



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ESTUDIO CUALITATIVO DE LA DIETA COMO FACTOR
DE RIESGO EN CARIES, EN ESCOLARES DE UNA
ESCUELA PRIMARIA PÚBLICA. MÉXICO D.F. 2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

EDITH VEGA ANGELES

**TUTOR: MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR
ASESORA: C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO**

MÉXICO D. F.

2008



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.

A Dios, por la vida que me ha prestado
y las personas con las que me ha permitido compartirla.

A mis padres Andrés y María Felix, por existir,
quererme y apoyarme.

A mi abuelita Elenita por su cariño y solidaridad.

A mis hermanas Sandra y Andrea, por siempre estar ahí.

A las personas que me quieren a pesar de mi manera de ser
y a todos los que han participado en este camino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México
por la oportunidad.

ÍNDICE	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1 Historia de la caries	7
2.2 Definición de caries dental	11
2.3 Clasificación de caries dental	11
2.3.1 Clasificación de caries dental por su extensión	11
2.3.2 Clasificación de caries dental por su localización	12
2.3.3 Clasificación de caries dental por su forma	13
2.3.4 Otras clasificaciones de caries dental	14
2.4 Etiología	15
2.4.1 Hospedero	15
2.4.2 Tiempo	16
2.4.3 Bacterias	16
2.4.4 Dieta	17
2.5 Hidratos de carbono	18
2.6 Influencia de la publicidad en la selección de la dieta	20
2.7 Relación entre comportamiento y dieta	21
2.8 Estudios realizados para comprobar la relación entre caries y dieta	22
2.9 Potencialización de la caries	24
2.10 Prevención	25
2.10.1 Salud/ Enfermedad	25
2.10.2 Niveles de prevención	27
2.11 Prevalencia de caries dental	29
2.12 Demografía	35
3. PLANTEAMIENTO	38
4. JUSTIFICACIÓN	40
5. OBJETIVOS	41

5.1 Objetivo general	41
5.2 Objetivos específicos	41
6. MATERIAL Y MÉTODOS	42
6.1 Tipo de estudio	42
6.2 Población de estudio y muestra	44
6.3 Criterios de inclusión	44
6.4 Criterios de exclusión	44
6.5 Variables de estudio	45
6.5.1 Variables independientes	45
6.5.2 Variable dependiente	45
6.6 Modelo teórico	45
6.7 Conceptualización	46
6.8 Aspectos éticos	47
6.9 Análisis	48
7. RESULTADOS	49
8. CONCLUSIONES	61
9. FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS	66

1. INTRODUCCIÓN

Se han realizado varios estudios a lo largo de los años acerca de la caries dental en México, los resultados de dichos estudios indican una prevalencia alta de esta enfermedad clasificándola así como un problema de salud pública.

Se han aplicado medidas de prevención a nivel masivo, tales como la fluoruración de sal para consumo humano, así como programas enfocados a la prevención de esta enfermedad en donde se ha contado con la colaboración de cientos de profesionales del área de la salud tanto en diferentes comunidades, como en escuelas y hospitales, y que han tenido como resultado una disminución en el índice de caries, sin embargo estos resultados no han sido satisfactorios debido a que la prevalencia de caries continúa siendo alta.

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial, dentro de estos factores se encuentra la dieta de los individuos, la cual es indispensable para la vida del ser humano por lo que resulta difícil de modificar, considerando que está ligada al estilo de la vida de cada individuo sobre el cual influyen factores socioculturales y económicos, y muchas veces la manipulación de éstos se encuentra fuera de su alcance.

Los escolares son blanco fácil del consumo de una dieta altamente cariogénica, ya que dependen de otras personas que participan en la integración y definición de su estilo de vida.

Factores socioculturales tales como la desintegración familiar, falta de conocimiento acerca de la caries, así como la falta de interés de los padres porque sus hijos tengan una boca sana, son solo algunos de los factores que influyen en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Por lo que en este estudio se identificaron algunos factores socioculturales que influyen en la dieta como un factor de riesgo en el desarrollo de caries dental en escolares.

2. ANTECEDENTES

2.1 Historia de la caries

Las afecciones dentales existían miles de años antes de que el hombre apareciera en la tierra y se cree que éstas han sido responsables de un gran número de muertes de reptiles del mesozoico.¹

La referencia más antigua de la existencia de caries revela que ya existía en tiempos del dinosaurio herbívoro¹ extinto hace 65 millones de años.² Hace 2.5 millones de años, en la edad de piedra³ la caries era relativamente rara, durante la subdivisión de esta edad, en la época neolítica que va del 7.000 a.C. al 4.000 a.C. la caries era poco frecuente y generalmente cervical, se presentaba de un 3 a 5% en personas adultas de más de 40 años.¹

Durante la época calcolítica o edad de cobre, la caries ya era frecuente y se extiende durante la edad de bronce¹ en el 4,000 antes de Cristo,⁴ esto se sabe gracias al estudio de cráneos procedentes de Tegel, cerca de Berlín. Más tarde, con una evolución más manifiesta hacia la civilización, la caries comienza a ser más frecuente. En Egipto aumenta hacia la época de los faraones y se hace común durante la dominación romana.¹

El papiro de Ebers, uno de los más antiguos tratados médicos conocidos, es la primera evidencia escrita acerca de la existencia de caries. Fue redactado en el antiguo Egipto, cerca del año 1500 antes de nuestra era.⁵

En sus inicios, el conocimiento cariológico se reducía a la creencia de que la caries dental era el producto de la acción destructiva de un gusano que atacaba y destruía los dientes "*El gusano dentífago*",⁵ lo cual demuestra que a pesar del retraso científico de aquel entonces, el hombre siempre trataba de explicarse los fenómenos que ocurrían a su alrededor y más aún si ocasionaban alguna molestia.

En 1728 Pierre Fauchard, considerado el Padre de la Odontología Moderna, da a conocer la obra que marca el fin de la odontología mutilante y el inicio de la odontología restauradora "*Le Chirurgien dentiste, ou, traité des dents*" (El cirujano dentista ó Tratado sobre los dientes), muchas de las ideas y procedimientos aconsejados por Fauchard en este libro siguen vigentes en nuestros días,⁶ dicha obra literaria se convirtió en el antecedente que origina el interés del odontólogo para entrar a la edad de la Prevención, en donde la unión del desarrollo científico y tecnológico, con el conocimiento de la etiopatogenia, llevan a cabo la creación de tratamientos preventivos para combatir de manera más eficaz las enfermedades que, por su frecuencia y caracteres epidemiológicos, constituyen la verdadera razón de la existencia de la práctica odontológica: la caries dental y la enfermedad periodontal.⁵

Gracias al aporte científico del microscopio de Van Leeuwenoeck en el siglo XVII surgió y se facilitó el desarrollo de la bacteriología lo cual contribuyó a marcar el inicio de "La edad de la Prevención", gracias a la aparición en 1890 de otra obra fundamental "*Micro-organisms of de Human Mouth*" del odontólogo y bacteriólogo norteamericano Willoughby D. Miller discípulo de Robert Koch, que expone, en la teoría químico-bacteriana de la caries dental, el carácter infeccioso de la enfermedad, se origina el posterior desarrollo de las investigaciones que permitieron descubrir como los ácidos formados eran responsables de la disolución de los cristales de apatita que constituyen el 95% de la estructura del esmalte dental. Los ácidos se mantenían en estrecho contacto con la superficie dental a través de la placa dental que los protegía del lavado y efecto amortiguador de la saliva dando origen a al teoría acidogénica.⁵ Aunque aún no se sabía que microorganismos estaban involucrados directamente en el origen del proceso carioso, este avance resultó de gran importancia al permitir averiguar el papel que desempeñan éstos para contribuir al desarrollo de la enfermedad.

En 1920, evidencias clínicas y de laboratorio indicaban al *Lactobacillus acidófilus* como el microorganismo responsable de la caries dental; cuatro años después, el científico inglés J. Kilian Clarke identifica al *Streptococcus*

mutans en lesiones cariosas incipientes sin embargo, no se le da la importancia correspondiente y es hasta 1959 que, gracias a los estudios de Robert J. Fitzgerald, apoyado en resultados de investigaciones de Frank Orlan y estudios compartidos con Paul Keyes, se comprueba que el *Streptococcus mutans* es el responsable de la iniciación de la caries.⁵

Actualmente vivimos en la edad de la Prevención y a pesar de los avances científicos no se ha logrado abarcar al 100% de la población mundial en donde todavía existen comunidades sin acceso a la información, aún en sectores sociales con mejores posibilidades falta la educación en cuestión del cuidado oral; por lo tanto, esta edad sigue en desarrollo.

La revisión del origen de los hábitos alimenticios es de suma importancia ya que la dieta es uno de los factores etiológicos productores de caries y, en los últimos años ha tomado gran fuerza porque se ha incluido en ésta un desmedido contenido de alimentos altamente cariogénicos.

La alimentación novohispana fue el resultado de la fusión de las costumbres alimentarias españolas y prehispánicas. Durante la primera etapa del virreinato se fueron introduciendo a México diferentes alimentos de alto consumo europeo, tal es el caso de la caña de azúcar y la harina de trigo.⁷

La caña de azúcar formó parte de un proyecto de colonización con la llegada de Hernán Cortés, iniciándose con ello una etapa fundamental de la dulcería mexicana, siendo las mujeres novohispanas recluidas en los conventos las que incursionan en este arte culinario. Destacan la elaboración de postres, conservas de frutas, panes, dulces y todo tipo de golosinas.⁷

Tanto la caña de azúcar como la harina de trigo fueron consumidas con gran frecuencia en la época novohispana formando parte fundamental en la dieta de los individuos. Este antecedente nos ayuda a comprender como es que las costumbres de una población pudieron ir heredándose de generación en generación teniendo como consecuencia una población actual cuya prioridad

alimenticia es satisfacer sus antojos, dejando de buscar una alimentación balanceada que proporcione los nutrientes necesarios para una condición saludable.

A finales del siglo XIX las golosinas ya eran ofrecidas como deliciosos bocadillos en las reuniones importantes en Estados Unidos de Norteamérica y Europa pero su origen se limitaba al seguimiento de recetas familiares.⁸

A principios del siglo XX, con la incorporación de maquinaria y la creación de fábricas, las golosinas se convirtieron en productos industriales con un crecimiento notable en la oferta y demanda mundial. A mediados del siglo XX, empresas estadounidenses y de otros países industrializados, convirtieron la comida en un elemento potente de globalización, exportando al resto del mundo, golosinas dulces o saladas y bebidas gaseosas.⁸

2.2 Definición de caries dental

La caries es una enfermedad multifactorial que implica una interacción entre los dientes, la saliva y la microflora oral como factores del hospedero y la dieta como factor externo,⁹ se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. Si no es tratada tras la destrucción del esmalte, ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria.¹⁰ Precisamente la interacción de varios factores es lo que convierte a la caries en una enfermedad difícil de combatir ya que prevenirla requiere de una combinación de diversas acciones que no bastan con realizarse una sola vez sino que deben llegar a formar parte de nuestros hábitos y así lograr la prevalencia de la salud oral.

