deben estar capacitadas en temas relacionados con el desarrollo del niño, ser sensibles a las necesidades de los mismos, ejercer autoridad, pero sin autoritarismo, ofrecer estímulo y afecto⁴⁴.





5. HIPÓTESIS

Hi: Considerando la influencia de las madres de familia sobre la atención y cuidado bucodental de sus hijos, suponemos que la situación laboral de las madres es un factor de riesgo predominante para presentar lesiones cariosas, ya que los niños con madres que realicen una actividad extra para contribuir con la economía familiar (empleadas o trabajando) presentarán mas lesiones cariosas que aquellos niños cuyas madres se dediquen exclusivamente a las labores del hogar y cuidados de los mismos.



6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Determinar si la situación laboral de las madres de familia es un factor de riesgo predominante para la presencia de caries de un grupo de niños de edad escolar (6 años) de la escuela primaria “Lic. Benito Juárez” de turno matutino del municipio de Nezahualcóyotl, Edo. de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar la situación laboral de las madres de los escolares.
- ❖ Identificar la prevalencia de caries por unidad dental a través del índice epidemiológico ceo-d.
- ❖ Identificar la prevalencia de caries por superficie dental a través del índice epidemiológico ceo-s.
- ❖ Comparar los porcentajes de presencia de caries en escolares de madres de familia empleadas con los de las madres de familia desempleadas.
- ❖ Determinar si la situación laboral de madres de familia es un factor de riesgo para la presencia de caries

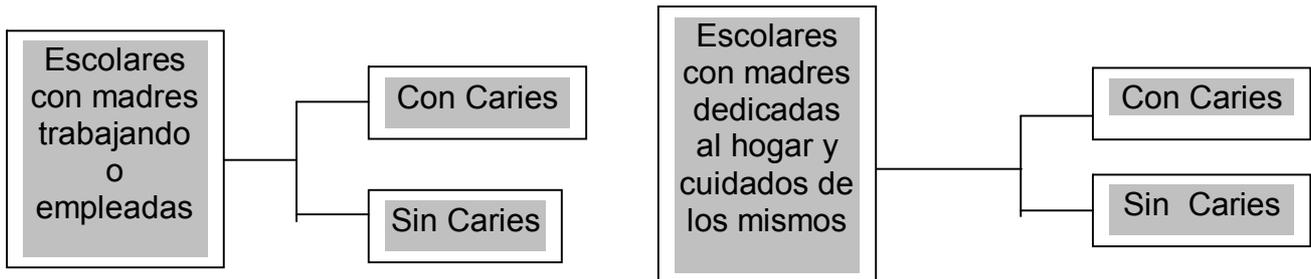


7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico de tipo: Observacional, prolectivo, transversal y comparativo. Bajo el enfoque de riesgo.

Diseño de la investigación:



UNIVERSO DE ESTUDIO

Se selecciono a una población de 74 escolares de 6 y 7 años de ambos sexos, de la escuela primaria “Lic. Benito Juárez” del municipio de Cd. Nezahualcòyotl, de los cuales fueron, 37 escolares cuyas madres se dediquen al hogar y cuidados de sus hijos; y 37 cuyas madres contribuyan de una forma activa en la economía familiar (trabajando).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Escolares cuyos padres estén informados de los objetivos, métodos, beneficios y riesgos previstos de la investigación, así como de la libertad que tienen para abstenerse y/o retirarse en cualquier momento del estudio.
- ❖ Escolares bajo consentimiento firmado por sus padres o tutores.
- ❖ Estar inscritos en el primer grado de la escuela primaria “Lic. Benito Juárez” en el turno matutino.
- ❖ Escolares de ambos sexos
- ❖ Encontrarse en el rango de edad, de 6 a 7 años.
- ❖ Escolares sin padecimientos sistémicos y/o crónico degenerativos



TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población de trabajo se seleccionó a través de un muestreo, ambos sexos, sin padecimientos sistémicos y/o crónico-degenerativos. Se determinó el tamaño muestral de 74 escolares con un nivel de significancia del 95% con base en los datos reportados de prevalencia de caries y arrojados por la fórmula:

$$N^0 = \frac{(Z)^2 p \cdot q}{E^2} = \frac{(1.96)^2 (.95)(.05)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416)(.95)(.05)}{0.0025} = 72.9 \uparrow = 73$$

Por conveniencia, se agrego un individuo más para poder realizar el estudio de tipo comparativo.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

- ❖ Caries

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Madres de familia trabajando o empleadas



VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Caries	Enfermedad infecciosa y transmisible de los tejidos duros del diente de origen microbiano y multifactorial patológicamente destructiva. ²	Cuantitativa discontinua.	Número de dientes cariados por el ceo-d y ceo-s

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Edad	Edad que refiere la madre al momento de la exploración clínica.	Cuantitativa discontinua	En años cumplidos ↘ 6 años ↘ 7años
Sexo	Características fenotípicas del niño.	Cualitativa nominal	↘ Masculino = M ↘ Femenino = F
Madre trabajando o empleada	Madre que ejecuta trabajo remunerado por lo regular fuera de casa, como persona económicamente activa. ³⁵	Cualitativa nominal	↘ Trabajando = SI ↘ Sin trabajar = NO



TÉCNICAS

Recolección de datos:

- ❖ Observación directa
- ❖ Hojas de registro

Instrumentos de recolección de datos:

- ❖ Ficha epidemiológica
- ❖ Encuesta

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Actividades preliminares

Entrevista con el director de la institución educativa donde se llevó a cabo la investigación y se mostró al mismo el cronograma de actividades, solicitando su autorización.

Se realizó una junta informativa dirigida hacia los padres de familia, acerca de las actividades contempladas, así como la mención de los principales objetivos, métodos, beneficios y riesgos previstos de la investigación, así como de la libertad que tenían para abstenerse y/o retirarse en cualquier momento. En esta junta se obtuvo el consentimiento firmado por parte de los padres o tutores de los escolares.

Calibración ó Estandarización de criterios

Para la realización del levantamiento epidemiológico de los índices ceo-d y ceo-s se requirió previamente una calibración y estandarización del examinador a partir de un examinador patrón y con los datos recolectados de los exámenes clínicos epidemiológicos se estimaron los valores de concordancia relativa. Posteriormente se



realizó una prueba de Kappa, la cual mostró un nivel de precisión de $k = 94\%$ con respecto a cada índice. Dicha calibración se llevó a cabo en la escuela primaria estatal “Vicente Guerrero” la cual se encuentra ubicada en la calle Cama de piedra s/n esq. Calle dos arbolitos, en la colonia Benito Juárez y se realizó con los alumnos del turno matutino.

Recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se realizó dentro de la escuela primaria “Lic. Benito Juárez” ubicada en calle Tlalpan s/n esq. calle Malinche en la colonia Vicente Villada con los alumnos del turno matutino y la actividad se realizó en el área audiovisual de dicha institución.

