



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA DE CARIES DENTAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCODENTAL
DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA, CLÍNICA PERIFÉRICA
PADIERNA, UNAM.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JANINE ARENAS PELÁEZ

TUTORA: MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

ASESORA: MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VICHIS

MÉXICO, D.F.

2009



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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 CARIES DENTAL.....	6
2.1.1. Etiología de la Caries Dental.....	6
2.1.2. Factores Biológicos y Clínicos.....	7
2.1.3. Factores Socioeconómicos y Socioculturales.....	8
2.1.4. Caries en el Primer Molar Permanente.....	10
2.2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCODENTAL.....	12
3. ANTECEDENTES.....	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5. JUSTIFICACIÓN.....	19
6. OBJETIVOS	
6.1. Objetivo General.....	20
6.2. Objetivos Específicos.....	20
7. HIPÓTESIS.....	20
8. MATERIALES Y MÉTODOS	
8.1. Tipo de Estudio.....	21



8.2. Población de Estudio.....	21
8.3. Selección y Tamaño de la Muestra.....	21
8.4. Criterios de Selección	
8.4.1. Criterios de Inclusión.....	21
8.4.2. Criterios de Exclusión.....	22
8.5. Variables.....	22
8.6. Prueba Piloto.....	27
8.7. Método de Recolección de la Información.....	27
8.8. Recursos Humanos.....	28
8.9. Recursos Materiales.....	28
8.10. Análisis Estadístico.....	28
8.11. Consideraciones Éticas.....	28
9. RESULTADOS.....	29
10. DISCUSIÓN.....	39
11. CONCLUSIONES.....	43
13. REFERENCIAS.....	44
12. ANEXOS	
12.1. Carta de Autorización.....	51
12.2. Encuesta.....	52
12.3. Índice de CPOD.....	56



1. INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades que más aqueja a la población, ya que si no se atiende oportunamente puede afectar la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. Puede ser causada por diversos factores biológicos, socioeconómicos y socioculturales.

En México, la caries es la enfermedad dental más prevalente durante la niñez y se considera como la causa primordial de pérdidas de dientes en adultos. Afectando al 90% de la población.

La caries en la dentición permanente aparece poco después de la erupción de los primeros molares, y esta asociada con la actividad futura de caries. Ya que este es el primer diente de la dentición permanente en erupcionar y el más susceptible al ataque de la caries, su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria.

La falta de información que tienen los padres acerca de los primeros molares permanentes, las actitudes y prácticas sobre su higiene oral, han generado que aumente la prevalencia de caries en estos dientes.

El poco interés mostrado por los padres sobre los conocimientos y prácticas de higiene bucal, así como todos los cuidados preventivos traen como consecuencia la elevada prevalencia de caries en niños de 5 a 12 años.

Por lo que en este trabajo se describen los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o tutores así como la historia de caries de los primeros molares permanentes de los niños que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. CARIES DENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria con el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende con oportunidad, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.¹

La caries dental es una enfermedad definida por factores internos y externos. Dentro de los factores internos se encuentran: el huésped, la saliva, la microflora y la dieta.¹

En los factores externos, determinados básicamente por el contexto, están: el nivel socioeconómico, los hábitos alimenticios, la higiene bucal, el nivel educacional y la ocupación de los padres. También se ubican en este elemento: los conocimientos, actitudes y prácticas de salud dental que tiene el paciente y su familia.²

2.1.1. Etiología de la Caries Dental

Actualmente, las investigaciones sobre caries dental se centran en el análisis de los factores de riesgo que modulan la presencia y gravedad de esta enfermedad. En general, se establecen dos grandes vertientes para ubicar los factores de riesgo en función de las posibilidades que existen para modificarlos.³



Los riesgos demográficos y/o genéticos se ubican dentro de los factores socioeconómicos y socioculturales, que son inmutables. Mientras que la tasa de secreción salival, niveles de infección y lesiones de caries activas son factores biológicos que se pueden modificar.³

Es conveniente por tanto, describir los elementos esenciales de los factores que determinan la etiología de la caries.

2.1.2. Factores Biológicos y Clínicos

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por algunos agentes biológicos y clínicos que condicionan su aparición, entre los cuales podemos señalar:

- hábitos alimenticios
- forma y posición de los dientes
- características del esmalte
- experiencia anterior de caries
- condiciones sistémicas
- presencia de biopelícula
- factores salivales, como el pH y flujo salival.

También existen otros agentes de tipo biológico que al conjuntarse favorecen la acidificación local del medio, lo que produce degradación progresiva del material mineralizado y proteico del diente, es decir, disponen un ambiente propicio para el desarrollo de la caries. Estos son:



la concurrencia de bacterias específicas; un huésped cuya resistencia es menos que óptima; y un ambiente adecuado, como es, la cavidad bucal.^{2,4,5}

Algunas de las investigaciones que analizan la etiología de caries, mencionan como un factor clave la dieta rica en hidratos de carbono. Se ha comprobado que existe una estrecha relación entre el consumo de azúcar y la formación de caries, ya que, ciertas características de los alimentos azucarados como la textura, adhesión, las condiciones y frecuencia en las cuales son ingeridos, son importantes, no tanto por la concentración de azúcar que contienen, sino por su potencial cariogénico.⁶

2.1.3. Factores Socioeconómicos y Socioculturales

La caries afecta a personas de cualquier edad, sexo o raza, aún cuando las investigaciones reportan que existe mayor presencia de la caries en poblaciones con desventajas sociales debido, principalmente, a las limitaciones para el cuidado dental y por el acceso oportuno de la detección y tratamiento precoz a los servicios de salud. La información documentada menciona que las condiciones bucales pobres y el uso poco frecuente de los instrumentos adecuados para el cuidado dental favorecen el desarrollo de la enfermedad.

Otros componentes asociados a la presencia de la caries, que han sido medidos a través de diferentes aproximaciones de las variables relacionadas con la posición socioeconómica, se establecen a partir de la escolaridad de la madre, la ocupación del padre o lugar de residencia.^{2,1,5,7}



La higiene bucal es una variable ligada al nivel socioeconómico bajo, ya que muchas familias no tienen acceso a las prácticas normales de higiene porque no cuentan con los componentes necesarios para llevarlas a cabo. Por otro lado, se establece que las familiar de nivel socioeconómico alto, tienen acceso al servicio dental privado y elementos para conservar la higiene bucal, porque tienen un contacto frecuente y continuo con los conocimientos y prácticas de educación en salud bucal.⁸

Se alude que las diferencias entre clases sociales, respecto a la presencia de caries, no pueden ser eliminadas únicamente generando cambios en los hábitos higiénicos y dietéticos. De acuerdo con la (OMS), no existen evidencias determinantes en este sentido ya que, en países desarrollados se ha logrado disminuir los niveles de caries a partir de estrategias para mejorar los hábitos higiénicos y alimenticios. Sin embargo, México se encuentra entre las naciones con alta frecuencia en enfermedades bucales a pesar de las acciones implementadas.^{9,10}

La salud dental es un problema social multifactorial, donde además de los agentes mencionados, inciden la nutrición, las condiciones de la vivienda, la disponibilidad de tener agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional y los servicios de salud.

Diversos autores han abordado el tema y en la mayoría de las investigaciones se han encontrado índices de incidencia y prevalencia más elevados en niños de estrato socioeconómico bajo, provocando, en los escolares serios problemas de ausentismo y dificultades en su aprovechamiento escolar a causa del dolor.^{9,11,12}



2.1.4. Caries en el Primer Molar Permanente

Los Primeros Molares Permanentes, generalmente acompañan la dentición primaria en la boca de un niño, transformando con su presencia la oclusión primaria, en mixta. Su calcificación comienza desde el primer mes de vida, pero erupciona aproximadamente a los 6 años de edad, por lo que se le llama "*molar de los seis años*".

Se ubica por detrás del segundo molar temporal y no tiene predecesor en cuatro posiciones: dos inferiores y dos superiores. Su erupción puede pasar desapercibida, pero en ocasiones se acompaña de manifestaciones clínicas, tales como inflamación pericoronaria, dolor, tumefacción de la zona, adenopatías y compromiso general.

