



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACION CLAVE 8968-22 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIRUJANO DENTISTA

**“CARIES DENTAL EN NIÑOS MEDIANTE INDICE DE CPO-D Y RASGOS DE
PERSONALIDAD DEL PADRE O TUTOR EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CLINICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIVERSIDAD DE
IXTLAHUACA CUI”**

TESIS

QUE PARA OPTAR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

CARINA MARTINEZ ROSAS
LEON JAVIER MIGUEL NUÑEZ

ASESOR: .E.O.P JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ

IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO, 2020





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.

INDICE

1. Antecedentes	4
1.1 Personalidad	4
1.2 Definición de rasgos de personalidad	4
1.3 Historia del estudio de la personalidad	5
1.4 Variables que intervienen en la personalidad	7
1.5 Teorías de la personalidad	9
1.5.1 Teoría de Jung	11
1.5.2 Teoría de Adler	11
1.5.3 Teoría de Erikson	11
1.5.4 Teoría de Fromm	12
1.5.5 Teoría de Karen Horney	12
1.5.6 Teoría de Maslow	12
1.5.7 Teoría de Rogers	13
1.5.8 Teoría de Allport	13
1.5.9 Teoría de Cattell	13
1.6 Influencia de los estados de ánimo	14
1.6.1.1 Trastornos mentales	15
1.6.2 Manifestaciones bucales asociadas a estrés, alteraciones del estado de ánimo y a enfermedades psiquiátricas	19
1.7 Cuestionario de análisis clínico CAQ	20
1.7.1 D1, Hipocondrías	21
1.7.2 D2, Depresión suicida	21
1.7.3 D3, Agitación	22
1.7.4 D4, Depresión ansiosa	22
1.7.6 D6, Culpabilidad-resentimiento	23
1.7.7 D7, Apatía-retirada	24
1.7.8 Pa, Paranoia	24
1.7.9 Pp, Desviación psicopática	25
1.7.10 Sc, Esquizofrenia	25
1.7.11 As, Psicastenia	25

1.7.12 Ps, Desajuste psicológico	26
1.8 Caries dental	27
1.9 Elementos participantes en el proceso carioso	28
1.9.1 Sustrato oral	29
1.9.1.1. Características físicas de los alimentos	30
1.9.1.2 La composición química de los alimentos	30
1.9.2 Microorganismos.	30
1.9.3 Susceptibilidad del huésped (hospedero)	33
1.9.3.1 Características de los dientes	33
1.9.4 Otros factores	34
1.9.5. El tiempo	35
1.10 Factores de riesgo para tener caries	35
1.11 Mecanismos de acción de la caries	35
1.12 Naturaleza del proceso carioso	36
1.13 Clasificación de la caries dental	38
1.13.1 Caries de primer grado	38
1.13.2 Caries de segundo grado	39
1.13.3 Caries de tercer grado	39
1.13.5 Clasificación por número de caras afectadas en los órganos dentarios	41
1.13.6 Clasificación por el tejido afectado según Higashida	41
1.13.7 Clasificación por el grado de evolución	41
1.14 Caries de esmalte	42
1.15 Caries de dentina	43
1.16 Caries de pulpa	44
1.17 Necrosis pulpar	45
1.18 CPO	45
1.18.1. Diente permanente cariado	46
1.18.2. Diente permanente obturado	47
1.18.3. Diente permanente extraído	47
1.18.4. Diente con extracción indicada	47
1.19.1 Criterios de clasificación	48
1.19.2 Procedimientos en el examen CPOD	48

1.19.3 Procedimientos para el examinador	49
2. Planteamiento del problema	50
3. Justificación	52
4. Hipótesis	53
5. Objetivos	54
6. Materiales y métodos	55
6.1 Criterios	55
6.2 Definición de variables de estudio	57
6.3 Procedimiento	64
6.4 Consideraciones bioéticas	65
7. Resultados	67
8. Discusión	77
9. Conclusiones	80
10. Referencias bibliográficas	81
11. Anexos	85

1. Antecedentes

1.1 Personalidad

Los psicólogos de la personalidad han discutido durante mucho tiempo el sentido preciso del concepto y aunque se han ofrecido muchas definiciones, ninguna ha recibido una aceptación universal. Por lo antes mencionado se retoman el siguiente concepto.

Guilford, citado por Cueli, menciona que la personalidad es la identidad de cada persona, con la que nace, vive y con la que al mismo tiempo se va formando, según el ambiente social y cultural en la que se desenvuelve cada individuo (1).

El termino personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de un individuo o a lo que es único y típico en una persona, la personalidad en sí misma es una fuente principal de conducta (2).

1.2 Definición de rasgos de personalidad

El estudio de la personalidad es un tema muy extenso debido a las grandes aportaciones de diversos autores, por tanto, existen diversas definiciones de lo que son los rasgos de personalidad.

A continuación, se mencionan algunas de ellas con la finalidad de dar a entender su significado.

Para Cloninger son las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona (3).

Con esta definición se puede entender que los rasgos de personalidad son aquellos que hacen que los seres humanos actúen, piensen y sientan, de tal forma que nadie sea igual.

Para Halgin, Krauss es aquel patrón permanente de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de los demás (4).

Es por ello que los rasgos de personalidad son una tendencia de predisposición a responder ante ciertos estímulos y situaciones que se les presentan a las personas.

Por lo tanto, es importante comprender que dependiendo de los rasgos de personalidad que presentan los padres o tutores, se podrá ver influenciada la salud bucal de los niños, dado que sus hijos pueden presentar una cavidad oral con caries o presentar un estado de salud bucal deficiente y de la misma manera estas características pueden influir de tal modo que los padres se hagan responsables para llevar a cabo tratamientos restaurativos, así como preventivos, según sea el caso.

1.3 Historia del estudio de la personalidad

Como se ha venido mencionando existen diferentes definiciones acerca de los rasgos de personalidad, este apartado se enfoca en dar a conocer un resumen acerca de la historia del estudio de personalidad, retomando los principales y más importantes representantes.

Antes de Cristo

- **Cicerón:** Este personaje decía que la personalidad era el papel y la identidad que los individuos desempeñan.
- **Egipcios:** Por su parte ellos pensaban que el alma tenía una personalidad.
- **Hebreos:** Los hebreos decían que la personalidad era un conjunto de poderes internos.

Así mismo, **Hipócrates** aseguraba que existían 4 tipos de personas:

- a) **Sujetos coléricos: bilis amarilla.**
Personas enojadas, con ira, rabia y coraje.
- b) **Sujetos melancólicos: bilis negra.**
Sujetos con tristeza soledad y llanto.
- c) **Sujetos sanguíneos: sangre.**
Sujetos optimistas, líderes y ambiciosos.
- d) **Sujetos flemicos: “flema verde”.**
Personas tranquilas tímidas e introvertidas (4)

Última década del siglo XIX

Freud

Postuló su obra del psicoanálisis desarrollando una teoría de la personalidad a través de la observación, considerada como una herramienta principal a la interpretación.

Wundt

Comenzó a hablar de la personalidad al observar que los procesos mentales podían ser afectados por estímulos externos.

Watson

Al hablar sobre el conductismo decía que la personalidad son respuestas aprendidas (4).

Época actual

En la actualidad los psicólogos estudian la personalidad en diversas maneras, algunos se interesan en la conducta manifiesta, otros en los sentimientos y otros

tratan de entender las fuerzas inconscientes. Para ello los psicólogos, sin importar el área de trabajo, actualmente evalúan la personalidad utilizando como herramienta principal las pruebas psicométricas y proyectivas, las cuales tienen como finalidad conocer y/o entender los síntomas, conductas y problemáticas que presentan los seres humanos, según su entorno (4).

1.4 Variables que intervienen en la personalidad

Para que una persona tenga ciertos rasgos de personalidad es importante tomar en cuenta diversas causas como son la herencia, las emociones, el ambiente en el que crece y se desarrolla, así como también las causas fisiológicas, pues estas tienen gran importancia en la vida del ser humano.

A continuación, se detallan estas causas mencionadas por DiCaprio y Carroll (5).

Causas genéticas

Como su nombre lo dice, la base biológica de la conducta está influenciada por la herencia siendo la principal determinante del comportamiento. Sheldon relaciona la estructura constitucional (nuestro cuerpo) con los rasgos temperamentales, dividiendo a las personas en 3 tipos:

Los **endomorfos**, que son los individuos de baja estatura y obesos, suelen ser comodines y agradables; mientras los **mesomorfos** son los musculosos y anchos, generalmente son asertivos y enérgicos; y los **ectomorfos** siendo físicamente altos y delgados, estos individuos son psicológicamente reservados y tímidos. Por tanto, de acuerdo a esta clasificación, la biología es principal determinante de la personalidad y la conducta del individuo (6).

La herencia evolutiva, hereda rasgos y criterios determinados en la personalidad, que se transmite de generación en generación, como puede ser la inteligencia, el carácter o temperamento. Es por ello que se dice que los hijos actúan muchas veces como los padres, pues estos tienen algunas de las características de personalidad similares.

Causas orgánicas

Las causas orgánicas especifican que la conducta es influida en gran parte por factores fisiológicos, bioquímicos, y otros determinantes orgánicos, como lo es el humor; la capacidad de realizar trabajo sostenido, la capacidad emocional, incluso la inteligencia; prácticamente todo lo que pasa en la personalidad es provocado de manera importante por causas orgánicas. Por ejemplo, si una persona está experimentando una emoción intensa, se reflejarán en su cuerpo cambios notables como alteraciones en la química en la piel, sequedad en la boca, calambres abdominales y taquicardia. Esta situación influye directamente en la personalidad, por tal motivo resulta difícil comprender las causas de la conducta sin tomar en cuenta las causas orgánicas (6).

Causas ambientales-situacionales

Comprenden todo aquello que hace parecida a la gente entre sí, como las experiencias y el medio ambiente físico y cultural que influye en el aprendizaje, como puede ser la cultura, los rituales, creencias, conductas aprendidas y patrones institucionalizados.

El medio ambiente físico-cultural juega un papel importante en la determinación de la forma y funcionamiento de la conducta; ya que cada faceta de la vida influye de manera constante en el aprendizaje. El ser humano nace dentro de una sociedad y

ésta le impone presiones; sin embargo, la cultura no solo impone los problemas que el individuo tiene que resolver, sino también establece las soluciones aceptables que la persona tiene disponibles (6).

Identificar esta reacción, situación-respuesta, proporciona información útil sobre el comportamiento de las personas. En otras palabras, es necesario identificar las situaciones y los estímulos que producen los cambios en la conducta y en la experiencia del sujeto, pues un cúmulo de estos pueden ayudar a comprender los pensamientos, sentimientos y deseos de las personas. Las respuestas a esas eventualidades pueden volverse habituales, de manera que la persona se comporta constantemente de manera particular; por ejemplo: un individuo puede deprimirse en los días lluviosos o ponerse nervioso justo antes de asistir a una consulta dental (6).

1.5 Teorías de la personalidad

Una teoría de la personalidad es una caracterización que se basa en la observación, presagios intuitivos, considerados racionales y en los descubrimientos de la investigación experimental de Nathan y Ehrlichman, es decir; es un retrato conceptual de la naturaleza humana que intenta caracterizar la conducta de una persona. Incluye imágenes, representaciones o conceptos (2,7).

Las teorías de la personalidad sirven como modelo, el cual puede informar acerca de la naturaleza de los seres humanos. Gran parte de dichas teorías fueron formuladas por psicoterapeutas con el propósito de ayudarse a representar los componentes y principios funcionales de la variable señalada y de esta manera, tratar de comprender la conducta de los individuos.

Anteriormente la teoría era útil si ayudaba a través de sus preceptos a describir y explicar el desarrollo o funcionamiento de la personalidad. En este sentido, la teoría generalmente especifica la estructura personal ideal del ser humano. Para ello es

necesario conocer las causas de la conducta anormal y también formularse una idea de lo que constituye la conducta normal o ideal a fin de producir un cambio (2).

Levy afirma que, dada la naturaleza de una teoría, como un sistema entrelazado de postulados, principios y definiciones que explican y predicen la conducta general y la del individuo en lo particular; es improbable que una sola teoría global pudiera formularse para explicar todos los fenómenos inherentes a la composición y funcionamiento de la personalidad; lo que puede inferir que hay, con seguridad, reacciones entre muchos de estos fenómenos.

Así mismo, no hay razón para creer que todos están gobernados por un solo conjunto de principios y que puedan englobarse en una sola teoría de la personalidad, pues cada una de ellas se interesa en explicar una diversidad limitada de fenómenos dentro del ámbito de la personalidad, es decir, cada cual tiene límites según su objeto de estudio (2).

Por otro lado, una teoría de la personalidad puede entenderse también como un modelo, ya que es una representación particular y, por lo tanto, describe los componentes y operaciones de dicha variable individual.

Finalmente se tiene que los constructos postulados son aspectos fundamentales en la composición de una teoría, los primeros son conceptos hipotéticos mientras que los segundos son principios hipotéticos o tentativos. Por tal motivo es importante saber que concepto es una representación cognoscitiva de conductas específicas; en tanto que, un principio está formado por diversos conceptos que incluyen relaciones válidas.

En conclusión, se puede afirmar que el propósito de las teorías de personalidad, es proporcionar ayuda para determinar lo que sucede cuando esta funciona en forma normal o anormal.

Para poder lograr lo anterior existen diferentes teorías debido a que, la estructura de personalidad es compleja y puede conceptualizarse de diversas formas. Cada

teoría tiende a interesarse en un aspecto en específico omitiendo los demás. Por ello, en los siguientes apartados, se realiza una revisión de cada una de ellas (2).

A continuación, se mencionan diferentes teorías de la personalidad. Las cuales se tomarán en cuenta para poder realizar la aplicación del instrumento en los padres.

1.5.1 Teoría de Jung

Jung concibió a la personalidad como una red compleja de sistemas interactuantes que luchan hacia la armonía final (7,8).

1.5.2 Teoría de Adler

Para Adler existen dos complejos a los cuales le dio gran importancia en la estructura de la personalidad. A estos complejos los llamó:

- Complejo de inferioridad: Que es todo aquel complejo en el cual la persona tiene una opinión negativa de sí mismo impidiéndole solucionar las situaciones de su vida.
- Complejo de superioridad: La cual se caracteriza por la opinión exagerada de las propias habilidades y logros (7,9).

1.5.3 Teoría de Erikson

Por su parte, Erikson conceptualizó que la personalidad es responder ante una crisis y cómo poder resolver la crisis, para así asumir la identidad, elaboró una teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó “teoría psicosocial” (9).

1.5.4 Teoría de Fromm

Fromm toma en cuenta el desarrollo de la personalidad en la niñez, en el cual considera la relación simbólica (en la que los niños escapan de la sociedad y la inseguridad al convertirse en alguien más, ya sea “tragar o ser tragado” por otra persona) Masoquismo: tragado. El niño continúa dependiendo de los padres y renuncia al yo. Sadismo: tragar. Los padres ceden la autoridad al niño al someterse a su voluntad (9).

1.5.5 Teoría de Karen Horney

Horney consideraba que el hecho de que el niño experimentará un sentimiento de seguridad y ausencia de temor, es decisivo para determinar la normalidad de la personalidad. Por lo tanto, para el desarrollo de su teoría tomaba en cuenta las tendencias neuróticas, las cuales son “tres categorías de comportamiento y actitudes hacia uno mismo y los demás expresan las necesidades de una persona” (9).

1.5.6 Teoría de Maslow

Maslow ha desarrollado una teoría de personalidad que se refirió al hombre sano desde el punto de vista psiquiátrico, su teoría de la motivación humana supone que las necesidades se distribuyen según una jerarquía de prioridad o potencia (10). Formulando en su teoría de jerarquía las necesidades humanas, defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide) (11).

1.5.7 Teoría de Rogers

Para Rogers la formación de la personalidad se basa en el YO en el cual es influenciado por factores tanto internos como externos. Esta teoría de la personalidad se basa en el aprendizaje a través de la experiencia, es decir que el ser humano tiende a renovarse constantemente, es por eso que trata de alcanzar el mayor límite posible, siempre está tratando de tener un número mayor de logros positivos, y estos logros intervienen en la formación de la personalidad (9)(12).

1.5.8 Teoría de Allport

Para Allport los rasgos de personalidad son las características distintivas que orientan la conducta. Son formas congruentes y duraderas de reaccionar al ambiente y están sujetos a las influencias sociales, ambientales y culturales (9).

1.5.9 Teoría de Cattell

Cattell definió los rasgos de personalidad como tendencias permanentes de reacción, derivadas mediante el método de análisis factorial, que son las partes relativamente permanentes de la personalidad (9).

Después de explicar todos los conceptos y teorías de la personalidad se deben retomar conceptos relacionados principalmente con el estado de ánimo de las personas ya que de ellos tendremos un mejor conocimiento de los rasgos de personalidad.

1.6 Influencia de los estados de ánimo

Se considera que existe una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 25 al 30% en la población en general y que estas cifras se incrementan hasta un 40% en la consulta de servicios de salud. Aun cuando 4 de las 10 etiologías más importantes de enfermedad a nivel mundial son de origen psiquiátrico, sólo la tercera parte de estos problemas reciben tratamiento; muchos de estos casos pueden ser transitorios y en cambio otros pueden requerir ayuda médica (13,14).

Existe la necesidad de que los médicos de primer nivel brinden atención a los trastornos mentales más frecuentes y que todo profesional de la salud refiera a consulta psiquiátrica a pacientes con enfermedad psicótica, manía, depresión, ansiedad grave, manifestaciones de estrés postraumático, ideas suicidas u homicidas, entre otros trastornos, por ello es importante una realización detallada de la historia clínica ya que con esta pueden identificarse condiciones médicas y, o manejo farmacológico, aspectos familiares, sociales, culturales, laborales, de abuso de sustancias, entre otros, que pudieran influir en el ánimo o comportamiento del paciente, en su autoestima, estimuladoras de agresividad o depresión que afecten su nivel de responsabilidad en relación con el tratamiento, y cuidado de su boca.