Se diseñó una ficha epidemiológica para el levantamiento de datos de índices ceo-s y ceo-d. (Anexo 1).

La evaluación de la cavidad bucal se realizó por observación directa con el niño recostado en una mesa con luz natural empleando un espejo plano no. 5 y un explorador. Se seleccionaron a 3 grupos de trabajo: a) 25 alumnos, b) 25 alumnos y c) 24 alumnos, levantando los índices respectivos para cada grupo, uno diariamente. Bajo las características, códigos y criterios de los índices epidemiológicos ceo-d y ceo-s que se emplearon.

Características de los índices epidemiológicos para caries en dentición temporal.

Índice ceo. Es el índice CPO pero fue modificado por Gruebbel en el año de 1942, quien lo adoptó para dentición temporal, el índice se describe con las letras minúsculas ceo, que significan cariado, extracción indicada y obturado.

Este índice puede tener como unidad de medición el diente y se especifica agregando al final una d (ceo-d); la base para calcularlo es de 20 dientes en dentición temporal. El ceo también puede tener como unidad de medición las superficies de un diente, en el caso



de realizar la observación por superficie se agrega al final una s (ceo-s). La elección de cuál unidad de medición utilizar depende de los propósitos del estudio.

Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

- ❖ no se consideran en este índice los dientes ausentes:
- ❖ la extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado;
- ❖ la restauración por medio de una corona se considera diente obturado;
- ❖ cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave;
- ❖ la presencia de selladores no se cuantifica.

Para la recolección de datos es necesario contar previamente con el siguiente material, tomando en cuenta las reglas de higiene y esterilización necesarias:

- Espejo dental plano del no. 5 y un explorador del mismo número.
- Bata, guantes y cubrebocas.
- Ficha epidemiológica.
- Recipientes desechables, jabón y glutaraldehido.
- Listas de control poblacional
- Lápiz, goma y sacapuntas.

El paciente debe recostarse sobre una superficie plana cuidando que la luz natural se dirija hacia su boca.

El examinador (previa calibración) se coloca a las doce y el anotador deberá estar a las siete de acuerdo a las manecillas de un reloj.

Método de examen

El examen comienza en el cuadrante superior derecho con el último molar presente revisándose todos los dientes hasta el ultimo molar del cuadrante superior izquierdo, se



continúa en el cuadrante inferior izquierdo desde el último molar hasta el último molar del cuadrante inferior derecho, las superficies se revisan en el siguiente orden:

- ❖ oclusal (premolares y molares)
- ❖ palatino (lingual)
- ❖ distal
- ❖ vestibular
- ❖ mesial

El observador dictará solamente los códigos al anotador haciendo una pausa al término de cada cuadrante para corroborar que llevan el mismo orden.

En los índices se utilizarán los siguientes códigos y criterios de codificación y diagnóstico de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

DIENTES PERMANENTES		DIENTES TEMPORALES
Código	Condición	Código
1	Cariado	6
2	Obturado	7
3	Perdido por caries	-
4	Extracción indicada	8
5	Sano	9
0	No aplicable	0

Criterios

La condición de cariado será considerada cuando exista una lesión en alguna foseta, fisura o superficie lisa, con piso o pared reblandecidos o pérdida de la continuidad del esmalte y cuando existan obturaciones temporales.

Las condiciones probablemente patológicas, previas a la cavitación no se consideran como caries porque no se pueden diagnosticar con certeza, tal es el caso 4 de manchas



blancas, asperezas del esmalte pigmentación del esmalte en surcos y fisuras, detectadas con el explorador pero sin socavado del esmalte ni reblandecimiento de piso o paredes, áreas oscuras o signos de fluorosis.

La identificación de esta condición se realiza primordialmente mediante la observación, la utilización del explorador se empleará únicamente cuando existe duda. Cuando un diente presenta una obturación permanente y también una zona con caries, ya sea en el límite de la restauración o en otra área, también se clasifica como cariado. Será considerado como obturado un órgano dental cuando se observe la presencia de restauraciones permanentes sin evidencia clínica de caries. Cuando un diente presenta una corona completa por una causa ajena a caries (traumatismos o motivos protésicos) no se considera obturado, se excluye. Se registrará como extracción indicada aquel diente que presente una destrucción muy amplia o total de la corona dental, asociada a la pérdida de la vitalidad pulpar. Se considerará como sano todo órgano dental que no muestre evidencia alguna de caries.

Existen algunas consideraciones importantes en las cuales el indicador no es aplicable entre las cuales podemos mencionar:

- Presencia de un espacio dental causado porque el diente permanente no ha erupcionado y el temporal no está presente.
- Ausencia congénita de algún diente.
- Presencia de dientes supernumerarios.
- Dientes con selladores de fosetas y fisuras.
- Dientes con aditamentos ortodónticos.
- Dientes perdidos por causas desconocidas.

Es necesario tomar en cuenta las siguientes observaciones al obtener este índice:

1. Se considera un diente como presente, cuando cualquier parte de éste sea visible sin necesidad de desplazar los tejidos blandos.



2. Cuando un diente temporal y el permanente que lo sustituirá se encuentren presentes sólo se registra la condición del permanente.
3. En caso de duda entre sano y cariado, se registra como sano, si hay duda entre obturado y cariado se registra como cariado.

Encuesta

Se aplicó una encuesta a las madres y/o padres de los niños para identificar la situación laboral (anexo 2)

Cuantificación

Se realizó la cuantificación de los datos de acuerdo a los valores establecidos para cada punto a medir.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Para llevar a cabo la concentración de los datos se utilizó el software Excel, en el cual se diseñaron hojas matrices en las que se registraron datos como código, edad, sexo, ocupación de la madre (madre empleada o desempleada). El análisis de los datos obtenidos incluyó el cálculo de frecuencias y porcentajes de los factores de riesgo, y para valorar la caries dental se levantaron los índices ceo-s y ceo-d.

Para estimar la asociación entre la situación laboral de las madres de familia y la influencia de los factores de riesgo en forma independiente con caries se diseñaron tablas de 2x2, para calcular riesgo relativo.

	Con Caries	Sin Caries
Madres Trabajando		
Madres Sin Trabajar		



8. RECURSOS

Recursos Humanos

El equipo de trabajo esta integrado por cinco personas; Director, Asesor, Un pasante de la carrera de Cirujano Dentista y dos asistentes (estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista).

Recursos Físicos

- ❖ Área de trabajo: Aula audiovisual de la escuela primaria con iluminación de luz natural.

