



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA CIRUJANO DENTISTA

“PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, HÁBITOS
BUCALES Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS
DE LA MADRE EN LOS PREESCOLARES DE DOS
CENDI'S DE MILPA ALTA EN EL CICLO ESCOLAR
2008-2009”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA PRESENTAN
ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ FLORES
SANDRA MIRANDA MORA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MA. DEL PILAR ADRIANO ANAYA

FEBRERO 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**Prevalencia de caries dental, hábitos bucales
y su relación con los ingresos de la madre
en los preescolares de dos CENDIS de Milpa
Alta en el ciclo escolar 2008- 2009**

A la máxima casa de estudios, **UNAM**, por abrirme sus puertas y permitirme ser parte de ella desde hace once años, orgullosamente. Asimismo a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por haberme aceptado, me siento parte de ella desde hace mucho tiempo. De igual manera agradezco a todo el personal docente y trabajadores que aportaron de alguna manera en mi formación desde iniciación universitaria.

De una manera muy especial a la **Mtra. Maria del Pilar Adriano Anaya**, directora de esta tesis y responsable del Programa de servicio social en la Delegación Milpa Alta, primero por aceptarme como pasante en el servicio social y por su motivación e insistencia para la realización de este trabajo. Gracias a usted hemos crecido de una manera significativa.

También agradezco profundamente al **Mtro. Tomás Caudillo Joya**, por su paciencia, apoyo y asesoramiento. Gracias por su tiempo y dedicación en la orientación de esta tesis, por aclarar el panorama y ayudar a mantener la calma. Estamos en deuda con usted.

A los sinodales de esta tesis: **C.D. Yolot Vite Rodriguez, Mtra. Alejandra Gómez Carlos** y **C.D. Esteban Elías Atilano Solís**; gracias por su tiempo, por sus correcciones, sus comentarios y las críticas constructivas que realizaron para mejorar este trabajo.

A **Dios** por darme la vida, la capacidad y los dones necesarios para llegar. Gracias por llenarme de bendiciones día con día, por la familia que tengo y la gente que me rodea.

A mis **Padres**, porque todo lo que soy es gracias a ellos. Gracias por procrearme y estar pendiente de cada una de mis necesidades, por facilitarme todas las herramientas, por su apoyo infinito y por darme hasta lo que no era necesario. Gracias por obsequiarme los dos mejores regalos, amor y educación. Mami y papi los amo y los admiro demasiado, y es por ustedes que he llegado hasta aquí.

A **Omar**, sabes lo mucho que te admiro y lo mucho que te amo, sabes la influencia tan grande que tienes sobre mi vida, eres parte fundamental en mi formación y en mi desarrollo académico, gracias a ti elegí esta gran carrera que ha sido tan noble conmigo. Te agradezco el apoyo incondicional que me has brindado a pesar de que te encuentras a muchos kilómetros de distancia. **Katya**, a ti también te agradezco por cada una de las cosas que has aportado a mi vida, eres una gran mujer que admiro, respeto y quiero muchísimo; gracias por ser un ejemplo y querer guiarme por el mejor camino. Gracias a los dos por despejar mis dudas, enseñarme muchas cosas, pero sobretodo por darme un sobrino maravilloso, **Gerardo** te amo.

Iván, estoy especialmente agradecida contigo por todo el apoyo que me brindaste, no sabes como valoro la paciencia que me tuviste y que no dejaste que me diera por vencida, gracias por darme ánimos, eres parte esencial de este trabajo y de que yo haya terminado la carrera porque me motivaste a seguir adelante. Hermano te admiro mucho y me gustaría tener eso que tú tienes, eso que te hace especial. Te amo y espero que sigamos adelante juntos apoyándonos en todo.

Ángeles, a ti también quiero agradecerte la confianza que has depositado en mi, y esto tiene un valor inmenso en mis sentimientos. Admiro mucho tu

trayectoria y tu fuerza para luchar contra corriente. Te quiero mucho y espero que sigamos siendo unidas. Gracias por tu motivación y tu apoyo.

A ti **Ernesto** por todo lo que has entregado para ayudarme a ser en una mejor persona, le agradezco a Dios haber cruzado nuestros destinos. Gracias por fortalecerme y cambiar mi perspectiva de las cosas hacia una más abierta y positiva. Gracias por tu apoyo en cada uno de mis proyectos personales y académicos, y por haber sido mi compañero en la realización este trabajo. Gracias por todos los objetivos que hemos logrado juntos, por las experiencias inolvidables que hemos vivido y por todas las enseñanzas que hemos compartido mutuamente. Gracias por llenarme de felicidad. Te amo y nunca dejaré de agradecer todo lo que eres. Sabes que deseo recorrer más camino junto a ti.

A **Helena Jalili** por todo su apoyo, su tiempo y dedicación a muchos de mis trabajos dentro y fuera de la carrera, pero sobretodo por permitirme ser más que una alumna, te quiero y te agradezco infinitamente lo que has hecho por mí. Te admiro mucho, eres una gran persona, íntegra y apasionada, me encanta como realizas tu trabajo, te entregas completamente a él.

A **Ernesto Gonzalez Mendoza** y **Rocío Flores Luna** por todo el amor que me han dado y por abrirme las puertas de su casa, gracias por su apoyo. Los quiero mucho. Y a ti **Alejandro**, doy gracias por tu amistad, tu apoyo, tu confianza y la puerta que nos abriste, te admiro mucho.

A todos mis tíos y primos que estuvieron al pendiente, a todos los quiero mucho, en especial a Carmen, Elena, Rocío, Pilar y Gaby, ustedes son como mis hermanas, y a mis tías Carmen y Alicia por su confianza y paciencia.

Y a ti Andrea por tus palabras motivadoras, siempre estaré agradecida porque seamos amigas.

A ti **Universidad Nacional Autónoma de México** que me aceptaste como uno de tus hijos desde que yo tenía once. Quiero agradecerte que dentro de tus instalaciones viví muchos momentos inolvidables y muchas experiencias que hicieron de mí una mejor persona.

A usted **Maestra María del Pilar Adriano Anaya** que me brindó la oportunidad de realizar este trabajo con su asesoría, así como todo el tiempo, dedicación y esfuerzo que puso en él para que se realizara de la manera correcta.

A usted **Maestro Tomas Caudillo Joya** por todo el tiempo y la dedicación que brindó a este trabajo, del cual usted fue una parte fundamental.

A ustedes nuestros sinodales: **C.D. Yolot Vite Rodríguez, C.D. Esteban Elías Atilano Solís y Mtra. Alejandra Gómez Carlos** por el tiempo brindado para la revisión de este trabajo, así como la asesoría del mismo, sin su aprobación no habríamos continuado.

A mis **Padres**, no me alcanzan las palabras para agradecerles lo que han hecho por mí; ustedes fueron, son y serán un gran ejemplo. Gracias por brindarme la vida pues sin ustedes no existiría, por su apoyo incondicional para llegar hasta este punto, ya que este paso tan importante para mí es suyo también, pues siempre estuvieron a mi lado cuando los necesite. Solo me resta decirles que los amo y que esperemos que este no sea el último momento para celebrar dentro de mi trayectoria académica.

A ti **hermano** que nunca dejaste que me diera por vencido, eres todo un ejemplo para mí y mereces todo mi respeto. Gracias por todo el apoyo que me has dado, aquí están los resultados de todo lo que tu y mis padres me inculcaron, este logro también es tuyo, pues sin ustedes no existiría este trabajo. Te amo y nunca voy a dejar de agradecerle a Dios por darme esta familia.

A ti **Sandra** que eres una parte fundamental de todo esto. Gracias por todo el apoyo que me brindaste tanto en la carrera, como en la realización de este trabajo, y sobretodo en mi vida. Te doy gracias, porque me has ayudado a cambiar aspectos que me han convertido en una mejor persona. Te amo y doy gracias a Dios por ponerte en mi camino.

Por último a ustedes **Ángel, Obed y Daniel**, que a pesar de que en este momento no comprenden el valor que tiene este trabajo para mí, forman parte de él. Gracias por darle alegría a todo, los amo.

Al **Sr. Pedro Tapia** quien nos ha brindado una amistad incondicional, gracias por su tiempo, sus atenciones, su apoyo y su dedicación. Nunca podríamos terminar de agradecer todo lo que usted hace. Lo estimamos, lo respetamos y lo queremos mucho.

A **Gabriela Galindo**, por tu hermosa amistad y por la confianza que has depositado en nosotros, te queremos muchos.

A nuestros verdaderos amigos Norma, Sergio y Néstor, gracias por toda su amistad y por esos momentos tan divertidos que hemos pasado, también gracias por todo su apoyo durante el servicio social, así como en la orientación para realización de este trabajo, les debemos una chicos.

A todos los profesores de la carrera que aportaron elementos muy importantes en nuestra formación, a muchos de ellos los admiro y los estimo. Asimismo de manera especial agradezco el apoyo y cariño de Ruth y de los profesores de Lenguas Extranjeras: Nancy, Carlos, Felipe, Lilia, Juan Manuel, Fernando y Eréndira

INDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
MARCO TEÓRICO	15
OBJETIVOS	33
DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
VARIABLES	36
TÉCNICAS	38
RECURSOS.....	39
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	40
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES.....	57
ACCIONES REALIZADAS	59
PROPUESTAS.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS	72

INTRODUCCIÓN

El presente estudio forma parte del Programa de Salud Bucal que se está desarrollando en la Delegación Milpa Alta, en convenio firmado en el 2006 con la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Teniendo como objetivo el determinar la prevalencia de la salud-enfermedad del problema caries dental y hábitos bucales de la población preescolar de 3 a 5 años de los Centros de Desarrollo Infantil San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta, y su relación con los ingresos de la madre en el año 2009.