El molar de los seis años se caracteriza por una anatomía coronal de cinco caras, con cúspides y numerosas fosas y surcos. Desde el ámbito histológico, consta de esmalte, dentina, cemento y una pulpa amplia, bulbosa con cuernos pulpares prominentes. Debido a sus particularidades, el Primer Molar Permanente, está sometido a factores de riesgo y es una pieza susceptible al inicio de la caries dental y el avance de la misma, con la consecuente destrucción y pérdida temprana del elemento dentario.

Por la edad en que erupciona y la circunstancia de que aparece en boca sin haber exfoliado ningún elemento primario, los padres, en la mayoría de las ocasiones, desconocen que éste es un diente permanente. Por esta razón, los padres con poca motivación en cuanto a salud bucal, no le dan la importancia necesaria y lamentablemente, este primer exponente de la dentición permanente, tiene muy poco tiempo de vida sana en la boca de un niño.^{13,14,15,16}



La destrucción parcial o total del primer molar permanente repercute, de manera importante, en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y en la función masticatoria.^{12,17}

Como se ha mencionado, los primeros molares permanentes pueden funcionar como los primeros indicadores de la actividad de la caries durante la fase de la dentición mixta inicial. También es importante mencionar que, la prevalencia de caries dental en la dentición permanente con respecto a la edad es determinante para observar, que a mayor edad, mayor presencia de caries.^{7,13,14,15,16,18}

Dentro de las consecuencias de la pérdida prematura del Primer Molar Permanente se encuentran:

- la disminución de la función masticatoria
- la erupción continua de los dientes antagonistas que facilitan su extrusión
- la rotación de los molares adyacentes

Así como, la migración mesial del segundo y tercer molar, la distalización de los premolares, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías, y desórdenes de la articulación temporomandibular, así como cambios en los arcos dentales.^{13,19}



2.2. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCODENTAL

Según la literatura, las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad: la salud oral significa más que dientes en buen estado, por ende es parte íntegra y completa de la salud general del individuo.²⁰

Es conveniente comenzar este capítulo precisando los dos aspectos que lo titulan. En primer término se definen los conocimientos, como la información a la que tiene acceso la población y constituyen la base para la toma de decisiones en relación con la salud individual y familiar. Los conocimientos también determinan las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo. En relación a los conocimientos, se menciona en la literatura que importa tanto la cantidad como la calidad de la información que se sabe.

En segundo término, se explicita que las prácticas o conductas son, cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud. Prácticamente todos los comportamientos o actividades humanas tienen alguna influencia, ya sea negativa o positiva sobre la salud. Concretamente se menciona que las conductas o prácticas de riesgo son formas específicas de comportamiento de las cuales se conoce su relación con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades específicas o tener un estado de salud deficiente.

En conclusión se puede decir que los conocimientos y prácticas provienen de la información que la persona ha recibido a lo largo de su vida,



de las creencias que tiene y de lo que siente. Sin embargo, las prácticas generalmente provienen de los grupos sociales más que de situaciones personales. En cambio, los conocimientos se adquieren en las diferentes etapas de la vida a través de diferentes mecanismos.

Hasta ahora, gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia de que esta información provoca un cambio de actitud en las personas y, a la larga, disminuye el riesgo de enfermedad aumentando los niveles de salud.²¹

Aún cuando los conocimientos adquiridos en relación a la salud oral no se refieren necesariamente a un comportamiento saludable, se ha comprobado que las personas que asimilaron estos conocimientos, tienen un mejor control de su salud y más probabilidades de adoptar prácticas de cuidado. Partiendo de estas afirmaciones, se establece que la finalidad de la educación para la salud es reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar igualdad de oportunidades, al proporcionar los medios que permiten a los individuos el desarrollo máximo de su salud potencial. Así se incrementan las opciones para que la población ejerza mayor control sobre su salud.^{22,23}

Un incremento en el nivel de conocimientos e información desarrollan las habilidades necesarias para que los individuos puedan tomar elecciones informadas acerca de su comportamiento en salud y por ende, genera cambios actitudinales que los guían a cambios conductuales para un estilo de vida saludable.

La literatura reporta que la promoción del autocuidado ha sido frecuentemente proclamada como la estrategia más importante en la salud primaria dental. Los métodos más ampliamente aceptados para prevenir



enfermedades bucales son las medidas profesionales y personales de higiene bucal.

La frecuencia de cepillado dental y los hábitos de higiene bucal han sido consistentemente asociados a la caries dental, en diversos estudios se observa que los sujetos que se cepillan con mayor frecuencia tienen menor riesgo de presentar caries dental y periodontopatías. La higiene bucal no es sólo un aspecto clínico o conductual, sino una respuesta a dichos factores.⁸

Estas enfermedades comienzan desde edades muy tempranas y son evitables con hábitos correctos de higiene y alimentación, apoyados en conductas y actitudes saludables. Las malas prácticas no nacen con las personas, sino que se aprenden desde los primeros momentos de vida. Los niños aprenden de sus padres lo que deben y no deben de hacer, por esta razón, son ellos los mejores aliados del odontólogo para educar al niño en los cuidados preventivos en la salud bucal.

Los padres pueden moldear la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen, por medio de un esfuerzo y un rechazo selectivo ante un comportamiento específico, con técnicas basadas en la disciplina y la libertad que les concierne.

Las actitudes de los padres en la asistencia dental, así como, la falta de aliento y consejo para asistir regularmente al dentista se ven reflejada en sus hijos. Existe una relación directa entre el rol educativo de la madre en el contexto familiar para que los hijos aprendan o conozcan prácticas para conservar la salud, en especial, la salud bucal.^{24,25}



3. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de Salud (OMS), menciona que México se encuentra entre las naciones con alta prevalencia de enfermedades bucales, donde la caries ocupa un lugar importante. Por esta razón se afirma que la caries aqueja a la mayor parte de la población mexicana.¹⁰ y como estrategia de atención se han realizado programas de educación en salud bucal para su prevención.

Rong *et al.*²⁶ y Carvalho *et al.*²⁷ afirman que, los programas de educación son exitosos para prevenir la caries dental, en la medida en que aumentan los conocimientos y mejoran las actitudes y prácticas tanto de los niños, como de los padres de familia en favor de la salud bucodental. De ahí la relevancia de que al estructurar un programa de intervención en salud, como lo menciona Cabrera *et al.*²⁸, se utilicen teorías y modelos que permitan entender las conductas, los conocimientos y las actitudes de las poblaciones sobre un aspecto de salud y la forma en que deben pueden mejorarse de forma significativa aumentando la probabilidad de éxito.²⁰

Algunos autores, como Petersen *et al.*²⁹ y Sgan-Cohen *et al.*³⁰, informan que la adquisición de comportamientos saludables es una responsabilidad familiar. Así, pues, los programas de promoción de la salud bucal y prevención de la caries deben enfocarse en acciones que permitan incrementar los conocimientos y las prácticas para el cuidado de la salud en los padres de familia, para que sean ellos los principales promotores de la salud bucal al asegurar prácticas saludables en sus hijos.²⁰ Con acciones de este tipo se pretende disminuir la caries en el primer molar permanente.

La literatura reporta que el estrato socioeconómico puede ser una variable asociada a la higiene bucal y por lo tanto a la caries, por dos



motivos. Por un lado, en muchos países en desarrollo, el cepillo y la pasta dental son componentes normales de las prácticas de higiene, pero por razones económicas muchas familias pobres no tienen acceso a estos métodos. Esto fue observado por Currie y cols.³¹, en un estudio en el que mostraron que los niños de bajo nivel socioeconómico cepillaban sus dientes con menor frecuencia que sus contrapartes de nivel socioeconómico alto. En otro estudio, Medina y cols.⁸, mencionan que el tipo de servicios de salud es un indicador socioeconómico, ya que los niños que vieron al dentista en el año previo al estudio presentaban menor frecuencia de higiene bucal inadecuada.

Otro factor socioeconómico que, Medina y cols.²⁴, observaron fue la clara relación que existe entre la prevalencia de caries y la escolaridad de la madre. Becerra y cols.²⁵, establecieron un Programa Educativo, que reportó resultados favorables en un grupo de madres seleccionadas a las cuales se les propiciaron aprendizaje de acciones de autocuidado bucal.

