



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA MATERNA Y
ESTADO DE SALUD ORAL EN NIÑOS ESCOLARES DE
LA CIUDAD DE MÉXICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ALBERTO TONATIUH ORTUÑO MALDONADO

TUTORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

ASESORA: C.D. BLANCA SUSANA OBREGÓN CASTELLANOS

MÉXICO, D.F.

2013



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.



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.

Dedicado a Sofía y Gael, las luces de mi camino.

Agradecimientos.

En primer lugar agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, por haberme abierto las puertas y dejado desarrollarme profesional mente.

Agradezco el apoyo recibido por la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis sin la cual esta investigación no se hubiera podido realizar.

El camino que he transcurrido a lo largo de estos 5 años ha sido difícil y no puedo dar este último paso sin antes agradecer a las personas que me acompañaron y apoyaron.

A mi familia:

Mis padres Alberto Ortuño y Guadalupe Maldonado, por todo el apoyo que me brindaron.

A mis hijos (Sofía y Gael) y mi esposa Denisse que me apoyo en cada momento, ustedes me dieron la fuerza y el ánimo que necesitaba para seguir adelante, los amo.

A mis hermanos: José, Mixcoatl y Tláloc, que son un ejemplo a seguir, los admiro y quiero mucho, la unidad que forjamos desde niños me ha servido para estar siempre de pie no importando las circunstancias, gracias.

ÍNDICE

Introducción	6
Marco teórico.....	8
Teoría de la Auto-eficacia según Albert Bandura.	8
Relación autoeficacia-salud.....	11
Autoeficacia percibida.....	12
Relación autoeficacia-práctica clínica.....	13
Escala de auto-eficacia SESMO.....	13
Creación de escalas de autoeficacia según Albert Bandura.....	13
Antecedentes.....	17
Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	19
Justificación	20
Objetivo general	21
Objetivos específicos.....	22
Hipótesis:.....	22
Materiales y método	23
Tipo de estudio	23
Población de estudio	23
Tamaño y tipo de muestra	23
Criterios de selección	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Variables.....	24
Método de recolección de la información	27
Método de registro de la información.....	28
Método de registro de la información:.....	28
Análisis estadístico	29
Consideraciones éticas.....	29

Recursos materiales y humanos	29
Resultados.....	30
Discusión	52
Conclusiones	55
ANEXOS.....	58

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha invertido una gran cantidad de recursos humanos y económicos en el combate de la caries dental. En 1971, durante la décima reunión celebrada en Ginebra, se convocó a expertos para discutir cuestiones relativas a la salud bucal, teniendo como punto principal la caries, que ya se consideraba un problema creciente en salud pública. Aun cuando los países que se encontraban afiliados a esta organización contaban con medidas de prevención como fluoración de agua y sal de consumo y campañas de prevención en sistemas educativos básicos, entre otros, se dieron cuenta de que estas medidas no eran suficientes ya que se enfrentaban a factores, sociales, políticos, económicos y culturales que menguaban las medidas establecidas por la OMS. Al concluir que no se alcanzaban las metas esperadas se encomendó buscar nuevos campos que ayudaran a la disminución del problema al que se enfrentaban.

La comisión seleccionada para buscar nuevos sistemas de prevención enumeró las acciones que ayudarían a cumplir las metas seleccionadas por la OMS, dentro de las que se encontraban.

- La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas.
- Los programas de fluoración para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos.
- El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.

Así, como primera iniciativa, se enfocaron a la promoción de la salud basada en la identificación de factores de riesgo, esto lograba finalmente atender con mayor eficacia a grupos en riesgo, no sólo de padecer caries sino también de otras enfermedades. Dentro de estos factores se encuentran jugando cada vez un papel más importante, los factores psicosociales como la autoeficacia, la cual es un constructo que se refiere a la confianza en la capacidad de uno mismo para llevar a cabo una tarea o cometer una meta determinada y que ha sido asociada a la adopción de mejores prácticas en salud, tanto a nivel hospitalario como general.

En el ámbito odontológico, una de las escalas con mayor relevancia es la escala Self-Efficacy Scale for Maternal Oral Care (SESMO), la cual nos ayuda a entender qué tanto puede influir la autoconfianza de la madre en cuanto a sus capacidades de cuidado sobre la salud de sus hijos, pues se ha demostrado que bajos niveles de autoeficacia presentados por la madre aumentan el riesgo del niño a padecer caries dental y enfermedades crónicas no precisamente relacionadas con boca. El propósito del presente estudio es identificar si existe asociación entre la autoeficacia materna sobre la salud bucal de niños de una escuela primaria en la Ciudad de México.

Marco teórico

Teoría de la Auto-eficacia según Albert Bandura.

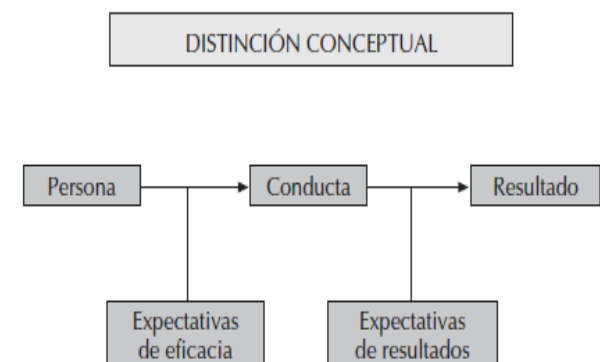
En 1977 el psicólogo Albert Bandura realizó la publicación de un artículo, titulado "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change" (Autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual)⁴.

Albert Bandura definió a la autoeficacia como "las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras"⁴.

Las personas que tiene un alto sentido de la eficacia tienden a desafiar aquello que creen que pueden dominar, mientras que los que están llenos de dudas respecto a si mismos tienden a alejarse de las actividades y las situaciones que ellos creen que exceden sus actitudes; Este tipo de elecciones pueden afectar el autoestima de los individuos y la clase de vida que desean llevar².

De acuerdo con el artículo, la manera en que la gente descifra los resultados de sus acciones proporciona una información, la cual altera su ambiente, sus creencias personales y consecuentemente altera su desempeño.

Desde el punto de vista del aprendizaje social, los cambios psicológicos, independientemente del método utilizado para lograrlos, derivan de un mecanismo común. Este mecanismo común se denomina autoeficacia⁴.



Alanova Soria m. Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Primera ed. Agea Zafón E, editor. Barcelona: universitat Jaume; 2004: p 123.

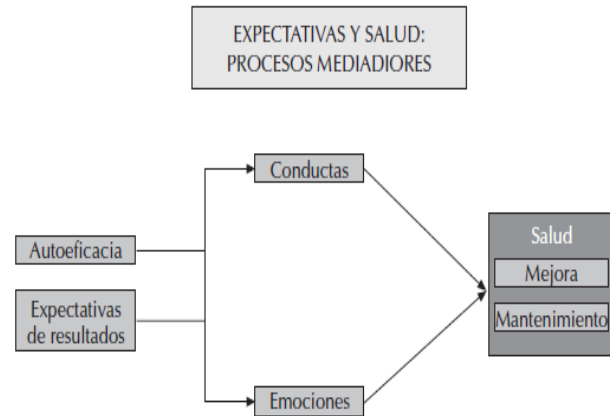
El fundamento principal de esta teoría es la distinción entre dos tipos básicos de expectativas: la autoeficacia (expectativas de eficacia personal) y las expectativas de resultados⁵.