El tipo de estudio es Observacional, Transversal y Descriptivo. La muestra por conveniencia fue de 127 preescolares de 3 a 5 años previo consentimiento informado por los padres o tutores y la encuesta de hábitos bucales. La información se capturó y se procesó con el programa de cómputo SPSS versión 15.0.

Los principales resultados son: de los 127 preescolares que participaron en este estudio 51% corresponden al sexo femenino mientras que el 49% corresponden al masculino. El promedio general de experiencia de caries dental en dentición temporal es de 2.8 y es mayor conforme avanza la edad. Sin embargo el promedio de ceo de acuerdo al sexo tuvo que el sexo masculino presentó un promedio de 3.3, mientras que el femenino 2.4. Al relacionar las medias de caries dental de los preescolares con los ingresos de las madres, encontramos que el promedio más bajo lo tuvieron los hijos de las madres cuyos ingresos son de

\$8000 quincenales. Mientras que los promedios más altos los encontramos en los hijos de las madres que ganan \$3500 quincenales. Respecto a los hábitos bucales encontramos que 93 preescolares no presentaron ninguno, mientras que 27 de ellos presentaron un hábito y 7 presentaron 2, dando un total de 34. Los niños que presentaron los promedios más altos de caries fueron los niños que succionaban algún labio, aquellos que succionaban toda la mano, los que acostumbran usar el chupón y a quienes acostumbran dormir con el biberón.

JUSTIFICACIÓN

Ante la magnitud de los problemas de la salud a nivel individual y colectivo se debe considerar que el proceso Salud Enfermedad en su componente estomatológico, es parte del proceso general social y como tal debe expresarse al estudiar las necesidades de la población.¹ Si bien, la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo.^{2,3,4} Se considera que afecta al 95% de la población escolar, que es el grupo de edad más susceptible al ataque de caries, y es en este sector de la población donde se llevan a cabo una gran cantidad de actividades preventivas por diversas Instituciones (Universidades y Sector Salud), sin embargo no existe un conocimiento suficiente sobre el impacto que han tenido éstas sobre el control de la enfermedad.⁵ El impacto de la pobreza sobre la odontología va mucho más allá que los obstáculos económicos, ya que la misma crea un medio ambiente donde los impedimentos como pueden ser: la falta de educación escolar, así como la inaccesibilidad a programas de atención odontológica enfocados a este tipo de población, impiden que ésta pueda recibir una atención odontológica adecuada.⁶

La aparición de caries dental no depende de manera exclusiva de los llamados factores etiológicos primarios: dieta, huésped y microorganismos, cuya interacción se considera indispensable para vencer los mecanismos de defensa del esmalte y provocar la enfermedad; sino que la generación de la caries requiere de la intervención adicional de otros concurrentes, llamados factores

etiológicos moduladores, los cuales influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. El panorama es bastante complicado de lo que a primera vista aparenta, ya que en realidad el proceso carioso es el resultado de una interacción compleja entre varios factores, configurándose así el esquema etiológico multifactorial.⁷

Por lo tanto, debemos abordar el proceso carioso y los hábitos bucales tanto en su problemática, como en las alternativas de solución con un criterio global o complejo, que nos permita comprender e interpretar dicho proceso como un reflejo de la realidad, y tener una actitud constante de crítica y autocrítica.⁸ Con bases en estos aspectos fue de nuestro interés realizar este estudio sobre los hábitos bucales y los ingresos de la madre, el cual tiene como propósitos ampliar el marco explicativo sobre la causalidad y la explicación del problema de caries dental, generar propuestas y realizar programas de salud a partir de la problemática descrita en los preescolares de 3-5 años de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta, Distrito Federal, en el año 2009.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre la prevalencia de caries dental, hábitos bucales y los ingresos de la madre de la población preescolar de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta, D.F. en el año 2009?

MARCO TEÓRICO

Adriano y cols⁹ mencionan que la investigación epidemiológica en las ciencias de la salud, en su desarrollo histórico, ha pasado por diferentes etapas en las cuales los factores económicos, políticos y sociales han sido determinantes en su concepción, así como el planteamiento de soluciones. Se pueden identificar tres grandes teorías epidemiológicas, a saber: la unicausal, multicausal y la histórico social o crítica.

A fines del siglo XIX, con los descubrimientos de Pasteur y Koch, se acepta la teoría de los gérmenes como la dominante y representa un reforzamiento del organicismo o biologicismo, implantando el estudio de lo individual sobre lo colectivo para la comprensión de la enfermedad y sus condiciones. Bajo esta perspectiva de la enfermedad, la disciplina epidemiológica, se sitúa en el ontologismo nosológico, o sea la actuación de un poder externo en el organismo sano, con capacidad para provocar lesiones y reacciones que amenazan a su sobrevivencia, lo cual trae como consecuencia que sus métodos y técnicas se enfocan a identificar focos y medios de transmisión. En este paradigma unicausal en epidemiología, el cuál trata de reconocer una causa única y fundamental para la producción de las enfermedades, tiene por objeto de estudio la ENFERMEDAD, el método de planeación que se desarrolla dentro de este paradigma es el normativo.

Posteriormente, en la tercera década del presente siglo, la teoría unicausal fue perdiendo paulatinamente la capacidad de brindar una adecuada respuesta a las necesidades del sistema social en el campo de la salud y llega el momento en que este paradigma es insuficiente para interpretar la realidad. Así cuando se incorporan los avances tecnológicos y la especialización, se inicia el redescubrimiento del carácter social y cultural de la enfermedad y su articulación con la estructura de la sociedad.

Esta incorporación de los aspectos sociales, permite el surgimiento de la teoría multicausal, perfeccionada a través del paradigma de la historia natural de la enfermedad y se consolida, en la década de los setentas en el paradigma ecológico o sea la relación de la triada: huésped, agente y medio.

Los principales teóricos de este paradigma son: Leavell y Clark y Mac Mahon, los cuales toman a lo "SOCIAL" como un factor coproductor de algunas enfermedades.

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico, en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura del equilibrio llamado homeostasis. Al ser parte de un proceso continuo que se origina antes o durante la concepción del ser humano, la enfermedad responde al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a

las condiciones sociales y económicas que facilitan o dificultan el proceso adaptativo.¹⁰

Toda esa red de interacciones ecológicas y humanas concluyen finalmente con manifestaciones clínicas, incapacidad o muerte es lo que se conoce como la historia natural de las enfermedades. Leavell y Clark distinguen tres periodos más o menos bien definidos en la historia natural de la enfermedad: prepatogénico, patogénico y de resultados.¹¹ En el periodo prepatogénico o de susceptibilidad, la enfermedad aún no se ha desarrollado como tal; las células, los líquidos tisulares, los tejidos o los órganos del ser humano aún no han sido involucrados en el proceso, pero el hombre como ente social comienza a formar parte de esa historia, al interrelacionarse con el medio ambiente que lo circunda y con los agentes físicos, químicos, biológicos, sociales o psicológicos presentes en su circunstancia ambiental. Podemos ver que hay tres elementos importantes interactuando en el periodo prepatogénico de la enfermedad: huésped, el agente (animado o inanimado) y el medio ambiente. El huésped es todo organismo viviente capaz de albergar a un agente causal; el agente es cualquier sustancia, viva o inanimada, o una fuerza muchas veces intangible, cuya presencia o ausencia es la causa inmediata o próxima de una enfermedad particular; y el medio ambiente es el conjunto de condiciones o influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. Todos estos factores cuya presencia e interacción están asociadas con un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedad son llamados factores

de riesgo y constituyen los elementos básicos del periodo prepatogénico de la enfermedad. Algunos de estos factores son necesarios (pero no suficientes) para que se produzca la enfermedad. Otras veces el factor no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, que puede ocurrir en su ausencia, pero su presencia comporta una probabilidad incrementada de aparición de la afección. Este es el caso de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmutables que no pueden ser modificados pero ayudan a identificar a los grupos de personas que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores por el contrario, son susceptibles de modificación.¹²

Mc Mahon, citado por Cantú Martínez,¹³ por su parte plantea que la epidemiología convierte el estudio de la población en método para demostrar la relación entre dos o más variables de la población; es decir, analiza particularmente la distribución de padecimientos en un contexto social, donde, los estilos de vida se relacionan a la ocurrencia de enfermedades, y pormenoriza las relaciones entre un agente de enfermedad específico como bacteria o virus, el individuo, y el ambiente social y físico, en el que este se desenvuelve. El arquetipo epidemiológico usual de enfermedad tiene tres elementos: agente, huésped y ambiente. El agente comprende aquellos ingredientes físico-químicos, organismos infecciosos y alérgenos, e inclusive los aspectos dietéticos que refieren a deficiencias y excesos de un individuo.

El huésped contempla los elementos característicos que aquejan la susceptibilidad del sujeto al agente. El ambiente considera factores extrínsecos que influyen la exposición del huésped al agente. La interacción de manera desequilibrada de los factores en cada una de estas esferas proyecta la presencia de la enfermedad, que incide en el intensificación o aminoración de la asiduidad de la misma.

