



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

MODELO DE CREENCIAS SOBRE CARIES DENTAL,  
FACTORES DE RIESGO Y USO DE AUXILIARES DE  
HIGIENE BUCAL, DE UNA MUESTRA DE MADRES DE  
PREESCOLARES Y ESCOLARES Y EVALUACIÓN DE UNA  
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

DAESY JAZMÍN FERNÁNDEZ ROMÀN

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



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.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios que me dio la vida y con ello la oportunidad de ser alguien productivo para la sociedad, que me dio unos padres que me brindaron confianza y amor, que me dio unos hermanos muy valiosos y puso a Pedro en mi camino para conocerte, Dios, más a fondo y gozar de tu palabra, y por permitirme conocer a tantas personas maravillosas en el transcurso de mi vida.

Les agradezco a mis padres todo el cariño, por su dedicación y empeño en que fuera una persona de bien, por apoyarme en todo en el transcurso de mi vida, por respaldar la decisión de estudiar esta carrera, a pesar de todas sus complicaciones siempre estuvieron a mi lado; gracias, este logro también es suyo.

A mi hermana y hermanos por todo su cariño y su apoyo, por ser parte de mi vida, a los tres gracias por estar siempre a mi lado cuando lo necesitaba, los quiero.

A mi esposo Pedro, gracias amor por todo tu esfuerzo y dedicación para que yo pudiera terminar de estudiar, porque siempre estuviste cuando te necesite, por tu amor, por tus palabras de consejo, de aliento y fortaleza, porque nunca me dejaste sola, también es tu logro.

A mis profesores que escucharon con paciencia y me dieron el rumbo y dirección a mis conocimientos para poder ser una buena profesionalista.

A mis amigos y amigas y a todos aquellos que siempre estuvieron ahí en el momento justo para apoyarme.

# ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	5
3. Planteamiento del problema.....	30
4. Justificación .....	31
5. Objetivos.....	32
5.1. General .....	32
5.2. Específicos.....	32
6. Metodología.....	33
6.1. Material y Método.....	33
6.2. Tipo de estudio.....	34
6.3. Población de estudio .....	34
6.4. Selección y tamaño de la muestra.....	34
6.5. Criterios de inclusión .....	34
6.6. Criterios de exclusión.....	35
6.7. Criterios de eliminación.....	35
6.8. Variables de estudio.....	35
7. Resultados.....	36
8. Conclusiones.....	54
9. Referencias Bibliográficas.....	56
10. Anexos.....	59

# 1. INTRODUCCIÓN

Estudios nacionales e internacionales demuestran que la caries dental es la enfermedad bucal más frecuente en la infancia, está asociada a la mala higiene, hábitos inapropiados el abuso del biberón y una alimentación alta en carbohidratos por mencionar algunas.

La eliminación o control de factores de riesgo de las enfermedades bucales es una de las mejores estrategias de prevención para disminuir la susceptibilidad de las personas y en este sentido la educación para la salud se utiliza para ampliar el conocimiento de las personas en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que promuevan la motivación por una mejor salud bucal.

En el caso de los problemas de salud bucal que afectan a los infantes los conocimientos acerca de su origen y prevención que la madre, el padre o personas a cargo de su cuidado tengan juega un papel importante para que el niño no desarrolle de manera temprana ciertas enfermedades.

De este modo los padres y adultos son los que enseñan a los niños directa o indirectamente a adquirir hábitos y conductas saludables o no; además el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será pilar para el futuro bienestar de los niños, por ello es de total relevancia realizar programas de intervención educativa a este sector de la población para tratar de ampliar sus conocimientos y den una mejor orientación a sus hijos.

## 2. ANTECEDENTES

La promoción del auto cuidado ha sido frecuentemente proclamada como la estrategia más importante en la salud primaria dental. El cepillado dental ha sido, por muchos años, el principal mensaje de educación dado a niños, adolescentes y adultos, basado en el supuesto que éste ayuda a eliminar la placa y facilita el contacto íntimo del fluoruro contenido en la pasta dental con los dientes. Para promover eficazmente el cepillado dental es necesario entender los factores asociados con esta práctica/conducta de higiene.<sup>1</sup>

A pesar de los esfuerzos de prevención un gran porcentaje de la población presenta caries y enfermedades periodontales desde etapas tempranas de la vida, estas son generalmente atribuidas a infecciones asociadas con microorganismos que residen en la placa dentó bacteriana. La formación de la biopelícula sobre la superficie del diente ha sido ampliamente estudiada in vitro e in vivo.<sup>1</sup>

Por ello se ha demostrado que después del cepillado de los dientes, la placa dental se forma por la deposición de una película proteica acelular llamada película adquirida, seguida por la adherencia de varios microorganismos bucales hasta su maduración. Por tal motivo la caries dental se ha descrito como una enfermedad propia de las primeras etapas de la vida.

Con el cambio en el patrón alimentario ha aumentado la prevalencia de caries dental en diferentes poblaciones. Este problema se presenta por la interacción del huésped y el agente bajo ciertas condiciones locales del ambiente bucal, que son influidas por factores de la comunidad en la que el individuo se desenvuelve.

La salud dental es, pues, un problema social, donde inciden factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, tener agua potable, el trabajo del

grupo familiar, el nivel educacional y servicios de salud, accesibles entre otros factores. Todo esto da lugar a diferencias sociales que inciden en el proceso de salud enfermedad y en la morbilidad de la población.<sup>2</sup>

Con base en esto podemos considerar la siguiente premisa “Una adecuada salud bucal es importante para el buen funcionamiento del organismo, ya que la masticación -entre varias funciones de los dientes- está relacionada con la nutrición y por ende con la salud del individuo, en especial cuando se encuentra en una etapa de crecimiento, como es la del escolar.”

En las edades escolares los niños son más susceptibles a desarrollar caries debido a que es la etapa en la que los dientes permanentes erupcionan, esto se inicia a los seis años y concluye aproximadamente a los 12 años. La mineralización de los dientes se realiza meses después de la erupción, por lo que son muy lábiles durante este periodo; además, los hábitos higiénico-dietéticos no han sido aún formados en la mayoría de los niños, por lo que el cuidado de los dientes en este periodo es indispensable.<sup>3</sup>

La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento y aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta.<sup>5</sup>

A principios de la década de 1990 algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaron que entre 85% y 97% de la población presentaban esta enfermedad. Es así como, los estudios epidemiológicos llevados a lo largo de treinta años en el

mundo, han reportado la disminución en la prevalencia de caries en dentición permanente y temporal en Estados Unidos, Japón, Europa y recientemente en América Latina.

En México la encuesta nacional de caries dental 1998- 2001 aplicada en niños de 6 y 12 años de edad reportan una prevalencia que varía de un 27.5 a 82.9% y de un 30 a más del 70%.<sup>4, 6</sup>

Los cambios de la prevalencia de caries dental en los países desarrollados se han atribuido a factores, como programas de fluoración de la sal y el agua, uso de dentífricos con fluoruro, cambios en los criterios de diagnóstico, patrones en el consumo de azúcar, uso de antimicrobianos, mejoras en los hábitos de higiene bucal, a una variación natural y cíclica, factores económicos y sociales, y estilo de vida.<sup>4, 5, 6.</sup>

Pero así como se han desarrollado sistemas para la disminución de la caries dental todo esto también lo determinan las prácticas, que, generalmente no son individuales sino que provienen de los grupos sociales de los que hacen parte las personas. Los conocimientos en cambio, provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar (abuelos, hermanos, padres) o dentro del grupo social (vecinos, compañeros de trabajo, amigos), los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En este orden de ideas puede decirse que los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente.<sup>7.</sup>

En estudios sobre salud bucal de preescolares ha considerado importante la utilización del modelo que se basa en la comunicación persuasiva para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres ya que la

falta de conocimiento de los efectos devastadores de la caries es el principal factor de riesgo, para que puedan actuar de manera anticipada enseñando el valor del auto cuidado bucal. 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 y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud.

Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo, y sólo trabajando integralmente los sectores políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados.<sup>7, 8.</sup>

## FLUORUROS EN MÉXICO



En México, aproximadamente desde 1978, la población escolar se ha visto sujeta a la aplicación de fluoruro tópico por medio de colutorios y gel; esto había sido realizado como única medida preventiva, llegándose a registrar valores de ceo hasta de 6.08.

El Programa de Fluorización de la Sal, se puso en marcha a partir de 1991 y debido a que los dientes temporales no son beneficiados de manera directa sobre la estructura química de su esmalte con esta vía de fluorización, se optó por seguir aplicando fluoruro tópico como protección específica para esta dentición, por lo que simultáneamente se vienen llevando a cabo ambas

medidas, asociadas tanto a fluoruro tópico como al sistémico en escolares de 6 a 12 años de edad.

La aplicación simultánea de estas medidas preventivas podría significar, si no una sumatoria, sí una prevención extra, hecho que no ha sido valorado en el ámbito nacional y que teóricamente tendría una repercusión sobre el riesgo de caries calculado a partir del conteo de los dientes con experiencia de caries. A partir de lo cual pretendemos evaluar el estado de salud oral de escolares, cuando se encuentran sujetos a los programas preventivos a base de fluoruro sistémico y local.<sup>9</sup>

La experiencia pasada de caries ha demostrado ser el mejor predictor en la mayoría de los modelos probados para esta enfermedad en dentición. Por tanto en los estudios realizados en México señalan; la prevalencia de caries en dientes temporales de población escolar de 6 a 12 años fue de 63.84% de un total de 520 niños. Por otra parte, el ceo promedio, para el total de la población fue de 2.34. El ceo promedio y la prevalecía de caries para el género femenino fue de 2.29 y 63.90% respectivamente y para el caso del género masculino de 2.39 y 64.16%. El promedio de dientes temporales presentes en cavidad oral por niño fue de 11.61; el ceo promedio a los 7



años alcanza el valor más alto con 3.17 y una prevalecía de 72.17%; a partir de este punto, conforme avanza la edad, el valor de ceo disminuye hasta 0.33 a la edad de 12 años, en la que encontramos una prevalecía de 33.33%. En términos generales, el ceo describe una tendencia a disminuir de manera constante en los grupos de edad a partir de los 7 años. Similar al

ceo promedio, la prevalencia de caries es menor conforme avanza la edad, no obstante, esta tendencia no es uniforme entre los diferentes grupos.<sup>9</sup>

Aunque existen diferencias regionales y dentro de un mismo país, la incidencia y la prevalencia de la caries dental ha disminuido en los países industrializados en los últimos 20 años, así como la velocidad de progresión de enfermedad las lesiones cariosas y en los tipos de superficies que presentan caries y restauraciones. Actualmente 80% de la caries dental se presenta en las fosetas y fisuras de los dientes. Sin embargo, en adultos se ha presentado menor reducción en el número de dientes cariados y obturados, así como en el número de personas con edentulismo. En adultos dentados, la disminución de dientes perdidos ha sido más sustancial. Estudios de prevalencia de caries radicular reportan al menos una lesión cariosa radicular sin tratar u obturada (21-83%).<sup>9</sup>.