La autoeficacia personal es una “expectativa”, algo que se espera de la conducta en el futuro y se refiere a la capacidad para hacer algo definido en un escenario también definido, antes de que suceda la acción y está basado en cuatro fuentes principales de información⁴:

1. Los logros de rendimiento: se basan en los logros personales de un individuo, los éxitos que ha tenido le dan una expectativa de dominio, mientras los fracasos repetidos tienden a bajar estas expectativas.
2. Las experiencias Vicarias (indirectas): "se pueden obtener mediante la observación de actividades que realizan otras personas con éxito. Esto se refiere a aprender de lo que han observado.
3. La persuasión verbal: se refiere al desarrollo de la autoeficacia como resultado de lo que le dicen, es decir retroalimentación positiva (tú puedes hacerlo, confié en ti, etc.) esto puede lograr aumentar la autoeficacia de la persona pero puede llegar a ser algo temporal; si los esfuerzos que se realizan no llegan a tener el éxito que se buscaba, puede disminuir el sentido de autoeficacia.
4. Los estados psicológicos y afectivos: Los estados psicológicos tales como la ansiedad, el estrés, la fatiga, entre otros, ejercen alguna influencia sobre las cogniciones de la eficacia, lo que puede causar una modificación en el resultado de la respuesta ante alguna actividad.

Por otro lado las expectativas de resultados: son las consecuencias que conlleva la conducta.

El autor considera como problema el manejo del concepto de resultado ya que puede interpretarse como el resultado en la ejecución de una conducta y también como el resultado de una “intervención para prevenir o controlar un problema de salud”; es por eso que Albert Bandura definió a



Alanova Soria m. Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Primera ed. Agea Zafón E, editor. Barcelona: universitat Jaume; 2004; p 126.

resultado como lo que procede a la actuación de la conducta, “una consecuencia”.

A su vez hace la descripción de tres tipos de consecuencia y expectativas de resultados⁵:

1. Física: “cambios en el propio individuo o en su entorno físico”.
2. Sociales: “reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta de un individuo”.
3. Auto evaluativas: “reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga”.

Relación autoeficacia-salud.

Según la OMS, salud se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶, por lo que la salud de un paciente no se puede ver sólo como un área específica aislada (odontología, cardiología, oftalmología, etc.), ya que este enfoque puede llevar al fracaso al establecer un tratamiento parcial.

La autoeficacia expone algunos dispositivos por los cuales las expectativas de eficacia y de resultados pueden minar la salud. Por ejemplo:

Los de carácter motivacional: esto se refiere al esfuerzo y persistencia en las conductas que favorecen o previenen nuestra salud; aquí es donde la autoeficacia actúa como un importante promotor de prácticas relevantes como: el seguimiento de prescripciones terapéuticas, el autocuidado, el seguimiento de terapias de recuperación, o la implantación de buenos hábitos en pacientes diabéticos, cardíacos o inmunocomprometidos.

Los de carácter emocional: esto se debe a que las emociones actúan como mediadores en las respuestas fisiológicas del organismo inducidas por estresores psicosociales. Este punto está muy ligado con la teoría cognitiva del estrés de Richard Lazarus⁷; según este autor el estrés se puede definir como un “conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno, tomando en cuenta los factores cognitivos (pensamientos, ideas, creencias, actitudes, etc.)”.

También propone que a mayor resistencia a las situaciones estresantes, menores emociones negativas, y menores reacciones fisiológicas que son capaces de menguar la salud de la persona.

Albert Bandura propone la utilización de terapias capaces de modificar estas conductas, y lograr mejorar la calidad de vida a través de la promoción de hábitos que sean beneficiosos para las personas, lograr un fortalecimiento emocional capaz de lograr suprimir dentro de lo posible los factores cognitivos y las emociones negativas, mejorando de esta manera la calidad de vida.

Autoeficacia percibida.

De la teoría “cognitivo-social” de Bandura, surge un apartado denominado autoeficacia percibida en la cual se presentan ideas que tratan sobre la capacidad de la persona para poder controlar su entorno; se comprobó que las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno enfrentan de mejor manera varias situaciones como son⁸:

- las situaciones de estrés laboral.
- las enfermedades crónicas.
- el estrés cotidiano.
- los trastornos graves de ansiedad.

Cuando el individuo siente tener el control del entorno, a pesar de que no sea así, esta idea de control llega a proteger a la persona de los posibles efectos negativos que podría generar un momento de estrés. Esta teoría ha demostrado tener la eficacia para controlar el estrés, y como ayuda en el mantenimiento de la salud.

Relación autoeficacia-práctica clínica.

En la actualidad se encontró una asociación entre autoeficacia y depresión, dolor, estado de salud y transcurso⁸. Como se ha mencionado, la autoeficacia es una teoría fácilmente aplicable a los ámbitos de salud. Existen numerosos estudios en los que se han visto evoluciones satisfactorias en pacientes con algún padecimiento, sirviendo esta teoría como modificador de conducta. Se comprobó que al cambiar las prácticas, los síntomas de algunas enfermedades crónicas disminuyeron, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Además, la autoeficacia también está constituida por el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar las estrategias de acción necesarias para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen en el pensamiento, motivación, emoción y comportamiento. Partiendo de esta idea, varios investigadores han desarrollado estudios con la finalidad de modificar conductas en el ámbito clínico.

Escala de auto-eficacia SESMO.

Creación de escalas de autoeficacia según Albert Bandura.

Bandura utiliza el término “dominio de funcionamiento” refiriéndose al poder que se tiene hacia un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, como es la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos⁹.

Para crear una escala de autoeficacia Bandura creo una guía titulada “Guía para la construcción de escalas de autoeficacia”. En esta se establecen los pasos a seguir para lograr una correcta estructuración⁹:

- Análisis de los factores que influyen en un dominio de funcionamiento: El conocimiento de los factores que influyen sobre las acciones, esto permite especificar cuáles van a ser los aspectos personales que se deberían medir.
- Autocontrol “de peso” (como un ejemplo): aquí se ejemplifica como la autoeficacia determinada puede influir con fuerza en un proyecto personal determinado. Según “Jordi Fernández Castro” en su artículo titulado “¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?” la autoeficacia percibida permite tener autorregulaciones en la alimentación, el uso de alimentos bajos en grasa y cambios en la conducta importantes, como perderla necesidad de comprar algunos tipos de alimentos.

La autoeficacia percibida permite la evaluación de escalas multifacéticas, predictivas y dan explicaciones de dinámicas de autocontrol.

- Factores sin ningún impacto en el dominio de funcionamiento: las escalas de autoeficacia no pueden basarse en factores con poca prevalencia, ya que tal investigación no presentaría ninguna relación predictiva.

Como ya lo describíamos podemos encontrar una estrecha relación entre nivel de autoeficacia y el autocuidado. En muchos países se ha utilizado esto para desarrollar escalas que proporcionan información sobre una actividad específica. En Japón el doctor Naoki Kakudate creó una escala basándose en la teoría de autoeficacia de Bandura denominada “Desarrollo de la Escala de Autoeficacia para el Cuidado Oral Materno” o escala SESMO por sus siglas en inglés³. El propósito de este estudio fue desarrollar una escala de autoeficacia en tareas específicas para el cuidado oral materno, que contara con las características de “confiabilidad y validez”; con esta finalidad desarrolló un cuestionario de 36 preguntas, probado en un grupo de 119 madres en una clínica dental.

Para evaluar la validez, correlacionó la puntuación de la escala SESMO con una escala de autoeficacia general (GSES).

Al final la escala SESMO concluyó en 16 preguntas divididas en tres sub-escalas y respuestas individuales, se calificaron en una escala Likert de 5 puntos desde 1 (no seguros) al 5 (completamente seguro)³.

Las tres sub-escalas son las siguientes: autoeficacia para el cepillado, autoeficacia de los hábitos alimenticios y la autoeficacia en cuanto a la asistencia con el odontólogo en relación a citas programadas³.

Este estudio encontró la existencia de correlación significativa entre el número de dientes cariados y puntuaciones de SESMO, por ejemplo las madres con baja calificación según la escala tenían hijos con un mayor índice de caries y viceversa, con esto se comprobó el poder de predecir el comportamiento de los pacientes pediátricos con respecto al sentido de autoeficacia materno³.

El autor concluyó que los cambios de comportamiento pueden promoverse mediante instrucciones psicoeducativas, aplicadas principalmente en las madres con baja calificación SESMO, consideraron que se requiere de más investigación en cuanto a terapias para aumentar la autoeficacia³.