El interrogatorio directo tiene muchas ventajas para el reconocimiento de problemas emocionales o psicológicos:

- Permite iniciar relaciones óptimas paciente-clínico, el tan conocido rapport, que facilita conducir el desarrollo de un plan de tratamiento dental a buen término y de manera exitosa, desde los que son sencillos a los largos y complejos.
- El diálogo que se establece durante la primera consulta al elaborar la historia clínica, propicia la identificación de alteraciones en el ánimo de los pacientes o manifestaciones de problemas y desórdenes psiquiátricos, que requieren de manejo médico. Muchos de los problemas que se generan entre profesionales de la salud y sus pacientes, como conflictos durante el tratamiento o al final del mismo, acusaciones de mala práctica, pueden ser el

resultado de trastornos psicológicos o psiquiátricos no identificados, que se podrían evitar si hubieran sido diagnosticados de manera oportuna.

1.6.1.1 Trastornos mentales

Son un grupo de desórdenes, antes conocidos como neurosis, que se han convertido en un verdadero problema de Influencia de los estados de ánimo y la conducta en la consulta odontológica; se caracterizan por problemas de la personalidad, acompañados de un incremento en la tensión interna, que les dificulta a los pacientes tener relaciones interpersonales adecuadas. La persona neurótica se da cuenta de este problema mantiene contacto con la realidad y lucha contra ello, aunque algunas veces de manera poco exitosa por el empleo de mecanismos inmaduros y poco adaptativos, como la proyección, la represión, la negación, intelectualización y desplazamiento (13).

Dentro del grupo de trastornos mentales destacan:

- Ansiedad (que incluye trastornos fóbicos, trastornos por estrés, trastorno obsesivo-compulsivo).
- Trastorno del estado de ánimo (depresión asociada a enfermedades sistémicas, y bipolaridad).
- Trastornos somatomorfos o somatizaciones.
- Trastornos de personalidad.
- Esquizofrenia.

Ansiedad

Es una sensación de inquietud, temor o aprensión que forma parte de la condición humana, puede ser parte de un cuadro psiquiátrico o la reacción ante alguna enfermedad (14). Ha sido estudiada desde diversos puntos de vista, tanto social

como psicológico y filosófico, y aun siendo considerada como parte de la vida cotidiana, en ocasiones puede ser patológica, como cuando se observa integrada a fobias o trastornos del pánico.

Trastornos del estado de ánimo

Se caracterizan por un deterioro de las regulaciones del estado de ánimo, del comportamiento y de la afectividad. Se clasifican en:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos bipolares.
- Depresión asociada a una enfermedad o al abuso del alcohol o de otras sustancias.

Depresión

Ésta tiene un impacto negativo en el funcionamiento físico y el bienestar de la persona y conduce a pérdida de horas de trabajo y decremento en las actividades cotidianas. Puede formar parte del cuadro clínico de una enfermedad sistémica, derivar del uso de fármacos o reflejar el estrés que acompaña al padecer una enfermedad. La depresión mayor es un trastorno que involucra el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. A menudo interfiere con el buen funcionamiento y puede provocar dolor no sólo al que la padece, sino también a quienes rodean a la persona deprimida (13,14).

Esquizofrenia

Se calcula que 0.85% de la población mundial padece este grupo de trastornos, aún malentendidos, que se caracteriza por alteraciones en el lenguaje, la percepción, el pensamiento, la relación social, el afecto y la voluntad.

Este síndrome aparece en los últimos años de la adolescencia, de manera insidiosa y su pronóstico es malo, sobre todo si no responde al manejo medicamentoso, ya que el paciente suele avanzar a sufrir retraimiento social, trastornos serios de la percepción, ideas delirantes y alucinaciones. Existen cuatro subtipos de esquizofrenia: catatonía, paranoia, desorganizada y residual.

El origen de esta enfermedad es de tipo genético y el riesgo de padecerla se incrementa cuando existen defectos de desarrollo, trastornos perinatales, incompatibilidad Rh, hipoxia fetal, deficiencias nutricionales, influenza prenatal, uso de marihuana en la adolescencia y ser hijo de padres mayores. Cuando uno de los padres sufre esquizofrenia el riesgo para que los hijos la padezcan es del 40%. Cerca del 10% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan (13,14).

Trastornos bipolares

Se calcula que afectan al 1.5% de la población, hombres y mujeres alrededor de los 20 a 30 años. Se caracteriza por oscilaciones impredecibles del estado de ánimo, que va desde manía hasta depresión. Durante el cuadro maniaco existe un incremento de la actividad psicomotriz.

El paciente suele ser extrovertido, impulsivo, con capacidad de juicio expansivo, menor necesidad de dormir, grandilocuencia y a veces irritabilidad; para después caer en estados depresivos.

Las mujeres suelen tener más eventos de depresión y los varones episodios maniacos mayores. La etiología de los cuadros bipolares se relaciona con múltiples genes y fuerte tendencia familiar. El uso del litio, el valproato de sodio, la

carbamazepina, oxcarbazepina y lamotrigina son los fármacos empleados para su control (13,14).

La identificación de estos pacientes puede darse en la consulta dental, al enfrentar personas con ideas de grandeza que más adelante sufren depresión y abandonan la consulta cuando en un inicio habían mostrado un inusitado interés por su boca.

Trastorno somatomorfo

Se calcula que 5% de la población presenta este trastorno que se caracteriza por sintomatología y múltiples molestias físicas atribuibles a distintos aparatos y sistemas. Los problemas de somatización se presentan alrededor de los 30 años y son persistentes, hacen que el paciente busque ayuda médica, que tenga problemas para socializar o en el trabajo. recompensa o bien para conseguir fármacos narcóticos o alguna incapacidad. El tratamiento para los trastornos somatomorfos incluye el uso de antidepresivos tricíclicos y manejo psicológico.

Todo clínico experimentado ha tenido en la consulta odontológica pacientes que cursan con cuadros como los arriba descritos, desde aquellos simuladores que buscan tener a la familia al tanto de sus problemas hasta individuos hipocondríacos que creen tener cáncer bucal y están al pendiente de cualquier manifestación del mismo. La identificación del trastorno y la remisión con el especialista para recibir atención son muy importantes. En todo momento el odontólogo debe conducirse con respeto ante el paciente y sus familiares y brindar educación a todos ellos sobre el tema (13).

Trastorno de la personalidad

Se manifiestan como modelos característicos de pensamientos, sentimientos y de las relaciones interpersonales que son inflexibles y generan trastornos funcionales y sufrimiento subjetivo en quienes las padecen. Muchas de estas personas son consideradas en la consulta como “pacientes difíciles”, por ser demasiado exigentes o no seguir los planes de tratamiento o terapéutica acordados. Los trastornos de la personalidad se clasifican en tres subgrupos que se superponen (13,14) :

- **Grupo A.** Comprende al paciente paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Son individuos peculiares, a veces excéntricos, emocionalmente distantes y aislados. Aquellos con trastornos esquizotípicos tienen una percepción anómala e ideas y concepciones irreales y mágicas del mundo. Los pacientes paranoides, en cambio, muestran desconfianza y sospecha constante de todo y de todos, sin base alguna.
- **Grupo B.** Comprende los tipos antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista. Se caracterizan por ser impulsivos, emocionales en exceso y erráticos.
- **Grupo C.** Corresponde a trastornos de la personalidad caracterizados por los tipos evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo, acompañados de ansiedad y temor.

1.6.2 Manifestaciones bucales asociadas a estrés, alteraciones del estado de ánimo y a enfermedades psiquiátricas

Ante estados depresivos, el apego del paciente a los cuidados de higiene oral puede verse disminuido o ser inexistente. Diversas investigaciones científicas han reportado que ante situaciones de aislamiento social puede incrementarse el riesgo de padecer enfermedad periodontal.

Las mujeres con depresión mayor o menor tienen menos masa ósea que aquellas libres de esta enfermedad. Contrario a lo anterior, tener amigos cercanos o participar en eventos sociales mejora el interés de las personas en el cuidado de su boca.

Los factores sociales parecen jugar un papel preponderante en el desarrollo de las enfermedades orales. Hasta hace algunos años la identificación de los factores de riesgo de caries, enfermedad periodontal o adicciones no incluía el contexto social en el que se desempeña el individuo, pero ahora se reconoce que el medio ambiente cultural, social y económico tiene más importancia de la que se creía.

Una vía clara de cómo el estrés participa en la patogenia de diversas enfermedades bucales es la respuesta ante el estrés crónico, que induce la activación del eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal, que resultan en la liberación de hormonas que deprimen la respuesta inmune y contribuyen al desarrollo de enfermedades infecciosas o neoplásicas. Por otro lado, la reacción psicológica ante estrés crónico puede resultar en un deterioro del comportamiento saludable, que lleva al paciente a fumar, beber, a tener alteraciones nutricionales o en la higiene corporal y bucal.

Otro problema craneofacial asociado con regularidad a los trastornos del ánimo y disturbios mentales es el síndrome miofascial doloroso, caracterizado por dolor de los músculos de cabeza y cuello, de los masticadores, de hombros y de la espalda, en el que se observan áreas gatillo que, al ejercer presión sobre ellas, disparan el dolor de manera irradiada hacia grupos musculares distantes y se acompañan de limitación de la apertura bucal y chasquido (13,15).

1.7 Cuestionario de análisis clínico CAQ

Descripción general del cuestionario de análisis clínico:

- Nombre original: Clinical Analysing Questionnaire.
- Autor: Samuel E. Krung.
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: Variable entre 30 y 45 minutos aproximadamente.

- Aplicación: Adolescentes y adultos (nivel básico superior: estudios primarios).
- Significación: Evaluación de 12 variables clínicas de la personalidad.
- Tipificación: Baremos en decatipos para cada sexo y en 2 muestras normales (adolescentes y adultos) y una clínica (16).

Normas de interpretación

Las puntuaciones obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretadas por sí mismas, no tienen significación, por su valor absoluto, es necesario transformarlas en valores o escala de significación por su valor absoluto, en relación con las obtenidas por el grupo de aplicación para su siguiente interpretación (16).

1. 7.1 D1, Hipocondrías

La persona que puntúa alto es depresiva en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo. De acuerdo con el contenido de elementos que comprende esta escala, muchas de las quejas no son específicas y así, por ejemplo, esa persona cree que sus nervios están a punto de estallar, que está peor de salud que los demás, que se siente flojo y tan cansado que apenas puede moverse o que al oír hablar de una enfermedad empieza a pensar que tiene algo parecido (16).

1.7.2 D2, Depresión suicida

El contenido de los elementos de esta escala se centra en los pensamientos de autodestrucción.

Los sujetos que puntúan alto afirman estar hartos y a disgusto con la vida, que esta le parece ya vacía, sin sentido ni propósito, les ronda el pensamiento de que la muerte es el final de todos nuestros problemas y que han llegado al final de su camino y prefieren detenerse.

Junto con D1 Y D5 forman la triada de mayor peso en el factor secundario de la depresión (16).

1.7.3 D3, Agitación

Los sujetos que puntúan alto afirman que les gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y buscan la agitación, síndrome hipomaniaco (16).

Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión que explicara esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo (16).

1.7.4 D4, Depresión ansiosa

Aunque puede llegar a confundirse esta dimensión con la ansiedad el análisis factorial ha demostrado que es diferente.

La persona que puntúa alto se define a sí misma como torpe y desmañada al manejar objetos, sueña mucho sobre cosas que le dan miedo, no se siente segura de sí, tranquila y pocas veces dice lo que piensa sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo. Estas personas están desorientadas, y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas y sometidas a pesadillas (16).

La escala representa un aspecto de la depresión que puede ser profundamente molesto (16).

1.7.5 D5, Depresión baja energía

Algunas de las tres escalas primarias de la depresión incluyen la fatiga como síntoma secundario, pero en esta escala es el núcleo de ese patrón. Es una de las tres contribuciones más importantes de la dimensión secundaria de la depresión.

El individuo que puntúa alto se siente triste y de mal humor, se despierta sin energías para comenzar el día, casi nunca duerme profundamente, a menudo la vida le parece vacía y solitaria, le entusiasma muy poco la vida y se siente agotado y bajo (16).

Los decatipos son especialmente elevados en varones alcohólicos y en mujeres narco adictas, pero también en mujeres esquizofrénicas, y en individuos depresivos (16).

1.7.6 D6, Culpabilidad-resentimiento

Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia.

El sujeto que puntúa alto, declara que le perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no puede dormir pensando en las cosas que debería haber hecho o en lo que le va a pasar por los errores que ha cometido o tiene pesadillas en los que está solo y abandonado (16).

Las puntuaciones más altas se encuentran en casos de alcohólicos, abuso de narcóticos o problemas de conducta. D6 presenta una elevada relación con otros

factores patológicos en sujetos diagnosticados como agresivos-pasivos (y de ahí la sugerencia de resentimiento en el título de la escala) y en alcohólicos (16).

1.7.7 D7, Apatía-retirada

Esta dimensión se caracteriza por 2 rasgos principales:

- La sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse.
- Tendencia a evitar el trato con los demás.

El sujeto que puntúa alto se encuentra a gusto cuando ésta solo sin los demás y se siente demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente (16).

1.7.8 Pa, Paranoia

El contenido de los elementos de esta escala, generalmente se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico; hay declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y miedo a ser envenenado (16).

Observada superficialmente suele confundirse con la escala L (protensión o suspicacia). Sin embargo, L es un rasgo humano normal, mientras que Pa es esencialmente una desviación hacia lo patológico (16).

1.7.9 Pp, Desviación psicopática

Los sujetos que puntúan alto son generalmente menos inhibidos que el promedio de las personas, tanto con respecto al peligro o dolor físico, como a las críticas de la sociedad (16).

Hay también cierto grado de búsqueda de sensaciones de excitación, características que comparte con D3 y con la que tiene una elevada correlación.

Estas personas tienen fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir, a ellas no les importa ser el centro de atención y les encantan las discusiones o situaciones de emergencia (16).

1.7.10 Sc, Esquizofrenia

Según sus propias autoevaluaciones el sujeto que puntúa alto, encuentra dificultades para expresar sus ideas, tiene impulsos extraños, cree que la gente no le comprende, lo evitan por motivos que desconoce y no le dan la importancia que merece. Además, presenta pérdidas de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones.

Las puntuaciones más altas se encuentran en grupos de esquizofrénicos y moderadamente altas en neuróticos narco adictos. Por tanto, el resultado es que los comportamientos incluidos en esta escala nos son privativas del diagnóstico esquizofrénico, sino que están también presentes en otras perturbaciones (16).

1.7.11 As, Psicastenia

Se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras

sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez durante días o preocuparse una y otra vez por cosas sin importancia (16).

También se recoge alguna sugerencia de comportamientos fóbicos.

Las puntuaciones son frecuentemente elevadas en los casos diagnosticados como neuróticos del tipo obsesivo-compulsivo y en narcoadictos (16).

1.7.12 Ps, Desajuste psicológico

En las primeras publicaciones del CAQ, se aludía a esta escala como psicosis general, la posterior acumulación de nuevas investigaciones menciona que el sujeto con puntuación alta piensa de sí mismo que no vale para nada, la desviación se da en el área de autovaloración de la realidad, cuando el sujeto se considera una persona sin éxito un desastre tiene una dimensión secundaria de depresión (16).

La boca juega un papel determinante en el bienestar y salud del hombre, ya que no sólo es importante para alimentarse, sino que forma parte para introducir alimentos e iniciar en ella las primeras fases del metabolismo. Una enorme fuente de placer la obtiene el individuo al comer, pues puede degustar sabores, consistencias, texturas o temperatura, asir o desgarrar alimentos.

1.8 Caries dental

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la caries dental es un proceso localizado que se inicia después de la erupción dentaria, determina el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad (17).

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las principales causas de la pérdida dental, y además puede predisponer a otras enfermedades.

La caries dental es una de las enfermedades crónicas que más afectan a la humanidad, en grados avanzados produce dolor muy intenso (18).

