



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PADRES EN
MÉXICO Y SU IMPACTO EN LA PREVENCIÓN Y
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

YAREMI JANAHI GIL CORTÉS

TUTOR: Mtro. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

Responsable de área del Seminario de Odontopediatría
Esp. ALICIA MONTES DE OCA BASILIO


12 abr 23

MÉXICO, Cd. Mx.

2023



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.

A Dios:

Soy consciente de que sin ti en mi vida esto no habría sido posible. Por guiarme, proveerme, sustentarme y amarme. Por demostrarme que tus sueños y tus anhelos son más grandes que los míos. Gracias por preparar mi futuro con tal amor y cuidado.

A mi mamá:

Rocío, mi mayor ejemplo e inspiración. Por tu amor incondicional, consejos, apoyo, esfuerzo y sacrificio. Por demostrarme que las oportunidades se buscan y los sueños se trabajan. Por enseñarme el verdadero significado de resiliencia. Gracias por brindarme siempre más de lo necesario y lo mejor para poder alcanzar mis sueños. Este logro te pertenece. Deseo honrarte cada día de mi vida.

A mis abuelitos:

Virginia y Maximino. Por ser un pilar fundamental en mi formación personal, grandes ejemplos de superación y de que con trabajo y honestidad siempre se puede vivir mejor. Gracias por abrazarme con sus consejos, su apoyo, sus apapachos y su amor.

A mis hermanos y sobrinos:

Cinthia, Emmanuel, David, Fátima e Isaac. Por ser mis cómplices y mis compañeros de aventuras. Por sus palabras de ánimo, la alegría y el amor que me han brindado a lo largo de mi vida. Por inspirarme a ser una mejor persona.

A Jonatan:

Por brindarme el amor más puro y sincero. Porque tus consejos, tus palabras de aliento, tu ejemplo y tus cuidados han traspasado la barrera del tiempo y la ausencia. Gracias por enseñarme a confiar en mí, a soñar en grande, a desprenderme de mis temores y convencerme de que con esfuerzo y de la mano de Dios puedo lograr todo lo que me proponga. Este logro va con especial dedicatoria para ti hasta el cielo.

A la familia Rodríguez Valentín:

Carlos, Laura, Belén, Karla y Andrea. Por el amor, ejemplo, cobijo, consejos y apoyo que me han brindado. Gracias por permitirme ser parte de ustedes durante todos estos años. Agradezco a Dios tenerlos en mi vida.

A mis amigos:

Vanessa, Marlene, Esteban, Marett y Rodrigo. Por demostrarme el verdadero significado de la amistad. Gracias por todo el cariño que me han dado durante la carrera y la vida fuera de ella. Gracias por ser mi red de apoyo y por permitirme crear junto a ustedes los recuerdos más bonitos y las historias más divertidas.

A mi tutor:

Mtro. Héctor Ortega Herrera. Por aceptar ser parte de este reto y comprometerse con él. Por su especial colaboración y por compartirme de su valioso tiempo y de sus conocimientos.

A la coordinadora del seminario:

Esp. Alicia Montes de Oca Basilio. Por su compromiso con nuestra formación, el tiempo y la dedicación que destinó a este seminario durante estos meses.

A la Facultad de Odontología, UNAM:

Por proporcionarme una formación académica de excelencia y humana. Porque el orgullo de pertenecer a la Máxima Casa de Estudios me acompañará por siempre.

Por mi raza hablará el espíritu

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. GENERALIDADES	7
1.1 TRIADA ECOLÓGICA	7
1.2 PREVENCIÓN	8
1.3 ATENCIÓN	9
1.4 FACTORES DE RIESGO	11
1.5 FACTORES PROTECTORES	12
1.6 ESCOLARIDAD	12
2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PADRES EN MÉXICO	13
2.1 DATOS ESTADÍSTICOS	14
2.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD Y SUS CONSIDERACIONES	18
2.2.1 PSICOLÓGICAS	18
2.2.2 ECONÓMICAS	21
2.2.3 DEMOGRÁFICAS	23
2.3 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD ORAL	25
3. RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	27
3.1 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA EN MÉXICO ACTUALMENTE	28
3.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PADRES COMO FACTOR DE RIESGO	30
3.2.1 REPERCUSIONES EN SALUD	30
3.2.2 REPERCUSIONES CONDUCTUALES Y EDUCATIVAS	33
3.2.3 REPERCUSIONES ECONÓMICAS	35
3.3 ACCIONES PREVENTIVAS Y DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS POR PARTE DEL ODONTOPEDIATRA	36

3.3.1 CONCIENTIZACIÓN	36
3.3.2 PREVENCIÓN DE ERRORES Y ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD	38
3.3.3 IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	40
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ofrece una definición de la palabra “Salud” más completa y dinámica, en la cual se amplían las implicaciones alrededor de la misma, por lo que deja de ser encasillada únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Al tomar como referencia esta definición, la Odontología ha dejado de buscar y determinar únicamente el origen, así como el tratamiento de las enfermedades y ha comenzado a apostar por establecer acciones que prevengan su aparición y desarrollo.

De esta manera es posible constituir la necesidad que tienen la prevención y atención odontológica de renovarse constantemente, al ampliar sus esfuerzos y, por consiguiente, sus alcances. Parte de esta renovación radica en que en la Odontología (y específicamente en la Odontopediatría) se reconozca la influencia de factores de naturaleza socioeconómica tales como el entorno familiar, económico y social sobre el estado de salud del paciente.

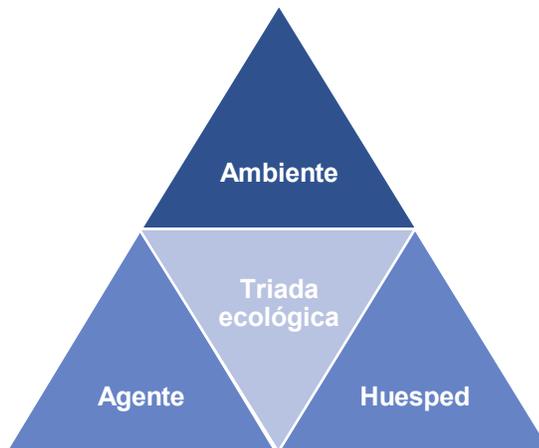
El objetivo de este trabajo de revisión bibliográfica es relacionar el nivel de escolaridad en padres como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades en cavidad oral de los menores, al generar un impacto significativo sobre las variables mencionadas anteriormente: prevención y atención odontológica.

1. GENERALIDADES

En este apartado se ofrece un marco conceptual, el cual es necesario para facilitar la comprensión de las variables referentes a esta revisión bibliográfica y la relación entre ellas. Es importante mencionar que el marco conceptual del último subtema en este apartado se contextualiza dentro de la población mexicana, pues la revisión bibliográfica se enfocó en dicha población.

1.1 TRIADA ECOLÓGICA

Leavell y Clark determinan que hay tres elementos en constante interacción: agente, huésped y ambiente; este modelo se denomina triada ecológica. El equilibrio entre estos elementos es sinónimo de estado de salud para un individuo, por el contrario, la alteración o ruptura del equilibrio da como resultado un proceso de enfermedad. ¹ (Esquema 1)



Esquema 1. Triada ecológica. Modificado de Leavell y Clark 1965. ²

Agente: se refiere a cualquier elemento que, estando presente o ausente, puede servir como estímulo para iniciar el proceso de enfermedad. Estos pueden clasificarse como: Biológicos, físicos, químicos, mecánicos, nutrientes. ¹

Huésped: se define como el sujeto que se encuentra susceptible a alojar a un agente y, por consiguiente, a adquirir alguna enfermedad. El equilibrio dependerá, por ejemplo, de la edad, el sexo y el sistema inmunológico del mismo.

Ambiente: representa el hábitat tanto del/los agente/s, como del huésped; es decir, todo aquello que les rodea. Puede clasificarse como: Físico, biológico y social (socioeconómico y cultural).

La triada ecológica como un instrumento gráfico, ayuda a reconocer que las enfermedades surgen o se desarrollan multicausal o multifactorialmente, y que el desequilibrio puede producirse tanto en el agente como en el ambiente, no exclusivamente en el huésped. Este reconocimiento permite un manejo más eficaz al implementar y aplicar medidas de prevención o atención, ya que no estarán destinadas únicamente a uno de los componentes de la triada. ¹

1.2 PREVENCIÓN

En materia de salud, la prevención se refiere a todas aquellas medidas establecidas cuya finalidad u objetivo es impedir alguna deficiencia física, mental o sensorial en un individuo, o bien, impedir que una vez presentes estas deficiencias desencadenen algún tipo de consecuencia ya sea física, psicológica o social negativa.

Es de relevancia mencionar que para poder aplicar medidas preventivas específicas y funcionales ante cualquier enfermedad, condición, lesión o patología es preciso conocer su génesis y evolución. ³

En la Tabla 1 se describen los 3 niveles de prevención que Leavell y Clark mencionan y organizan junto con sus aplicaciones, los cuales van

destinados específicamente al estado de salud del individuo, grupo o comunidad. El primer nivel se ubica dentro del periodo prepatogénico de la enfermedad, mientras que el segundo y tercer nivel se ubican dentro del periodo patogénico de la enfermedad. ⁴

NIVELES DE PREVENCIÓN	
NIVEL	DEFINICIÓN
Prevención primaria	Acciones dirigidas a evitar la adquisición de una enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el periodo prepatogénico. • Acciones: Promoción de la salud y protección específica.
Prevención secundaria	Acciones dirigidas a evitar la progresión de una enfermedad mediante la detección en estadios tempranos de la misma. <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el periodo patogénico. • Acciones: Diagnóstico, tratamiento oportuno y limitación del daño.
Prevención terciaria	Acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del individuo evitando la progresión de una enfermedad que ya no se encuentra en estadios tempranos y con esto, posibles complicaciones, agravamiento e invalidez. <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en el periodo patogénico. • Acciones: Rehabilitación física, mental y social.