En estudios posteriores Kakudate expone la necesidad de utilizar un método para lograr modificar conductas, fue así que analizó el método de seis pasos para determinar su eficacia⁵.

El método de seis pasos consiste en:

- Paso 1: identificar el problema.
- Paso 2: creación de confianza y compromiso.
- Paso 3: aumentar el conocimiento de la conducta.
- Paso 4: desarrollar e implementar un plan de acción.
- Paso 5: Evaluación del plan.
- Paso 6: mantener el cambio de comportamiento y la prevención de una recaída.

La importancia que tiene las escalas de autoeficacia es el poder de identificar los grupos de personas que se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad, buscar la existencia de relaciones entre autoeficacia y entidades que puedan causar alguna disminución de ella.

Después de haber identificado los grupos vulnerables se tienen que planear estrategias que ayuden a lograr modificaciones de conductas a través de terapias o métodos, logrando con esto aumentar el sentido de autoeficacia y la salud de las personas.

Una vez identificados los grupos en peligro se tiene que tomar medidas, en México “Los Estados Partes reconocen el derecho de los mexicanos a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de su salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ninguna persona sea privada de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”¹⁰, es importante que el estado tome esto en cuenta estos estudios y de prioridad a las terapias encargadas de aumentar el sentido de autoeficacia tomándolo como un nivel importante no solo de prevención, sino como rehabilitación.

Antecedentes

En 2009 el doctor Juan Carlos Saravia En Perú realizó un estudio denominado “Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos de Perú”, tomando en cuenta como un problema de salud pública el abuso y auto prescripción de drogas médicas. También realizó una escala cuyos resultados mostraron que a mayor autoeficacia existe una menor probabilidad de consumir drogas médicas (tranquilizantes, estimulantes, etc.). Los escolares con una mayor autoestima tienen menor probabilidad de consumir alguna droga².

En Canadá la doctora Cindy Lee Dennis creó una escala denominada “Breast feeding Self-Efficacy Scale” (escala de autoeficacia en lactancia) o BSES-SF por sus siglas en inglés, en esta se proponía evaluar cuan seguras, positivas y confiadas se sienten las madres para afrontar la tarea de amamantar a sus niños. En muchos países se ha convertido un problema de salud el abandono de la lactancia materna¹¹. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y continuar el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta el año de edad⁶.

En Carolina del Norte EUA, se realizó un estudio denominado “The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy With Oral Health Status and Dental Neglect” en el que estudió la relación de educación para la salud oral, estado de salud oral y negligencia dental, utilizando datos de las entrevistas recogidas de 1280 personas inscritas al programa especial de nutrición suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños de 2007 a 2009. Los resultados arrojaron que la alfabetización de las personas influye directamente en la autoeficacia, a menor alfabetización o menor grado de estudios las personas tienen un menor sentido de autoeficacia relacionada con salud, esto es un problema de salud pública porque esta población se considera de alto riesgo a padecer enfermedades de cualquier tipo afectando directamente al estado en cuanto a finanzas. No se han encontrado relaciones de este tipo en otros estudios pero se cree que es de suma importancia lograr una alfabetización estándar para aumentar el nivel de autoeficacia, salud oral y general¹².

En el ámbito odontológico existen varias escalas de autoeficacia como la Escala de Autoeficacia Materna Oral, SESMO³ por sus siglas en inglés, en la cual se menciona la relación que existe entre autoeficacia y salud oral, en esta escala se considera importante la creación de terapias para aumentar el sentido de autoeficacia y de esta manera mejorar la calidad de la salud oral.

En Turquía y Finlandia se realizó un estudio denominado “Oral Health-Related Self-Efficacy Beliefs and Toothbrushing: Finnish and Turkish Pre-Adolescents” and Their Mothers’ Responses” el cual trató de encontrar asociación entre factores cognitivos y comportamiento de los preadolescentes y sus madres, teniendo en cuenta las creencias de autoeficacia y el cepillado dental entre la población turca y finlandesa. El objetivo fue comprobar si existía asociación entre estas dos culturas, independientemente su idiosincrasia. Se realizaron 949 encuestas (Finlandia 338 y Turquía 611) y se descubrió que las madres finlandesas tenían mayor

sentido de autoeficacia en relación las madres turcas, lo cual se derivó en una mejor salud oral de los preadolescentes finlandeses, dando como explicación que la población finlandesa tiene un mejor cuidado bucal debido al modelado conductual que recibieron en el seno familiar, por ejemplo, tener la disposición de seguir una recomendación dada por un clínico dental¹³.

Planteamiento del problema y pregunta de investigación.

La caries dental es considerada como la enfermedad bucodental más común, según cifras de la OMS del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental¹, alarmante si consideramos que la caries dental causa halitosis, contagio de caries a las piezas vecinas ,destrucción coronal, lesión de la pulpa dentaria, pérdida de la corona, reabsorción radicular, fístulas, reabsorción ósea, pérdida de las piezas dentales, trayendo como consecuencias serias complicaciones como la mala oclusión dental⁶.

Lo cual nos indica que es de suma importancia una correcta y eficaz aplicación de programas de promoción de la salud, en donde se tomen en cuenta los factores psicológicos de la madre, ya que según la teoría de la autoeficacia estos son determinantes en cuanto la forma en que la madre va a tratar al niño, recordando que a mayor autoeficacia, mayor capacidad para enfrentar problemas, en este caso sería, un mayor cuidado al niño, lo cual mejoraría su calidad de vida.

Uno de los fines de estos estudios es lograr la modificación de conductas a través de terapias enfocadas a lograr aumentar el sentido de autoeficacia, ya que si alguno de la madre presenta conductas negativas esto se podría reflejar directamente con la salud del niño.

Las escalas de autoeficacia no sólo están destinadas a identificar a las poblaciones que se encuentran en riesgo sino también a encontrar asociaciones entre salud bucal, factores psicológicos importantes como la autoeficacia de los padres para llevar a cabo prácticas de higiene bucal.

Es por esto que es de suma importancia comprender y tratar de crear maneras para modificar conductas en madres con escaso sentido de la autoeficacia, a partir de lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la autoeficacia oral materna y el estado de salud bucal de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013?

Justificación

Tomando en cuenta que los factores psicológicos influyen en el cuidado de la madre y el niño, la información obtenida de esta tesina servirá para lograr difusión de la influencia de los factores psicológicos que determinan las prácticas de higiene de los individuos, ya sea de adultos, adultos mayores o como es el caso del presente estudio de las madres a los menores de edad. Tras el creciente problema de salud pública en que se ha convertido la caries dental es de suma importancia la búsqueda y creación de medidas que ayuden a disminuir este problema, la autoeficacia es una teoría que nos podría ofrecer un nuevo frente para subsanar el problema que se presenta. Tomando en cuenta que del 60% al 90% de los niños sufren de caries dependiendo de la región geográfica y que los padres son los únicos encargados del cuidado de los bebés la autoeficacia se convierte en un importante instrumento que cumpliría los siguientes beneficios:

- Seguir investigando la relación que existe entre factores de tipo psicológico con resultados específicos en salud, como el estado dental y de higiene bucal
- Aumentar la autoeficacia de la población para lograr una disminución significativa de caries en niños.
- Disminuir los problemas sistémicos propios que causa la caries.
- Disminuir el costo familiar y gubernamental de las iniciativas enfocadas en caries.

Por ultimo cabe destacar la importancia de realizar estudios de este tipo con la finalidad de encontrar una alternativa diferente a las que se están utilizando en el combate contra la caries dental, en donde se promuevan las acciones preventivas al incrementar el nivel de autoeficacia de los individuos, mediante el fortalecimiento también de sus conocimientos y manejo de técnicas de higiene.

Objetivo general

Identificar si existe asociación entre la autoeficacia oral materna y el estado de salud bucal de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Objetivos específicos

Identificar si existe diferencia en la autoeficacia oral materna con la edad de las madres de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Identificar si existe diferencia en la autoeficacia oral materna con la escolaridad de las madres de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Identificar si existe diferencia en la autoeficacia oral materna y el nivel socioeconómico familiar de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013, de acuerdo a la escolaridad de la madre.