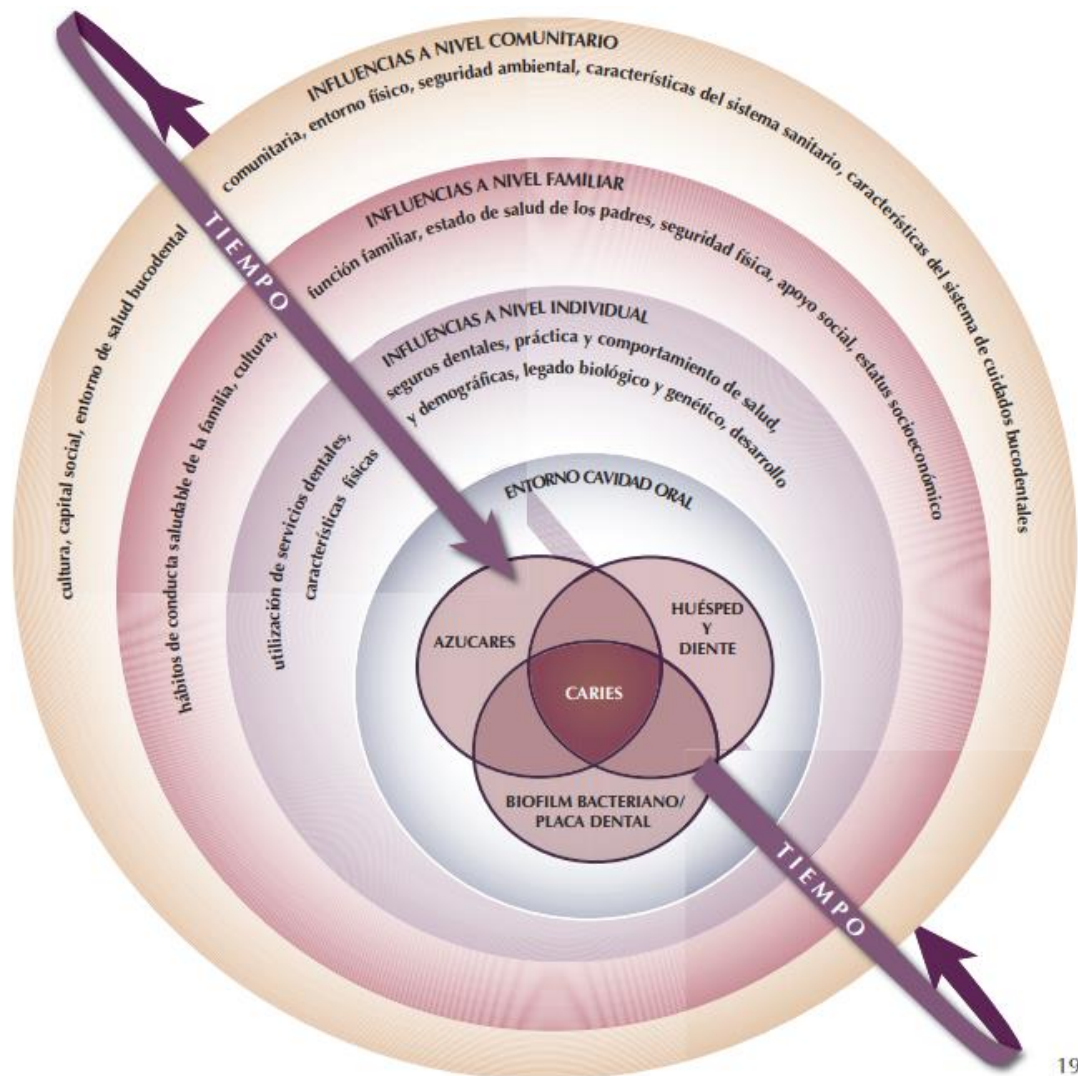
Según Katz dice:

La caries dental es un proceso biológico y dinámico de desmineralización-rem mineralización, debido a que, en sus primeros estadios, la progresión de la enfermedad se puede controlar. Es un proceso multifactorial, por lo cual es necesario tomar en cuenta la acción de varios factores como lo son el sustrato oral, los microorganismos, la susceptibilidad del huésped y el tiempo.

La caries dental es una enfermedad crónica que envuelve la destrucción de estructura dentaria, la cual conduce a pérdida de función masticatoria y una apariencia no estética del diente afectado. Se manifiesta por síntomas de dolor y sensibilidad a lo caliente, frío y sustancias dulces. En etapas tardías puede dar resultado a un absceso pulpar con severo dolor requiriendo una terapia pulpar o extracción del diente (19).

1.9 Elementos participantes en el proceso carioso

La caries en un proceso multifactorial (fig.1), por lo cual es necesario tomar en cuenta la acción simultánea de varios factores: el sustrato oral, los microorganismos la susceptibilidad del huésped y el tiempo (18,20).



19

Fig. 1. Fuente: *Fisher-Owens, 2007* La interacción de los factores que intervienen en la caries. Esquema de Keyes modificado

1.9.1 Sustrato oral

El sustrato oral es la cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos al día por una persona, se requiere de una dieta cariogénica para que se origine la caries dental, la cual será influenciada por las características físicas del alimento sobre todo la adhesividad; deben tomarse en cuenta que los alimentos adhesivos (fig. 2) se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo, siendo por ello más cariogénicos. La composición química de los alimentos se vuelve muy importante; se destaca el consumo de carbohidratos fermentables que además de su adhesividad proporciona una matriz pegajosa para el enlace de los microorganismos acidogénicos y sirve de sustrato para el metabolismo de ácidos orgánicos que desmineralizará el diente (20,21).

La dieta puede favorecer o no la caries, ya que los alimentos pueden reaccionar con la superficie del esmalte o servir como sustrato para que los microorganismos cariogénicos formen placa bacteriana o ácidos.

Los hidratos de carbono son precursores de polímeros extracelulares bacterianos adhesivos y al parecer son importantes en la acumulación de ciertos microorganismos en la superficie de los dientes (22).

La formación de ácidos es resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables; sin embargo, deben considerarse los siguientes factores:



Fig. 2. Fuente: *Fisher-Owens, 2007* La placa dental es un biofilm consistente en aproximadamente unas 600 especies diferentes de bacterias como el *Streptococcus mutans*

1.9.1.1. Características físicas de los alimentos

Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo por ello, son más cariogénicos. Los líquidos tienen adherencia mínima a los dientes, y en consecuencia poseen menor actividad cariogénica (21,23).

1.9.1.2 La composición química de los alimentos

Algunos alimentos contienen sacarosa y ésta es en particular cariogénica por su alta energía de hidrólisis que las bacterias utilizan para sintetizar glucanos insolubles (23,24).

a) Tiempo de ingestión.

La ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las comidas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas.

b) Frecuencia de ingestión.

El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico. El pH de la placa dentobacteriana posterior a la ingesta de alimentos es muy importante para la formación de caries, y por ello depende del pH individual de los alimentos, el contenido de azúcar de estos y el flujo promedio de saliva (23,25).

1.9.2 Microorganismos.

Es de importancia conocer los tipos de microorganismos que interactúan en el proceso carioso, ya que muchos de estos se encuentran en forma natural y equilibrada dentro de la cavidad bucal, siendo parte de la flora bucal.

La placa dental cubre las superficies dentales como una capa herméticamente adherida que consiste en bacterias, ocupando su mayor volumen y una matriz interbacteriana. La placa está separada generalmente de la superficie dental por una película muy delgada compuesta de proteínas y glicoproteínas de origen salival principalmente. La estructura de la matriz también se origina principalmente de una variedad de componentes salivales, sobre todo glicoproteínas, y contiene varias cantidades de polímeros bacterianos extracelulares como polímeros de fructosa y hetero-polisacáridos y notablemente, glucano. Éstos últimos son formados específicamente a partir de sacarosa por, *Streptococcus mutans* (25,26).

La matriz de la placa le confiere una integridad estructural sobre la placa por medio de interacciones adhesivas entre los componentes bacterianos y la matriz. Ésta también contiene las vías de difusión por transporte hacia dentro y fuera de la placa de sustratos bacterianos (azúcares), productos bacterianos ácidos o alcalinos, iones (Ca, P, F, CO₃), etc. (25).

La película adquirida es derivada de la mucina salival la que, al ser hidrolizada por acción enzimática, se separa en sus componentes: hexosas y ácido siálico, por una parte y proteínas eléctricamente cargadas por otra. Estos componentes se unen a grupos cargados eléctricamente de la superficie de hidroxiapatita, como el calcio (positivo) o fosfato (negativo), mediante una débil unión iónica. Formando así esta película orgánica que influye en la solubilidad del esmalte, en la adherencia microbiana y varía la captación del flúor (22,24).

Los primeros organismos implicados como agentes cariogénicos específicos fueron los lactobacilos. Su desaparición, como agentes etiológicos principales, fue seguida por un periodo dominado por el concepto de etiología no específica bacteriana, mientras que durante la década de los 60's el concepto de etiología específica bacteriana fue revivido con el re-descubrimiento de *Streptococcus mutans*. Actualmente, unos pocos organismos específicos en la placa son considerados que juegan un papel especial en el desarrollo de la caries coronal (25).

Los Lactobacilos acidógenos se encuentran en mayor proporción en lesiones más avanzadas (cavitadas) ya que se encuentran en cantidades insignificantes en fisuras de la placa, entre los dientes o en superficies bucal y lingual de las coronas dentales, por lo que su importancia está en la progresión de las lesiones no en la iniciación (26).

Streptococcus mutans tienen también la habilidad de sintetizar glucanos de la sacarosa de la dieta específicamente. Las superficies dentales destinadas a convertirse en cariosas a menudo están asociadas con placa, en la cual, el Streptococcus mutans constituye una alta proporción de la flora cultivable y durante la iniciación de la caries; las lesiones cavitadas también contienen altos niveles de esta bacteria (25).

Las primeras bacterias en adherirse a la película proteica sobre el esmalte son, frecuentemente, dos especies de estreptococos, S. sanguis y S. mitis, las cuales, a diferencia de otras especies, tienen la capacidad de aglutinarse en presencia de saliva (26,27). S. mutans, no es usualmente detectable en bocas de niños antes de la erupción de piezas dentarias.

Otros microorganismos que están involucrados en los procesos cariosos diferentes a lactobacilos y S. mutans, incluyen otras especies del género Streptococcus, así como los géneros Actinomyces sp. Y Veillonella, sp. Los cuales juntos forman más de la mitad de la flora cultivable y con menor frecuencia las bacterias de los géneros Neisseria sp. Bacteroides sp. Bifidobacterium sp., Clostridium sp., Eubacterium sp, Propionibacterium sp. o Rothia sp., todas con potencial acidogénico (19).

Las lesiones en dentina contienen anaerobios estrictos y facultativos pertenecientes a los géneros de Actinomyces, Bifidobacterium, Eubacterium, Fusobacterium, Prevotella, Porphyromonas y Streptococcus. Estudios recientes sugieren como punto clave a las bacterias grampositivas filamentosas en caries radicular (24).

1.9.3 Susceptibilidad del huésped (hospedero)

Se ha observado que en un mismo individuo ciertos dientes se afectan y otros no lo hacen, y que algunas caras de los dientes son más susceptibles a la caries que otras, aún en el mismo diente (18).

1.9.3.1 Características de los dientes

Las zonas de retención en la superficie oclusal dificultan la limpieza y favorecen la acumulación de bacterias. Las fisuras profundas o con defectos morfológicos aumentan la susceptibilidad (18).

La edad es un factor importante, pues el diente es más susceptible a la caries mientras no alcance la maduración post-eruptiva.

Entre los preescolares es más frecuente la caries de surcos y fisuras debido a las sinuosidades de las caras oclusales y a la inmadurez del esmalte.

Con el paso del tiempo, por la motricidad inmadura del niño, el cepillado puede dificultarse en los dientes posteriores de la arcada y así el diente más afectado es el segundo molar. Con el paso del tiempo, los espacios se cierran y entonces aumenta la frecuencia de caries proximales. Como la papila es cóncava y más ancha, favorece el estancamiento de partículas alimentarias (18).

La frecuencia de la caries se reduce por exposición del huésped al flúor y a los selladores de fosetas y fisuras.

Las fisuras son una falla de la coalescencia cuándo se está formando la corona dentaria, se localizan en la cara oclusal y en algunas caras lisas. Según su forma se clasifican en tipo “V”, “U” e “I”, tienen una profundidad variable que puede alcanzar la unión amelodentinaria, por lo tanto, no pueden ser exploradas y las cerdas del cepillo dental no pueden llegar a limpiar hasta el fondo ya que su diámetro

puede ser cuatro veces mayor que el de la fisura. Muchos estudios han demostrado que la superficie oclusal del primer molar permanente es el sitio de la dentición que es atacado más frecuentemente por caries dental. La incidencia alta de caries oclusal en este diente ocurre durante el proceso de erupción, inmediatamente después de la erupción y 3 años después de la erupción (22).

1.9.4 Otros factores

En la formación de caries influyen otros factores, que son: disposición de los dientes en la arcada, algunas formas de maloclusión (Fig. 3), proximidad de los conductos salivales, textura superficial y aparatos fijos o removibles que dificultan la limpieza y favorecen la acumulación de placa dentobacteriana (18).

El efecto de los ácidos en el esmalte depende también de la capacidad de la saliva para remover el sustrato. La saliva realiza autolimpieza porque ayuda a eliminar los restos de alimentos y microorganismos que no están adheridos a las superficies bucales (18).

La disminución considerable de la secreción salival exacerba las caries. Por otra parte, la saliva tiene gran capacidad de amortiguación, pues ayuda a neutralizar los ácidos producidos en la placa dentobacteriana; su alto contenido de calcio y fosfato ayuda a mantener la estructura del diente, así como a la remineralización de lesiones incipientes por caries (18).



Fig. 3. Fuente: : *Fisher-Owens, 2007*; La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes

1.9.5. El tiempo

La interacción de los factores mencionados requiere de tiempo para que se produzca la caries (18).

1.10 Factores de riesgo para tener caries

Para el estudio de la caries dental es importante saber los factores de riesgo para padecerla y esto lo dice Higashida (18).

Estos pueden ser locales y generales.

Factores locales: estos pueden incluir la composición química del esmalte, disposición de los prismas, malformaciones anatómicas, abrasión, mal posición dental, obturaciones más adaptadas, higiene bucal deficiente, composición de la saliva.

Factores generales: en este campo se incluye la nutrición, la herencia biológica, estrés, enfermedades intercurrentes, factores económicos y factores culturales.

1.11 Mecanismos de acción de la caries

Caries en esmalte: la primera evidencia clínica de la caries del esmalte es la formación de una “mancha blanca”; que se distingue del esmalte sano al secarse la superficie (18,28).

La mancha blanca se debe a un efecto óptico producido por aumento de dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por el aumento de la porosidad

Caries en dentina: al llegar al límite amelodentinario, el proceso carioso se difunde en dirección lateral, formándose una base amplia.

La dentina es un tejido poco calcificado y por ello el proceso evoluciona con mayor rapidez, avanzando a través de los túbulos dentinarios por donde se infiltran las bacterias (18,28).

En la caries de dentina se identifican 3 zonas de afuera hacia adentro que son:

- Zona de reblandecimiento o necrótica: está formado por residuos alimentarios y dentina reblandecida, se desprende fácilmente con el excavador y tiene un color parduzco.
- Zona de invasión destructiva: la dentina aún conserva su estructura, pero los túbulos dentinarios tienen una ligera dilatación, ensanchamiento e invasión de microorganismos.
- Zona de defensa o esclerótica: la coloración es casi nula, las fibras de Thomes se han retraído dentro de los túbulos como reacción defensiva de la pulpa; y en su lugar se colocan nódulos de neodentina.

1.12 Naturaleza del proceso carioso

Al comenzar la desmineralización, el esmalte ya no es el material sólido y amorfo que experimenta disolución irreversible, sino una matriz de difusión que se compone de cristales rodeados por una matriz de agua.

La teoría epidemiológica moderna considera a la mayoría de las enfermedades crónicas como el resultado de la interacción entre agente, huésped y factores ambientales. La caries no es excepción. Por lo que tradicionalmente se ha descrito a la caries como una enfermedad multifactorial gracias al diagrama descrito por Keyes y Jordan en 1963, (26) donde interactúan varios factores, específicamente una triada de factores indispensables como lo son la dieta-sustrato,

microorganismos de la placa dental y un huésped con dientes susceptibles o poco resistentes (26,27).

En el proceso carioso hay involucrados, en consecuencia, factores del huésped y factores externos no considerados anteriormente, los que Navia ha descrito como ambiente interno (esmalte, tejido dentinopulpar) y externo (la saliva, película adquirida, placa dentobacteriana y dieta). Por lo tanto, al gráfico de tres círculos con áreas concurrentes se le puede agregar este otro factor que influye sobre todos ellos, además de la obvia variable del tiempo, determinando cinco variables (27).

El mecanismo de aparición de la caries dental se ha propuesto tres teorías principales. Gottlieb y Frisbie apoyan la llamada Teoría de la proteólisis, que se basa en la detección de proteínas en el esmalte humano.

La teoría de proteólisis-quelación, señalada por Schatz que postula el ataque por bacterias orales de componentes orgánicos del esmalte; los productos de degradación consiguientes poseen una capacidad quelante y, por tanto, disuelven los minerales del diente (29).

La teoría químico parasitaria o acidogénica propuesta por Miller en 1890, fué la teoría con mayor popularidad durante mucho tiempo y sigue vigente como la más aceptada desde hace más de 100 años, donde explica que la caries es causada por una disolución de ácido de la placa dental en la fase mineral del diente, el ácido es producido por un metabolismo de los carbohidratos y por bacterias orales (19,29).

A pesar que hay teorías sorprendentemente exactas sobre etiología de caries, vigentes por cerca de cien años, persiste la imagen que ésta es causada solamente por malos hábitos dietéticos o tiene un origen predeterminado genéticamente; aunque de hecho la caries dentaria está correctamente clasificada como una enfermedad infecciosa de curso crónico (27).

1.13 Clasificación de la caries dental

Como ya se ha mencionado el proceso carioso depende de tres factores cuando la triada se encuentra completa, la caries inicia con su afectación en la superficie de los órganos dentarios; por eso es importante conocer su clasificación.

Los síntomas que produce la caries depende, de la profundidad de la lesión, mientras más superficial la lesión (esmalte) es asintomático, si es más profunda (Pulpa) es sintomática.