Tabla 1. Niveles de Prevención. Modificada de Leavell y Clark 1965. ²

La importancia de la prevención radica en que el accionar del profesional de salud debe comenzar desde antes del establecimiento de una enfermedad, su responsabilidad no se limita únicamente a la rehabilitación una vez establecido el proceso de la enfermedad. ³

1.3 ATENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la atención médica como todos aquellos medios específicos y directos que en conjunto se destinan para poner al alcance del mayor número de individuos recursos de diagnóstico

temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación ante una enfermedad, lesión, patología o condición. ⁵

En salud existen tres niveles de atención, clasificados no por los servicios prestados sino por los problemas de salud que se encargan de resolver: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel. Dentro del sistema de salud, el primer nivel de atención se constituye como el más importante, pues se encarga de la resolución de casi el 80% de enfermedades; seguido por el segundo nivel de atención, el cual se encarga de la resolución de otro 15% enfermedades y, por último, el tercer nivel que se encarga de la atención del 5% de las enfermedades.

Primer nivel de atención: destinado a resolver las necesidades de atención básicas de manera oportuna, por lo que constituyen el nivel de primer contacto con la población o el más cercano a ella. Entre las actividades que se realizan se encuentran la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y rehabilitación tempranos. Dentro de este nivel se encuentran los consultorios, clínicas y centros de salud.

Segundo nivel de atención: este nivel proporciona atención que requiere de diagnóstico y rehabilitación por parte de especialidades tales como: Medicina interna, cirugía general, etc.

Tercer nivel de atención: las enfermedades que requieren procedimientos de alta especialidad y de alta tecnología se resuelven en el tercer nivel. ³

Es importante mencionar la relación entre estos niveles de atención y los servicios brindados en odontología: los cirujanos dentistas de práctica general realizan actividades pertenecientes al primer nivel de atención, sin

embargo sus actividades también se ubican dentro del segundo nivel debido a su especialidad por formación (especialistas en dientes o en boca); las actividades realizadas por un odontólogo de grado (especialista) pertenecen al segundo nivel de atención; por último, un equipo multidisciplinario a nivel hospitalario realiza actividades del tercer nivel de atención.

El 90% de los casos que se resuelven pertenecen al primer y segundo nivel de atención, mientras que el 10% de los casos restantes requieren atención de tercer nivel. Estas cifras reflejan la responsabilidad del odontólogo general o especialista de maximizar sus esfuerzos para que los casos que requieran una atención de tercer nivel sean cada vez menos. ⁶

1.4 FACTORES DE RIESGO

Aquellas condiciones o variables asociadas directamente con la probabilidad de que una enfermedad aparezca o se desarrolle, se denominan factores de riesgo. En otras palabras, cuando estas variables se presentan, se incrementa la susceptibilidad a desarrollar cierta enfermedad, mas no la provocan por sí solas. Los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos: Factores modificables y Factores no modificables.

Factores de riesgo modificables: No están relacionados directamente con el individuo y son susceptibles al cambio. Algunos ejemplos son: Apiñamiento dental, dieta, hábitos perniciosos, etc.

Factores de riesgo no modificables: Relacionados directamente con el individuo y no son susceptibles al cambio. Algunos ejemplos son: Edad, sexo, genética, etc. ⁷

Al estar relacionadas con la causalidad de una enfermedad, estas variables indican el grado de riesgo en el que se encuentra un individuo y, por consiguiente, también representan áreas a corregir para evitar el desequilibrio en alguno de los componentes de la triada ecológica, lo cual se traduce como una aplicación de la prevención primaria.⁸

1.5 FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores representan la contraparte de los factores de riesgo. Son variables de tipo biológicas o terapéuticas, las cuales se pueden usar para prevenir, modificar o detener los cambios que pueden generar los factores de riesgo sobre el individuo. Algunos ejemplos de factores protectores son: Residir en una comunidad con servicios básicos, dieta balanceada, buenos hábitos de higiene bucal, etc.

La aplicación de factores protectores, representan también una acción correspondiente a un nivel de prevención primaria.⁸

1.6 ESCOLARIDAD

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) define el nivel de escolaridad como “Grado de estudio más alto aprobado por la población en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional (SEN), o su equivalente en el sistema abierto de enseñanza o estudios en el extranjero”.

El Sistema Educativo Nacional (SEN) determina los siguientes niveles de escolaridad: Preescolar o kínder, primaria, secundaria, carrera técnica con secundaria terminada, normal básica, preparatoria o bachillerato, carrera técnica con preparatoria terminada, licenciatura o profesional, maestría o doctorado.⁹

El nivel de escolaridad de un individuo se obtiene mediante la suma de años aprobados desde el primer grado de primaria hasta el último año cursado; el primer grado de primaria equivale a un año acumulado, el segundo grado equivale a dos años acumulados, el tercer grado equivale a tres años acumulados y así sucesivamente. Para obtener el grado de escolaridad de una población, se suman los años acumulados de cada integrante; posteriormente, el resultado se divide entre el número de integrantes que componen dicha población y así se obtiene el grado de escolaridad promedio. ¹⁰

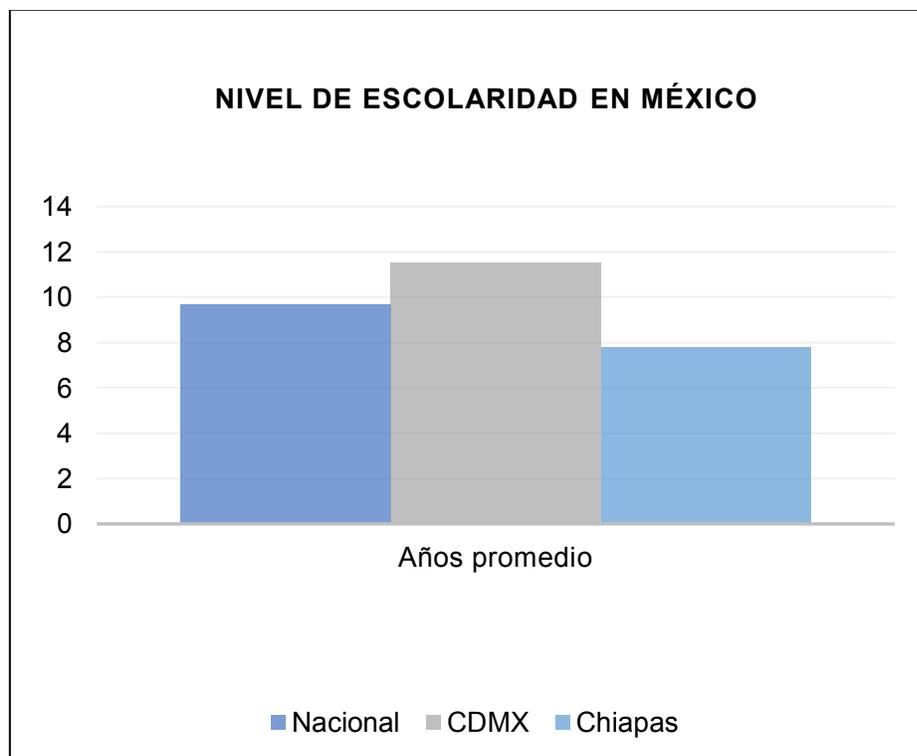
2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PADRES EN MÉXICO

El INEGI, dentro del Censo de Población y Vivienda, cuenta con un apartado el cual censa el nivel de escolaridad de hombres y mujeres mayores de 15 años que se identifican como padres en México. ¹¹ Sin embargo, la relación entre este nivel de escolaridad (así como todas las consideraciones derivadas del mismo) con la atención y prevención odontológica, ha sido poco estudiada por los organismos gubernamentales y de salud, lo cual no ha permitido establecer concretamente el nivel de escolaridad en padres como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales en los menores.

De allí la importancia de establecer si el nivel de escolaridad de padres representa un factor de riesgo para desarrollar enfermedades bucodentales en pacientes odontopediátricos, lo cual se realizará tomando como referencia investigaciones que se describirán a continuación y que estudiaron la relación entre estas dos variables, con el objetivo de reconocer áreas de oportunidad para mejorar la atención odontológica.

