



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE UN
GRUPO DE PREESCOLARES DEL JARDÍN DE NIÑOS
“ITLATIUH” EN RELACIÓN A LA SALUD
BUCODENTAL.2008.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:
MERLE IVONNE CAMACHO LARA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis queridos padres les doy las gracias por todo su apoyo y comprensión.

A mis hermanas por su ayuda y cariño incondicional.

A mis suegros por todo el apoyo que me han ofrecido, ya que sin ellos no me hubiera sido posible concluir.

A mi esposo por compartir conmigo este logro e impulsarme a alcanzarlo.

A mi hijo por ser la luz de mi vida y mi mejor motivo.

A toda mi familia: abuelos, primos y cuñados por sus consejos y su apoyo.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, principalmente a la Facultad de Odontología por la oportunidad que me brindó de realizar mis estudios en ella, estoy orgullosa de pertenecer a ésta gran institución.

A todos mis profesores por transmitirme sus conocimientos, por su paciencia y comprensión.

A la C.D. María Elena Nieto Cruz por la dirección de esta tesina, ya que sin sus conocimientos y su paciencia este trabajo no podría haberse logrado; gracias por hacer su trabajo con tanto gusto y por invertir parte de su valioso tiempo en mí.

Al Jardín de Niños "Itlatihu" por el permiso y las facilidades otorgadas para la realización de esta tesina, y a las madres de familia por su participación y disposición para el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	9
2.1 Placa dentobacteria	13
2.1.1 Clasificación de la placa dentobacteriana	14
2.1.2 Ecosistema oral en niños	14
2.1.3 Papel de la placa dentobacteriana en la formación de caries	15
2.1.4 Gingivitis en niños asociada a la placa dentobacteriana	16
3. CARIES DENTAL	17
3.1 Manifestaciones clínicas de la caries	17
3.1.1 Lesión inicial de caries en la superficie lisa del esmalte	19
3.1.2 Lesión inicial de caries en fosetas y fisuras	19
3.1.3 Caries oculta	20
3.1.4 Caries en dentina	20
3.1.5 Caries rampante	21
3.1.6 Localización de caries en la dentición primaria	22
3.1.7 Valoración del riesgo de caries	22
3.1.8 Prevención de caries en niños de edad preescolar	24
4. MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN EL CONSULTORIO DENTAL	28
4.1 Flúor	28
4.1.1 Fluorización tópica	29
4.1.2 Fluoruro de sodio	29
4.1.3 Fluoruro de estaño	30
4.1.4 Fluorofosfato acidulado	30
4.1.5 Geles tixotrópicos	31
4.1.6 Flúor sistémico	31
4.2 Selladores de fosetas y fisuras	32
4.2.1 Técnica	33
4.3 Higiene bucal	34
4.3.1 Importancia de los utensilios para la higiene bucal	36
4.3.2 Técnica de cepillado	36
4.4 Asesoría alimenticia	38

5. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DENTALES EN EL HOGAR	40
6. DESARROLLO PSICOLÓGICO EN EL NIÑO	42
6.1 Teoría del aprendizaje y el condicionamiento operante	42
6.2 Aprendizaje social, condicionamiento por imitación de modelos	43
6.3 Psicología genético-cognitiva	46
6.4 Cambios cognoscitivos en los niños	48
6.5 Cambios emocionales en la etapa preescolar	49
6.6 Cambios sociales	50
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
8. JUSTIFICACIÓN	52
9. OBJETIVOS	52
10. METODOLOGÍA	53
10.1 Material y Método	53
10.2 Tipo de Estudio	55
10.3 Población de estudio y muestra	55
10.4 Criterios de inclusión	55
10.5 Criterios de exclusión	55
10.6 Variables de estudio	56
11. RECURSOS	56
11.1 Humanos	56
11.2 Materiales	56
11.3 Financieros	56
12. TÉCNICA DE RECABACIÓN	57
13. RESULTADOS	58
14. CONCLUSIONES	94
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
16. ANEXOS	97
16.1 Encuesta	98
16.2 Autorización	100
16.3 Tríptico	101

1. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades bucales en los niños en su mayoría son de orden multifactorial, en las cuales intervienen factores internos como lo son el huésped, la saliva, la dieta y aspectos como son el status socio-económico de la familia, los hábitos alimenticios y la higiene oral de los niños y algunas características maternas como el nivel de estudios y hábitos.

Con relación a los factores biológicos existe suficiente evidencia bibliográfica, para aseverar que con la remoción cuidadosa de la placa dentobacteriana de todas las superficies dentales se puede prevenir la inflamación de la encía y la aparición de caries dental. Por lo que se puede afirmar que el control de placa dentobacteriana es la clave para la prevención de las enfermedades bucodentales más comunes en los niños tales como son la gingivitis y la caries dental.

Sin embargo la higiene bucodental adecuada en los niños como ya se mencionó, está ligada a factores externos que tienen que ver con el nivel socioeconómico de la familia, principalmente el nivel educativo de los padres, pero sobre todo de la madre, quien sigue siendo la que inculca los hábitos en los niños durante su proceso de desarrollo y crecimiento. Las madres son comúnmente el principal transmisor en la infancia de hábitos adecuados de higiene y la encargada de modificar tempranamente los malos hábitos, con la ayuda de un profesional.¹

Para que exista ésta transmisión de conocimientos y hábitos de higiene por parte de las madres, es necesario implementar programas de salud bucodental que contengan información clara y sencilla ya sea personalmente o mediante el uso de folletos ilustrativos. Estos programas deben abarcar temas de autocuidado, información sobre conceptos básicos bucodentales, asesoría alimenticia, motivación, instrucciones de higiene oral y destreza manual.

Los programas de prevención deben de impartirse de ser posible desde la etapa prenatal para así poder enseñar a las gestantes la importancia de que tanto ellas como sus hijos deben mantener una adecuada higiene bucal, la importancia de la lactancia materna para el correcto desarrollo osteomuscular de sus hijos, la prevención de hábitos incorrectos así de como evitar la transmisión temprana de bacterias a la cavidad oral del bebé.²

También es de gran importancia las pláticas preventivas y educativas dirigidas a las madres en los centros escolares, los centros de salud pública y en la práctica odontológica privada, para mantenerlas bien informadas de los temas de salud y prevención bucodental que existen tanto a nivel profesional y los que se pueden llevar a cabo en el hogar.

En el presente trabajo se realizó un estudio por medio de encuestas dirigidas a madres de familia, para evaluar por este medio el nivel de información que presentan en cuanto a la salud bucodental. A partir de estos resultados se podrá realizar un programa informativo de salud bucodental, con el que se pretende promover actitudes positivas en éstas madres a cerca de la prevención de enfermedades bucodentales y el mejoramiento de los hábitos de salud bucodental, con el fin de que sean ellas las promotoras de éstos en su hogar y por lo tanto se presenten cambios significativos en la salud oral de sus hijos.¹

2. ANTECEDENTES

La educación para la salud en los jardines de niños y escuelas tiene como objetivo principal que los niños aprendan e incorporen un procedimiento sistemático y un manejo correcto del cepillo dental. La higiene bucal es, sin embargo, competencia de los padres y del propio niño. Las sesiones de entrenamiento y la fluorización regular se pueden considerar como medidas complementarias, pero en ningún caso sustituyen la atención y dedicación individuales.¹

Se han logrado muchos avances en la comprensión de las interacciones complejas del proceso de la caries dental. Sin embargo, debido a su naturaleza multifactorial, resta mucho por aprender acerca de su inicio, progreso y prevención.²

La caries dental, es una enfermedad en la cual intervienen factores internos como el huésped, la saliva, la dieta y factores externos como status socioeconómico, hábitos alimenticios, higiene oral de los niños y algunas características maternas (nivel de educación de la madre y hábitos) ya que ellas son las encargadas, en la mayoría de los casos, de cuidar la salud bucal de los niños.

Se trata entonces de una enfermedad multifactorial, para la cual se deben planear intervenciones también multifactoriales que contemplen todos estos aspectos. Con relación a los factores biológicos, existe suficiente evidencia en la literatura para aseverar que la remoción cuidadosa de las bacterias acumuladas en la unión dentogingival y en oclusal previene la inflamación de las encías y la formación de caries dental. Por lo que se puede afirmar que el control de placa es la llave para la prevención de la caries dental, gingivitis y periodontitis.

Estas aseveraciones científicas contrastan en la práctica con la alta prevalencia de estas enfermedades en la población.

Sin embargo, el proceso se ha comprendido lo suficiente para capacitar a los niños y a sus madres acerca del acceso al cuidado dental, para que se desarrollen sin patologías periodontales y sin caries.²

Martignon S. et al de la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque ubicada en la ciudad de Bogotá, Colombia en el año 2002 realizaron y aplicaron el diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a 385 madres de familia y 36 educadoras de 11 distintas guarderías infantiles de la localidad de Usaquén. Este taller tenía como finalidad facilitar el entendimiento y apropiación de temas tales como placa dentobacteriana, caries y prevención entre otros, así como la medición del impacto de los conocimientos adquiridos por las madres y las educadoras a través de este programa educativo. Como conclusión los autores señalaron que el 100% de las madres de familia y educadoras encontraron adecuada la metodología del taller, encontrando el cambio más notable en cuanto a conocimientos de salud bucodental sobre la temática de la posición adecuada del niño durante el cepillado dental y la prevención de la caries dental en la niñez.³

Rita Navas P. et al en el año 2002 realizaron un estudio en 132 niños entre 3 y 6 años de edad, inscritos en el Preescolar de las Fuerzas Armadas de Cooperación, municipio de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, con el fin de determinar las condiciones de salud bucal de los niños y su relación con las actitudes y el nivel educativo de los padres; se midió también el índice de placa dentobacteriana y el índice gingival, y se determinaron las actitudes hacia la higiene bucal y el nivel educativo de los padres. Encontrando como resultado que los grados más severos reportados en el índice de placa dentobacteriana fue del 33.3% y el índice gingival de 66.6% se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal.⁴

Por otro lado *Lucio M. Sosa La Cruz* en el año 2002 llevó a cabo una investigación orientada a la motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica en Hospital General Victorino Santaella Ruiz ubicado en los Teques, estado Miranda, Venezuela. En esta investigación intervinieron 50 madres de niños de 1 a 6 años de edad, a las que se les aplicó una encuesta de salud bucodental relacionada con

sus hijos, con el objetivo de conocer el grado de motivación en salud bucodental de estas madres. Obteniendo como resultados que del total de las madres encuestadas, el 57% de éstas tienen de 1 a 3 hijos y que el 46% de éstos son niños menores de 6 años. La edad de inicio del cepillado fue antes de los 2 años. El 50% de las madres sólo han estudiado primaria y de éstas el 55% no trabaja, siendo sólo el 72% de los esposos los únicos que sostienen económicamente el hogar. El 55% de estas familias tienen servicios odontológicos cerca de sus zonas residenciales, acudiendo el 80% a a estos servicios. Los motivos por los que acuden son: 61% por dolor, el 39% lleva a sus hijos a la consulta. El 87% de las madres consideraron que los dientes temporales son importantes, pero el 84% de estas familias consumen en su mayoría carbohidratos, y las golosinas son algo inevitable. Con respecto a los hábitos de salud bucal, únicamente el 55% se cepillaba los dientes 2 a 3 veces al día, el 45% no se cepilla y el 81% refirió que supervisaba el cepillado de sus hijos. 87% de las encuestadas cambian el cepillo dental cada 3 a 6 meses y el 60% posee escasos recursos para comprarlos. El 68% refirió que no reciben información por parte del especialista.⁵