2.3 Clasificación de caries dental

La caries dental se clasifica de acuerdo a su extensión, localización y reincidencia del evento para facilitar su diagnóstico y plan de tratamiento.

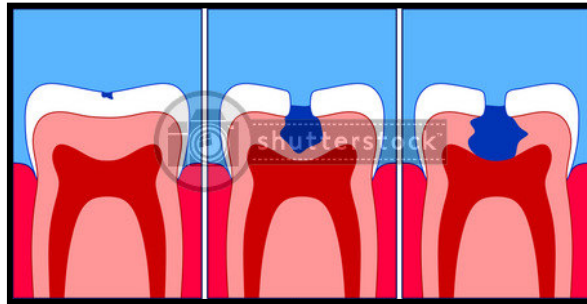
2.3.1 Clasificación de caries dental por su extensión

Caries incipiente: Se da en esmalte, marca el inicio de la caries y se caracteriza por una lesión blanquecina difícil de detectar clínicamente, pero fácil de observar radiográficamente.¹¹ Son estas características las que dificultan el diagnóstico oportuno durante la presente etapa y facilitan el posterior desarrollo de la enfermedad.

Caries Dentinaria: Es la caries dental que se extiende a lo largo de la unión amelodentinaria y ataca a los túbulos dentinarios. Se puede identificar clínica y radiográficamente¹² lo cual facilita su diagnóstico pero no así su tratamiento ya que, generalmente, los pacientes acuden al consultorio dental cuando refieren dolor intenso y aunque se les informe que requieren tratamiento en otros órganos dentales, no todos acceden a la rehabilitación total de su boca, la mayoría solo le da prioridad al tratamiento del diente que causa molestia, es

en estos casos en donde la caries sigue avanzando hasta convertirse en caries profunda.

Caries profunda: Es aquel proceso en el que la caries ha llegado hasta la paquete vasculo-nervioso implicando la inflamación de éste y posteriormente la pérdida de vitalidad.¹¹ Bajo estas circunstancias aún es posible salvar el órgano dental sin embargo, por diversas razones, un gran número de pacientes y odontólogos en esta situación aún eligen como tratamiento la extracción dental, lo que conlleva a problemas de tipo estético, nutricional, emocional y social.



www.shutterstock.com

2.3.2 Clasificación de caries dental por su localización

Greene Vardiman Black odontólogo de Illinois, creó la clasificación de caries por su localización¹³ con la finalidad de facilitar la organización del trabajo odontológico.

Clase I: Incluye la caries que se encuentra en fosetas y fisuras de molares y premolares, cúngulos de dientes anteriores y en cualquier anomalía estructural de los dientes.

Clase II: Se localiza en todas las caras proximales de los dientes posteriores (premolares y molares).

Clase III: Son las caries localizadas en las caras proximales de todos los dientes anteriores sin abarcar el ángulo incisal.

Clase IV: Se encuentra en caras proximales de los dientes anteriores incluyendo ángulo incisal.

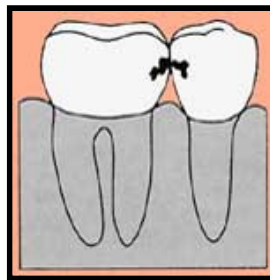
Clase V: Estas caries se localizan en el tercio gingival de los dientes anteriores y posteriores, solo en sus caras linguales y vestibulares.¹⁴

2.3.3 Clasificación de caries dental por su forma

La clasificación de caries por su forma se refiere a la característica anatómica del órgano dental en la que se presentan.

Caries en fosetas: Es la caries dental originada en fosetas y fisuras generalmente de las superficies oclusales de molares y premolares o en el cingulo de dientes anteriores¹² en donde, debido a la anatomía, la posibilidad de que se acumulen restos de alimentos aumenta significativamente originándose un ambiente favorable para el crecimiento de microorganismos capaces de iniciar el proceso de fermentación indispensable para el desarrollo de caries.

Caries en superficies lisas: Es la caries dental originada en superficies lisas de los dientes generalmente proximales, o en el tercio gingival de las superficies vestibulares y linguales.¹²



http://www.adesa.es/adesa/images/manual_bucal/caries_tipos2_4.jpg

Aunque menos común, no es menos importante e igual debe tratarse lo antes posible, su presencia nos recuerda la importancia del uso de otros aditamentos de higiene oral como el hilo dental.

2.3.4 Otras clasificaciones de caries dental

Estas clasificaciones de caries no pertenecen a algún grupo en especial, se clasifican individualmente.

Caries recidivante: Se refiere a la activación de una caries antigua y latente debajo de una obturación, resultado de la eliminación inadecuada de dentina reblandecida o bien a consecuencia de un cierre defectuoso de los márgenes. Se puede diagnosticar radiográficamente, cuando su diagnóstico es clínico se debe a que la caries ya abarca grandes dimensiones.¹¹

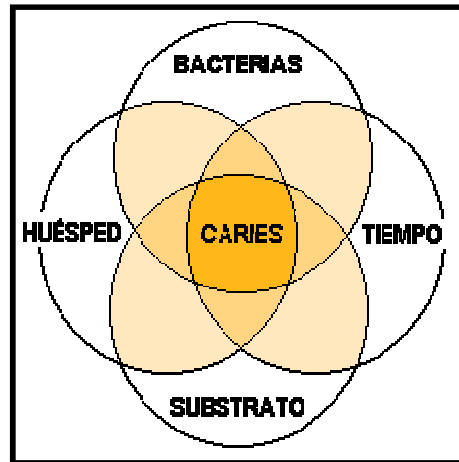
Caries secundaria: Se refiere a la caries dental producida alrededor de los bordes y debajo de las obturaciones, generalmente en los márgenes y áreas ásperas o colgantes de tejido dental fracturado.¹² A diferencia de la caries recidivante este es un proceso patológico nuevo.¹¹ Se origina debido a varias razones que pueden ir desde la actitud del odontólogo al realizar obturaciones defectuosas o no explicarle al paciente los cuidados necesarios que debe de tener con la higiene de su boca, hasta la actitud del paciente al no llevar a cabo las indicaciones del odontólogo, no por falta de conocimiento sino por falta de interés.

Caries radicular: Se da cuando hay exposición de la raíz al medio oral, dicha exposición puede producirse por una recesión gingival pero su principal causa es la enfermedad periodontal,¹⁵ la cual es aún menos tratada que la caries debido a que es de largo tiempo de evolución y no presenta un dolor agudo sino sensibilidad dental a causa de la exposición radicular que se da en etapas ya muy avanzadas de la enfermedad.

Cuando la superficie radicular está expuesta al medio oral la superficie rugosa y rica en fibras de colágeno del cemento entra directamente en contacto con la saliva y todos sus contenidos, dando entrada para el anidamiento de bacterias.¹⁶

2.4 Etiología

La caries dental es una enfermedad multifactorial, es crónica y su trascendencia radica en que la mayoría de la población la padece, manifestando así las deficientes medidas de prevención que se han llevado a cabo.



<http://www.aepap.org/previnfad/imagen/caries.gif>

2.4.1 Hospedero

Para la valoración del hospedero se deben de tomar en cuenta sus diferentes características tales como, posición, anatomía y localización de los órganos dentarios; los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a la caries ya que su morfología es irregular y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras; además su localización dificulta una higiene dental adecuada. Los dientes anteriores son menos susceptibles a la caries debido a su anatomía constituida principalmente por superficies lisas que favorecen la limpieza por parte de la lengua. El apiñamiento dental trae como consecuencia mayor acumulación de placa bacteriana, incluso en zonas cuya presencia es difícil de encontrar en condiciones normales de posición dental. Además es necesario incorporar al hospedero una mayor o menor incidencia debido a una predisposición genética heredada o bien algún tipo de patología.¹⁰ Se debe tomar en cuenta su relación con el resto de los factores etiológicos cuyas características individuales también influirán en la susceptibilidad o no del hospedero a padecer caries.

2.4.2 Tiempo

La placa bacteriana debe ser eliminada antes de que se calcifique de lo contrario se producirá caries.¹⁰ El tiempo que la placa bacteriana se encuentre en boca es de vital importancia, ya que a mayor tiempo que se encuentre en contacto con la superficie dental, los microorganismos tendrán mayor oportunidad de llevar a cabo el proceso de desmineralización dental, por lo tanto, la placa bacteriana debe ser eliminada lo antes posible.

2.4.3 Bacterias

Son aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm", o comunidad cooperativa, de esta manera subsisten evadiendo los sistemas de defensa del hospedero que consiste principalmente en la remoción de bacterias.¹⁰

Inicialmente en la biopelícula se encuentra una mayoría de bacterias grampositivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas, son reemplazados por un predominio de bacterias gramnegativas y es en este momento cuando se denomina a la placa "cariogénica" es decir, capaz de producir caries dental.¹⁰

Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus Sanguis* perteneciente a la familia de los *mutans* además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.¹⁰ Es por ello importante visitar al odontólogo regularmente aunque no exista molestia, así éste realizará una limpieza dental profesional eliminando la placa bacteriana que alberga bacterias gramnegativas causantes de caries, evitando el inicio de la enfermedad o deteniendo su proceso con el tratamiento correspondiente a la lesión.

2.4.4 Dieta

Se le llama dieta al conjunto de alimentos que consumimos en un día, no debe confundirse con el régimen que se sigue para bajar de peso o tratar algunas enfermedades. La dieta está compuesta principalmente por hidratos de carbono, lípidos, y proteínas.¹⁷

Los hidratos de carbono fermentables en la dieta condicionan la aparición de caries. Sin embargo, esto no se refiere a que el simple hecho de su consumo inicie la enfermedad.

El metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada *alfa amilasa salival ptialina*, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirla hasta glucosa, lo cual produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte.¹⁰ Dicha interacción permite que se aprecie la intervención del factor tiempo y su influencia cuando se habla acerca de la dieta como factor de riesgo en el desarrollo de caries.

2.5 Hidratos de carbono

Los hidratos de carbono, también llamados azúcares o glúcidos, son los compuestos orgánicos más abundantes y a su vez los más diversos, están integrados por carbono, hidrógeno y oxígeno, de ahí su nombre. Son parte importante de nuestra dieta. Se encuentran en las partes estructurales de los vegetales y también en los tejidos animales, como glucosa o glucógeno. Estos sirven como fuente de energía para todas las actividades celulares vitales.¹⁸

Los hidratos de carbono aportan 4 kcal/gramo al igual que las proteínas y son considerados macro nutrientes energéticos al igual que los lípidos; se encuentran en una innumerable cantidad y variedad de alimentos y cumplen un rol muy importante en el metabolismo.¹⁸

La mayoría de hidratos de carbono en nuestra dieta son:

- Monosacáridos (glucosa, fructosa y galactosa): Tienen atractivo sabor dulce y el organismo los absorbe rápidamente. Su absorción induce a que nuestro organismo secrete la hormona insulina que estimula el apetito y favorece los depósitos de grasa.
- Disacáridos:(sacarosa=glucosa+fructosa, maltosa=glucosa+glucosa, lactosa=glucosa+galactosa).
- Oligosacáridos (3 a 8 moléculas de glucosa)
- Polisacáridos o levaduras (cadenas rectas o ramificadas de moléculas de glucosa) amilosa o amilopectina.⁵

Sin embargo, en edad escolar, la mayor parte de ingesta de hidratos de carbono se da en forma de golosinas que pueden encontrarse fácilmente al alcance de los niños.