2.1 DATOS ESTADÍSTICOS

En México, según datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el año 2020, el indicador del promedio de escolaridad en la población de 15 años y más a nivel nacional se ubica en 9.7 años (equivalentes a tercer grado de secundaria); la Ciudad de México se posiciona como la Entidad Federativa con el grado promedio de escolaridad más alto, con un indicador de 11.5 años (equivalentes a segundo grado de bachillerato) y Chiapas como la Entidad Federativa que tiene el indicador más bajo con 7.8 años (equivalentes a primer grado de secundaria), tal como se muestra en la Gráfica 1. ¹¹



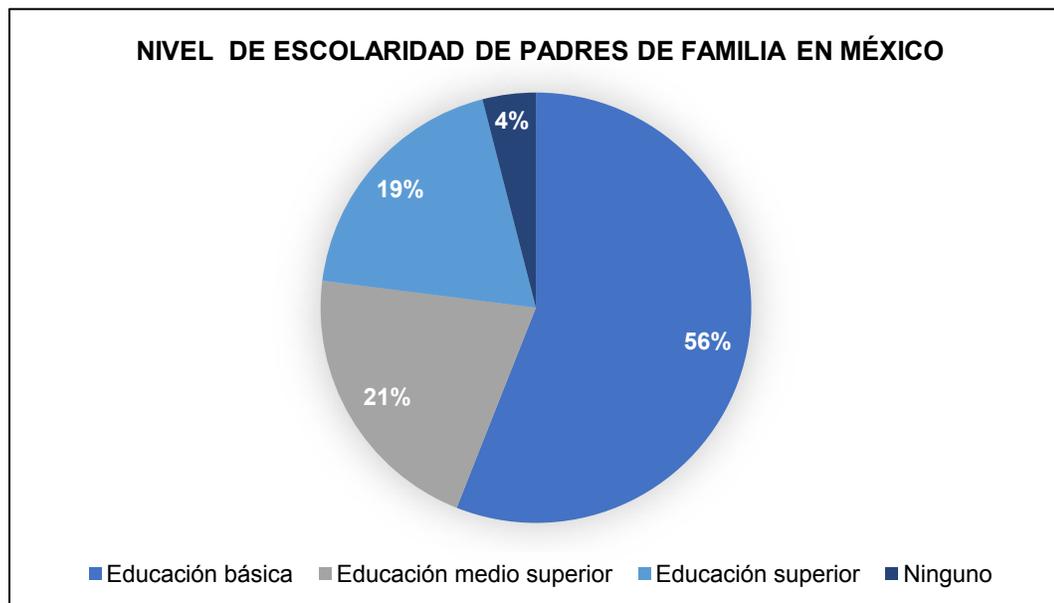
Gráfica 1. Nivel de escolaridad en México en personas mayores a 15 años.

Modificado de Censo de Población y Vivienda, INEGI 2020. ¹¹

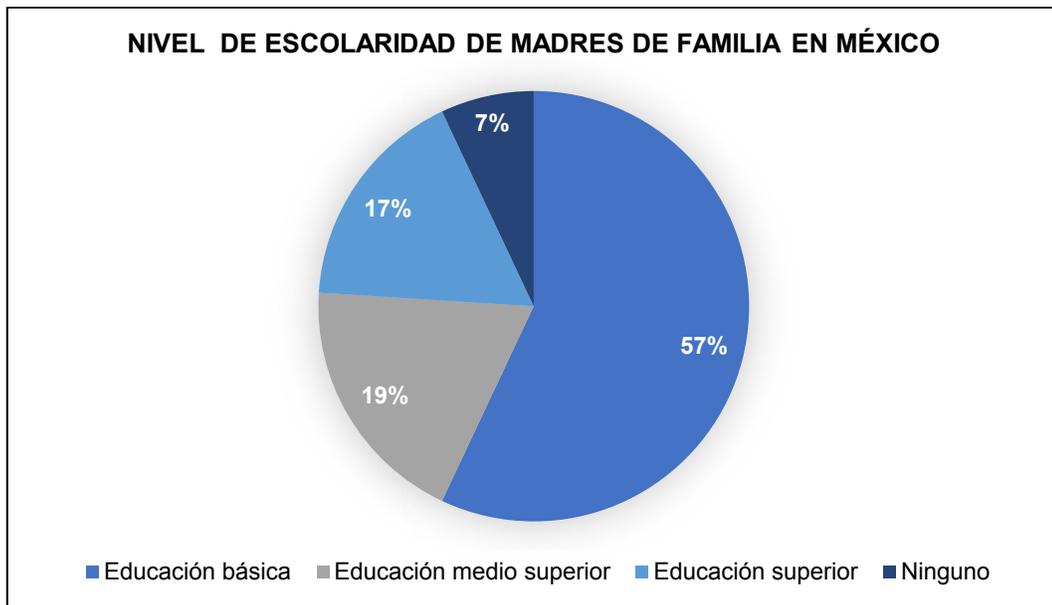
Otros resultados arrojados por este mismo censo ofrecen datos que permiten identificar las condiciones sociodemográficas de los padres y madres de familia (hombres y mujeres de más de 15 años que se identifican como padres), tales como la escolaridad y la actividad económica. El INEGI reconoce que el nivel de escolaridad de los padres puede mejorar el nivel socioeconómico familiar.

El 56% de los padres de familia mexicanos cuenta con estudios de educación básica, 21% cuenta con estudios de nivel medio superior, 19% cuenta con estudios de nivel superior y el 4% restante no cuenta con escolaridad alguna. (Gráfica 2)

El 57% de las madres de familia mexicanas cuenta con estudios de educación básica, 19% cuenta con estudios de educación media superior, 17% cuenta con estudios de nivel superior y el 7% restante no cuenta con escolaridad alguna. ¹¹ (Gráfica 3)



Gráfica 2. Nivel de escolaridad de padres de familia en México. Modificado de Censo de Población y Vivienda, INEGI 2020. ¹¹



Gráfica 3. Nivel de escolaridad de madres de familia en México. Modificado de Censo de Población y Vivienda, INEGI 2020. ¹¹

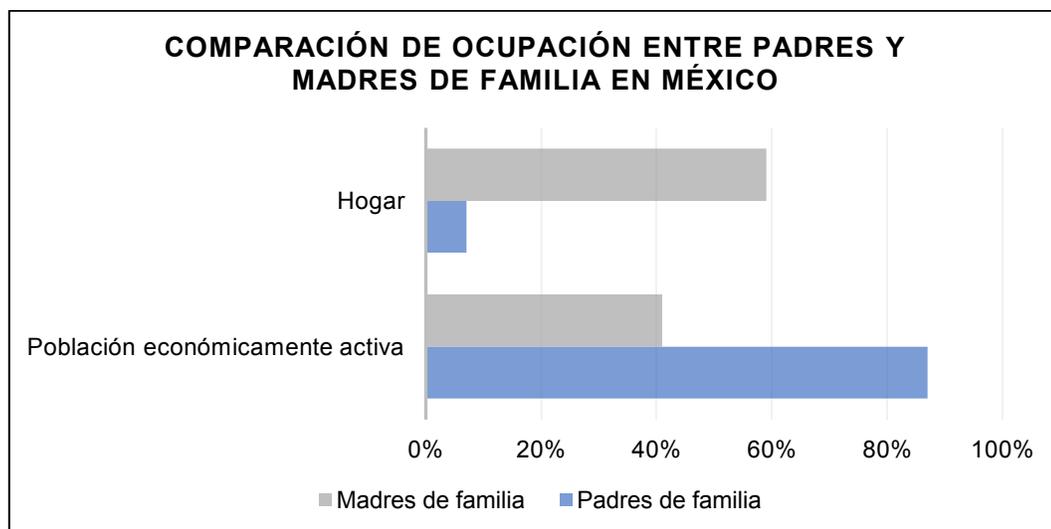
En la actualidad, el nivel de escolaridad no es el único factor determinante de la integración de un padre o madre de familia a la población económicamente activa; sin embargo, sí está relacionado con la principal ocupación de los padres y madres de familia. El análisis de esta información es una herramienta útil en odontopediatría, pues arroja información acerca del cuidado de los pacientes: Principal cuidador del menor, participación del núcleo familiar en el cuidado bucodental y nivel socioeconómico.

En el comunicado de prensa que realizó el INEGI en junio del 2022, se describen las características económicas y ocupacionales de los padres de familia en México. El 87% de estos padres de familia se ocupaban en una actividad económica, mientras que el 13% restante se reportó como desocupado. Dentro de este último porcentaje, únicamente el 7% reportó que se dedicaba a los quehaceres del hogar. ¹²

Los datos para las madres de familia muestran un contexto considerablemente diferente: en el comunicado de prensa que realizó el INEGI en mayo del 2022, ¹³ se reportó que únicamente el 41% de madres de familia en México se encontraban económicamente activas y el 59% restante se reportó como desocupada, dedicándose a los quehaceres del hogar.

Realizar un análisis comparativo entre estas dos estadísticas, permite reconocer que:

- El cuidado del hogar y de los hijos recae en las madres de familia principalmente. ¹³
- Los padres de familia tienen una menor participación en las actividades referentes al hogar. ¹²
- El nivel socioeconómico de un hogar liderado por una mujer se ve menguado, por la tendencia a buscar empleos que ofrezcan jornadas laborales más flexibles, lo que se traduce como un ingreso menor. ¹³ (Gráfica 4)



Gráfica 4. Ocupación de padres y madres de familia en México. Modificado de Comunicado de prensa, INEGI 2022. ^{12, 13}

2.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD Y SUS CONSIDERACIONES

La relación entre salud bucal y la familia no está bien documentada en México, sin embargo, es posible determinar la influencia del nivel de escolaridad en padres de familia sobre su estilo de vida y, por consiguiente, sobre la de sus hijos.