El descenso en la experiencia de caries dental no ha beneficiado a todos los niños por igual. Datos de EUA revelan que 20 a 25% de los niños presentan altos niveles de caries (niños con alto riesgo de caries dental). También existen adultos que no se han beneficiado de este descenso, y tienen complicaciones originadas por lesiones cariosas y obturaciones anteriores. Niños y adultos con enfermedades sistémicas presentan mayor riesgo a caries dental. Personas discapacitadas, internadas en sanatorios o instituciones similares, o con dificultades en el aprendizaje, también están en riesgo para desarrollar caries dental. La edad, el estatus socioeconómico, y la experiencia de caries son factores e indicadores del riesgo para desarrollar caries y están asociados a la incidencia de la caries dental. La higiene bucal, tal como se lleva a cabo por la mayor parte de la gente, no está asociada estrechamente a la experiencia de caries dental. Sin embargo, se recomienda debido a su impacto en la estética y enfermedad gingival, así como para autoadministrar el fluoruro de las pastas dentales. Aunque estudios previos indican que el azúcar es un factor definitivo de riesgo, estudios recientes han dado resultados equívocos. La única excepción ha

sido, posiblemente, en aquellos grupos en alto riesgo con deficiente higiene bucal.<sup>10</sup>

En el caso de los fluoruros autoadministrados principalmente dentífricos con fluoruro— existe una situación paradójica. Pese a que existen regulaciones relevantes (Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-219-SSAI-2002. “Límites máximos de concentración de fluoruros en productos higiénico-odontológicos e insumos de uso odontológico fluorados”), su aplicación resulta insuficiente para proteger del riesgo de fluorosis a los grupos de edad susceptibles. El manejo mercadotécnico de las pastas dentales supone que el uso de cantidades generosas de dentífrico es adecuado para toda la población, aun en presencia del acuerdo inequívoco entre los especialistas sobre limitar su uso a una ración similar a un chícharo pequeño, o incluso más pequeñas, en niños menores de cuatro años. Estas recomendaciones no forman parte todavía de los mensajes de promoción de la salud que deberían usarse ampliamente en México.<sup>10</sup>

Si bien los índices de caries dental en poblaciones de países desarrollados han mostrado reducciones considerables en los últimos 20 años, las causas de estos decesos se relacionan con la utilización de fluoruros y las estimaciones de prevalencia y la severidad de caries dental, así como las necesidades de tratamiento de la población escolar del D.F., se han examinado en la encuesta de caries dental que se llevo a cabo en 1988 con la finalidad de obtener datos basales sobre caries en los escolares al inicio de Programa Nacional de Fluoración de la sal en México. La encuesta incluyo un total de 4475 escolares de 5 a 12 años de edad. El 90.5% de la población examinada presento caries dental, ya fuese en la dentición primaria o en la permanente; en particular, en los escolares de seis años, la prevalencia fue de 88.6%. En relación con la dentición permanente, la

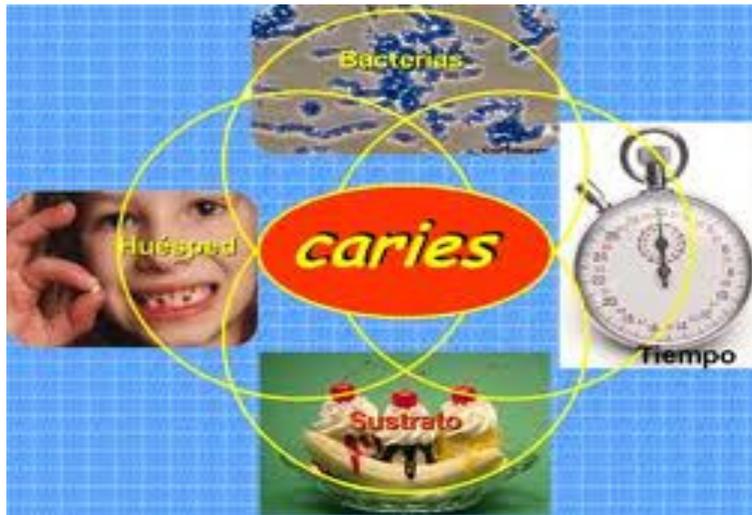
prevalencia de caries fue de 61.6%. El promedio de los índices de caries en dentición permanente para los escolares fue CPO-D=2.07 y CPO-S= 3.09.<sup>11</sup>

## FACTORES DE RIESGO PARA CARIES DENTAL

La caries dental se considera un problema de salud pública, ya que en el último estudio nacional de salud bucal en 1998 utilizando índices de caries tradicionales ceo/COP, se evidenció que el 65.8 % de los colombianos presentaron una o más lesiones. Al analizar los niños de cinco años, la prevalencia fue del 54.8 %. En la costa atlántica incluyendo a Cartagena, los datos fueron similares, reportándose una prevalencia del 55.6 %. Si bien estos datos muestran una importante disminución de la enfermedad entre 1978 y 1998, todavía no hay registros nacionales con seguimientos longitudinales amplios en edades menores de 5 años que lleven a complementar esta información. Por otro lado, no hay reportes de factores asociados que se aproximen al entendimiento de un modelo de riesgo.<sup>12</sup>

En este sentido, la valoración del riesgo para caries dental no puede asumirse mediante un modelo universal. Es importante resaltar que en la ciudad de Cartagena así como en otras ciudades y países existen poblaciones con diversidad de exposiciones a los factores que reporta la literatura como indicadores de riesgo y esto podría estar influyendo en las dificultades que tienen los profesionales para poder mantenerlos sanos. Es por esto que se generó esta propuesta, ya que a pesar de que existe suficiente evidencia sobre el origen de la caries dental, estos estudios han sido realizados en otras poblaciones, las cuales tienen costumbres y estilos de vida diferentes que pueden representar discrepancias al momento de utilizarlos para valorar el riesgo colectivo e individual.<sup>12</sup>

Uno de los factores que más se menciona en los artículos revisados es el nivel socioeconómico, como lo revela Saldarriaga y cols. (2003). En Colombia donde en una muestra de 86 niños de 3 a 5 años de edad, de estrato socioeconómico bajo, mediante la aplicación de dos sistemas de



registro: el índice ceo-s y los criterios de diagnóstico de Pitts y Fyffe. El índice de superficies cariadas según los criterios del ceo-s fue de 2.8 y de 5.5 cuando se aplicaron los criterios de Pitts

y Fyffe. Las 2.7 superficies de la diferencia presentaban lesiones no cavitarias o “mancha blanca”. La prevalencia de caries fue de 48.8% cuando se aplicó el índice ceo-s y de 83.7% cuando se aplicó el índice de Pitts y Fyffe ( $p < 0,001$ ). De acuerdo con los datos reportados se encontró un subregistro en la prevalencia de caries dental del 41.7% y del 49% en el promedio de superficies afectadas. Los resultados obtenidos muestran que se están dejando de diagnosticar entre 3 y 4 superficies cariadas, las cuales dejan de ser atendidas en la etapa de mayor efectividad de la terapia preventiva (lesión inicial de caries). Algunos estudios han mostrado que la medición de esta lesión incrementa la sensibilidad del diagnóstico y la eficacia del tratamiento clínico, teniendo en cuenta que este diagnóstico es el primer paso para la prevención secundaria de la caries dental. Con esta también se determina que puede haber más dientes cariados de los que se han determinado en niveles socioeconómicos bajos.<sup>13</sup>

Aunque en muchos países se observa la tendencia a la disminución en la prevalencia y severidad de la caries dental en la dentición permanente en población escolar, no se encuentra la misma tendencia en la dentición primaria.<sup>7-12</sup> Colombia no es ajena a este fenómeno; los estudios reflejan que no se ha alcanzado la meta del 50% de los niños de cinco años sin experiencia de caries dental propuesta para el año 2000 y el Plan Nacional de Salud no ha trazado metas propias en materia de salud bucal para los niños menores de cinco años, como recomienda la OMS.<sup>12, 13</sup>

Antunes y col. así como Peres consideran que un niño tiene caries dental no tratada cuando existe al menos un diente con caries dental, con base en el índice ceo-d de Gruebbel, pero actualmente se hace énfasis en la necesidad de detectar la enfermedad desde sus etapas iniciales y de no limitarse a las lesiones cavitarias.<sup>14</sup>

La detección temprana permite abordar la enfermedad con nuevos enfoques terapéuticos, de manera menos invasiva y a menor costo. De otro lado, aunque existen múltiples factores de riesgo, hoy se reconoce que en el desarrollo de la caries dental influyen determinantes culturales, sociales y económicos. La experiencia de caries dental es mayor en poblaciones con bajos recursos, en las cuales el bajo nivel educativo de los padres y las precarias condiciones de vida favorecen la presencia de la enfermedad, en particular en la dentición primaria. Así mismo, a partir de su distribución se habla de un fenómeno conocido como polarización, caracterizado porque la mayor carga de la enfermedad afecta una pequeña parte de la población, en especial la menos favorecida.<sup>14</sup>

## PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

La salud es un componente humano dirigido a la creación de condiciones de bienestar para y por todos, puede modificarse por diferentes factores de

riesgo que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, por lo que su detección, control y modificación es muy importante.



Los conocimientos se originan de la interacción del hombre con los agentes socializadores y el medio en que se desenvuelve en el niño la personalidad y las creencias de salud se encuentran en formación, por lo que se considera que este es el momento ideal para ejercer influencias educativas que contribuyan a promover comportamientos saludables ya que el impacto preventivo es mayor. Las necesidades de aprendizaje sobre la salud bucal y los hábitos perniciosos de estos niños como preludeo del diseño de una estrategia de promoción de salud, que contribuya a modificar aquellos factores de riesgo que pueden cambiarse con acciones educativas sistemáticas y planificadas constituye una premisa muy importante.<sup>15</sup>

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud señala que la participación de grupos organizados, entre ellos las comunidades, debe darse en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud. Esta organización estableció en el año 2000 como una función esencial de la salud pública, la “participación social y el refuerzo del poder de involucramiento de los ciudadanos en salud” y plantea que puede expresarse a través de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. Wallerstein considera que una de las principales estrategias para desarrollar el involucrar

más a las poblaciones locales, es la de involucrar a las propias poblaciones en proyectos de investigación-acción participativa, para disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados.