Recursos materiales

- ❖ Equipo de protección: 74 pares de guantes y 74 cubrebocas uno por niño
- ❖ Instrumental: 25 Espejos planos del no. 5 y 25 exploradores (Esterilizados previamente)
- ❖ Para el área del examen: una mesa, un cabezal un bote para basura y un banquillo.
- ❖ Fichas epidemiológicas
- ❖ Aplicación de encuestas



9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN: "Situación Laboral de las Madres de Familia como factor de riesgo ante la presencia de caries en un grupo de escolares de Cd. Nezahualcóyotl" CICLO ESCOLAR 2006								
ACTIVIDAD / MES	MAYO				JUNIO			
	20	23	24	25	1	2	5	6
DIAS UTILIZADOS PARA LAS ACTIVIDADES								
PRESENTACION CON LOS DIRECTIVOS	X							
JUNTA INFORMATIVA PARA PADRES DE FAMILIA Y SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN		X						
CALIBRACION DE CARIES			X					
LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO				25 NIÑOS				
LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO					25 NIÑOS			
LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO						24 NIÑOS		
APLICACIÓN DE CUESTIONARIO							X	
ANALISIS ESTADISTICO								X
RESULTADOS								X

NOTA: La elección de los días de trabajo es en base a los días en que nos permiten el acceso a la institución educativa, ya que estas fechas están designadas para actividades de salud dentro del cronograma interno de la escuela.





10. RESULTADOS

De acuerdo al rango de edades estipuladas, la edad promedio de los escolares examinados fue de 6.36 ± 0.4 , en donde el 64% fue de 6 años y el 36% fue de 7 años. (Gráfica no. 1)

Del total de la población el 95% de los niños examinados presentaron caries (Gráfica no. 2), en donde se obtuvo el promedio de 5.95 ± 3.7 para ceo-d y de 13.1 ± 11.4 para ceo-s.

En cuanto a la relación que existe entre la prevalencia de caries y el sexo se encontró un promedio de 4.58 ± 4 para ceo-d y de 10.20 ± 12 para ceo-s en el sexo masculino y en el sexo femenino fue de 6.84 ± 3 para ceo-d y de 13.11 ± 10 para ceo-s. (Gráfica no. 3)

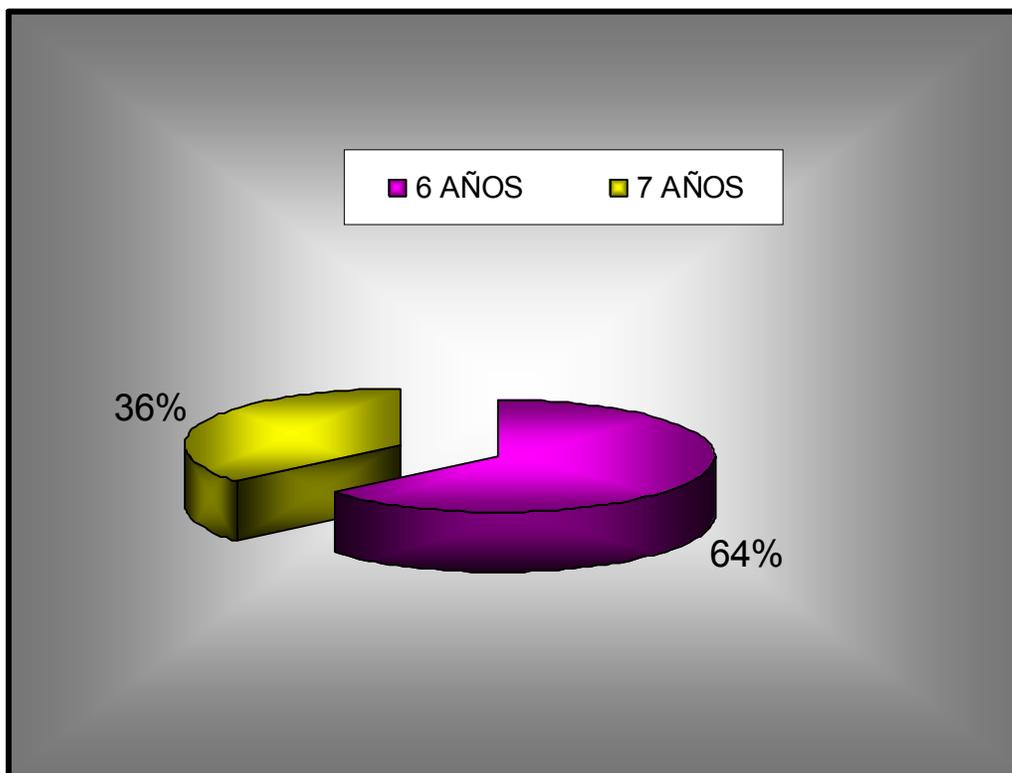
La frecuencia de caries en relación a la situación laboral de las madres de familia como factor de riesgo, fue de 100% para madres de familia empleadas o trabajando y del 92% para madres de familia desempleadas. (Cuadro no. 1)

La población de trabajo estuvo formada por 74 escolares, de los cuales se seleccionaron a 37(50%) cuyas madres estuvieran empleadas y a los restantes 37(50%) cuyas madres estuviera desempleadas. El promedio de prevalencia de caries en los escolares con madres empleadas fue de 8.76 ± 2 en ceo-d y en ceo-s fue de 18.7 ± 11 , mientras que en los escolares con madres desempleadas se obtuvo el promedio de 3.57 ± 2 en ceo-d y en ceo-s fue de 8.25 ± 8 .(Gráficas no. 4,5 y 6)

De acuerdo a la edad, la prevalencia de caries en dientes temporales se encontró en mayor promedio a la edad de 6 años en ambas situaciones laborales, observándose un ceo-d de 9.54 ± 2 en madres empleadas y de 3.1 ± 1 en madres desempleadas, así como un ceo-s de 21.9 ± 13 en madres empleadas y de 6.5 ± 6 en madres desempleadas. (Gráfica no. 7)



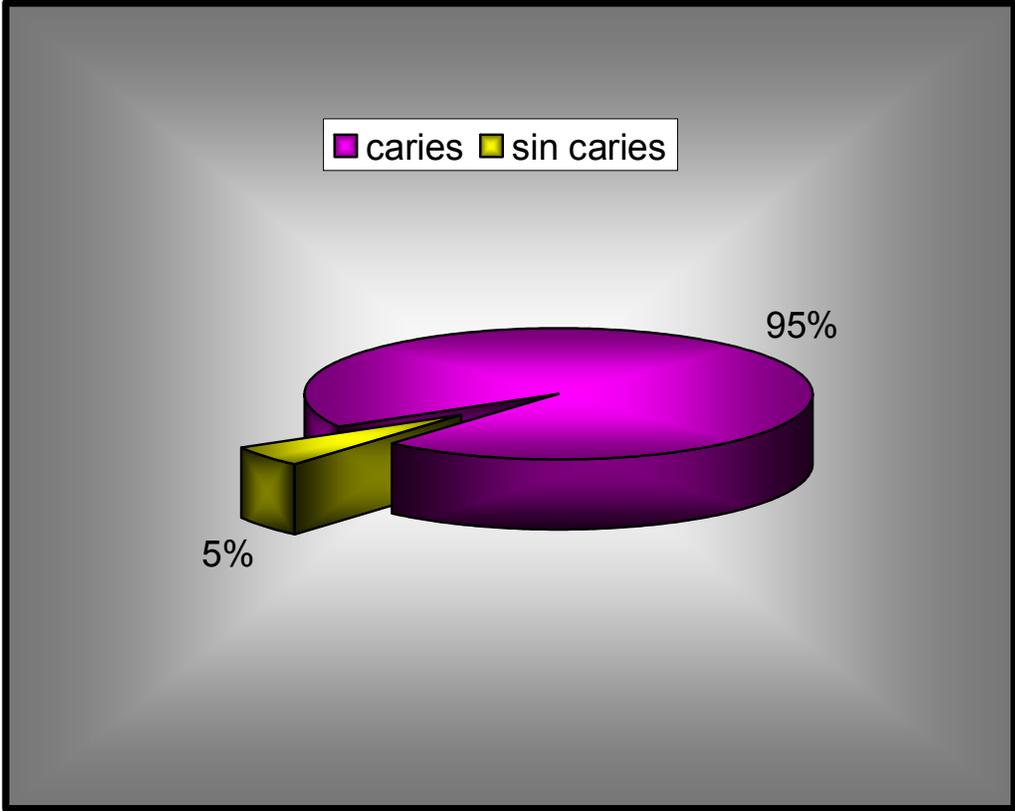
Gráfica no. 1. Edad promedio de la población total examinada.