Se debe comprender que, aunque con sus excepciones, el nivel de escolaridad está directa y proporcionalmente relacionado con el nivel de conciencia, el poder adquisitivo y el lugar de residencia. Por lo tanto, el nivel de escolaridad de los padres, además de facilitar o imposibilitar el acceso oportuno a una atención odontopediátrica, también influye en la consulta odontopediátrica debido a las implicaciones psicológicas, económicas y demográficas del nivel de escolaridad en los padres y madres de familia. ¹⁴

2.2.1 PSICOLÓGICAS

El desarrollo psicológico de un individuo engloba aspectos cognitivos, emocionales y de desarrollo social, los cuales están relacionados con la edad, el entorno, la escolaridad, entre otros factores. En odontopediatría es útil conocer esta información, pues representa una herramienta para entender el comportamiento de los padres de familia o de los menores, así como para conducir al profesional de salud a identificar el proceder más adecuado conforme a las condiciones y necesidades específicas de atención que requieran los pacientes o sus cuidadores. ¹⁴

A continuación, se realiza una descripción acerca de cómo el desarrollo psicosocial de los padres de familia influye en el desarrollo psicosocial de sus hijos.

Patrones de educación: el nivel de escolaridad en padres y su ocupación, influyen en el establecimiento de los patrones de educación: con autoridad, autoritario, permisivo y negligente. Los patrones de educación también ejercen influencia en el tipo de comportamiento de los niños.

Generalmente, un equilibrio entre la responsabilidad de crianza y los deberes fuera del hogar, originan un patrón de educación con autoridad, el cual es el más deseable dentro de la consulta odontopediátrica pues representa una conducta responsable y de cooperación por parte del padre y del menor.

Por el contrario, los padres cuyos esfuerzos se enfocan únicamente en la responsabilidad de crianza tienden a presentar un patrón de educación autoritario. Este patrón es indeseable debido a que la responsabilidad y cooperación recae, en su mayoría, en los padres; en tanto, la capacidad de que el paciente asuma responsabilidades se ve reducida.

Los patrones de educación permisivo y negligente se presentan generalmente en los padres de familia con un nivel de escolaridad menor o con una ocupación demandante de los deberes fuera del hogar. Evidentemente, estos patrones son indeseables ya que hay un exceso de pasividad, así como falta de motivación, cooperación y responsabilidad en la consulta odontopediátrica.¹⁵

Aprendizaje: la teoría conductual del aprendizaje observacional describe que los niños observan y realizan conductas modelo, las cuales aprenden por imitación. Los padres representan el modelo de mayor autoridad para los niños; por lo que los menores replicarán los actos de sus padres, resultantes de su aprendizaje, de su ideología, de sus hábitos y de su estado de conciencia.¹⁶

Estado emocional: el estado emocional de los padres puede impactar de manera significativa en la crianza de sus hijos. Este estado emocional se ve modificado por diversos factores, tales como: Ocupación, desempleo, estrés financiero, adaptación de dinámicas y del núcleo familiar. Un estado emocional estable en los padres de familia refleja una relación positiva y responsable, así como vínculos afectivos menos fluctuantes y más protectores con sus hijos. ¹⁷

Identificar el estado emocional de los padres de familia, puede encaminar al odontólogo a determinar la causa de cierto tipo de comportamientos, tanto de los pacientes como de los padres y a realizar aportaciones que modifiquen dichos comportamientos.

Conciencia del estado de salud: por lo general, mientras el nivel de escolaridad en padres aumenta, la conciencia de la importancia de mantener un óptimo estado de salud general y bucodental también aumenta. La experiencia clínica encamina a reconocer que, en los cuidadores con un nivel de escolaridad bajo, es posible modificar con mayor facilidad los patrones conductuales e ideológicos, lo cual puede representar un riesgo por la fluctuación entre diferentes conductas e ideologías; por el contrario, los cuidadores con un nivel de escolaridad mayor muestran mayor estabilidad en dichos patrones, por lo cual se requiere una argumentación mayor y más sólida para poder modificarlos. ¹⁸

Responsabilidad de crianza: se refiere al compromiso de los padres para desempeñar las funciones propias de la crianza de sus hijos. Engloba el cuidado, protección y provisión de condiciones básicas necesarias para el correcto desarrollo (en todos los ámbitos) de los menores. No solamente la

responsabilidad de crianza se ve modificada por el nivel de escolaridad, sino también las posibilidades de proveerla (nivel socioeconómico).¹⁸

Capacidad de entendimiento: el éxito de un tratamiento odontológico recae, en gran parte, en la capacidad del paciente -en este caso de los cuidadores o padres de familia- de entender la información proporcionada por el odontólogo respecto al diagnóstico, pronóstico, tratamiento e indicaciones.

Rivière, señala que la escolaridad juega un papel importante en el desarrollo de procesos psicológicos. En otras palabras, se requiere de un adiestramiento escolar para desarrollar una capacidad de comprensión más específica.¹⁹

2.2.2 ECONÓMICAS

La desigualdad social, así como la diferencia entre los poderes adquisitivos, generan cambios en la sociedad respecto a los patrones de enfermar. Diversos estudios relacionan la situación económica de los padres, la cual está asociada generalmente con su nivel de escolaridad, como un factor contribuyente en las actitudes del niño hacia la consulta dental.²⁰

Reisine y colaboradores, describen la relación consistente entre un bajo nivel socioeconómico y una baja utilización de servicios de salud dental; esta situación se traduce en un incremento de riesgo a caries dental, experiencia de caries más alta, mayor tasa de edentulismo, higiene oral deficiente y mayor omisión de las recomendaciones para la prevención dental. Por otro lado, las clases sociales media y alta muestran una situación contraria.²¹

Las prioridades económicas que derivan de una posición financiera poco estable ocasionan que los padres no acudan a consultas preventivas con

sus hijos, dejando las necesidades de salud bucodental en último plano. Sin embargo, cuando el menor comienza a presentar dolor en algún órgano dentario y acuden a consulta odontológica, con frecuencia los padres se ven orillados a ocupar los gastos que inicialmente estaban destinados para otros fines y así proporcionarle una buena atención odontológica. ²²

Un nivel de escolaridad menor, escasez de recursos y acceso a la información más condicionado, aumentan la probabilidad de que los menores experimenten negligencia por parte de sus padres. La negligencia parental es un tipo de maltrato infantil pasivo, el cual se define como falta de cuidado, protección o abandono. De manera más específica, la negligencia parental se puede definir como un retraso o carencia en la atención médica o dental. ²³

Por otro lado, los padres pertenecientes a clase social media o alta con concientización acerca del futuro de sus hijos, presentan mayor tendencia a buscar atención odontológica oportuna y preventiva, a mostrar mayor cooperación y a aceptar controles odontológicos periódicos.

Con lo anterior es posible establecer que generalmente un mayor nivel de escolaridad indica un mayor grado de poder adquisitivo y de concientización; y viceversa, un nivel menor de escolaridad indica un menor grado de poder adquisitivo y de concientización. Esto a su vez genera un impacto significativo en la atención odontológica en los siguientes aspectos:

- El motivo de consulta (prevención o atención).
- Nivel de cooperación por parte de los padres y los pacientes.
- Complejidad del tipo de tratamiento según las necesidades del paciente.
- Número de citas necesarias para la rehabilitación. ²²

- Costo del tratamiento (la prevención es más barata que la atención).
- La merma económica familiar que se puede derivar por no acudir a consulta odontológica oportuna. ²²

2.2.3 DEMOGRÁFICAS

El nivel de escolaridad en padres es un factor determinante para el nivel socioeconómico, y este a su vez, es un determinante de la posición demográfica familiar. Dentro de la premisa de la multicausalidad de las enfermedades, existen factores etiológicos sociales tales como el lugar de residencia, usos y costumbres del entorno, proximidad y acceso a los centros de servicio y atención médica u odontológica, alcance de los programas de salud pública, entre otros, que son considerados como factores de riesgo. ²⁰

Un nivel de escolaridad mayor aumentará las posibilidades de establecerse en una zona demográfica en la que le permita al núcleo familiar y, específicamente al niño, poder desarrollarse de una mejor manera. Esto debido a que la zona demográfica habla acerca de si el paciente cuenta o no con los servicios básicos: Agua potable, drenaje, alumbrado y el tipo de vivienda en la que reside.