En los últimos años a aumentado la preocupación acerca del papel que las golosinas juegan en la alimentación infantil. Las golosinas son aquellos alimentos industriales, nutricionalmente desbalanceados y con un alto contenido de hidratos de carbono, grasas o sal. Algunos estudios incluyen a las golosinas bajo los conceptos de “densos de energía y pobres en nutrientes”⁸

también han sido llamadas “calorías vacías” por contener un valor nutritivo casi nulo,¹⁹ la Real Academia Española define golosina como “manjar delicado, generalmente dulce, que sirve más para el gusto que para el sustento”. El desbalance que presentan las golosinas se enfatiza al incluirlas en la categoría de la llamada “comida chatarra” concepto cuya característica principal es referirse a alimentos no saludables.⁸ Sin embargo, este término se ha vuelto tan común que parece ya no tener el impacto requerido para persuadir a las personas de consumir este tipo de alimentos en exceso, al contrario han adquirido la ingesta de comida chatarra como parte de los hábitos que conforman su modo de vida.

Otros conceptos asociados a golosinas se basan en criterios como el lugar o el horario en que son consumidos. Un ejemplo de ello son los llamados “*snacks*” o “colación” término que se refieren a los alimentos consumidos fuera del horario de una comida normal o entre comidas⁸ lo cual equivale a la constante presencia de hidratos de carbono en la cavidad oral ya que, si el individuo realiza las comidas formales del día y entre cada una de ellas ingiere “*snacks*”, éste considera innecesario cepillar sus dientes ya que dicha acción solo interrumpe el hecho de estar saboreando alimentos todo el día.

La golosina es un producto preferentemente infantil, la característica que incita a su consumo es porque ocasiona una sensación agradable llamada placer. El placer asociado con la comida tiene una larga historia; algunas de las actuales actitudes morales o éticas hacia la comida provienen de la filosofía griega que manifestó su preocupación por la idea de moderar la conducta hacia la comida como muestra de autocontrol,⁸ lejos de alcanzar este objetivo, en la actualidad, y seguramente desde hace varios años, la mayor parte de la sociedad satisface la necesidad de alimentarse sin tomar en cuenta que hay que tener un autocontrol desde el momento de elegir el alimento, esta elección debe basarse principalmente en que sea saludable, sin embargo el individuo opta por lo que considera “rico” y es interesante mencionar que, tratándose de comida, el individuo regularmente da más importancia a que el alimento satisfaga sus antojos y no al precio, resaltando así el poder que puede llegar a tener el placer que el alimento le produce.

Varios estudios sugieren que las emociones intensamente placenteras asociadas a la comida están acompañadas por actividad en el sistema nervioso.⁸

2.6 Influencia de la publicidad en la selección de la dieta

Debido a la gran influencia que ha llegado a tener la publicidad para incitar al consumo de ciertos productos, es importante mencionar algunas de las estrategias que utiliza.

La publicidad influye de manera importante en la creación de preferencias y llega a moldear los ambientes sociales. En general, la publicidad busca que el público conecte el producto que se anuncia con la satisfacción de alguna necesidad, no se puede decir que la publicidad crea nuevas necesidades; lo que pretende es hacer creer a la audiencia que el producto que se anuncia le sirve para satisfacer algunas de sus necesidades como integrarse socialmente, ser feliz, ser reconocido por los otros, lograr metas, etc. Por lo general, la publicidad no hace alusión a necesidades básicas y curiosamente, pocas veces los anuncios de alimentos se refieren a la necesidad misma de alimentarse además, los alimentos saludables aparecen en menos del 3% de los anuncios.²⁰

Las empresas dedicadas al rubro de golosinas enfocan sus productos de acuerdo a la demanda por grupos de edad, siendo los niños y los adolescentes dos de sus mercados más importantes.⁸

La publicidad es uno de los factores más importantes para la venta de un producto, y tanto en la elaboración del *spot* como en su transmisión llegan a utilizarse métodos éticamente cuestionables. Solo el 6% de los productos dirigidos al público adulto resultan éxitos comerciales, mientras que con los niños ascienden a un 30%.²¹

Los productos diseñados para niños se caracterizan por un precio económico y de “compra impulsiva” (el cliente tiene un par de segundos para evaluar y decidir por el tipo de producto, presentación, calidad e intervalos de precios),

pueden ir en envases especiales o contener regalos. Están diseñados principalmente, para la venta callejera y pequeños negocios,⁸ debido a que parte importante de la rutina de los niños es ir a la escuela, en donde fácilmente pueden consumir golosinas tanto dentro de la misma como en los pequeños establecimientos callejeros que se encuentran fuera de esta.

2.7 Relación entre comportamiento y dieta

Debido a que es una necesidad primordial, la dieta se convierte en un hábito y los hábitos de dieta pueden variar dentro de una misma sociedad. El tipo de dieta que elige llevar cada individuo es multifactorial, puede estar regida por cultura, costo, tradiciones, ocupaciones, etc., dichos factores pueden aumentar la ingesta de productos instantáneos, comida rápida y golosinas. También influye el impacto publicitario de alimentos modernos que se basan en imagen y sabor, dejando a un lado el contenido nutrimental.⁵

La caries dental es una enfermedad dependiente de la conducta del ser humano que se relaciona con la ingesta de hidratos de carbono, y la ingesta de hidratos de carbono es un comportamiento que se elige llevar a cabo.⁵

2.8 Estudios realizados para comprobar la relación entre caries y dieta

Existen numerosas evidencias acerca de la relación entre la ingesta frecuente de hidratos de carbono y la prevalencia de caries dental. Sin embargo, existe cada vez mayor evidencia que demuestra una correlación débil entre los hábitos de dieta y caries en los países industrializados, mientras que en los países en vías de desarrollo, la correlación entre ambos fenómenos es aparentemente importante.⁵

Para entender estas variaciones debemos recordar que la caries dental es una enfermedad multifactorial, y por ende, ninguna variable específica puede explicar todo el origen de la enfermedad.⁵

Lo mencionado anteriormente se ha respaldado con estudios realizados en humanos tales como:

Estudio de Vipeholm

El estudio de Vipeholm duró 5 años, se realizó en Suecia en los años 50's en 436 adultos que padecían retraso mental, su finalidad era demostrar la relación entre la ingesta de azúcares entre comidas y los incrementos en incidencia de caries dental. Un grupo control consumió una dieta con la menor cantidad de azúcar posible, lo cual trajo como resultado una actividad cariogénica muy reducida. En otros grupos de individuos la adición de azúcar a la dieta tuvo como consecuencia un aumento en la actividad cariogénica, dichos aumentos dependían de la forma de consumir los azúcares. El azúcar consumido en forma de bebidas o el consumo de pan con las comidas, solamente causó leves incrementos en la actividad cariogénica, el grupo que consumió chocolates cuatro veces al día entre comidas, mostró un incremento de caries moderado y los grupos que consumían caramelos pegajosos 8 y 24 veces entre las comidas, mostraron incrementos dramáticos en la incidencia de las lesiones cariosas. Sin embargo, las variaciones entre individuos fueron

grandes; incluso dentro del grupo que consumía 24 caramelos diarios, hubo individuos que no desarrollaron lesiones cariosas lo cual puede deberse a otros factores tales como la higiene oral.⁵

Estudio Hopewood House

Este estudio se basó en la observación de los niños de la Hopewood House en Australia que eran alimentados con dietas vegetarianas, en las que se restringía el azúcar y otros hidratos de carbono refinados, aun con bajos niveles de fluoruro en el agua e higiene oral deficiente, solo presentaban un 10% de aumento de la caries en relación a los niños de edad comparable de la población general. Cuando los niños crecieron y se alimentaron con una dieta más convencional, la tasa de caries creció de gran manera, desarrollándose paralelamente al de la población general. Lo cual demostró que la restricción de hidratos de carbono en la infancia no produce inmunidad contra la caries dental.²²

Estudio de Turku

El estudio de Turku se realizó en Finlandia en los años 70's, se contó con la participación de 127 individuos durante 2 años. El objetivo fue comparar los efectos de una dieta con contenido de azúcar, con dietas en las cuales se reemplazaba la casi totalidad del azúcar por fructosa o xylitol. Se formaron tres grupos de estudio: el grupo con azúcar, el grupo con fructosa y el grupo con xylitol. Se comprobó que existían grandes incrementos en lesiones cariosas en los grupos de azúcar y fructosa, mientras que el grupo con xylitol mantenía incrementos mínimos.⁵

Otros estudios como el de Bibby demuestran que los alimentos pegajosos tienden a ser eliminados de la cavidad oral con mayor rapidez que muchos otros alimentos o sustancias. Rugg-Gunn realizó estudios que comprueban que bebidas dulces como gaseosas, mantenían el pH bajo en la boca durante periodos largos a comparación de los alimentos considerados pegajosos. Lo

importante es la velocidad de la difusión de los hidratos de carbono dentro de la placa dental. El método de consumo de las bebidas también influye, algunas son consumidas rápidamente, mientras que otras, son tomadas de trago en trago durante largo tiempo.⁵

Los estudios anteriormente mencionados evidencian que la dieta en sí es multifactorial.

2.9 Potencialización de la caries

Para entender el potencial cariogénico de una dieta, se debe tomar en cuenta el balance entre los factores causantes de la enfermedad y los factores de defensa que existe en la cavidad oral, así como recordar que la dieta no depende solo de sí misma para producir una alta prevalencia de caries.

La sacarosa es considerada el hidrato de carbono más cariogénico ya que sirve de substrato a los microorganismo acidogénicos para la producción de polisacáridos extracelulares (glucan, fructan) y polisacáridos de matriz insoluble (mutan); por ello favorece la proliferación de *Streptococcus mutans* y aumenta la pegajosidad de la placa dental. El tipo de hidrato de carbono consumido, sumado a una elevada concentración de éste y largo tiempo de retención en boca, da como resultado la prevalencia de un ambiente favorable para la formación de caries.⁵

Aún no existe algún método para evaluar dichos factores, la única referencia que se tiene es la información que proporcione el paciente.⁵

2.10 Prevención

La prevención se refiere a cualquier medida o conjunto de actividades que evitan la ocurrencia de enfermedad y en caso de que esta ya esté presente, aminoran o interrumpen su progreso.²³

La actual prevalencia de caries origina la necesidad de mejorar la actitud odontológica de prevención ya que los resultados obtenidos a partir de esta no han sido satisfactorios. Para entender el papel de la prevención es necesario explicar salud y enfermedad.