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



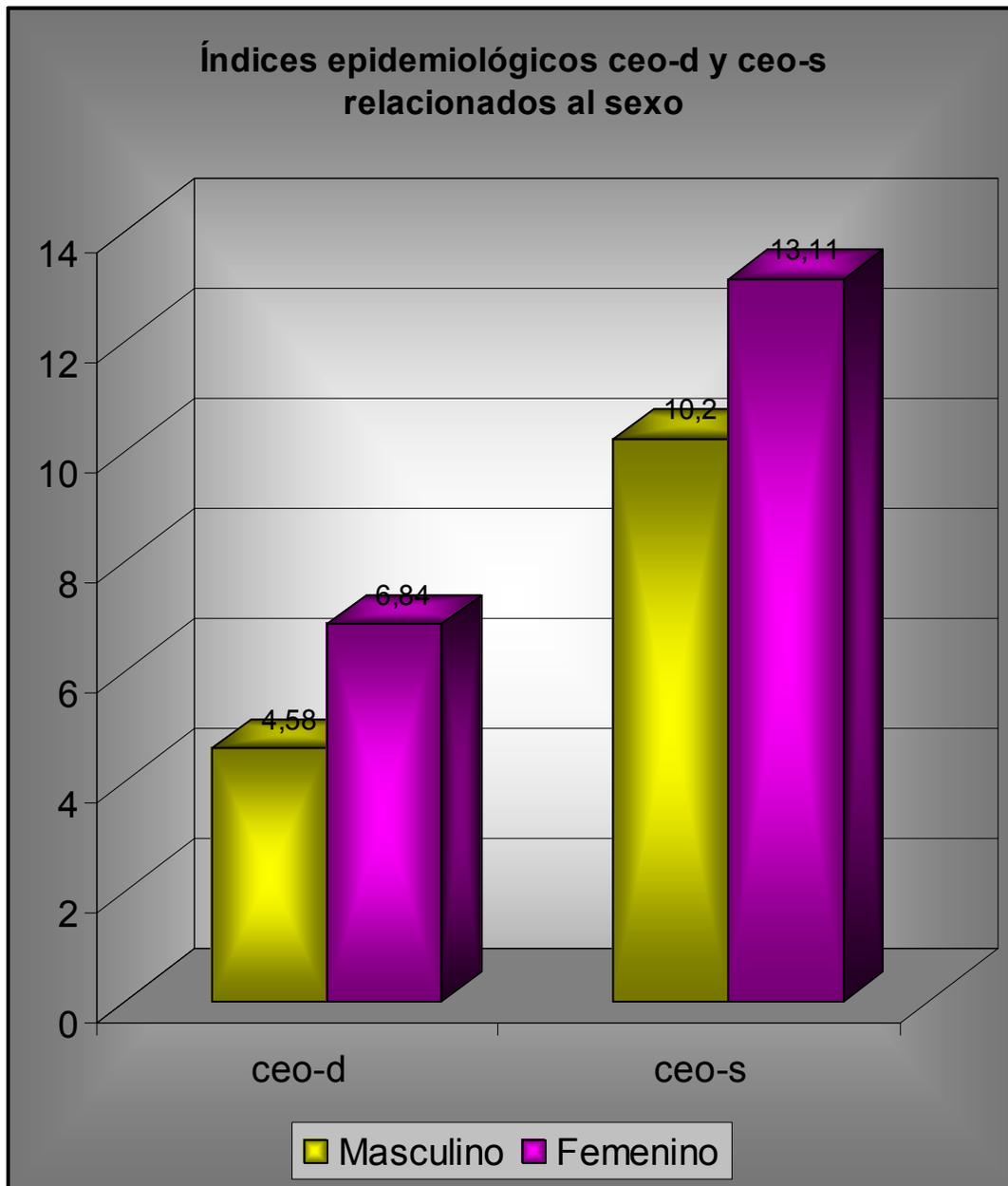
Gráfica no. 2. Frecuencia de caries en la población total examinada.



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



Gráfica no. 3. Promedio de los índices epidemiológicos ceo-d y ceo-s en relación con el sexo.