A pesar de la controversia generada en los últimos años, el suministro de fluoruro en el agua potable tiene efectos beneficiosos para la salud. Se ha demostrado que en los países desarrollados la prevalencia de caries ha disminuido debido a la resistencia dental consecuencia de la administración de fluoruro. Por lo cual, dicho abastecimiento aún forma parte de los programas preventivos en materia de salud pública. ²⁰

A niveles altos, este elemento puede ser potencialmente tóxico; sin embargo, a niveles bajos tiene funciones esenciales, dentro de las que se considera como una función fisiológica importante la resistencia a la caries. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea como un valor de referencia para el fluoruro en agua potable 1,5 mg/l. ²⁴

En México se establecieron dos concentraciones máximas de fluoruro: 0,7 mg/l y 1,5 mg/l para agua embotellada y para agua distribuida por red hidráulica respectivamente. Sin embargo, algunas entidades federativas como Aguascalientes, Durango, Guanajuato, Jalisco, San Luis Potosí, Sonora y Zacatecas cuentan con acuíferos con contenido de fluoruro superior al establecido (hasta 7,8 mg/l en Sonora, por ejemplo). ²⁵

Como se mencionó en apartados anteriores, el tipo de residencia o comunidad en la que vive y se desarrolla el paciente puede llegar a ser una variable factor de riesgo, o bien de factor protector. Por ejemplo:

- Demografía como factor de riesgo: Vivir en una comunidad con servicios básicos en la que el paciente tenga acceso a agua potable y esté expuesto a agua fluorada a niveles tóxicos.
- Demografía como factor protector: Vivir en una comunidad con servicios básicos en la que el paciente tenga acceso a agua potable y esté expuesto a agua fluorada a niveles adecuados. ⁸

Es por lo que el profesional de la salud debe considerar los factores demográficos en su consulta odontológica. Tomar en cuenta las características del tipo de población en la cual se ubica su consultorio, o bien, la posibilidad de que acuda un paciente que se desarrolló en una población con

características en concreto, permitirá emplear medidas de prevención y atención específicas al tipo de población a la cual se dirige. ²⁰

2.3 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD ORAL

Se ha documentado que la escolaridad de los padres es una variable que interviene significativamente en su nivel de participación respecto a las actividades formativas, de desarrollo y de apoyo integral de sus hijos. Los padres con mayor nivel de escolaridad (nivel medio superior o superior) presentan una mayor participación en estas actividades, mientras que los padres con menor nivel de escolaridad (nivel básico) presentan menor grado de participación. ²⁶

La importancia de identificar el grado de conocimiento que tienen los padres acerca del cuidado de la salud oral propia y de sus hijos como resultado de su aprendizaje, estado de conciencia e ideologías, radica en reconocer qué información se transmite a los menores de parte de su modelo de mayor autoridad, pues serán imitados o replicados por ellos en una etapa crucial para la adquisición de hábitos de higiene oral y de protección, los cuales ayudarán a evitar daños en su salud oral en la edad adulta. ²⁷

La conciencia y responsabilidad de los padres respecto a las necesidades bucodentales de sus hijos no son suficientes si la información proporcionada y los patrones repetidos no son los correctos. Existe diversidad de creencias y mitos, sobre todo respecto a la dentición temporal, algunos de los cuales se mencionarán a continuación y que pueden interferir en la creación de un ambiente de salud familiar: ²⁸

- La dentición decidua cumple únicamente funciones temporales (masticación, habla y estética), por lo que no implica mayor importancia si no se ven atendidos los problemas que surgen en este tipo de dentición pues “se van a caer”.
- El fluoruro es tóxico y cancerígeno, por lo que no es recomendable utilizar pastas dentales que lo contengan.
- Los hábitos de higiene oral deben comenzar sólo después de erupcionar el primer diente deciduo.
- El uso indiscriminado de chupones, biberones y vasos entrenadores no son causantes de malposición dental.
- El bruxismo infantil es causado por parásitos.
- El biberón y la lactancia materna pueden ser de libre demanda.

Por otra parte, existen carencias respecto a la información y la concepción que los padres tienen acerca del cuidado de la salud bucodental de sus hijos derivado de un aprendizaje de tipo empírico.²⁸

Un estudio realizado en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en San Salvador arrojó resultados acerca del nivel de conocimiento que los padres tienen referente a la dentición decidua, relacionándolo con su nivel de escolaridad, dentro de los que se destacan:

- El desconocimiento de la función de los dientes temporales como mantenedores de espacio y guías de erupción de los dientes permanentes.²⁸

- Confusión acerca de la edad promedio de erupción de la primera y segunda dentición y exfoliación de la primera dentición.
- Baja relación entre el uso del biberón y caries dental.
- Alto reconocimiento de la caries y gingivitis como las únicas patologías que se pueden presentar en la primera dentición.
- Desconocimiento de la función de los espacios fisiológicos.
- Baja relación entre una alta dieta en azúcares y caries dental.

La desinformación y la ignorancia representan los verdaderos retos a superar para lograr la prevención de enfermedades bucodentales en la infancia. ^{27, 28} La concientización, orientación y educación a los padres y por consiguiente a los menores acerca de la importancia de la dentición primaria, corresponden a una responsabilidad que el profesional de salud debe adoptar.

3. RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

A lo largo de esta revisión bibliográfica se ha argumentado de qué manera el nivel de escolaridad de los padres impacta en diversas áreas de desarrollo de sus hijos. Una vez establecida la definición e importancia de la prevención y atención odontológica, el siguiente paso es describir específicamente la relación y el impacto que genera el nivel de escolaridad de los padres con relación a estas áreas referentes a sus hijos.

3.1 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN MÉXICO ACTUALMENTE

El artículo 27 de la Ley General de Salud ²⁹ establece la garantía de servicios básicos referentes a la protección de la salud en nuestro país, dentro de los que se puede destacar la atención médica integral, la cual comprende acciones preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación. La atención médica integral incluye la prevención y control de enfermedades bucodentales.

Este dato es importante debido a que influye directamente en las medidas de promoción de la salud, en la atención odontológica en el país y en la obtención de la información del estado de salud oral de los mexicanos, la cual es proporcionada en gran parte por el sector público y en menor proporción por el sector privado. ³⁰

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), existe una ligera reducción en la proporción de caries dental en grupos de edad de 2 a 9 años durante el periodo 2005-2014. ³⁰ Por otra parte, el INEGI reporta un aumento en el nivel de escolaridad en la población mayor a 15 años de edad durante un periodo similar, 2000-2020. ¹¹

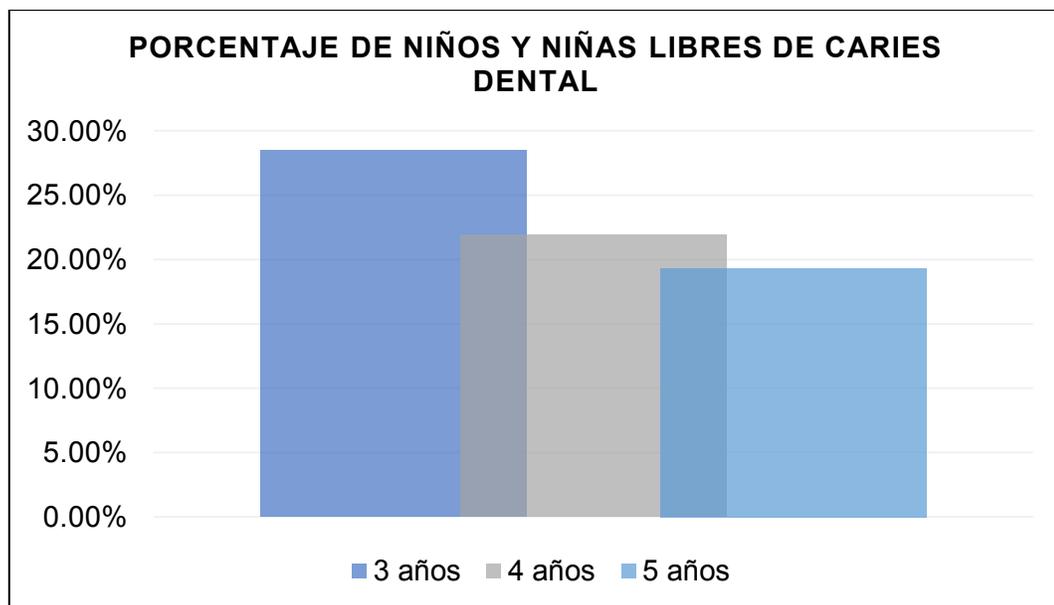
Al realizar una comparación entre estas dos estadísticas, es posible determinar lo siguiente:

- La reducción de la experiencia de caries representa un aumento del alcance de las medidas de promoción de la salud (educación y prevención) en la población mexicana. ³⁰
- El nivel de escolaridad influye en la prevención odontológica: A mayor nivel de escolaridad, mayor cultura de educación y

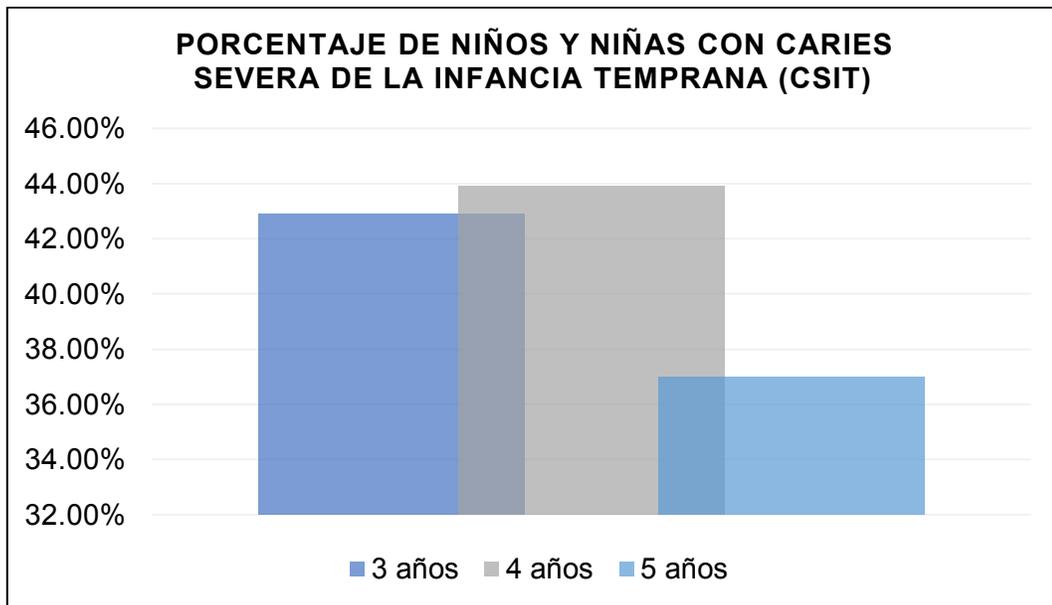
prevención y viceversa, a menor nivel de escolaridad, menor grado de cultura de educación y prevención.³¹

- El aumento en el porcentaje de afiliación a organizaciones de servicios de salud en la población mexicana en el periodo 2000-2020¹¹ es indicativo de garantía de acceso a la prevención y atención odontológica.