2.10.1 Salud/enfermedad

Durante mucho tiempo prevaleció la idea de que salud se refiere solamente a la ausencia de enfermedad.²³ Sin embargo, un individuo puede no padecer alguna enfermedad y aún bajo esta circunstancia sentirse mal; esto se debe a la influencia de diversos factores sociales, económicos, emocionales etc., que afectan la salud de la persona ya que es naturaleza del ser humano desarrollar emociones y desenvolverse en sociedad.

Es por ello que en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modifica el anterior concepto de salud y la define en su carta constitucional como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad.²³

Para introducir la prevención en la práctica odontológica se deben de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Considerar al paciente como unidad, no simplemente como un juego de dientes con cierto grado de enfermedad.
- Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad todo el tiempo que sea posible.

- Si el paciente ya tiene signos de enfermedad dental, tratar de restaurar la salud tan rápido y de manera adecuada como sea posible.
- Proveer al paciente de educación y motivación necesaria para mantener su propia salud.²⁴

La prevención debe ser aplicada de manera integral enfatizando en el mantenimiento de una boca sana, convencer al paciente del tratamiento adecuado a su padecimiento y llevarlo a cabo.

El termino enfermedad se refiere a cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona afectando así su bienestar. En otras palabras es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura y función del organismo.²⁵

El individuo en completo estado de salud se encuentra en equilibrio con su ambiente, pero éste no es estático, por lo cual dicho individuo debe de funcionar de manera adecuada para poner en juego mecanismos de ajuste que le permitan adaptarse, rechazar lo desfavorable o modificar dicho ambiente.²⁵

Salud y enfermedad son los extremos de un mismo proceso dinámico de adaptación física, mental y social ante la influencia del ambiente físico, biológico, psicológico y sociocultural.²⁵ El adecuado uso de los niveles de prevención ayuda a mantener el equilibrio necesario para la prevalencia de la salud.

2.10.2 Niveles de prevención

Para conseguir una mayor eficacia, la prevención se encuentra organizada en tres niveles.

Prevención primaria

La prevención primaria se divide a su vez en dos niveles: Promoción de la salud y protección específica.

La promoción de la salud, también llamada prevención no específica, es aquella que no está dirigida hacia alguna enfermedad dada e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo, ejemplo de estas medidas es la promoción de una alimentación balanceada y la higiene personal. ²⁴La mayoría de estas medidas son acciones de promoción de la salud que tienden a aumentar la resistencia del huésped. ²³En el caso de la alimentación balanceada no se ha dado la importancia suficiente en especificar que puede llegar a ser dañina la mala organización en cuanto a los hábitos alimenticios, olvidando mencionar los efectos de comer entre comidas más aún si la ingesta es elevada en hidratos de carbono.

La protección específica consta de medidas para prevenir ciertas enfermedades, en odontología se refiere a la fluoruración de la sal, aplicación tópica de fluoruro y controles de placa.²⁴ Las medidas de prevención primaria permiten combatir la aparición de enfermedades de manera masiva y a su vez, deberían originar una futura disminución en la prevalencia de caries pero, debido al resto de los factores involucrados en el origen de esta enfermedad, no se han obtenido los resultados esperados.

Prevención secundaria

La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Se realiza cuando la enfermedad ya está presente y su única posibilidad de prevención es interrumpirla mediante el tratamiento oportuno con el fin de lograr su curación y evitar la aparición de secuelas.²³

En el campo odontológico la prevención secundaria se refiere a la toma de radiografías, aplicación de odontología restauradora temprana, etc.,²⁴ combate la caries con tratamientos que requieren menor tiempo y costo, dando a su vez la oportunidad al odontólogo de proporcionarle las indicaciones adecuadas al paciente para evitar la reincidencia de caries o la incidencia de ésta en los dientes sanos. Esta atención personalizada facilitará el hacer ver al paciente el verdadero papel que juegan sus hábitos alimenticios con relación al desarrollo de caries dental y se obtendrán mejores resultados.

Prevención terciaria

La prevención terciaria es necesaria cuando no se han llevado a cabo las medidas anteriores o cuando éstas fracasaron. Se aplica cuando la enfermedad ya está establecida, hayan aparecido o no secuelas, se divide en limitación del daño y rehabilitación.²³

En odontología, la limitación del daño se refiere a la colocación de recubrimientos pulpares, extracciones, procedimientos endodónticos, etc.²⁴

La rehabilitación ayuda tanto física como psicológicamente; las medidas tales como la colocación de prótesis fijas y removibles pueden ser clasificadas en este nivel.²⁴

Independientemente de la fase en que se encuentre la caries, el odontólogo siempre debe de interesarse por conseguir que el paciente esté en estado de

salud oral; el éxito del procedimiento se logrará incluyendo la cooperación del paciente dentro de la estrategia para limitar el daño y la rehabilitación.

2.11 Prevalencia de caries dental

La caries dental es una enfermedad que afecta a un gran número de personas en el mundo. Los datos de estudios realizados en algunos grupos de población en nuestro país y la demanda de atención odontológica en los servicios de salud en México indican que se trata de un padecimiento de alta prevalencia.²⁶

La Secretaría de Salud (SSA), en el año de 1980 realizó una Encuesta de Morbilidad Bucal en escolares del Distrito Federal, cuyos datos indicaron que el nivel de caries era alto de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Federación Dental Internacional (FDI) ubicando a los escolares en el nivel alto de prevalencia.²⁶ Dichos resultados originaron el desarrollo de varios estudios con el fin de crear estrategias para combatir el problema que ocasiona la caries.

Se realizó una encuesta en 1988, incluyó un total de 4,474 escolares de 5 a 12 años de edad; el 90.5% de la población presentó caries dental ya fuese en la dentición temporal o permanente, dicha encuesta ubicó a los escolares en el límite superior de la categoría de moderado. A pesar de este pequeño avance se sigue observando una alta prevalencia y severidad de caries dental.²⁶

Se realizó un estudio transversal aplicando el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) en una comunidad suburbana de Campeche, 54.1% de los sujetos presentaron la lesiones de mayor severidad, el mismo tipo de estudio fue realizado en niños en edad preescolar en la zona urbana del mismo estado y dicho porcentaje de prevalencia se presentó disminuido, esta diferencia puede deberse a que, los escolares de la zona urbana de Campeche cuentan en sus escuelas con un programa de odontología preventiva.²⁷

La encuesta realizada de 1887-1988 se aplicó a una muestra representativa de escolares de los estados de Nuevo León, Tabasco y el D.F., se utilizó el índice CPOD; la prevalencia de caries fue alta. El mismo estudio se realizó en las encuestas de 1997-1998 y se encontró que, tanto en el estado de Nuevo León como en el de Tabasco, había una disminución en la prevalencia de caries mientras que en el D.F. seguía observándose una prevalencia de caries alta.²⁸

Las diferencias encontradas en los resultados de estudios realizados acerca de la prevalencia de la caries dental se deben a la interacción de los múltiples factores que intervienen en el origen de la enfermedad, destacando el dominio de aquellos que favorecen el desarrollo de ésta.

Aunque se ha observado una pequeña disminución de caries en décadas pasadas, la prevalencia e incidencia de caries dental en México son enormes por lo que aún es considerada un problema de salud pública. El uso generalizado de fluoruros provenientes de diversas fuentes parece ser el principal factor en la reducción de caries aunque todavía hay considerables necesidades preventivas y de tratamiento rehabilitador que no han sido cubiertas.²⁸

Se prestó cooperación técnica para medir el progreso en los países desde el comienzo de los años noventa, apoyándose en un proceso continuo de salud bucodental basado en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12). El CPOD se usó para la comparación entre países por su disponibilidad, facilidad de medición y fiabilidad en las comparaciones entre países.²⁹

El índice utilizado resultó eficiente para este estudio al abarcar un gran número de personas y sus datos son confiables, sin embargo, cada individuo es diferente, desde el físico, manera de pensar, costumbres y necesidades, hasta los factores externos e impredecibles que cada uno puede padecer; lo cual explica el hecho de que si bien, las medidas realizadas con el fin de abarcar el mayor número de individuos posible ofrece una visión amplia para la

planeación de una estrategia de solución, también carece de datos específicos que reforzarían la estrategia y la convertirían en una solución que abarcaría a un mayor número de individuos.

El sistema de clasificación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tuvo varias repercusiones tales como la implantación de un programa de gran alcance de fluoruración de la sal y el agua. Más de 350 millones de personas tienen acceso a los programas de fluoruración en las Américas, y se proyecta que en el 2010 la cifra de personas con acceso a los programas de fluoruración ascienda a 430 millones.²⁹

La fluoruración del agua como método de prevención de la caries inicio a partir de los años 40's en los Estados Unidos de Norteamérica. En 1948, la OMS promulgó la primera resolución para el empleo de la fluoruración del agua.³⁰

En 1979 la OPS, en su XXXIX Resolución del Consejo Directivo, recomendó la fluoruración de la sal de consumo humano para los países de las Américas, como el mejor método de prevención masiva de la caries dental.³⁰

En 1986, La Fundación W. K. Kellogg, apoyó tres proyectos de fluoruración de la sal, en Costa Rica, Estado de México y Perú (1988).²⁹

En 1991, se llevó a cabo el Seminario Internacional de Fluoruración de la Sal en nuestro país y se extendió a toda la República Mexicana el proyecto iniciado en el Estado de México.³⁰

En 1995 entran en vigor las normas sanitarias para la sal yodada y sal yodada fluorurada y para la prevención y control de enfermedades bucales estableciendo la sal como vía sistémica única. Un año más tarde se establecen los municipios en donde no debe distribuirse la sal yodada fluorurada.³¹

En el 2002, debido a los resultados de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental de 1997, se modifica el listado de estados de la República

Mexicana donde deberá distribuirse sal yodada y sal yodada fluorurada, con el fin de proteger a la población expuesta a problemas de fluorosis dental.³¹

La prevención de enfermedades bucales es la piedra angular de las políticas de salud bucodental de la OPS para la región de las Américas. Las políticas, los instrumentos y la capacitación que proporciona la OPS a los Estados Miembros produjeron una reducción considerable de caries en toda la región. Estas mejoras se pueden atribuir en gran parte a los programas nacionales de prevención mediante la fluoruración del agua y de la sal, el aumento en la conciencia acerca de la higiene bucodental apropiada y el mejoramiento de las prácticas de atención de salud bucodental.²⁹ Sin embargo, a pesar de las medidas de prevención realizadas por la OPS, el problema de la caries es considerable ya que prevalece en la actualidad, esto se debe a que dichas medidas solo abarcan una parte de este problema de salud pública porque no se han tomado en cuenta aspectos socioculturales que originan la caries. Estas medidas de prevención abarcan de manera general un problema que es de origen multifactorial.