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



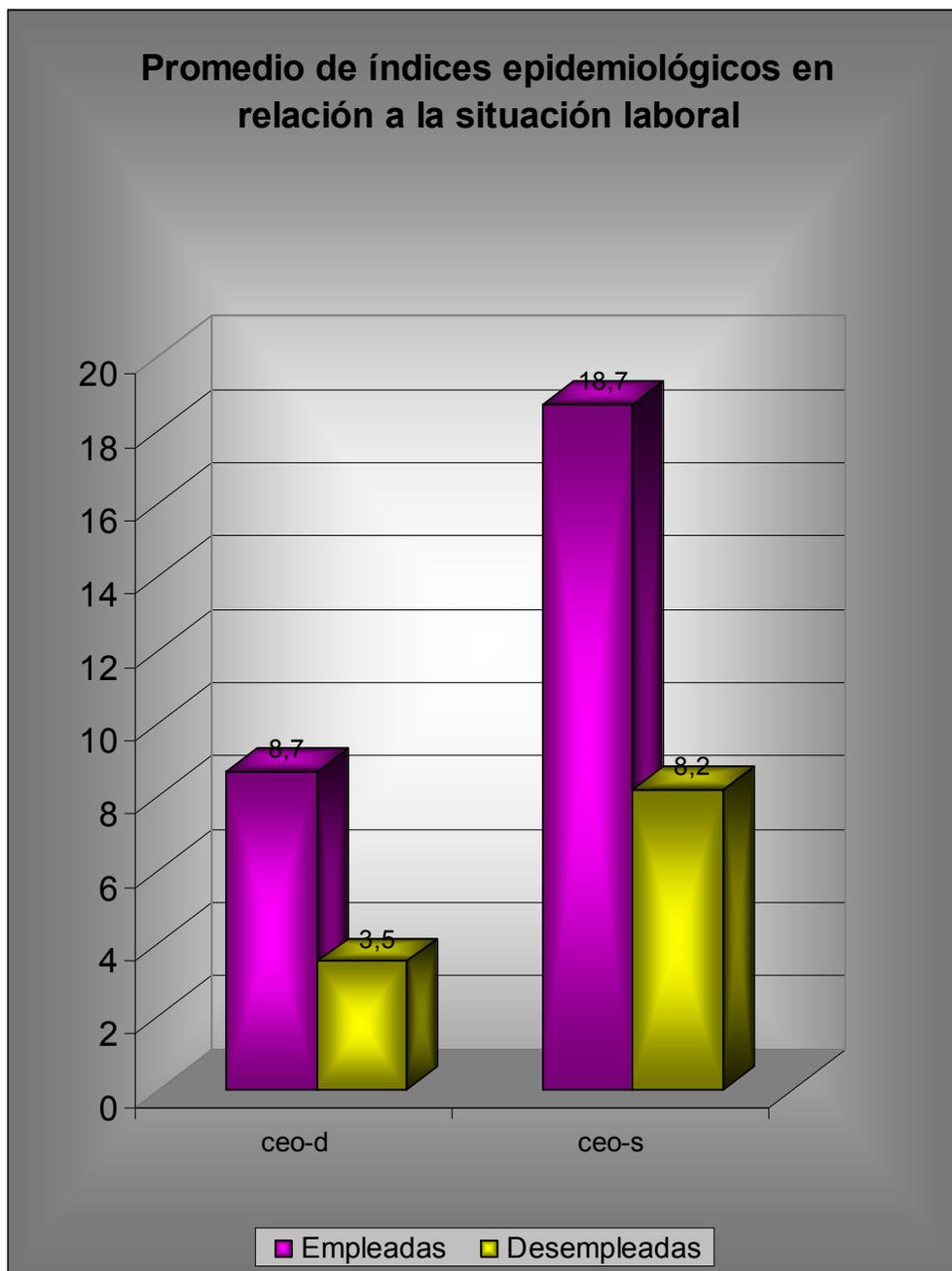
Cuadro no. 1. Frecuencia de caries en los escolares examinados en relación a la situación laboral de sus madres como factor de riesgo.

Frecuencia de caries dental relacionada la situación laboral			
Situación laboral de las madres de familia	Caries		
	Positiva <i>F</i> (%)	Negativa <i>F</i> (%)	Total (%)
Madres de familia empleadas	37(100)	0(0)	37(100)
Madres de familia desempleadas	34(92)	3(8)	37(100)

Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



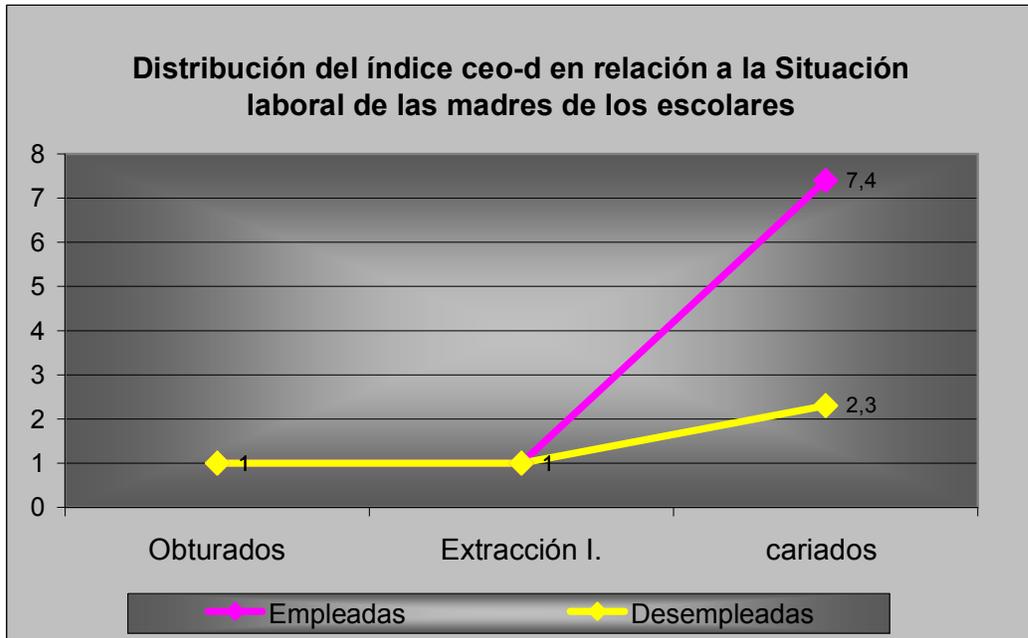
Gráfica no. 4. Promedio de la prevalencia de caries con base en los índices epidemiológicos ceo-d y ceo-s y su relación con la situación laboral de las madres de familia.



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.

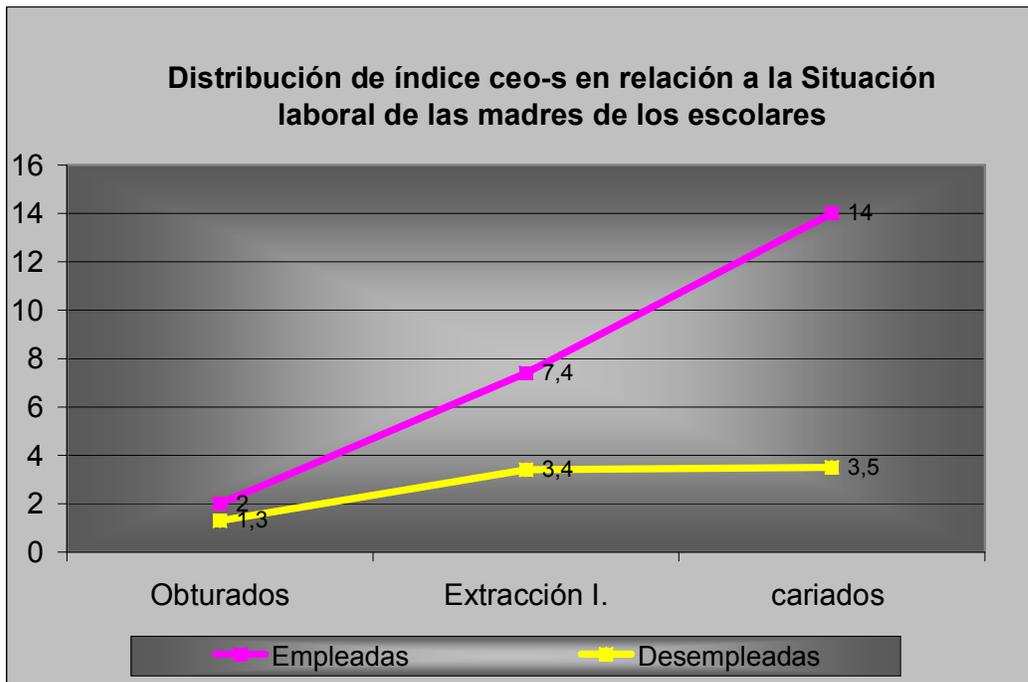


Gráfica no. 5



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.