A pesar de estos datos alentadores, la realidad de la prevención bucodental en México sigue estando mermada pues los porcentajes de la población de 3 a 5 años libres de caries (Gráfica 5), versus el porcentaje de la población de 3 a 5 años que presenta Caries Severa de la Infancia Temprana - CSIT (Gráfica 6) son indicativos de que los problemas de rehabilitación siguen siendo el motivo principal de atención odontológica por falta de prevención.³²



Gráfica 5. Porcentaje de niños y niñas libres de caries dental. Modificado de Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, SIVEPAB 2020.³²



Gráfica 6. Porcentaje de niños y niñas con Caries Severa de la Infancia Temprana (CSIT). Modificado de Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, SIVEPAB 2020. ³²

3.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD EN PADRES COMO FACTOR DE RIESGO

El nivel de escolaridad de padres genera un impacto en la prevención y atención odontológica de los menores, el cual se puede traducir como factor protector (impacto positivo) o como factor de riesgo (impacto negativo). En este apartado se describirán las repercusiones negativas que se pueden derivar por un nivel de escolaridad bajo específicamente en la salud, conducta, educación y economía. ²²

3.2.1 REPERCUSIONES EN SALUD

El nivel de escolaridad de los padres tiene repercusiones en el estado de salud general de sus hijos por diversos aspectos que ya han sido mencionados

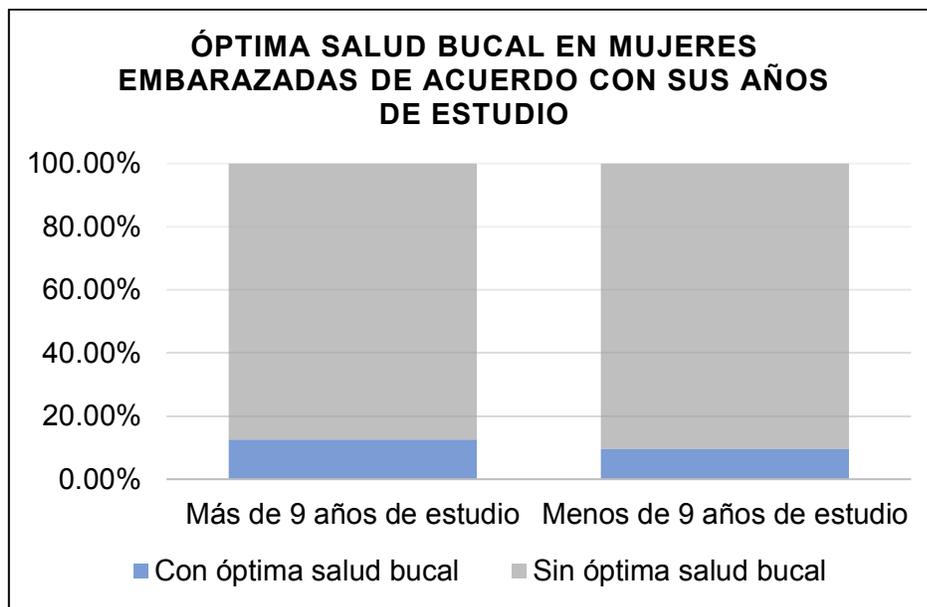
anteriormente, tales como la conciencia del estado de salud, la responsabilidad de crianza y la economía. Mientras menor sea este nivel de escolaridad, la tendencia a generar un impacto negativo aumenta, por lo cual se puede considerar como un factor de riesgo.

En cuanto a la salud bucodental, diversos autores han asociado el nivel de escolaridad de los padres con la experiencia de caries dental en los menores. El especial enfoque en esta enfermedad puede deberse a que representa la entidad dental que más aqueja a la población ³²; sin embargo, el nivel de escolaridad representa un factor de riesgo ante otras enfermedades o trastornos como enfermedad periodontal, pérdida prematura de dientes, hábitos perniciosos, malposición dental, etc.

Una investigación realizada por el SIVEPAB en el 2020, en la cual se reconoce la importancia de la salud materna durante el embarazo pues representa un elemento esencial para la salud propia y para la de sus hijos, relacionó el nivel de escolaridad y el estado óptimo de salud bucal de mujeres embarazadas (Gráfica 7) y los resultados fueron los siguientes:

Mujeres embarazadas con óptima salud bucal: el porcentaje de mujeres embarazadas con 9 años o más de estudio con óptima salud bucal fue mayor (12.54%), versus el porcentaje de mujeres embarazadas con menos de 9 años de estudio con óptima salud bucal (9.59%).

Mujeres embarazadas sin óptima salud bucal: el porcentaje de mujeres embarazadas con 9 años o más de estudio sin óptima salud bucal fue menor (87.46%), versus el porcentaje de mujeres embarazadas con menos de 9 años de estudio sin óptima salud bucal (90.41%). ³²



Gráfica 7. Óptima salud bucal en mujeres embarazadas de acuerdo con sus años de estudio. Modificado de Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, SIVEPAB 2020.³²

La siguiente investigación que se describirá se realizó en grupos representativos en la Ciudad de México por Moreno y colaboradores en el año 2001, la cual destacó los factores asociados con la presencia de caries en escolares. Un factor que mostró una asociación estadísticamente significativa es de naturaleza socioeconómica y se refiere a la escolaridad de los padres. Los resultados fueron los siguientes:

Respecto a la prevalencia de caries en los escolares: un nivel de escolaridad mayor en padres se asoció con una menor prevalencia de caries en ambas denticiones (temporal y permanente), mientras que un nivel de escolaridad menor en padres se asoció con una mayor prevalencia de caries en ambas denticiones (temporal y permanente).³³

Respecto al índice CPO: a mayor nivel de escolaridad en padres, el riesgo a presentar índices altos de CPO en dentición temporal y permanente disminuye; mientras que, a menor nivel de escolaridad en padres el riesgo aumenta.³³

Dentro de las repercusiones en salud es preciso mencionar también las derivadas de los malos hábitos de alimentación y cambios en la dieta resultantes de patrones socioeconómicos como son la escolaridad y la economía familiar. El desarrollo de los tejidos duros (dientes y estructuras óseas) y los tejidos blandos (encía, lengua, músculos y mucosa) puede verse afectado por una alimentación incorrecta.³⁴

Un bajo nivel de escolaridad, un ritmo de vida demandante y un bajo nivel socioeconómico en padres se relacionan con frecuencia con dos trastornos nutricionales en menores: Desnutrición y obesidad. Es de suma importancia que el profesional de la salud reconozca que ambas entidades (así como las enfermedades asociadas a ellas), condicionan un aumento en la incidencia de caries dental, alteraciones periodontales, pérdida prematura de dientes, alteraciones craneofaciales, entre otras alteraciones o enfermedades en cavidad oral.³⁵

3.2.2 REPERCUSIONES CONDUCTUALES Y EDUCATIVAS

Tal como se mencionó anteriormente, la instrucción conductual y el sistema educativo establecido a nivel familiar genera un impacto importante en la concepción y construcción que tienen los menores acerca de su salud y el cuidado de ella, sobre todo en una etapa tan crucial como lo es la infancia, pues puede llegar a impactar en su crecimiento y desarrollo y permanecer hasta la edad adulta.¹⁶

Un estudio realizado en Guadalajara por Favela y colaboradores en el año 2011 describe el nivel de educación y conciencia que se tiene acerca del cuidado bucodental y que bien se puede transpolar a la población general de México. Los datos arrojados son referentes al cepillado dental, frecuencia y motivo de asistencia a consulta odontológica y motivo de no asistencia a consulta odontológica, los cuales son los siguientes: ³⁶

Acerca del cepillado dental: el 50.98% de las madres inició el cepillado dental en sus hijos hasta los dos años de edad, un 27.45% hasta los tres años de edad y sólo un 21.56% al año de edad.

Acerca de la frecuencia de visitas al odontólogo: el 31.37% de las madres refieren que sus hijos nunca visitan al dentista, en contraste con el 9.80% de las madres las cuales refieren visitar al dentista con sus hijos cada 6 meses (como generalmente es recomendado).

Acerca del motivo de consulta odontológica: el motivo más frecuente de estas consultas odontológicas fue por caries (64.70%), mientras que el segundo menos frecuente es por limpieza o revisión (15.68%).

Acerca de la inasistencia a consulta odontológica: la falta de asistencia a consulta odontológica fue debido a que las madres no lo consideran necesario (39.21%), seguido por el costo de la consulta (37.25%) y el miedo al dentista (23.52%).