A pesar de las mejoras obtenidas, la realidad es que los resultados han sido poco satisfactorios ya que en pleno 2008, las metas que se planearon desde 1997 y que se visualizaban realizadas para el año 2000 aún no se han cumplido, por el contrario, nos encontramos muy lejos de alcanzarlas. La propuesta del Plan Decenal sobre Salud Bucodental (2005-2015) aún se basa en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las metas aún inconclusas son:

1. Finalización de la agenda inconclusa en materia de salud bucodental. “Alcanzar un nivel mínimo de acceso a la salud bucodental para todos al cerrar brechas sanitarias en la atención para los grupos más vulnerables (embarazadas, personas mayores, personas infectadas con VIH o sida e indígenas)”.²⁹

A pesar de los adelantos demostrados a través del CPOD que han sido más bajos en el último decenio, las variaciones en los países y entre ellos son considerables. Dichos resultados obedecen a las características individuales de cada persona, falta de programas de salud bucodental, falta de transporte para ir a los lugares de atención, obligaciones que impiden a los individuos tomar tiempo para su salud oral, etc.

También influye la insuficiencia de recursos, falta de comprensión del público y la falta de conciencia acerca de la importancia de la salud bucodental.²⁹

Los programas realizados para la prevención de caries no han logrado despertar el interés de los individuos por su salud oral motivándolos a que le dediquen tiempo, dinero y mantenimiento, no se consigue aún que la sociedad entienda la importancia de prevenir la caries ya que no valoran los dientes, porque en la mayoría de los casos, se atienden solo cuando hay un dolor insoportable y la opción que regularmente eligen como tratamiento, es la extracción.

2. Integración de la atención de salud bucodental con los servicios de atención primaria de salud.²⁹

Es importante que la atención odontológica se integre en los servicios de atención primaria de salud en otro tipo de enfermedades debido a que contribuye a mejorar la calidad de vida previniendo o disminuyendo las repercusiones de una enfermedad de origen sistémico en boca. Dicha acción solo abarca una parte de la población que aplica el cuidado bucal como parte de su tratamiento ante otro tipo de enfermedad más grave que es a la que realmente le dan prioridad.

3. Incremento de las intervenciones económicas comprobadas. Plan de varios años para los programas de fluoruración en las Américas y la ampliación de la cobertura de salud bucodental con tecnologías sencillas.²⁹

En México la sal fluorurada es un programa preventivo a nivel nacional. Se cuenta con poca información acerca de las modificaciones en los índices de caries que presenta la población escolar mexicana, así mismo, existen pocos datos acerca de los hábitos de higiene bucal en esta población.³² La fluoruración de la sal en México se realizó hace varios años y ha mostrado una disminución en la prevalencia e incidencia de caries pero el alto índice de esta enfermedad prevalece hoy en día.

2.12 Demografía

El presente estudio se llevó a cabo en una escuela primaria pública del Distrito Federal ubicada en la delegación Iztapalapa.

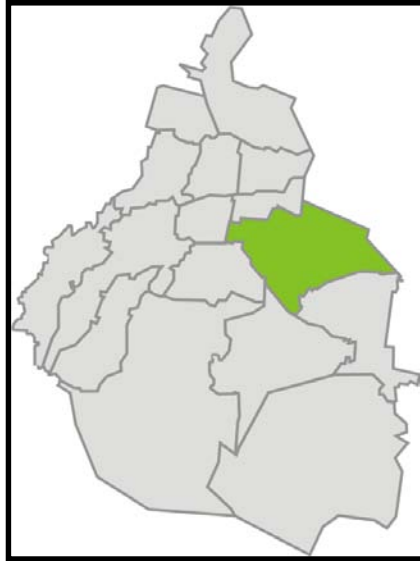
Con una población de 103,263,388 habitantes en el 2008, México es el país de habla hispana más poblado del mundo, el segundo más poblado de Latinoamérica, después de Brasil y el segundo de Norteamérica, después de los Estados Unidos.³³

La ciudad más poblada del país es la capital, la Ciudad de México, con una población de 8.7 millones de habitantes (2005).³³

Iztapalapa es una de las dieciséis delegaciones en que se divide el Distrito Federal de México. Su nombre proviene de las palabras nahuas *Iztapalli* (losa o laja), *atl* (agua) y *pan* (sobre). Y significa: *Sobre las losas del agua o En el agua de las lajas*. La toponimia de Iztapalapa hace alusión a su antigua situación ribereña del lago de Texcoco.³⁴

La actual demarcación política toma su nombre de la antigua población mexicana fundada en el siglo XIV, que hoy es la sede de la jefatura delegacional. Iztapalapa se localiza en el oriente del Distrito Federal de México. Posee una superficie de 117 km². Limita al norte con Iztacalco; al poniente con Benito Juárez y Coyoacán; al sur con Tláhuac y Xochimilco; y al este con los municipios mexiquenses de Nezahualcóyotl, La Paz y Valle de Chalco Solidaridad. Según el Censo de Población del año 2005, Iztapalapa tenía una

población de 1,820,888 habitantes, que la convierten en la demarcación más poblada de la capital mexicana, y una de las más pobladas de todo el país.³⁴



http://209.35.123.177/inmomex/images/Mapa_Iztapalapa_Mexico_DF.gif

Índice de desarrollo humano

El índice de desarrollo humano de Iztapalapa es de 0.8359, que coloca a la delegación en el sitio 13 de 16 en el Distrito Federal. La mayor parte de la población es de clase media baja y baja con pequeños sectores de clase media y media alta ubicados en las colonias Sinatel y otros menores.³⁴

Alfabetismo

De la población mayor de 15 años que habita en Iztapalapa (poco más de 1 millón 200 mil personas), el 96.3% sabe leer y escribir; en tanto que la tasa observada en el Distrito Federal fue de 97.0%. En lo respectivo a los niños en edad escolar, sólo el 91.88% de los sujetos en ese rango saben escribir. El índice observado para el Distrito Federal fue de 92.94%. El promedio de grado escolar en Iztapalapa es de 9 años de instrucción, en tanto que para el D.F. es de 10 años.³⁴

Religión

En un lapso de diez años, el catolicismo perdió presencia frente a otras denominaciones religiosas, en especial, las evangélicas; pasó de 92.1% a 80.18%.³⁴

Hablantes de lenguas indígenas

Según el censo del año 2000, el total de hablantes de lenguas indígenas que habitaban en Iztapalapa fue de 32,141 personas, de las cuales la amplia mayoría habla español. Las lenguas indígenas con mayor presencia en ese periodo censal fueron la náhuatl, con 4 mil 451 hablantes; la mixteca, con 4 mil 390; la lengua otomí, con 2 mil 564; y el idioma zapoteco, con 2 mil 569.³⁴

3. PLANTEAMIENTO

A pesar de los múltiples intentos del sector salud para combatir la incidencia de caries a través de programas dirigidos hacia la prevención de esta enfermedad, la caries es aún un grave problema debido a su alta prevalencia. Esto demuestra las deficiencias en las estrategias de prevención lo cual se debe a la falta de estudio de los múltiples factores que originan la caries.

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de caries dental es la dieta de los individuos, a cuyo origen se le ha restado la importancia que realmente merece ya que es una necesidad básica del ser humano alimentarse teniendo así, un lugar primordial dentro de su modo de vida.

Diversos factores influyen en la dieta de cada uno de los individuos y pueden ser de origen social, cultural o económico, regidos por costumbres y actividades, influenciados por la publicidad, etc. La dieta es indispensable para la vida y a su vez es uno de los múltiples factores que intervienen en el origen de la caries dental.

Los niños en edad escolar integran un grupo propenso a padecer caries ya que su estilo de vida depende en gran parte a las actividades realizadas por las personas mayores que los rodean las cuales a su vez, en la mayoría de los casos, carecen del conocimiento así como del interés por tener una boca sana.

Debido a diversos factores socioculturales, los escolares están expuestos a adquirir hábitos alimenticios que conforman una dieta altamente cariogénica.

Se han implementado innumerables programas para la prevención de la caries en México sin embargo, pese a que la dieta se presenta en la historia natural de la caries dental, es evidente que existen condiciones en el estilo de vida y en los hábitos alimenticios que contribuyen a que la caries dental siga siendo un problema de salud pública, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores socioculturales influyen en la dieta como un factor de riesgo en el desarrollo de caries dental en escolares?

4. JUSTIFICACIÓN

De la dieta deben obtenerse los nutrientes necesarios que contribuyen a tener una vida sana, por dicha razón es esencial para el desarrollo del ser humano e irremediablemente es un hábito indispensable dentro de nuestro estilo de vida.

Debido a los diversos factores a los que se atribuye la elección de los alimentos, la dieta, lejos de cumplir con el que debe ser su principal propósito, se ha convertido, en un factor potente de riesgo para el desarrollo de caries dental.

Los diversos aspectos que abarca el estudio de la dieta se deben a que, ésta en sí es multifactorial y, por tal motivo, la identificación y estudio de los factores que rigen su origen ayudarán a comprender el impacto que ha llegado a causar en la prevalencia de caries dental.

En los escolares, el factor de riesgo a consumir productos altamente cariogénicos aumenta partiendo de que la mayoría de las personas que los atienden, carecen de los conocimientos o del interés en saber acerca de los efectos nocivos que algunos alimentos pueden tener en cuanto a salud oral se refiere.

La desintegración familiar, la falta de comunicación y la presencia de adicciones entre otros, potencializan aún más el riesgo de adquirir una dieta altamente cariogénica.

Es por ello que el estudio de dichos factores facilitará la comprensión del problema de salud pública que es la caries.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Identificar la dieta como factor de riesgo en caries en escolares de una escuela primaria pública.

5.2 Objetivos específicos

Identificar características familiares que influyen en la dieta de los escolares.

Identificar el conocimiento que los escolares tienen acerca de caries.

Identificar el conocimiento que los escolares tienen acerca del efecto que la ingesta de dulces tiene en sus dientes.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es una propuesta de investigación apoyada en la metodología cualitativa.

6.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo apoyado en una metodología fenomenológica, demográfica y observacional con el fin de identificar el origen de los hábitos alimenticios de los escolares. La observación del escolar durante la entrevista proporcionó evidencia acerca del ambiente en el cual se desenvuelve enriqueciendo así la información.

El hecho de que la metodología se base en la vida diaria de cada individuo nos da la oportunidad de conocer aspectos individuales que influyen en los hábitos alimenticios de los escolares permitiéndonos obtener una visión amplia acerca del porque la dieta es un factor de riesgo importante en el desarrollo de caries dental.

El estudio se llevó a cabo en escolares que asisten a una escuela primaria pública ubicada en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México.



Fuente directa

Se estableció comunicación con las autoridades de la escuela por medio de dos cartas, una dirigida al director del turno matutino (Anexo 1) y otra dirigida al director del turno vespertino (Anexo 2), y con los padres de familia o tutores de los escolares mediante una junta realizada para dar a conocer el tema de la entrevista, así como para que otorgarán el consentimiento verbal necesario para realizar la toma de fotografías a los escolares.