Catalina González et al, en el periodo que comprende del año 2003-2005 en dos guarderías de la Fundación Carla Cristina de Medellín, ubicadas en los barrios Belén y Castilla en Medellín, Colombia llevaron a cabo un estudio experimental en una población preescolar conformada por 93 niños y sus madres, con la finalidad de demostrar la eficacia de una intervención educativa en salud bucal dirigida a madres, en los cambios de los indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental. Al final de la intervención educativa a corto plazo, los autores observaron una disminución en algunos indicadores que evalúan condiciones de salud bucal como el IP, IG y mancha blanca activa, demostrando así que los padres son los principales transmisores de los hábitos de salud y los creadores de patrones de comportamiento para los niños.¹

América Segovia Villanueva et al, en el año 2004 llevaron a cabo un estudio en 1303 niños de 3 a 6 años de edad asistentes a 10 escuelas de preescolares en el estado de Campeche, México; con el objetivo de identificar severidad de caries y factores asociados. Se elaboró un cuestionario dirigido a las madres de los niños. Como resultados obtuvieron que el mayor porcentaje de caries dental se encontraba en grado de severidad I, presentándose como variables asociadas a la severidad de la caries la edad del niño, la importancia de la madre en la salud bucal de su hijo, la higiene bucal y una interacción entre nivel socioeconómico y la presencia de defectos estructurales en el esmalte.⁶

José Francisco Murrieta Prueda. et al, en el año del 2004, llevó a cabo un estudio en 382 preescolares de distintas escuelas del oriente de la ciudad de México, Distrito Federal, con el fin de determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal, utilizando como herramientas de diagnóstico los índices orales IHOS, IPMA e IP, así como una encuesta realizada a los padres de familia sobre hábitos de higiene bucal, antecedentes de padecimientos sistémicos y tratamientos farmacológicos. Obteniendo como resultados de esta investigación que el 70% de estos niños presentaban enfermedad periodontal, resultando 29% de los casos afectados por periodontopatías con alteraciones moderadas, siendo que este porcentaje no reportaban enfermedades sistémicas. En el análisis de las encuestas contestadas por los padres de familia el 50% aceptaron que sus hijos no realizaban cepillado dental y el 20% afirmó llevarlo una vez por semana, mientras que el 30% restante aseguró que lo realizaban con regularidad.⁷

Rita Navas P. et al en el municipio de Maracaibo- estado Zulia, Venezuela en el año 2005 aplicaron una metodología estratégica para lograr la participación de 32 padres en los cuidados de la salud bucodental en 32 niños preescolares del Jardín de Niños “Fuerzas Armadas de Cooperación”; esta metodología se fundamentó en la planificación

estratégica situacional, basada en el método de Altadir de Planificación Popular (MAPP) diseñado para guiar la discusión de los problemas en grupos y comunidades, y tiene como propósito que el grupo identifique sus problemas y asuma el compromiso de enfrentarlos. Encontrando que después de la aplicación de la metodología se produjeron cambios significativos en las condiciones de salud bucal de los preescolares, y la reducción del índice gingival y de placa dentobacteriana.⁸

Renato Moreira et al en el año 2006 realizaron un estudio sobre la influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares brasileños. Este proyecto presentó, como universo de muestra, los padres o responsables de 48 preescolares entre 2- 7 años de edad, que acudían al Centro de Asistencia Infantil en la población de Aracatuba, Brasil, obteniendo como resultados, que el 84% de los padres observaron una mejoría en cuanto a la capacidad motora de sus hijos durante el cepillado y que el 44% de los padres entrevistados acordaron con sus hijos cepillarse los dientes antes de dormir.⁹

2.1 Placa dentobacteriana.

La cavidad oral es un ambiente húmedo, el cual tiene una temperatura relativamente constante (34 a 36°C), con un pH hacia la neutralidad en la mayoría de sus superficies, soporta el crecimiento de una gran variedad de especies. Este acúmulo bacteriano, es resultado de la interacción entre el medio oral y la flora bacteriana, denominándolo placa dentobacteriana; así como su localización (superficies dentales, surcos y fosas de la cara oclusal, surco gingival), composición bacteriana, metabolismo e incidencia patológica posible en el diente, pulpa o periodonto. La placa dentobacteriana, es una acumulación heterogénea que se adhiere a la superficie dental o se sitúa en el espacio gingivodental, compuesta por una comunidad microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias,

rodeadas por una matriz intercelular de polímeros de origen microbiano y salival.

La materia alba, es un depósito blando, adherente, consistente y mate, de color blanco amarillento, se adhiere a la superficie dental y a las restauraciones dentales, formándose en unas horas y no se elimina con el agua a presión, y está conformada por restos alimenticios, leucocitos en vía de desintegración, células epiteliales descamativas y microorganismos.¹⁰

2.1.1 Clasificación de la placa dentobacteriana.

Hay varias clasificaciones de la placa dentobacteriana, por sus propiedades (adherente, poco adherente); por su capacidad patógena (cariógena o periodontal).

Principalmente se clasifica como supragingival y subgingival según el área anatómica en que se forman.¹⁰

La placa dentobacteriana obtenida de las fisuras de los dientes difieren en su composición bacteriana y química de la que se desarrolla en superficies dentales lisas. Las fisuras representan sitios protegidos de la limpieza normal, donde los alimentos pueden quedar retenidos y pueden acumularse bacterias débilmente adheridas.

La placa supragingival juega un papel esencial en la patogenia de la caries, mientras que la placa marginal y subgingival son responsables de la iniciación de enfermedad periodontal.¹¹

2.1.2 Ecosistema oral en niños.

Al nacer el neonato entra en contacto con la madre, 8 horas después presenta una gran cantidad de microorganismos que se incrementan con rapidez (lactobacilos, estreptococos, estafilococos, enterococos, veillonellae, neisseriae y coliformes).

Los microorganismos son selectivos, y al final del primer año, los estreptococos, estafilococos, veillonella, se encuentran en toda la boca.⁴

La transmisión de bacterias cariogénicas de la madre al niño se produce,

fundamentalmente, al introducir en la boca cucharas y chupones, o al succionar el biberón. La transmisión puede demorarse y quizá evitarse mediante programas intensivos de prevención en las primíparas que almacenan más de 102 unidades formadoras de colonias /ml de saliva (Kolher et al., 1983).¹²

Una colonización temprana de *S. mutans* puede conducir a la aparición de caries más extensa en la dentición primaria. Sin embargo, para que la boca del niño prolifere el correspondiente medio de cultivo de gérmenes es necesario que haya más que un traspaso de saliva.

En ello tiene un papel fundamental el transporte o introducción simultánea de sacarosa ya que, en caso contrario, las bacterias cariogénicas traspasadas no se pueden establecer y la colonización de los dientes no tiene lugar.¹³

En la niñez, las especies facultativas son dominantes en la cavidad oral. Varios anaerobios se adjuntan con la erupción dental, apareciendo nuevas condiciones microbianas favorables y localizables.

Las bacterias se incrementan durante la niñez y en la última etapa se parecen a las del adulto.¹⁰

2.1.3 Papel de la placa dentobacteriana en la formación de la caries.

Siendo la caries dental una enfermedad bacteriana, estudios confirman sus características de infección y transmisibilidad, Orland (1955), Fitzgerald (1968), Keyes (1972). No obstante, la simple inoculación de bacterias cariogénicas no generan la caries dental, siendo necesaria la presencia de un sustrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructuosa y lactosa.

Los estreptococos mutans actuando sobre la sacarosa determinan la formación de glucano y la formación de ácidos. Cuando la acidificación es alta y el pH cae menos de 5.2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa. Como en la saliva y en la placa

existen iones de Ca, P y F, ellos producen un efecto de remineralización, que evita que la forme, y cuando existe el desequilibrio éste lleva por un lado a la cavitación y por otro a la remineralización.¹⁴

La presencia y formación de caries en niños no solo está relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de la ingestión. Como después de la ingestión de los alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones/día contribuyen para aumentar el riesgo de caries.

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer aumentando el riesgo de caries.¹⁴

2.1.4 Gingivitis en niños asociada a la placa dentobacteriana.

La gingivitis simple se caracteriza por inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de adherencia o hueso, en respuestas a las bacterias que viven el margen gingival y el surco. Los signos clínicos de la gingivitis incluyen eritema, hemorragia al sondeo y edema. La gingivitis no es usual en la dentición primaria, ya que los niños de corta edad tienen menos placa que los adultos y son, al parecer, menos sensibles a la misma cantidad de placa. Ello se explica por las diferencias en la composición bacteriana de la placa y los cambios relacionados con el desarrollo en la respuesta inflamatoria. La gingivitis se presenta en la mitad de la población hacia los cuatro o cinco años y continúa en aumento con la edad.

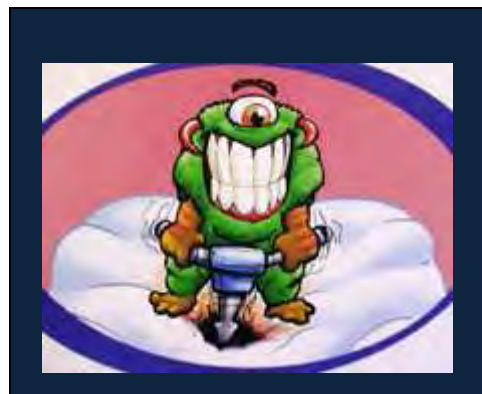
La gingivitis suele ser reversible y puede tratarse al mejorar la higiene bucal. El acatamiento a la limpieza puede fomentarse mediante el uso de cepillos dentales de tamaño adecuado y dentífrico e hilo con sabores agradables para el niño. Los pacientes más jóvenes sobre todo los menores de ocho años, no son aún capaces de seguir medidas eficaces de higiene bucal y requieren asistencia.¹²



Fuente: www.periodoncia.com.mx/.../tem_s_encias_t.jpg

3. CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad infecciosa multifactorial de los tejidos duros dentales, que en un inicio se caracteriza por la descalcificación de las porciones orgánicas del diente. La pérdida del contenido mineral, va seguida de una rotura de la matriz orgánica. Este proceso es resultado del metabolismo de carbohidratos por parte de los microorganismos bucales.²