Si los padres son un factor determinante en la prevención de la caries, es necesario reforzar, a través de programas preventivos, los conocimientos y las prácticas que les permitan tener mayor cuidado de la salud dental, especialmente, la erupción del primero molar permanente y el cuidado que se requiere para conservarlo. Tascón y cols.²⁰, comprobaron los supuestos mencionados en la literatura al confirmar que el primer molar permanente erupciona, muchas veces, sin eliminarse ningún diente de la dentición temporal.

Todo este marco de referencia lleva a considerar la importancia de atender los factores socioeconómicos a través de programas intencionados, específicamente, para las madres de familia.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la salud bucodental ha sufrido una considerable mejoría, sin embargo, la caries es la enfermedad dental más prevalente durante la niñez y se considera como la causa primordial de pérdidas de dientes en adultos. Los factores que afectan a la población van desde las condiciones de vida del individuo hasta las variables asociadas a la susceptibilidad o resistencia al proceso carioso; estudiar la relación de factores sociales con la presencia de caries, permite explicar una parte de la distribución de esta alteración en la población.

En la mayoría de los casos los primeros molares permanentes son los más afectados provocando diversas consecuencias al perderlo prematuramente.

La falta de información que tienen los padres acerca de los primeros molares permanentes, las actitudes y prácticas sobre su higiene oral, han generado que aumente la prevalencia de caries en estos dientes.

El poco interés mostrado por los padres sobre los conocimientos y prácticas de higiene bucal, así como todos los cuidados preventivos traen como consecuencia la elevada prevalencia de caries en niños de 5 a 12 años.

Por lo anterior expuesto, nuestra pregunta de investigación son las siguientes:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o tutores de las Clínicas de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna?



¿Cuál es la historia de caries (CPOD) de los primeros molares permanentes de los niños que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna?



5. JUSTIFICACIÓN

En México no se cuenta con investigaciones recientes a nivel nacional que permitan establecer claramente la tendencia de la caries dental, específicamente sobre los primeros molares permanentes, por lo que el presente estudio contribuirá con investigación en este campo, dirigida específicamente a los escolares que asisten a la Clínica de Odontopediatría.

Es importante realizar estudios de tipo epidemiológico que brinde información con la finalidad de establecer y planificar programas, así como estrategias de atención odontológica eficaces para esta población ya que el perfil epidemiológico bucodental de un grupo social determinado se considera como expresión o manifestación general de las condiciones de salud y enfermedad de las personas que constituyen el grupo en estudio.

Para realizar estos programas es necesario contar con información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los padres para enseñarle a sus hijos.

Estos programas preventivos serán dirigidos para fomentar la educación para la salud y evitar la pérdida prematura de los primeros molares permanentes a temprana edad y con esto proporcionar una mejor calidad de vida.



6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o tutores así como la historia de caries de los primeros molares permanentes de los niños que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM.

6.2. Objetivos Específicos

- Determinar el CPOD para cada uno de los primero molares permanentes.
- Determinar la prevalencia de caries general y para cada uno de los molares permanentes.

7. HIPÓTESIS

Ha1: El promedio de CPOD en los niños que asisten a la Clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna será igual o mayor a lo reportado en la Encuesta Nacional del 2001(1.04).

Ho1: El promedio de CPOD en los niños que asisten a la Clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna será menor al reportado en la En cuesta Nacional del 2001(1.04).



8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1. Tipo de Estudio

- Transversal.

8.2. Población de Estudio

Niños que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM durante el periodo del 1º al 16 de octubre del 2009.

8.3. Selección y Tamaño de la Muestra

Se realizará un muestreo por conveniencia donde se incluirán a todos los niños que asistan a la clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM durante el periodo del 1º al 16 de octubre del 2009.

8.4. Criterios e Selección

8.4.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que presenten al menos uno de los primeros molares permanentes con 50% o más de la corona clínica erupcionada.



8.4.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes cuyos padres no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

8.5. Variables

Edad: Se refiere a los años cumplidos a la fecha del registro; se obtendrá de manera directa por medio de la pregunta ¿Cuántos años tienes? Y se registrará en años de acuerdo a lo reportado por el individuo.

Sexo: Es la diferencia biológica distintiva de hombres y mujeres. La información se obtendrá por observación directa. Se registrará como: 1= femenino, 2= masculino.

Ocupación de los padres: Es la actividad remunerada o no remunerada que desempeñan tanto el padre como la madre; la información se obtendrá por medio de las preguntas: ¿A qué se dedica el padre? ¿A qué se dedica la madre? Se registrará: 1=Empleado, 2=oficio, 3=comerciante, 4=profesionista 5=ama de casa, 6=desempleado, 7=otro, de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

Escolaridad de los padres: Se refiere al nivel de estudios alcanzados por la madre o el padre. La información se obtendrá por medio de las preguntas: ¿Hasta qué año de escuela terminó tu papá? ¿Hasta qué año de escuela terminó la mamá? Se registrará: 1= sin estudios, 2=Educación Básica (secundaria y/o primaria), 3=Bachillerato, 4= Carrera Técnica 5=Profesional, de acuerdo a lo reportado por el entrevistado



Ingreso mensual: Es el dinero percibido por familia al mes. Se obtendrá por medio de las preguntas: ¿Aproximadamente cuál es el ingreso familiar mensual?. Se registrará 1=menos de 1000 pesos, 2=de 1000 a 3000 pesos, 3=más de 3000, 4=no sabe, de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

Número de hijos en la familia: Se refiere a los hijos concebidos en el matrimonio y se registrará como el número de ellos de acuerdo a lo reportado por el entrevistado

Conocimientos: Es el nivel de discernimiento y diferenciación del padre o tutor con respecto a la edad en la que se inicia la erupción de los dientes permanentes, caries y medidas de prevención para la caries dental.

La información se obtendrá en forma directa a través de las siguientes preguntas:

- ¿A qué edad empiezan a erupcionar los dientes permanentes? y se registrará la respuesta en 1=entre los seis y siete años, 2=a los nueve años, 3=entre los diez y once años.
- Existe la necesidad de extraer los dientes de leche para permitir la erupción de los dientes permanente? y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.
- Las pastas dentales con fluoruro son efectivas para prevenir la caries y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.
- ¿Con qué frecuencia un niño (a) debe acudir al dentista?, y se registrará como 1=cada seis meses, 2=Una vez al año, 3=Cuando lo necesite y 4=otra.
- ¿A qué edad un niño (a) debería iniciar el cepillado dental?, y se registrará como 1=tan pronto como aparezca el primer diente, 2=Entre el primero y segundo año de vida, 3=Entre los 3 y cuatro años, 4=Después de los cuatro años y 4=otra.



- ¿Cuál de los siguientes métodos es el más efectivo para prevenir la caries dental?, y se registrará como 1=Reducir la ingesta de dulces, 2=Usar productos fluorurados, 3=Visitar regularmente al dentista y 4=Mantener una buena higiene bucal.
- ¿Sabe usted lo que es la caries dental? y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.
- ¿Con qué frecuencia se debe reemplazar el cepillo dental?, y se registrará como 1=por lo menos una vez al mes, 2=cada tres meses, 3=Cada 6 meses, 4=cada año y 5=hasta que se dañe.

Actitudes: Se entiende como actitud, aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en este caso respecto a la adquisición de acciones y hábitos encaminados al mantenimiento de la salud bucal.

La información se obtendrá en forma directa a través de las siguientes preguntas:

- ¿Las enfermedades bucodentales son un problema serio? y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.
- ¿Qué tan importante es la salud bucodental para la salud en general? y se registrará como 1= Muy importante, 2=Mas o menos importante y 3=No es importante.
- ¿Usted cree que necesita que le enseñen a cepillar sus dientes correctamente? y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.
- ¿recibir atención dental de buena calidad es caro? y se registrará la respuesta en 1=si, 2=no.