En 1974 Marc Lalonde,¹⁴ publicó un antológico informe que proporcionó un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que pueden satisfacerlas. Dicho marco se basa en la división de la salud en cuatro elementos generales:

- **Biología Humana**

Procesos de maduración y envejecimiento determinados genéticamente.

- **Medio Ambiente**

Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial

y sociocultural por factores de naturaleza:

1. Biológica (bacterias, virus, hongos, etc.).
2. Física (radiaciones, humos, desechos, etc.).
3. Química (hidrocarburos, plomo, plaguicidas, etc.).
4. Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, estrés, competitividad, etc.).

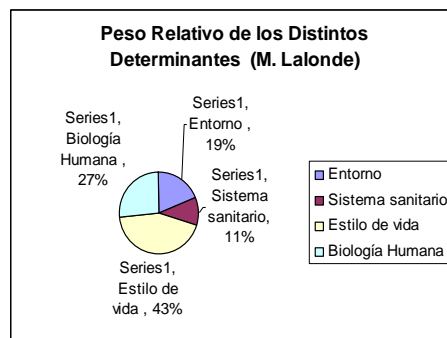
- **Sistema de Asistencia Sanitaria**

Su incidencia en el proceso de salud–enfermedad, dependerá de:

1. Calidad.
2. Cobertura.
3. Accesibilidad.

- **Estilo de Vida: Hábitos y conductas de salud**

1. Consumo de drogas.
2. Ejercicio Físico.
3. Situaciones de Estrés.
4. Violencia.
5. Conducción peligrosa.
6. Hábitos reproductivos insanos.
7. Uso del tiempo de ocio.
8. Hábitos de interrelación humana.
9. Alternancia del tiempo de trabajo, ocio y sueño, etc.



De las condiciones de vida se caracterizan en el estado de salud de la población y el individuo y se manifiestan cuatro grandes esferas del proceso social:

- **Predominante Biológica:** potencial genético y capacidad inmunológica.
- **Predominante Ecológico:** medio ambiente, residencial y de trabajo.
- **Que producen las formas de conducta y de conciencia:** determinando las culturas, los hábitos y las formas de conducta y los determinados estilos de vida.
- **Predominante Económico:** relativo a las formas de producción, distribución y consumo de bienes y servicios.



Fuente : <http://www.scribd.com/doc/5057664/determinantes-salud>

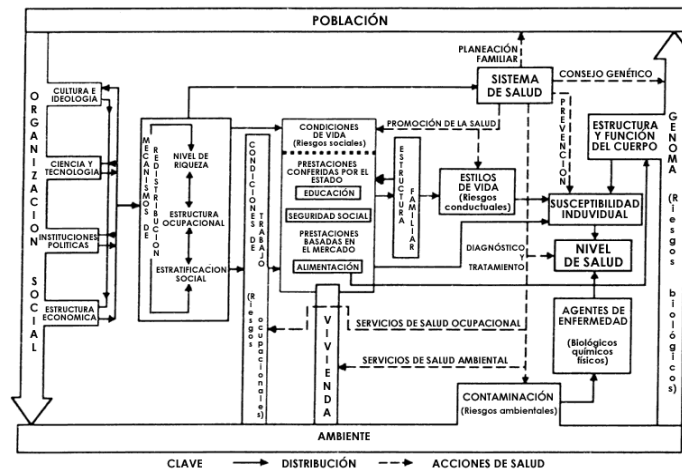
Todo esto con el propósito de poder entender los estilos de vida del ser vivo.

Julio Frenk,¹⁵ ex Secretario de Salud de México (1987-1992), elaboró un esquema que pretendía identificar la dinámica de los factores que rigen el cambio de salud y al mismo tiempo especificar sus interrelaciones en un marco de referencia de multicausalidad en donde los factores operan diferentes niveles

de determinación. El eslabón final en esta cadena es el individuo, en quien se expresan los procesos de enfermedad.

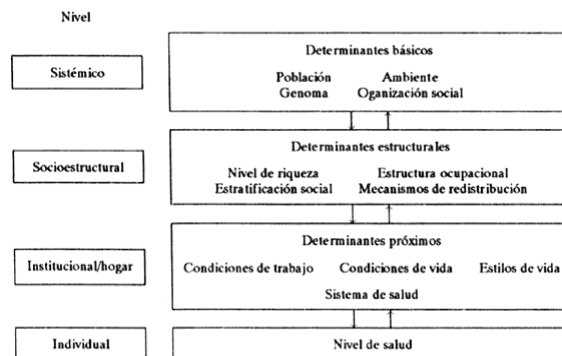
A través de este esquema se señalaba el creciente consenso de que la salud y la enfermedad están determinadas de una manera multicausal y que necesitan ser enfocados desde una perspectiva interdisciplinaria e integral. Para poder hacerlo así es necesario integrar los múltiples factores dentro de un marco de referencia analítico y coherente. Este marco de referencia (esquema) señala las principales relaciones entre la salud y sus determinantes en el cual el punto de partida es la relación entre la población y su medio ambiente la cual se encuentra ligada por dos puentes fundamentales.

El primero es la organización social, a través de la cual los seres humanos desarrollan las estructuras y los procesos necesarios para transformar a la naturaleza. El segundo esta representado por el genoma el cual modifica la constitución mas profunda de las poblaciones humanas en respuesta a los cambios del ambiente. En efecto todos los fenómenos de salud suceden dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y quienes se organizan socialmente para transformar el ambiente. Las relaciones específicas de determinación tienen lugar dentro de este marco básico.



Fuente: Frenk, Julio. Bobadilla, José Luis. Stern, Claudio. Frejka, Tomás. Lozano, Rafael. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud pública. México. 1991; 33 (5): 448-462.

Debe señalarse que esta formulación conceptual no supone una multicausalidad difusa donde todo influye sobre todo. Por el contrario, este modelo ordena los determinantes de acuerdo a una jerarquía.



Fuente: Frenk, Julio. Bobadilla, José Luis. Stern, Claudio. Frejka, Tomás. Lozano, Rafael. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud pública. México. 1991; 33 (5): 448-462.

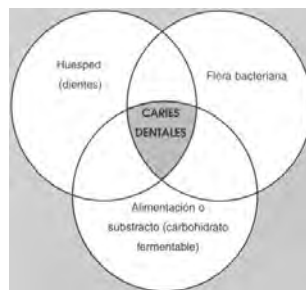
Como puede verse existen cuatro dimensiones principales de la organización social que determinan el nivel total de riqueza de una sociedad y las reglas para estratificación de los diversos grupos.

Sin embargo, en América Latina la necesidad de crear alternativas teórico metodológicas que permitan entender el proceso salud-enfermedad en su dimensión histórico social, fue abriendo espacios hacia otras interpretaciones cuyas bases no fuera fundamentalmente clínico-biológicas, sino que se abordarán los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad, conociéndose esta área como, el de la historia social del Proceso Salud Enfermedad-Epidemiología Crítica, el cual pasa a ser considerado como uno de los procesos de la totalidad social. Este paradigma se propone construir el objeto de estudio de la epidemiología reconociendo su carácter histórico social en el nivel colectivo y su articulación con el conjunto de procesos sociales.¹⁶

A partir de estos tres modelos teóricos podemos integrar el marco conceptual estomatológico de la siguiente manera.

Paúl Keyes, citado por Hinojosa,¹⁷ estableció que la etiología de la caries dental obedecía a un esquema compuesto por tres agentes (huésped, microorganismos y dieta) que deben interactuar entre sí. Dicha relación fue resumida en una grafica que trascendió en el siglo XX, con la denominación de la triada de Keyes. En base a esto se encumbro el concepto que sostiene que el proceso de caries se fundamenta en estos tres factores básicos; llamados primarios o principales. A ello, Nikifourk¹⁸ afirma que la interacción entre los tres factores primarios es fundamental para la iniciación y el avance de la caries: un tejido huésped susceptible, el diente; microflora como potencial

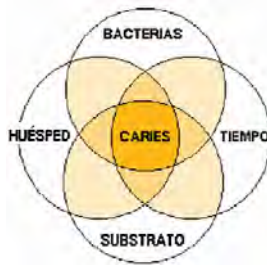
cariogeno (agente) y un sustrato local adecuado para cumplir los requisitos de una flora parodontica (dieta). Thylstrup y Fejerkov¹⁹ señalan que la triada de Paúl Keyes subraya el origen multifactorial de la enfermedad, y este es tan abrumador para un odontólogo, que parece una tarea extremadamente complicada el prevenir el inicio de una caries visible, lo cual ha reforzado el papel del odontólogo como persona principalmente ocupada en la reparación de los síntomas avanzados. Esta teoría encuentra interacción con el modelo teórico propuesto por Leavell y Clark en el punto en el que los dos describen que debe existir un equilibrio entre los factores para que no se presente la enfermedad en el caso de Keyes que no se presente la caries dental.



Por tanto una definición de caries dental de acuerdo al modelo teórico unicausal es: el proceso de desmineralización de los dientes por ácidos formados por el metabolismo de los hidratos de carbono por las bacterias orales y de caries pueden ser detectados por la aparición de un espacio de color blanquecino, opaco y áspero en la superficie del diente, generados por la desmineralización del esmalte.