Briceño señala que muchos de los programas de salud han sido diseñados y ejecutados para la población; el reto de la participación, es poder hacer que estos programas sean elaborados y aplicados con la población, es decir entre funcionarios del Estado, del Ministerio de Salud o de las instancias locales y la población en riesgo.<sup>15, 16.</sup>



La efectividad o impacto que tiene la participación de los individuos en los programas de salud bucal ha sido abordada en diversos estudios, identificar problemas de salud bucal en los niños, así como deficiencias en las prácticas y conocimientos de los padres respecto a la salud bucal. Rong y col. Evaluaron la efectividad de un programa de educación y promoción de salud bucal en niños preescolares que incluyó la participación de los padres, sus resultados reportaron disminución en el índice ceo.<sup>16</sup>

Otros hallazgos importantes, relacionados con el factor socioeconómico, hacen referencia al nivel educativo de los padres, principalmente el de la madre, quien sigue siendo la que instaura los hábitos en el niño durante su proceso de crecimiento y desarrollo. En la literatura, los programas basados en las necesidades de una población específica combinan autocuidado, conocimiento, motivación, instrucciones de higiene oral, ayudas para la misma y destreza manual. "Information for Motivation" es el título de uno de

los seminarios de literatura en el postgrado de Periodoncia en la Universidad de Gotemburgo, Suecia. Este seminario recopila la literatura que sugiere que las personas que obtienen información visual clara, ya sea personalmente o mediante el uso de folletos ilustrativos, pueden motivarse a ejecutar una determinada acción en higiene bucal habitualmente.<sup>16, 17.</sup>

Los programas de prevención son fundamentales para que las personas adopten una conducta adecuada frente a la enfermedad. En esta línea, Axelsson y Col. demostraron la importancia de la prevención para la reducción de los indicadores de enfermedad de la población y la reducción de los costos y las necesidades de atención odontológica. Promoción y prevención parecen ser entonces la fórmula para aplicar en nuestro país.<sup>17.</sup>

## MÉTODOS DE HIGIENE DENTAL

### Definición De Higiene

- Higiene es el conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.
- La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades más frecuentes: caries y periodontopatías por eso es fundamental eliminarlo a través de los siguientes métodos

1. Cepillado de dientes, encías y lengua,
2. Uso de medios auxiliares hilo dental, cepillo interdentario, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Clorhexidina

## Cepillado

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos.

- 1, Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.



El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas.

La cabeza el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 mm de largo, sus partes libres pueden tener diferentes grados de redondez conforme al uso estas se expanden. Los cepillos se dividen de acuerdo al tamaño en grandes medianos y chicos, en su perfil se dividen en planos, cóncavos y convexos, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros. La dureza de las cerdas está en función del diámetro. Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesiones gingivales y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos que están separados son más eficientes que aquellos que están juntos. <sup>18, 19, 20.</sup>

El cepillo dental para que sea eficaz debe estar seco antes de utilizarse, es necesario remplazarlo cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

Las personas que utilizan dentadura parcial removible y aparatos de ortodoncia removibles deben utilizar dos cepillos, un para los dientes naturales y otro para las bandas y otras partes de metal (brackets).



18,19, 20.

## TÉCNICAS DE CEPILLADO

Método	Tipos de cerdas	Dirección de las cerdas	Movimientos
Frotación	En el borde gingival	Horizontal	Frotación en dirección anteroposterior, conservando horizontal el cepillo.
Barrido	En el borde gingival	Apuntando hacia apical, paralelo	Girar el cepillo oclusalmente, Al eje longitudinal del diente manteniendo contacto con la encía, luego con la superficie dental
Bass	En el borde gingival	Apuntando hacia apical, 45° al eje	Vibrar el cepillo, sin cambiar Longitudinal del diente la posición de las cerdas

Stillman	En el borde gingival	Con dirección apical, unos 45° al eje longitudinal del diente	Aplicar presión produciendo isquemia gingival, luego eliminarla. Repetir varias veces. Girar un poco el cepillo en dirección oclusal durante el procedimiento
Stillman Modificada	En el borde gingival	Con dirección apical, unos 45° al eje longitudinal del diente	Aplicar presión como en el método Stillman, pero al mismo tiempo vibrar el cepillo y moverlo de modo gradual hacia oclusal.
Fones	En el borde gingival	Horizontal	Con los dientes en oclusión, desplazar el cepillo con un movimiento rotatorio contra las superficies dentales superiores e inferiores y los bordes gingivales.
Charters	Niveladas con las superficies oclusales	Con dirección oclusal, unos 45° al eje longitudinal del diente	Vibrar el cepillo mientras se desplaza apicalmente al borde gingival

Tabla 1. Resumen de técnicas de cepillada de la bibliografía consultada

## FRECUENCIA DEL CEPILLADO

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y minuciosidad del aseo. Los adultos que no son susceptibles a la caries y sin afección gingival pueden cepillarse y utilizar el hilo dental una vez al día después de la cena.

Los adultos con afección gingival sin susceptibilidad a la caries pueden utilizar el cepillo y el hilo dental dos veces al día.

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores de cada comida y antes de dormir minuciosamente, el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.<sup>18, 19, 20</sup>

## MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL

### HILO DENTAL



Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano.

Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a

8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos. El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices.<sup>18, 19, 20</sup>

### ESTIMULADOR INTERDENTAL

Es una punta flexible de hule o plástico que esta adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdentario cuando este se encuentra muy abierto.



### CEPILLO INTERDENTAL

Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral. Se usa únicamente para asear espacios interproximal amplio.

### COLUTORIO

3 conceptos diferentes:

- >ENJUAGUES BUCALES: no hay alcohol en formulación.
- >COLUTORIOS: presencia de alcohol >20% (actualmente existen SIN alcohol).
- >ELIXIRES: presencia de alcohol > 50% (se utilizan diluidos en agua).

OBJETIVO de este es combatir y prevenir las caries (flúor), combatir y prevenir las enfermedades periodontales (antisépticos), producir aliento fresco, Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales.<sup>18, 19,20</sup>

## MODELOS DE CREENCIAS

Tedesco y cols. sugiere además que el uso de teorías o modelos para fundamentar una investigación, un programa o intervención de promoción de la salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de la misma. En ese contexto, se sabe que las creencias de los individuos influyen en el desarrollo de comportamientos saludables o de riesgo para la salud. El propósito principal de investigar modelos o teorías es generar información sobre las creencias y prácticas que sobre la caries dental e higiene oral, para usarla en el diseño, desarrollo y fortalecimiento de acciones en beneficio de la prevención de la caries y la promoción de la salud oral en este grupo poblacional.<sup>21</sup>

En un estudio realizado por Tascón (2005) en Colombia, aplicando el Modelo de Creencias en Salud permitió conocer las creencias básicas que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca. Las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries. Por ello llegaron a la conclusión de que es necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental en esta país.<sup>21</sup>

El uso de teorías o modelos no solo fundamenta una investigación, un programa o intervención de promoción de la salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de la misma. En ese contexto, se sabe que las

creencias son filtros predispuestos de la forma de percibir el mundo que nos rodea, y junto con los valores son las fuentes más importantes de la motivación, e influyen en la adopción, preservación o cesación de comportamientos saludables o de riesgo para la salud.<sup>22</sup>

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado inicialmente en la década de 1950 por un grupo de psicólogos sociales del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos, en un esfuerzo por explicar el corto éxito de los programas del servicio de salud pública de los Estados Unidos. Por más de tres décadas el MCS ha sido el modelo psicosocial más utilizado y citado para explicar acciones de prevención, respuesta a síntomas y a enfermedades, así como otros patrones de comportamientos como la aceptación que le dan los individuos a los servicios de salud preventiva y el porqué se acogen o no a un determinado régimen dirigido al cuidado de la salud.

El modelo parte de que las personas y el medio no pueden ser vistas por separado; ambas constituyen una sola y única realidad denominada el espacio de la vida, enfatiza que una persona solamente será motivada a tomar decisiones preventivas en acciones de salud cuando cree realmente que es susceptible a contraer el daño, como también las consecuencias serias que podrán venir de tal ocurrencia, y que la acción tomada reducirá la amenaza.<sup>22</sup>

Desde una perspectiva temporal, la mayoría de los autores está de acuerdo en considerar que el embrión de lo que actualmente se conoce como Modelo de Creencias de Salud fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos, entre los que se contaban G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock, pertenecientes al Public Health Service estadounidense, todos ellos autores con una orientación

fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).<sup>23</sup>

Desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias de Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en Psicología de la Salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Aunque el número de investigaciones que este modelo genera aún hoy día es considerable numerosos resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud. En conclusión, el modelo tuvo en sus primeros años de vida, una doble dimensión, psicológica y social, un carácter eminentemente pragmático (con vistas, en un primer momento, a la prevención y más tarde, al tratamiento), y surgió desde una perspectiva de investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación.

El primer artículo que menciona el Modelo de Creencias de Salud, tal y como se conoce en la actualidad, es el de Kasl y Cobb (1966) aparecido en *Archives of Environmental Health*. Desde entonces, y debido a que se trata de un modelo fundamentalmente dinámico y controvertido, ha generado numerosas versiones y aplicaciones desigualmente afortunadas (Janz y Becker, 1984; Kirscht, 1988). Tal fue el interés que despertó, que ya en 1974 la revista *Health Education Monographs*, publicación oficial de la *Society for Public Health Education*, editada entonces por Lawrence Green, dedicó un número monográfico al Modelo de Creencias de Salud. Diez años más tarde, Janz y Becker (1984) llevan a cabo una nueva revisión de las investigaciones realizadas en la década transcurrida entre su informe y el anteriormente

citado, llegando a la conclusión de que el modelo continuaba siendo un marco teórico adecuado para explicar, al menos, el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud.

Lo cierto es que el modelo ha llegado hasta nuestros días, a juzgar por el cúmulo de investigaciones que aún propicia, con la consideración de ser una de las escasas formulaciones teóricas disponibles aunque, como veremos más adelante, han surgido numerosas críticas, la mayoría dirigidas contra la excesiva abstracción y complicación que el modelo ha experimentado con el paso del tiempo, los sucesivos intentos por dar cabida a las más variadas problemáticas de salud.

### **Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud:**

Se derivan de la hipótesis (propuesta por distintas aproximaciones teóricas y asumidas plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables.

- a) El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta
- b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

**El modelo de creencias de salud según Maiman y Becker (1974),** contiene los siguientes términos:

- a) El deseo de evitar la enfermedad o si se está enfermo, de recuperar la salud.
- b) La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.

**El modelo de creencias de salud desarrollado por Rosenstock (1974)** propone:

**La susceptibilidad percibida** ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermarse, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

**La severidad percibida.** Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.).

**Beneficios percibidos.** Es el curso de acción específico que depende de las creencias del sujeto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentar una enfermedad. Así, por ejemplo, aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno asumiendo que las creencias del sujeto respecto

a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece.