Identificar si existe asociación entre la autoeficacia oral materna con el índice CPOD y con el índice IHOS de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Hipótesis:

H1: Existe asociación entre la autoeficacia oral materna y el estado de salud bucal de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

H01: No existe asociación entre la autoeficacia oral materna y el estado de salud bucal de los niños que asisten a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Materiales y método

Tipo de estudio: Transversal.

Población de estudio: 180 mamás de niños asistentes a la escuela “Maestros rurales de México” en el Distrito Federal durante 2013.

Tamaño y tipo de muestra: La muestra estuvo compuesta por 90 mamás y sus respectivos hijos elegidos por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mamás cuyos hijos se encuentren inscritos en la escuela “ruralismo Mexicano” en el Distrito Federal durante 2013.
- Mamás que funjan como cuidadoras principales de los niños.
- Mamás que acepten su participación y la de sus hijos como parte del estudio.

Criterios de exclusión.

- Mamás analfabetas.
- Mamás con alguna incapacidad física o mental que le impida responder la entrevista.
- Mamás cuyos hijos sean portadores de aparatología ortodóncica.
- Mamás que no deseen participar en el estudio.

Variables.

1.- **Nombre:** Se registrará el nombre completo empezando por apellido paterno, materno y nombre(s).

2.- **Edad de la madre:** Es la edad cronológica de la mamá entrevistada. La información se obtuvo de manera directa a través de la pregunta ¿Qué edad tiene?

3.- **Edad del niño:** Número de meses o años del niño(a) al momento de la entrevista. La información se obtendrá a partir de la pregunta ¿qué edad tiene su hijo(a)?

4.- **Estado civil:** Se determinará de acuerdo al vínculo personal que tenga el participante con otra persona de diferente sexo o del mismo. La información se obtendrá a partir de la pregunta ¿cuál es su estado civil?, se registrara su respuesta según lo siguiente:

1) Soltera 2) Casada 3) Union libre 4) Separada 5) Divorciada 6) Viuda

6.- **Escolaridad de la madre:** Se refiere al nivel de estudios máximo alcanzado por la madre. La información se obtendrá a partir de la pregunta ¿cuál es su grado máximo de estudios?, se registrara su respuesta según lo siguiente:

1) No estudió 2) primaria incompleta 3) Primaria completa
4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Carrera comercial
7) Carrera técnica 8) preparatoria incompleta 9) Preparatoria completa
10) Licenciatura incompleta 11) Licenciatura completa 12) Diplomado o maestría
13) Doctorado 14) No sabe / no contesto

7.- Ocupación de la madre: Es la actividad remunerada o no que desempeña la madre de familia. La información se obtendrá a partir de la pregunta ¿Cuál es su ocupación? Su respuesta se registró según los siguientes criterios:

- | | | |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|
| 1)Ama de casa | 2)Trabajadora doméstica | 3)Empleada |
| 4)secretaria | 5)Estilista | 6)Costurera |
| 7)Profesionista | 8)Otra:_____ | 9)No sabe/no responde |

8.- Responsable del infante: Es la persona que se hace cargo del menor la mayor parte del tiempo en el hogar. La información se obtendrá a través de la pregunta ¿Quién se hace cargo del cuidado de su hijo? Su respuesta se registró según los siguientes criterios:

- | | | |
|-----------------|-----------------|----------------------|
| 1) Ambos padres | 2) Mamá | 3)Papá |
| 4)Abuelos | 5)Otro familiar | 6)Empleada doméstica |
| 7)Guarderia | 8)Otro_____ | |

9.- Ingreso actual familiar: Cualquier tipo de ingreso monetario recibido durante un mes (pensión, renta, seguro, gasto, sueldo, etc.). La información se obtendrá a través de la pregunta ¿aproximadamente cuál es su ingreso económico mensual? El salario mínimo mensual corresponde a la cantidad de \$1869.9; y se calculará de acuerdo a la cantidad de salarios mínimos que se perciben en un mes.

Donde \$97.00 es lo equivalente a uno y medio salarios mínimos.

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1)De \$0 a \$97.00 | 2)De \$100.00a \$226.00 | 3)De \$230.00a \$388.00 |
| 4)De \$400.00 a \$1165.00 | 5)De \$1198.00 a\$2944.00 | 6)Más de \$2947.00 |

13. Nivel socioeconómico: Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo nivel de ocupación y el patrimonio. Se medirá a través de la utilización del índice AMAI, el cual se encuentra descrito en el anexo 2.

14. Autoeficacia oral materna: Se refiere a las creencias personales sobre las propias capacidades para el cuidado bucal de los hijos. Se medirá a través del índice SESMO, el cual se encuentra descrito en el anexo 3.

Método de recolección de la información

Después de conseguir el consentimiento de las autoridades y la directora de la escuela primaria Ruralismo Mexicano, se citó a los padres de familia para explicar en qué consistía el estudio e invitarlos a participar.

Posteriormente se aplicó un cuestionario a las madres que lo consintieran por un entrevistador previamente estandarizado, cabe señalar que este cuestionario estaba conformado por una fase sociodemográfica que incluía datos como edad, ocupación, ingreso y escolaridad de la madre y por último por la escala de autoeficacia oral materna.

La recolección de los datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

Días	Número de cuestionarios realizados
24 de septiembre	30
25 de septiembre	15
26 de septiembre	42
27 de septiembre	30
28 de septiembre	35
30 de septiembre	22
Total	174

Después de desechar los cuestionarios que no cumplían con los criterios de inclusión quedamos con 90 madres y sus hijos, procediendo a aplicar el CPOD, ceod y el IHOS, utilizando sondas tipo OMS y espejo dental del número 5, tardamos 3 días en revisar a 90 niños, con la supervisión de la coordinadora del plantel.

Método de registro de la información:

La información fue recolectada en formatos especialmente diseñados para este fin. Posteriormente, los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo en Excel, versión 2010 para finalmente fueron pasados al programa SPSS vs. 17.00 donde se analizaron.

Método de registro de la información:

La información fue recolectada en formatos especiales y posteriormente capturada en una hoja de Excel. Por último la información fue analizada en el paquete estadístico SPSS vs. 17.00.

Análisis estadístico:

Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas, posteriormente se analizaron a través de un análisis bivariado de X^2 (chi cuadrada) la existencia de asociación entre la autoeficacia materna con edad, escolaridad y otros grados sociodemográficos.

Por último se obtuvo una correlación de Pearson para verificar asociación entre la autoeficacia materna con el estado de salud bucal de los niños.

Consideraciones éticas

De acuerdo a la Ley General de Salud¹⁵ en el artículo Artículo 100(La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases) párrafo IV. La cual marca lo siguiente “Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud”, según lo anterior se solicitó un consentimiento informado. En donde me comprometí a manejar todos los datos recabados sólo con fines estadísticos y respetar la decisión de las personas de no participar en el estudio.

Recursos materiales y humanos.

Dos examinadores previamente calibrados.

30 sondas tipo OMS.

30 espejos del número 5.

180 formatos de entrevista.

Resultados

Se entrevistó un total de 90 mujeres con un promedio de edad de 34.89 ± 5.8 años, siendo la más joven de 23 años y la más grande de 51 años. En cuanto a la edad de los niños la edad promedio fue de 9.13 ± 1.5 años, con un intervalo de 6 a 13 años.

En cuanto al estado civil de la madre la mayoría de las entrevistadas (37.8%) respondieron convivir en unión libre, seguido del 28.9% que reportó estado civil casado. El porcentaje menor (1.0%) corresponde a las madres divorciadas y viudas. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de estado civil de las madres ($X^2 = 59.600$ $p = .000$). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de acuerdo al estado civil de la madre.