Newbrun²⁰ en 1978, ante la evidencia proporcionada por nuevos estudios al respecto, y con el afán de hacer más preciso el

modelo de Keyes, añadió el factor tiempo como un cuarto factor etiológico requerido para producir la caries. Para Newbrun la caries es una enfermedad multifactorial en la que existe la interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora, y el substrato (dieta) pero también debía tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual debía considerarse en toda exposición acerca de la etiología de la caries. Gráficamente los representó como cuatro círculos sobrepuestos y explicaba que para que se forme caries es necesario que las condiciones de cada parámetro sean favorables, es decir para que haya caries debe existir un huésped susceptible, una flora oral cariogénica, y un substrato apropiado que deberá estar presente durante un periodo determinado.



Más tarde se desarrollaron análisis más complejos de la enfermedad, los cuales permitieron establecer un modelo de historia natural de la caries dental, orientado a racionalizar los diferentes métodos de prevención y control. En tal perspectiva en 1991 Eriksen y Bjertness sugirieron adoptar un modelo socio-ecológico en el que se incluye no sólo las variables de comportamiento de los individuos, sino también características sociales y psicológicas. Por ello Bjertness y col, en 1992

propusieron una alternativa construida a partir de un abordaje holístico, estructurado en torno a la suma de los factores tradicionales asociados a los factores psico-sociales; teniendo una base teórica en la propuesta de Lalonde. En esta estructura, la enfermedad es concebida como un proceso continuo y la mayoría de los individuos se sitúan en los extremos de la salud y enfermedad. Si bien está claro que el esquema de Keyes se ha visto superado y necesita ser sustituido, sea cual fuere el modelo futuro que se adopte, deberá basarse en la interacción multifactorial de un proceso eminentemente dinámico.²¹

Para la investigación odontológica existe un amplio campo de problemas sociales, culturales y de la conducta que se sabe influyen en la salud bucal de la población; su estudio ha permitido entender y explicar los comportamientos de individuos y grupos frente a las enfermedades buco-dentales y ante la necesidad de recibir atención profesional.²²

Es muy frecuente que en los estudios sobre caries, se minimicen los elementos económico-sociales, o que concluyan la investigación sin cruzar las variables, investigadas;²³ por eso, consideramos necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la magnitud de las lesiones en la cavidad oral debido a su asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que esto conlleva. En los consultorios pediátricos y odontológicos un número importante de niños con patologías orales se pueden detectar, desafortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa o el pasar por alto

las recomendaciones de atención dental para los pacientes, propicia que éstos no sean atendidos adecuada y oportunamente por lo que con frecuencia los pacientes se atienden en forma tardía con alteraciones avanzadas o incluso en ningún momento.²⁴

Dentro de los problemas de salud bucal destacan como enfermedades principales, caries y periodontopatías, que constituyen los problemas sanitarios con índices más altos de morbilidad en la población en general y en los infantes, en particular como consecuencia de los malos hábitos alimenticios, la falta de supervisión y atención por parte de los padres y sobretodo, una falta de higiene bucodental consecuencia de una escasa cultura odontológica. La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo. Se considera que afecta al 95% de la población escolar que es el grupo de edad más susceptible al ataque de caries.²⁵ Para que se produzca el proceso carioso, se ha mencionado que se necesita una interacción de diversos factores, los cuales al combinarse, dan como resultado esta patología; y se ha demostrado en reportes de la literatura que la ausencia de alguno de estos factores, no produce proceso carioso.

Gavito Hernández y cols.²⁶ Mencionan en su investigación que en EE.UU. en 1981, se estimó que el 98% de la población se veía afectada por caries, mientras que a los 17 años de edad; aproximadamente el 94% de los jóvenes ya presentaba

restauraciones en sus bocas, con un promedio de 9 piezas dentales afectadas. Los jóvenes de familias de bajos ingresos presentaba caries no tratadas aproximadamente 4 veces más al compararse con aquellos de niveles socioeconómicos más elevados y el 47% de los niños menores de 12 años de edad nunca habían acudido a la consulta dental. Así como estudios en EE. UU. y Argentina han demostrado que: a pesar de que, la caries ha ido disminuyendo al paso de los años, la mayor incidencia de este proceso se da en las regiones socioeconómicamente desfavorecidas. Además la frecuencia de la caries se ha ido incrementando; esto se debe en mayor parte a la falta de accesibilidad a los recursos de atención estomatológica en estas comunidades. Los problemas sociales y económicos del país repercuten en todos los sectores sociales de la economía, bajo este impacto resultan afectados tanto el dueño de los medios de producción como el prestador de servicios, sea asalariado o particular. El ingreso del jefe de la familia es una de las variables que se ha relacionado fuertemente con utilización debido que representa la capacidad de pago por un servicio y constituye una de las barreras de acceso más frecuentemente reportadas. El impacto de la pobreza sobre la odontología va mucho más allá que los obstáculos económicos, ya que la misma crea un medio ambiente donde los impedimentos como pueden ser: la falta de educación escolar de los padres, así como la inaccesibilidad a programas de atención odontológica enfocados a este tipo de población, impide que ésta población pueda recibir una atención odontológica adecuada. Los problemas de salud y dentales son

mucho mayores en los estratos bajos, de hecho casi un tercio del total de los niños procedentes de estos estratos padecen por lo menos una enfermedad de tipo crónica. Es común que el odontólogo pueda encontrar al paciente de familia pobre enfermo, malnutrido, sin vacunas o por lo menos sin una historia médica adecuada de su estado de salud actual o previo.²⁷

De igual manera Leonor Sánchez y cols. Examinaron 266 niños provenientes de las Escuelas públicas Federales de las Delegaciones tláhuac y Miguel Hidalgo, en 1991. En el análisis de información por delegación encontraron que el promedio del índice ceod para Tláhuac fue de 4.64 y de 4.58 para la Delegación Miguel Hidalgo. El 9.4% de los niños examinados se encontraron libre de caries, de estos el 6% correspondió a la primera y el 4.3% a la segunda.²⁸

Otra investigación realizada por Rivas Gutiérrez y cols.²⁹ en los niños de los docentes y los trabajadores administrativos del Centro de Educación y Cuidado Infantil de la Universidad Autónoma de Zacatecas (CECIUAZ), en donde encontraron en ambos estudios una incidencia y una prevalencia de patologías buco-dentales bastante bajo en niños de edad preescolar (1995: ceod 2.11, CPOD 1.5; 2001: ceod 1.3; CPOD 0.9. En 1995 un IHOS de 1.0 y en el 2001 un IHOS de 0.5. En 1995 un IR de 1.2 y en el 2001 de 0.4. En 1995 el 18.62% de la población estudiada presentó algún tipo de traumatismo dental, y en el 2001 sólo el 10.16% presentó traumatismo. En 1995 el 3.25%

de los niños estudiados presentaron fluorosis y en el 2001 el 8.47% la presentó). Es importante señalar que en este estudio los padres de los niños tienen un empleo fijo de administrativo o docente.

Otro estudio realizado en el Estado de México para conocer la prevalencia de caries dental en la población de tres a doce años de edad, reportó un promedio de dientes cariados a los tres años de 4.3, a los cuatro años de 4.7 y a los cinco años 7.6. Este mismo estudio establece que el nivel de conocimientos que tiene esta población sobre su salud bucal el 58% se ubicó en el bueno, el 37.5% en el regular y el 4.4% en el malo.³⁰

Otro estudio sobre prevalencia de caries dental en población preescolar realizado en el servicio de odontología del Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón, de los 217 niños estudiados, el 47.9% presentaron caries dental y el 49.3% caries rampante, sólo el 2.7% se encontraron sanos. De igual manera entre el 82% al 91% endulzaron sus alimentos con azúcar, aunque en el grupo con caries rampante el 23.8% lo hicieron con miel. El biberón fue usado más tiempo en los niños con caries rampante.³¹

En Venezuela³² se llevó a cabo un estudio en preescolares para conocer los riesgos de aparición de caries dental en donde se concluye que el 100% están sometidos a factores de riesgo por el consumo prolongado de biberón y el consumo nocturno de leche en mayores de seis meses a un año de edad. El uso de

chupón y consumo de chucherías y otras comidas azucaradas constituyen factores cariogénicos así como el uso tardío de hábitos de higiene oral, otro factor importante encontrado fue la visita tardía o ausencia de visitas al odontólogo por condiciones socioeconómicas.

Según Freitas, citado por Pacheco Andrade³³ la caries dental es actualmente conceptualizada como una enfermedad de origen multifactorial. En su libro “Historia de la decadencia social”, el autor discute la caries percibida por el orden social y explora los aspectos socioeconómicos, culturales y de comportamiento que influyen en su aparición.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la prevalencia de la salud-enfermedad del problema caries dental y hábitos bucales de la población preescolar de 3 a 5 años de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta, y su relación con los ingresos de la madre en el año 2009.

ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la caries dental de la población preescolar de acuerdo a edad y sexo, de la población preescolar de 3 a 5 años de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta
- Determinar la presencia de hábitos bucales de la población preescolar de 3 a 5 años de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta de acuerdo a edad y sexo
- Determinar los ingresos de las madres, de la población preescolar de 3 a 5 años de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta
- Determinar la prevalencia de caries dental de la población preescolar y su relación con los ingresos de las madres,

de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta

- Determinar la presencia de hábitos bucales de la población preescolar de acuerdo a los ingresos de la madre, de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta
- Determinar la prevalencia de caries dental y su relación con hábitos bucales de la población preescolar, de los CENDI'S San Salvador Cuauhtenco y San Pablo Oztotepec de la Delegación Milpa Alta

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Observacional, transversal y descriptivo.