Fuente: www.odontologíaestética.com

3.1 Manifestaciones clínicas de la caries.

La manifestación clínica de la caries es la lesión cariosa. La lesión puede ser diagnosticada en un primer momento a nivel microscópico, con la posibilidad de evolucionar para pérdida mineral diagnosticada clínicamente (lesión sin presencia de cavidad), lesión con formación de cavidad, hasta destrucción total del diente. El proceso metabólico bacteriano es fuertemente influenciado por una multiplicidad de factores,

como la concentración de fluor, la composición y frecuencia de la dieta, la composición y el flujo de la saliva, la capacidad tampón de la saliva entre otros. Esos factores (determinantes) no pueden solos ocasionar pérdida mineral (si las bacterias no están presentes), pero tienen influencia en el desarrollo de la enfermedad. Fejerskov y Manji destacaron que una serie de factores socioeconómicos y del comportamiento interfiere en los factores determinantes y, de esa manera, en la enfermedad de la caries. La multiplicidad de factores que tiene influencia en el desarrollo de la enfermedad explica porque individuos enfermos (con actividad de caries) difieren cuanto a hábitos alimenticios, flujo de secreción salival, etc. El consumo frecuente de sacarosa no caracteriza de por sí al paciente con actividad de la caries. La manifestación clínica de la enfermedad caries se caracteriza por la pérdida de mineral. El diagnóstico de pérdida mineral se da, por lo tanto, por medio del diagnóstico de la presencia de la lesión, éste se basa en la identificación de la evidencia del desequilibrio del proceso de desmineralización-rem mineralización. Este desequilibrio causa pérdida mineral, que puede ser identificada por la presencia de lesión (con o sin cavidad) con características de actividad. Por lo tanto sólo la identificación de lesión activa en el paciente nos da garantía de que éste presenta caries. La presencia de lesión inactiva significa que el paciente, en el momento del examen, no presenta proceso activo de desmineralización. La lesión inactiva es la secuela de una enfermedad pasada.⁵ El paciente que presenta lesión inactiva puede necesitar tratamiento restaurador, pero no tratamiento de actividad en la enfermedad. La anamnesis, examen clínico, la evaluación de la dieta, de la saliva y de la microflora cariogénica del individuo auxilian en el diagnóstico de los factores responsables por la pérdida mineral en aquel individuo y, por lo tanto, en el planeamiento del tratamiento de esa enfermedad (aplicación tópica de fluor, control de la dieta, estímulo de secreción salivar, instrucción de higiene bucal y control antimicrobiano).⁵

3.1.1 Lesión inicial de caries en la superficie lisa de esmalte.

La evidencia de la afectación inicial del esmalte es lesión en mancha blanca. A veces la lesión puede aparecer marrón, debido al material exógeno absorbido en sus porosidades. El aspecto clínico de la lesión es causado por la pérdida del esmalte de la subsuperficie, que produce una pérdida de la translucidez del esmalte.

La superficie del esmalte sobre la lesión blanca puede aparecer como clínicamente intacta y lisa, indicando que la lesión no es activa. Las lesiones blancas con superficie rugosa indican que la lesión es activa.¹⁵



Fuente: www.cariodent.com

3.1.2 Lesión inicial de caries en fosetas y fisuras.

En fosetas y fisuras de la lesión primera no se forma en el fondo, sino en las paredes de las fisuras, y tienen el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos ácidos de la placa dentobacteriana, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de formación de caries. Si las lesiones aumentan en tamaño, coalescen en la base de la fisura; en este momento, debido a la proximidad de la unión amelodentinaria, la caries se disemina rápidamente en sentido lateral.¹⁵ Aquí, la dentina subyacente se afecta con más rapidez, y el área implicada de dentina es mayor que en las lesiones de superficie lisa. La propagación en fosetas y fisuras adopta la forma de dos conos truncados encontrados en sus bases, siendo el cono de dentina el de mayor base.¹⁵



3.1.3 Caries oculta.

Es la lesión de caries que progresa en dentina con la superficie de esmalte clínicamente intacta, observándose apenas un orificio de entrada. También se denomina “caries en cuello de botella”. Se atribuye al uso de flúor tópico, que puede preservar la integridad del esmalte y así desenmascarar la progresión de las lesiones de caries dentinarias debajo de la superficie.¹⁵

3.1.4 Caries en dentina.

La dentina y la pulpa dental son tejidos vitales íntimamente interconectados, y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión.

El complejo pulpodentinario a menudo responde al ataque de caries antes de que se produzca cavitación del esmalte. Esto se observa, sobre todo, en lesiones de progresión lenta, donde los ácidos, enzimas y otros productos bacterianos producirán una respuesta irritativa de la pulpa.¹¹



Fuente: www.cariodent.com

3.1.5 Caries rampante.

Consiste en un ataque agudo de caries que incluye a muchos dientes en superficies que no suelen ser susceptibles. Suele ocurrir en niños y en adolescentes, aunque también puede darse en adultos. Puede ser debida a: consumo exagerado de hidratos de carbono, mala higiene oral y reducción del flujo salival. Las lesiones son extensas y producen una rápida cavitación y destrucción de la corona. Si no se trata con prontitud se produce un compromiso temprano de la pulpa.

Cuando un paciente presenta lo que se considera una cantidad excesiva de caries, debe determinarse si tiene en la actualidad una susceptibilidad elevada y es realmente una caries rampante de aparición súbita o si el estado bucal representa años de negligencia y falta de cuidados dentales.¹⁵



Fuente: www.biodenth.be/images/caries-biberons

3.1.6 Localización de caries en la dentición primaria.

En la dentición primaria, la susceptibilidad dental individual se encuentra determinada en buena medida por la morfología dental y la de la arcada. Los primeros molares en ambas arcadas son menos susceptibles a las caries oclusales, debido a la relativa ausencia de fosetas y fisuras profundas en estos dientes en comparación con los segundos molares primarios. La amplia región de contacto entre el primero y segundo molar primario contribuye a la elevada proporción de caries proximales que se observan en estas superficies. La superficie distal del segundo molar primario no tiene un diente cercano, sino hasta que erupciona el primer molar permanente hasta cierto punto sin afección hasta los seis o siete años, después de lo cual se hace más susceptible. La susceptibilidad a las caries de la superficie distal del canino primario es similar, y ambos se encuentran menos afectados que el área de contacto del primer molar y del segundo. El área de contacto del primer molar y el canino es menos amplia, y esta zona de contacto en el arco mandibular actúa como espacio primate y, por tanto, presenta autoclisis.¹²

3.1.7 Valoración del riesgo de caries.

Para asegurar un nivel de prevención y tratamiento adecuado es aconsejable establecer un nivel de riesgo de desarrollo de caries. Los estudios epidemiológicos recientes indican que el riesgo de caries no está distribuido de forma uniforme entre la población general. En los países desarrollados existen grupos de población infantil que tienen mayor riesgo de adquirir caries que la media. Además, hay ciertos individuos, bien sea por circunstancias individuales (p. Ej.; tratamiento ortodóntico), o bien porque están médica, física o nutricionalmente comprometidos, que pueden tener diferentes niveles de riesgo de caries. Por tanto, acceder a la prevención de caries midiendo un riesgo de caries individualizado está científicamente justificado ante los patrones actuales de caries.¹⁵

En la visita inicial de un nuevo paciente, si el niño no tiene ningún diente con caries, será clasificado como de bajo riesgo. Un niño con antecedentes de caries antigua y/o una lesión de caries activa será clasificado como de riesgo moderado. Un niño con una experiencia pasada de caries activas en fisuras o con una lesión de superficie lisa será clasificado como de alto riesgo.

Muchos niños médicamente comprometidos son valorados de alto riesgo debido al uso de medicinas que están endulzadas con azúcar o sacarosa o por la toma continua de ciertos medicamentos, como antihistamínicos y beta adrenérgicos, que produzcan xerostomía.¹⁵

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CARIES SEGÚN LA ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA.

Riesgo de caries	Niño/adolescente
Bajo	<p>Historia clínica: Buena higiene bucal Uso adecuado del flúor Visitas regulares al odontólogo</p> <p>Exploración: Ausencia de caries en el último año Fosetas y fisuras selladas</p> <p>Otras pruebas: Cantidad de UFC*/ml de saliva: <1,105 de S. mutans o < 1,103 lactobacilos/ml</p>
Moderado	<p>Historia clínica: Higiene bucal regular Fluorización inadecuada Visitas irregulares al odontólogo</p> <p>Tratamiento ortodóntico</p> <p>Exploración: Aparición de una lesión de caries en el último año</p>

Alto	<p>Fosetas y fisuras profundas</p> <p>Existencia de manchas blancas y/o radiolucideces interproximales</p> <p>Otras pruebas:</p> <p>Cantidad de UFC*/ml de saliva:</p> <p>Entre 1,105 y 1,106 S.mutans/ml</p> <p>Entre 1,103 y 1,105 lactobacilos/ml</p> <p>Historia clínica:</p> <p>Sin exposición al flúor</p> <p>Mala higiene bucal</p> <p>Ingesta frecuente de azúcar</p> <p>Visitas irregulares al odontólogo</p> <p>En niños pequeños hábito inapropiado de biberón o chupón</p> <p>Exploración:</p> <p>Dos o más lesiones de caries en el último año</p> <p>Caries de superficies lis antiguas</p> <p>Fosetas y fisuras profundas</p> <p>Otras pruebas:</p> <p>Cantidad de UFM*/ml de saliva:</p> <p>1,1⁹⁶ S.mutans/ml o > 1,105 lactobacilos/ml</p> <p>Flujo de saliva deficiente < 1ml/min</p> <p>pH saliva < 4,5</p>
------	--

Fuente: Odontopediatría.J.KBajamCatala,García Ballesta A. Mendoza

3.1.8 Prevención de caries en niños de edad preescolar.

Son ya tradicionales los conceptos sobre prevención expuestos por Leavell y Clark .El primer nivel de prevención corresponde a la promoción de salud de una forma general. Según estos principios, el mantenimiento de la salud bucal infantil correspondería al segundo nivel de prevención, es decir, sería una protección específica frente a los elementos creadores

de una patología en la boca del niño. Ambos niveles constituyen la prevención primaria.¹⁶



Fuente: www.medmayor.cvodontologia

No sería posible cubrir los objetivos preventivos en estos niveles sin un conocimiento de lo considerado normal en el individuo. En el niño la normalidad es un proceso dinámico y cambiante que acompaña al crecimiento y la maduración de todas las estructuras. En pocos años se producen grandes variaciones en el peso y en la talla, las proporciones corporales cambian y simultáneamente hay desarrollo del lenguaje, de la personalidad y de las habilidades motoras e intelectuales. Al planificar el mantenimiento de la salud bucal infantil es imprescindible reconocer si se está ante una situación de normalidad o no. Instaurar programas preventivos inadecuados al desarrollo motor, a la capacidad de comprensión o la actitud será tan eficaz como no tener en cuenta el estado de salud bucal. En la práctica, se hace necesario instaurar también programas de prevención secundario, que representan el tercer nivel de Leavel y Clark y corresponden a las acciones de diagnóstico y tratamiento precoces.¹⁶

Por último, la prevención terciaria se realizara en un estado avanzado de la enfermedad y correspondería al cuarto nivel, encaminado a limitar la incapacidad; y al quinto, destinado a rehabilitar la función. Esta etapa es

un buen momento para iniciar la formación de los padres y/o educadores en los aspectos más relevantes relacionados con la salud bucal.¹⁶

Los dientes primarios son fundamentales en la masticación, en la estética, en el aprendizaje correcto de la pronunciación, ayudan a mantener el espacio para los dientes permanentes. La prevención en este grupo etario esta fundamentalmente dirigido a controlar hábitos nocivos frecuentes. También a enseñarles a consumir una dieta saludable, pobre en azúcares. Es importante la comunicación con los niños y sus padres para explicarles los alimentos de una dieta saludable en cuanto al contenido de azúcar así como también, su consistencia y textura. Los alimentos que constituyen la dieta habitual son aquellos que aportan los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño y que por tanto desde el punto de vista nutricional son beneficiosos, independientemente de que sean cariogénicos o no. En este grupo están incluidos los cereales, mermeladas, mieles, yogurt, salsa de tomate envasadas, etc. Se debe tener mucho cuidado al restringir estos alimentos y valorar su ingestión en el concepto amplio de la nutrición del niño, sin embargo hay que advertir a los padres sobre el potencial cariogénico y la necesidad de cepillarse los dientes inmediatamente después de su consumo. En otro grupo se encuentran los alimentos gratificantes que tienen un alto contenido de azúcar pero no son beneficiosos en la dieta, estos incluyen caramelos, chocolates, refrescos gaseados, tortas, etc. Lograr cambios en la ingestión de este grupo de alimentos suele ser difícil, ya que socialmente existe una tendencia a potenciar su consumo. Se obtendrán los mejores resultados proporcionando educación para los niños y padres, ofreciendo alternativas gratificantes como globos, pelotas, etc. Y explicarles que la higiene dental debe comenzar en esta etapa conjuntamente con la erupción de los dientes. Enseñarles el cepillado correcto a los padres y permitirle a los niños ya al final de la etapa, ejecutar por sí solos el cepillado con una frecuencia de cuatro veces al día (después del desayuno, después del almuerzo y comida y antes de acostarse).¹³

Es necesario si el caso lo requiere la administración de fluoruro de sodio al 2% cada 6 meses, sin olvidar la aplicación de selladores de fosetas y fisuras.