**Barreras percibidas.** Se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de **claves para la acción**.

En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser:

**Internas:** síntomas físicos o percepciones corporales.

**Externas:** recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos.

La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. A las creencias generales básicas, señaladas anteriormente se han ido añadiendo condiciones tales como las variables exógenos:

- Edad
- Sexo
- Ocupación

- Nivel cultural
- Nivel socioeconómicos
- Conocimiento sobre la enfermedad
- Motivación a la salud

La formulación de la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) representa una posibilidad de análisis de este tipo de fenómenos integrado en el contexto más amplio de neoformulación del comportamiento complejo o cognitivo. Circunscribiéndonos al ámbito de las creencias en salud y su relación con las conductas de salud, desde el punto de vista de estos autores, la respuesta adecuada es explorar la posibilidad de que la relación entre los eventos privados (creencias) y la subsecuente ejecución de una conducta esté, ella misma, controlada contextualmente. Es decir, que las cogniciones, creencias u otros fenómenos cognitivos obtengan algunas de sus funciones psicológicas como resultado de su participación en marcos relacionales que ostentan su función por múltiples ejemplos (Hayes y Wilson, 1995; Wilson et al., 1997). Este análisis modifica profundamente los postulados y esquema del modelo de creencias, lo que será abordado en una segunda parte, en preparación, y continuación de este artículo.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente, por ejemplo, "hay que cepillarse los dientes para no tener caries", y conductas de salud o de riesgo (cepillarse los dientes o no hacerlo), relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas. Por tanto será necesario atender, no sólo a las conductas de salud que lleva a cabo el sujeto o a las creencias que manifiesta tener, sino también, y lo que es más importante, a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas.<sup>23</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que las caries dentales es una de las enfermedades dentales de mayor prevalencia a nivel mundial, suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona. Para desencadenar la caries existen diferentes factores de riesgo que se pueden dar dependiendo el conocimiento real de las personas para enfrentar la enfermedad, por ello uno de los problemas principales que enfrenta la educación para la salud son las creencias sobre salud que poseen los padres, sobre todo las madres que son las encargadas principales de dar fundamento a los conocimientos y hábitos que van a transmitir, porque la mayoría de los casos reproducen el modelo social aprendido.

Es bien sabido que el cepillado dental elimina la biopelícula presente en la superficie dentaria, pero la frecuencia del cepillado no es una práctica común, esto ocasiona la acumulación de biopelícula junto con el consumo excesivo de carbohidratos hace que aumente el riesgo de caries, aparte de la creencia común de que los dientes temporales no se deben cuidar demasiado pues estos se van a caer provocan que los índices de caries en escolares sean altos. Los hábitos de higiene son los métodos más efectivos para evitar la formación de caries dental, por ello es importante que las personas los transmitan de manera adecuada a las generaciones jóvenes para lograr cambios en ellas.

¿Cuáles son las creencias más frecuentes en términos de salud bucal que tienen las madres de preescolares y escolares?

¿Saben las madres que es la caries dental y como puede afectar a sus hijos?

¿Conocen estas madres los factores de riesgo que desencadenan la caries?

¿Tienen el conocimiento y aplican en sus hijos de manera correcta los auxiliares de la higiene bucal las madres de preescolares y escolares?

## 4. JUSTIFICACIÓN.

El presente estudio se realizo con el fin de saber el conocimiento de un grupo de madres sobre los factores de riesgo de la caries dental, que son importantes para el desarrollo de las denticiones de manera adecuada, ya que si alguno de los factores de riesgo no se conoce no se tomara en cuenta y el desarrollo del conocimiento no será integral.

El conocimiento general de lo que es la caries dental es de uso popular de cierta manera por los medios de comunicación pero en muchas ocasiones no es puntual, así como las creencias que se han trasmitido acerca de lo que es importante o no dentro de la salud de los niños, con este estudio se tratará de concientizar y revalorar el trabajo de prevención que los odontólogos podemos realizar.

Los auxiliares de higiene bucal son las principales herramientas que favorecen una mejor salud bucodental que las personas tienen acceso fácil a ellas por tal motivo como personal de salud debemos orientar de manera correcta a usarlos y promoverlos.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. GENERAL

Determinar las creencias sobre caries dental, factores de riesgo y uso de auxiliares de higiene bucal de las madres de un grupo de preescolares y escolares, así como evaluar una intervención educativa.

### 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las creencias sobre caries dental que tienen las madres de los preescolares y escolares por medio de una encuesta de modelo de creencias.

Determinar por medio del modelo de creencias los factores de riesgo en relación a caries dental que tiene una muestra de madres de los preescolares y escolares.

Determinar por medio del modelo de creencias lo que piensan las madres de los preescolares y escolares con respecto al uso de auxiliares de higiene.

Implementar una intervención educativa dirigida a las madres de los preescolares y escolares.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 MATERIALES Y METODO.

El presente estudio se realizó en la escuela de natación Aqa Party & Swim School, previa comunicación con la directora de este plantel María Ascensión Jiménez Pérez (anexo1). Una vez establecida la comunicación se procedió a explicar el objetivo del estudio a las mamás participantes de los preescolares y escolares para la aplicación de la encuesta (anexo 2) sobre modelo de creencias y las variables de interés.

Durante esta primera fase se analizó el primer cuestionario y con base a las respuestas se procedió a implementar la intervención educativa, para poder cambiar, de ser necesario, las creencias que tienen las mamás con relación a la caries dental.

En la segunda fase se realizó la intervención educativa por medio de pláticas explicadas en un rota folio, dirigidas a las madres, conteniendo los siguientes puntos:

- ❖ Importancia de los dientes temporales y permanentes
- ❖ Estructura de los dientes
- ❖ Caries dental
- ❖ Factores de riesgo de la caries dental
- ❖ Medidas preventivas de la caries dental
- ❖ Importancia de la leche materna
- ❖ Uso y abuso de biberones, leche endulzada y chupones
- ❖ Auxiliares de la higiene bucal
- ❖ Importancia del cepillado

- ❖ Técnica de cepillado
- ❖ Uso de hilo dental y técnica para usarlo
- ❖ Importancia de acudir al odontólogo

Así mismo se aplicó el mismo cuestionario nuevamente para determinar si cambiaron las creencias sobre caries dental, factores de riesgo y uso de auxiliares de higiene bucal en las madres de preescolares y escolares.

## 6.2. TIPO DE ESTUDIO

Longitudinal.

## 6.3 POBLACION DE ESTUDIO

Madres de preescolares y escolares que acuden a clases de natación en la escuela Aqa Party & Swim School.

## 6.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

El tipo de muestreo es no probabilístico. La muestra se constituyó por 36 madres que estuvieran dispuestas a participar en el estudio de la escuela de natación Aqa Party & Swim School.

## 6.5 CRITERIOS DE INCLUCCIÓN

- Madres que hayan querido participar en el estudio.
- Madres cuyos hijos tuvieran entre 3 a 10 años de edad.

## 6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Además de no haber cumplido con los criterios de inclusión, se excluyeron a las madres que no hayan querido participar en este estudio.

## 6.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas con datos insuficientes.
- Encuestas con letra ilegible.

## 6.8 VARIABLES DE ESTUDIO

### **Variables Independientes**

- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Intervención educativa.
- ✓ Conocimientos previos sobre auto cuidado de la salud buco dental.

### **Variables Dependientes**

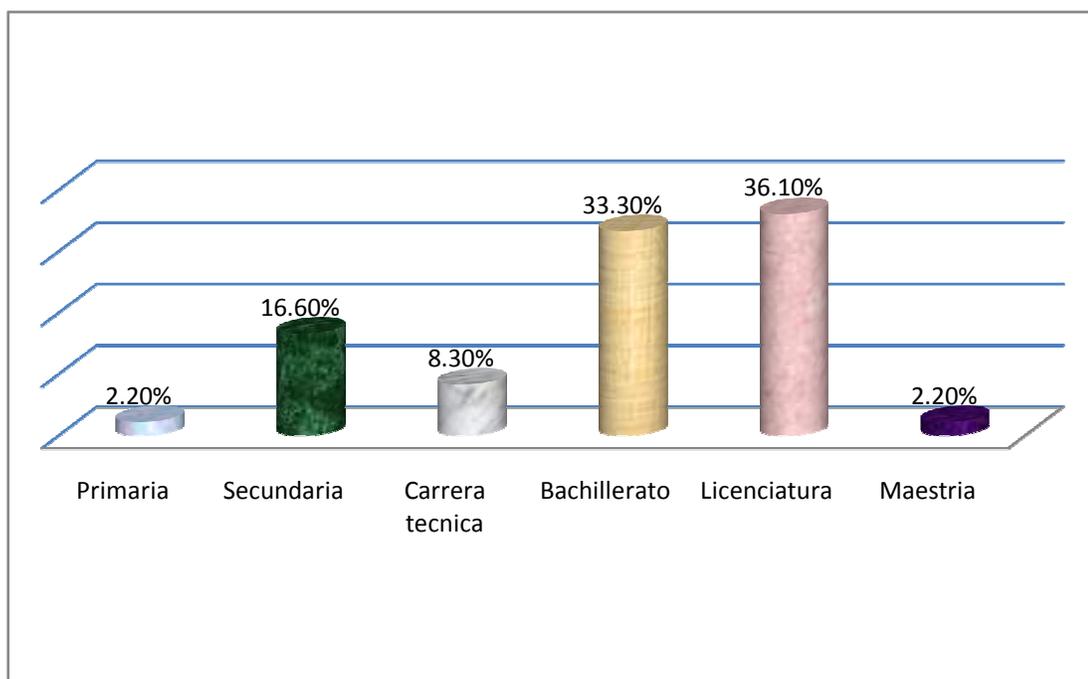
- ✓ Creencias sobre caries dental.
- ✓ Creencias sobre factores de riesgo que desencadenan la caries dental.
- ✓ Creencias sobre auxiliares de higiene bucal.

## 7. RESULTADOS

En el estudio participaron 36 madres de familia de niños 23 preescolares y 38 escolares. El promedio de edad de las madres fue 34.4 años de edad y cada madre tenía en promedio 2 hijos. La mayor proporción de las madres tienen un nivel académico de licenciatura (36.1%) y bachillerato (33.3) (Gráfica 1) y en su mayoría de dedican hogar (52.7%) (Gráfica 2).