Estado Civil	n	%
Soltera	11	12.2
Casada	26	28.9
Unión libre	34	37.8
Separada	17	18.9
Divorciada	1	1.1
Viuda	1	1.1
Total	90	100.0
$X^2 = 59.600$ $p = .000$		

Fuente: directa

Los datos referentes al grado de estudios de las madres, el 34.4% tienen un nivel escolar de secundaria completa, seguido de un 21.1% de madres con primaria completa. El 2.2% de las madres reportó tener estudios de licenciatura. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al grado de estudios ($X^2=105.80$ $p=.000$). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de acuerdo al grado de estudio de las madres.

Grado de estudios	n	%
No estudio	4	4.4
Primaria incompleta	13	14.4
Primaria completa	19	21.1
Secundaria incompleta	5	5.6
Secundaria completa	31	34.4
Carrera comercial	1	1.1
Carrera técnica	4	4.4
Preparatoria incompleta	6	6.7
Preparatoria completa	3	3.3
Licenciatura incompleta	2	2.2
Licenciatura completa	2	2.2
Total	90	100
$X^2=105.80$ $p=.000$		

Fuente: directa

En cuanto a la ocupación, 53.3% de las madres contestó dedicarse al hogar, mientras 25.6% son empleadas. Por último, 4.4% de la población reportó ser profesionistas. Se observó diferencia estadística significativa por ocupación ($X^2=76.77$ $p=.000$). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de acuerdo a la ocupación de las madres.

Ocupación	n	%
Ama de casa	48	53.3
Trabajadora doméstica	12	13.3
Empleada	23	25.6
Profesionista	4	4.4
Otra	3	3.3
Total	90	100.0
$X^2=76.77$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Los datos relativos al ingreso mensual en salarios mínimos, denotan que el 42.2% de las madres entrevistadas, tienen un ingreso familiar de \$400 a \$1165, mientras que 25.6% reportaron tener un ingreso mensual familiar de \$1198 a \$2922. Se observó diferencia estadística significativa por ingreso familiar mensual ($X^2=59.73$ $p=.000$). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de acuerdo al ingreso mensual familiar.

Ingreso mensual en salarios mínimos	n	%
de 0 a 97.00	6	6.7
de 1.6 a 3.5	5	5.6
de 3.6 a 6	14	15.6
de 6.2 a 18.5	38	42.2
de 18.5 a 45.4	23	25.6
más de 45.5	4	4.4
Total	90	100.0
$X^2=59.730$ $p=.000$		

Fuente: directa.

En cuanto al número de cuartos por hogar la mayoría de las entrevistadas (46.7%) aseguraron tener 2 habitaciones por hogar, seguido del 20% que reportó tener 3 cuartos por hogar. En tercer lugar (17.8%) encontramos a las madres que reportaron un cuarto por hogar. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de habitaciones por hogar ($X^2=71.733$ $p=.000$). Tabla5.

Tabla 5. Distribución de acuerdo al número de habitaciones por hogar.

Número de habitaciones por hogar	n	%
1	16	17.8
2	42	46.7
3	18	20.0
4	8	8.9
5	3	3.3
6	3	3.3
Total	90	100.0
$X^2=71.733$ $p=.000$		

Fuente: directa.

En cuanto el número de baños completos con W.C. y regaderas por hogar, las madres reportaron que el 67.8% de los hogares cuenta con 1 baño para uso exclusivo de los integrantes de la familia, en segundo lugar encontramos al 18.9% de los hogares que no cuentan con baño completo o propio. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de baños exclusivos para la familia por hogar ($X^2=48.467$ $p=.000$). Tabla6.

Tabla 6. Distribución de acuerdo al número de baños completos con W.C. y regadera para uso exclusivo de la familia por hogar.

Baño propio por hogar	n	%
0	17	18.9
1	61	67.8
2	12	13.3
Total	90	100.0
$X^2=48.467$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Los resultados referentes al correcto funcionamiento de regadera en algunos de los baños, fueron, el 74.4% de los baños completos propios no tienen una regadera funcionando seguido del 25.6% que si cuentan con regadera funcionando. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo funcionamiento de regaderas en baño completo propio ($X^2=68.600$ $p=.000$). Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de acuerdo al número de baños completos con W.C. y regadera funcionando por hogar.

Regadera funcionando en baño	n	%
Si	23	25.6
No	67	74.4
Total	90	100.0
$X^2=68.600$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Lo reportado en cuanto el tipo de piso que existe en el hogar, el 82.2% de las madres reportó que era predominantemente de tierra o cemento seguido del 17.8% que respondió que el piso de su hogar era de otro tipo de material o acabado. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución en cuanto el tipo de piso del hogar ($X^2=37.378$ $p=.000$). Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de acuerdo al tipo de piso por hogar.

Tipo de piso por hogar	n	%
tierra o cemento	74	82.2
otro tipo de material o acabado	16	17.8
Total	90	100.0
$X^2=37.378$ $p=.000$		

Fuente: directa.

En cuanto el número de automóviles propios, excluyendo taxis, se reportó que el 83.3% de las madres encuestadas no cuentan con automóvil seguido del 12.2% tienen 1 automóvil propio, sólo el 4.4% de los entrevistados tienen 2 o más automóviles. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de automóviles propios por familia ($X^2=102.067$ $p=.000$). Tabla9

Tabla 9. Distribución de acuerdo al número de autos propios por familia.

Automóviles propios.	n	%
0	75	83.3
1	11	12.2
2	4	4.4
Total	90	100.0
$X^2=102.067$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Lo reportado en cuanto al número de televisiones a color por hogar, el 68.9% tiene solo un televisor, seguido del 14.4% que tiene 2 televisiones, el 8.9% no tienen televisión a color en su hogar. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de televisiones a color por hogar ($X^2=93.800$ $p=.000$). Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de acuerdo al número de televisiones a color por hogar.

Televisiones a color por hogar	N	%
0	8	8.9
1	62	68.9
2	13	14.4
3	7	7.8
Total	90	100.0
$X^2=93.800$ $p=.000$		

Fuente: directa.

En cuanto al número de computadoras personales por hogar se reportó que el 81% de los hogares no cuentan con computadoras, seguido del 14.4% que tienen una computadora. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución en cuanto el tipo de piso del hogar ($X^2=37.378$ $p=.000$). Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de computadoras personales por hogar.

Computadoras personales por hogar.	n	%
0	73	81.1
1	13	14.4
2	4	4.4
Total	90	100.0
$X^2=93.800$ $p=.000$		

Fuente: directa.

En cuanto el resultado de si los entrevistados cuentan con estufa de gas o eléctrica en su hogar el 95.3% si la tiene seguida del 5.6% que no tienen. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de estufa de gas o eléctrica en el hogar ($X^2=146.556$ $p=.000$). Tabla 12.

Tabla 12. Pertenencia de estufa de gas o eléctrica en el hogar.

Estufa por hogar	N	%
Si	85	95.3
No	5	5.6
$X^2=146.057$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Se entrevistó un total de 90 mujeres con un promedio de edad de 34.89 ± 5.8 años, con la ayuda del índice AMAI el cual nos reportó que el 60% de los encuestados pertenecen a la clase baja, seguido del 20% que pertenecen a la “clase más baja” encontrando en último lugar el 2.2% en clase media. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de clases sociales según la AMAI ($\chi^2=65.556$ $p<.001$). Tabla 13.

Tabla 13. Distribución de clases sociales según AMAI.

Total “AMAI”	n	%
Clase más baja	18	20.0
Clase baja	54	60.0
Clase media baja	16	17.8
Clase media	2	2.2
Total	90	100.0
$\chi^2=65.556$ $p<.001$		

Fuente: directa.

Los resultados referentes a si se lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en el niño, 72.2% reportaron llevarlo a cabo. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a llevar a cabo procedimientos de higiene en el niño($X^2=68.60$ $p=.000$). Tabla 14.

Tabla 14. Distribución de los procedimientos de higiene bucal.

Procedimiento de higiene bucal conjunto	n	%
Si	65	72.2
No	23	25.6
4	2	2.2
Total	90	100.0
$X^2=68.600$ $p=.000$		

Fuente: directa.