Universo de Estudio

- Alumnos que asisten a los CENDI'S San Pablo Oztotepec y San Salvador Cuauhtenco en los grados Preescolar I, II y III, siendo en su totalidad 156 preescolares.
- Muestra: Por conveniencia conformada por 127 preescolares previa autorización informada por escrito por parte de los padres de familia.

Criterios de inclusión:

- Preescolares que se encuentran inscritos en los CENDI y que vivan dentro de la Delegación y que tengan de 3 a 5 años.
- Aquellos alumnos cuyos padres autorizaron por escrito, su participación en la investigación.
- Los alumnos que entregaron la encuesta dirigida a la madre llena y firmada.

Criterios de exclusión:

- Aquellos alumnos cuyos padres no autorizan su participación en la investigación.
- Los alumnos que no viven dentro de la Delegación.
- Los preescolares de los grupos Maternal.
- Los alumnos de Preescolar I menores de 3 años.

Criterios de eliminación:

- Alumnos que sean dados de baja del programa escolar.

VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	MEDICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Dependientes			
Caries dental	Problema específico del proceso salud enfermedad bucal que se encuentra determinado por factores políticos, económicos, sociales, culturales entre otros y que se manifiesta a nivel individual por la desmineralización del esmalte de los dientes por mecanismos de acción bacteriana formando caries dental. ³⁴	Cuantitativa continua	ceo
Independientes			
Hábitos bucales	Costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente; cuyo resultado es la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso adecuado de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático. ³⁵	Cualitativa nominal	Succión digital Succión de mano Succión de un labio Uso nocturno del biberón Uso frecuente de chupón

Ingresos de la madre	Percepción económica por jornada de trabajo quincenal. ³⁶	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No percibe ingresos • Hasta \$1,000 • \$1,500 • \$2,000 • \$2,500 • \$3,000 • \$3,500 • \$4,000 • \$6,000 • \$8,000 • \$10,000 o más • No menciona
De control			
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. ³⁷	Cuantitativa discreta	2 años 3 años 4 años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra. ³⁸	Cualitativa nominal	Femenino Masculino

TÉCNICAS

La autorización de los padres de familia previa información del estudio, se obtuvo a través de una encuesta en la cual se les pidió escribir el nombre del escolar, los ingresos de la madre y siete preguntas sobre hábitos bucales perniciosos, además de una firma de consentimiento, para participar en este estudio (Anexo 1).

Para el registro de caries se utilizó una ficha epidemiológica de salud bucal (Anexo 2) la cual está organizada en tres rubros: información general, información personal e indicador epidemiológico de caries dental en dentición temporal (ceo), previa calibración (Kappa 0.80), se realizó un examen de la cavidad bucal, utilizando espejos dentales No.5, exploradores, y una fuente de luz natural adecuada.

Por el número de preescolares que participaron en este estudio los resultados se presentan integrando los dos CENDI'S.

RECURSOS

Humanos

Los doctores responsables del Programa de Salud Bucal en la Delegación Milpa Alta y dos pasantes de la Carrera Cirujano Dentista.

Físicos

Los consultorios médicos de los CENDI'S en los que se desarrolló la investigación.

Materiales

Equipos básicos de exploración (espejo No.5, pinzas, explorador y excavador), paquete de protección personal, fichas epidemiológicas, encuestas y bolígrafos.

DISEÑO ESTADÍSTICO

La información se capturó en el programa SPSS Versión 15.0 donde se obtuvieron las estadísticas descriptivas como son los promedios, desviación estándar, se obtuvo la T de Student.

Se elaboraron cuadros y gráficos, se realizó la discusión y conclusiones.

Se presentan las referencias bibliográficas.

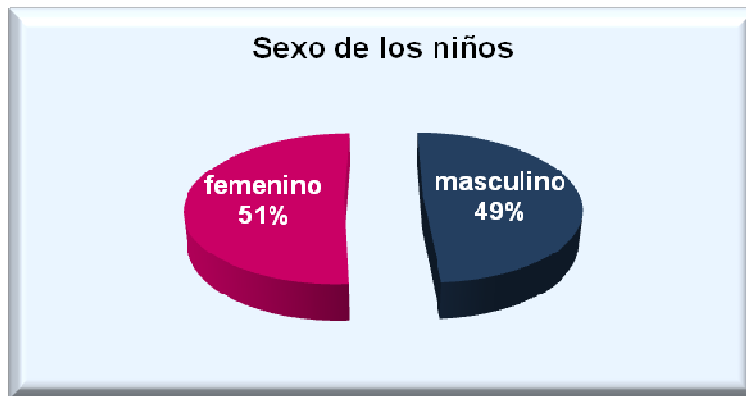
CRONOGRAMA

ACTIVIDADES / TIEMPO	Nov. 2008	D i c	Ene. 2009	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g o	S e p t	O c t
Establecimiento del título	X											
Elaboración del anteproyecto		X										
Elaboración de proyecto			X	X	X	X	X	X	X			
Recolección de información										X	X	
Captura de los resultados											X	X
Análisis de resultados												X
Elaboración de informe												X

RESULTADOS

De los 127 preescolares que participaron en el estudio el 49% corresponde al sexo masculino y el 51% al femenino. (gráfico 1)

Gráfico 1



Con respecto a la edad, 54 preescolares (43%) correspondieron a los 3 años, 37 (29%) a los 4 y 36 (28%) a los 5 años. (gráfico 2)

Gráfico 2



El promedio general de caries dental en la dentición temporal fue de 2.4, de dientes extraídos 0.02 y de dientes obturados 0.5; obteniendo un promedio de ceo igual a 2.8. El cual tuvo una distribución de la siguiente manera: cincuenta y siete niños tuvieron todos los dientes sanos, mientras que el resto, setenta niños, presentaron al menos 1 diente con experiencia de caries. (cuadro 1)

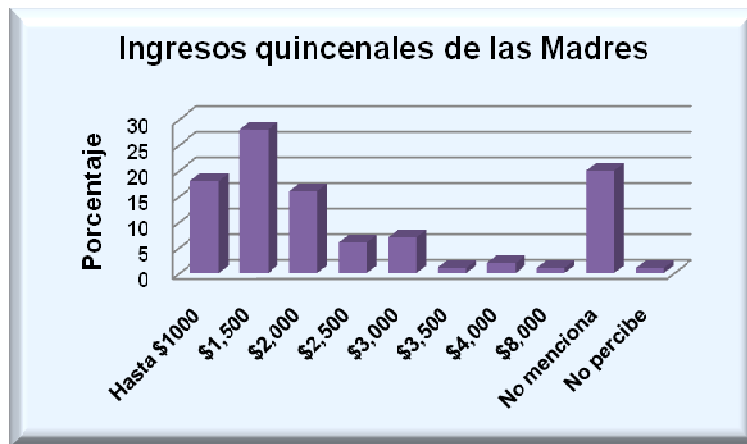
Cuadro 1

DIENTES CARIADOS, EXTRAIDOS Y OBTURADOS POR EDAD			
EDAD	CARIADOS	EXTRAIDOS	OBTURADOS
3	2.2 ± 2.9	.07 ± .38	.00 ± .00
4	1.8 ± 2.45	.76 ± 2.1	.00 ± .00
5	3.2 ± 3.4	.72 ± .46	.08 ± .36
TOTAL	2.4 ± 2.9	.46 ± 1.5	.02 ± .2

A partir de las encuestas pudimos obtener información de los ingresos de la madre y de los hábitos perniciosos de los preescolares, la cual presentamos a continuación.

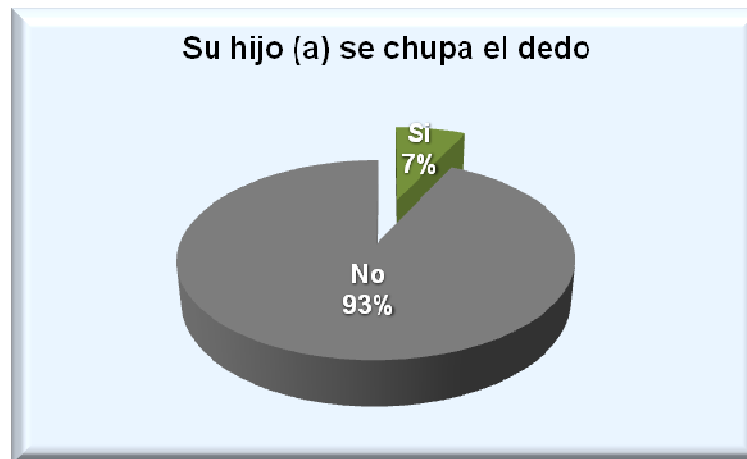
Los ingresos quincenales de las madres de los 127 alumnos tienen la siguiente distribución: el 18% de las madres percibe \$1000.00 o menos, el 28% percibe \$1500.00, el 16% percibe \$2000.00, el 6% percibe \$2500.00, el 7% percibe \$3000.00, el 1% percibe \$3,500.00, el 2% percibe \$4000.00, el 1% percibe \$8,000.00 y el 20% no menciona la cantidad que percibe y otro 1% corresponde a aquellas que no perciben ninguno ingreso. (gráfico 3)

Gráfico 3



En el cuestionario de hábitos bucales perniciosos de los preescolares. Respecto a la succión digital en los niños, el 7% de las madres contestó que sí y el 93% que no. (gráfico 4)