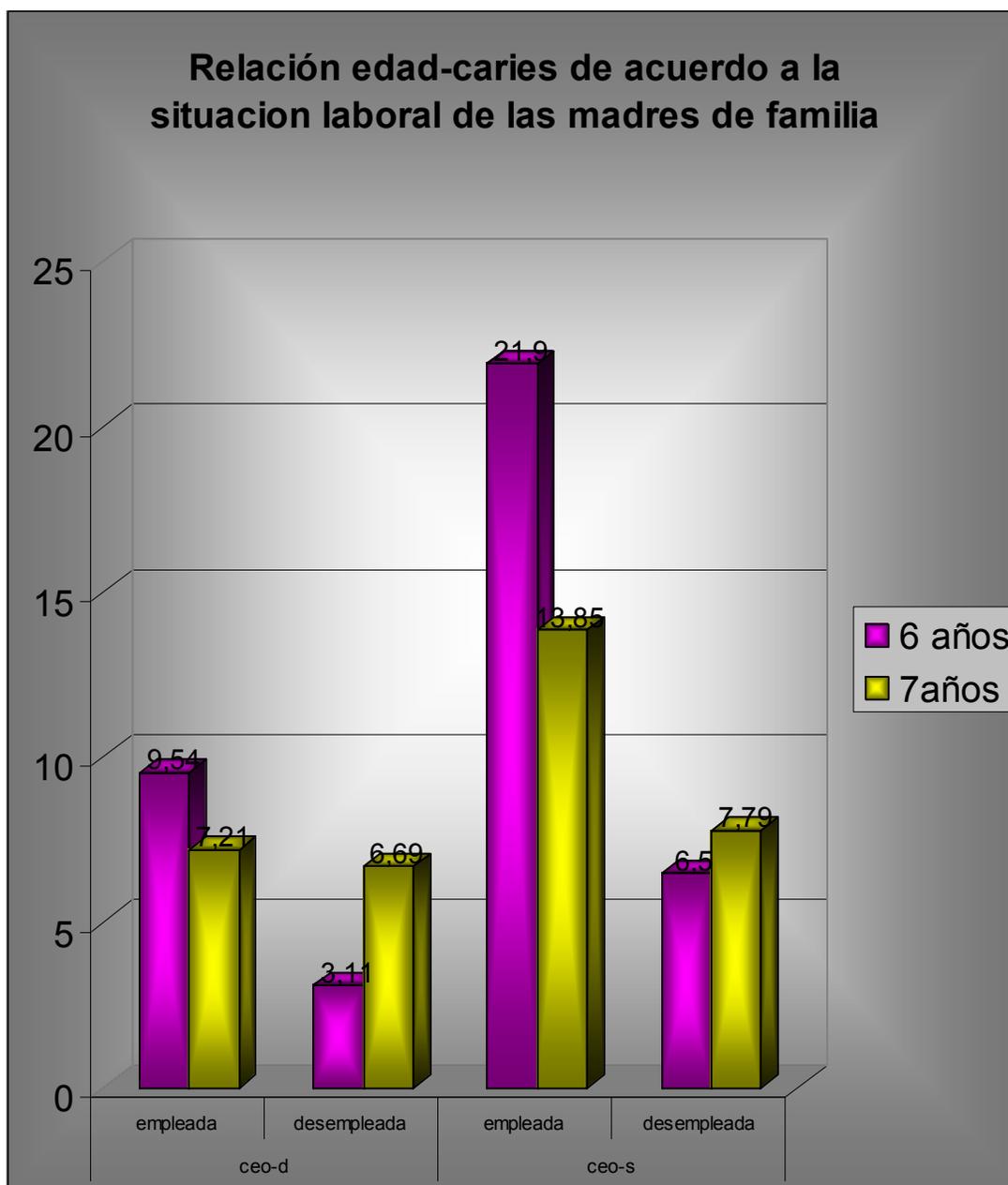
Gráfica no. 6



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



Gráfica no. 7. Promedio de experiencia de caries de acuerdo a la relación que existe entre la edad y la situación laboral de las madres de familia de los escolares examinados.



Fuente: Fichas de levantamiento epidemiológico.



11. DISCUSIÓN

El estado de salud general de los niños está determinado por una serie de factores biopsicosociales, pues, bajo las condiciones en que el entorno familiar se encuentre alterado, ya sea por ausencia o disfunción de algún miembro, hay una deficiencia de atención y cuidados, por lo tanto, si el niño no recibe un adecuado entorno familiar tendrá consecuencias en el estado de salud general. En varios países en desarrollo, el descuido de los hijos es un grave problema, en nuestro país se presenta de igual forma, mas por el contrario son pocos los estudios que nos hablan de esta problemática.

En términos de salud bucal, los factores sociales participan en el mantenimiento y desarrollo saludable de los dientes, ya sea directa o indirectamente, la relación entre el riesgo de padecer alguna enfermedad y la influencia de las condiciones socioculturales de los padres, no se descarta la posibilidad de que las actitudes maternas influyan en el comportamiento de las enfermedades bucales en los hijos, fundamentalmente por los factores que le confiere a la salud, cuyos orígenes están dados por esquemas culturales y socioeconómicos en donde se desenvuelven⁷.

Actualmente las madres de familia contribuyen en la economía familiar de una forma activa y salir de casa a trabajar, alterando de alguna forma las condiciones del entorno familiar para el desarrollo infantil. Diversos especialistas opinan que solo la madre puede dar al niño durante su infancia los cuidados ideales⁴, ya que de lo contrario estarían alterando la salud de sus hijos, por lo que esta situación provocaría la aparición de lesiones cariosas en los niños.

Aunque la caries es una enfermedad multifactorial, existen factores que son determinantes en orden de prioridad para desencadenar caries, tal es el caso de la situación laboral de las madres de familia, ya que si ellas se encuentran trabajando fuera de casa, difícilmente podrán controlar los otros factores que se desprendan de esta situación y que provocan caries, tal es el caso de la alimentación, la higiene, la



frecuencia de cepillado, etc. Por lo que en orden de prioridad la situación laboral de la madre de familia es un factor determinante para que se presenten o no lesiones cariosas y que a pesar de que los niños se encuentren bajo la supervisión de otra persona, la responsabilidad recae en la madre de familia.