- ¿Cómo podría describir la salud bucodental de su hijo (a)? y se registrará como 1=excelente, 2=buena, 3=regular, 4=mala y 5=muy mala.
- Estaría usted de acuerdo en que las visitas dentales regulares son importantes para tener una buena salud bucodental y se registrará como 1=de acuerdo y 2= en desacuerdo.
- ¿Cepillarse los dientes una vez al día es suficiente para tener dientes sanos si se hace cuidadosamente? y se registrará como 1=de acuerdo y 2= en desacuerdo.
- En su opinión, recibir atención dental de buena calidad es caro? 1=Si y 2=No

Prácticas: Son las actividades que realizan los padres o tutores relacionadas con los métodos y frecuencia de limpieza de la bucal de los niños.

La información se obtendrá por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo presenta algún problema o dolor en su boca, usted asiste al dentista? y se registrará como 1=siempre , 2=a veces, 3=rara vez y 4=nunca.
- Si su hijo (a) presenta signos de caries dental ¿qué es lo que usted regularmente hace?, y se registrará como 1=no importa si no presenta dolor, 2=administra medicamento para el dolor, 3=visita al dentista solo en caso de dolor, 4=visita al dentista para eliminar la caries, 5=visita al dentista para la extracción del diente con caries y 6=otro.
- ¿Qué tan frecuente usted revisa el estado de los dientes de su hijo (a)?, y se registrará como 1=siempre, 2=algunas veces, 3=rara vez y 4=nunca.



- ¿Usted tiene las posibilidades económicas de asistir al dentista en caso necesario?, y se registrará como 1=si y 2=no.
- ¿Hace cuánto fue la última vez que su hijo (a) visitó al dentista?, y se registrará como 1=es la primera vez, 2=6 meses o menos, 3=hace un año y 4=más de año.
- ¿Cuál fue la principal razón por la que su hijo (a) visitó al dentista la última vez? Y se registrará como 1=revisión regular, 2=algo estaba mal, presentaba molestias, 3=para tapan una caries, 4=extracción dental y 5=otra.
- ¿Cuál ha sido la principal razón por la que su hijo (a) no ha recibido atención en el último año?, y se registrará como 1=falta de dinero, 2=no ha presentado ningún problema, 3=no me gusta o no confío en los dentistas, 4=el niño le tiene miedo a los dentistas y 5=otro.
- ¿A qué edad su hijo (a) visitó por primera vez al dentista?, y se registrará como 1=antes de los cuatro años y 2=después de los cuatro años.
- ¿Con qué frecuencia su hijo (a) se cepilla sus dientes?, y se registrará como 1=una vez al día, 2=dos veces al día, 3=más de dos veces al día, 4=rara vez y 5=nunca.
- Cuando su hijo (a) se cepilla los dientes, ¿es supervisado por algún adulto?, y se registrará como 1=si, 2=no y 3= a veces.
- ¿En qué momento del día su hijo (a) cepilla sus dientes?, y se registrará como 1=por la mañana después de levantarse, 2=por la mañana después del desayuno, 3=por la tarde después de comer, 4=por la noche después de cenar, 5=por la noche antes de ir a la cama y 6=nunca. Marcando todas las opciones que apliquen.



- Usted tiene las posibilidades económicas de asistir al dentista en caso de ser necesario? 1=Si y 2=No

Historia de caries: Se entenderá como el estado de los primeros molares permanentes y se registrará de acuerdo a los criterios utilizados por la OMS para el CPOD.ⁱ (Anexo 1).

8.6. Prueba Piloto

Previo a la recolección de los datos se llevó a cabo una prueba piloto con la finalidad de probar el instrumento de recolección, al igual que la duración de la entrevista.

8.7. Método de Recolección de la Información

Para la recolección de la información se solicitó la previa autorización para el levantamiento de CPOD en los niños que se atienden en la Clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna y para encuetar a las madres de éstos, por medio de una carta dirigida al Jefe de Enseñanza. (Anexo 1).

Las entrevistas se realizaron durante el mes de octubre en la sala de espera de la Clínica de Odontopediatría del turno vespertino de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM. (Anexo 2)

La información respecto al CPOD de los primeros molares presentes en boca se obtuvo de las historias de la clínica de Odontopediatría. (Anexo 3)



8.8. Recursos Humanos

8.8.1. Tesista

8.8.2. Asesor

8.8.3. Tutor

8.9. Recursos Materiales

- Cuestionarios
- Bolígrafos, lápices, gomas y sacapuntas

8.10. Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas, así como CPOD, y, conocimientos, actitudes y prácticas.

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 15.

8.11. Consideraciones Éticas

De acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana se solicitó el consentimiento válidamente informado de forma verbal a los padres de los menores participantes y se respetó el derecho a la no participación de aquellos que así lo desearon.^{32,33,34,35}



9. RESULTADOS

Se evaluó un total de 47 niños de la Clínica de Odontopediatría de la Clínica Periférica Padierna, turno vespertino.

En la frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas de los niños que asisten a la clínica de Odontopediatría por edad y sexo, se encontró que el 53.2% (25) eran niñas y el 46.8% (22) eran niños. El promedio de edad para la población fue de 8.85 ± 1.50 años, no encontrando diferencias significativas en esta distribución ($t\text{-student} = 0.048$, $p = 0.82$). El rango de edad fue de 6 a 12 años.

En cuanto al número de hijos en la familia, el promedio fue de 2.23 ± 0.96 y el promedio de edad para las madres fue de 34.62 ± 7.62 .

Respecto al estado civil de la madre, la mayoría de ellas son casadas en un 87.2% (41), 10.6% (5) son solteras y solo el 2.1% (1) divorciadas. ($X^2 = 61.9$, $p < 0.001$).

En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje se concentró en la educación básica, el 48.9% (23) para los padres y un 53.2% (25), para las madres. Por otro lado sólo el 14.9% (7) para los padres y el 17% (8) para las madres tenía una carrera universitaria. Cada una de estas distribuciones fueron significativas ($p < 0.005$).

En la distribución de la ocupación de los padres se observó que la mayoría son empleados en un 63.8% (30), y en la distribución de las madres el 51.1% (24) son amas de casa, ambas distribuciones son significativas ($p < 0.005$).

De acuerdo al ingreso familiar mensual, el 46.8% (22) es de 1000 a 3000 pesos. ($X^2 = 23.0$ Y $p = 0.001$).



En la tabla 1 se encuentra la frecuencia y distribución de los datos sociodemográficos de los padres.

Tabla1. Frecuencia y distribución de los datos sociodemográficos de los padres.

	n	%
Escolaridad del padre		
Educación básica	23	48.9
Bachillerato	12	25.5
Carrera técnica	5	10.6
Profesional	7	14.9
Total	47	100.0
$X^2=16.5, p=0.001$		
Escolaridad de la madre		
Educación básica	25	53.2
Bachillerato	8	17.0
Carrera técnica	6	12.8
Profesional	8	17.0
Total	47	100.0
$X^2=20.1, p=0.001$		
Ocupación del padre		
Empleado	30	63.8
Oficio	6	12.8
Comerciante	4	8.5
Profesionista	4	8.5
Desempleado	2	4.3
No sabe	1	2.1
Total	47	100.0
$X^2=77.2, p=0.001$		
Ocupación de la madre		
Empleado	14	29.8
Comerciante	4	8.5
Profesionista	5	10.6
Ama de casa	24	51.1
Total	47	100.0
$X^2=22.1, p=0.001$		
Ingreso Familiar		
Menos de 1000	7	14.9
De 1000 a 3000	22	46.8
Más de 3000	17	36.2
No sabe	1	2.1
Total	47	100.0
$X^2=23.0 Y p=0.001$		

Fuente Directa



El CPOD de los primeros molares permanentes de los niños fue de 1.96 ± 1.62 , la descripción de cada uno de los componentes del CPOD se encuentra en la tabla 2. Observamos que el promedio de caries para el primer molar permanente superior derecho fue de $0.40 \pm .49$, no encontrando dientes perdidos, ni obturados. El promedio de caries para el primer molar permanente superior izquierdo fue de $.44 \pm .50$, no encontrando dientes perdidos, ni obturados. El promedio de caries para el primer molar permanente inferior izquierdo fue de $.51 \pm .50$, no encontrando dientes perdidos y sólo $.08 \pm .28$ y el promedio de caries para el primer molar permanente inferior derecho fue de $.53 \pm .50$, el de dientes perdidos fue $.02 \pm .14$ y el de dientes obturados fue $.08 \pm .28$. Teniendo un total de 1.85 ± 1.6 dientes cariados, $.02 \pm .14$ dientes perdidos y $.09 \pm .28$ dientes obturados.