Gráfico 4



A las madres que contestaron que si, se les preguntó que dedo se chupaban sus hijos, el 56% indicó que su hijo se chupaba el índice y el 44% indicó el pulgar. (gráfico 5)

Gráfico 5



La siguiente pregunta es: si su hijo (a), se succiona el labio, el 95% (120) contestó que no y el 5% (7) contestó que si. (gráfico 6)

Gráfico 6



A las madres que respondieron de manera afirmativa se les preguntó cual labio. El 72% (5) contestó el inferior, mientras que el 28% (2) contestó el superior. (gráfico 7)

Gráfico 7



El 7% de las madres contestó que su hijo (a) se chupa la mano. (gráfico 8)

Gráfico 8



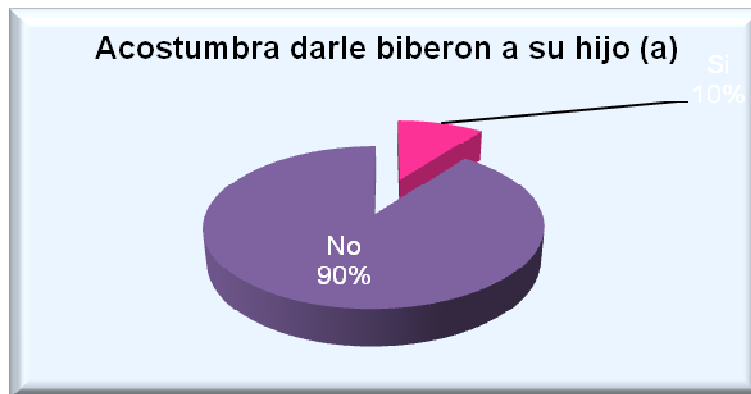
Asimismo sólo tres madres (2%) acostumbra darle chupón a sus hijos, contra ciento veinticuatro madres (98%) que no lo hacen. (gráfico 9)

Gráfico 9



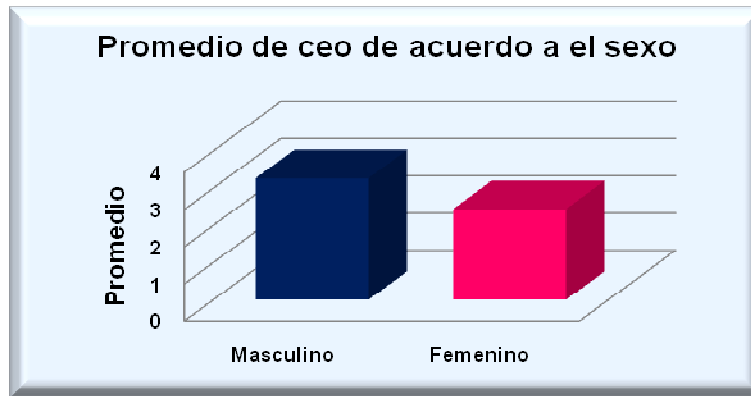
Sin embargo, el 10% acostumbra dormir a su hijo (a) con el biberón en la boca. (gráfico 10)

Gráfico 10



Al relacionar la experiencia de caries con el sexo, encontramos que el promedio de ceo fue mayor en el sexo masculino, siendo igual a 3.3; mientras que el sexo femenino presentó un promedio de 2.4. (gráfico 11)

Gráfico 11



De acuerdo a la edad, el promedio de ceo a los tres años fue de 2.3, a los cuatro años fue de 2.5 y a los cinco años de 4.0. (gráfico 12)

Gráfico 12



Al comparar las medias de caries dental y los ingresos quincenales de las madres, el promedio más bajo (0), lo

encontramos en las que ganan \$8000.00, y el más alto (5.0) en las que ganan \$3500.00. (gráfico 13)

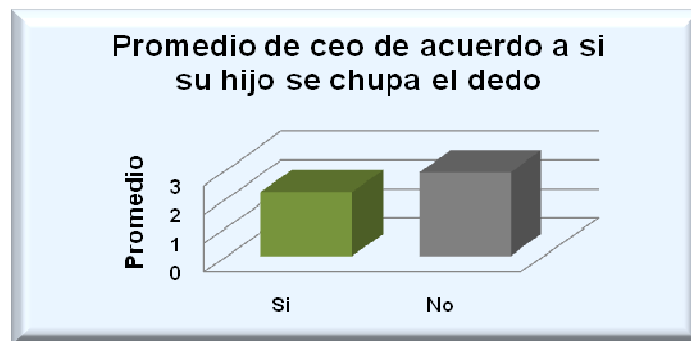
Gráfico 13



El promedio del ceo de los preescolares con malos hábitos, se presentó de la siguiente manera:

Aquellos que realizan succión digital presentaron un promedio igual a 2.2 (siendo mayor al promedio general de ceo), aquellos que no la realizan tuvieron un promedio de 2.9. (gráfico 14)

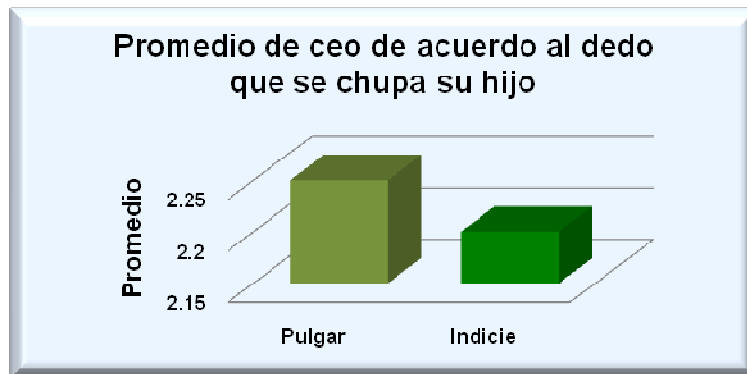
Gráfico 14



De acuerdo a la información anterior, aquellos niños que succionaban el dedo pulgar presentaron un promedio de ceo

igual a 2.25, mayor al de los niños que succionaban el índice que fue de 2.2. (gráfico 15)

Gráfico 15



Los niños que succionan el labio presentan un promedio de ceo de 4.0, en comparación del promedio 2.8 de los que no lo succionan (gráfico 16). Además, los alumnos que succionaban el labio superior obtuvieron un ceo igual a 8.0, mientras que el promedio de los que succionaban el labio inferior es 2.4 (gráfico 17)

Gráfico 16

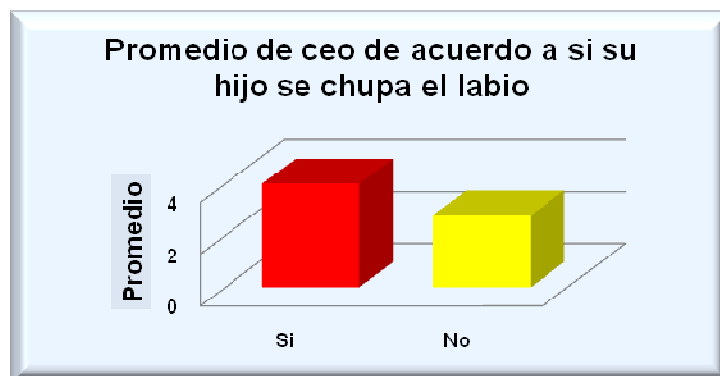
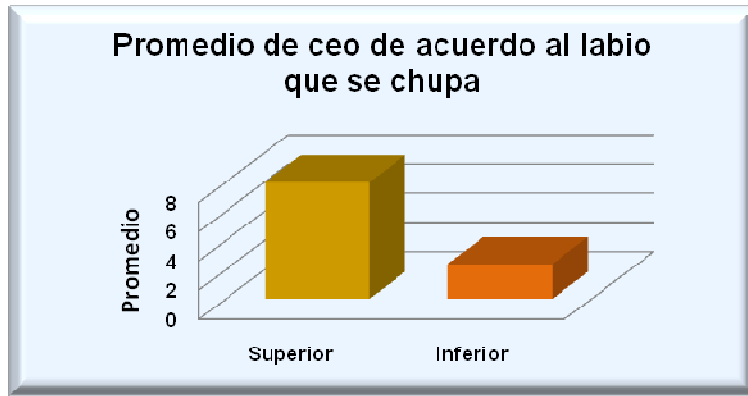
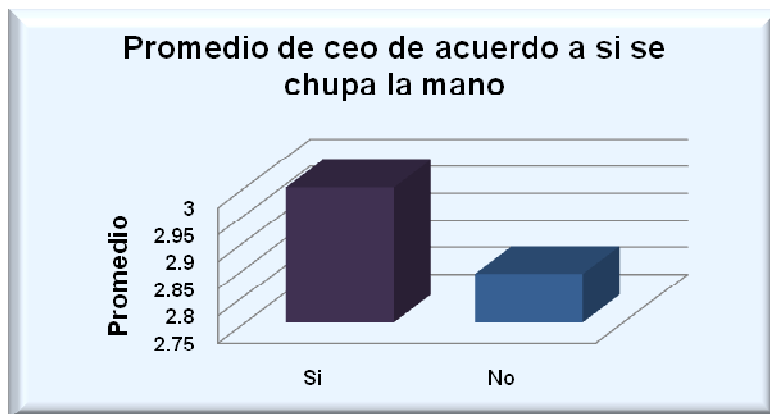