Diferentes Estudios, entre ellos los de Irigoyen, Murrieta y Romo realizados en niños de 6 y 7 años reportan prevalencias de caries mayores al 90%. Sin embargo, en México existe una gran discrepancia en cuanto a los estándares de prevalencia de caries⁷⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

En éste estudio se observó una alta prevalencia de caries. El 95% de nuestra población examinada presento lesiones cariosas, resultado similar al de Irigoyen(2003) y Romo (2005)¹⁸⁻¹⁹. Murrieta(2004)⁷ nos refiere un estudio realizado en escolares de Cd. Nezahualcóyotl con la misma prevalencia de caries.

En cuanto a los factores cariogénicos edad y sexo, entre los niños con madres empleadas y desempleadas de este estudio, reveló mayor predominio a la edad de 6 años; en relación con el sexo, las niñas resultaron mayormente afectadas sugiriendo que son más susceptibles a desarrollar caries.

El mayor predominio en el sexo femenino es un resultado similar con el estudio de Irigoyen(1998)¹⁵ quien reporto una diferencia significativa entre las niñas con alto índice de caries a diferencia de los niños con dentición decidua($p < 0.04$), lo cual probablemente se deba a que el crecimiento y la maduración es más acelerado en el sexo femenino, por lo tanto, la dentición y exfoliación es más rápida en las niñas quedando expuestas a desarrollar caries en edad temprana.

La prevalencia de caries en los índices ceo-d y ceo-s fue más elevada en los niños con madres empleadas con respecto a las desempleadas, siendo los principales componentes de los índices la superficie y el diente cariado. Así mismo, al comparar las medias de ambos grupos se observó que esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa entre los promedios de ambos grupos, estableciendo que la situación laboral de las madres de familia influyo en la presencia de caries para esta población.



En nuestro país, Irigoyen y cols.(1998,1994) encontraron una alta prevalencia de caries con un elevado índice ceo-d(5.25 ± 4) en dentición primaria de niños sanos corroborando que continua siendo un problema de salud pública bucal, sin embargo, aún son escasas o nulas las investigaciones acerca de la prevalencia de caries en niños con madres trabajadoras¹⁵⁻¹⁶.

Con respecto a la edad, la prevalencia de caries en los índices epidemiológicos, se encontró el mayor promedio a la edad de 6 años en ambas situaciones laborales, debido a que a la edad de 7 años la gran mayoría de la población ya había exfoliado principalmente los incisivos centrales y no se tomaban en cuenta para el conteo del índice, ya que se realiza únicamente con los dientes presentes al momento de la exploración.

Los resultados del presente estudio mostraron que existe una estrecha relación entre caries y los niños con madres empleadas y/o trabajando en esta población, los resultados de los porcentajes de esta patología fueron de 100% para niños con madres empleadas comparados con 95% para los niños con madres desempleadas, Así mismo, en los índices epidemiológicos los resultados para niños con madres empleadas fue para ceo-d de 8.76 ± 2 y para ceo-s de 18.7 ± 11 , comparados con los de los niños con madres desempleadas de 3.57 ± 2 para ceo-d y de 8.25 ± 8 , cuya diferencia fue estadísticamente significativa, en este sentido, es importante mencionar que aunque la mayoría de la población examinada presenta caries, la diferencia la marcan los índices epidemiológicos.

Los resultados de nuestro estudio confirman que la situación laboral de las madres de familia es un factor de riesgo que predispone a los niños en edad escolar con madres empleadas a presentar alteraciones buco dentales, como la caries, ya que el crecimiento y desarrollo del niño depende directa o indirectamente del entorno y funcionalidad familiar, y que cubre en gran parte las necesidades de salud, por lo que la cavidad bucal no es ajena a esta influencia, exhibiendo otras alteraciones bucales que también pueden



ser condicionadas por factores ambientales que vinculados con la situación laboral de las madres de familia contribuyen a la susceptibilidad del huésped hacia la enfermedad.



12. CONCLUSIONES

- Los escolares cuya situación laboral de sus madres es trabajando, mostraron una mayor frecuencia de caries dental y un valor de los índices ceo-d y ceo-s elevado en comparación con los escolares cuyas madres no se encuentran trabajando.
- La situación laboral de las madres de familia influye en la presencia de caries dental.
- La situación laboral de las madres de familia constituye un factor de riesgo para caries dental.



13. PERSPECTIVAS

- La patología bucodental de mayor prevalencia es la caries dental que relacionada con la situación laboral de las madres de los niños continúan siendo problemas de salud pública, por lo tanto es necesario realizar estudios que estimen la relación de la situación familiar y los padecimientos bucodentales en niños de edad escolar, ya que en nuestro país es escasa la información científica que aborde la relación entre salud y madres de familia trabajadoras.
- A pesar de la existencia de programas preventivos de salud bucal aún prevalecen los padecimientos bucodentales, por lo que quizás se deben reorientar sus acciones preventivas y ampliar la cobertura a grupos vulnerables adoptando medidas que motiven a la población a modificar la supervisión de higiene bucodental y nutrición en los niños.
- Es importante trascender el enfoque de la relación entre el entorno familiar y la caries en el área odontológica, dirigido hacia el efecto de la familia sobre el desarrollo y mantenimiento bucodental, ya que el profesional en odontología regularmente centra su práctica profesional a la curación del órgano dentario afectado y no a su entorno psicosocial.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Boj QJ, Catalá PM, García BC, Mendoza MA. Odontopediatría. 2ª ed. España: Masson;2001
- ² Varela M y col. Problemas bucodentales en pediatría. 2ª ed. España: Ergon;1999.
- ³ Botella PJ. Odontología Básica. Barcelona: Salvat Editores;1999.
- ⁴ Duque de Estrada R J, Rodríguez C A, Coutín M G, Riverón H R. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol 2003;40(2).
- ⁵ Vaisma B. Matínez MG. Asesoramiento dietético para el control de la caries en niños. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia"edición electrónica 2003.
- ⁶ Norma Oficial Mexicana-013. Secretaria de Salubridad y Asistencia. 1994.
- ⁷ Murrieta JF, Juárez L, Linaes C, Zurita V. Prevalencia de Gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Bol Med Hosp Infant Mex 2004; 61.
- ⁸ Benítez TC. Caries dental. Oral 2005;6(18):275-7.
- ⁹ III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) Tomado de SIVIGILA. Informe ejecutivo semanal No. 8 del 2000 Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud.
- ¹⁰ Mendoza RP, Pozos RE, Balcazar PN, Valadez FI, Pando MM, Guerra JF. Caries dental en escolares de seis y 12 años de edad y su relación con nivel socioeconómico y sexo en Guadalajara. PO 1994;20(5):12-8.
- ¹¹ Mendoza RP, Celis RA, Pozos RE, Balcazar PN, López ZM, Mare LR. Caries dental. Sistema educativo y nivel socioeconómico en escolares de Guadalajara. PO 1996;20(10):23-8.
- ¹² Grindefjord M, Dahllö FG, Modée T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. Caries Res 1995;29:449-54.
- ¹³ Irigoyen CME. Caries dental en escolares del Distrito Federal. Salud Publica Mex 1997;133-6.
- ¹⁴ López LE, Nava RJ, Sánchez AA. Evaluación de caries dental y determinación de las necesidades de tratamiento en escolares de 3 a 14 años de edad derechohabientes de la



clínica dental Morelos del issemym de la ciudad de Toluca, México. Clínica Dental Morelos (ISSEMYM- UAEM) 2004.