El flúor sistémico en nuestro país esta incorporado a los Programas de Fluoración del agua y la sal de cocina.

Indicaciones para grupo etéreo de 3 – 6 años:

1. Exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos.
2. Control de placa dentobacteriana a niños de 3-6 años.
3. Educación para las personas en contacto con los menores y a los niños de 3-6 años.
4. Atención a las madres de niños menores de un año.
5. Atención a las educadoras de círculos infantiles.
6. Aplicación de fluoruro a los niños de 3-6 años.
7. Tratamientos restauradores de los dientes afectados.

La incorporación progresiva del niño a la atención dental a esta edad favorece una actitud positiva hacia el cuidado de su boca y los procedimientos dentales. El niño debe acudir dos veces al año para sus revisiones periódicas.¹⁷

Los tratamientos de prevención se realizan en dos niveles: en el consultorio dental y en el hogar. Los procedimientos caseros son eminentemente educativos preventivos bajo orientación profesional. Son los más eficaces, de mayor alcance y económicos, así como aquellos que menos interfieren en el comportamiento negativo del paciente.

Los procedimientos en la clínica dental, además de las características curativas, dependiendo del tipo de problema que el niño presenta, pueden, resumidamente, ser descritos tanto en el sentido de realización casera como de aquellos que serán realizados en el consultorio dental.¹⁴

4. MÉTODOS DE PREVENCIÓN EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Puede ser laborioso, en ciertos entornos hacer valer la importancia de la dentición primaria, o más ampliamente, de la salud bucal infantil. Desde la preocupación de los padres por estos aspectos, a una sorprendente indiferencia.

Existen aspectos de cultura general, de madurez social y paradigmas relacionados con el papel de la infancia, a los que el odontólogo debe enfrentarse día con día en la consulta profesional, y es su deber el ofrecer asesoría en cuanto a los tratamientos preventivos que se pueden realizar en la consulta dental.¹⁸

El objetivo fundamental de la educación para la salud, es producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes, de esta forma facilitando la adquisición de habilidades y originando en algunos casos modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida.³

4.1 Flúor.

Con excepción del flúor, no hay ninguna sustancia que favorezca el desarrollo de dientes especialmente resistentes a la caries (Gustavsson y cols., 1954). Sin embargo, por si solo, si no elimina la placa dentobacteriana, el flúor no puede evitar la aparición del avance de la caries en todos los individuos.¹³

El esmalte recién formado de los niños aún es muy susceptible de reaccionar, de manera que iones de sodio, potasio y fluoruro pueden penetrar por difusión en la capa superficial del esmalte (20-50 µm) es importante incrementar el aporte de flúor, sobre todo para prevenir la caries en las fosas, que están especialmente amenazadas durante la fase eruptiva.

Además de los preparados profilácticos fluorados, la alimentación y especialmente el agua mineral, así como los alimentos preparados con esta constituye también un fuente flúor (Newbrun, 1992).

En la profilaxis con flúor hay que evitar absolutamente la sobre dosificación, sobre todo en los primeros 5 años de vida (coronas de incisivos y caninos permanentes), e incluso hasta los 8 años (premolares, coronas de los segundos molares). La administración excesiva de flúor durante la formación de las coronas dentarias puede conducir a una fluorosis del esmalte.¹²

El fluoruro puede ser administrado por vía general o sistémica y por vía tópica, ésta última es la forma en la que en el consultorio dental se aplica como medida preventiva en la formación de caries.¹⁸

4.1.1 Fluorización tópica

Durante y después de la erupción, empieza el periodo de fluorización externa: la aplicación directa y local de fluoruro es más significativa que la sistémica. La concentración de fluoruro en la boca tiene más peso e importancia en la efectividad de la prevención que la concentración en el diente.

El fluoruro tiene un efecto cariostático sobre el esmalte y la placa, y ejerce una influencia directa sobre los procesos de desmineralización y remineralización.¹⁸

4.1.2 Fluoruro de sodio.

En 1948 Knutson describe la técnica de aplicación actualmente aceptada. El procedimiento consiste en:

Profilaxis y aislamiento con rollos de algodón.

Secado cuidadoso con aire.

Aplicación de Fna al 2% por 3-4 minutos.

Este procedimiento es repetido tres veces más en intervalos de una semana, sin profilaxis previa. Se recomienda que esta secuencia se aplique en las edades 3, 7, 10, y 13 años, para coincidir con etapas bien definidas en el desarrollo de la dentición (fórmula temporal completa, primer periodo de recambio, dentición mixta y fórmula permanente joven). La fuerza de este procedimiento de disminución de caries en la dentición temporal es del 20 a 30%.¹⁸

4.1.3 Fluoruro de estaño.

La técnica consiste en aplicar una mezcla reciente de fluoruro de estaño, al 8% durante cuatro minutos en los dientes previamente limpios, aislados y secos, y aplicar dos veces al año.

Los resultados son adecuados y la técnica resulta más simple que con fluoruro de sodio; sin embargo, su uso ha disminuido por algunas características indeseables: gusto desagradable, inestabilidad de la solución acuosa, tinción dentaria e irritación gingival.¹⁸

4.1.4 Fluorofosfato acidulado.

Consiste en una solución de Fluorofosfato acidulado (FPA) que contiene 1,23 % de fluoruro de sodio y ácido ortofosfato al 0,1 M con un pH de 3,2. Las aplicaciones semanales han resultado en una protección de 26 a 70%.

Esta fórmula está disponible en geles, lo cual permite aplicarlo con cubetas preformadas en una variedad de sabores y colores, estos últimos para verificar que todas las zonas han recibido aplicación. Los resultados son similares a la solución. El tiempo de aplicación es el mismo: cuatro

minutos en dientes con profilaxis, aislamiento y secado. La limpieza coronaria previa no es indispensable.¹⁸

4.1.5 Geles tixotrópicos.

Está en el mercado, con igual fórmula de flúor, el vehículo de gel tixotrópico, caracterizado un compuesto único en el sentido que se fluidifica bajo presión: esto posibilita su ingreso a las áreas interproximales y al fondo de fisuras con mayor facilidad, y que se hace altamente viscoso y, en consecuencia, tiende a adherirse a las superficies, cuando la presión es eliminada. Con este compuesto se puede disminuir un poco el tiempo de aplicación a un minuto o dos. Su penetrabilidad en el esmalte es mayor que el gel convencional de FPA.

Los geles FPA al 1,23% son los más utilizados en la actualidad; la concentración es de 12:300 ppm o 12.3 mg de flúor por gramo de producto: esto quiere decir que la botella normal de presentación de 250 ml contiene una dosis letal si es ingerida. Es obvio que puede ser administrado sólo por el profesional.¹⁸

4.1.6 Flúor sistémico.

Con la administración de flúor sistémico se propone obtener niveles óptimos en la sangre y por lo consiguiente en la saliva para obtener efecto tanto en dientes erupcionados como los dientes que todavía están en formación. Con este propósito, el flúor ha sido añadido a la sal, prescrito en tabletas y gotas, o más universalmente, al, agua potable, siendo este último el vehículo más estudiado, estimándose que representa un método casi ideal de salud pública. Resultados de cientos de experiencias prueban que la reducción de caries cuando se agrega flúor al agua potable oscila entre el 50 y 70%. El método ha sido considerado seguro, económico y efectivo.

La Organización Mundial de la Salud, con las tendencias actuales de los resultados de la fluoración, resumen así sus efectos:

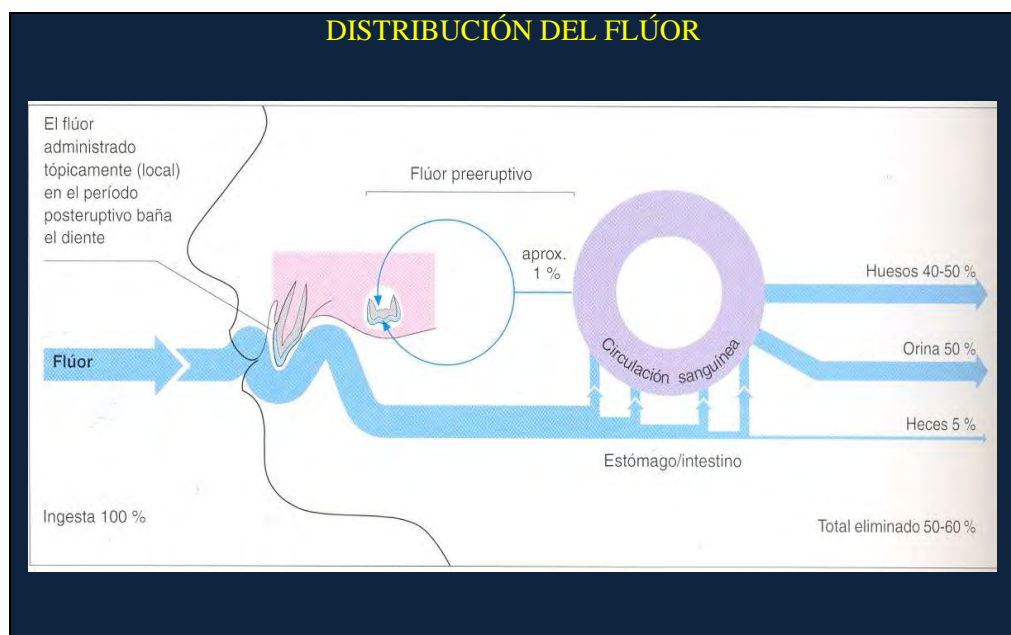
Seis veces más niños libres de caries.

Prevalencia de caries disminuida en 60%.

Disminución de 75% de molares de seis años extraídos.

Disminuciones de caries interproximal de incisivos superiores en un 95%.¹⁸

El límite superior diario de flúor es de 0,07 mg por cada kg de peso corporal.¹³



Fuente: Atlas de Odontología Pediátrica. JM Vann Waes, Paul W Stockli V.

4.2 Selladores de fosetas y fisuras.

En la actualidad los selladores de fisuras y fosetas se definen como una resina que se aplica y retienen mecánicamente a la superficie grabada del esmalte, con lo cual quedan sellados y aislados los defectos anatómicos del diente del medio ambiente bucal. Esta acción se realiza principalmente en las superficies oclusales, logrando de esta forma un tratamiento preventivo y eficaz en contra de la caries dental. Para prevenir la aparición de la caries a edades tempranas, lo mejor es aplicar el sellador de fisuras al poco tiempo de que aparecen estos dientes en la boca.¹⁹

En la mayoría de los casos para aplicar el sellador dental no es necesario remover estructura dental con fresas, lo que le otorga la característica de ser aceptado más fácilmente por el paciente, además de ser un proceso bastante fácil.