1.13.1 Caries de primer grado

Esta caries es asintomática. Por lo general es extensa y poco profunda. En la caries de esmalte no hay dolor, se localiza al hacer una inspección y exploración. (Fig. 4) Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidas, este presenta manchas blanquecinas granuladas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

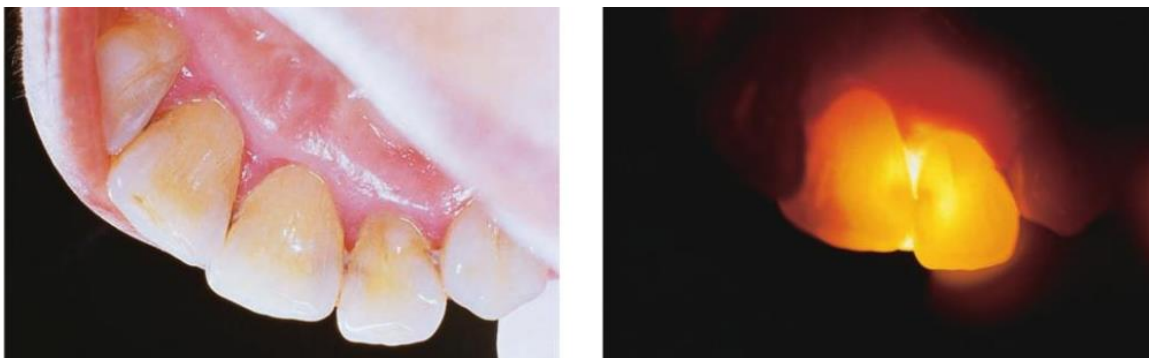


Fig. 4. Fuente: Robert P. Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield-Gehrig; 2011

La caries dental grado I: Entre central y lateral superior, con técnica de trasluminación muestra la caries interproximal

1.13.2 Caries de segundo grado

Cuando la caries ya se encuentra en segundo grado se observa que ya atravesó la línea amelodentinaria, y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte (Fig. 5). En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries (28,30).

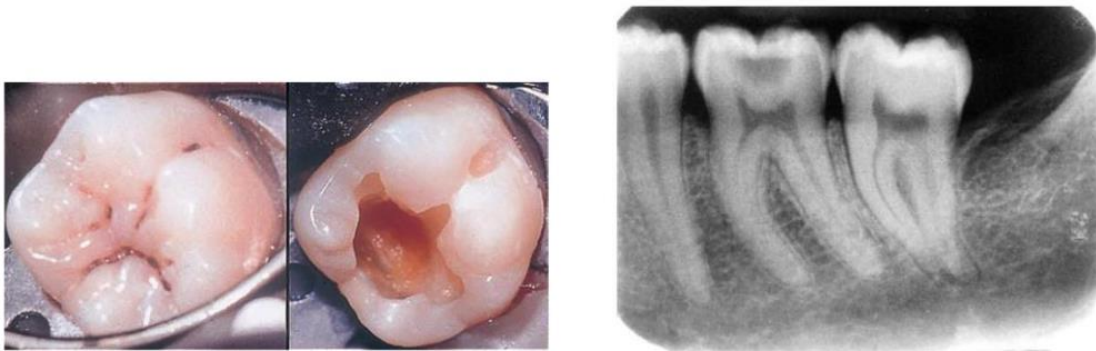


Fig. 5 Fuente: Robert P. Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield-Gehrig; 2011

La caries dental grado II: Antes y después de la preparación

1.13.3 Caries de tercer grado

Aquí la caries ha llegado a la pulpa (Fig. 6) produciendo inflamación en este tejido, pero conserva su vitalidad.

El síntoma de caries de tercer grado es que presenta dolor espontáneo y provocado: Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del tejido pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre.

El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos, mecánicos, o producidos por las fibras C que se encuentran en tejido pulpar, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista (28,30).



Fig. 6 Fuente: Robert P. Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield-Gehrig; 2011

La caries dental grado III: Centrales, laterales y caninos con fractura de la zona incisal llegando a la cámara pulpar, al retirar el tejido reblandecido se observa radiográficamente la comunicación pulpar

1.13.4 Caries de cuarto grado

Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente (Fig. 7), por lo tanto, no hay ni dolor espontáneo, pero las complicaciones de esta caries, sí son dolorosas (28,30).

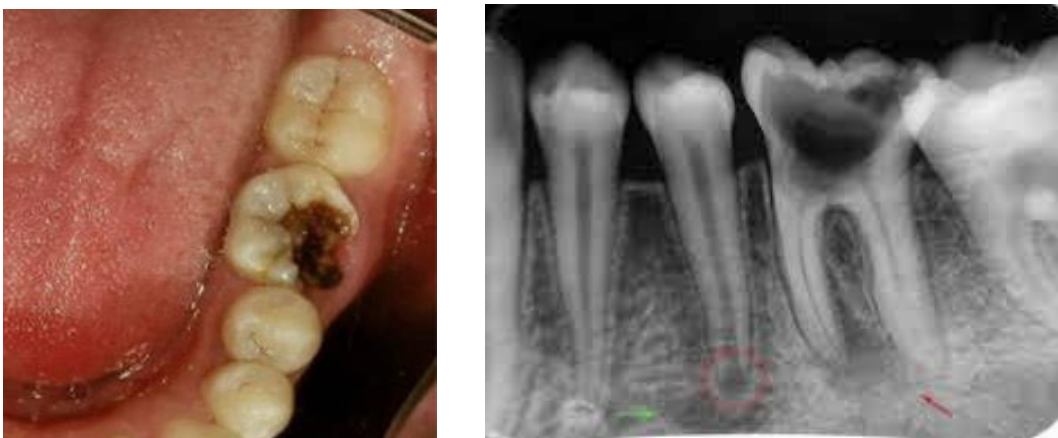


Fig. 7 Fuente: Robert P. Langlais, Craig S. Miller, Jill S. Nield-Gehrig; 2011

La caries dental grado IV: Primer molar inferior derecho con destrucción dental en corona clínica, apreciando en radiografía inflamación del espacio del ligamento periodontal.

1.13.5 Clasificación por número de caras afectadas en los órganos dentarios

Simple: cuando sólo afectan a una sola superficie del diente.

Compuestas: si abarcan 2 superficies del diente.

Complejas: si abarcan 3 o más superficies (18).

1.13.6 Clasificación por el tejido afectado según Higashida

De primer grado- esmalte.

De segundo grado-esmalte y dentina.

De tercer grado-esmalte dentina y pulpa.

De cuarto grado-necrosis pulpar (18).

1.13.7 Clasificación por el grado de evolución

Caries activas o agudas: se caracterizan por ser procesos destructivos, rápidos o de corta evolución, con afección pulpar, son más frecuentes en niños y adolescentes quizá por la ausencia de esclerosis dentinaria.

Caries crónica: son de evolución lenta, por lo que el complejo dentinopulpar tiene tiempo de protegerse por aposición dentinaria y esclerosis tubular.

El esmalte no presenta pérdida de sustancia, puede adquirir pigmentación pardusca y además estabilizarse por remineralización salival (18,28).

Caries cicatrizada: la cavidad correspondiente a las caries cicatrizadas es muy abierta, presenta superficie desgastada y lisa con dureza aumentada y pigmentación pardusca.

Es importante conocer todo el proceso carioso ya que debemos saber clasificar el tipo de caries que presenta el paciente para poder realizar un diagnóstico y pronóstico adecuado.

1.14 Caries de esmalte

La primera evidencia clínica de la caries de esmalte es la formación de una “mancha blanca”, que se distingue del esmalte sano al secarse la superficie. La mancha blanca se debe a un efecto óptico producido por aumento de la dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por incremento de la porosidad; ésta, a su vez, originada por disolución de una parte del esmalte que realizan los ácidos difundidos en su interior a partir de la placa dentobacteriana adherida a su superficie (18).

En estudios de cortes delgados, la primera alteración identificada es la zona translúcida, la cual tiene birrefringencia negativa un poco mayor que la del esmalte normal (18,28,31).

La porosidad del esmalte normalmente es de 1% y la pérdida del mineral varía entre 1 y 1.5% conforme avanza el proceso carioso. Se observa que los poros son más pequeños conforme se profundiza en la lesión. Después se observa la zona oscura, consecuencia del fenómeno de remineralización; en donde su porosidad es de 2 a 4% y la pérdida mineral es de 5 a 8%. Aparece en el 50% de los casos, y se observan poros grandes y microporos como consecuencia de la reprecipitación mineral desde la zona translúcida. La siguiente zona es el cuerpo de la lesión, el cual tiene mayor pérdida de mineral (18 a 50%), pues constituye el segundo sitio de desmineralización (18,19,30).

Por último, se encuentra la zona superficial. Es la segunda zona con remineralización. Aquí la porosidad y la pérdida mineral son del 5%, y hay poros pequeños y algunos grandes como en el esmalte sano. Esta zona permanece intacta hasta después de que se afecta la dentina. La pérdida de minerales se inicia

en la subsuperficie, aunque el ácido que ocasiona la disolución pasa a través de la superficie (18).

Durante esta etapa la superficie del esmalte se encuentra intacta, pero es posible detectar la lesión mediante radiografía. La lesión de mancha blanca es reversible hasta cierto grado por mineralización, la cual puede lograrse con buena higiene bucal, dieta no cariogénica, microambiente neutro, con flúor y minerales. Si avanza la desmineralización, aparece una rugosidad superficial. Cuando la pérdida mineral es de 30 a 50%, se produce desmoronamiento, que permite a las bacterias tener acceso directo al esmalte más profundo (18).

En fosetas y fisuras, la enfermedad se inicia como manchas blancas enfrentadas en las paredes de la fisura, a la altura de la mitad más profunda. Al aumentar el volumen de las lesiones, convergen en el fondo de la fisura. En relación con los elementos estructurales del esmalte, la desmineralización progresa a lo largo y en dirección radial de los prismas y las estrías de Retzius, los cuales son pronunciados casi siempre en los bordes cervicales de las lesiones interproximales. Dicha desmineralización llega hasta la unión entre esmalte y dentina. La lesión es indolora e inodora y casi siempre es extensa y poco profunda (18).

1.15 Caries de dentina

Al llegar al límite amelodentinario, el proceso carioso se difunde en dirección lateral, formándose una base amplia. La dentina es un tejido poco calcificado y por ello el proceso evoluciona con mayor rapidez, avanzando a través de los túbulos dentinarios, los cuales se infiltran de bacterias y se dilatan a expensas de la matriz adyacente (18,28).

Las bacterias acidógenas y las productoras de enzimas proteolíticas e hidrolíticas desmineralizan la dentina y posteriormente digieren la matriz colágena; en consecuencia, la dentina se reblandece, se decolora y forma una masa.

Se identifican tres zonas desde afuera hacia adentro (18) :

1. Zona de reblandecimiento o necrótica. Está formada por residuos alimentarios y dentina reblandecida, se desprende fácilmente con el excavador y tiene coloración parda.
2. Zona de invasión destructiva. La dentina aún conserva su estructura, pero los túbulos dentinarios tienen ligera dilatación, ensanchamiento e invasión de microorganismos. Esta zona también es de color pardo, pero es un poco más clara que la zona de reblandecimiento.
3. Zona de defensa o esclerótica. La coloración es nula o casi nula. Las fibras de Tomes se han retraído dentro de los túbulos como reacción defensiva de la pulpa; en su lugar, se colocan nódulos de neodentina, los cuales obturan la luz de los túbulos para tratar de impedir el avance de la caries. Así se forma la zona de defensa.

Por otro lado, Fusayama identifica cuatro zonas de dentina: necrótica, infectada, desmineralizada y esclerosada.

Las zonas de dentina desorganizada y necrótica e infectada son insensibles, no remineralizables y presentan pérdida de la estructura colágena. La zona desmineralizada es potencialmente remineralizable. Y, por último, la zona esclerosada tiene cristales en la luz de los túbulos, no está infectada y mantiene su estructura colágena. Un síntoma clásico de la caries de dentina es el dolor ocasionado por los cambios de temperatura. Las bebidas frías, los alimentos calientes y la ingestión de azúcares o cítricos pueden ocasionar dolor, que desaparece cuando cesa el estímulo.

1.16 Caries de pulpa

La caries llega a la pulpa y la inflama, pero ésta conserva su vitalidad. El síntoma principal es el dolor espontáneo o inducido. El dolor espontáneo se caracteriza

porque no se produce por alguna causa externa, sino por la congestión de la pulpa que presiona los nervios pulpaes, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar. Este dolor aumenta durante las noches, porque al mantener la cabeza en posición horizontal hay mayor afluencia de sangre. El dolor inducido ocurre por exposición del diente a agentes físicos, químicos o mecánicos. A diferencia del dolor por caries de segundo grado, el dolor inducido persiste al eliminar el estímulo (18,29).

1.17 Necrosis pulpar

La necrosis pulpar se caracteriza por destrucción total de la pulpa. En consecuencia, no hay dolor espontáneo ni inducido del diente, pero sí duele por las complicaciones de la caries que incluyen desde monoartritis apical hasta osteomielitis (18,29).

La monoartritis apical se acompaña de dolor a la percusión del diente, sensación de alargamiento y movilidad anormal de la pieza. La infección puede diseminarse al resto del organismo a través del torrente sanguíneo, independientemente de que exista en las estructuras de soporte del diente a niveles local y general (oídos, ojos, nariz), y afección sistémica en personas susceptibles a endocarditis bacteriana.

1.18 CPO

ÍNDICE CPO-D: Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos

previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de órganos dentarios totales de los individuos examinados (18).

INDICE ceo-d: Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados (18,32).

El CPOD describe numéricamente los resultados del ataque de caries en las piezas dentarias permanentes de una persona, una población. Es el indicador Odontológico más utilizado a través del tiempo, facilitando la comparación epidemiológica entre poblaciones de diferentes zonas, países y en diferentes épocas como así mismo evaluar la aplicación de las diferentes medidas y métodos de prevención frente a esta patología (32,34).

- El C se refiere al número de dientes permanentes que presenta lesiones de caries no restauradas.
- El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos.
- El símbolo O se refiere a los dientes restaurados.

El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados, en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en la boca (18,34).

1.18.1. Diente permanente cariado

- Cuando existan las siguientes evidencias de lesiones cariosas: Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones).
- Mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo).

- Las fisuras en las cuales el extremo del explorador se detiene, serán clasificadas como cariadas (presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente y en casos proximales si el explorador no se desliza cuando se hacen movimientos en la dirección Cervico-oclusal).
- Sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón) Ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible.
- Cavidad detectable con dentina visible.
- Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible.
- El diente presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida.

1.18.2. Diente permanente obturado

Cuando el órgano dentario esta obturado con material permanente. Si está obturado y cariado es clasificada como cariado.

1.18.3. Diente permanente extraído

De acuerdo a la edad del paciente el órgano dentario debería estar presente y fue extraído por caries. En caso de duda consultar al paciente y examinar la forma del reborde y la presencia o ausencia del diente homólogo. Este criterio no será utilizado para temporales (27, 34).

1.18.4. Diente con extracción indicada

El órgano dentario que presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida.

1.19 CPO en los órganos dentarios temporales

1.19.1 Criterios de clasificación

Son los mismos de los dientes permanentes.

- Reglas Especiales: Un diente es considerado como erupcionado cuando cualquier porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal y pudiese ser tocada por el explorador.
- Un diente es considerado presente, aun cuando la corona está totalmente destruida, quedando solamente las raíces.
- Los dientes supernumerarios no son clasificados.
- Si un órgano dentario permanente está retenido y su sucesor temporal está presente, se clasifica solamente el temporal.
- El paciente con Ortodoncia fija queda excluido del estudio Epidemiológico.
- Los terceros molares no se consideran en este estudio.
- En caras proximales la caries se puede determinar por cambio de coloración.

1.19.2 Procedimientos en el examen CPOD

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente y con la ayuda del explorador, las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares). El examen es realizado con el auxilio de un espejo bucal y explorador con extremidad bien afilada. La posición del paciente debe ser tal que el examinador tenga una visibilidad óptima de los cuadrantes a ser examinados (32).

1.19.3 Procedimientos para el examinador

Use siempre el explorador, se recomienda no utilizarlo en caries avanzadas a fin de no causar dolor o incomodidad al paciente. Indague con el paciente la causa de la extracción, más si la respuesta no es concluyente, siga su propio juicio clínico. Aproveche la oportunidad de realizar educación para la salud, cuando el paciente se muestre interesado en hacer preguntas sobre la encuesta. El paciente deberá estar sentado en forma apropiada, para facilitar la máxima visibilidad y comodidad del examinador.

Así mismo el índice de cpo se encarga de valorar órganos dentarios que se encuentren con obturaciones por lo cual aquí se explican algunas de las características de los materiales que podemos utilizar y encontrar en la cavidad bucal del niño (32).

2. Planteamiento del problema

La caries dental es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos que disminuyen el pH y afectan el esmalte, causando la pérdida de mineral en la estructura dental (35). Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todo el mundo; los individuos son susceptibles a esta enfermedad durante toda su vida. Progresa lentamente en la mayoría de las personas, inicialmente es reversible y se puede detener en cualquier etapa. Es importante señalar que el término caries dental se utiliza para identificar tanto a “la enfermedad como proceso” así como al “resultado de ese proceso”. La lesión cariosa o cavidad es la secuela del proceso y un signo de que la enfermedad se encuentra avanzada (20). Además de la proporción, la epidemiología bucal utiliza índices con el fin de estimar la severidad de la enfermedad, por lo que se emplea el índice CPOD para dentición permanente y el índice cpod para dentición temporal. Ambos índices son acumulativos e irreversibles (34).

Los dientes primarios o temporales (comúnmente conocidos como de “leche”) son importantes en la vida de un niño, ya que intervienen en la masticación, en la fonación y contribuyen a la estética además de preservar la integridad de los arcos dentales ya que guían a los dientes permanentes en sus posiciones correctas. La presencia de caries en las etapas tempranas de la vida no sólo son indicativos de futuros problemas dentales, también afectan negativamente el crecimiento y el desarrollo cognitivo al interferir con la alimentación, el sueño y la concentración en la escuela (30). La erupción de los dientes primarios por lo general comienza alrededor de los seis meses y se completan los veinte dientes, alrededor de los tres años de edad (treinta y tres meses) (36).