Una vez que el profesional de salud detecta estos y otros patrones conductuales desfavorables dentro de la consulta odontopediátrica, la intervención y corrección oportuna y continua de los mismos, generará un impacto significativo y positivo en la salud bucodental del menor y también de su entorno familiar. ^{16, 36}

3.2.3 REPERCUSIONES ECONÓMICAS

Los indicios que señalan la relación entre los factores económicos y la etiología de la caries son cada vez mayores. El estilo de vida derivado de la condición socioeconómica determina y es determinado al mismo tiempo por el medio social y las oportunidades laborales.²⁰

Una investigación realizada por Ramírez en el 2016 relacionó la experiencia de caries en escolares con el nivel de escolaridad, ocupación e ingreso económico de los padres. Los resultados que se obtuvieron se describen a continuación:³⁷

Respecto a la experiencia a caries en los escolares y el nivel de escolaridad en padres: la experiencia de caries y el índice CPOD fue mayor en escolares cuyas madres tienen un menor nivel de estudios (primaria y bachillerato). Por otro lado, la experiencia de caries y el índice CPOD fue menor en escolares cuyas madres tienen un mayor nivel de estudios (licenciatura). La relación entre el nivel de escolaridad en padres con la experiencia a caries y el índice CPOD de los menores no presentó diferencias estadísticas de relevancia.

Respecto al índice CPOD en los escolares y la ocupación de los padres: los escolares cuyas madres son empleadas presentan un índice CPOD promedio más alto con respecto a aquellos escolares cuyas madres son desempleadas, los cuales presentan un índice CPOD promedio más bajo. Los hijos de padres con empleos informales presentan un índice CPOD promedio más alto. Por el contrario, los hijos de padres profesionistas y empresarios no presentan alta experiencia a caries.³⁷

Respecto al índice CPOD en los escolares y el ingreso socioeconómico de los padres: los hijos de los padres con un ingreso económico menor (de \$0 a \$6,799) presentan un índice CPOD promedio mayor; y viceversa, los hijos de padres con un ingreso económico mayor (de \$6800 a \$11,599) presentan un índice CPOD promedio menor.

Obtener información acerca del entorno familiar y económico de los pacientes odontopediátricos ayuda al profesional de la salud a identificar los factores de riesgo y a adecuar las medidas de prevención y atención conforme a las necesidades específicas del paciente.^{20, 37}

3.3 ACCIONES PREVENTIVAS Y DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS POR PARTE DEL ODONTOPEDIATRA

Si bien las medidas y acciones de prevención y atención odontológicas se establecen con el objetivo de ampliar su alcance mediante la estandarización de protocolos, es prioridad identificar el tipo de paciente que acude a consulta odontológica, así como su entorno familiar, social y económico, para poder establecer de manera específica y satisfactoria qué tipo de consulta se llevará de acuerdo con sus necesidades.¹⁵ Los conocimientos, habilidades y la capacidad de adaptación del odontólogo jugarán un papel importante e impactarán en gran medida el éxito del tratamiento preventivo o rehabilitador.

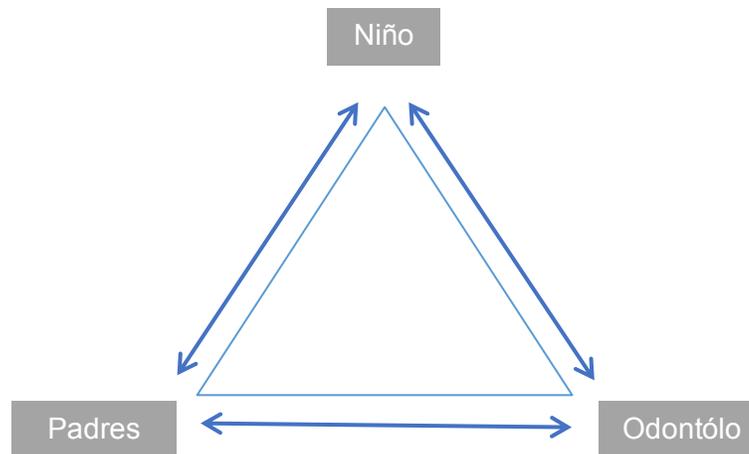
3.3.1 CONCIENTIZACIÓN

Es preciso reiterar que el verdadero reto a superar dentro de la consulta odontológica es lograr una concientización sólida y estable mediante el desapego de la ignorancia y creencias erróneas. De esto dependerá en gran medida el establecimiento exitoso de una cultura de prevención dentro de la

población, pues si no se logra establecer genuinamente, los esfuerzos del profesional de salud resultarán en vano.

La concientización dentro de la consulta odontopediátrica es un proceso multidireccional, pues recordemos que los niños no son autodidactas, autónomos ni independientes a edades tempranas; el cuidado de su salud general y bucodental, así como su crecimiento y desarrollo están bajo supervisión y condición de terceros (padres y cuidadores), sin olvidar el rol que el odontólogo juega dentro de esta ecuación.

Para ejemplificar este proceso multidireccional, en odontopediatria se establece un triángulo de atención o triada, en el que cada arista representa un elemento dentro de la consulta: Niño-Padre-Odontólogo, los cuales están en constante relación generando un vínculo. ¹⁵ (Esquema 2)



Esquema 2. Triángulo de atención odontopediátrica. Modificado de Guía de conducta de pacientes y padres en Odontopediatria, 2021. ¹⁵

Dentro de este esquema, el niño se figura como el ápice, debido a que representa el elemento prioritario dentro de la consulta odontológica. Los esfuerzos de los otros dos elementos (padres y odontólogo), los cuales se

representan como las aristas de la base del triángulo, estarán enfocados en devolver y mantener el estado de salud del menor.

Debido a que el nivel de escolaridad en padres influye en el grado de disposición y predisposición ante los cambios de patrones, el poder de convencimiento del odontólogo dependerá de las bases sobre las cuales se sustente la necesidad de la modificación de los mismos y los beneficios (en salud y economía) que generarán si se es constante.

El odontólogo debe destinar esfuerzos para lograr despertar en los padres la conciencia de la responsabilidad que su participación tiene sobre la educación y formación de hábitos saludables de sus hijos. De igual manera, es importante que tanto el odontólogo como los padres y el paciente reconozcan que el proceso de concientización conlleva tiempo y que los cambios, así como los resultados, no serán visibles instantáneamente, sino que se presentarán de forma gradual.³⁸

3.3.2 PREVENCIÓN DE ERRORES Y ACCIDENTES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD

La aplicación de medidas de prevención y atención específicas por parte del odontopediatra cobra mayor importancia ante casos en los que los padres presenten un nulo o bajo nivel de escolaridad,¹⁹ para así disminuir riesgos y accidentes relacionados con este factor, los cuales se pueden suscitar durante la consulta odontológica. Se recomienda presentar mayor atención ante:

La claridad en la explicación del estado bucodental de los menores: sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del menor y todas sus implicaciones, tales como el costo, número de citas necesarias,

efectos adversos, indicaciones (pre y postoperatorias), necesidad de estudios de laboratorio o patológicos, etc.

La descripción y sencillez de la información: a menor nivel de escolaridad, el profesional de salud deberá ser más descriptivo en la información que transmite a los padres. Por ejemplo, en el interrogatorio por aparatos o sistemas, no se debe preguntar la presencia de sintomatología con la terminología médica, sino con palabras que el padre logre entender.

El grado de comprensión de los padres: es preciso que el odontólogo se cerciore que el padre entendió dicha explicación valiéndose de elementos tales como la retroalimentación (padre-odontólogo), apoyo con la lectura de documentos importantes (como el consentimiento informado e interpretaciones de estudios de laboratorio o patológicos) y permitir que el padre realice todas las preguntas que considere necesarias.

La autorización de los padres: de ninguna manera se deben realizar tratamientos, técnicas o procedimientos que no se le hayan explicado al padre y que no hayan sido autorizados previamente.

Además, es importante mencionar que el profesional de la salud debe mantener un estado de alerta ante el posible hallazgo de otras enfermedades, padecimientos, afecciones o patologías que pueden presentar los menores, los cuales los padres pueden desconocer hasta el momento y que pudieran generar eventos inesperados dentro de la consulta.

La ética del profesional de salud juega un papel importante en estas situaciones, pues con mayor facilidad puede ocasionarse un abuso de confianza ante el desconocimiento o la ignorancia derivados de un bajo nivel de escolaridad.³⁹

3.3.3 IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Si bien en muchas ocasiones el motivo de consulta influye en que la creación y actualización del expediente clínico no se pueda realizar de forma metódica, es de suma importancia que este documento legal se encuentre completo y correcto para el respaldo del odontólogo, de su equipo de trabajo y también del paciente y de sus padres.

El expediente clínico debe de constar de:

- Ficha de identificación del paciente.
- Anamnesis.
- Examen clínico.
- Plan de tratamiento y notas de evolución.
- Estudios radiográficos y de laboratorio.
- Consentimiento informado.

En el consentimiento informado, además de expresar el conocimiento acerca del estado de salud del paciente, así como todo lo referente a él (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento), también se expresa la voluntad y autorización, en este caso de los padres, sobre el actuar que el odontólogo determinará y establecerá.

En odontopediatría este aspecto cobra mayor importancia, pues la responsabilidad legal de los menores, así como la competencia para tomar decisiones referentes a ellos, recae en los padres o tutores. Es por esto por lo que se debe buscar lograr una comunicación asertiva y clara entre los padres y el odontólogo.³⁹

La necesidad de establecer toda esta información de forma escrita radica en que la capacidad de los padres de entender y almacenar información

puede verse limitada por diversos factores (entre los cuales se encuentra el nivel de escolaridad).