Tabla 2. CPOD de los primeros molares permanentes.

Diente	Cariados		Perdidos		Obturados		CPOD	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
16	.40	.49	.00	.00	.00	.00	.40	.49
26	.44	.50	.00	.00	.00	.00	.44	.50
36	.51	.50	.00	.00	.08	.28	.59	.49
46	.53	.50	.02	.14	.08	.28	.63	.48
Total	1.85	1.65	.02	.14	.09	.28	1.96	1.62

Fuente Directa

Podemos observar la prevalencia de caries que se encontró en esta población fue de 16% (31) tabla 3. No encontrando diferencias estadísticamente significativas en la distribución de prevalencia de caries con cada uno de los primeros molares permanentes ($X^2=1.94$, $p=0.58$).



Tabla 3. Prevalencia de caries de los primeros molares permanentes.

Diente	16		26		36		46	
Prevalencia	N	%	N	%	n	%	n	%
Sin caries	28	59.6	26	55.3	23	48.9	22	46.8
Con Caries	19	40.4	21	44.7	24	51.1	25	53.2
Total	47	100.0	47	100.0	47	100.0	47	100.0

$\chi^2=1.94, p=0.58$

Fuente Directa

Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres.

Conocimientos. En la tabla 4 se encuentran los conocimientos de las madres sobre el primer molar permanente. La mayoría 46.8% (22) de las madres saben que los dientes permanentes erupcionan entre los 6 y 7 años y el 48.9% (23) piensan que se deben extraer los dientes temporales para que erupcionen los permanentes. Así mismo, la mayoría creen que las pastas con fluoruro ayudan a prevenir la caries dental en un 51.1% (24).

El 63.8% (30) sabe que los niños deben asistir al dentista por lo menos cada 6 meses y un poco más de la mitad 53.2% (25) equivocadamente piensan que se debe iniciar el cepillado dental tan pronto aparezca el primer diente. Un poco más de tres cuartas partes de las madres 78.7% (37) saben que es la caries y el 70.2% (33) piensan que mantener una buena higiene bucal es el método más efectivo para prevenirla.

Respecto al tiempo en que debe reemplazarse el cepillo dental, la mayoría 42.6% (20) piensan que se debe cambiar cada 3 meses.



Tabla 4. Conocimientos de las madres.

	n	%
Erupción de los permanentes		
Entre los 6 y 7 años	22	46.8
A los 9 años	7	14.9
Entre los 10 y 11 años	1	2.1
No sabe	17	36.2
Total	47	100.0
$X^2=23.0, p=0.001$		
Extracción de los temporales		
Si	23	48.9
No	12	25.5
No sabe	12	25.5
Total	47	100.0
$X^2=5.14, p=0.076$		
Pastas con fluoruro previenen la caries		
Si	24	51.1
No	14	29.8
No sabe	9	19.1
Total	47	100.0
$X^2=7.44, p=0.024$		
Un niño debe acudir al dentista...		
Cada seis meses	30	63.8
Una vez al año	10	21.3
Cuando lo necesite	6	12.8
Otra	1	2.1
Total	47	100.0
$X^2=41.2, p=0.001$		
El cepillado dental se debe iniciar...		
Tan pronto como aparezca el 1er diente	25	53.2
Entre el 1er y 2º año de vida	15	31.9
Entre los 3 y 4 años	7	14.9
Total	47	100.0
$X^2=10.3, p=0.006$		
Método más efectivo para prevenir la caries		
Reducir la ingesta de dulces	4	8.5
Usar productos fluorados	1	2.1
Visitar regularmente al dentista	9	19.1
Mantener una buena higiene bucal	33	70.2
Total	47	100.0
$X^2=54.0, p=0.001$		

Fuente Directa



Sabe que es la caries dental

Si	37	78.7
No	10	21.3
Total	47	100.0

$X^2=15.5, p=0.001$

El cepillo dental se debe reemplazar...

Por lo menos una vez al mes	15	31.9
Cada 3 meses	20	42.6
Cada 6 meses	6	12.8
Hasta que se dañe	5	10.6
No sabe	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=26.0, p=0.001$

Fuente Directa

Actitudes. Las actitudes de las madres en cuanto a la salud bucodental se presentan en la tabla 5. El 97.9% (46) creen que las enfermedades bucodentales son un problema serio y todas 100% (47) piensan que la salud bucodental es muy importante para la salud en general.

La mayoría 89.4% (42) dicen que necesitan que les enseñen a cepillar correctamente sus dientes. Y el 48.9% (23) describen como regular la salud dental de sus hijos.

Aún cuando el 59.6% (28) creen que es caro tener atención dental de buena calidad. La mayoría 93.6% (44) están de acuerdo en que las visitas regulares al dentista son importantes para tener una buena salud bucodental, mientras que el 78.7% (37) están en desacuerdo en que cepillarse cuidadosamente los dientes una vez al día es suficiente.

Tabla 5. Actitudes de las madres en salud bucodental

	n	%
Enfs. Bucodentales son un problema serio		
Si	46	97.9
No	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=43.0, p=0.001$



Necesita que le enseñen a cepillar sus dientes

Si	42	89.4
No	5	10.6
Total	47	100.0

$X^2=29.1$, $p=0.001$

Es caro recibir atención dental de buena calidad

Si	28	59.6
No	17	36.2
No sabe	2	4.3
Total	47	100.0

$X^2=21.7$, $p=0.001$

Como describiría la salud dental de su hijo(a)

Excelente	2	4.3
Buena	13	27.7
Regular	23	48.9
Mala	7	14.9
Muy mala	1	2.1
No sabe	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=49.1$, $p=0.001$

Las visitas regulares al dentista son importantes

De acuerdo	44	93.6
En desacuerdo	1	2.1
No sabe	2	4.3
Total	47	100.0

$X^2=76.8$, $p=0.001$

Cepillarse los dientes una vez al día es suficiente

De acuerdo	9	19.1
En desacuerdo	37	78.7
No sabe	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=45.6$, $p=0.001$

Fuente Directa

Prácticas. Las prácticas sobre higiene oral de los niños y la asistencia al dentista se presentan en la tabla 6. Con respecto a la asistencia de las madres al dentista, la mayoría 72.3% (34) dicen asistir siempre que presentan un dolor o molestia y el 80.9% (38) si sus hijos presentan signos de caries asiste al dentista para eliminarla.



La mayoría de los niños 78.7% (37) asistieron por primera vez al dentista después de los 4 años.

Con respecto al cuidado de los dientes de los niños, la mayoría de las madres en un 48.9% (23) dicen revisarlos siempre. Y el 63.8% (30) los ha llevado al dentista hace 6 meses o menos, la mayoría de las veces en un 27.7% (13) porque algo estaba mal, o presentaba molestias. El 48.9% (23) dijo que la principal razón de no haber llevado a sus hijos al dentista era porque no presentaban problemas. Aunque la mayoría 66% (31) no tienen las posibilidades económicas de asistir al dentista.

En cuanto al cepillado dental, aunque saben que debe ser por lo menos 3 veces al día, la mayoría 61.7% (29) respondieron que sus hijos cepillan sus dientes solo 2 veces, haciéndolo con mayor frecuencia en un 68.1% (32) después de desayunar y el 57.4% (27) después de cenar, la mayoría 48.9% (23) no son supervisados por un adulto.