Gráfico 17



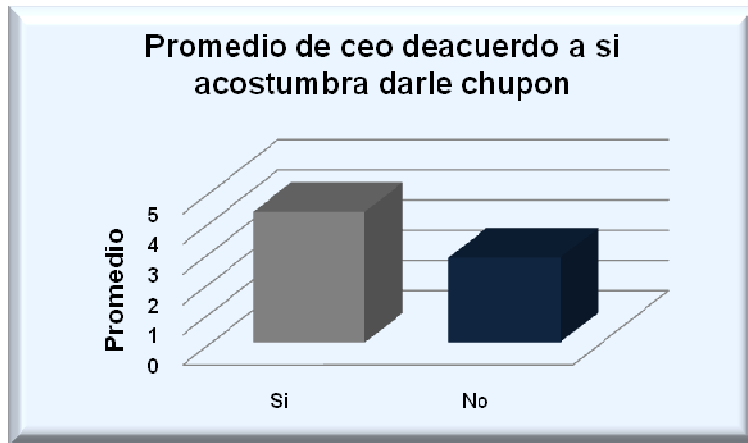
Los niños que succionaban toda la mano tienen un promedio de ceo de 3.0, contra el 2.8 de los niños que no lo hacen. (gráfico 18)

Gráfico 18



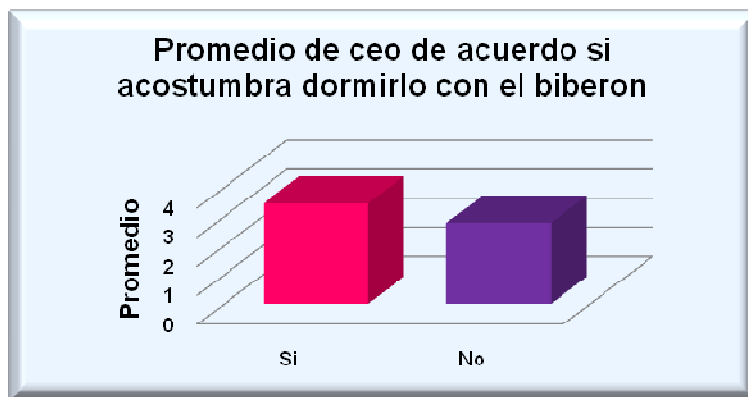
Aquellos preescolares que están acostumbrados a usar chupón tuvieron un promedio de 4.3, mientras los que no usan tuvieron un promedio de 2.8. (gráfico 19)

Gráfico 19



De igual manera los alumnos que están acostumbrados a dormirse con el biberón en la boca obtuvieron un promedio igual a 3.5, mientras quienes no tienen ese hábito presentan un promedio de ceo de 2.8. (gráfico 20)

Gráfico 20



DISCUSIÓN

Como se menciona en el marco teórico, existen propuestas teórico metodológicas en donde se considera que los problemas de la salud-enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, de medio ambiente, sociales, de servicios entre otros.

En los últimos años una de estas propuestas que ha tenido mayor aceptación es la Canadiense representada por Marc Lalonde que establece que en la actualidad los factores socio-económicos tienen y marcan una influencia cada vez mayor en los procesos o patologías de salud o enfermedad, incluidas las buco-dentales.³⁹ Las variables consideradas en nuestro estudio ejemplifica lo mencionado, ya que de acuerdo al marco conceptual de este autor, los ingresos económicos y los hábitos bucales perniciosos son elementos que componen el Predominante económico y el Predominante que producen las formas de conducta y conciencia, respectivamente.

El establecer las variables de ingresos de las madres y hábitos perniciosos de los preescolares de los dos CENDI'S reconoce que la salud enfermedad bucal de estos es de origen multifactorial y que esta es el resultado de la interacción de ellos.

Los hábitos higiénicos de acuerdo a Lalonde los ubicamos dentro de los estilos de vida, que van a interactuar con los

factores biológicos, del sistema sanitario y del medio ambiente y dentro de estos ubicamos a los ingresos y van a determinar la etiología de la caries dental a nivel individual y colectivo.

Al igual que la propuesta de Lalonde y la de Julio Frenk nos dice que los problemas de salud-enfermedad a nivel general y estomatológico en particular es el resultado de la interacción entre la población, el medio ambiente, el genoma y la organización social, que en el caso de nuestro estudio se enmarcan los hábitos en los y los ingresos en los estilos de vida.

De los 127 preescolares que participaron en este estudio 51% corresponden al sexo femenino mientras que el 49% corresponden al masculino. Del total de alumnos el 49% se encontró libre de caries, mientras que el 51% presentaba un grado de la misma, este último porcentaje es similar al del estudio realizado en el Hospital Pediátrico de San Juan de Aragón. Los resultados que obtuvieron nos demuestran que el promedio general de experiencia de caries dental en dentición temporal es de 2.8 ± 2.9 y su distribución por edad fue similar a los resultados de la investigación en el CECIUAZ; es importante señalar que conforme avanza la edad, el promedio de ceo es mayor ya que inicia a los tres años con un promedio igual a 2.3 y alcanza a los cinco años un promedio de 4.0. Sin embargo el promedio de ceo de acuerdo al sexo tuvo una distribución diferente, ya que el sexo masculino presentó un promedio de 3.3, mientras que el femenino 2.4.

Al relacionar las medias de caries dental de los preescolares con los ingresos de la madres, encontramos que el promedio más bajo lo tuvieron los hijos de las madres cuyos ingresos son de \$8000. Mientras que los promedios más altos los encontramos en los hijos que ganan \$3500 quincenales. Estos resultados se ven reforzados en los resultados de la investigación en Estados Unidos en 1981, los cuales expresan que los jóvenes de familias de bajos ingresos presentaban caries no tratadas aproximadamente 4 veces más al compararse con aquellos de niveles socioeconómicos y el 47% de los niños menores de 12 años de edad nunca habían acudido a la consulta dental. Además en estudios en EU y Argentina demuestran que la incidencia de caries es mayor en las regiones socioeconómicamente desfavorecidas.

Con respecto a los hábitos bucales como son el chuparse el dedo, labio, mano, o uso frecuente del chupón o el biberón, encontramos que 93 preescolares no presentaron ninguno, mientras que 27 de ellos presentaron un hábito, 7 presentaron 2, dando un total de 34.

Los niños que presentaron los promedios más altos de caries fueron los que succionaban algún labio (4.0), los que succionaban toda la mano (3.0), los que acostumbran usar el chupón (4.3) y los que acostumbran dormirse con el biberón (3.5). Estos resultados coinciden con los del estudio realizado en el Hospital Pediátrico de San juán de Aragón, ya que en él el

biberón representa un factor determinante para la experiencia de caries. También los resultados son similares al estudio realizado en Venezuela, ya que se concluye que el 100% de los preescolares que están sometidos a factores de riesgo por el consumo prolongado de biberón y el consumo nocturno de leche tienen experiencia de caries; además el chupón es también un factor importante.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio nos permiten observar que los promedios de caries dental más altos los tienen los preescolares con madres que ganan menos de \$3500.00 quincenales (5.0) y el más bajo lo presentaron los niños cuyas madres ganan más de \$5000.00 quincenales (0), así mismo los preescolares que tienen el hábito de dormir con biberón presentaron un promedio de 3.5 dientes afectados por caries dental, por arriba del promedio general que fue de 2.8.

El promedio de experiencia de caries dental en dentición temporal de la población de 3 a 5 años fue de 2.8 y con respecto a dientes obturados el promedio general fue 0.45, situación que evidencia la escasa participación institucional, en la solución de este problema.

Este mismo problema con relación al sexo es el siguiente: el promedio general en el masculino fue de 3.3, mientras que en el sexo femenino fue de 2.4. Con respecto a la Prueba Estadística t de Student ($t=0.158$), no hubo diferencias entre estos siendo el comportamiento de caries similar en ambos sexos.

Con respecto a los hábitos bucales en este estudio pudimos corroborar que aquellos niños que presentan un hábito como succión labial o de mano, uso frecuente de chupón y uso nocturno de biberón tienen un mayor riesgo de presentar caries que aquellos que no practican ningún hábito, ya que dentro del

grupo de niños con hábitos bucales encontramos los promedios de caries más altos.

Este estudio demuestra que los factores sociales como son los ingresos, y los estilos de vida en donde ubicamos a los hábitos, tienen una participación determinante en el origen del problema caries dental en este grupo poblacional, los cuales deben ser considerados en la elaboración de propuestas que pretendan intervenir para la transformación de este problema.

Es necesario partir de Diagnósticos de salud bucal que nos permitan conocer la distribución y frecuencia de los problemas de salud bucal, así como la interacción de factores que intervienen, debido a que esto facilitará la propuesta de acciones en salud bucal que incidan en su transformación.

Acciones realizadas

A partir del Convenio entre la Delegación política Milpa Alta y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se están desarrollando dos programas en los Centros de Desarrollo Infantil de la delegación (CENDI).



Al llegar a los CENDI'S nos presentamos con los directores, alumnos y educadoras. Y explicamos lo que vamos a realizar.



Nos dirigimos al consultorio médico que está dentro del CENDI para realizar la exploración bucal, y poder así obtener la información requerida en la ficha epidemiológica.



Para este procedimiento utilizamos dos campos desechables y 1x4 (espejo No.5, explorador, excavador y unas pinzas de curación), por cada niño revisado.



Para Realizar el Diagnóstico mientras un pasante realiza la exploración intrabucal, otro pasante llenó la ficha epidemiológica.