Antes de realizar las entrevistas se pidió el consentimiento verbal de cada uno de los escolares.

A cada escolar se le realizó una entrevista semiflexible la cual inició con la recopilación de datos personales con la finalidad de integrar la ficha de identificación (Anexo 3).

Seguido a esto se realizaron las preguntas necesarias para obtener información acerca de los hábitos alimenticios de los escolares y así entender de una mejor manera su relación con la prevalencia de caries actual. Después se tomaron las fotografías de aquellos escolares que dieron su consentimiento verbal.

Al final de la entrevista se les gratificó con un detalle por su participación en el estudio.



Fuente directa

6.2 Población de estudio y muestra

La población de estudio estuvo integrada por escolares de una escuela primaria pública ubicada en Iztapalapa, para la selección de la muestra no hubo distinción de sexo y participaron escolares de los dos turnos de estudio con un intervalo de edad de 6 a 12 años.

La muestra se integró por saturación teórica quedando conformada por 24 escolares.

6.3 Criterios de inclusión

- Escolares que aceptaron participar en el estudio con previo permiso de sus padres o tutores.

6.4 Criterios de exclusión

- Escolares con actitud indiferente ante la entrevista ya que no proporcionan la información necesaria para realizar el estudio.
- Escolares que no terminaron la entrevista.

6.5 Variables de estudio

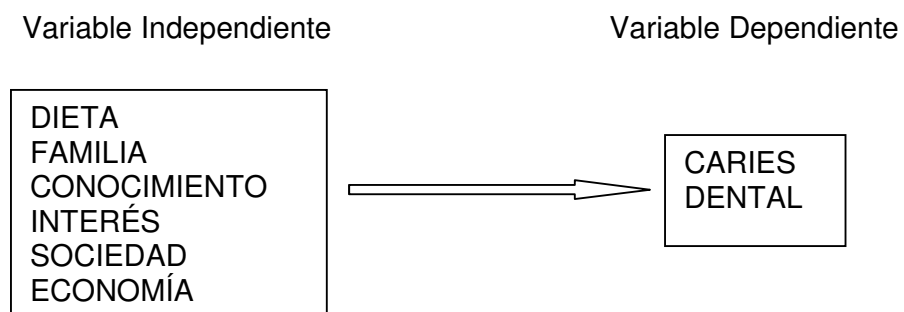
6.5.1 Variables independientes

- Dieta
- Familia
- Conocimiento
- Interés
- Sociedad
- Economía

6.5.2 Variable dependiente

- Caries dental

6.6 Modelo teórico



La prevalencia de caries en México convierte a esta enfermedad en un problema de salud pública debido a que afecta severamente a gran parte de la población.

Múltiples factores influyen en el origen de la caries dental destacando la presencia de una dieta rica en hidratos de carbono, dicho factor es potencializado por el entorno familiar y social en el que se desarrolla el individuo.

La familia es el núcleo de la sociedad, de la cual se adquieren hábitos difíciles de modificar ya que se aprenden desde pequeños, es por tal motivo que repercutirán en el comportamiento del individuo.

La falta de conocimiento acerca de la caries, la carencia de interés hacia su prevención así como la desintegración familiar y la sociedad en la que se desarrolla el individuo lo vuelve susceptible a adquirir hábitos que dañan su salud tal como una dieta altamente cariogénica, sumando a esto que los productos ricos en hidratos de carbono son fáciles de conseguir debido a que se encuentran en establecimientos comerciales grandes y pequeños a precios accesibles para los escolares.

6.7 Conceptualización

Dieta: Es el conjunto de alimentos que se consumen en un día conformando así los hábitos alimenticios.¹⁷ Es indispensable en la vida del ser humano y por ende forma parte importante de su cotidianidad.

Familia: Conjunto de individuos de la misma sangre que habitan la misma casa, cuya estructura base esta conformada por el padre, madre e hijos.³⁵ La familia es el núcleo de la sociedad ya que de ahí parten los hábitos que representan a sus integrantes ante ésta. Las familias pueden presentar diferentes estructuras, algunas de ellas con la carencia de padre, madre o ambos, otras con la integración de una persona(s) "ajenas" a la estructura base lo cual repercute en la formación de los individuos que la integran.

Conocimiento: Se refiere al entendimiento de algo.³⁶ La aplicación de acciones basadas en conocimientos erróneos o falta de este puede repercutir de manera negativa en los individuos debido a que se obtienen resultados inesperados.

Interés: Cualidad de algo que lo hace importante y valioso para alguien.³⁷ El interés que alguien pueda sentir ante aspectos básicos de su vida refuerza la

calidad de ésta. Los individuos no siempre muestran interés por estos aspectos y viven acostumbrados a los resultados que ocasiona la falta de éste.

Sociedad: Es el conjunto de individuos que comparten fines, conductas y cultura y que se relacionan interactuando entre sí cooperativamente, para formar un grupo o una comunidad. ³⁸La falta de interés o conocimiento hacia ciertos aspectos de la vida así como la influencia proveniente del ambiente familiar origina las acciones que el individuo elige para adaptarse a su entorno social y poder desarrollar su vida cotidiana.

Economía: La situación económica de los individuos varía, sin embargo está regido por los intereses de cada uno. Aunque en la familia el nivel económico sea bajo, ésta dará prioridad a lo que considere importante y difícilmente dejará de prescindir de ello.

Caries dental: Es una enfermedad de alta prevalencia, cuya característica que la hace difícil de combatir es el hecho de ser multifactorial. En ella influyen incluso factores socioculturales difíciles de modificar puesto que forman parte del estilo de vida.

6.8 Aspectos éticos

En el presente estudio destaca la aplicación de la ética al respetar la confidencialidad de las entrevistas e identidad de los escolares, así como al solicitar el previo permiso a los padres y tutores para la realización de éste y la toma de fotografías de los escolares, así mismo, se respetó la decisión del escolar en el caso de no estar de acuerdo.

6.9 Análisis

Las entrevistas fueron grabadas en una videocámara digital Handycam de Sony modelo 12R-DVD108-DVD308, con la finalidad de favorecer la fluidez de la entrevista. Solo se grabó la voz de los escolares.

Después, las entrevistas fueron capturadas en una computadora HP PAVILION W521 empleando paquetería Microsoft Office Word 2003.

Las fotografías tomadas a los escolares y a los productos que consumen se obtuvieron con una cámara digital Sony modelo DSC-S40 Cyber-Shot.

Una vez capturadas las entrevistas se imprimieron con la finalidad de identificar palabras clave relacionadas con sus hábitos alimenticios, caries e higiene oral.

Se procedió a identificar las ideas y conceptos en común, además, en cada sujeto se observaron las características físicas, así como la manera de responder y comportarse durante la entrevista con la finalidad de obtener información más amplia acerca de los aspectos que influyen en su dieta para la integración de una conclusión grupal.

7. RESULTADOS

La muestra quedó integrada por 24 escolares, 10 niños y 14 niñas, con un promedio de edad de 8.87 años y un intervalo de 6 a 12 años.

EDAD	NIÑOS	NIÑAS
6		1
7	1	4
8	3	2
9	2	3
10	2	2
11		1
12	2	1

Cada una de las preguntas se fue analizando para lograr la identificación de los conceptos que a continuación se describen.

¿Con quién vives?

La mayor parte de los escolares reportan vivir en familias con carencia de padre. También hay familias en las que se cuenta con la presencia de un padrastro o con el antecedente de haber tenido uno y, en algunos de estos casos, escolares reportan alegrarse de ya no tenerlo: *“Vivo con mi mamá, mi abuelita y mis tíos, antes vivíamos con mi padrastro pero qué bueno que ya no porque eran puros problemas”*.

En las familias con carencia paterna los escolares se encuentran al cuidado de la abuela e incluso de los hermanos mayores, un menor número refiere que incluso ellos se hacen cargo de hermanos menores, lo cual ocasiona que los escolares se vean en la necesidad de faltar a la escuela en algunas ocasiones.

¿Qué te gusta comer en la escuela? *“Cuando vengo a la escuela me gusta comer tortas y agua”* **¿Por qué a veces no vienes a la escuela?** *“Porque me tengo que quedar a cuidar a mi hermanita de tres meses”.*

El hecho de la carencia paterna origina que la madre trabaje y en algunos casos, cuando no tienen con quien dejar al niño se lo lleva al trabajo:

¿Cuándo cepillas tus dientes? *“En la noche y en la mañana nada más, en la tarde siempre salgo sino si me los lavaba es que voy al trabajo con mi mamá”*

Algunos escolares reportan vivir con personas ajenas al núcleo familiar básico incluyendo en él tíos y primos lo cual dificulta el grado de atención hacia ellos ya que el hecho de que los padres se vean en la necesidad de vivir de esta manera con sus hijos refleja la gran necesidad económica que tienen; en dicha situación existe el siguiente reporte de un escolar: *“Vivo con mi papá, mi abuelita, dos hermanos mayores, un primo y mi tía pero no me gusta es que nos cuida mi tía pero mi primo es bien payaso y a mi casi no me hacen caso prefiero estar solo cuando puedo.”*

Situaciones similares llegan a ocasionar que los escolares busquen la soledad y esto los hace más propensos a adquirir hábitos alimenticios dañinos.

El porcentaje menor de los escolares entrevistados reporta tener padre y madre, lo cual no los excluye de algún tipo de desatención.

Se encontró el reporte de un niño que refirió vivir con dos papás *“Tengo dos papás, uno es alcohólico, pero lo bueno es que me da dinero y el otro es un amargado que no me deja hacer mis gustos”.* Dicho escolar refleja ser un niño cuidado en cuanto a su aseo personal, es extraño observar dicha característica en un individuo que describe ésta situación de vida pero conforme fluyó la entrevista menciona que es alimentado y cuidado por la abuela; es sociable y adquiere confianza fácilmente.

Los escolares hablan con fluidez durante la entrevista lo cual nos permite identificar su necesidad por ser escuchados ya que durante el estudio refieren, al describir su estilo de vida, carecer de comunicación con los miembros de su familia.

¿Por qué comes?

Los escolares refieren tener cierto conocimiento de la importancia de la alimentación al contestar de la siguiente manera: *“porque me da hambre”, “para no enfermarme”, “para nutrirme”, “porque quieren que éste sana”, “para mantener mis energías y para mantener mis fuerzas”, “para crecer” etc.*

¿Desayunas?

El desayuno es considerado el alimento más importante del día, sin embargo varios escolares no desayunan por diversos motivos.