Los resultados referentes a la distribución de métodos utilizados en cuanto a higiene bucal en niños, el 91.1% solo utiliza cepillo y pasta seguido del 3.3% que utiliza cepillo, pasta e hilo dental. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la forma en que se lleva a cabo los procedimientos de higiene en el niño ($X^2=284.55$ $p=.00$). Tabla 15.

Tabla 15. Distribución de los métodos utilizados en los procedimientos de higiene bucal.

Procedimientos de higiene bucal utilizados	n	%
cepillo y pasta	82	91.1
Colutorios	2	2.2
hilo dental	1	1.1
cepillo, pasta y colutorio	2	2.2
cepillo, pasta e hilo dental	3	3.3
Total	90	100.0
$X^2=284.55$ $p=.00$		

Fuente: directa.

RESULTADOS DEL SESMO

En cuanto a los resultados de la escala SESMO por grupos de edad, se observó que para el grupo más joven de 23 a 33 años, la media de dicha escala fue de 53.69 ± 13.49 puntos, mientras que para el grupo más grande de 43 a 51, esta media corresponde a 53.20 ± 11.67 puntos. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al promedio de la escala SESMO por edad ($F=0.780$ $p=0.461$). Tabla16.

Los resultados de SESMO por estado civil mostraron que la media obtenida en las mujeres solteras fue de 54.54 ± 13.71 , mientras que en las mujeres casadas fue de 56.03 ± 11.75 , por último, la media de SESMO en las mujeres en unión libre fue de 55.50 ± 15.07 . No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al promedio de la escala SESMO por estado civil ($F=0.139$ $p=0.983$). Tabla16.

En lo referente a la escolaridad, el promedio de la escala SESMO en las personas sin estudios fue de 42.50 ± 10.75 , en las personas con preparatoria fue de 57.500 ± 13.15 y por último en licenciatura fue de 77.00 ± 4.24 . Se observó diferencia estadística significativa por escolaridad ($F=2.392$ $p=0.016$). Tabla16.

Tabla 16. Distribución de la media de SESMO por edad, estado civil y escolaridad.

Edad	Media	DS	Máximo	Mínimo
De 23 a 33 años	53.6905	13.49343	25.00	80.00
De 34 a 42 años	57.1842	13.92034	23.00	79.00
De 43 a 51 años	53.2000	11.67904	36.00	71.00
F=0.780 p=0.461				
Estado civil				
Soltera	54.5455	13.17849	36.00	74.00
Casada	56.0385	11.75238	40.00	80.00
Unión libre	55.5000	15.07406	25.00	79.00
Separada	53.4118	14.41813	23	72
F=0.139 p=0.983				
Escolaridad				
No estudió	42.500	10.75484	28.00	54.00
Primaria incompleta	56.2308	12.00801	32.00	71.00
Primaria completa	61.0000	13.16561	31.00	79.00
Secundaria incompleta	50.4000	18.74300	25.00	67.00
Secundaria completa	52.3226	12.09239	34.00	77.00
Carrera técnica	58.7500	12.68529	46.00	76.00
Preparatoria incompleta	57.5000	13.15675	38.00	72.00
Preparatoria completa	53.0000	4.35890	50.00	58.00
Licenciatura incompleta	77.0000	4.24264	74.00	80.00
F=2.392 p=0.016				

Fuente: directa.

En cuanto a la media de la escala SESMO por nivel socioeconómico, los resultados mostraron que en la “clase más baja” la media obtenida fue 53.33 ± 13.67 mientras que la “clase baja” fue 55.00 ± 14.10 , la “clase media baja” reportó una media de 57.62 ± 12.19 y por último la clase media tubo una media de 54.00 ± 5.65 No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al promedio del índice AMAI según su clase social ($F=0.139$ $p=0.983$). Tabla17.

Tabla 17. Distribución de la media del índice AMAI según su clase social.

AMAI total	Media	DS	Máximo	Mínimo
Clase más baja	53.3333	13.67694	77.00	36.00
Clase baja	55.0000	14.10339	79.00	23.00
Clase media baja	57.6250	12.19768	80.00	38.00
Clase media	54.0000	5.65685	50.00	58.00
F=.289 p=.833				

Fuente: directa.

En cuanto al promedio de caries, los resultados muestran que en cuanto a dentición temporal, los niños muestran en promedio 2.46 dientes con experiencia de caries dental, mientras que en la dentición permanente, el promedio corresponde a 3.6. Tabla 18.

Tabla 18. Media de ceod, CPOD y CPOD mixto.

Índice	Media	DS	Mínimo	Máximo
ceod	2.4615	2.60473	.00	10.00
CPOD	3.6264	2.98011	.00	10.00
CPOD mixto	1.1648	2.21241	.00	10.00

Fuente: directa

En cuanto a la prevalencia de caries, esta corresponde a 38.5% en niños con dentición mixta, mientras que para los niños con dentición permanente es de 36.3%. Se observó diferencia estadística significativa en prevalencia de caries para niños con dentición temporal, permanente y mixta ($X^2=4.846$, $p=.028$) ($X^2=6.868$, $p=.009$) y ($X^2=30.868$ $p<.001$) respectivamente. Tabla 19.

Tabla 19. Prevalencia de caries en dentición temporal, permanente y mixta.

Prevalencia de caries	n	%
ceod		
Sí	56	38.5
No	35	61.5
$X^2=4.846$ $p=.028$	91	100
CPOD		
Sí	33	36.3
No	58	63.7
$X^2=6.868$ $p=.009$	91	100
CPOD mixto		
Sí	72	79.1
No	19	20.9
	91	100
$X^2=30.868$ $p<.001$		

Fuente directa.

En cuanto al CPOD, y el nivel de autoeficacia se observó que la media de dientes cariados, perdidos u obturados, obtenida respecto a la autoeficacia baja fue de 1.20 ± 2.23 mientras que en la autoeficacia media lo obtenido fue 1.30 ± 2.39 , por último en cuanto a la autoeficacia alta la media registrada fue 1.03 ± 2.09 . No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al promedio del CPOD relacionado con el sentido de autoeficacia ($F=.108$ $p=.898$). Tabla 20.

En cuanto a los resultados en la media de ceod, se observó que para la autoeficacia baja, esta media fue de 2.43 ± 2.68 , mientras que para la el nivel medio de autoeficacia, esta media correspondió a 3.13 ± 2.93 , por último, para el nivel de autoeficacia alta, la media de ceod fue de 1.90. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al promedio de ceod por nivel de autoeficacia ($F=1.717$ $p=.186$). Tabla 20.

En lo referente al CPOD mixto, el promedio para el nivel de autoeficacia alta fue de 3.6 ± 2.976 , mientras que para el nivel de autoeficacia medio fue de 4.43 ± 3.147 y por último para el nivel alto la media fue de 2.933 ± 2.677 . No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la media de CPOD mixto por nivel de autoeficacia ($F=.723$ $p=.488$). Tabla 20.

En cuanto al IHOS, la media de este índice para la el nivel de autoeficacia baja fue de 4.46 ± 3.043 , seguido del nivel de autoeficacia medio en donde la media de IHOS fue de 4.5 ± 2.5 , por último, la media para el grupo con autoeficacia alta fue de 3.9 ± 2.155 . No se observó diferencia estadística significativa ($F=.723$ $p=.488$). Tabla 20.

Tabla 20. Distribución de la media de CPOD, ceod, CPODMIXTO e HIOS.

CPOD	Media	DS	Máximo	Mínimo
Autoeficacia baja	1.2000	2.23453	8.00	.00
Autoeficacia media	1.3000	2.39468	10.00	.00
Autoeficacia alta	1.0333	2.09241	9.00	.00
F=.108 p=.898				
ceod				
Autoeficacia baja	2.4333	2.68692	10.00	.00
Autoeficacia media	3.1333	2.93297	9.00	.00
Autoeficacia alta	1.9000	2.05695	6.00	.00
F=1.717 p=.186				
CPODMIXTO				
Autoeficacia baja	3.6333	2.97673	10.00	.00
Autoeficacia media	4.4333	3.14789	10.00	.00
Autoeficacia alta	2.9333	2.67728	9.00	.00
F=.723 p=.488				
IHOS				
Autoeficacia alta	4.6667	3.04374	11.00	.00
Autoeficacia media	4.5000	2.51547	12.00	.00
Autoeficacia alta	3.9000	2.15519	9.00	1.00
F=.723 p=.488				

Fuente: directa.