¹⁵ Irigoyen ME, Sanchez L, Zepeda MA. Prevalencia y severidad de caries en dientes primarios en alumnos de jardines de niños y escuelas primarias del Distrito Federal. PO 1998;19(5):23-30.

¹⁶ Irigoyen ME, López SA, Armendáriz DM, Baz G. Caries y necesidades de atención en una población infantil del Estado de México. PO 1994;15(1):37-41

¹⁷ Irigoyen. ME, Molina FN. Aspectos epidemiológicos de la caries dental, Estudio epidemiológico de una zona marginada del sur del Distrito Federal. Departamento de atención a la salud, DCBS. UAM-Xochimilco 2003.

¹⁸ Romo PMR, De Jesús HMI, Alcauter ZA, Hernández ZS, Rubio CJ. Factores asociados a caries dental en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. Bol Med Hosp Infant Mex 2004;64:307-30.

¹⁹ Romo PMR, De Jesús HMI, Bribiesca GME, Rubio CJ, Hernández ZS, Murrieta PJF. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. Bol Med Hosp Infant Mex 2005;62(2):124-35.

²⁰ Méndez D, Caricote N. Prevalencia de caries en un municipio de Antolin Ocampo, Estado de Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia" edición electrónica 2003.

²¹ Finn SB. Odontología pediátrica. 4ª. ed. México: Interamericana; 1986.

²² Duque de Estrada J, Rodríguez A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol 2001;38(2)

²³ Mattos VMA, Melgar HRA. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Herediana. 2004;14(1-2) Lima ene./dic.

²⁴ Lamas M, González F, González. Early childhood caries: etiology, risk factors and prevention. Madrid, España. 2002.

²⁵ Fuentes P, Flores R, Beltrán JA. Patología morfológica y estructural en dientes primarios en escolares de nivel socioeconómico bajo. ADM 1995;(1):9-11

²⁶ Agramante MA, Cano J. Influencia de los Niveles Socioeconómicos en los índices ceo en una población infantil. "Observaciones no publicadas" Primer Foro de Experiencias, UNAM, FES Iztacala, 2005.



- ²⁷ Al-Mohammadi SM, Rugg-Gunn AJ; Butler TJ. Caries prevalence in boys aged 14 years according to socio-economic status in Riyadh, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:184-6.
- ²⁸ Vázquez EM, Romero EV. Valoración del estado de nutrición del niño en México. Parte 1. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001;58(7):476-90.
- ²⁹ Moreno AA, Moreno AL, Carreón GJ. Estudio sobre el riesgo de caries mediante un índice agregado madre-hijos. *PO* 1990;11(12):25-28.
- ³⁰ Molina J. atención y Cuidados Odontológicos para los niños con Síndrome de Down. 2005;22:15-9.
- ³¹ Bonilla RJE. Caries Temprana. *Oral* 1999;1:22-7.
- ³² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática-Secretaría del Trabajo y Previsión Social
- ³³ Juárez TM. Programa de atención a la Mujer, Capacitación Laboral. DIFEM. Diciembre 2005.
- ³⁴ Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Boletín Prensa. Ciudad de México, Octubre 2002.
- ³⁵ H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl. gaceta/gac10-11K.html. [serial online] 2006-2009 [citado 12 enero 2006]; [24 pantallas]. Disponible en: www.neza.gob.mx/index.php?id=gac10-llk
- ³⁶ Paulo S. Familia y desarrollo personal. Universidad de los Lagos, Unidad tecnológica. Puerto Mont, Chile. <http://www.intec.edu.do/cdp/docs/familia%20y%20desarrollo%20personal.html>.
- ³⁷ Hupp JR, Williams T, Vallerand W. *Vademecum clínico odontológico*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- ³⁸ Andrade M. Tres claves para el buen rendimiento escolar. *Revista ya 2005.* "Prensa"
- ³⁹ Sosa LLM, Valeska C. Motivación en salud bucal de las madres en el area de hospitalización pediátrica Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Periodo Julio-Agosto 2004. [http://documents and settings/propietario/misdocumentos/titulacion/tesis/index.com](http://documents.and.settings.propietario/misdocumentos/titulacion/tesis/index.com)
- ⁴⁰ Marin GC. Mujeres al mando. *Codyr Consultores, Revista producto.Producto Online* 2005;(212)993.56.33



⁴² Balcázar PNM, Mendoza RPL, Pozos RBE, Pando MM, Aldrete RMG, Matsui SM. Caries dental en niños cuidados en guarderías. PO 2001;22(5)26-9.

⁴³ Cuevas CB. Madres Trabajadoras. “observaciones no publicadas” <http://:cuevasbettina@hotmail.com>.

⁴⁴ Santavía M. ¿Con quien dejamos a nuestros hijos?. Mas vida red, en masvidared.com; Magazine 2005;292

⁴⁵ OMS. Investigación de Salud oral: métodos básicos. México: Trillas-UAM, 1990.





Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M=1 y F=2
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Examinador: _____ Grupo: _____

Caries Dental y Necesidades de Tratamiento

Instrucciones: Marque con rojo las caras con placa dentobacteriana

Dientes Primarios	Dientes Permanentes	Situación	Tratamiento
Corona	Corona / Raiz		
A	0	-0 Satisfactoria	0 = Ninguno
B	1	1 Cariado	P = Preventivo / Sellador
C	2	2 Obturado con caries	F = Obturación de una superficie
D	3	3 Obturado sin caries	2 = Dos o más superficies por obturar
E	4	- Perdido, como resultado de caries	3 = Cambio de corona por cualquier motivo
H	5	- Perdido por cualquier otro motivo	4 = Colocar corona de Alcego u otro
F	6	- Fijura obturada con sellador	5 = Cuidado de la pulpa y restauración (pulpotomia)
G	7	7 Corona sin caries	6 = Extracción
T	T	- Traumatismo	

Código Caries Código Tratamiento

Total de sup. Revisadas

Total de sup. Con PDB

Total de sup. Sin PDB

% _____

Sumario Dentición Permanente

O	T	5	6	TS	1	2	3	4	7	CPOP	TD

Sumario Dentición Temporal

A	T	H	F	TS	B	C	D	E	6	ceo	TD

Anexo 2.

ENCUESTA

NOMBRE: _____
SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____ PARENTESCO: _____

Instrucciones: Marque con una x la situación laboral en la que se encuentra la madre del escolar

La madre del escolar se encuentra empleada y/o trabajando

La madre del escolar se encuentra desempleada