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas). Se estima que, en todo el mundo, unos 2400 millones

de personas padecen caries en dientes permanentes, y 486 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche (17).

La prevalencia de la caries en México y el mundo era de un 70% hace unos 30 años. En la actualidad se estima que hay 20 millones de mexicanos que nunca han tenido un cepillo dental en su mano (37).

En la Ciudad de México nueve de cada diez niños de preescolar o primaria tienen caries dental siendo esta la enfermedad epidemiológica número uno del país con un 95% en menores de seis a nueve años (37).

Es importante tomar en cuenta que la salud bucal depende de la educación que el niño aprenda en el contexto familiar ya que es son los padres quienes en la mayoría de las ocasiones enseña el proceso de cepillado dental y el uso de aditamentos mediante la técnica mostrar y hacer por ello es importante considerar las características de personalidad del padre y/o tutor ya que estas pueden afectar en el desarrollo de su entorno social y en sus decisiones personales, así mismo puede afectar o influir para que el proceso carioso se dé con mayor prevalencia en sus hijos, es por esto que surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad de los padres y el índice de CPOD en sus hijos?

3. Justificación

En la actualidad se puede observar que los niños presentan a edades más tempranas mayores problemas bucodentales, debido a muchos factores, puesto que la caries es una enfermedad multifactorial, ya sea por hábitos alimenticios, falta de hábitos de higiene, ingesta alta en carbohidratos, así mismo los hábitos que ellos observan de las personas con las que conviven todos los días, siendo estos por lo general el padre, madre, o en su caso el cuidador, por eso es importante que los niños desde una edad temprana mantengan hábitos de salud bucal ya que esto repercutirá en su salud en un futuro.

Esta investigación se llevará a cabo con la finalidad de dar a conocer a las futuras generaciones de docentes, alumnos o pasantes si los rasgos de personalidad de los padres influyen con la salud dental del niño.

Por lo antes mencionado la relevancia de la investigación radica en los rasgos de personalidad negativos y cómo se correlacionan con índices de CPOD altos.

4. Hipótesis

Hipótesis de trabajo

1. El rasgo de personalidad hipocondriasis, si influye en el índice de cpod.
2. El rasgo de personalidad depresión suicida, si influye en el índice de cpod.
3. El rasgo de personalidad agitación, si influye en el índice de cpod.
4. El rasgo de personalidad depresión ansiosa, si influye en el índice de cpod.
5. El rasgo de personalidad depresión baja energía, si influye en el índice de cpod.
6. El rasgo de personalidad culpabilidad-resentimiento, si influye en el índice de cpod.
7. El rasgo de personalidad apatía-retirada, si influye en el índice de cpod.
8. El rasgo de personalidad paranoia, si influye en el índice de cpod.
9. El rasgo de personalidad desviación psicopática, si influye en el índice de cpod.
10. El rasgo de personalidad esquizofrenia, si influye en el índice de cpod.
11. El rasgo de personalidad psicastenia, si influye en el índice de cpod.
12. El rasgo de personalidad desajuste psicológico, si influye en el índice de cpod.

Hipótesis nula

1. El rasgo de personalidad hipocondriasis, no influye en el índice de cpod.
2. El rasgo de personalidad depresión suicida, no influye en el índice de cpod.
3. El rasgo de personalidad agitación, no influye en el índice de cpod.
4. El rasgo de personalidad depresión ansiosa, no influye en el índice de cpod.
5. El rasgo de personalidad depresión baja energía, no influye en el índice de cpod.
6. El rasgo de personalidad culpabilidad-resentimiento, no influye en el índice de cpod.
7. El rasgo de personalidad apatía-retirada, no influye en el índice de cpod.
8. El rasgo de personalidad paranoia, no influye en el índice de cpod.
9. El rasgo de personalidad desviación psicopática, no influye en el índice de cpod.
10. El rasgo de personalidad esquizofrenia, no influye en el índice de cpod.
11. El rasgo de personalidad psicastenia, no influye en el índice de cpod.
12. El rasgo de personalidad desajuste psicológico, no influye en el índice de cpod.

5. Objetivos

Objetivo general:

- Identificar si los rasgos de personalidad del padre o tutor influyen en la salud bucal del niño.

Objetivos específicos

- Conocer el índice de CPO de los niños.
- Conocer el número de órganos dentarios cariados.
- Conocer el número de órganos dentarios perdidos.
- Conocer el número de órganos dentarios obturados.
- Describir los rasgos de personalidad de los padres.

6. Materiales y métodos

Diseño del estudio

- Observacional, descriptivo y transversal.

Población y universo del estudio

- 600 tutores.
- 600 pacientes infantiles.

Muestreo

No probabilístico, por cuota y conveniencia.

- 101 pacientes pediátricos.
- 101 padres o tutores.

6.1 Criterios

Inclusión

- Padres de familia que atiendan a sus hijos en la clínica de integral de niños y adolescentes en la Universidad de Ixtlahuaca CUI.
- Hombres y/o mujeres (padres).
- Niñas y/o niños.
- Los niños deberán tener entre 4 y 12 años y ser atendidos en la clínica de integral de niños y adolescentes del CUI.

Exclusión

- Padres e hijos que presenten alguna enfermedad sistémica que pueda alterar el resultado de la investigación por razones de falta de higiene.
- Padres que no acudan a atender a sus hijos a la clínica integral de niños y adolescentes de la universidad de Ixtlahuaca CUI.

Eliminación

- Padres que no terminen el cuestionario de valoración de rasgos de personalidad.
- Padres que no acepten ser parte de la investigación.
- Padres que no contesten la encuesta con lápiz.

6.2 Definición de variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Caries	La caries dental es una enfermedad crónica que envuelve la destrucción de estructura dentaria, la cual conduce a pérdida de función masticatoria y una apariencia no estética del diente afectado	Número de dientes cariado: 1,2,3,4,5,6,7,8, 9.	Dependiente	Discreta
Rasgos de personalidad	Para Cloninger son las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona.	Se conocerán los rasgos de personalidad mediante una prueba psicométrica. Cuestionario de análisis clínico (CAQ)	Independiente	Nominal
Hipocondriasis	La persona que puntúa alto es depresiva en el	Valor asignado: 1	Independiente	Nominal

	sentido de que le preocupan la alteración de las funciones de su cuerpo, esta persona cree que sus nervios están a punto de estallar, que está peor de salud que los demás.			
Depresión suicida	Los sujetos que puntúan alto afirman estar hartos y a disgusto con la vida que esta le parece ya vacía, sin propósito, piensa que la muerte es el final de todos los problemas.	Valor asignado: 2	Independiente	Nominal
Agitación	Los sujetos que puntúan alto afirman que les gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que	Valor asignado: 3	Independiente	Nominal

	encuentran algo arriesgado que hacer, debajo de esto puede existir un anhelo de muerte.			
Depresión ansiosa	La persona que puntúa alto se define a sí misma como torpe y desmañada al manejar objetos, sueña mucho con las cosas que le dan miedo, no se siente segura de sí y tranquila, pocas veces dice lo que piensa.	Valor asignado: 4	Independiente	Nominal
Depresión baja energía	El individuo que puntúa alto se siente triste y de mal humor, se despierta sin ganas para comenzar el día, casi nunca duerme profundamente, a menudo la vida le	Valor asignado: 5	Independiente	Nominal

	parece vacía y solitaria.			
Culpabilidad-resentimiento	El sujeto que puntúa alto declara que le perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no puede dormir pensando en lo que debería haber hecho o en lo que pasará por los errores que ha cometido, tiene pesadillas en las que está solo y abandonado.	Valor asignado: 6	Independiente	Nominal
Apatía-retirada	El sujeto que puntúa alto se encuentra a gusto cuando esta solo sin los demás, y se siente demasiado decaído como para querer hablar con la gente, la sensación de la vida es bastante absurda y sin sentido como para	Valor asignado: 7	Independiente	Nominal

	preocuparse y la tendencia a evitar el trato con los demás, también puntúan alto sujetos con narco dependencia.			
Paranoia	El sujeto que puntúa alto es esencialmente, es en pacientes con síndrome paranoico, manifiestan recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, y miedos, se presentan puntuaciones altas entre neuróticos, alcohólicos y los que llegan a usar narcóticos.	Valor asignado: 8	Independiente	Nominal
Desviación psicopática	Los sujetos que puntúan alto son generalmente menos inhibidos que el promedio	Valor asignado:9	Independiente	Nominal

	de las personas, tanto con respecto al peligro o dolor físico, como a las críticas de la sociedad, estas personas tienen bastante fuerza y energía, no les importa ser el centro de atención.			
Esquizofrenia	Las personas que puntúan alto, encuentra dificultades para expresar sus ideas, tiene impulsos extraños, cree que la gente no le comprende y le evita por motivos que desconoce y no le dan la importancia que merece, y tiene pérdidas de memoria, sentimientos de	Valor asignado: 10	Independiente	Nominal

	irrealidad y alucinaciones			
Psicastenia	Se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen contar objetos, tener ideas sin importancia, y que les rondan por la cabeza durante días o preocuparse una y otra vez por cosas banales. Comportamientos fóbicos, obsesivos compulsivos, ansiedad y en algunos casos en narco adictos.	Valor asignado: 11	Independiente	Nominal
Desajuste psicológico	El sujeto que puntúa alto piensa de sí mismo que no vale para nada la desviación se da en el área de	Valor asignado: 12	Independiente	Nominal

	<p>autovaloración de la realidad, cuando es sujeto se considera una persona sin éxito, un desastre.</p>			
--	---	--	--	--

6.3 Procedimiento

Procedimiento

- Todos los niños fueron sometidos a un examen dental por 1 dentista calibrado con experiencia.
- Los exámenes clínicos se realizaron en una silla dental, una unidad de cuidado dental, utilizando luz artificial, guantes de látex, un espejo dental y excavador.
- Para determinar el estado de salud oral de los sujetos, se utilizaron el índice de dientes cariados, faltantes, obturados y el índice de superficies cariadas, faltante, obturados.
- Los dentistas utilizaron el Índice de higiene oral simplificado (OHI-S) para evaluar la higiene bucal de los niños.
- Mientras se examinó a sus hijos, se les pidió a los padres que completen un formulario de datos sociodemográficos.
- Se aplicó el instrumento para valorar rasgos de personalidad (CAQ).
- El instrumento consta de 144 reactivos que serán guiados por la profesional en la materia, que aproximadamente tendrá una duración de 45 minutos.

- Cada respuesta elegida debió ser contestada con las indicaciones dadas al inicio por la profesional.
- El registro de CPO se llevó a cabo en un odontograma proporcionado al odontólogo para después llevar a cabo el vaciamiento de la información en la plataforma Excel solo se tomarán en cuenta el número de dientes cariados, mas no las superficies.
- Los rasgos de personalidad fueron proporcionados por el psicólogo a cargo, teniendo en cuenta que se colocó en la base de Excel el rasgo dominante, mas no todos los rasgos de personalidad obtenidos en cada encuesta por el sujeto.
- Se hizo el vaciamiento y la interpretación de ambas aplicaciones en figuras y con el programa Excel.

6.4 Consideraciones bioéticas

La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios que conforme a la presente Ley, a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le corresponden a dicha dependencia en las materias a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley en sus fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los que se refieren los artículos 34 y 35 de esta Ley: XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, ésta salvo por lo que se refiere a cadáveres y XXVII, esta última salvo por lo que se refiere a personas, a través de un órgano desconcentrado que se denominará Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

XII. Participar, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, especialmente cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los productos, actividades o establecimientos materia de su competencia.

De acuerdo a la ley general de Salud en el artículo 17 sección XII. Nuestra investigación no presenta ningún riesgo para el paciente y/o padre o tutor, ya que

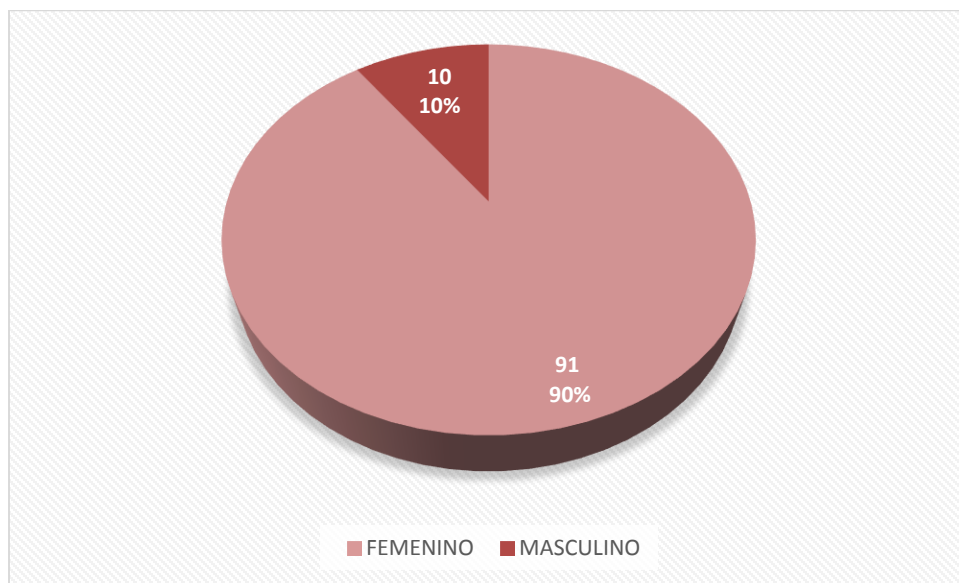
se basará en observación y recopilación de información que será proporcionada de manera verbal y escrita.

7. Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la recolección de odontogramas y de la aplicación de la prueba de personalidad CAQ.

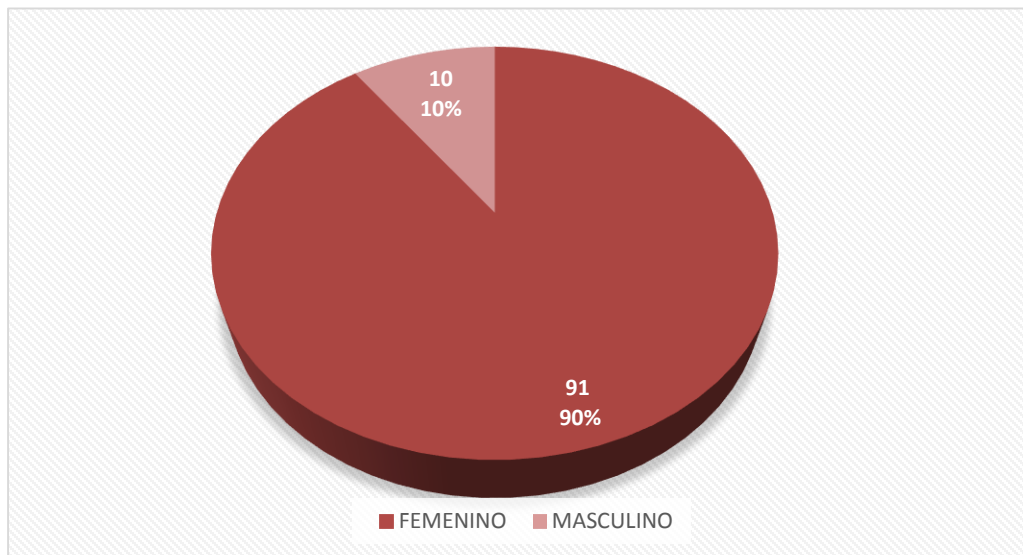
La muestra estudiada estuvo integrada por 101 padres o tutores de los cuales 10 fueron hombres (10%) y 91 mujeres (90%) (gráfica 1) para la aplicación del instrumento de rasgos de personalidad, mientras que la muestra de niños estuvo conformada por 56 hombres (55%) y 45 mujeres (45%) (Gráfica 2).

Gráfica 1. Total, de participantes (Padres o tutores)



Fuente propia. Gráfica 1. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa Excel versión 2016.

Gráfica 2. Total de participantes pediátricos.



Fuente propia. Grafica 2. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa Excel versión 2016.

Para comenzar se presenta el total de la muestra con la que se trabajó, conformada por 101 padres o tutores (hombre o mujer) y 101 hijos.

Se encontró una media de 7 en el rasgo dominante de los padres y/o tutores correspondientes al rasgo de apatía-retirada, 9.59 en el número de dientes cariados del hijo, 22.15 para el total de dientes del hijo y un 43.79% como porcentaje de caries del hijo.

En cuanto a la mediana se observa 8 en el rasgo dominante del padre que es paranoia, 9 en el número de dientes cariados del hijo, 22.0 en total de dientes del hijo y cuanto al porcentaje de caries del niño se encontró un 44.0%.

Retomando los puntajes que se obtienen en la moda son de 8 para el rasgo dominante del padre que como ya se mencionó corresponde a el rasgo de paranoia, 9 para el número de dientes cariados del niño, 20 del total de dientes del hijo mientras que el porcentaje de caries del hijo es 40%.

Finalmente, en la tabla se muestra la desviación estándar con un 2.8 para el rasgo dominante del padre, 4.0 de números cariados del hijo, 2.0 correspondiente al total de dientes del hijo y por último un 18.9% de caries en el hijo (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis Estadístico.

Estadísticos					
		Rasgo dominante del padre	Numero de dientes cariados del hijo	Total de dientes del hijo	Porcentaje de caries del hijo
N	Válido	101	101	101	101
	Perdidos	0	0	0	0
Media		7.70	9.59	22.15	43.79
Mediana		8.00	9.00	22.00	44.00
Moda		8	9	20	40 ^a
Desviación estándar		2.841	4.010	2.080	18.950

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente propia. Tabla 1. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Los puntajes obtenidos en cada una de las escalas de los rasgos de personalidad dominantes de los padres, se observa que los más relevantes fueron, paranoia presentando una frecuencia de 27, porcentaje de 26.7%; mientras que la segunda más alta fue apatía-retirada con una frecuencia de 20, porcentaje de 26.7%.