Tabla 6. Prácticas de las madres en salud bucodental

	n	%
Usted asiste al dentista		
Siempre	34	72.3
A veces	7	14.9
Rara vez	3	6.4
Nunca	3	6.4
Total	47	100.0

$X^2=57.0$, $p=0.001$

Si su hijo(a) presenta caries, usted...		
No importa si no presenta dolor	3	6.4
Administra medicamento para el dolor	2	4.3
Visita al dentista solo en caso de dolor	1	2.1
Visita al dentista para eliminar la caries	38	80.9
Visita al dentista para la extracción del diente con caries	2	4.3
Otro	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=139.7$, $p=0.001$



Revisa el estado de los dientes de su hijo(a)

Siempre	23	48.9
A veces	15	31.9
Rara vez	8	17.0
Nunca	1	2.1
Total	47	100.0

$X^2=22.7$, $p=0.001$

Tiene posibilidades económicas de asistir al dentista

Si	16	34.0
No	31	66.0
Total	47	100.0

$X^2=4.78$, $p=0.029$

Cuando fue la última vez que su hijo(a) visitó al dentista

Es la primera vez	4	8.5
6 meses o menos	30	63.8
Hace un año	7	14.9
Más de un año	6	12.8
Total	47	100.0

$X^2=38.1$, $p=0.001$

Principal razón por la que asistió

Revisión regular	14	29.8
Algo estaba mal, presentaba molestias	13	27.7
Para tapar una caries	7	14.9
Extracción dental	10	21.3
Otra	3	6.4
Total	47	100.0

$X^2=8.63$, $p=0.071$

Principal razón por la que su hijo(a) no ha recibido atención dental

Falta de dinero	19	40.4
No ha presentado ningún problema	23	48.9
No me gusta o no confío en los dentistas	3	6.4
El niño le tiene miedo a los dentistas	2	4.3
Total	47	100.0

$X^2=29.8$, $p=0.001$

A que edad su hijo(a) visito por 1ª vez al dentista

Antes de los 4 años	10	21.3
Después de los 4 años	37	78.7
Total	47	100.0

$X^2=15.5$, $p=0.001$



Con que frecuencia su hijo cepilla sus dientes

Una vez al día	6	12.8
Dos veces al día	29	61.7
Más de 2 veces al día	12	25.5
Total	47	100.0

$X^2=18.1$, $p=0.001$

Cuando su hijo cepilla sus dientes es supervisado

Si	16	34.0
No	23	48.9
A veces	8	17.0
Total	47	100.0

$X^2=7.19$, $p=0.027$

Su hijo(a) cepilla sus dientes después de levantarse

Si	5	10.6
No	42	89.4
Total	47	100.0

$X^2=29.1$, $p=0.001$

Su hijo(a) cepilla sus dientes después del desayuno

Si	32	68.1
No	15	31.9
Total	47	100.0

$X^2=6.14$, $p=0.013$

Su hijo(a) cepilla sus dientes después de comer

Si	26	55.3
No	21	44.7
Total	47	100.0

$X^2=.532$, $p=0.466$

Su hijo(a) cepilla sus dientes después de cenar

Si	27	57.4
No	20	42.6
Total	47	100.0

$X^2=1.04$, $p=0.307$

Su hijo(a) cepilla sus dientes antes de ir a la cama

Si	12	25.5
No	35	74.5
Total	47	100.0

$X^2=11.2$, $p=0.001$

Fuente Directa



10. DISCUSIÓN

Dado que en este estudio no se contempla una muestra representativa, los resultados no aportan los suficientes datos para inferir de manera general la forma en que se comporta la caries dental en los primeros molares permanentes.

El CPOD encontrado en este estudio fue de 1.96 ± 1.62 lo cual es menor a lo reportado por la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001 (1.04).³⁶ Sin embargo es importante señalar que estos niños asisten a la Clínica Periférica Padierna que es un servicio de salud, el cual otorga un seguimiento por atención previa, o por problemas asociados a la presencia y/o desarrollo de caries; por lo que esperaríamos que el CPOD fuera mayor, este resultado se puede deber a la atención e interés que tienen las madres por la salud bucal de sus hijos.

Este estudio mostró que los primeros molares permanentes más afectados por la caries fueron los inferiores, siendo el primer molar permanente inferior izquierdo el más afectado en un 53.2%. Andrade encontró resultados mucho más altos en los que los primeros molares permanentes inferiores resultaron mucho más en un 76.4%. Y Molina reportó que el 62.5% de los molares inferiores presentaban caries.

A pesar de lo reportado por Medina-Solis²⁴, que mencionan que a mayor nivel educativo hay una menor presencia de caries. Sin embargo, los resultados obtenidos en las encuestas indican que la prevalencia de los niños es menor a pesar de que sus padres tienen una escolaridad de educación básica con un factor asociado, que es, la exposición frecuente a la información proporcionada por la Clínica de Odontopediatría en la que son atendidos.



Dentro del análisis de conocimientos, actitudes y prácticas hay que resaltar un resultado favorable en cuanto a los conocimientos de los padres acerca de: el tiempo de erupción de los dientes permanentes, la caries dental, métodos preventivos, frecuencia de visita al dentista y el tiempo de reemplazo del cepillo dental.

Por otra parte observamos una deficiencia de conocimientos en dos aspectos primordiales: las causas por las cuales se debe de realizar la extracción de los dientes temporales y la edad en que se debe iniciar el cepillado dental.

Los resultados indican que las madres cuentan con los conocimientos sobre el tiempo en que erupcionan los dientes permanentes ya que el 46.8% respondieron que la edad en que erupcionan es entre los 6 y 7 años, estos datos coinciden con lo reportado por Tascón y cols.²⁰ con un 46% de las madres que respondieron que si, cuando les preguntaron si el primer molar permanente erupciona antes de los 8 años, en cambio, Discacciati¹⁵ reporto que sólo el 31.4% conoce la época normal de erupción del primer molar permanente. En el caso de las madres que desconocen esta información, encontramos un valor de 36.2 %, lo cual es un poco mayor a lo reportado por Tascón y cols.²⁰; que citan un 24% de su población, los cuales eran pacientes de las clínicas de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano.

Franco²¹ refiere que en su estudio el 50% de los niños iniciaron el cepillado dental en el segundo año de vida, en contraste a nuestro estudio donde el 53.2% lo iniciaron tan pronto como apareció el primer diente.

En nuestro estudio el 70.2% de las madres respondió que mantener una buena higiene bucal es el método más efectivo para prevenir la caries dental,



mientras que los datos reportados por Franco²¹ fueron que el 95% de las madres están de acuerdo con esta idea.

Con respecto a las actitudes de los padres, nuestro estudio reporta que el 93.6% considera que las visitas regulares al dentista son importantes, estos resultados coinciden con los encontrados por Medina-Solis⁸ y Menguez²⁵, donde se señala que un 80 % de las madres consideran que las visitas regulares al dentista son importantes para una buena salud bucal.

En cuanto a las prácticas realizadas por los padres, encontramos que las madres llevan a sus hijos por lo menos cada 6 meses al dentista, en nuestro estudio el 63.8% lo hace, mientras que en el estudio realizado por Franco²¹ fue el 67%, siendo muy similares los resultados. Y la principal razón de llevarlos en ambos estudios fue para una revisión regular. De igual forma, coincidió el argumento de no llevarlos al dentista porque no han presentado problemas.

Andrade¹¹ en su estudio reportó que el 36.6% de los padres piensan que la extracción dentaria es la solución ante la presencia de caries, al contrario de este estudio en el que sólo el 4.3% de los padres cuando sus hijos presentan caries, los llevan al dentista para extraerles el diente cariado.

Con respecto al cepillado dental, que a pesar de saber que debe realizarse por lo menos 3 veces al día, el 61.7 % de la población reporta que sus hijos solo lo hacen 2 veces, principalmente después del desayuno y después de la cena, siendo muy similar a lo encontrado por Irigoyen³⁷, que reporta que el 62.3 % de la población solo cepillan sus dientes 2 veces al día. Contrastando con los resultados encontrados por Andrade¹¹ en los que sólo el 39.1% cepilla sus dientes por las mañanas.



En cuanto a la supervisión del cepillado, Menguez²⁵ reportó que el 67.5% de las madres no lleva a cabo esta supervisión. Mientras que en este estudio el 48% de las madres no realiza la supervisión del cepillado de los dientes de sus hijos.