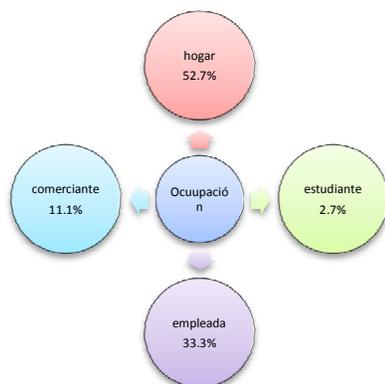
**Gráfica 1**

**Distribución porcentual de escolaridad de las madres**



Fuente directa

**Gráfica 2**  
**Distribución porcentual por ocupación de las madres**



Fuente directa

**Cuadro 1. Distribución de la frecuencia de lo que creen las madres acerca de la caries dental**

Antes		Después	
Razones	Núm. de personas	Razones	Núm. de personas
Algo que se come al diente	3	Bichos	6
Manchas negras	9	Bacterias	11
Sarro	1	Enfermedad	15
Daño o defecto del diente	2	Comer mal y mala higiene	4
Algo desagradable, peligroso, doloroso, feo o sucio	9		
Microbios, bacterias o gusanos	5		
Infección o enfermedad	5		
Orificios en los dientes	2		

Fuente directa

Es relevante observar que a pesar de la intervención educativa varias mamás creen que la razón por la que la caries es causada es por bichos que habitan en la boca (6 personas) (cuadro 1).



**Cuadro 2. Distribución de la frecuencia de la razón por la cual se puede tener Caries Dental**

Antes		Después	
Razones	Núm. de personas	Razones	Núm. de personas
Falta de higiene y comer muchos dulces o azúcares	19	La combinación de malos hábitos, bacterias y alimentos altos en carbohidratos y azúcares	23
No tener higiene	8	Mala higiene	10
Mala alimentación	2	Falta de higiene y de fluoruro	3
Malos hábitos	7		

Fuente directa

Antes de la intervención educativa la explicación de las madres a tener caries dental era falta de higiene y comer muchos dulces o azúcares (19 personas) y después de la intervención educativa, la combinación de malos hábitos, bacterias y alimentos altos en carbohidratos y azúcares (23 personas) (cuadro 2).



**Cuadro 3. Distribución de la frecuencia de las razones con la cuales se puede evitar la Caries Dental**

Antes		Después	
Razones	Núm. de Razones personas	Razones	Núm. de personas
Ir al dentista	11	Lavarse los dientes	6
Lavarse los dientes	14	Ir al dentista comer bien y colocarse fluoruro	8
Tener buenos hábitos	6	Más cuidado bucal	5
Uso continuo de pasta dental, cepillo, hilo, y técnica de cepillado adecuada, buenos hábitos alimenticios, visitas periódicas al dentista	5	Uso continuo de pasta dental, cepillo, hilo, y técnica de cepillado adecuada, buenos hábitos alimenticios, visitas periódicas al odontólogo	17

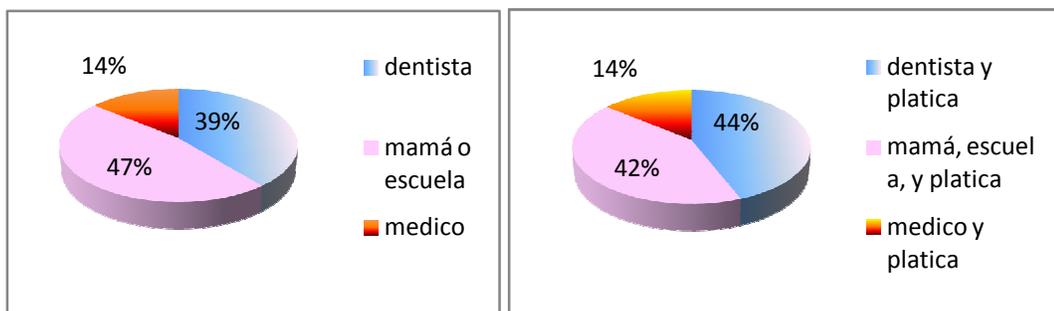
Fuente directa

Al preguntar si conoce alguna forma de evitar la caries dental antes de la intervención educativa la explicación de las madres era solo lavarse los dientes (14 personas) y después de la intervención educativa la respuesta más común fue: uso continuo de pasta dental, cepillo, hilo, y técnica de cepillado adecuada, buenos hábitos alimenticios, visitas periódicas al odontólogo (17 personas) (cuadro 3).

Se evaluó la fuente de donde habían adquirido el conocimiento sobre cómo evitar la caries y la respuesta fue antes la evaluación educativa fue: 14% lo recibió de algún médico, el 39% respondió que el dentista y el 47% que lo adquirió por parte de su mamá o en la escuela, después de la intervención educativa las respuestas fueron, 14% lo recibió de algún médico y la plática, el 44% respondió que el dentista y la plática, y el 42% que lo adquirió por parte de su mamá o en la escuela y la plática (gráfica 3).

**Gráfica 3**

**Distribución porcentual del conocimiento adquirido sobre cómo evitar la caries.**

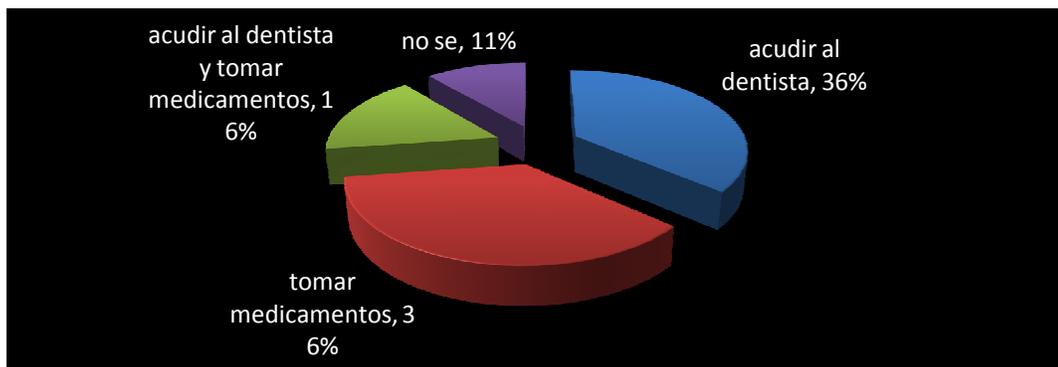


Fuente directa

Al conocer las formas de tratar el dolor en los dientes cariados antes de la intervención educativa la explicación más común de las madres estuvo repartida entre acudir al dentista y tomar algún medicamento (36% ambos), después de la intervención educativa el 98% estuvo de acuerdo con que es

mejor en este caso acudir al dentista y que el indique el medicamento o tratamiento más adecuado (gráfica 4).

**Gráfica 4**  
**Distribución porcentual de las formas de tratar al dolor**

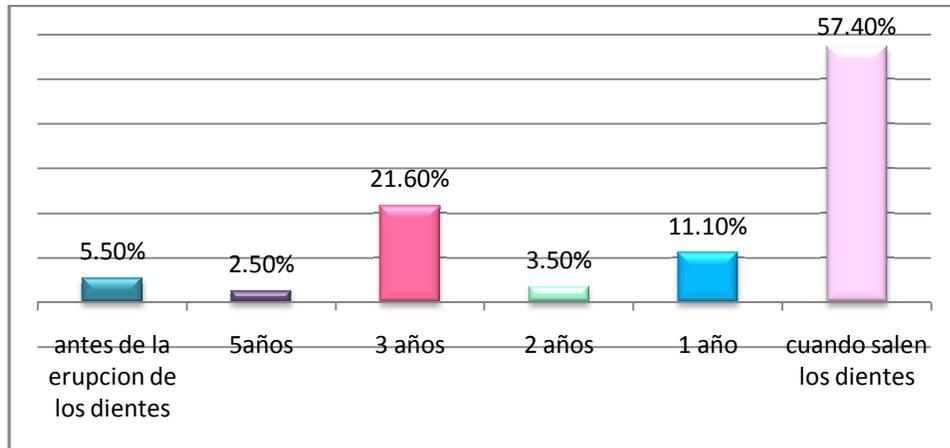


Fuente directa

Respecto al cuidado bucal de los niños, se preguntó ¿cuál era la mejor edad para empezar la limpieza bucal? Y el 57.4% sugirieron que era mejor cuando salen los dientes en segundo lugar respondieron que a los 3 años (21.6%) (Gráfica 5). Después de la intervención educativa la mayor parte de las madres respondió que la limpieza dental debía ser desde el nacimiento 71%, lo que es relevante mencionar que a pesar de la intervención educativa el 19% de las mamás seguían creyendo que es mejor iniciar la limpieza cuando salen los dientes 19% (gráfica 6).

**Gráfica 5**

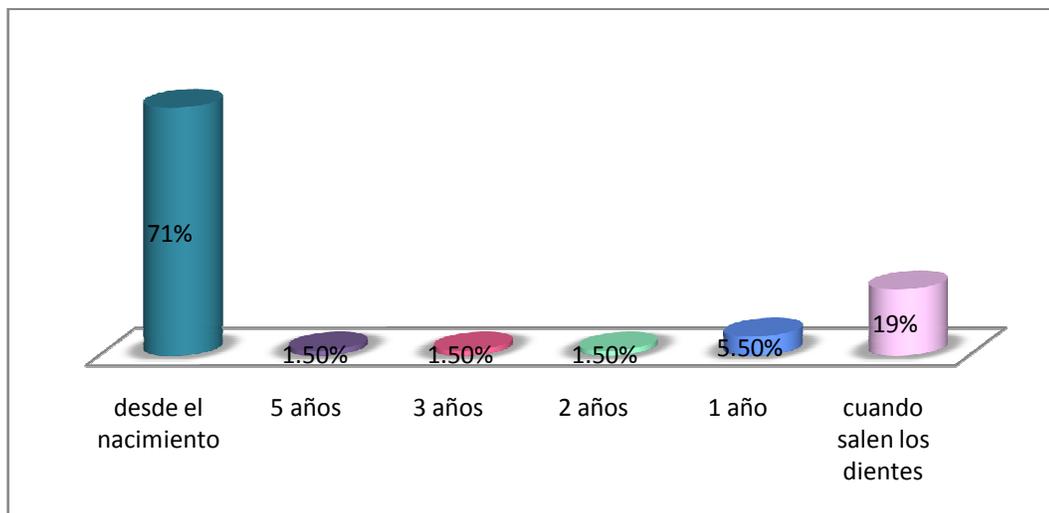
**Distribución porcentual de la edad conveniente para comenzar la limpieza bucal antes de la intervención educativa**