Debido a que la probabilidad de que se presenten y se desarrollen caries en las fosas y fisuras de los molares a edad temprana y que puede ser mayor en la adolescencia, son los niños y adolescentes los candidatos más claros para este tratamiento.¹⁹

Los selladores actualmente utilizados son a base de Bis-GMA, bisfenol a-glicidil metacrilato.

El uso de selladores directamente sobre el esmalte es posible gracias a la retención mecánica de un sistema que, inicialmente fluido, de poca viscosidad y con adecuada capacidad humectante, solidifica, incluyendo en la interfase de contacto la mayoría de las irregularidades.

El grabado del esmalte con ácido se desarrolló para acondicionar esta superficie, que resulta así con porosidad y digitaciones que facilitan y aumentan la traba mecánica. La solución ácida, normalmente ácido fosfórico al 30-40%, se aplica durante alrededor de 15-17 segundos para promover dos cambios en el esmalte: remoción de una fina capa de esmalte de aproximadamente 10um de espesor, retirando así el esmalte menos reactivo de la superficie, y creación de poros y digitaciones de entre 20 y 50um de profundidad.¹⁸

4.2.1 Técnica.

Se realiza la limpieza de la zona fisurada con pastas libres de flúor, glicerina o aceites, para eliminar las películas de recubrimiento.

Se aísla, el mejor método es mediante aislamiento absoluto, aunque en muchos casos se puede obtener un eficiente aislamiento parcial con rollos de algodón y un buen sistema de eyección y succión.

Previo secado se aplica la solución ácida, con una esponja esférica pequeñas o un pincel fino. La solución se deja durante 15 segundos.

Con un chorro de spray agua-aire se lava durante 10-15 segundos es suficiente. Se cambian los algodones, si se ha optado por aislamiento relativo, cuidando no contaminar con la saliva, y secar cuidadosamente. En este punto debe ser apreciable el esmalte grabado de color blanco mate.¹⁸

Durante la aplicación del sellante no debe de haber contaminación por saliva. Esta es la causa más importante de fracaso en retención del material; si esto ocurriera, debe regrabarse. El material se aplica según las instrucciones y aditamentos del fabricante, en cualquier caso cuidando de no dejar burbujas. La polimerización se lleva a cabo por medio de luz, la cual se aplica por 60 segundos aproximadamente; se recomienda dejar de 15-20 segundos dejar fluir el sellante antes del fotopolimerizado. Se recomienda pasar un explorador sobre la superficie del sellador, para comprobar la retención de este.⁴



Fuente: www.sepiensa.org.mx

4.3 Higiene bucal.

Es deber del odontólogo concientizar a los padres de familia de que es necesario limpiarse los dientes desde el momento en que erupcionan los primeros dientes temporales, normalmente, el niño intenta lavarse los dientes el sólo desde los 3 años de edad, sin embargo, no se puede esperar que lo haga correctamente hasta los 8 años y, por lo tanto, dependerá de la ayuda e indicaciones diarias de sus padres durante algún tiempo, lo mejor es que el entrenamiento se lleve a cabo por la noche y lo más importante es que los padres limpien a fondo la zona de los molares

(una vez que el niño ha terminado). La mejor manera de visualizarla placa dentaria mediante el uso de un colorante selectivo.¹³

Ayudar al niño regularmente a lavarse los dientes desarrolla y fija en él hábitos que más tarde serán definitivos para su salud oral. Es de esperar, sin embargo, que la motivación del niño sea más bien escasa. Al contrario que a sus padres, a los niños les faltan experiencias y referentes de enfermedad y dolor y, por lo tanto, aún no comprenden el valor de la salud y de la estética. Por esta razón, es muy importante recomendarles determinados hábitos de comportamiento, y para ello es esencial el compromiso de los padres con esta labor.

La prevención de la caries en los niños requiere la rápida eliminación de los restos de comida y el uso de pastas dentífricas con flúor.

Después de consumir azúcar resulta más efectivo contra la caries cepillarse los dientes durante poco tiempo que enjuagarlos, y esto se justifica por las siguientes razones:

- Se elimina la placa ácida y productora de ácidos en los lugares a los que se puede acceder bien con el cepillo.
- Mejora la difusión de la saliva y amortigua la acidez en las partes de la placa que no se han eliminado.
- Se facilita la remineralización de las zonas de la superficie dentaria libres de placa.
- Supuestamente, se estimula más la producción de saliva al cepillar que al enjuagar.¹³



Fuente: www.higbuc.34or

4.3.1 Importancia de los utensilios para la higiene bucal.

El odontólogo deberá informar a los padres de familia que para el niño, el instrumento más importante para la higiene bucal es el cepillo de dientes. Los surcos y pliegues a lo largo del margen encía-diente son más pequeños y más accesibles en el niño que en el adulto. La encía llena el espacio interdental de forma tan completa que las depresiones existentes son sólo superficiales. La cabeza de los cepillos de dientes para niños debe ser pequeña para permitir una accesibilidad y una limpieza óptimas; en la parte anterior debe ser redondeado y tener una densa área de cerdas. Los más ventajosos son los cepillos de doble cabeza. Es recomendable que el material de las cerdas sea sintético. Éstas deben ser blandas y redondeadas en su extremo para evitar que se produzcan heridas en las partes carnosas. Las cerdas de materias naturales son poco higiénicas y, al poco tiempo de uso, su capacidad limpiadora deja de ser satisfactoria. Para situaciones difíciles, como para cuando erupcionan los dientes o el niño lleva aparatos ortodónticos, existen cepillos especiales que facilitan el cepillado.¹³



Fuente: Atlas de Odontología Pediátrica. JM Vann Waes, Paul W Stockli V.

4.3.2 Técnica de cepillado.

La técnica de cepillado en círculo, antes muy extendida, conduce a muchos niños a realizar movimientos que describen formas ovaladas: el

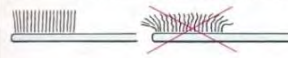
círculo se “desinfla” y se acerca a los penachos horizontales, con lo cual pueden aparecer heridas en las encías y los dientes.


- Por todo ello, se desarrolló una técnica sistemática pensada para ser practicada en jardines de infancia y escuelas que concilia una correcta limpieza de los dientes con la protección de las encías.¹³

SISTEMÁTICA DE CEPILLADO DENTAL PARA SER UTILIZADA EN JARDINES DE NIÑOS Y ESCUELAS

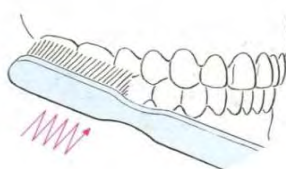
Sistemática del cepillado dental
(metodología de instrucción en las escuelas)

Hay que limpiarse los dientes inmediatamente después de cada una de las comidas principales del día y, además, cuando se come algo dulce entre horas. Una vez al día, la limpieza debe realizarse muy a fondo (preferentemente, por la noche). Las superficies externas e internas deben cepillarse hasta el límite con la encía. Es aconsejable controlar la técnica de cepillado realizando el protocolo frente al espejo. El cepillo tiene que tener una cabeza corta y estrecha, y ser sustituido por uno nuevo cuando las cerdas se tuercen y separan. El protocolo que hay que seguir se describe a continuación.

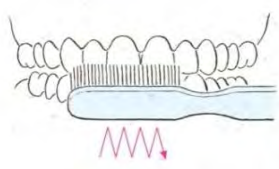




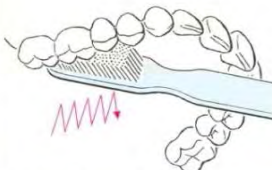
Superficies masticatorias
Arriba a la derecha - arriba a la izquierda
Abajo a la derecha - abajo a la izquierda
De atrás hacia delante, con movimientos cortos pero energicos



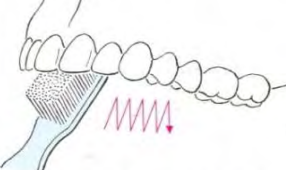
Superficies externas laterales
Con los dientes cerrados*, primero la derecha y después la izquierda, desde atrás hasta el canino con **movimientos de arriba abajo** *después del recambio dentario, limpiar los maxilares superior e inferior por separado



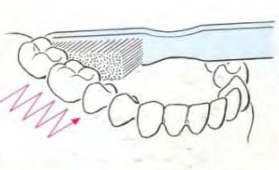
Superficies externas frontales
Los incisivos, borde a borde. De derecha a izquierda, primero los superiores, después los inferiores, con pequeños **movimientos de arriba abajo**



Superficies internas superiores
Desde la superficie posterior del diente que ocupa la posición derecha más posterior, hacia delante, y así sucesiva-

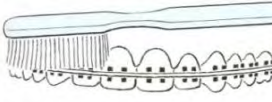


mente hasta llegar al diente que ocupa la posición izquierda más posterior, con pequeños movimientos de arriba abajo




Superficies internas inferiores
Igual que para las superficies internas superiores

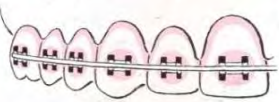
Los pacientes que llevan un aparato ortodóncico fijo tienen que completar, además, un protocolo de limpieza adicional de las superficies externas.



Superficies externas laterales
A la derecha arriba - a la derecha abajo
A la izquierda arriba - a la izquierda abajo
De atrás hasta el canino, con el cepillo en diagonal respecto a la encía y pequeños movimientos de arriba abajo



Superficies externas frontales
Arriba y abajo, de derecha a izquierda



Importante
El área crítica que hay entre y la encía y los cierres debe limpiarse en profundidad

Fuente: Atlas de Odontología Pediátrica. JM Vann Waes, Paul W Stockli V.

4.4 Asesoría alimenticia.

Durante la edad preescolar surgen diversos factores que influyen de manera considerable en el crecimiento y desarrollo del niño, así como en su salud dental. El ritmo de crecimiento se reduce notablemente después de un gran aumento durante los primeros tres años de vida. Por lo consiguiente, es necesario reducir las necesidades calóricas, aunque sin sacrificar una dieta equilibrada.

En esta etapa también empieza a sentirse el efecto de la televisión, los anuncios comerciales que observan son muchos y, las mayor parte son de productos alimenticios que el preescolar parece preferir cuando acompaña a sus padres a hacer las compras semanales.¹²

Aunque los preescolares disponen cada vez de más tiempo libre por su propensión, cada vez menor, a no dormir la siesta. Por consiguiente, a medida que se encuentran más tiempo en vigilia, aumenta su consumo de bocadillos debido a los comentarios que escuchan en la televisión y la observación de otros niños de su misma edad. Es necesario el consumo de refrigerios saludables. Es posible que surja un problema cuando los bocadillos sólo se limitan a alimentos con alto contenido de sal y grasa o carbohidratos refinados adherentes a los dientes y tejidos bucales. Los padres, maestros y otras personas que se encargan de los niños deben recibir orientación acerca de los tipos de refrigerios más adecuados.