Por el contrario, las escalas que presentaron puntajes bajos fueron agitación con una frecuencia de 1.0, porcentaje de 1%, la escala de depresión baja energía con una frecuencia de 1.0 y porcentaje de 1%, así mismo la escala de culpabilidad-resentimiento obtuvo una frecuencia de 1.0, un porcentaje de 1%.

Finalmente es importante referir que la escala que no obtuvo ningún porcentaje fue el rasgo de depresión-ansiosa obteniendo 0.0 y 0% (Tabla 2).

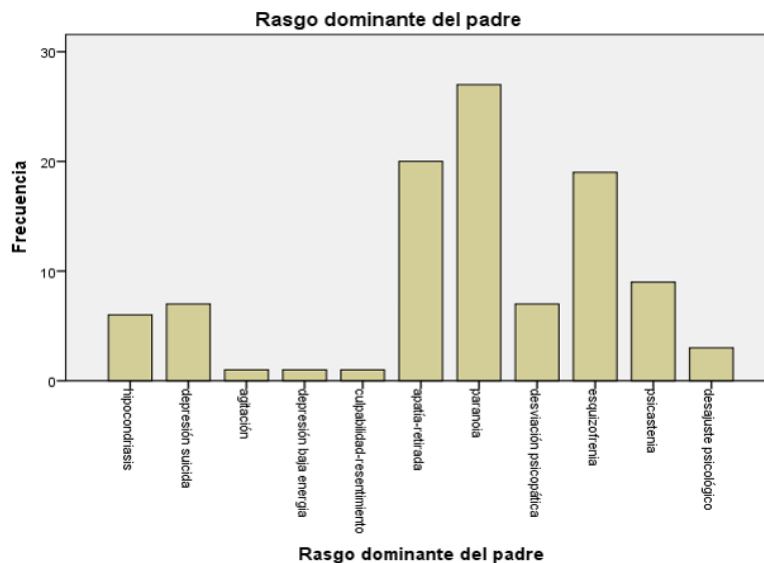
Tabla 2. Rasgos de Personalidad.

		Rasgo dominante del padre			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hipocondrías	6	5.9	5.9	5.9
	depresión suicida	7	6.9	6.9	12.9
	agitación	1	1.0	1.0	13.9
	depresión ansiosa	0.0	0.0	0.0	0.0
	depresión baja energía	1	1.0	1.0	14.9
	culpabilidad-resentimiento	1	1.0	1.0	15.8
	apatía-retirada	20	19.8	19.8	35.6
	paranoia	27	26.7	26.7	62.4
	desviación psicopática	7	6.9	6.9	69.3
	esquizofrenia	19	18.8	18.8	88.1
	psicastenia	9	8.9	8.9	97.0
	desajuste psicológico	3	3.0	3.0	100.0
Total		101	100.0	100.0	

Fuente propia. Tabla 2. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Todos estos datos que anteriormente se mencionan, también se observan en la gráfica 3. (Gráfica3).

Gráfica 3. Rasgos de personalidad.



Fuente propia. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Se puede observar que el rango de edades que conformó esta muestra en padres fue de 21 a 56 años de edad, teniendo que de 21- 26 años presentó una frecuencia de 20 y un porcentaje de 19.8%, de 27-32 años de edad una frecuencia de 26 y un porcentaje de 25.7%, 33-38 años una frecuencia de 27 con un porcentaje de 26.7% ,39-44 años frecuencia de 14 y un porcentaje de 13.8%, 45-50 años frecuencia de 11 y porcentaje de 10.8%, la edad entre 51-56 años presentó una frecuencia de 3 y un porcentaje de 2.9%, y para finalizar la edad de 51-56 presentó una frecuencia de 3 y un porcentaje de 2.9, a lo que también podemos decir que la mayor parte de los padres que participaron en esta prueba tenían entre 33 y 38 años de edad (Tabla 3).

Tabla 3. Edad de sujetos estudiados.

Frecuencia de edades de los padres o tutores.		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
21-26	20	19.8%
27-32	26	25.7%
33-38	27	26.7%
39-44	14	13.8%
45-50	11	10.8%
51-56	3	2.9%
Total	101	100%

Fuente propia. Tabla 3. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa Excel versión 2016.

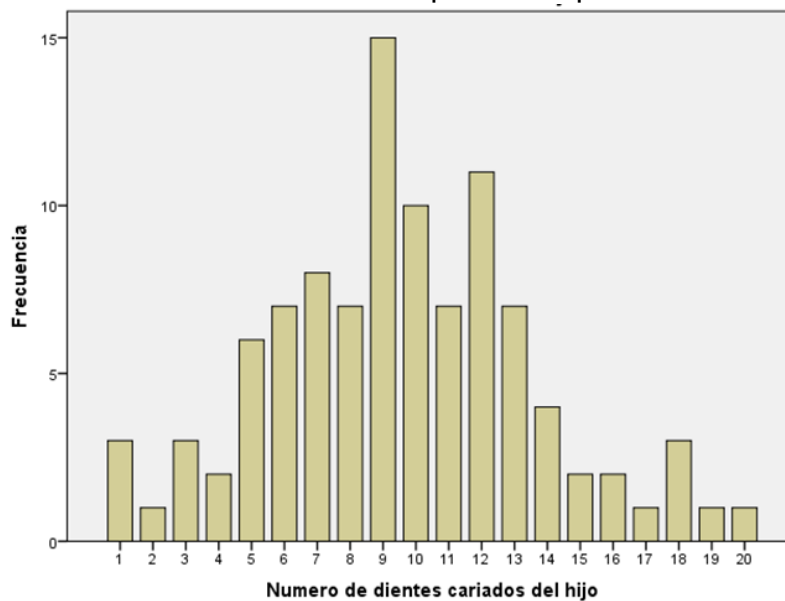
A continuación, se presenta los resultados del número de dientes cariados de los pacientes pediátricos obteniendo los siguientes puntajes, con un número de 9 dientes cariados tenemos una frecuencia de 15, porcentaje de 14.9%. La segunda escala más alta obtenida es la de un total de 12 dientes cariados con una frecuencia de 11, porcentaje de 10.9% y finalmente tenemos que 10 dientes cariados presentan los resultados de una frecuencia de 10, un porcentaje de 9.9% (Tabla 4) (Gráfica 4).

Tabla 4. Número de dientes cariados en pacientes pediátricos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	3.0	3.0	3.0
	2	1	1.0	1.0	4.0
	3	3	3.0	3.0	6.9
	4	2	2.0	2.0	8.9
	5	6	5.9	5.9	14.9
	6	7	6.9	6.9	21.8
	7	8	7.9	7.9	29.7
	8	7	6.9	6.9	36.6
	9	15	14.9	14.9	51.5
	10	10	9.9	9.9	61.4
	11	7	6.9	6.9	68.3
	12	11	10.9	10.9	79.2
	13	7	6.9	6.9	86.1
	14	4	4.0	4.0	90.1
	15	2	2.0	2.0	92.1
	16	2	2.0	2.0	94.1
	17	1	1.0	1.0	95.0
	18	3	3.0	3.0	98.0
	19	1	1.0	1.0	99.0
	20	1	1.0	1.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

Fuente propia. Tabla 4. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Gráfica 4. Número de dientes cariados en pacientes pediátricos.



Fuente propia. Gráfica 4. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

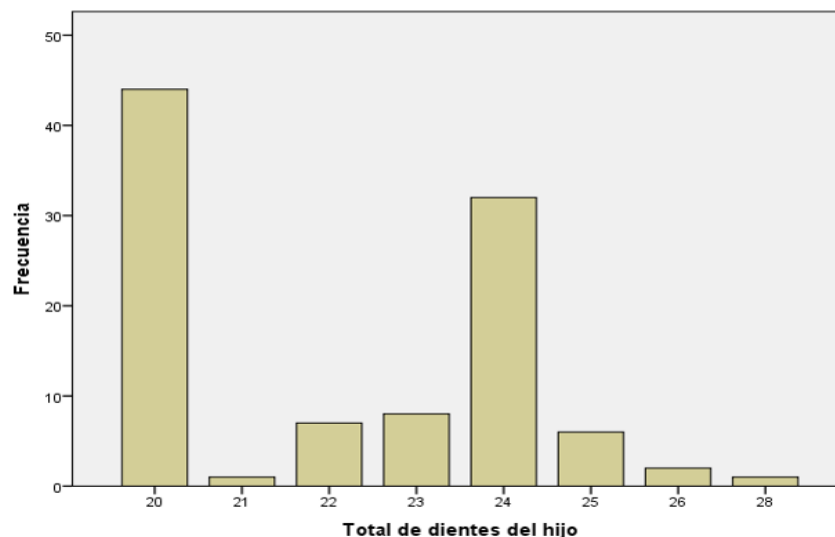
El total de número de dientes presentes en cavidad oral de los hijos el mayor número fueron 20 órganos dentarios presentando una frecuencia de 44, y un porcentaje de 43.6%, mientras que el segundo presente es 24 órganos dentarios dentro de boca, con una frecuencia de 32 y un porcentaje de 31.7%, datos que se encuentran graficados en la gráfica número 5 y la tabla 5.

Tabla 5. Total de dientes en pacientes pediátricos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 20	44	43.6	43.6	43.6
21	1	1.0	1.0	44.6
22	7	6.9	6.9	51.5
23	8	7.9	7.9	59.4
24	32	31.7	31.7	91.1
25	6	5.9	5.9	97.0
26	2	2.0	2.0	99.0
28	1	1.0	1.0	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente propia. Tabla 5. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Gráfica 5. Total de dientes en pacientes pediátricos.



Fuente propia. Gráfica 5. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

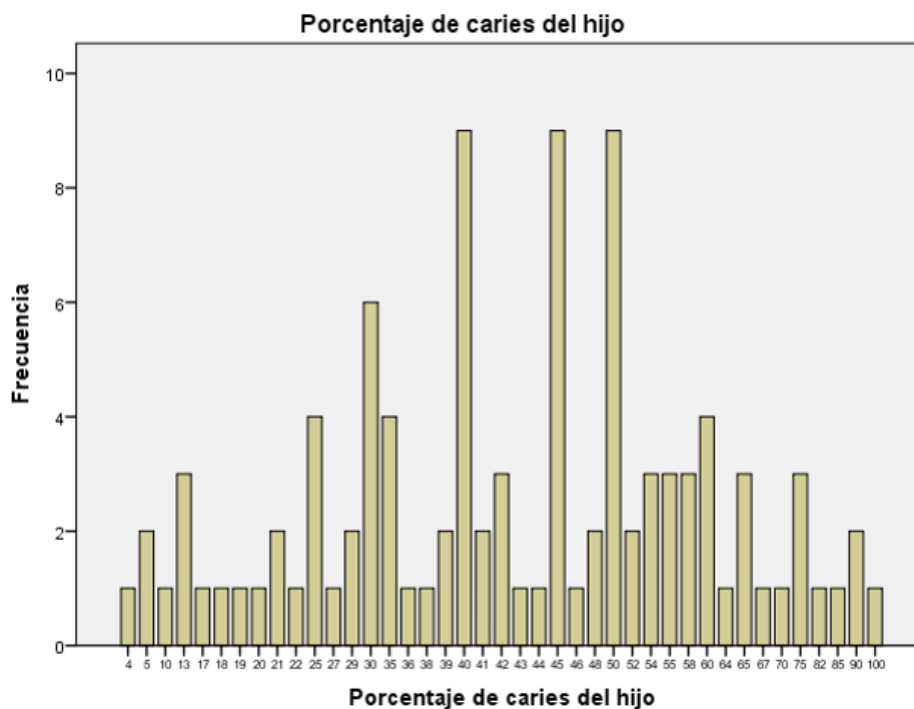
Mientras el porcentaje de caries presente en los hijos, se obtuvo como resultado 3 puntuaciones altas, que son: 40%, 45% y 50% de caries dental, estos tres porcentajes tienen 9 de frecuencia y un 8.9% de porcentaje del total de sujetos examinados (Tabla 6) (Gráfica 6).

Tabla 6. Porcentaje de Caries en pacientes pediátricos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 4	1	1.0	1.0	1.0
5	2	2.0	2.0	3.0
10	1	1.0	1.0	4.0
13	3	3.0	3.0	6.9
17	1	1.0	1.0	7.9
18	1	1.0	1.0	8.9
19	1	1.0	1.0	9.9
20	1	1.0	1.0	10.9
21	2	2.0	2.0	12.9
22	1	1.0	1.0	13.9
25	4	4.0	4.0	17.8
27	1	1.0	1.0	18.8
29	2	2.0	2.0	20.8
30	6	5.9	5.9	26.7
35	4	4.0	4.0	30.7
36	1	1.0	1.0	31.7
38	1	1.0	1.0	32.7
39	2	2.0	2.0	34.7
40	9	8.9	8.9	43.6
41	2	2.0	2.0	45.5
42	3	3.0	3.0	48.5
43	1	1.0	1.0	49.5
44	1	1.0	1.0	50.5
45	9	8.9	8.9	59.4
46	1	1.0	1.0	60.4
48	2	2.0	2.0	62.4
50	9	8.9	8.9	71.3
52	2	2.0	2.0	73.3
54	3	3.0	3.0	76.2
55	3	3.0	3.0	79.2
58	3	3.0	3.0	82.2
60	4	4.0	4.0	86.1
64	1	1.0	1.0	87.1
65	3	3.0	3.0	90.1
67	1	1.0	1.0	91.1
70	1	1.0	1.0	92.1
75	3	3.0	3.0	95.0
82	1	1.0	1.0	96.0
85	1	1.0	1.0	97.0
90	2	2.0	2.0	99.0
100	1	1.0	1.0	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente propia. Tabla 6. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Gráfica 6. Porcentaje de caries en pacientes pediátricos.



Fuente propia. Gráfica 6. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

En la tabla 7 se observan los resultados de la correlación de Pearson, observándose que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el número de dientes cariados de los hijos con el rasgo de personalidad dominante del padre o tutor.

Tabla 7. Correlación de Pearson.

		Medidas simétricas			
		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.109	.096	-1.091	.278 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.122	.098	-1.219	.226 ^c
N de casos válidos		101			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Fuente propia. Tabla 7. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

Como nos muestra el resultado de la prueba T de student que se utilizó en la presente investigación, se encuentra una diferencia significativa entre las medias obtenidas del rasgo de personalidad dominante del padre (7.65) y el número de dientes cariados de los hijos (9.54). (tabla 8)

Tabla 8. Prueba T de Student



Prueba de muestra única						
	Valor de prueba = .05					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Rasgo dominante del padre	27.073	100	.000	7.653	7.09	8.21
Número de dientes cariados del hijo	23.917	100	.000	9.544	8.75	10.34

Fuente propia. Tabla 8. Registro de datos durante la investigación, estadificados mediante el programa SPSS versión 28.

8. Discusión

Los factores estudiados durante el presente trabajo, nos muestran que los resultados de la investigación de la prueba de rasgos de personalidad de padres de familia o tutores y la higiene oral de los infantes, tiene una relación en el conteo de dientes cariados y rasgos de personalidad negativos.

Retomando el objetivo de la investigación nos encontramos con una difícil tarea relacionando los rasgos de personalidad del padre pensando que podría esto influir con el alto o bajo conteo de caries dental en niños, pues como lo refiere Selwitz RH, los dientes primarios o temporales (comúnmente conocidos como de “leche”) son importantes en la vida de un niño, ya que intervienen en la masticación, en la fonación y contribuyen a la estética además de preservar la integridad de los arcos dentales ya que guían a los dientes permanentes en sus posiciones correctas. La presencia de caries en las etapas tempranas de la vida no sólo son indicativos de futuros problemas dentales, también afectan negativamente el crecimiento y el desarrollo cognitivo al interferir con la alimentación, el sueño y la concentración (30).

La medida que tenemos para saber cuál es la formación de caries dental es un instrumento imperfecto, pero el mejor disponible en el presente. Del mismo modo, la medición de la personalidad es un laberinto de conflictos, opiniones y nomenclatura confusa. Además los mecanismos fisiológicos por los cuales los factores psicológicos pueden producir disfunción corporal (39).

Con referencia a la caries dental y la medición de la personalidad, solo se puede afirmar que las deducciones deben hacerse a partir de los mejores instrumentos disponibles. El mecanismo fisiológico por el cual las variables de personalidad pueden producir condiciones patológicas y afectar a terceros, en este caso es conjetura.

Es por ello que es importante conocer las características de personalidad de los padres y/o tutores pues como lo refiere Guilford, la personalidad es la identidad de

cada persona, con la que nace y vive y con la que al mismo tiempo se va formando, según el ambiente social y cultural en la que se desarrolle cada individuo. Se encontró como rasgo predominante un promedio de 7 que equivale al rasgo de apatía-retirada (tabla número 1), que se caracteriza por la percepción de que la sensación de la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, así mismo se tiende a evitar el trato con los demás, estas personas que formaron parte de la muestra se encuentran a gusto cuando están solas sin los demás y se sienten demasiado decaídos e inútiles como para poder hablar con la gente (16).

En cuanto a la moda se observa que el rasgo que más se repite es el de paranoia, esto refiere a que las personas que participaron en la muestra suelen presentar miedos, sensación de persecución, celos con respecto a otros y declaraciones de recelo, ambos resultados obtenidos se encuentran entrelazados con los datos obtenidos de los dientes cariados en el cual se observa una media de 9.59, y una moda de 9 (ver tabla 1), esto significa que los niños presentan 9 dientes con presencia de un proceso carioso que equivale al 40%, 45% y 50% (tabla 6), del total de los órganos dentarios presentes en cavidad oral que se relaciona con el estadístico de que en la Ciudad de México nueve de cada diez niños de preescolar o primaria tienen caries y las cavidades dentales son la enfermedad epidemiológica número uno del país con un 95% en menores de seis a nueve años (37).