Fuente directa

**Gráfica 6**

**Distribución porcentual de la edad conveniente para comenzar la limpieza bucal después de la intervención educativa**



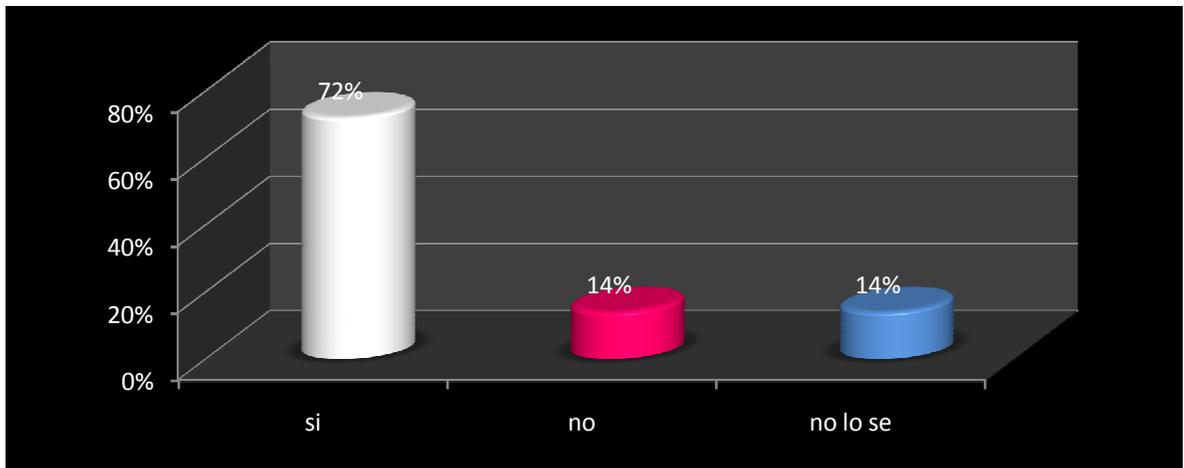
Fuente directa

Antes de la intervención educativa la respuesta de las de las madres a si ¿es conveniente curar la caries de los dientes deciduos?, La respuesta más común fue que si lo creían conveniente (72%) (Gráfica 7). Después de la intervención educativa todas las madres estuvieron de acuerdo en que es

mejor cuidar los dientes deciduos, e importante curarlos si estos estuvieran cariados para un mejor desarrollo de los dientes permanentes (96%), y solo un 2% mantuvo la idea que era demasiado doloroso para llevarlos a algún tratamiento.

**Gráfica 7**

**Distribución porcentual a la pregunta es conveniente curar la caries de los dientes deciduos antes de la intervención educativa.**

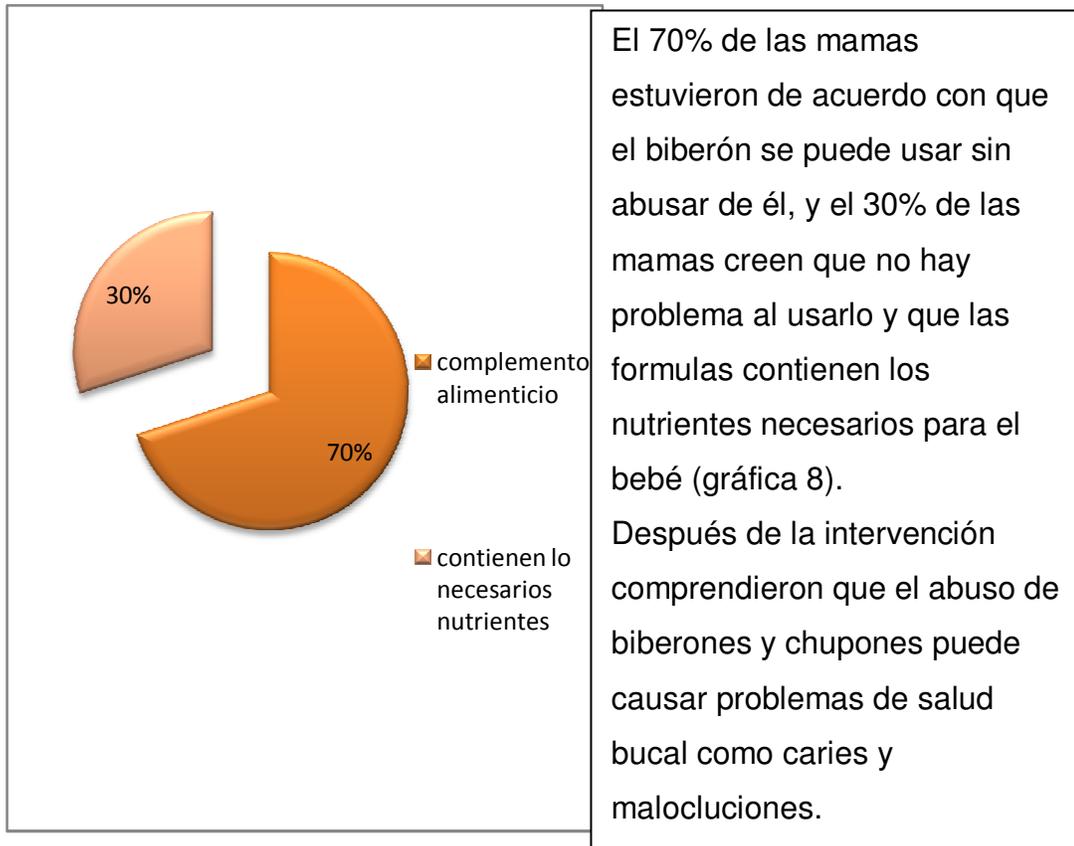


Fuente directa

Al preguntar sobre lo que opina sobre la alimentación de los bebés basada en la leche materna, todas sabían que era importante aunque no sabían bien porque, después de la intervención educativa, sabían que es importante para una mejor nutrición, adquirir defensas y para un mejor desarrollo buco-facial.

**Gráfica 8**

**Distribución porcentual sobre alimentar por biberón**

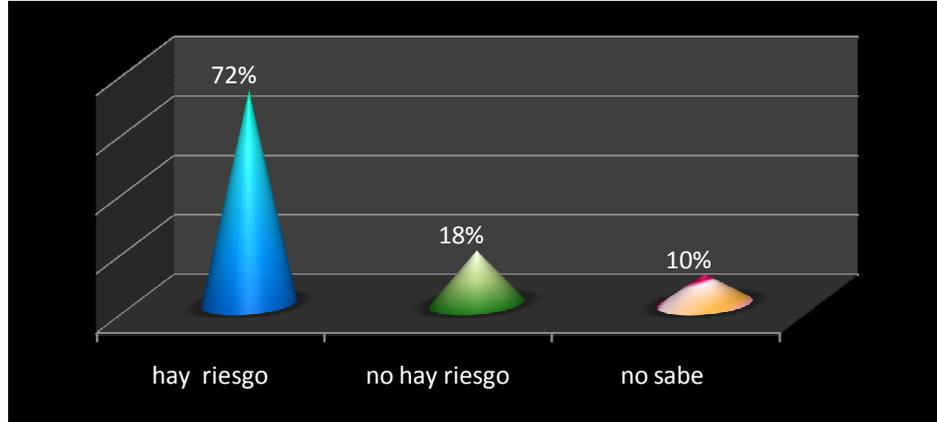


Fuente directa



**Gráfica 9**

**Distribución porcentual de riesgos de endulzar el biberón o chupón**



Fuente directa

El 72% cree que existen riesgo de caries dental al endulzar la leche le los biberones, también lo cree innecesario ya que las formulas contiene el endulzante adecuado, el 18% no cree que exista algún riesgo, y el 10% no sabe si existe algún riesgo (grafica 9). Después de la intervención el 98% estuvo de acuerdo que si corren riesgos de salud al endulzar al biberón.

**Cuadro 4. Distribución de de frecuencia de los Motivos para cepillarse los dientes**

<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
<b>Razones</b>	<b>Núm. de personas</b>	<b>Razones</b>	<b>Núm. de personas</b>
<b>Por habito</b>	14	Prevenir caries y enfermedades bucales e higiene	24
<b>Evitar la caries</b>	10	Habito de higiene bucal	12
<b>Por salud</b>	12		

Fuente directa

Al querer conocer sobre el cepillado dental, todas las mamás creen que se deben cepillarse 3 veces al día o después de los alimentos. El 55.5% de las

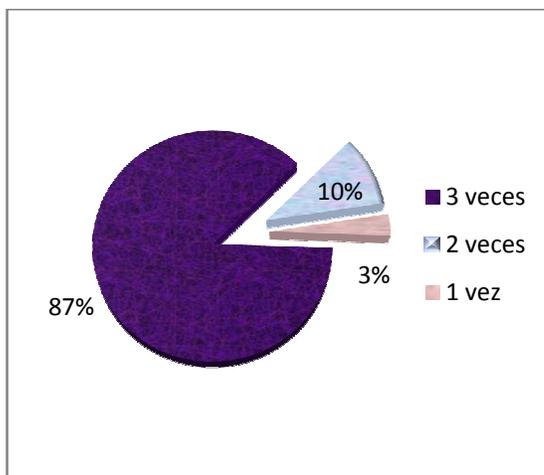


mamás lo aprendió del dentista y el 44.4% de las mamás lo escucharon el T.V u otro medio. Antes de la intervención educativa la explicación de las madres los motivos por que se deben cepillar los dientes fue por habito 14 personas, evitar la caries

10 personas, por salud 12 personas y después de la intervención educativa motivos porque se deben cepillar los dientes fue Prevenir caries y enfermedades bucales e higiene 24 personas y Habito de higiene bucal 12 personas (cuadro 4).

**Gráfica 10**

**Distribución porcentual del número de veces que aseguran las mamás que se cepillan los dientes sus hijos.**



Antes de la intervención educativa el 98% de las mamás aseguraban que sus hijos se cepillaban 3 veces al día. Después de la intervención educativa El 87% aseguro que sus hijos se lavan los dientes 3 veces al día, el 10% aseguro que solo podían lavarlos 2 veces al día, y el 3% aseguro que solo una vez se los lavan pero con supervisión adecuada (gráfica 10).

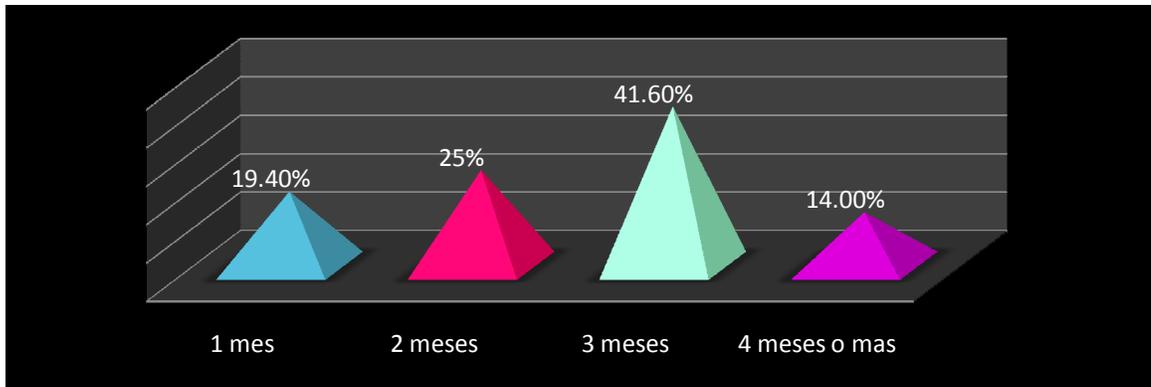
Fuente directa

A la importancia del cambio de cepillo las mamás mencionaron que es importante para una mejor limpieza y que no se acumulan bacterias, el

41.6% de las mamás lo cambian a los 3 meses, el 25% a los 2 meses, el 19.4% al mes, y el 14% de las mamás lo cambian de 4 meses en adelante (gráfica 11).