Pese a que a lo largo de los años se ha señalado que la sacarosa es un carbohidrato importante que se requiere para la producción de ácidos, en la actualidad se sabe que hay otros carbohidratos simples que también son acidificantes, como los edulcorantes de maíz que se utilizan en algunos alimentos procesados, y la fructuosa y la glucosa, que se encuentran en forma natural en la miel, frutas y verduras. Por consiguiente, no basta con recomendar que se disminuye el consumo de sacarosa, cuyo uso en la industria alimentaria también ha disminuido con el transcurso de los años, al ser sustituida con fructuosa y otros edulcorantes.¹⁸ El factor decisivo es la capacidad de los alimentos de

producir ácidos que disminuyan el pH en los dientes, alrededor de ellos, en presencia de placa dentobacteriana.

Según Schachtele (1982), los alimentos poco cariogénos comparten las siguientes características:

1. Contenido relativamente alto de proteínas.
2. Contenido moderado de grasa, lo que facilita su paso de la boca al esófago.
3. Concentración mínima de carbohidratos fermentados.
4. Capacidad de amortiguación considerable.
5. Alto contenido de minerales, sobre todo calcio y fósforo.
6. pH mayor de 6.
7. Capacidad de estimular el flujo salival.¹⁸

Aunque se ha identificado alimentos con las características mencionadas, no deja de ser difícil ayudar a los padres en la selección de una dieta y de hábitos de alimentación que sean óptimos para la familia.¹²

Cuando el preescolar no tiene enfermedad dental y el consumo de alimentos en el hogar es adecuado, es conveniente reforzar ésta conducta por medio de comentarios positivos, ya que los antecedentes y la asesoría alimentaria serían contraproducentes en esta situación.

Cuando el preescolar tiene caries o parece tener alto riesgo a padecerla, se indica una evaluación adicional. Es necesario obtener los antecedentes alimentarios mediante el recuerdo de lo que se consumió en casa en las últimas 24 horas ó un registro de tres a siete días. Aunque a menudo se cuestiona la confiabilidad de los antecedentes alimentarios, es mucho lo que se puede indagar con un poco de confianza y respeto entre el odontólogo y los padres. No obstante, es necesario evitar las reprimendas o avergonzar a los padres.

Aunque el objetivo principal de la evaluación alimentaria en el consultorio dental consiste en identificar hábitos dañinos para la salud dental, el odontólogo debe de tener en mente que el consumo y los hábitos alimentarios también influyen sobremanera en el crecimiento y desarrollo

sistémico. En caso de haber problemas en esta área, es imperativo que los padres consulten al médico de atención primaria para obtener evaluación y orientación adicionales.¹²



Fuente: Atlas de Odontología Pediátrica. JM Vann Waes, Paul W Stockli V.

5. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DENTALES EN EL HOGAR.

Las madres son el principal transmisor de hábitos de salud y las creadoras de patrones de comportamiento para sus niños.¹⁶

Parecerá que los cuidados dentales diarios en el hogar deberían tornarse menos difíciles gracias a los avances en la educación, socialización y maduración del niño durante este periodo. Por desgracia no suele ocurrir así, los padres piensan que el niño puede ser más independiente de lo que en realidad es capaz. También suponen que la coordinación motora de su hijo ha progresado hasta el punto que el niño puede manejar el uso del cepillo dental. Por su parte, el menor se esfuerza por ser más independiente; le gusta ir al baño solo, y no quiere la ayuda de sus padres.

Es importante llegar a un acuerdo negociado, por ejemplo, después de las comidas el niño puede cepillarse los dientes con supervisión mínima, o ninguna, mientras que a la hora de acostarse los padres le limpiarán los dientes y darán masaje a las encías. Cuando padres e hijo colaboran cada uno con responsabilidades bien identificadas, es posible diseñar un programa que el odontólogo vigile y modifique según se requiera.

En el periodo preescolar todos los dientes deben haber erupcionado, los espacios entre ellos, que antes eran más visibles comienzan a cerrarse. La limpieza de la boca incluye el cepillado de los dientes y limpieza de las áreas donde tienen contacto con la encía. Esta es una actividad motora fina que la mayoría de los niños de tres a seis años no pueden realizar por completo sin ayudada. Además, la superficie lingual de los molares inferiores y la bucal de los molares superiores son de alcance y observación difícil para la eliminación de la placa bacteriana.¹⁶

La visibilidad y accesibilidad mejoran sobremanera con la posición adecuada, se recomienda que coloquen de manera periódica al niño en posición supina, para mejorar la visibilidad. El cepillo de cerdas blandas y humedecidas, sirve para limpiar los dientes y dar masaje a la encía. Se recomienda un dentífrico que contenga fluoruro, aunque con supervisión por parte de los padres. Se aplica un poco de pasta dental en el cepillo, y se indica al niño, que escupa cuando termine el cepillado, no debe de utilizarse demasiada pasta, ya que se ha demostrado en diversos estudios que los niños de tres a seis años la degluten, lo cual puede contribuir a causar fluorosis.¹²

Las prácticas adecuadas de higiene bucal incluyen la ejecución del aseo dental después de cada comida, hábito que se debe inculcar a edad temprana. Se recomienda el enjuague de la boca con agua cuando no sea factible el cepillado. El aseo bucal a la hora de acostarse reviste importancia especial, porque la menor producción de saliva durante la noche hace que aumenten los ácidos. Por consiguiente, la supervisión y ayuda que proporcionan los padres es importante. Los dientes primarios se comienzan a caer hacia el fin de este periodo del desarrollo, y las

áreas de exfoliación pueden estar adoloridas, y las encías, inflamadas y sensibles. En esta etapa, los padres deben ayudar a su hijo a mantener diariamente los hábitos de limpieza.¹²

6. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

El desarrollo psicológico debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente interactúan con los factores ambientales particulares para modelar el curso de una trayectoria en el comportamiento del niño.¹

El comportamiento humano se estudia desde el ámbito de la psicología desde varias perspectivas para explicar los aspectos del desarrollo psicológico (emocional, cognoscitivo y social). Las principales teorías o modelos son:

6.1 Teoría del aprendizaje y condicionamiento operante.

Burrhus F. Skinner

Skinner creía en los patrones estímulo-respuesta de la conducta condicionada. Su historia tiene que ver con cambios observables de conducta ignorando la posibilidad de cualquier proceso que pudiera tener lugar en la mente de las personas.

El comportamiento humano es producido por eventos ambientales y controlados por la consecuencia de éstos, lo que se conoce como el enfoque estímulo-respuesta; y significa que una persona continuará realizando las acciones que en el pasado estuvieron seguidas de consecuencias favorables, pero que no emprenderá conductas cuyos efectos han sido desfavorables.¹⁹

Modificación de la conducta.

La modificación de conducta (usualmente conocida en inglés como mod-b) es la técnica terapéutica basada en el trabajo de Skinner. Es muy directa: extinguir un comportamiento indeseable (a partir de remover el refuerzo) y sustituirlo por un comportamiento deseable por un refuerzo.

Ha sido utilizada en toda clase de problemas psicológicos y es particularmente útil en niños.¹⁹

Skinner creía que un organismo tiende a repetir una respuesta que ha sido reforzada y a eliminar una que ha sido castigada.

Refuerzo y castigo

Las consecuencias de una conducta determinan su destino, es decir, una consecuencia derivada de un comportamiento y que incrementa la posibilidad de repetirlo, se denomina refuerzo, y puede ser positivo o negativo. El primero consiste en dar una recompensa; el refuerzo negativo consiste en retirar una situación que a la persona no le gusta.

Por otro lado el castigo, es la consecuencia derivada de un comportamiento, que disminuye la posibilidad de que dicho comportamiento se repita. El castigo suprime un comportamiento mediante un evento aversivo, o al prohibir un evento positivo.

El refuerzo negativo estimula la repetición de un comportamiento mediante el retiro de un evento aversivo.

El refuerzo de un comportamiento es más efectivo si se lleva a cabo de inmediato. Es importante detectar si una respuesta deja de reforzarse, podría retornar a su nivel primitivo, mediante el proceso denominado extinción. Los comportamientos se fortalecen cuando se refuerzan y se debilitan cuando se castigan.¹⁹

6.2 Aprendizaje social, condicionamiento por imitación de modelos. Albert Bandura

Bandura en el año de 1978 sugirió que el ambiente causa el comportamiento; pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente.

Sostiene que el niño aprende los comportamientos sociales por observación e imitación de modelos, ve al aprendiz como una persona que contribuye de una manera activa a su propio aprendizaje.¹⁹

Las personas aprenden en un contexto social, y el aprendizaje humano es más complejo que un simple condicionamiento.

Bandura reconoce la influencia cognoscitiva sobre el comportamiento y sostiene que el aprendizaje que se logra a través de la observación es más importante que el refuerzo directo o el castigo.

Según esta teoría, la identificación de los niños con los padres es el elemento que más influye en la manera como adquieren el lenguaje, enfrentan la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada género.

Desde temprana edad, el individuo interviene en su aprendizaje, al escoger qué modelo (a quién) desean imitar. Esta selección se ve influida por las características de los modelos, el niño y el ambiente; y puede escoger entre los padres u otras personas.

Los niños tienden a imitar modelos de los estratos socioeconómicos altos o a individuos en los que vean reflejadas sus propias personalidades. Los conductistas, consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas.¹⁹

Existen ciertos pasos en el proceso del modelado:

1. Atención. Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso

o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención. Este tipo de variables encaminó a Bandura hacia el examen de la televisión y sus efectos sobre los niños.

2.Retención. Se debe ser capaz de retener (recordar) aquello que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez "archivados", podemos hacer surgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento

3.Reproducción. En este punto, se está ahí soñando despierto. Se debe traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por lo tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.

Otra cuestión importante con respecto a la reproducción es que la habilidad para imitar, la cual mejora con la práctica de los comportamientos. Por otro lado las habilidades mejoran aún con el sólo hecho de imaginarnos haciendo el comportamiento.

4.Motivación. Aún con todo esto, todavía no se hará nada a menos que esté motivado a imitar; es decir, a menos que se tenga buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

*Refuerzo pasado, como el conductismo tradicional o clásico.

*Refuerzos prometidos, (incentivos) que podamos imaginar.

*Refuerzo vicario, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.

Nótese que estos motivos han sido tradicionalmente considerados como aquellas cosas que "causan" el aprendizaje. Bandura dice que éstos no son tan causantes como muestras de lo que hemos aprendido. Es decir, él los considera más como motivos.¹⁹

Por supuesto que las motivaciones negativas también existen, dando motivos para no imitar:

*Castigo pasado.

*Castigo prometido (amenazas)

*Castigo vicario.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura señala que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros.

6.3 Psicología genético-cognitiva. Jean Piaget

Al estudiar el desarrollo cognitivo, Piaget da gran importancia a la adaptación que, siendo característica de todo ser vivo, según su grado de desarrollo, tendrá diversas formas o estructuras. En el proceso de adaptación hay que considerar otros dos aspectos que el niño también hereda: la asimilación, proceso de responder de una forma de encajar en los esquemas existentes, y la acomodación, proceso de ajustar un esquema para que se acomode a las necesidades del entorno.¹³

Piaget destaca cuatro estadios que caracterizan el desarrollo cognitivo del niño y del adolescente.

El primero se denomina sensorio-motor y abarca el período que va de los 0 a los 2 años, esta etapa es importantísima ya que logra sobre su culminación distintas habilidades motrices y mentales. Los primeros movimientos voluntarios son extensiones de actos reflejos, de allí que la mayoría de sus movimientos se dirigen al propio cuerpo y no a objetos distantes. Promediando este período y ante la creciente coordinación visual motriz el bebé ya puede dirigir sus actividades a objetos más distantes. En el epílogo de esta fase ya está en condiciones de representarse el mundo en imágenes y símbolos mentales, otra característica de esta fase está dada por el inicio del habla que le permite

representar objetos ausentes, por último las actividades lúdicas constituyen un factor muy importante.