En cada uno de los CENDI'S se llevan a cabo las siguientes acciones cada dos semanas:

Se desarrollan dos programas el primero de promoción de la salud bucal en donde se les imparten pláticas sobre caries dental y de cómo cepillar sus dientes adecuadamente.



Posteriormente los niños se dirigen al comedor para ingerir los alimentos.



Después de desayunar los niños pasan al baño en donde se encuentran los cepilleros dentales para cepillarse los dientes de acuerdo a la técnica aprendida.



Mientras los preescolares realizan el cepillado bajo la supervisión de los pasantes, el director nos asigna un espacio para llevar a cabo el programa de Protección Específica; para el cual utilizamos el siguiente material: dos litros de agua

embotellada, cuatro gramos de fluoruro de sodio en polvo al 0.2%, vasos de plástico desechables del número 0 y un recipiente de plástico en el cual se puede disolver el fluoruro en polvo en los dos litros de agua.



A los niños se les dan las instrucciones del procedimiento a realizar con el fin de que comprendan perfectamente las indicaciones las cuales son:

1. Realizar un enjuague con la solución proporcionada durante un minuto.
2. No ingerir la solución.
3. Escupir la solución al minuto.
4. No enjuagarse la boca ni comer durante media hora. Esta indicación se hace llegar a las educadoras.



A cada niño se le entrega un vaso de plástico desechable con aproximadamente 10 ml de solución.



Una vez transcurrido el minuto durante el cual los niños realizaron el enjuague con la solución se dirigieron a los lavabos del baño para escupir la solución.



Una vez terminadas las acciones de los dos programas nos disponemos de tiempo para convivir con los niños.



Con esto damos por terminadas las actividades en los CENDI'S.

PROPUESTAS

Es importante profundizar en los estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de caries en otras poblaciones, pero incluyendo variables socioprofesionales, para poder así ampliar los marcos teóricos explicativos de este problema.

Es importante señalar que la mayoría de los estudios que hablan de los hábitos bucales perniciosos buscan una relación con prevalencia de maloclusiones, por lo que consideramos importante también incluir esta variable con relación a la prevalencia de caries en investigaciones futuras.

A partir de los resultados obtenidos consideramos importante la implementación de programas de Salud Integral que integren los aspectos curativos con los preventivos y de promoción de la salud bucal.

Es de suma importancia ampliar los programas educativos hacia las madres, para generar en ellas una cultura de la salud sobre el control del problema de caries dental y los hábitos bucales perniciosos.

Proporcionar información a los maestros y padres de familia, escolares sobre los diferentes medios para prevenir las enfermedades bucales a través de la educación para la salud y la protección específica.

Reactivar los Comités de Salud bucal en cada una de las escuelas para que las madres de familia participen en apoyo al programa.

Implementar un programa de promoción de la salud bucal en los tutores de los preescolares con el propósito de generar una cultura de la salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adriano P., Caudillo T., Gómez A. Epidemiología Estomatológica. Tercera edición. México: UNAM-FES Zaragoza; 2003. Pp. 33-36.
2. Sánchez L., Saenz L., Gómez M., Pérez J. Análisis de las tendencias en la prevalencia de caries dental en dos Delegaciones de la ciudad de México. Revista ADM. 1993; 1(2): 93-96.
3. Mendoza P., Celis A., Pozos E., Balcazar N., López Zermeño M., Mares R. Caries dental: sistema educativo y nivel socioeconómico en escolares de 15 años en Guadalajara. Práctica Odontológica. 1999; 20(10): 23-28.
4. San Martin H. Economía de la Salud: Teoría Social de la salud. México: Mc Graw Hill Interamericana, 1989 Pp. 236.
5. Op.Cit. Sánchez Pérez. Pp. 96.
6. Op.Cit. Adriano P., Caudillo R., Gómez A. Pp. 37.
7. Hinostroza G. Caries dental principios y procedimientos para el diagnóstico. Perú: Ripano. 2007. Pp. 17.
8. Adriano P., Caudillo T., Pérez J., Gurrola B., Bernal J. Promoción de salud bucal integral. México: UNAM-FES Zaragoza; 2006. Pp. 10,11.
9. Op.Cit. Adriano P., Caudillo T., Gómez A. Pp. 21-22.
10. Morales A. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención. DERECHOS RESERVADOS.
11. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Revista Medicina Clínica. 1994; 102 (1): 5-12.

12. Cuenca E. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Tercera edición. España: Masson; 2005. Pp. 2-3, 8-11.
13. Cantú P., Jiménez C., Rojas Z., Márquez J. Epidemiología, el discurrir del estado de salud-enfermedad. Revista Salud pública y nutrición. 2001; 2(4):2-3.
14. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud" una perspectiva canadiense. Publicación científica de la Universidad de Antioquia. 1996; (557): 3-5.
15. Frenk J., Bobadilla J., Stern, Frejka, T., Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud pública. México. 1991; 33 (5): 448-462.
16. Op.Cit. Adriano P., Caudillo T., Gómez A. Pp. 38-42.
17. Nikiforuk, G. Caries dental, aspectos básicos y clínicos. Primera parte. Argentina: Mundi; 1986. Pp. 71-73.
18. Thylstrup, A., Fejerkov O., Caries. España: Doyma; 1988. Pp. 1-4.
19. Pacheco A. A influência da condicoes de trabalho na atividade de cárie dental de trabalhadores em padaria e confeitaria: estudo de caso. Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina. Tesis para obtener el título de Maestro en Ingeniería de producción; 2002. Pp.1-3.
20. Newbrun, E. Cariología. Segunda edición. México: Noriega editores; 1994. Pp. 39-41.
21. Lara N., López V. Factores que influyen en la utilización de servicios odontológicos, revisión de literatura. Revista ADM. 2002; 54 (3): 100, 103.

22. Rivas J., Salas M., Treviño E. Diagnósticos situacionales en niños de edad preescolar, del Centro de Cuidado Infantil (CECIUAZ). Revista ADM. 2002; 59 (5): 161.
23. Reynoso A., Mendoza V. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. Revista (2): 65.
24. Op. Cit. Rivas J. Pp. 161.
25. Sánchez L., Saenz Laura., Pérez J.. Análisis de las tendencias en la prevalencia de caries dental en dos delegaciones de la ciudad de México. Revista ADM. 1993; 50 (2): 93.
26. Gavito F., Magaña V., Fragoso R. Índice de caries y su relación con el estrato socioeconómico en pacientes Asa I atendidos bajo procedimientos de sedación consciente. Estudio realizado en el departamento de odontopediatría del Hospital Infantil de México. Pp. 32-34.
27. Op. Cit. Rivas J. Pp. 163.
28. Irigoyen, María Esther. Zepeda, Marco Antonio. Sánchez, Leonor. Molina, Nelly. 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): 99.
29. Op. Cit. Rivas J. Pp. 163-164.
30. Rodríguez, L. Contreras, R. Arjona, J. Soto, R. Alanis, J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucales en niños de 3 a 12 años en el Estado de México. Revista ADM. 2006; 63 (5):23-26.

31. González, S. Ventura, J. Campos, R. Estudios sobre prevalencia de caries dental y caries rampante en población preescolar. Temas de Salud Bucal. Bol. Hosp. Infant. Mex. 1992; 49 (11):98-104.
32. Fernández, I. Ramos, I. Alvarado, R. Riesgo de aparición de caries en preescolares en Humocaro Alto, Estado Lara. Home edition Venezuela. 2006; 45(2):64-67.
33. Op. Cit. Pacheco Andrade de Souza, Ana Marise. Pp. 2-4.
34. Adriano P. Caudillo T. Práctica Profesional Estomatológica. FES-Z UNAM México 2009. Pp. 143
35. Newman, C. Birkmayer, J. Glossary of training evaluation terms. INTRAH, School of medicine, University of North Carolina. Chapel Hill, NC, 1992. Publicado en inglés y francés. Pp. 389.
36. Rodríguez R., Kass-Anns, B. Stevenson, W. Et al. Glosario de términos utilizados en la planificación familiar natural. Institute for reproductive health. Georgetown University, Washington, DC. 1988. Publicado en español, inglés, francés, portugués. Pp. 124.
37. Idem. Pp. 217.
38. Idem. Pp. 256.
39. Op. Cit. Rivas J. Pp. 163

ANEXOS

ANEXO 1

Estimada Mamá la presente encuesta tiene como finalidad el conocer los hábitos si es que lo tiene su hijo (a) que afectan a la boca, la información que nos proporcionen será utilizada para tener el Diagnóstico de salud bucal en la Delegación y dependiendo de los problemas que encontremos planear acciones para promover una cultura de la salud bucal en sus hijos.

Nombre del escolar _____

Cuanto gana a la quincena mamá _____

Su hijo se chupa algún dedo Si () No ()

Si se chupa algún dedo díganos cual _____

Su hijo se chupa algún labio Si () No () Superior () Inferior ()

Su hijo se chupa la mano Si () No ()

Acostumbra darle chupón Si () No ()

Acostumbra dormir a su hijo con el biberón _____

Así mismo solicitamos su autorización para realizar el examen bucal a su hijo (a)

Firma de autorización _____

Nombre del CENDI _____

ANEXO 2

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Delegación Milpa Alta

“Ficha Epidemiológica de Salud Bucal”

1. Información general

Número de ficha	
CENDI	
Fecha	
Examinador	

2. Información personal

Nombre del escolar	
Edad	
Grado	
Sexo	

3. Indicador epidemiológico: ceo

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
											ceo