**Gráfica 11**

**Distribución porcentual del tiempo en que es conveniente el cambio de cepillo de dientes**



Fuente directa

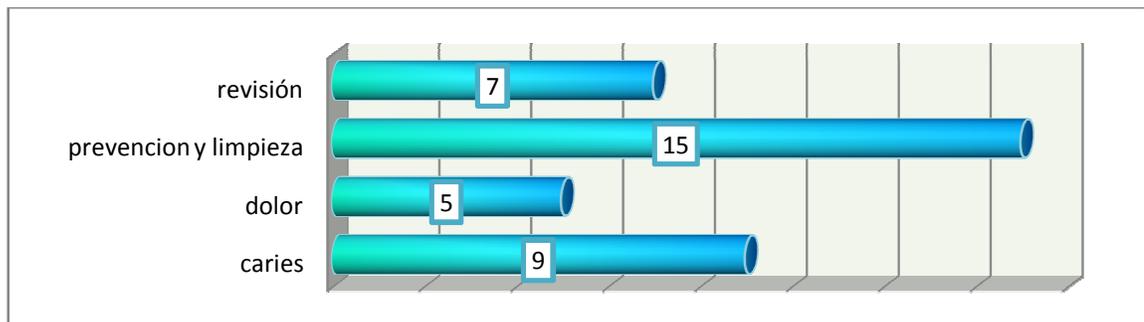
Después de la intervención educativa la mayoría de las mamás respondió que era mejor el cambio de cepillo era conveniente cuando estaba dañado (cerdas abiertas) ó a los 3 meses.



Antes de la intervención educativa las respuestas de las madres a motivo por el cual lleva a su hijo al dentista fue: 5 personas por dolor, 7 personas por revisión, 9 personas por caries y 15 personas por limpieza y prevención (gráfica 12).

**Gráfica 12**

**Distribución de la frecuencia del motivo por el cual lleva a su hijo al dentista**



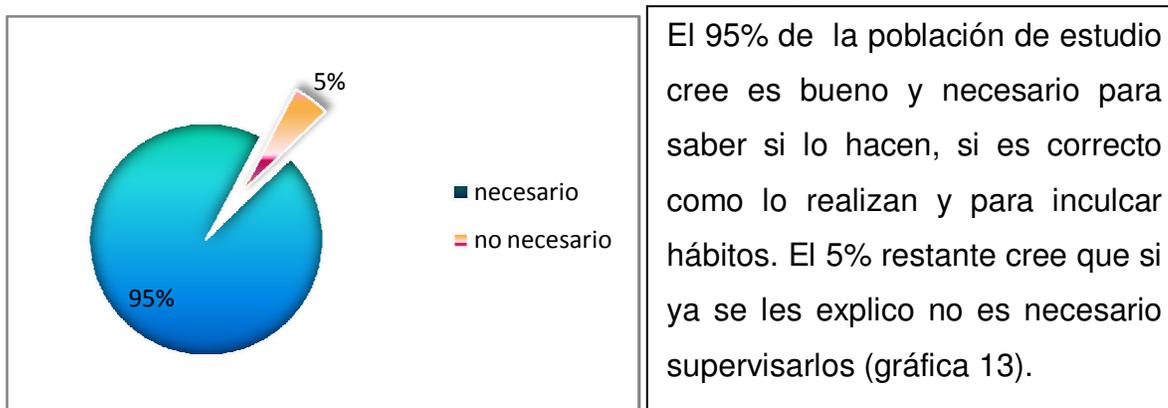
Fuente directa

Al dar la intervención educativa el 97% creyó necesario acudir a una cita odontológica para realizarse limpieza, revisión, y aplicación de fluoruro, sin embargo el 3% de las personas cree que es mejor acudir por caries.

Al pedir que describieran la técnica de cepillado, el 98% conoce la técnica adecuada y menciona que la habían conocido por medio de un dentista o los medios de comunicación. Después de la intervención educativa, el 87% describió la técnica de cepillado incluyendo la lengua, y el 13% la describió sin incluir esta zona de la boca.

**Gráfica 13**

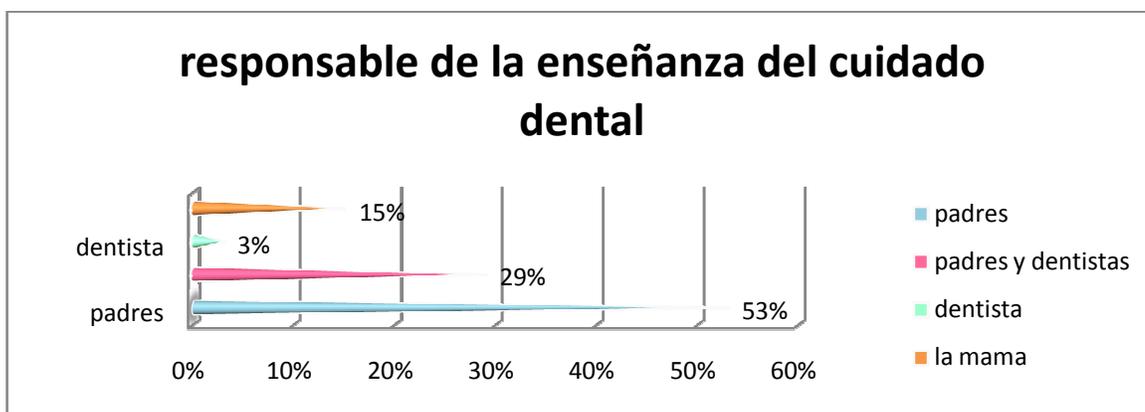
**Distribución porcentual de la supervisión del cepillado dental**



Fuente directa

**Gráfica 14**

**Distribución porcentual del responsable de la enseñanza del cuidado dental después de la intervención educativa**



Fuente directa

Antes de la intervención educativa la mayoría de las madres creía que solo las madres eran responsables de la enseñanza del cuidado dental (70%) y después de la intervención educativa las madres respondieron en su mayoría que es responsabilidad de ambos padres eran los responsables (53%) y otras opinaron que los padres y el dentista (29%) (Gráfica 14).

Cuadro 5. Distribución de la frecuencia sobre si creen que la consulta dental es igual de importante que la consulta del pediatra		
si		No
31 personas		5 Personas
Porque es parte de su salud integral		Es más importante la consulta del pediatra y son cosas diferentes

Fuente directa

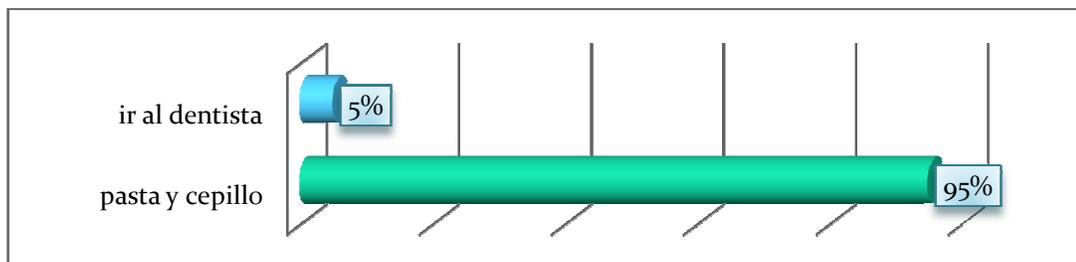
Al recopilar los datos se descubrió que la razón principal por la cual utilizan pasta dental antes de la intervención educativa fue, por su olor y sabor 4 personas, para desinfectar la boca 4 personas, para mejorar la higiene y por las sustancias que contienen la pasta 6 personas, buen aliento 6 personas, para una mejor limpieza 16 personas. Después de la intervención educativa fue de su conocimiento que la pasta se debe utilizar y las razones que dieron fueron lavar mejor los dientes, por su olor y sabor agradable 16 personas, para lavar mejor para mejorar la higiene y por las sustancias que contienen la pasta 20 personas (cuadro 6).

Cuadro 6. Distribución de la frecuencia de la razón por la cual utiliza pasta dental				
Antes		Después		
Razones	Núm. de personas	Razones	Núm. de personas	
Por su olor y sabor	4	Lavar mejor los dientes, por su olor y sabor agradable	16	
Para una mejor limpieza	16	Para lavar mejor Para mejorar la higiene y por las sustancias que contienen la pasta	20	
Para mejorar la higiene y por las sustancias que contienen la pasta	6			
Para desinfectar la boca	4			
Buen aliento	6			

Fuente directa

**Gráfica 15**

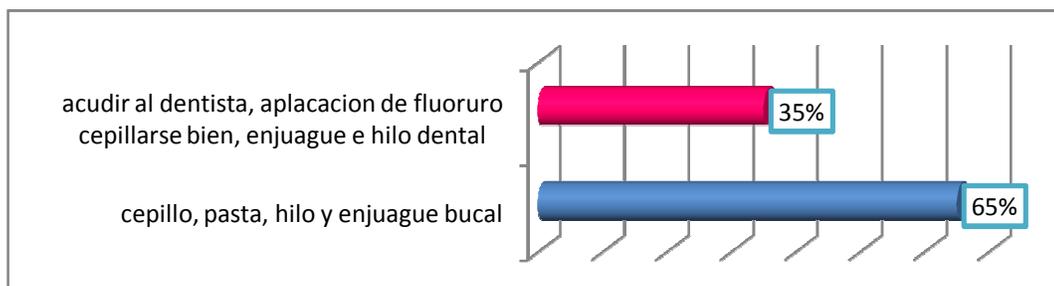
**Distribución porcentual de los auxiliares de higiene que creen necesarios antes de la intervención educativa**



Fuente directa

**Gráfica 16**

**Distribución porcentual de los auxiliares de higiene que creen necesarios después de la intervención educativa**



Fuente directa

Al realizar la comparación de cuáles son los auxiliares de higiene que creen necesarios las respuestas fueron ir al dentista 5%, pasta y cepillo 95% (gráfica 15). Después de la intervención educativa las respuestas fueron, acudir al dentista, aplicación de fluoruro, cepillarse bien, enjuague e hilo dental 35% y cepillo, pasta, hilo y enjuague bucal 65% (gráfica 16).