Discusión

El presente proyecto tuvo como propósito identificar si existe asociación entre el nivel de autoeficacia materna y la condición de salud bucal de un grupo de niños escolares, sin embargo, los resultados no pueden ser inferidos a otras poblaciones debido a que el tamaño de muestra es limitado.

Cabe señalar que la población en la que se llevó a cabo el estudio es la escuela “Ruralismo Mexicano” y se encuentra ubicada en el kilómetro 150 de la carretera de cuota México-Puebla. En esta escuela, la mayoría de los estudiantes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, y el principal ingreso proviene del reciclaje de basura “pepenadores”, por lo tanto el nivel escolar es muy básico.

De hecho cabe señalar que de inicio se entrevistaron 174 madres, sin embargo, sólo 90 cumplieron el criterio de inclusión de ser ellas las cuidadoras de sus hijos, las 84 restantes no llevan a cabo el cuidado de sus hijos porque son las principales proveedoras económicas de la familia. Además 56 de ellas (66.0%), refirieron ser madres solteras, y esto dificulta aún más el cuidado y educación de los niños, actividad que es asumida por los abuelos.

En cuanto a la prevalencia de caries, se observó que esta fue muy alta para las dos denticiones, pues para la dentición temporal y permanente, no bajó de 30%, sin embargo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Caries en el año 2006, esta prevalencia es a nivel nacional incluso de 88.6%. Igual con lo correspondiente al promedio de dientes que han pasado por experiencia de caries, pues el promedio más alto, correspondió a la dentición permanente con 3.6 dientes en promedio cariados, perdidos u obturados. A nivel

nacional, este promedio corresponde a 5.31 según lo reportado en la misma encuesta.

En cuanto a la escolaridad, según cifras de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) en México, sólo el 23% de la población de entre 25 y 34 años se encuentran estudiando una licenciatura, mientras que el 64% de la población en el mismo rango de edad tuvo instrucción menor a la educación media superior. Esto coincide con los datos reportados en esta población en donde únicamente 4.4% de las madres reportan tener escolaridad completa o incompleta de nivel licenciatura, mientras que las que tienen hasta la primaria completa corresponde a 35.5% de la población.

En cuanto a las personas que no estudian ni trabajan de 25-29 años, el 48% son mujeres y el 10% son hombres, según la OCDE las mujeres en México solo estudian 5.7 años en promedio, muy por debajo de la media exigida por la Organización, de mínimo 7 años(14), lo cual es relevante porque en nuestro estudio, 14.4% de las mujeres tienen primaria incompleta, es decir menos de 6 años de educación.

En cuanto a la autoeficacia, se observó diferencia de acuerdo a la escolaridad y esto es concordante con el estudio de Lee¹² titulado “The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy With Oral Health Status and Dental Neglect” donde concluyeron que a mayor grado académico, mayor autoeficacia.

Sin embargo, aunque constatamos esta relación entre la autoeficacia y el grado escolar, no pudimos verificar una asociación con resultados específicos en salud, contradiciendo el mismo estudio de Lee en donde se reporta una menor prevalencia de caries en los hijos de madres con una mayor preparación académica. Incluso, en este artículo, se plantea la necesidad de aumentar los niveles de educación en la población buscando con esto aumentar la percepción de autoeficacia, logrando una disminución al gasto personal y gubernamental empleado en contra de la caries dental y otros padecimientos.

Probablemente nosotros no pudimos encontrar dicha asociación por el tamaño de la muestra manejado, el cual es posible que deba incrementarse para detectar las diferencias, también puede ser debido a la baja condición económica en donde se encuentran la mayoría de las personas en esta población, porque no pudimos manejar un gradiente económico más amplio y porque también puede ser que las variables económicas, estén determinando la relación entre la autoeficacia materna y los resultados en salud.

Por último, proponemos seguir trabajando en este tipo de proyectos, los cuales nos permitirán seguir avanzando en el área psicosocial, tratando de identificar el papel de estas variables en el estado de salud.

Conclusiones

- No se observó diferencia en el nivel de autoeficacia oral materna de acuerdo a la edad de las madres de los niños.
- Si se observó diferencia estadística en cuanto al nivel de autoeficacia oral materna y la escolaridad de las madres, lo cual puede evidenciar que una mayor experiencia escolar, existe un mayor acceso a información de salud y conocimiento y por lo tanto una mejor percepción de la capacidad para llevar a cabo prácticas de autocuidado.
- Contrario a lo esperado, no se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la autoeficacia por nivel socioeconómico.
- No existe asociación en la condición bucal de los niños por nivel de autoeficacia materna, sin embargo, esto puede deberse al limitado tamaño de muestra u al nivel socioeconómico bajo de la mayoría de la población.

Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Etiología y Prevención de la Caries Dental. Ginebra: OMS 1972. Serie de Informes Técnicos: 494.
2. Saravia JC. Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares urbanos de Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2012; 16(3): 1-8.
3. Kakudate N, Morita M, Makoto S, Nagayama M, Kawanami M, Sakano Y, et al. Development of the Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care. Pediatric Dentistry. 2009 julio; 32(4): 310-315.
4. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review. 1977; 84(2): 191-215.
5. Salanova S M. Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Primera ed. Zafón A E, editor. Barcelona: Universitat Jaume; 2004.
6. OMS 2013. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 1999 [cited 2013 Septiembre 26]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
7. Tobal M, Vindel C. Estrés y Trabajo. primera ed. Arcos Tirado JL, editor. Sevilla: Universidad Complutense de Madrid; 2005.
8. Álvarez M E, Barra A E. Autoeficacia, Estrés Percibido y Adherencia Terapéutica en pacientes Hemodializados. Ciencia y Enfermería. 2010; 3: 63-72
9. Bandura A. Aula Interactiva. [Online].; 2001 [cited 2013 Septiembre 25]. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de>.

10. Derechos humanos, Capitulo I, garantías, artículo 4, párrafo 4. Diario Oficial de la Federación, Publicada DOF (08-10-13).

11. Lee Dennis C. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 Noviembre; 6(32): 34-44.

12. Lee JY, Divaris K, Baker D, Rozier G, Vann W. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy. American Journal of Public Health. 2012 mayo; 102(5): 923-929.

13. Cinar AB, Tseveenjav B, Murtomaa H. Oral health-related self-efficacy beliefs and toothbrushing: Finnish and Turkish pre-adolescents' and their mothers' responses. Oral health & preventive dentistry. 2009 Octubre; 7(2): 616-621.

14. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Panorama de la educación. Nota país. 2013: 1-10

15. Ley General de Salud, Investigación para la salud, Artículo 100. Diario Oficial de la Federación, (24-04-2013).

7.- ¿Quien se hace cargo del cuidado de su hijo la mayor parte del tiempo?
/___/

- | | | |
|-----------------|------------------|-----------------------|
| 1) Ambos padres | 2) Mamá | 3) Papá |
| 4) Abuelos | 5) Otro familiar | 6) Empleada doméstica |
| 7) Guardería | 8) Otro _____ | |

8.- ¿Cual es su ocupación? /___/

- | | | |
|------------------|--------------------------|------------------------|
| 1) Ama de casa | 2) Trabajadora doméstica | 3) Empleada |
| 4) secretaria | 5) Estilista | 6) Costurera |
| 7) Profesionista | 8) Otra: _____ | 9) No sabe/no responde |

9.- ¿Aproximadamente cuál es su ingreso económico mensual en numero de sueldos minimos? /___/

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1) De \$0 a \$97.00 | 2) De \$100.00 a \$226.00 | 3) De \$230.00 a \$388.00 |
| 4) De \$400.00 a \$1165.00 | 5) De \$1198.00 a \$2944.00 | 6) Más de \$2947.00 |

10.- ¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en su hijo? /___/

- | | |
|-------|-------|
| 1) si | 2) no |
|-------|-------|

6.- ¿Cuál o cuales usa? /___/

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------|
| 1) Cepillo y pasta | 2) Colutorios | 3) Hilo dental |
| 4) Cepillo, pasta, y colutorio | 5) Cepillo, pasta e hilo dental | |
| 6) Cepillo, pasta, colutorios e hilo dental. | | |

Anexo 2.CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 10X6

El nivel socioeconómico es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar.