Lo antes mencionado se relaciona con lo que dice Onur Burak que la caries dental y la mala higiene bucal se encuentran entre los principales problemas de salud pública infantil. Aunque la investigación dental con frecuencia se refiere al vínculo entre estas afecciones y problemas de comportamiento, se ha prestado poca atención a comprender la razón de los problemas de salud bucal desde un punto de vista psiquiátrico (38).

De la literatura psicológica se sabe que las emociones pueden alterar el pH de saliva y puede variar la cantidad de alimentos que consume una persona. Siendo esto una de las premisas la personalidad del padre puede afectar al infante. Por lo tanto, podría teorizarse que los factores temperamentales actúan como catalizadores de la acción de bacterias u otros medios en la formación de caries dentales (39).

Se obtuvo un resultado para el total de dientes de los niños estudiados, un máximo de 20 órganos dentarios con una frecuencia de 44, esto significa que 44 de los niños del total de la muestra que se evaluó tienen 20 dientes presentes en cavidad bucal de igual manera 44 de ellos contaban con 24 dientes.

Al término de la investigación se da por aceptada las hipótesis nulas, no existe relación entre el rasgo de personalidad del padre o tutor y el índice de caries del hijo.

9. Conclusiones

- El rasgo de personalidad dominante más frecuente fue apatía-retirada seguido de paranoia.
- El rasgo de personalidad que no se presentó en la muestra fue el de depresión ansiosa.
- La frecuencia en órganos dentarios cariados en los niños fue de 9.
- El total de órganos presentes en cavidad oral fue de 20 con una frecuencia del 44%.
- Los niños estudiados presentaron un porcentaje de caries de 40%, 45% y 50%.
- La edad de los padres a la que se les aplicó el CAQ fue alta en el intervalo de 33 a 38 años de edad.
- La edad de los niños a la que se estudió fue de 7 años de edad.
- Acudieron más mujeres a realizar el instrumento CAQ que hombres.
- Se estudió índice de caries más en niños que en niñas.

Los niños en su mayoría tienen un porcentaje alto en caries en un 40% teniendo relación con el rasgo de apatía-retirada tomando en cuenta que la salud bucal de los niños está enlazada en la personalidad del padre, siendo que en el estudio no fue un dato relevante la relación entre personalidad y salud bucal, aquí se muestra que con el rasgo de apatía retirada hay un incremento de caries en los infantes.

En el estudio no se encontró algún padre con depresión ansiosa, así evitando que la salud bucal de los niños fuese más deplorable.

10. Referencias bibliográficas

1. Cueli J, Reidl L, Matí C, Lartigue T, Michaca pedro. Teorías de la personalidad. Trillas; 1972.
2. Dicaprio N. Teorías de la personalidad. Mc Graw Hi. 1998.
3. Cloninger SC. Teorías de la personalidad. Pearson Educación; 2002.
4. Halgin RP, Whitbourne SK, Leticia PA, Alberto VAJ. Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. 2004.
5. Carver CS, Scheier MF, Salinas MEO. Teorías de la personalidad. Vol. 3. Prentice Hall México; 1997.
6. Carver, C. y Secheier M. Teorías de la personalidad. Prentice h. 1997.
7. Balcazar, Delgadillo, Guzmán M. Antología de las Teorías de la personalidad. México: Universidad Autónoma Del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta. México; 2002.
8. Nicholas s. Dicaprio. Teorias de la personalidad. 2018th ed. Mcgraw-hill / interamericana de México, editor. 2001.
9. Schultz DP, Schultz SE. Teorías de la personalidad. São Paulo. 2002;
10. Freedman AM, KAPLAN HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. 1975;
11. Maslow A. Jerarquía de necesidades. México: Quetzal. 2004;
12. Suárez Ir. el yo, el existir o el ser según la teoría de la personalidad por Carl Rogers.
13. Castellanos JL, Diaz LM, Lee EA. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades, 3ra edición Editorial Manual Moderno. México; 2015.
14. Suárez JLC, Guzmán LMD, Gómez EAL. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Editorial El Manual

Moderno; 2015.

15. Lizardi PG, Jiménez HG. Urgencias médicas en odontología. Editorial El Manual Moderno; 2012.
16. Krung SE. CAQ cuestionario de análisis clínico. TEA E, editor. 2005.
17. OMS. Salud Bucodental [Internet]. 24 de septiembre de 2018. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
18. HIGASHIDA B. Odontología preventiva. 2da. Edición. Editorial Mc Graw Hill. Educ México DF. 2009;
19. Zero DT. Dental caries process. Dent Clin North Am. 1999;43(4):635–64.
20. Kidd EAM, Fejerskov O. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. J Dent Res. 2004;83(1_suppl):35–8.
21. Olivares Escobar KL, Somarriba Rojas M del C, Sotelo Tórrez MA. Prevalencia de caries de la temprana infancia en niños de 1 a 5 años de edad, en el centro de desarrollo infantil " Los Pollitos" Guadalupe, León: julio-agosto 2016. 2016.
22. Carvalho JC, Ekstrand KR, Thylstrup A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. J Dent Res. 1989;68(5):773–9.
23. Lingstrom P, Van Houte J, Kashket y S. Food starches and dental caries. Crit Rev Oral Biol Med. 2000;11(3):366–80.
24. Marsh PD. Microbiologic aspects of dental plaque and dental caries. Dent Clin north Am. 1999;43(4):599–614.
25. Van Houte J, Upeslakis VN, Jordan H V, Skobe Z, Green DB. Role of sucrose in colonization of Streptococcus mutans in conventional Sprague-

- Dawley rats. *J Dent Res.* 1976;55(2):202–15.
26. Van Houte J. Role of micro-organisms in caries etiology. *J Dent Res.* 2016;
 27. Escobar Muñoz F. Odontología pediátrica. *Actual Médico Odontológicas Latinoamérica Ca Prim Carcas-Venezuela AMOLCA.* 2004;386–400.
 28. Mooney JB, Barrancos PJ. *Operatoria Dental/Dental Operation: Integración Clínica/Clinical Integration.* Ed. Médica Panamericana; 2006.
 29. Ralph E, Mc Donald D. *Odontología pediátrica y del adolescente. Odontología restauradora,* Mosby/Doyma, sexta Ed en Esp Mex. 1995;395–8.
 30. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51–9.
 31. Quiñonez RB, Keels MA, Vann WF, McIver FT, Heller K, Whitt JK. Early Childhood Caries: Analysis of Psychosocial and Biological Factors in a High-Risk Population. *Caries Res.* 2001;35(5):376–83.
 32. DIEGO CVJ. *ÍNDICE CPOD EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA EL VECINO, CUENCA-ECUADOR,* 2016. 2018.
 33. Macchi RL. *Materiales dentales/Dental Materials.* Ed. Médica Panamericana; 2007.
 34. Romo-Pinales MR, de Jesús Herrera MI, Bribiesca-García ME, Rubio-Cisneros J, Hernández-Zavala MS, Murrieta-Pruneda JF. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2005;62(2):124–35.
 35. Quintana Muñoz L, Díaz Pérez R, Chaple Gil AM. Reparación de furca de segundo molar inferior permanente utilizando Agregado de Trióxido Mineral. Presentación de un caso. 16 Abril. 2015;54(259):85–90.
 36. King NM, Anthonappa RP, Itthagarun A. The importance of the primary dentition to children-Part 1: consequences of not treating carious teeth. *Hong*

Kong Pract. 2007;29(2):52.

37. César Arellano García. En México, 9 de cada 10 niños tienen caries: Asociación Dental Mexicana [Internet]. Jueves, 08 nov 2018 17:18. 2018. Available from:
<https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2018/11/08/en-mexico-9-de-cada-10-ninos-tienen-caries-asociacion-dental-mexicana-7021.html>
38. Dursun OB, Şengül F, Esin İS, Demirci T, Yücel N, Ömezli MM. Mind Conduct disorders in children with poor oral hygiene habits and attention deficit hyperactivity disorder in children with excessive tooth decay. Arch Med Sci AMS. 2016;12(6):1279.

11. Anexos



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI
Incorporada a la Universidad Autónoma de México



Licenciatura de Cirujano Dentista
Asunto: Autorización de ingreso a clínicas para el proyecto de investigación.
Ixtlahuaca, México Marzo 2020

M. en C Elizabeth Sánchez Gutiérrez
Directora de la Licenciatura de Cirujano Dentista
Universidad de Ixtlahuaca CUI


AT'N CD. Mary Carmen Suárez Benítez
Jefe de Departamento de Titulación

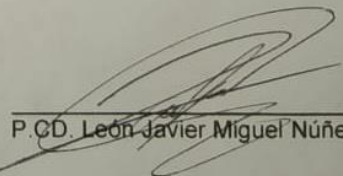
PRESENTE

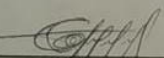
Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta, para solicitar autorización y poder ingresar a las clínicas integrales "NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI" de la que es usted actualmente directora; del periodo de Marzo-Abril del año 2020, con el fin de obtener información estadística y realizar el trabajo de tesis titulado "CARIES DENTAL EN NIÑOS MEDIANTE INDICE DE CPOD Y RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PADRES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIVERSIDAD DE ICTLAHUACA CUI" para así poder revisar a los pacientes infantiles, mediante inspección intraoral, así como revisión de la historia clínica, y la aplicación de instrumento psicométrico a los padres de los niños, siempre y cuando el paciente de su asentimiento para participar y su tutor firme el consentimiento informado.


Esperando contar con su apoyo para la realización de este proyecto para el enriquecimiento de la tesis.

Sin más por el momento, agradecemos el apoyo brindado.

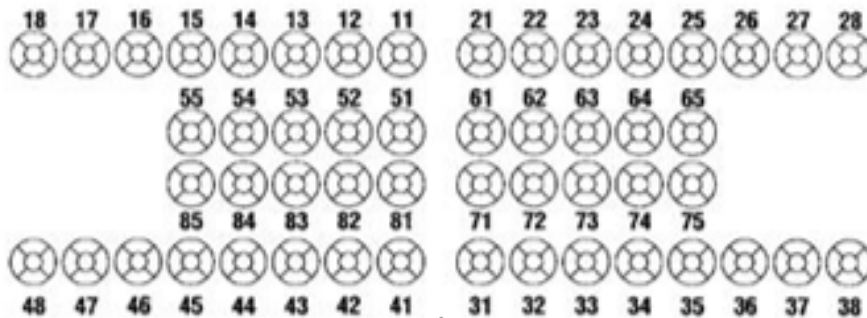

P. CD. Carina Martínez Rosas


P. CD. León Javier Miguel Núñez


ASESOR
E. OP Juana Gabriela Espinoza Suarez


ASESOR METODOLÓGICO
E. EN O. Pierre González Díaz

Indice de CPOD		
Nombre del paciente:		
Edad:	Genero:	Folio:
Odontólogo tratante:		
Grupo:	Horario de clínica:	
Nombre del padre o tutor:		
Edad:	Genero:	Estado civil:
Escolaridad:		Teléfono:
Dirección:		



INDICE DE CPO	Dientes	Superficies	Porcentaje
NUMERO DE ORGANOS DENTARIOS CARIADOS.			
NUMERO DE ORGANOS DENTARIOS PERDIDOS.			
NUMERO DE ORGANOS DENTARIOS OBTURADOS.			

OBSERVACIONES:

CAQ

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: _____ Edad: _____ Sexo:
V o M

Centro: _____ Curso/Puesto: _____

Estado civil: _____ Fecha: _____

EJEMPLOS:	1	A	B	C	2	A	B	C	3	A	B	C	4	A	B	C															
1	A	B	C	20	A	B	C	39	A	B	C	58	A	B	C	77	A	B	C	96	A	B	C	115	A	B	C	134	A	B	C
2				21				40				59				78				97				116				135			
3				22				41				60				79				98				117				136			
4				23				42				61				80				99				118				137			
5	A	B	C	24	A	B	C	43	A	B	C	62	A	B	C	81	A	B	C	100	A	B	C	119	A	B	C	138	A	B	C
6				25				44				63				82				101				120				139			
7				26				45				64				83				102				121				140			
8				27				46				65				84				103				122				141			
9				28				47				66				85				104				123				142			
10	A	B	C	29	A	B	C	48	A	B	C	67	A	B	C	86	A	B	C	105	A	B	C	124	A	B	C	143	A	B	C
11				30				49				68				87				106				125				144			
12				31				50				69				88				107				126							
13				32				51				70				89				108				127							
14				33				52				71				90				109				128							
15	A	B	C	34	A	B	C	53	A	B	C	72	A	B	C	91	A	B	C	110	A	B	C	129	A	B	C				
16				35				54				73				92				111				130							
17				36				55				74				93				112				131							
18				37				56				75				94				113				132							
19				38				57				76				95				114				133							

P.D.
D1
D2
D3
D4
D5
D6
D7
PA
PP
SC
AS
PS

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de instrucciones que explican cómo utilizar este cuestionario. Lea detenidamente estas instrucciones y asegúrese de haberlas comprendido antes de comenzar a contestar. Si tiene alguna duda, consulte con el profesor que le ha entregado este cuestionario.

Este cuestionario está diseñado para ser utilizado en la clase. Cada alumno debe tener un cuestionario y una hoja de respuestas. El profesor leerá las preguntas y los alumnos contestarán. Después de contestar, el profesor leerá las respuestas correctas y explicará por qué son correctas. Este cuestionario es una herramienta para evaluar el aprendizaje de los alumnos y para proporcionarles retroalimentación.

CAQ

CUESTIONARIO

EJEMPLO

¿Cuál es el nombre de la ciudad donde nació el autor?

A. Madrid B. Sevilla C. Valencia

¿Cuál es el nombre de la ciudad donde nació el autor?

A. Madrid B. Sevilla C. Valencia

¿Cuál es el nombre de la ciudad donde nació el autor?

A. Madrid B. Sevilla C. Valencia

¿Cuál es el nombre de la ciudad donde nació el autor?

A. Madrid B. Sevilla C. Valencia

Cuadernillo

ANOTE TODAS SUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS



Autor: S.E. Krug.

Adaptación española: N. Seisdedos y J.M. Prieto.

Copyright © 1970 by IPAT, Institute for Personality & Ability Testing.

Copyright © 1985 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID -

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una

reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Daganzo, 15

dpdo., 28002 MADRID - Depósito legal: M - 39982 - 1986.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una serie de cuestiones que permitirán conocer sus actitudes e intereses. No hay respuestas correctas o incorrectas (cada persona tiene un modo de ser distinto). Por tanto, conteste con sinceridad.

Debajo de escribir sus datos personales en la parte superior de la Hoja de respuestas, ante todas las contestaciones en la misma. Como verá, cada cuestión tiene en caso Cuadernito tres posibles respuestas (A, B, C), que también están en la Hoja. Lea atentamente cada cuestión y las tres posibles respuestas: ¡en la parte más fácil decidirá!

Ahora, conteste a los ejemplos de práctica que vienen aquí, y para dar sus respuestas marque en la Hoja el espacio que hay debajo de la letra correspondiente. Si tiene dudas pregunte ahora al examinador.