Los escolares del turno matutino refieren lo siguiente: *“Solo cuando me da tiempo porque a veces se me hace tarde para ir a la escuela”, “no, ya me acostumbré a no desayunar”; “no, casi siempre se nos hace tarde”, etc.*

¿Por qué a veces se te hace tarde? *“Porque prefiero dormir otro ratito”, “porque mi hermana no se apura y ella es la que me lleva”, “porque a mi mamá no le da tiempo de darme por estar cuidando a mi hermanita”, etc.*

Los escolares refieren consumir alimentos altamente cariogénicos desde el desayuno: *“Leche y pan”, “me gusta la leche con mucho chocomilk”, “galletas”, etc.*

Algunos de los escolares que no desayunan en su casa consumen el desayuno proporcionado por la escuela principalmente la leche y la galleta.

Los escolares entrevistados en el turno vespertino refieren desayunar algo ligero como leche y pan o no desayunar pero sí almuerzan antes de irse a la escuela: *“Desayuno el guisado del día de antes”*.

Sin embargo no faltan reportes de escolares de este turno cuyo desayuno es escaso y altamente cariogénico: *“Si galletas con leche y a veces coca”*, este escolar además refirió comer “lo que sea” antes de ir a la escuela y no comer en la hora del recreo porque *“No porque vengo comido de mi casa”*. El mismo escolar refirió alimentarse *“Para nutrirme, comer cosas para estar sano”*.

El conocimiento que los escolares refieren en la entrevista en cuanto al motivo de su alimentación es lo básico pero aun así es escaso ya que, para la mayoría, el comer lo que sea significa que van a estar bien, carecen de conocimiento acerca de los alimentos que realmente les ayudan a conseguir lo que refieren en las entrevistas.

¿Qué comes en la escuela?

En cuanto al consumo de alimentos en la escuela, los escolares refieren consumir los alimentos que les gustan, la mayoría de los alumnos no llevan lunch y con poco dinero pueden adquirir los alimentos deseados; el precio bajo de los alimentos refleja de alguna manera la calidad que estos pueden llegar a tener: *"Me dan \$10.00 y me compro una hamburguesa de \$3.00, una quesadilla de \$3.00, una bolsa de pepinos de \$3.00 y un dulce de a peso"*; otros escolares llevan menos dinero o guardan algo para comprar a la hora de la salida.

Un número menor de los escolares entrevistados no consume alimentos en el recreo ya que no llevan lunch ni dinero, prefieren gastar todo a la hora de la salida ya sea en dulces, en juegos mecánicos instalados fuera de la escuela o en ambos, o simplemente refieren haber comido bien antes de ir a la escuela.

Saliendo de la escuela ¿comes algo?

Los escolares tienen la oportunidad de comprarse algo saliendo de la escuela, ya que el costo de las golosinas es accesible.

"Si, dulces y chicharrones con poquita salsa", "dulces y papas, a veces, agua de Jamaica", "lo que más me gusta son los chetos con salsa, los chicles y los dulces", "sandía con salsa", etc.

Lo que prefieren comer los escolares son alimentos altamente cariogénicos, esto se debe al placer que les produce consumirlos.



Fuente directa

A todos los escolares les gusta comprar algo a la hora de la salida, sin embargo, por el factor económico, en un pequeño número de casos no siempre es posible. *“No, es que ya me gasté todo el dinero en el recreo y ya no me alcanza para nada”.*

¿Qué comes?

Saliendo de la escuela, ya estando en su casa, los escolares del turno matutino siguen un patrón similar de actividades, algunos se cambian el uniforme otros no, comen o antes ven la tele un rato, hacen la tarea, juegan o ven la tele, algunos cenan otros no y se van a dormir. Los escolares distinguen un momento específico de la tarde en que ellos comen: *“Como de todo, lo que más me gusta es el caldo de res y los frijoles.”*

Los escolares del turno vespertino comparten un patrón similar de actividades durante su mañana. La mayoría de ellos desayunan algo ligero como leche y pan o café y comen algo antes de ir a la escuela.

Los escolares refieren específicamente que alimentos consumen con mayor frecuencia: *“Antes de venirme a la escuela como a las 12:00 porque mi mamá es cajera, casi siempre como huevo”.*

Algunos niños hablan acerca de su alimentación refiriendo su situación familiar específica: *“Como lo que sea, me conformo con eso porque me da de comer mi abuelita”*. Un menor número de escolares del turno vespertino solo realiza una comida antes de ir a la escuela.

Mientras vez tele o cuando haces la tarea ¿comes algo?

A pesar de distinguir un momento de la tarde para comer, la mayoría de los entrevistados del turno matutino consumen alimentos cariogénicos durante todo el día.

“Cuando estoy viendo la tele como fruta o tomo refresco y en lo que hago mi tarea me gusta comer fruta”. “Solo cuando veo la tele como paletas o chetos, cuando hago mi tarea no como nada”, “si, lo que más me gusta es la naranja, mango y sandía con chile y sal”.

El comer alimentos entre comidas no siempre es originado por la necesidad de satisfacer antojos: *“Fruta o dulces, porque luego no me lleno cuando como”*. **¿Por qué a veces no te llenas?** Es que casi diario como verduras y no me lleno pero mi mamá dice que son saludables”. Este escolar aparenta una buena imagen en cuanto arreglo y aseo personal.

La menor parte de los escolares de este grupo no consumen alimentos entre comidas por las siguientes razones: *“No porque veo la tele acostada”, “no porque tomo energía a la hora de comer para acabar la tarea rápidamente”, “como acompaño al trabajo a mi mamá me gusta estar tomando agua natural todo el tiempo y me dan una botella de agua para que me la esté tomando”*.

Los escolares actúan conforme a sus ideas y deseos, la mayoría tienen la oportunidad de satisfacer sus antojos y el resto están acostumbrados a no consumir algo entre comidas ya sea por comodidad, porque creen firmemente que no es necesario o por causas ajenas a su voluntad tales como las actividades de las personas mayores que están a su cargo.

En ocasiones, la intención de los padres porque sus hijos se alimenten sanamente trae como consecuencia que los escolares busquen más aún comer entre comidas debido a que no satisfacen su apetito; esto refleja la falta de conocimiento de los padres que procuran una alimentación abundante en verduras y descuidan el consumo alto en alimentos cariogénicos.

El consumo de alimentos cariogénicos fuera de los horarios de comida por parte de los escolares del turno vespertino también es considerable solo que en diferente orden debido a su horario de escuela y consiste básicamente en galletas, dulces, fruta, leche y chocolates. Cabe mencionar que los escolares de ambos turnos prefieren tomar refresco o agua de sabor en vez de agua natural.

¿Tú cenas?

La mayoría de los escolares del turno matutino refieren cenar alimentos tales como leche con pan o café con pan, un menor número refiere su cena como otra comida fuerte: *“Si, cuando llega mi papá a veces nos lleva a cenar a un puesto de pescado o a veces, mi mamá hace pollo empanizado o compramos pan”*, no todos los escolares gozan de estas situaciones y en mucho se debe a la situación económica. El escolar del pasado reporte es hijo único, vive con sus padres y acostumbra comer productos cariogénicos durante toda la tarde lo cual demuestra que el descuido de los hábitos alimenticios también puede deberse a que los padres lo hacen con la intención de consentir a sus hijos.

La mayoría de los escolares del turno vespertino llegan de la escuela y realizan una comida fuerte debido a su reciente actividad escolar: *“Sí, a veces chicharrón o chile rojo con carne “, es por ello que no cenan o cenan algo ligero. “Es que luego me siento muy lleno, me duele la panza y no puedo dormir”, “solo leche con pan”*

¿Cepillas tus dientes?

La mayoría de los escolares de ambos turnos refieren cepillarse los dientes pero de manera irregular: *"Solo en la mañana", "antes de venir a la escuela y cuando como, en la noche me da flojera". "en la mañana, en la tarde no porque estoy en la escuela".*

"La verdad casi no, me da hueva". **En tu casa, ¿quién cepilla sus dientes?**
"A veces mi mamá", lo cual es una muestra de que los hábitos de los padres los heredan los hijos.

La menor parte de los escolares refiere cepillar su dientes tres veces al día, pero no en todos los casos era creíble que tuvieran dicho hábito de higiene oral debido a su apariencia de cuidado personal, y otros datos referidos en la encuesta tales como el hecho de que los padres de algunos de ellos no cepillen sus dientes.

Un escolar refiere no tener cepillo de dientes ni pasta dental debido a: *"Mis papás no tienen dinero, por eso"* y no le hacen caso cuando el escolar se los pide.

Los escolares refieren no cepillar sus dientes durante su estancia en la escuela

¿Por qué cepillas tus dientes?

Los escolares dan prioridad a cepillar sus dientes antes de ir a la escuela para dar una buena apariencia: *“Porque que me huela bien la boca”, “para que se me vean limpios”*; e incluso por problemas dentro de la sociedad en la cual se desarrolla: *“Para que no se rían de mí”* **¿Por qué se ríen de ti?** *“No sé, hay unos compañeros que se burlan de mis dientes porque dicen que se ven amarillos”* el escolar que refirió lo anterior no cepilla sus dientes en otro momento del día.

Lo cual demuestra como el entorno social rige las acciones de los escolares que luchan por ser aceptados en sociedad.

Los escolares tienen conocimiento acerca de la importancia de cepillar sus dientes e incluso en esta primaria, como en muchas otras, han recibido pláticas acerca de la caries y actividades de prevención primaria como la aplicación de fluoruro: *“Para que no se me pique los dientes, porque en talleres de los dientes nos han hablado de la caries”, “para que estén fuertes y sanos”, “para que no se me meta la caries y me pique los dientes”*.

Cuando no te lavas los dientes, ¿cómo los sientes?

Los escolares describen sensaciones similares al no lavar sus dientes: *“En mis dientes se siente la masa”*. *“No me gusta, se me siente la masiya”, “como rasposos”*. Hay escolares que ya describen dicha sensación como manera común de sentir sus dientes: *“Normales”, “como siempre, normales”*. Los escolares diferencian la sensación de tener los dientes sucios, sin embargo esto no los motiva a llevar a cabo una higiene oral frecuente, están acostumbrados.

Cuando te lavas los dientes, ¿Cómo los sientes?

Los escolares refieren conceptos similares para describir la sensación ocasionada al lavarse los dientes: *“Lisos”, “frescos”*. Una pequeña parte de escolares describieron esta sensación como *“Normales”*. Lo cual muestra que cepillan sus dientes con mayor frecuencia.

¿Sabes lo que los dulces le hacen a tus dientes?

Los escolares refieren conocimiento acerca del efecto que los dulces pueden tener en sus dientes y han escuchado hablar de caries: *“Se me pican o se me hacen caries”*. *“los pican, les quitan cachos y luego los hacen sensibles”*. Incluso tienen alguna idea del azúcar en los dulces *“Los dulces tienen azúcar y el azúcar pica los dientes”* tienen ideas incompletas y otras erróneas *“Por los dulces sangran los dientes”*.

¿Qué es la caries?

Los escolares dan a conocer sus ideas acerca de la caries basándose en lo que han visto, lo que han entendido en pláticas acerca de la caries y en lo que miembros de su familia les han explicado: *“Hoyos en los dientes”, “son como unos bichos que destruyen los dientes y ya”, “es algo que te hace hoyos en los dientes”*. A pesar de tener noción acerca de la caries la información no está siendo administrada en los escolares de manera eficaz ya que no ha logrado despertar su interés por evitar padecerla.