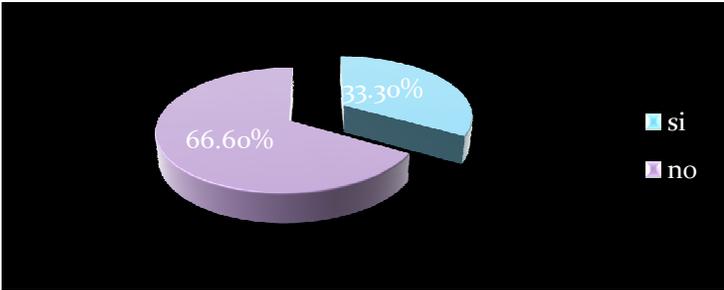
<b>Cuadro 7. Distribución de la frecuencia de la razón por la cual se aplica fluoruro dental</b>			
<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
<b>Razones</b>	<b>No de personas</b>	<b>Razones</b>	<b>No de personas</b>
Para tener dientes sanos y fuertes	6	Fortalecer a las dientes contra la caries	14
Para prevención de caries dental	14	Para prevenir la caries	22
Para limpiar los dientes	7		
No lo se	9		

Fuente directa

Al querer conocer sobre el conocimiento que se tenía sobre el fluoruro se encontró que un numero alto de madres conocía el motivo por el cual se aplicaba (14 personas), pero 16 madres no lo sabían o creían que era para limpiar los dientes. Después de la intervención las madres respondieron que se utilizaba para fortalecer a las dientes contra la caries 14 madres y Para prevenir la caries 22 madres (cuadro7).

También se pregunto si en las escuelas que acudían sus hijos se realizaban programas de aplicación de fluoruro y el 66.6% respondió que no y el 33.3% respondió que sí.

**Gráfica 17**  
**Distribución porcentual de programas de aplicación de fluoruro en las escuelas.**



Fuente directa

## 8. CONCLUSIONES

Después de realizar el presente estudio y analizar los resultados se llegó a la conclusión que la mayoría de las madres tienen creencias adecuadas en ciertos aspectos y que si se les da una correcta orientación pueden enfocar de manera precisa los conocimientos adquiridos por parte el personal de salud.

Ya que están concientes que una buena higiene una correcta alimentación puede fomentar una adecuada salud bucal, se determino que el conocimiento de la caries dental que tenían las madres no era en algunos casos, completo y en otros casos correctos y con la intervención educativa se les dio un mejor conocimiento sobre esta enfermedad.

Las factores de riesgo sobre caries dental no estaban muy definidos en ellas, ya que antes de la intervención educativa la explicación de las madres a tener caries dental era Falta e higiene y comer muchos dulces o azucares (19 personas) y después de la intervención educativa La combinación de malos hábitos, bacterias y alimentos altos en carbohidratos y azucares (23 personas). Al preguntar si conoce alguna forma de evitar la caries dental antes de la intervención educativa la explicación de las madres era solo lavarse los dientes (14 personas) y después de la intervención educativa la respuesta más común fue: uso continuo de pasta dental, cepillo, hilo, y técnica de cepillado adecuada, buenos hábitos alimenticios, visitas periódicas al odontólogo (17 personas).

Al conocer las formas de tratar el dolor en los dientes cariadados antes de la intervención educativa la explicación más común de las madres estuvo repartida entre acudir al dentista y tomar algún medicamento (36% ambos), después de la intervención educativa el 98% estuvo de acuerdo con que es

mejor en este caso acudir al dentista y que el indique el medicamento o tratamiento más adecuado.

Antes de la intervención educativa la respuesta de las de las madres a si ¿es conveniente curar la caries de los dientes deciduos?, La respuesta más común fue que si lo creían conveniente (72%). Después de la intervención educativa todas las madres estuvieron de acuerdo en que es mejor cuidar los dientes deciduos, e importante curarlos si estos estuvieran cariados para un mejor desarrollo de los dientes permanentes (96%), y solo un 2% mantuvo la idea que era demasiado doloroso para llevarlos a algún tratamiento.

Esto nos ayuda a determinar que una buena orientación a las madres ayuda a que la salud de los niños pueda ser mejor y que los programas de promoción de la salud bucal son excelentes para mejorar conocimiento y con ello podre lograr una mejor salud bucal en los infantes.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina SC Y cols., Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche, Gaset. Med. Mex., Vol. 142, No. 5, Sep.-Oct. 2006.
2. Molina FN y cols., Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico, Rev. Mexicana de Pediatría, vol. 69, núm. 2 Mar.-Abr. 2002.
3. Moreno AA y cols., Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México, Rev. Mexicana de Pediatría, Vol. 68, Núm. 6 Nov.-Dic. 2001.
4. Rodríguez VL y cols., Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Rev. ADM, Vol. 63, No. 5, Sep.-Oct. 2006.
5. Segovia VA y cols., Severidad de Caries y Factores Asociados en Preescolares de 3-6 Años de Edad en Campeche, México, Rev. Salud Pública, Vol. 7, No. 1, Marzo 2004.
6. Tascón J, y cols., Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres, Rev. Colombia Médica, Vol. 36 No. 4 Oct.-Dic. 2005.
7. Franco AM y cols., El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres, Rev. CES Odontología, Vol. 17, No 1, 2004.
8. Navas PR y cols., Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres, Rev. Interciencia Vol. 27, No. 11, NOV 2002.

9. De la Cruz CD y cols., Análisis de la prevalencia y riesgo de caries dental en dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico, Rev. ADM, Vol. 64, No. 5, Sep.-Oct. 2007.
10. Maupomé G y cols., Prevención de la caries: Recomendaciones actualizadas y estatus del conocimiento directamente aplicable al entorno mexicano, Rev. ADM, Vol. 64, No. 2, Mar.-Abr. 2007.
11. Irigoyen CM, Caries dental en escolares del Distrito Federal, Salud Pú. De Méx., Vol.39, No. 2, Mar.-Abr.1997.
12. González MF y cols., Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena, Rev. Salud pública. Vol. 11, No 4, 2009.
13. Saldarriaga A y cols., Evaluación del subregistro de caries dental en dentición decidua, Rev. CES Odontología Vol. 16, No. 2, 2003.
14. Ramírez BS y cols., Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, Rev Fac Odontol Univ Antioq, Vol. 20, No. 2, 2009.
15. Romero GCM, Diagnóstico Educativo Sobre Salud Bucal En Escolares, Rev., Archivo Médico de Camagüey, Vol. 9 No. 3, 2005.
16. Nava PR y cols., Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños Preescolares, Rev. Interciencia, Vol.27, No. 11, Nov. 2002.
17. Gonzales C y cols., cambio de indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre niños de 2 y 5 años de edad apartir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar de Medellin 2003-2005, Rev. CES odontología, Vol. 19, No. 1, 2006.
18. Katz S, Odontología preventiva en acción, Editorial panamericana, 3° edición, cap. 9 pp.132-167, 1990
19. Riethe P, atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador, primera edición, pp. 16-37, 1990

20. Genco RJ, Periodoncia preventiva, tercera edición, editorial América, pp.376-388, 1992
21. Tascón J y cols., Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca, Rev. Colombia Médica Vol. 36 N° 2, Abr.-Jun.2005.
22. Tascón J y cols., Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia, Colombia Médica Vol. 36 N° 3, Jul.-Sep.2005.
23. Moreno SPE, El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I. hacia un análisis funcional de las creencias de salud, International journal of psychology and psychological Therapy, Vol. 3 No. 1, 2003

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA  
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA  
Oficio: 06/10/2009  
Asunto: Solicitud de apoyo

Mtra. MARÍA ASCENCIÓN JIMÉNEZ PÉREZ  
**DIRECTORA AQA PARTY & SWIM SCHOOL**

Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud para solicitar su apoyo a fin de que la pasante de Odontología

**Daesy Jazmín Fernández Román quien está inscrita en el Seminario de**

Titulación en Epidemiología y Salud Pública, pueda realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información sobre diferentes aspectos que del conocimiento acerca del desarrollo de caries y autocuidado de salud bucodental que tienen una muestra de madres. .

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Ciudad Universitaria, DF a 5 de octubre del 2009.

  
Dra. Arcelia Meléndez Ocampo  
Jefatura



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

### SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA



El presente cuestionario tiene como objetivo solamente conocer algunos aspectos sobre el autocuidado de la salud bucodental y mucho agradeceríamos su apoyo para contestarlo... gracias.

**Nombre:**

**Edad:**

**Sexo:** F

**Gado máximo de estudios:** 1) primaria 2) secundaria 3) bachillerato 4) carrera técnica 5) licenciatura 6) posgrado 7) otro \_\_\_\_\_

**Ocupación:** 1) hogar 2) estudiante 3) empleado 4) comerciante 5) otro \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría a la caries dental?	
Mencione las razones por las que sus hijo(s) puedan tener caries dental	
Mencione alguna forma de evitar la caries dental ¿Quién le enseñó esto?	
Mencione alguna forma de tratar el dolor de los dientes picados ¿Quién le enseñó esto?	
¿Qué opina ud. acerca de curar la caries dental en los dientes de leche?	
¿Qué opina de la alimentación a base de leche materna para los bebés? ¿Quién le enseñó esto?	
¿Qué opina acerca de la alimentación a base de leche en biberón a los bebés? ¿Quién le enseñó esto?	
¿Qué opina sobre endulzar la leche del biberón?	
¿Cree que su hijo corre riesgos de tener problemas de salud en su boca por endulzar la leche del biberón?	

¿Por que deben cepillarse los dientes?	
¿Cuantas veces cree que es necesario lavar los dientes? ¿Quién le enseñó esto?	
¿Por qué es importante cambiar el cepillo de dientes de sus hijos y cuando debe cambiarse?	
¿Cuál es el motivo principal por el que llevaría a su hijo al dentista?	
¿Cómo debe hacerse el cepillado dental? ¿Quién le enseñó esto?	
¿Qué opina acerca de supervisar el cepillado dental de sus hijos?	
¿Cuántas veces se cepilla los dientes su hijo?	
¿Cree usted que una consulta dental es igual de importante que una consulta con el Pediatra? ¿Por qué razón?	
¿Cuál es la edad conveniente para iniciar la limpieza bucal en los niños?	
¿Quien cree usted que es el responsable de enseñar al niño a cuidar sus dientes y por qué?	
¿Cómo participa el papá en la salud de sus hijos? ¿Por qué cree que esto debe ser así?	
¿Cuáles son los elementos que ayudan a tener una mejor higiene?	
¿Por qué razón se utiliza pasta dental para la higiene bucal?	
¿Qué sabe usted. acerca del uso del fluoruro en odontología?	
¿En la escuela hay programas para colocar fluoruro a sus hijos?	