El segundo período es el preoperacional que se extiende desde los 2 años hasta los 7 aproximadamente, asimismo este estadio se puede dividir en dos subestadios; uno preconceptual que se extiende entre los 2 a 4 años, en donde la habilidad más destacada pasa por el razonamiento transductivo, esto significa sencillamente que los niños razonan, pero sin el alcance inductivo ni deductivo, sino yendo de un caso particular a otro caso particular con la finalidad de formar preconceptos, un ejemplo de esto sería cuando los niños observan a sus madres peinándose y en esa ocasión ellas lo hacían para ir de compras, a partir de una situación similar los niños siempre asociarán que salen de compras. Otra particularidad de este período esta caracterizada por el juego simbólico y las conductas egocéntricas.

El segundo subperíodo es el intuitivo, su edad mental transcurre entre los 4 a 7 años aproximadamente, su inteligencia se circunscribe a ser meramente impresionista, ya que sólo captan un aspecto de la situación, carecen aún de la capacidad de conservación de cantidad y esto se debe entre otras cosas a que son incapaces de retrotraer el proceso al punto de origen.¹³

El tercer estadio del desarrollo cognitivo es el operatorio concreto, su periodo se extiende entre los 7 a 11 años aproximadamente, el razonamiento se vincula en esta etapa casi exclusivamente con la experiencia concreta. Tiene la capacidad de describir su medio, también ya adquirió la facultad de conservación de sustancias y pesos como asimismo la habilidad de descentración y la formación de clasificaciones coherentes.

Por último se encuentra el estadio operacional formal, éste se ubica entre los 11 años hasta la adolescencia, los jóvenes ya en esta etapa pueden razonar de manera hipotética y en ausencia de pruebas materiales. Asimismo está en condiciones de formular hipótesis y ponerlas a prueba para hallar las soluciones reales de los problemas entre varias soluciones

posibles, alcanzando en esa oportunidad el razonamiento hipotético deductivo.¹³

6.4 Cambios cognoscitivos en los niños preescolares.

La edad de los tres a los seis años por lo general se conoce en nuestra sociedad como el periodo preescolar, y se llama a los niños preescolares. Desde el punto de vista cognoscitivo, es una etapa de cambios enormes, ya que la capacidad de razonamiento de los niños aumenta en grado considerable. Las sencillas preguntas de “¿porqué?” de los niños de dos años son sustituidas por unas más complejas y específicas como “¿porqué creció tanto?”, y “¿de dónde viene?”.

En las categorías de desarrollo cognoscitivo que propuso Piaget, el periodo de los tres a los seis años de edad recibe el nombre de preoperacional o preoperatorio. La fase preoperatoria del desarrollo cognoscitivo comienza al término de la sexta etapa del desarrollo sensorio-motor, entre los 18 y 24 meses de edad, y dura hasta los seis o siete años. Piaget denominó preconceptual a la primera fase de la etapa preoperatorio, y concluyó que dura hasta los cuatro años. Esta etapa preconceptual se caracteriza por el rápido desarrollo de la mente y los procesos mentales del niño, quien adquiere la capacidad para el pensamiento simbólico y la representación mental de los objetos. En el periodo sensorio-motor, el niño restringía sus actos a objetos reales, mientras que en la fase preconceptual juega y elabora fantasías con símbolos mentales.¹²

Aunque las habilidades cognoscitivas aumentan de forma casi inconmensurable en la etapa preconceptual, el pensamiento del niño debe considerarse sencillo, pues todavía generaliza todas las entidades.

La mente preconceptual también está centrada. Para Piaget, este el proceso de enfocar todos los pensamientos y razonamientos de cualquier problema mental en un solo aspecto de la estructura total, al tiempo que se hace caso omiso de las restantes.

La etapa preconceptual va seguida de otra que se conoce como periodo de pensamiento intuitivo, y que comienza a los cuatro años y dura hasta los siete u ocho. Esta etapa se caracteriza por mayor refinación de las capacidades del niño para agrupar los objetos según su categoría, con uso de pensamientos e imágenes complejos y superación de la tendencia a centrar su atención. En las fases finales de este periodo, el niño puede empezar a adquirir las habilidades de lectura y escritura. Todo esto, combinado con un vocabulario creciente, capacidad de mantener por más tiempo, control de impulsos y tolerancia a la separación de sus padres, indica que el niño está listo para ir a la escuela.¹²

6.5 Cambios emocionales en la etapa preescolar.

El temor que muchos niños sienten ante los extraños, la separación con respecto a sus padres y las nuevas experiencias disminuyen hacia el tercer año de vida hasta el punto que pueden enfrentarse a nuevas situaciones sociales sin consecuencias emocionales. El proceso de autocontrol y de control de las emociones, como la frustración y el miedo, se desarrolla de manera considerable entre los tres y seis años, y es paralelo a un proceso de socialización de igual importancia. Durante estos años surge el sentido de identidad sexual del niño, quien adopta hasta cierto punto cualidades masculinas o femeninas. El sentido de identidad y el desarrollo del concepto de la autoestima también surgen durante este periodo.²⁰

El autocontrol es una diferencia dramática entre los niños de hasta tres años y de los de tres a seis, ya que es posible enseñar al preescolar métodos de autocontrol, como la distracción cuando se tornan impacientes o cuando se les inyecta un anestésico local, así como a vigilar su propia conducta. En la edad preescolar se desarrolla la conciencia del niño, y es capaz ya de sentir culpa o angustia si quebrantan una regla moral.¹²

La agresión es un concepto importante que deben comprender los padres de los preescolares y otros adultos que interactúan con ellos, ya que por lo general obedece a la incapacidad del pequeño para controlarse a sí

mismo. Existen dos tipos de agresión. Una recibe el nombre de agresión instrumental, y es la que se concibe para alcanzar un objetivo, como obtener un dulce que tiene el hermano. La otra es la agresión hostil, cuya meta es lastimar a otra persona. La frecuencia de la agresión instrumental debe disminuir durante la edad preescolar. Los niños en la que persiste la agresión hostil en esta etapa provienen de familias en las que los padres y otros niños tienen conductas francamente agresivas. La actitud indefinida e incongruente por parte de los padres con respecto a la aplicación de normas también se relaciona con agresividad en los niños. En suma, el niño a los seis años todavía carece de madurez emocional, aunque tiene emociones complejas. Ya es capaz de sentir amistad y hostilidad, expresar agresión y experimentar culpa y ansiedad. Además de ser susceptible a los elogios, también se les puede ofender.¹²

6.6 Cambios sociales.

La etapa de los tres a los seis años conlleva un desarrollo social enorme en los niños. Los de dos años, por ejemplo, no pueden jugar con otros de su misma edad las más de las veces, y sus juegos son, en el mejor de los casos, separados aun que paralelos. El niño de tres años, ya comprende qué es esperar su turno; hacia los cuatro puede jugar con otros niños, mientras que a los seis ya es capaz de participar en juegos sencillos en equipo.²¹

Entre los tres y seis años de edad, el niño comprende su identidad personal y la manera en la que debe relacionarse con otras personas, como sus padres, hermanos, amigos y figuras de autoridad. Durante este periodo se desarrolla un sistema de valores, la autodisciplina se impone a sus necesidades básicas, y surge la conciencia de culpa. Las transformaciones sociales del preescolar aseguran que su vida nunca será la misma.

También se puede afirmar que los medios de comunicación masiva, como la televisión, aportan información que estereotipa la conducta de los niños, y que tales medios tienen mayor influencia que los padres en algunas situaciones.¹²

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La escolaridad de los padres, muestra asociación con la presencia de caries dental, ya que elevados niveles educativos son generalmente predictores de buenos hábitos, mejores ingresos, mejor estilo de vida, mejor posición socioeconómica y como consecuencia, mayores probabilidades de acceso a implementos de higiene oral, aunque ésta mejor situación no implica por sí misma, su buen uso.

El rol que desempeñan las madres en el cuidado de sus hijos, también depende de las percepciones y hábitos que ellas tengan. Aún en la sociedad contemporánea, en la cual la mujer que es madre se ha vinculado más al mundo laboral, sigue ocupando un lugar predominante en la estructura familiar, especialmente como educadora.

La utilización de una intervención educativa dirigida a las madres, pretende lograr una disminución en las enfermedades bucales más frecuentemente presentadas en los preescolares. Éstas pueden ser modificables con una adecuada higiene oral basada en la utilización del cepillo y la pasta dental, así como la adecuada alimentación y la utilización de flúor y selladores de fosetas y fisuras como medidas preventivas adicionales.

8. JUSTIFICACIÓN

Es muy importante evaluar el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares del Jardín de Niños "Itlatiuh" sobre educación y prevención bucodental, para identificar los mayores problemas de información de estos temas que existen entre ellas, por medio de una encuesta que servirá para medir el grado de conocimientos que tienen sobre salud bucodental.

De esta manera se pretende crear en las madres la conciencia de la prevención, ya que este trabajo tiene como finalidad mejorar por medio de una plática informativa y preventiva los hábitos de higiene bucal de las madres y por este mismo medio la transmisión de los conocimientos obtenidos por éstas a sus hijos y de esta manera mejorar la calidad de salud oral tanto en ellas como de sus hijos.

9. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el grado de motivación de salud bucal que poseen las madres de un grupo de preescolares del Jardín de niños "ITLATIUH".

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos por edad y grado de estudios.
- Diseñar los contenidos de un curso de promoción de la salud bucal con base a los resultados obtenidos en las encuestas.

10. METODOLOGÍA

10.1 Material y método

Se acudió al Jardín de Niños “Itlatiuh” ubicado en calle Osa Mayor y Reanacimiento sin número, Unidad Habitacional El Rosario Azcapozalco, para solicitar la autorización de la Profesora María Cristina Rizo García, quien es la directora del plantel educativo. Una vez obtenida la autorización, se pidió a la directora una lista de las madres de los alumnos del grupo 2º “A”.

Primera cita:

Ya obtenido el permiso el día 1º de abril del 2008 a las 9:00 a.m iniciando las actividades; se inició con una encuesta para medir actitudes utilizando la escala de Likert, aplicada a las madres de los preescolares y en esta misma sesión se les dió una plática informativa sobre salud bucodental, también se les proporcionó un tríptico con información básica para la higiene bucal.

Segunda cita:

Se les aplicó a las madres la misma encuesta de actitudes aplicada en la primera cita para medir el impacto de la plática ofrecida el 1º de abril.

Jardín de niños “ITLATIUH”



Fuente directa

Madres de familia participando en el programa de salud bucodental



Fuente directa

Plática informativa de salud bucodental



Fuente directa

Material didáctico



Fuente directa

10.2 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

10.3 Población de estudio y muestra

Las madres de familia de 25 preescolares, los cuales estaban constituidos por 15 niñas y 10 niños de 4 Y 5 años de edad del grupo 2ºA que consta de un total de 31 alumnos que acuden al Jardín de Niños de tiempo completo "Itlatiuh".

10.4 Criterios de inclusión

Madres de los niños que asisten al Jardín de Niños "Itlatiuh" del grupo de 2ºA que deseen participar y que acudieron el día de la cita.