11. CONCLUSIONES

En el presente estudio logramos concluir:

- 1.- Que el CPOD de los primeros molares permanentes fue de 1.96 ± 1.62 .
- 2.- Las madres cuentan con los conocimientos sobre la erupción de dientes permanentes, el uso de pastas con fluoruro como medio para prevenir la caries, la importancia de la revisión por parte del dentista mínimo cada seis meses, los conocimientos sobre caries dental y, la mayoría, saben que el mejor método para prevenir la caries es mantener una buena higiene bucal.
- 3.- En las actitudes, la mayoría piensa que las enfermedades bucodentales son un problema serio, además, que la salud dental es muy importante para conservar la salud en general. Creen en la necesidad de saber las técnicas adecuadas para el cepillado de los dientes y que visitar regularmente al dentista ayuda a tener una buena salud bucal. Y están en desacuerdo en, que cepillarse los dientes una vez al día es suficiente para mantener la salud bucal.
- 4.- En cuanto a las prácticas, la mayoría de los padres y madres de familia asisten al dentista y llevan a sus hijos para revisiones regulares con fines de prevención, y en su caso, para eliminar la caries. También revisan frecuentemente el estado de los dientes de sus hijos como parte de las prácticas cotidianas para prevenir la caries.



12. REFERENCIAS

1. Méndez D., Caricote N. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio Antolin del campo, estado nueva Esparta, Venezuela (2002-2003)
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp
2. González C., Navarro J., López P. Cambio de indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre 2 y 5 años de edad a partir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar Medellín. Rev. CES Odontología. 2006;19(1):9-17
3. Cornejo L., Brunotto M., Hila E. Factores salivales asociados a prevalencia e incremento de caries dental en escolares rurales. Rev. Salud Publica, 2008;42(1):19-25
4. Palomer L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Rev. Chil. Pediatr. 2006;77(1):56-60
5. Vallejos A., Medina C., Casanova J., Maupomé G., Casanova A., Minaya M. Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes. Gac Sanit. 2007;21(3):227-34
6. Duque J., Pérez J., Hidalgo I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev. Cubana Estomatol. 2006;43(1)



8. Villalobos J., Medina C., Vallejos A., Espinoza J. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de Navolato, Sinaloa: resultados preliminares. *Rev Biomed* 2005;16:217-219.
9. Medina-Solis CE., Segovia-Villanueva A., Estrella-Rodríguez R., Maupomé G., Ávila-Burgos L., Pérez-Nuñez R. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. *Gac Méd Méx.* 2006;142(5):363-368
10. Romo R., Herrera I., Bribiesca E., Rubio J., Hernández S. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F., 2005;62*
11. Treviño M., Tijerina L., Ramos E. y Cantú P. Salud bucodental en escolares de estrato social bajo. *Rev Salud Pub y Nutrición*, 2005;6,(2)
<http://w3.dsi.uanl.mx/publicaciones/respyn/vi/2/articulos/caries.htm>
12. Andrade JH., Attene MC; Cardoso MC. Prevalencia de Caries Dental en Primeros Molares Permanentes en Escolares. Argentina 2001.
http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2003/Prevalencia_caries_dental_primeros_molares_permanentes_2003.pdf



13. Molina N., Irigoyen ME., Castañeda E., Sánchez G., Eduardo R. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. Rev. Méx. De Pediatría. 2002;69(2):53-56.
14. Medina-Solis C., Maupomé G., Ávila-Burgos L., Pérez-Nuñez R., Pelcastre-Villafuerte B., Pontigo-Loyola A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción Rev Biomed 2006; 17:269-286.
15. Carballo A., Carbonell M., Córdova L., Coronel G., Figuera A., Figueroa N., Nuñez J., Rojas H., Sánchez B., Villalobos N., Proyecto ANACO-U.C.V. Estudio epidemiológico sobre la pérdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años. Acta Odontol Venez. 2001;39(2)
16. Discacciati M., Lértora M. Primer molar permanente: Riesgo y afecciones en sus primeros años. Universidad Nacional de Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004
<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-030.pdf>
17. Noronha J., Massara Ma., Souki B., Nogueira A. First permanent molar: First indicator of Dental Caries activity in Initial Mixed Dentition. Braz Dent J. 1999;10(2):99-104
18. Pérez S., Gutiérrez M., Soto L., Vallejos A., y Casanova J. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. Rev Cubana de Estomatología, 2002;39 (3)



19. Mc Donald R., Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Méd Panam. 5ª Edición. Buenos Aires 1990
20. Casanova M., Medina A., Casanova C., *et al.* Factores asociados a la pérdida del primer molar permanente en escolares de Campeche, México: Pérdida del primer molar permanente. Acta Odontol Venez, 2005; 43 (3):268-275.
21. Tascón JE., Aranzazu L., Velasco T., Trujillo K., Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colombia Médica. 2005;36(4):41-46
22. Franco AM., Santamaría A., Kurzer E., Castro L., GiraldoM. El menor de 6 años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología. 2004;1(17):19-29.
23. Al-Ansari J., Honkala E., Honkala S. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. BMS Oral Health. 2003;3:1186-1472.
24. Delgado-Angulo E., Sánchez-Borjas PC., Bernabé E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev.Hestomatol. Heridiana. 2006;16(2)



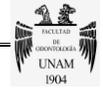
25. Medina-Solis CE., Maupomé G., Pelcastre-Villafuerte B., Ávila-Burgos L., Vallejos-Sánchez AA., Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*. 2006;58(4):296-304
26. Menguez T., Sexto N., González Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. MEDISUR*. 2009;7(1):49-53.
27. Rong WS., Bian JY., Wang WJ., Wang JD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:412-416.
28. Carvalho J., Thylstrup A., Ekstrand K. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1992;20:187-192.
29. Cabrera G., Tascón J., Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Fac Nal Salud Publica*. 2000;19:91-101.
30. Petersen P., Danila I., Samoila A. Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand*. 1995; 53:363-368.



31. Sgan-Cohen H., Saadi S., Weissman A. Dental Knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israel. *Int Dent J.* 1999;49:269-274.
32. Currie C., Schou L., McQueen DV. Dental health-related behavior in Scottish schoolchildren aged 11, 13 and 15 from Edinburg City. *Health Bull.* 1989;47:182-191.
33. Caries Prevalence: DMFT and DMFS [monograph on the Internet]. CAPP Copyright Policy and Disclaimer [as for WHO](#). Site maintained by the Collaborating Centre for Education, Training & Research in Oral Health, Malmö, Sweden.
<http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>
34. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. México, D.F.: Editorial Porrúa; 2000.
35. Gaceta del Senado de la República, LX legislatura. No. 20, año 2008, jueves 03 de Abril, 2º año de ejercicio, Segundo Periodo Ordinario. Consulta: 21 de Mayo de 2009.
36. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Expediente Clínico. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 30 de septiembre de 1999.
37. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Programa de Salud Bucal. Secretaria de Salud. México 2006.



38. Irigoyen ME., Zepeda MA., Sánchez 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. Revista ADM. 2001;58(3):98-104.



13. ANEXOS

13.1. Carta de Autorización

MTR. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ
CLÍNICA PERIFÉRICA PADIERNA
JEFE DE ENSEÑANZA

Presente

Por medio de la presente solicito a usted de la manera más atenta su autorización para que la alumna **JANINE ARENAS PELAEZ** realice el levantamiento del CPOD/ceod en los niños que se atienden en la clínica de Odontopediatría del turno vespertino durante el mes de octubre del presente año. La finalidad de dicha actividad es para que la alumna realice su tesina "Historia de caries dental del primer molar permanente. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental de los padres de la Clínica de Odontopediatría, Clínica Periférica Padierna, UNAM"; dentro del Seminario de Educación para la Salud.

Sin otro particular, le agradezco de antemano su atención y le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D.F., a 6 de octubre de 2009.

Mtra. Erika Heredia Ponce

Opto. Salud Pública y Epidemiología Bucal

c.c.p. C.D. Georgina Avilez Coronel. Especialista en Odontopediatría.