Es preciso reconocer la importancia del expediente clínico como una herramienta que mejora el vínculo y la comunicación entre niño-padres-odontólogo y no reconocerla únicamente como un requisito legal. Esto debido a que su función no se limita a respaldar al profesional de la salud (descartando posibles negligencias o imprudencias), sino que también invita a los padres a reflexionar sobre el estado de salud de sus hijos y a asumir la responsabilidad que tienen de esta. ⁴⁰

CONCLUSIONES

Comprender la multicausalidad de las enfermedades bucodentales, permite identificar que los factores relacionados con la aparición o desarrollo de estas no son únicamente de carácter biológico o físico, sino que también pueden ser de carácter sociodemográfico.

Esta revisión bibliográfica argumenta que existe una relación significativa y determinante entre el nivel de escolaridad de padres (el cual es de naturaleza sociodemográfica) y el estado de salud bucodental de sus hijos. Un nivel de escolaridad mayor de los padres es sinónimo de factor protector para los menores, mientras que un nivel de escolaridad menor de los padres es sinónimo de factor de riesgo para los menores.

Este cambio de percepción representa una renovación del conocimiento y permite la adaptación de las medidas de prevención y atención odontopediátricas a la realidad social; en este caso en específico, conforme al nivel de escolaridad de padres en México en la actualidad y así generar un impacto positivo en materia de salud pública, pues se tendrán en cuenta las necesidades que se requieran a nivel individual y poblacional.

En el caso específico de la población mexicana, los datos que se obtuvieron (bajo nivel de escolaridad nacional promedio de los padres y altos porcentajes de incidencia y prevalencia de caries en menores) señalan que en la actualidad el nivel de escolaridad de los padres es un factor de riesgo a desarrollar enfermedades o alteraciones bucodentales, por lo que el odontólogo deberá tener en mayor consideración las implicaciones y repercusiones que este hecho genera en la consulta odontológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo M, Valles-Medina A. Historia Natural de la Enfermedad. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California; 2019.
2. Leavell H, Clark E, et al. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. Estados Unidos de Norteamérica: McGraw-Hill; 1965.
3. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 [Citado el 25 de febrero de 2023];33(1):7-11. Disponible en: <https://tinyurl.com/y6y6eu9n>
4. Álvarez R, Kuri P. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2018.
5. Higashida B. Educación para la Salud. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
6. Rodríguez A, Baly MJ. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 1997 [Citado el 10 de marzo de 2023];34(1):28-39. Disponible en: <https://tinyurl.com/2otex95h>
7. Sánchez CR, Sánchez RJ, Sigcho CR, Expósito A. Factores de riesgo de enfermedad periodontal. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2021 [Citado el 28 de febrero de 2023];25(1). Disponible en: <https://acortar.link/n3Zqex>
8. Gómez J, Peña R. La valoración del riesgo asociado a caries. Revista ADM [Internet]. 2014 [Citado el 30 de enero de 2023];71(2):58-65. Disponible en: <https://tinyurl.com/2nc939ax>
9. Glosario: Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2019 [Internet]. México, CDMX: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Citado el 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2qjrqnz>

10. Cuéntame de México [Internet]. México, CDMX: Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) [Citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2nk4hgpp>
11. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020. Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México, CDMX: Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) [Citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xolmwwf>
12. Sala de Prensa. Estadísticas a propósito del Día del Padre [Internet]. México, CDMX: Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) [Citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/23gutodv>
13. Sala de Prensa. Estadísticas a propósito del 10 de mayo [Internet]. México, CDMX: Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) [Citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27czkahu>
14. Koch G, Poulsen S. Odontopediatría Abordaje Clínico [Internet]. Caracas: Amolca; 2011 [Citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ox5ho9j>
15. Boj JR, Cabezas X, Lapitskaya A, González P, Pérez P, Brunet L. Guía de conducta de pacientes y padres en Odontopediatría. Ciudad de México: Odontología Books; 2021.
16. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Odontología pediátrica. Ciudad de México: Editorial el Manual Moderno; 2014.
17. Salud mental de padres, madres y cuidadores es clave para la crianza positiva [Internet]. Lima, Perú: UNICEF [Citado el 1 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2j73uhj3>
18. Sánchez P, Valdés A, Reyes N, Carlos E. Participación de padres de estudiantes de educación primaria en la educación de sus hijos en México. Liberabit [Internet]. 2010 [Citado el 16 de febrero de 2023];16(1):71-80. Disponible en: <https://tinyurl.com/2hkzo2kt>

19. Rivière A. Desarrollo y educación: El papel de la educación en el “diseño” del desarrollo humano. En: Marichalar I, compilador. Ángel Rivière Obras Escogidas Vol III. 1a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003. p. 203-242.
20. Gomes D, Da Ros MA, Martínez CM. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. Revista CES Odontología [Internet]. 2010 [Citado el 10 de marzo de 2023];23(1):71-80. Disponible en: <https://tinyurl.com/2lgubrpw>
21. Tinanoff, N. Dental Caries Risk Assessment and Prevention. Dental Clinics of North America [Internet]. 1995 [Citado el 11 de marzo de 2023];39(4):709-719. Disponible en: <https://tinyurl.com/2q7hc8ws>
22. Gross Ricard. Psicología: La ciencia de la mente y la conducta. Ciudad de México: Editorial el Manual Moderno; 2004.
23. Loredó A. Maltrato infantil: gravedad y prevención. Ciudad de México: Editores de textos mexicanos; 2017.
24. Guidelines for drinking-water quality: volume 1: recommendations [Internet]. USA: World Health Organization (WHO) [Citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2gtn5zdg>
25. Trejo R, Bonilla A. Exposición a fluoruros del agua potable en la ciudad de Aguascalientes, México. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2001 [Citado el 14 de marzo de 2023];10(20):108-113. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ztwado4>
26. Sanches PA, Valdés AA, Reyes NM, Carlos EA. Participación de padres de estudiantes de educación primaria en la educación de sus hijos en México. Liberabit [Internet]. 2010 [Citado el 14 de marzo de 2023];16(1):71-81. Disponible en: <https://tinyurl.com/2hkzo2kt>
27. Arrieta LM, Paredes S, Flores M, Romero NS, Andersson N. Prevalencia de caries y factores asociados: estudio transversal en estudiantes de preparatoria de Chilpancingo, Guerrero, México. Revista odontológica

- mexicana [Internet]. 2019 [Citado el 14 de marzo de 2023];23(1):31-41. Disponible en: <https://tinyurl.com/2mquxsh7>
28. Cabrera CR. Mitos y creencias de los padres de familia sobre la dentición decidua, factores sociodemográficos asociados y evidencia científica [Tesis doctoral]. El Salvador: Universidad del Salvador; 2016. 57 p.
 29. Artículo 27 Para los efectos del derecho a la protección de la salud. Ley General de Salud; 1884 [Citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/22u9qjl7>
 30. 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos [Internet]. México, CDMX: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) [Citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2gwopg2f>
 31. González M, Rocha ML, González AC. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia en León, Guanajuato. Revista ADM [Internet]. 2017 [Citado el 15 de marzo de 2023];74(2):64-68. Disponible en: <https://tinyurl.com/2g3sg2r6>
 32. Resultados 2020 [Internet]. México, CDMX: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) [Citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2gwopg2f>
 33. Moreno A, Carreón J, Alvear G, López S, Vega L. Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la Ciudad de México. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2001 [Citado el 17 de marzo de 2023];68(6):228-233. Disponible en: <https://tinyurl.com/2qlvo66g>
 34. Rodríguez J. Cuidados bucales preventivos para personas de 4 a 19 años de edad. En: CENAPRECE, compilador. Manual de educación y prevención para promover y mejorar la salud bucal de la población por grupos de edad. 1ª ed. Estados Unidos Mexicanos: Secretaría de Salud; 2018. p. 55-69.
 35. González ÁM, González BA, González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutrición Hospitalaria [Internet].

- 2013 [Citado el 17 de marzo de 2023];28(4):64-71. Disponible en: <https://tinyurl.com/2l3csrki>
36. Favela GF, Sanín IP, Delgado A. Caries de la infancia temprana y sus factores de riesgo. Rev Acad Mex Odon Ped [Internet]. 2012 [Citado el 15 de marzo de 2023];24(1):11-15. Disponible en: <https://tinyurl.com/2fyryj8r>
37. Ramírez RG. Distribución de experiencia de caries de acuerdo a la escolaridad, ocupación e ingreso de los padres y acceso al servicio de salud en escolares de 12 años residentes en Nezahualcóyotl [Tesis de pregrado]. México, CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. 51 p.
38. Lipari A, Cohen SA, Sogbe R, Madrigal D, Martínez DC, Martínez MG. Estrategias psicoconductuales e información para Odontólogos y pacientes que requieren procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de la pandemia COVID-19. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2020 [Citado el 16 de marzo de 2023];10(2):309-349. Disponible en: <https://tinyurl.com/2zbnwxew>
39. Bezerra LA. Tratado de Odontopediatría Tomo I [Internet]. Venezuela: Amolca; 2018 [Citado el 17 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/24nb4k5f>
40. Valarezo TL. Es importante el consentimiento informado en Odontopediatría. RECIAMUC [Internet]. 2018 [Citado el 21 de marzo de 2023];2(1):544-553. Disponible en: <https://tinyurl.com/2qscsdbc> doi: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.1.2018.544-553>