EJEMPLOS

- Me gusta presenciar una competición deportiva.
A. Si B. A veces C. No
- Prefería las personas:
A. Reservadas B. Término medio C. Que hacen amigos con facilidad
- El dinero no hace la felicidad.
A. Cierto B. A medias C. Falso
- He comprendido las instrucciones.
A. Si B. A medias C. No

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente:

- No pinte demasiado las frases, ni emplee mucho tiempo en decidir. Las frases son muy cortas por dar más opciones. Debe contestar lo que es habitual en usted. Con frecuencia, se contestan 5 ó 6 cuestiones por minuto, y se trata sólo de contestar de forma en contestar toda la prueba.
- Trata de contestar muchas veces la respuesta «término medio» (B). Si puede, decídase por una de las extremas (A ó C).
- Procure no dejar ninguna cuestión sin contestar. Le permito que alguna no tenga tiempo de ver con usted, pero si elige la respuesta que se muestra para sí mismo de ser si alguna cuestión le parece muy sencilla, no se preocupe, recuerde que se trata de un examen como cualquiera de confianza, y no puede ser valorada en una plantilla especial. Además, al contestar las respuestas, no se considerará las marcas que se han hecho en la prueba.
- Conteste sinceramente, es lo mejor. No lo haga pensando en «lo que se busca» o «lo que interesa» para impresionar al examinador.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LO INDUQUEN

- 3 -

- En la actualidad mi mismo trabajo muy bien y con rapidez.
A. Si, casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca
- Me siento a gusto y contento.
A. Casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca
- Jamás me siento tan melancólico o aburrido que tenga necesidad de destruir todo lo que me rodea.
A. Cierto B. Término medio C. Falso, no ocurre a menudo
- Las cosas me salen bien porque soy una persona educada para adelante.
A. Cierto B. A medias C. Falso
- La rutina me despierta hasta del sueño más profundo.
A. Si, a menudo B. A veces C. No, casi nunca
- Creo que soy una persona torpe y desafiada al manejar objetos.
A. Siempre B. A veces C. Casi nunca
- Suelo leer bastantes ganas de hacer cosas.
A. Casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca
- Me siento solo y desgraciado.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
- Los sentimientos de culpabilidad.
A. No me molestan B. A medias C. Me perturban
- Me resulta fácil estar cariñoso, alegre y a gusto con los niños pequeños de los demás.
A. Casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca
- Critico las científicas habilidades de la gente sin importarme lo que piensan de mí.
A. Si B. Término medio C. No
- Casi nadie dice la verdad ni confía en lo que cuentan los demás.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Personalmente siento que la gente:
A. Se porta bien conmigo B. Término medio C. Ha sido bastante injusta conmigo
- Cuando me quedo desanimado me cuesta recuperarme.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca
- Tengo la sensación de que sigo viviendo bien a la mayoría de la gente que me rodea.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- A veces tengo que hablar muy despacio, como si estuviera esperando que las palabras me vengán a la lengua.
A. Cierto B. Término medio C. Falso

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

- 4 -

- Es raro que compruebe una y otra vez si he hecho correctamente una cosa.
A. Cierto B. A medias C. Falso, lo hago para asegurarme
- Algunas ideas o palabras sin importancia me pasan por la cabeza y me están rondando una y otra vez durante días.
A. Si, a menudo B. Algunas veces C. No, muy raramente
- Mis emociones son tan poco lógicas que soy incapaz de controlarlas.
A. A menudo me pasa eso B. A veces C. Nunca me pasa
- A veces siento que mis nervios están a punto de estallar.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- No puedo llevar al día mis tareas porque no me siento bien.
A. Me pasa eso muchas veces B. A veces C. Casi nunca
- Ultimamente voy todo muy negro.
A. Falso B. A medias C. Cierto
- Cuando voy una persona atrevida que se arriesga por tonterías, aunque le salgan bien.
A. No me conmuebo B. Término medio C. Me conmuebo
- Me gustaría hacer cosas arriesgadas, como las de un piloto de carreras o de aviación.
A. Si, mucho B. A veces C. No, nada
- Odio la idea de tener que ir a un hospital si algo me enferma.
A. Cierto B. No mucho C. Falso, me hago a la idea
- Me siento triste y de mal humor.
A. Casi nunca B. A veces C. A menudo
- Al despertarme por las mañanas, me siento sin fuerzas para comenzar el día.
A. Cierto B. A medias C. Nunca
- Suelo estar tan lento y agitado que me olvidan las manos.
A. No, casi nunca B. Término medio C. Si, a menudo
- Me encuentro a gusto cuando estoy solo, sin los demás.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Se muy bien que cosas valdrían la pena hacer en esta vida.
A. Si, muy B. A medias C. Falso, no lo sé
- Siempre hay gente poniendo reglas para fastidiarme y dejarme sin libertad.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
- Cuando la gente me gusta bromea y dice que soy un tío «cuidado».
A. No me importa B. No estoy seguro C. Me molesta

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

- Comparado con los demás, tengo menos fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso, me sobran energías
- Me llegan a cansar tanto las personas que me están molestando, que ni me preocupo de controlarlas.
A. A menudo B. Algunas veces C. Casi nunca
- A veces me han tratado mal algunos familiares o personas que creía amigos.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
- Cuando estoy de viaje o vacaciones, comprendo frecuentemente cuánto dinero me queda.
A. Falso B. A medias C. Si, lo cuento a menudo
- Cuando estoy en un lugar de silencio o de reposo, tengo que me entran ganas de gritar.
A. A menudo B. A veces C. Nunca
- Suelo ver el «lado alegre de la vida» y sacarle gusto a lo que hago.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Cada pocos días tengo el vientre melancólico o hinchado.
A. Cierto B. Término medio C. No me pasa eso
- Me siento débil y enfermo.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
- Ocaso que realmente me mareaca la boca en esta vida.
A. Hay muy pocas B. Término medio C. Hay muchas
- Cuando veo una injusticia, suelo pensar:
A. ¡No hay derecho! B. Término medio C. Bueno, ¡la vida es así!
- En el trabajo evitaba tareas en las que debía llevar la voz cantante o hacerse cargo de cosas nuevas.
A. Si B. A veces C. No
- Si algo me trastorna, mis músculos se tensan y están a punto de estallar.
A. Si B. A veces C. No
- Hay muy pocos momentos en que mi vida me parece vacía y solitaria.
A. Si B. A medias C. No, me ocurre a menudo
- Casi nunca tengo esos momentos en que, sin ton ni son, el alma y el humor se vienen abajo.
A. Cierto, no me pasa eso B. Término medio C. Falso, tengo esos momentos
- Pensando en las cosas que debería haber hecho.
A. A veces no puedo dormir B. Término medio C. Puedo dormir tan tranquilo
- He estado demasiado decaído e inerte como para querer hablar con la gente.
A. Cierto B. Término medio C. Falso

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

- 5 -

- Tengo un estómago delicado, y fácilmente tengo trastornos digestivos.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Ante reglas y normas que me obligan a algo:
A. Las acepto sin molestarme B. Término medio C. Me rebelo y afirmo mis derechos
- Puedo agotar el dinero y las inconducidades.
A. Menos que los demás B. No estoy seguro C. Tanto o más que los demás
- Los críticos hacen fácilmente mis sentimientos y pueden conmigo.
A. Cierto B. A veces C. Falso, nunca
- La mayoría de las personas son amables y están dispuestas a ayudarme.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
- Creo que la gente me evita por motivos que desconozco.
A. Falso B. Término medio C. Cierto
- Me preocupo una y otra vez por cosas sin importancia si no están bien hechas.
A. A menudo B. A veces C. No, nunca
- Tengo dudas de haberle sido útil a alguien en esta vida.
A. A menudo B. A veces C. Estoy seguro de haber sido útil
- Tengo muchas y muy buenas cualidades que los demás aprecian y reconocen.
A. Si B. Término medio C. No, tengo muy pocas
- Casi nunca me siento mal o indispuesto.
A. Cierto, no me pasa B. Término medio C. Falso, me ocurre a menudo
- Cuando algo hablar de una enfermedad empiezo a pensar que tengo algo parecido.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
- Me encuentro a gusto conmigo mismo y con lo que me rodea.
A. Cierto B. A medias C. Falso, estoy harto de todo
- Me preocupan y pienso mucho las cosas que puedan salir mal.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca
- Me siento aburrido por la rutina, y me gusta intentar cosas nuevas.
A. Cierto, a menudo B. Término medio C. Falso, no me pasa eso
- Lo que pienso sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo.
A. Pocas veces lo digo B. Término medio C. Lo digo abiertamente
- Es raro que esté tan tenso que necesito un gran esfuerzo para hacer frente a algo.
A. Cierto, casi nunca me ocurre B. No estoy seguro C. Falso, me pasa eso

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

- 6 -

- Casi siempre me levanto cansado y necesito dormir más.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Puedo pensar que he fracasado en mis tareas.
A. No, casi nunca B. Término medio C. Si, me siento culpable
- Puedo que la vida es tan abundante y sin sentido, que no merece la pena decirle a los demás cómo me siento.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- Me resulta fácil hablar con la gente de cosas sin importancia pero alegres.
A. Siempre B. A veces C. Nunca
- La gente sigue sus amistades.
A. Por los beneficios que le dan B. Término medio C. Por verdadera amistad
- La gente que la vida es demasiado «agitada» para cuidarse por sí misma debería, sin más, ser ayudada por otros.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
- Soy más feliz cuando sigo mi camino, sin prestar atención a lo que dice la gente.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
- No tengo momentos en los que me cueste recordar dónde estoy o el nombre de mis amigos.
A. Cierto, no tengo esos olvidos B. Término medio C. Falso, me ocurre a menudo
- Los demás me dejan en paz en cosas que no quiero hacer.
A. Cierto B. Término medio C. Falso, me obligan a hacerlas
- Tengo la costumbre de contar las cosas (más pasos, fátigas, ladrillos, etc.), sin ninguna razón aparente.
A. A menudo B. A veces C. Raras veces
- Soy del tipo de personas a quien los demás suelen respetar y pedir consejo.
A. Si B. Término medio C. No
- Pienso que no valgo para nada.
A. Si, muchas veces B. A veces C. No, casi nunca
- La mayor parte del tiempo me siento flojo y tan cansado que apenas puedo moverme.
A. Cierto B. En parte C. No, casi nunca
- Raras veces me siento harto y a disgusto con mi vida.
A. Cierto B. Término medio C. Falso, a menudo me siento así
- Pienso que la muerte es el final de todos nuestros problemas.
A. Lo pienso a menudo B. A veces C. No, casi nunca

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

80. Estoy a disgusto hasta que encuentro algo amigable que hacer.
A. Sí B. Término medio C. No
81. Me gusta haberme responsable del dinero familiar y de la marcha de los negocios.
A. Sí B. Poco C. Nada
82. Tengo confianza en mí para dar la cara y resolver la mayoría de los imprevistos que me salen al paso.
A. Cierto B. A veces C. Falso
83. Me pongo de mal humor cuando estoy decidido.
A. A menudo B. Alguna vez C. Casi nunca
84. Frenco que nadie me helere realmente.
A. Lo pienso a menudo B. Alguna vez C. Nunca
85. Cuando pienso lo que me va a pasar por los errores que he cometido.
A. Puedo dormirme B. Término medio C. No logro dormirme
86. Mi vida está llena de momentos de alegría y animación.
A. Sí, muchos B. Término medio C. No, casi ninguno
87. Cuando he hecho alguna cosa bien, he encontrado:
A. Aliento y ánimo B. Término medio C. Calos y envidia
88. Cuando se sabe públicamente el trabajo de personas que tampoco, pienso que yo hago poco.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
89. Siento placer ante los imprevistos y discusiones que desconciertan a los demás.
A. A menudo B. A veces C. Nunca
90. La gente murmura de las cosas privadas que hago, pero no me importa ser el centro de su atención.
A. Cierto B. Sólo alguna vez C. Falso, me preocupa
91. La gente parece estar de acuerdo en llamarme como si mis opiniones no valieran la pena.
A. Sí, suelen tratarme así B. A veces C. No, nunca me tratan así
92. Cuando pienso que he podido hacer algún mal sin querer a un familiar.
A. No me preocupa B. A medias C. Me preocupa
93. Pienso que hay cosas en mi vida diaria que deben hacer con precisión, no importa cuánto tiempo o trabajo me lleven.
A. Sí, me ocurre con muchas cosas B. Sólo con una o dos C. Con ninguna
94. Me siento fácil y relajado, y es raro que tenga que cambiar de decisión.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
95. Tengo sólo unas pocas amistades que confían en mí y en las que yo puedo confiar.
A. Cierto, son pocas B. Término medio C. Falso, tengo muchas

96. Siento que la vida es una cosa muy serena.
A. Pocos veces B. Término medio C. Muchas veces
97. Últimamente me siento un camino lo que me pueda pasar.
A. Cierto, no me importa B. A veces C. Falso, me importa mucho
98. La vida me parece ya vivir sin sentido o propósito.
A. Muy cierto B. En parte C. Falso
99. Me gusta estar con personas que gritan bromas, aunque estas sean un poco peligrosas.
A. Sí, es cierto B. Tal vez C. No, no me gusta
100. Considero la sangre fría ante un accidente grave.
A. Casi nunca B. A veces C. Casi siempre
101. Si me dicen que alguien ha hablado mal de mí, prefiero:
A. Varme con el cara a cara B. Término medio C. No darne por enterado
102. Duermo profundamente y me despierto lleno de energías.
A. Casi siempre B. Sólo a veces C. Casi ningún día
103. Suelo quejarme de todo lo que me sale mal y siempre soy crítico conmigo mismo.
A. Sí, la mayoría de las veces B. Algunas veces C. Nunca
104. Me siento como si hubiera hecho algo malo, pero no sé qué he sido.
A. Sí, a menudo B. Alguna vez C. Nunca
105. Si la gente dice que soy desconfiado con la gente que me toca hacer.
A. No me importa B. A medias C. Me preocupa
106. Puedo confiar en la mayoría de lo que dicen que van a hacer.
A. Sí, completamente B. A medias C. No, nada
107. Se puede confiar en que la mayoría de las personas no te utilizarán desahogado por sus servicios.
A. Cierto B. Tal vez C. Falso, hay que desconfiar
108. No me daían gran temor las enfermedades que desconozco.
A. Cierto B. En parte, cierto C. Falso, me aterrorizan
109. Cuando estoy en medio de una multitud, me puer nervioso pensar que puedan lastimarme.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca
110. Creo ver gente observándome desde lugares ocultos, pero desconozco cuándo me miran aporramente.
A. Sí, a menudo B. Alguna vez C. Falso, nunca
111. Nunca he sentido el impulso de ser violento o de llevar una vida desordenada.
A. Nunca lo he sentido B. A veces C. Lo siento a menudo
112. Cuando estoy en un lugar donde hay otros seres y costumbres.
A. Me siento perdido B. Término medio C. No sé cómo actuar y me pongo nervioso

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

113. Algunas veces creo que soy una persona sin éxito, sin destino.
A. Cierto B. Tal vez C. Falso
114. Cuando me siento perdido, la cabeza y hago torcerías.
A. Sí, a menudo B. Sólo alguna vez C. No, raramente
115. Al sentarme a la mesa, no me cuesta comer.
A. Cierto B. Término medio C. Falso, me cuesta tragar comida
116. Casi nunca deseo «¿Qué se podrá ser todo?»
A. Cierto B. Término medio C. Falso, lo deseo
117. Soy ya muy pocas las cosas que me apenan, habo.
A. Sí B. Término medio C. No, hay muchas
118. La vida llena me de oportunidades para expresarme tal como soy.
A. Sí, me falta algo B. Término medio C. Falso, yo tengo oportunidades
119. Suelo mucho salir cosas que me dan miedo.
A. Sí, a menudo B. A veces C. No, casi nunca
120. Las raras, arañas o cucubras:
A. Me dejan tan tranquilo B. A medias C. Me dan escalofríos
121. Me preocupa porque no sé mucho por resolver mis problemas.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca me preocupa por eso
122. Cuando pienso en los errores que he cometido en mi vida.
A. Me siento muy mal B. Término medio C. No le doy muchas vueltas
123. Es extraño, tengo problemas en los que estoy sólo y abandonado.
A. Sí, a menudo B. A veces C. Casi nunca
124. Diferente y me siento en salir de casa para conocer gente nueva.
A. Sí B. A medias C. No
125. En la mayoría de las ciudades pequeñas o pueblos no hay peligro de ser situado cuando se sale a dar un paseo.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
126. Cuando hablan conmigo, muchas personas intentan averiguar los asuntos personales o negocios privados.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
127. Me gusta que la gente este muy en desacuerdo conmigo y lo siento como un desafío o estímulo.
A. A menudo B. Pocos veces C. Nunca
128. Creo que recibo la simpatía y comprensión que toda persona debe esperar.
A. Sí B. A medias C. No

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

129. Nunca he sentido la sensación de que me estuvieran obligando a hacer algo mediante hipnotismo o con magia.
A. Cierto, nunca B. A veces C. Falso, la he tenido
130. Los demás nunca dicen de mí que soy demasiado ordenado, aseado y limpio.
A. Cierto B. Término medio C. Falso, dicen que soy así
131. Me pasan por la mente palabras o ideas sucias y no puedo librarme de ellas.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca
132. Tengo pocos éxitos en la vida por mi poca valía.
A. Falso B. Término medio C. Cierto
133. Me considero una persona feliz y contenta, a pesar de tener problemas cono todos.
A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso
134. No creo estar peor de salud que los demás.
A. Cierto, estoy como todos B. No estoy seguro C. Falso, estoy peor que ellos
135. Creo que he llegado al final de mi camino, y prefiero detenerme.
A. A menudo B. A veces C. Casi nunca
136. Cuando me levanto por la mañana me siento en forma para hacer frente a los problemas diarios.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
137. Al encontrarme con peligros y problemas, los demás personas:
A. Se alteran menos que yo B. No estoy seguro C. Se alteran más que yo
138. Me siento seguro de mí y tranquilo.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca
139. Ante una emergencia, pienso con calma y serenidad.
A. Siempre B. A veces C. Nunca
140. Me siento cansado y no consigo descansar lo suficiente.
A. Casi siempre B. A veces C. Raras veces
141. Al recordar los aciertos y fallos de mi vida pasada.
A. Pienso más en los aciertos B. Término medio C. Pienso más en los fallos
142. Casi nunca tengo molestias de estómago o de vientre.
A. Cierto B. Término medio C. Falso
143. Me resulta fácil charlar y gastar bromas a una persona del otro sexo.
A. Cierto B. A medias C. Falso, me cuesta hacerlo
144. No confío en nadie, es una norma segura en esta vida.
A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

LA PRUEBA HA TERMINADO.
COMPRUEBE SI SE ENCONTRA EN SU LUGAR.



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ voluntariamente y en pleno uso de mis facultades mentales doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la prueba psicométrica, para evaluar rasgos de personalidad.

Por este medio expreso, que recibí una explicación, clara y completa de la naturaleza general y de los propósitos de la prueba, así como la razón específica por la que se me somete a la misma.

Estoy consciente de que quizá no es posible que la persona que aplica la prueba me explique todos los aspectos de la misma hasta que haya terminado. También entiendo que puedo dar por terminada mi participación en la prueba en el momento en el que considere, sin ninguna repercusión. Entiendo que los resultados se manejarán con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrá presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos, para la investigación "CARIÉS DENTAL EN NIÑOS MEDIANTE ÍNDICE DE CPOD Y RASGOS DE PERSONALIDAD DEL PADRE Y/O TUTOR EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI" y almacenados en el programa Excel, junto con algunos datos obtenidos por los P.CD CARINA MARTINEZ ROSAS Y P.CD LEON JAVIER MIGUEL NUNEZ, del expediente de mi hijo(a) _____.

|

Nombre y firma del padre.

Nombre y firma de los encargados de la investigación.