¿Sabes por qué se pican tus dientes?

Los escolares refieren el posible origen de la caries: *“Porque mastico los dulces”, “por comer dulces y por no lavármelos”, “porque la caries viene en los dulces”*. Con ideas incompletas, mal estructuradas o erróneas, los escolares están, de alguna manera, consientes que los dulces pueden dañar sus dientes ocasionando caries, de que la caries destruye sus dientes y de que también deben de cepillarse sus dientes para evitar la caries, sin embargo no llevan a cabo las debidas medidas de prevención.

8. CONCLUSIONES

La familia es la base que marca el comportamiento del individuo, de ella se adquieren los hábitos que más tarde lo representarán ante la sociedad.

Los adultos a cargo de los escolares viven regidos bajo sus propios intereses, prestando gran parte de su atención a problemas económicos, conyugales, etc., y limitando su función de padres a llevar dinero a casa, mandar a los niños a la escuela y alimentarlos. Olvidan o desconocen que la calidad de tiempo prestada a la formación de sus hijos es lo que principalmente ayudará a estos a desenvolverse sanamente en todos los aspectos de su vida.

Los padres no tienen la cultura de informarse acerca de acciones preventivas en cuanto a salud oral, tampoco de llevarlas a cabo, ni de someterse a los tratamientos adecuados que requieren ellos y sus hijos. Aunque los niños reciben información externa a su casa, los hábitos familiares adquiridos y la transmisión de una cultura deficiente en cuanto a cuidado oral son de mayor peso.

A su vez, los escolares viven con base a las actividades de los mayores que los rodean, en ocasiones apoyándolos cuidando a hermanos menores o acompañándolos al trabajo. El consentir al niño permitiéndole ingerir productos cariogénicos frecuentemente, trae resultados inmediatos de satisfacción para ambas partes pero las consecuencias a largo plazo no lo valen.

La falta de conocimiento o interés de los padres para que sus hijos tengan una boca sana, vuelve propensos a los niños a padecer caries dental ya que abre la puerta a influencias tales como la publicidad que ataca la salud oral de los escolares desde sus propias casas debido a que éstos dedican parte considerable de su tiempo a ver televisión por medio de la cual son bombardeados de productos altamente cariogénicos a los que tienen fácil acceso dentro y fuera de la escuela.

Cuando existen circunstancias tales como la desintegración familiar, integración a la familia de alguna persona tratando de suplir la ausencia de otra, adicciones y falta de comunicación, entre otros, el riesgo de adquirir hábitos dañinos para la salud tales como una dieta altamente cariogénica se ve aumentado.

Los escolares están viviendo situaciones fuera de su control y se adaptan a ellas por instinto de supervivencia, así mismo están acostumbrados a pensar en situaciones familiares que roban su atención o carecen del interés para preservar su salud ya que refieren tener conocimiento acerca de los efectos de los dulces en los dientes así como de caries y como prevenirla sin embargo, no llevan a cabo las medidas que conocen.

Si los padres no se ocupan de aspectos más importantes como proporcionar a los hijos un ambiente de tranquilidad familiar o dedicarles tiempo a pesar de sus múltiples ocupaciones favoreciendo así una mejor calidad de vida, mucho menos les interesan los hábitos alimenticios que estos puedan adquirir.

La realización de estudios previos a la implementación de programas enfocados a la prevención de caries dental debe ir más allá de estadísticas, analizando factores socioculturales más individuales para obtener mejores resultados.

9. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lerman, S. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1974. pp. 29-33.
2. <http://www.el-universal.com.mx/notas/482857.html>
3. http://es.wikipedia.org/wiki/Edad_de_Piedra
4. <http://www.laguia2000.com/la-prehistoria/la-edad-del-bronce>
5. Seif R. T, y col. Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1ª. ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 1997. Pp. 15-24, 188-192.
6. Ring M. E. Historia Ilustrada de la Odontología. 1ª ed. Barcelona: Editorial Doyma Libros, 1989. Pp. 160.
7. Moncada G. C., Mansilla J., Díaz de Kuri M. Enfermedades dentales y alimentación en una muestra ósea de la capital de la Nueva España. Rev. ADM 2006; 63:3: 93-96
8. Jackson P., Romo M., Castillo M. Castillo_Durán C. Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. Rev. Med. Chile, 2004, 132:1235-1242
9. Sapp P., Eversole L. R., Wysocki G. P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª ed. Madrid: Publicación Harcourt, 2005. Pp. 71-76.
10. <http://es.wikipedia.org/wiki/Caries>.
11. Riethe P. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador, 1ª ed. Barcelona: Editorial Salvat, 1990. Pp 71.
12. <http://www.iqb.es/diccio/c/caries.htm>
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Greene_Vardiman_Black
14. Anda F., Prieto O., Mendoza E. Prevalencia de caries en los alumnos de las licenciaturas y carreras técnicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara, 2003. odontología-online
15. http://www.infomed-dental.com/seger/revistas/vol1_num3/formc3-2.html.
16. http://www.infomed-dental.com/seger/revistas/vol1_num3/formc3-3.html
17. <http://www.imss.gob.mx/Nutricion/carbohidratos1.htm>
18. <http://www.zonadiet.com/nutricion/hidratos.htm>

19. <http://www.alimentacion-sana.com.ar/Informaciones/novedades/golosinas.htm>
20. Vélez L. F., Gracia B. La selección de los alimentos: una práctica compleja. *Rev. Colombiana Med.* 2003; 34: 92-96
21. Santibáñez J. Televisión y consumo de golosinas. *Comunicar* 2002; 18: 179-186.
22. Menaker L., Morhart R.E., Navia J. M. Bases biológicas de la caries dental. 1ª ed. Barcelona. Salvat editores 1986. Pp 381-382.
23. Cuenca E., Manau C., Serra Ll. *Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* 2ª. ed. Barcelona: Editorial Masson, 2004. Pp. 1-6.
24. Katz S., McDonald J., Stookey G. *Odontología preventiva en acción.* 3ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1983. Pp. 11-12.
25. Higashida B. *Odontología preventiva.* 1ª. ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000. Pp 30-31.
26. Irigoyen M. E. Caries dental en escolares del Distrito Federal. *Salud Pública Mexicana.*
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200007
27. Segovia A.M., Estrella R., Medina C.E., Maupome G. Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México. *Rev. de salud Pública* 2005; 7:1: 56-69..
28. Velázquez O., Vera H., Irigoyen M. E., Mejía A., Sanchez T. L. Changes in the prevalence of dental caries in schoolchildren in three regions of Mexico: surveys from 1987-1988 and 1997-1998 *Rev. Panamericana Salud Pública.* 2003; 13:5
29. Organización Panamericana de la Salud 138.ª Sesión del Comité Ejecutivo. Organización Mundial de la Salud 31 de mayo 2006.
30. <http://www.amisac.org.mx/page28.html>
31. <http://www.amisac.org.mx/page29.html>
32. Irigoyen M. E., Zepeda M. A., Sanchez L., molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de

escolares del sur de la ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. Rev. ADM 2001; 58:3: 98-108

33. http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_M%C3%A9xico

34. <http://es.wikipedia.org/wiki/Iztapalapa>

35. Larousse. Diccionario enciclopédico. Tomo 3. Editorial Planeta España 1983 Pp. 936.

36. Larousse. Diccionario enciclopédico. Tomo 2. Editorial Planeta España 1983 Pp. 591.

37. Larousse. Diccionario enciclopédico. Tomo 3. Editorial Planeta España 1983 Pp. 1252.

38. <http://es.wikipedia.org/wiki/Sociedad>

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CUADRAGÉSIMA PROMOCIÓN DEL SEMINARIO DE TITULACIÓN,
EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

C. Juan Carlos López Guadarrama
Director de la Escuela Primaria "Profesor Carlos Enrique Neri Guzmán"

P R E S E N T E

Por este medio, solicito a usted el ingreso a su institución de la alumna Edith Vega Angeles, quien participa en el Seminario de Titulación de Educación para la Salud, para poder obtener el grado de Cirujana Dentista; motivo por el cual la alumna realizara veinte entrevistas a diferentes escolares de diferentes grados elegidos al azar, el objetivo de su trabajo es *identificar la dieta que tienen los escolares como factor de riesgo para el desarrollo de caries dental.*

Previo a las entrevistas se solicitará el consentimiento verbal de los escolares, las entrevistas no tienen carácter invasivo y la información obtenida será confidencial.

Sin más por el momento aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo y quedo a sus órdenes.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF., 04 de marzo de 2008

Mtro. Alberto Zelocatecatl Aguilar
Profesor de Asignatura de Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal
zelocatecatl@hotmail.com

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CUADRAGÉSIMA PROMOCIÓN DEL SEMINARIO DE TITULACIÓN,
EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

C. Juan Anselmo Moreno Terrán
Director de la escuela primaria No. 142-190 "Profesor Carlos Enrique Neri
Guzmán"

PRESENTE

Por este medio adjunto al presente escrito, el cuestionario que utilizaré en las entrevistas que realizaré a los alumnos de esta escuela a su digno cargo, mismo que abarca preguntas básicamente acerca de sus hábitos alimenticios. Previo a las entrevistas, solicitaré el consentimiento verbal de los escolares; las entrevistas no tienen carácter invasivo y la información obtenida será confidencial.

Sin más por el momento agradezco su atención
ATENTAMENTE

Edith Vega Angeles
Pasante de Odontología

Estudio Cualitativo de la dieta como factor de riesgo en caries, en escolares de una escuela primaria pública México D.F. 2008

ENCUESTA

Datos personales (Nombre, edad, dirección, teléfono)

¿Con quién vives?

¿Por qué comes?

¿Qué comes?

¿Qué comes en la escuela?

¿Por qué comes tales o cuales alimentos en la escuela?

¿Qué te gusta comer?

¿Por qué comes tales alimentos en tu casa?

Mientras vez tele, juegas o haces tu tareas ¿comes algo?

¿Cepillas tus dientes? ¿Cuándo?

¿Por qué cepillas tus dientes?

¿Sabes los que los dulces le hacen a tus dientes?

¿Sabes por qué se pican tus dientes?

(Anexo 3)

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CUADRAGÉSIMA PROMOCIÓN DEL SEMINARIO DE TITULACIÓN,
EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ENCUESTA

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

¿Con quién vives?

¿Por qué comes?

¿Qué comes?

¿Qué comes en la escuela?

¿Por qué comes tales o cuales alimentos en la escuela?

¿Qué te gusta comer?

¿Por qué comes tales alimentos en tu casa?

Mientras vez tele o haces tu tarea ¿comes algo?

¿Cepillas tus dientes? ¿Cuándo?

¿Por qué cepillas tus dientes?

¿Sabes los que los dulces le hacen a tus dientes?

¿Sabes por qué se pican tus dientes?