En México el nivel Socio económico se mide a través de la regla AMAI 10X6. Esta regla es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando nueve características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto.

En 1994 se formó la asociación AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública). Este organismo fue creado con la finalidad de tener una organización capaz de crear índices de clasificación, investigación sobre opinión pública y mercados. Lo cual cumplió desde el momento que fue creado, mejorando sus índices año con año hasta la actualidad.

El índice de nivel socioeconómico utilizado hasta ahora, conocido como Regla 13x6, está basado en las siguientes variables y se asignan 6 niveles socioeconómicos distintos:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

5. Autos (ya sean de su propiedad o no).
6. Calentador de agua / Boiler.
7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
8. Televisión.
9. Computadora (PC).
10. Estufa.

En el cuestionario se colocaron las siguientes preguntas para mostrar el nivel socioeconómico de las madres encuestadas. A continuación colocaremos el índice AMAI de acuerdo a las preguntas que se utilizaron en la investigación, también se colocara el valor que se da a cada respuesta.

16. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. /_/_/

Respuesta Valor

1	(0)
2	(0)
3	(0)
4	(0)
5	(0)
6	(0)
7 o más	(14)

17. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? /_/_/

Respuesta Valor

0	(0)
1	(13)
2	(13)
3	(31)
4 o más	(48)

23. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar? /_/

Respuesta Valor

0 (0)
1 (17)
2 o más (29)

24. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? /_/

Respuesta Valor

1) Si tiene (20)
2) No tiene (0)

25. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? /_/

Respuesta Valor

No estudio (0)
Primaria incompleta (0)
Primaria completa (22)
Secundaria incompleta (22)
Secundaria completa (22)
Carrera comercial (38)
Carrera técnica (38)
Preparatoria incompleta (38)
Preparatoria completa (38)
Licenciatura incompleta (52)
Licenciatura completa (52)
Diplomado o Maestría (72)
Doctorado (72)
No Sabe /no contesto

Según el índice AMAI en México existen 6 clases económicas, las cuales se pueden evidenciar al contestar las preguntas anteriores y sumando el total de puntos o valores de cada pregunta, según la suma una persona puede entrar en:

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL

Nivel Puntos

E Hasta 60
D Entre 61 y 101
D+ Entre 102 y 156
C Entre 157 y 191
C+ Entre 192 y 241
A/B Entre 242 y más

E: Clase más Baja: Es el segmento más bajo de la población. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria incompleta. Es común que estas personas renten el lugar donde viven. En un solo hogar suele vivir más de una familia y son totalmente austeros.

D: Clase Baja: Este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria completa en la mayoría de los casos. Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados, los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

D+: Clase Media Baja: El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

C: Clase Media: los jefes de familia de esta clase son en su mayoría personas que terminaron la educación media superior. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

C+: Clase Media Alta: Sus ingresos son ligeramente superiores a las clases medias. Por lo regular el jefe de familia de estos hogares tiene un nivel educativo de licenciatura. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.

A/B: Este es el estrato con el más alto nivel de vida e ingresos del país y representan el 7.2% de la población.

Anexo 3. Escala de Autoeficacia para el Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care)

Escala de autoeficacia

La escala SESMO busca medir la percepción que tienen las madres sobre la autoeficacia con respecto al cuidado oral de sus hijos, con la ayuda de un cuestionario elaborado con 16 reactivos, divididas en tres partes, autoeficacia del cepillado, en hábitos alimenticios y en la visita a consulta dental. El cuestionario se responde según escala de Likert la cual trata de que los encuestados respondan de acuerdo a su percepción.

La escala SESMO mide el nivel de autoeficacia de las madres con respecto a sus hijos, mediante un cuestionario de 36 preguntas divididas en tres aspectos de autoeficacia:

20.- Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

21.- ¿Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si eso significa sacrificar mi tiempo libre? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

22.- ¿Continuo llevando a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

23.- Llevo a mi hijo al dentista a chequeos regulares incluso si está ocupado con sus actividades extraescolares. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

24.- Cepillo los dientes de mi hijo de acuerdo con las instrucciones /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

25.- Cepillo los dientes de mi hijo incluso si no quiere que lo haga /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

26.- ¿Cepillo los dientes de mi hijo todos los días? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

27.- Cepillo los dientes de mi hijo incluso si tiene sueño /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

28.- Cepillo los dientes de mi hijo de manera integral / Cepillo los dientes de mi hijo completamente /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

29.- Reviso la boca de mi hijo todos los días /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

30.- Trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

31.- Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora. /_/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

32.- Estimulo a mi hijo a comer alimentos variados /_/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

33. ¿No suelo comprar golosinas en el supermercado, incluso si mi hijo/a me lo pide? . /_/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

34.- Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar /_/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

35.- No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida /_/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

Anexo 4. Índice CPO-D y ceo-d

El CPOD y fue creado en 1935 por Klein, Palmer y Knutson. Actualmente se ha convertido en un índice importante usado en estudios odontológicos, utilizado para cuantificar prevalencia de caries dental. Debido a que se toma en cuenta los dientes cariados y obturados podemos determinar el estado actual y la historia en cuanto a caries que ha padecido el paciente.

El índice se obtiene realizando la suma de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluyendo extracciones indicadas, considerando 28 dientes dividido entre el total de individuos examinados, consiguiendo un promedio.

En primera dentición se utiliza el índice ceo-d, que es una adaptación del CPO-D propuesta por Grubbel y representa la media del total de dientes temporales cariados con extracciones indicadas y obturaciones.

ESTADO DE LA DENTICIÓN

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Ceo-d _____ CPO-D _____

Temporal	Permanente	
A	0	Satisfactorio
B	1	Canado
C	2	Obturado con canes
D	3	Obturado sin canes
E	4	Perdido por canes
-	5	Perdido por otras causas
F	6	Fisura obturada
G	7	Soporte de puente o corona
-	8	Diente no erupcionado
-	9	No registrado
T	10	Traumatismo

Anexo 5. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Este índice fue creado en 1960 por Green y Vermellon, es de los más utilizados debido a su practicidad y rapidez con la que se puede realizar, es aplicado en gran medida en estudios epidemiológicos.

HIO-S consta de dos elementos uno mide la superficie del diente cubierta con placa dentobacteriana y el otro mide la superficie del diente que está cubierta de cálculo. Los dos apartados dan valores que van del 0 a 3, donde "0" es aquel diente libre de presencia de restos y manchas, "1" son desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta, "2" son desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta y 3 es aquel diente en donde hay presencia de restos blandos que cubren más de dos terceras partes de la superficie dental expuesta.

Para realizar este índice se toman en cuenta seis superficies dentales, en la parte superior se evalúan las caras vestibulares de los órganos dentales 16, 26 y 11 de la parte inferior se toman en cuenta las caras linguales de los dientes 36 y 46, también la parte vestibular del 31.

En cuanto a los criterios para establecer el grado de cálculo se toman en cuenta los órganos dentales ya mencionados e igual que en el índice de placa a los dientes se les dan valores que van del 0 al 3, en donde “0” ausencia de cálculo, “1” es cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental, “2” Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente y “3” en donde el sarro supragingival cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.

Índice de higiene oral simplificado.			CODIGO	CRITERIO
P			0	No hay presencia de restos y manchas
C			1	Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada.
P	16V	11v	26 V	
C	46L	31V	36 L	
IHOS			3	Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
			9	No registrado