11. Aproximadamente, ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?
1. Menos de 1000 pesos
 2. De 1000 a 3000 pesos
 3. Más de 3000 pesos
 88. No sabe/no responde
12. ¿A qué edad empiezan a erupcionar los dientes permanentes?
1. Entre los seis y siete años
 2. A los nueve años
 3. Entre los diez y once años
 88. No sabe/no responde
13. ¿Existe necesidad de extraer los dientes de leche para permitir la erupción de los dientes permanentes?
1. Si
 2. No
 88. No sabe/no responde
14. En su opinión, ¿las enfermedades bucodentales son un problema serio?
1. Si
 2. No
 - 88.. No sabe/no responde
15. Las pastas dentales con fluoruro son efectivas para prevenir la caries
1. Si
 2. No
 88. No sabe/no responde
16. En su opinión, ¿Con qué frecuencia un niño (a) debe acudir al dentista?
1. Cada seis meses
 2. Una vez al año
 3. Cuando lo necesite
 4. otra _____
17. En su opinión, ¿A qué edad un niño (a) debería iniciar el cepillado dental?
1. Tan pronto como aparezca el primer diente
 2. Entre el primero y segundo año de vida
 3. Entre los 3 y cuatro años
 4. Después de los cuatro años
 5. Otra _____
 88. No sabe/no responde
18. En su opinión, ¿Qué tan importante es la salud bucodental para la salud en general?
1. Muy importante
 2. Mas o menos importante
 3. No es importante
 4. No sabe/no responde
19. En su opinión, ¿Cuál de los siguientes métodos es el más efectivo para prevenir la caries dental? (**marque solo una opción de respuesta**)
1. Reducir la ingesta de dulces
 2. Usar productos fluorurados
 3. Visitar regularmente al dentista
 4. Mantener una buena higiene bucal
 88. No sabe/no responde



20. ¿Cuándo presenta algún problema o dolor en su boca, usted asiste al dentista?
1. Siempre
 2. A veces
 3. Rara vez
 4. Nunca
21. ¿Usted cree que necesita que le enseñen a cepillar sus dientes correctamente?
1. Si
 2. No
22. ¿Sabe usted lo que es la caries dental?
1. Si
 2. No
23. Si su hijo (a) presenta signos de caries dental ¿qué es lo que usted regularmente hace? **(marque solo una opción)**
1. No importa si no presenta dolor
 2. Administra medicamento para el dolor
 3. Visita al dentista solo en caso de dolor
 4. Visita al dentista para eliminar la caries
 5. Visita al dentista para la extracción del diente con caries
 6. Otro _____
24. ¿Qué tan frecuente usted revisa el estado de los dientes de su hijo (a)?
1. Siempre
 2. Algunas veces
 3. Rara vez
 4. Nunca
25. ¿Usted tiene las posibilidades económicas de asistir al dentista en caso necesario?
1. Si
 2. No
26. ¿Hace cuánto fue la última vez que su hijo (a) visitó al dentista?
1. Es la primera vez
 2. 6 meses o menos
 3. Hace un año
 4. Más de año
 5. No recuerdo/no responde
27. ¿cuál fue la principal razón por la que su hijo (a) visitó al dentista la última vez? **(marque solo una opción de respuesta)**
1. Revisión regular
 2. Algo estaba mal, presentaba molestias
 3. Para tapar una caries
 4. Extracción dental
 5. Otra _____
 88. No sabe/no responde
28. ¿Cuál ha sido la principal razón por la que su hijo (a) no ha recibido atención en el último año? **(marque solo una opción de respuesta)**
1. Falta de dinero
 2. No ha presentado ningún problema
 3. No me gusta o no confío en los dentistas
 4. El niño le tiene miedo a los dentistas
 5. Otro _____
29. ¿A qué edad su hijo (a) visitó por primera vez al dentista?
1. Antes de los cuatro años
 2. Después de los cuatro años
 88. No sabe/ no responde
30. En su opinión, ¿recibir atención dental de buena calidad es caro?
1. Si
 2. No
 88. No sabe/no responde



31. ¿Cómo podría describir la salud bucodental de su hijo (a)?

- 1. Excelente
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala
- 88. No sabe/ no responde

32. Estaría usted de acuerdo en que las visitas dentales regulares son importantes para tener una buena salud bucodental

- 1. De acuerdo
- 2. En desacuerdo
- 88. No sabe/no responde

33. ¿Con qué frecuencia su hijo (a) se cepilla sus dientes?

- 1. Una vez al día
- 2. Dos veces al día
- 3. Más de dos veces al día
- 4. Rara vez
- 5. Nunca

34. Cuando su hijo (a) se cepilla los dientes, ¿es supervisado por algún adulto?

- 1. Si
- 2. No
- 3. A veces

35. ¿En qué momento del día su hijo (a) cepilla sus dientes? **(marque todas las opciones de respuesta que aplique)**

- 1. Por la mañana después de levantarse
- 2. Por la mañana después del desayuno
- 3. Por la tarde después de comer
- 4. Por la noche después de cenar
- 5. Por la noche antes de ir a la cama
- 6. Nunca

36. En su opinión, ¿cepillarse los dientes una vez al día es suficiente para tener dientes sanos si se hace cuidadosamente?

- 1. De acuerdo
- 2. En desacuerdo
- 88. No sabe/no responde

37. En su opinión, ¿Con qué frecuencia se debe reemplazar el cepillo dental?

- 1. Por lo menos una vez al mes
- 2. Cada tres meses
- 3. Cada 6 meses
- 4. Cada año
- 5. Hasta que se dañe
- 88. No sabe/no responde

Diente	16	26	36	46



13.3. Índice de CPOD

CÓDIGO	CATEGORÍA
0	Sano
1	Cariado
2	Obturado y cariado
3	Obturado
4	Ausente por caries
5	Ausente por otra razón
6	Sellador
7	Soporte de puente, corona especial o funda
8	No erupcionado
9	No registrado

Los criterios para el diagnóstico y codificación son:

DIENTE SANO: Un diente sano es considerado sano si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar.

DIENTE CARIADO: Se considera que la caries esta presente cuando una lesión en un surco, o fisura, o sobre una superficie lisa (vestibular, lingual) presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una



pared reblandecida. También deben ser incluidos en esta categoría los dientes con restauración temporal. En las caries proximales el examinador debe asegurarse de que la sonda penetre la lesión.

DIENTE OBTURADO CON CARIES: Un diente es catalogado como obturado con caries cuando contiene una o más restauraciones permanentes y una o más áreas careadas. No se hace distinción alguna entre caries primaria y secundaria, (esto es, aunque una lesión cariosa esté o no asociada físicamente con la(s) restauración(es)).

DIENTE OBTURADO SIN CARIES: Los dientes son considerados como obturados sin caries cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) u otras áreas del diente con caries primaria. Se consideran también en esta categoría los dientes con corona colocada debido a caries previa. Un diente al cual se le ha colocado una corona por otras razones, no relacionadas a caries, por ejemplo, por trauma o por soporte de prótesis, se codifica como soporte de prótesis o corona especial, con el número 7.

DIENTE PERDIDO DEBIDO A CARIES: Esta categoría es usada tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries.

En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos. El conocimiento básico de la cronología de la erupción dentaria, el estado del diente contralateral correspondiente, la apariencia de la cresta alveolar en el área del espacio dentario en cuestión, y el estado de caries de otros dientes en relación a la caries dental, pueden proporcionar pistas útiles para hacer un diagnóstico diferencial entre los dientes no erupcionados y los extraídos. Se debe enfatizar que el código 4 no debe ser usado para los dientes considerados ausentes por cualquier otra razón que no sea caries.



DIENTE PERMANENTE PERDIDO POR OTRAS RAZONES: Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodónticas, o debido a un trauma, etc. Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad periodontal.

FISURA OBTURADA: Se usa este código para dientes en los que un sellador de fisura ha sido colocado en la superficie oclusal, o para dientes en los que la fisura oclusal ha sido preparada para resina. Si un diente con sellador está cariado debe ser codificado con el código 1 (cariado).

SOPORTE DE PUENTE O CORONA ESPECIAL: Se usa este código para indicar que un diente forma parte de una prótesis fija, es decir, es un soporte de prótesis. Este código también puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Los dientes faltantes sustituidos por una prótesis se codifican con los códigos 4 o 5, como otros dientes perdidos.

DIENTE NO ERUPCIONADO: Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del diente temporal. Desde luego, los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.

DIENTES EXCLUIDOS: Se usa este código para cualquier diente que no pueda ser examinado.

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los datos sobre el índice CPO-D se calculan de la siguiente manera:

Componente cariado: Incluye todos los dientes clasificados con el código 1 y/o 2.

Componente perdido: Comprende los dientes con el código 4 en individuos menores de 30 años de edad y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores.

Componente obturado: Contiene sólo los dientes con código 3.