10.5 Criterios de exclusión

Madres de los niños que asisten al Jardín de Niños "Itlatiuh" del grupo de 2ºA que no deseen participar.

10.6 Variables de estudio

a) Variable dependiente

- Conocimientos que tienen las madres sobre salud bucodental.

b) Variable independiente

- Edad de las madres encuestadas.
- Grado de estudios de las madres encuestadas.
- Contenido del programa

11. RECURSOS

11.1 Humanos

Tutora de tesina

Asesora tesina

Pasante de la facultad de Odontología

11.2 Materiales

25 encuestas

25 trípticos

1 computadora (programas Office Word y Excel)

1 impresora

material didáctico elaborado por la pasante (láminas)

tipodontos infantiles y cepillos dentales

11.3 Financieros

Fueron solventados por la pasante de la Facultad de Odontología

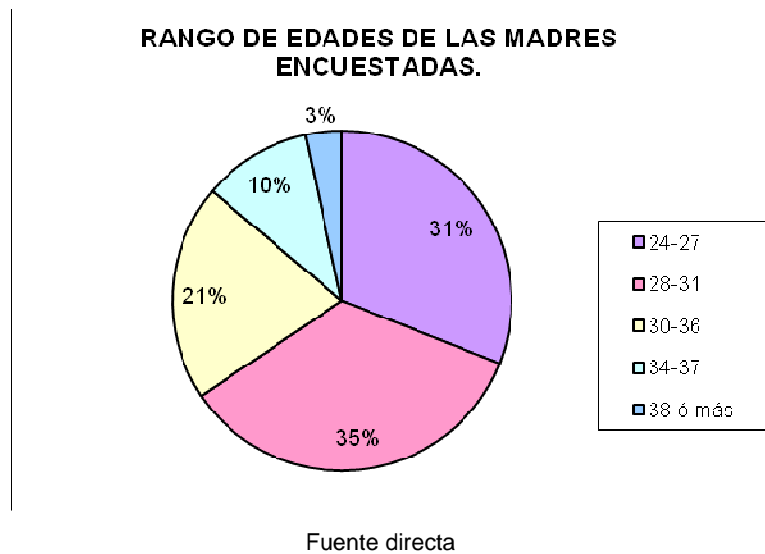
12. TÉCNICA DE RECABACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- La recabación de la información fue por medio de una encuesta en forma directa, con base a un interrogatorio.
- Para las variables cualitativas se calculó la proporción de la población con cada una de sus características: grado de escolaridad, ocupación y edad de las madres.
- Otras características que fueron analizadas son:
 - frecuencia con que visitan al odontólogo
 - motivos por el cual lo visitan
 - motivos por los cuales llevan al odontólogo a sus hijos
 - si acostumbran a revisarle los dientes a sus hijos
 - motivos por los cuales les revisan o no los dientes a sus hijos
 - motivos por los cuales no asisten a consulta odontológica
 - momento ideal para llevar a sus hijos a su primera revisión dental
- Los ítems fueron cuantificados, para de esta manera poder obtener la distribución porcentual de cada una de las posibles respuestas de cada uno de éstos, esto se realizó tanto preevaluación como postevaluación.
- Al final se obtuvo la distribución porcentual del conjunto todos los ítems, esto se realizó tanto preevaluación como postevaluación.

- Al final se graficó comparativamente la distribución porcentual que se obtuvo en la preevaluación como en la postevaluación.
- Se obtuvieron los valores de la escala de actitudes de Likert asignando los siguientes puntajes a cada posible respuesta: De Acuerdo 3 puntos, Ni de Acuerdo Ni Desacuerdo 2 puntos, En Desacuerdo 1 punto.

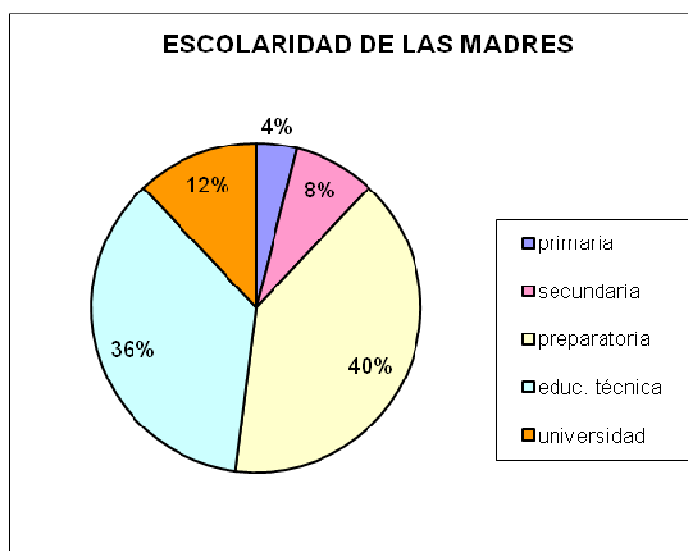
13. RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de las edades de las madres de familia de los niños del grupo 2º “A” DEL Jardín de Niños “Itlatiuh” en el 2008.



La población sujeta a estudio estuvo constituida por un total de 25 madres de familia de las cuales 35% (10 madres) se encuentran en el rango de edad de 28-31 años, 31% de 24-27 años (9 madres), 21% de 30-36 años (6 madres), 10% de 34-37 años (3 madres) y el 3% de 38 ó más años de edad.

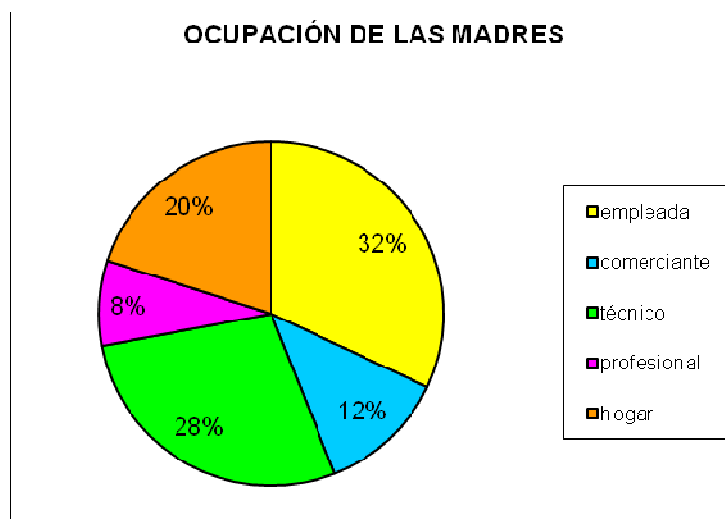
Gráfico 2. Distribución porcentual del nivel escolar de las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

El 40% de las madres tiene el grado de estudios medio superior, el 36% tiene el nivel de estudios técnicos, el 12% estudios universitarios, el 8% nivel secundaria y el 4% solo estudió primaria.

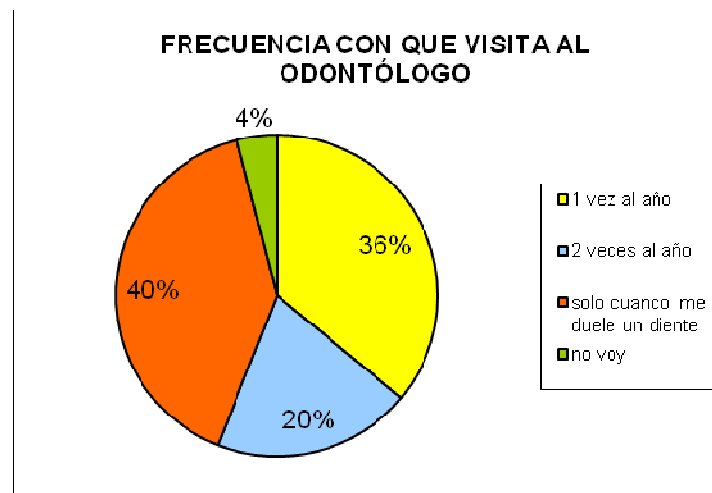
Gráfico 3. Distribución porcentual de la ocupación de las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

En relación a la ocupación de las madres el 32% de las madres son empleadas, el 28% son técnicos en diversas áreas, el 20% se dedican al hogar, 12% son comerciantes y el 8% ejercen su profesión.

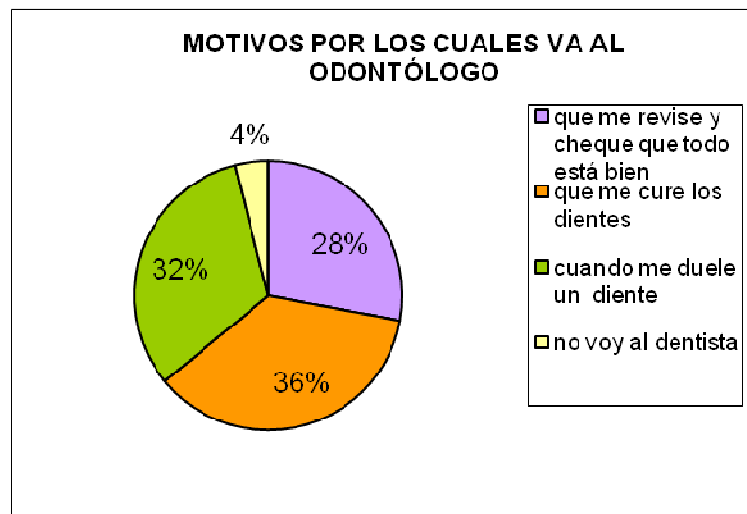
Gráfico 4. Distribución porcentual de la frecuencia con que visitan al odontólogo las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

A la pregunta de con qué frecuencia visita al odontólogo la respuesta fue la siguiente: el 40% solo asiste cuando tiene molestias dentales, el 36% 1 vez al año, el 20% 2 veces al año y el 4% no va.

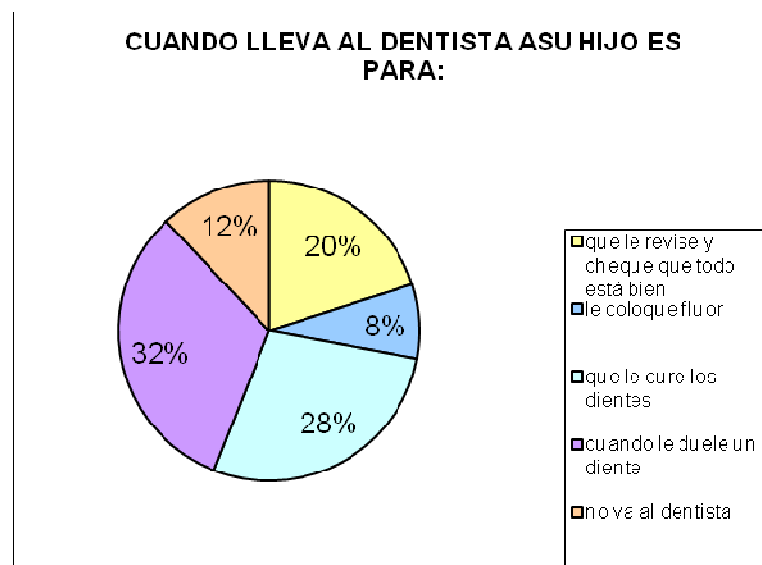
Gráfico 5. Distribución porcentual de los motivos por los que acuden al odontólogo las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

Se les preguntó a las madres los motivos por los cuales asistían al odontólogo obteniendo que: 36% acude a la restauración de sus dientes, el 32% cuando tiene alguna molestia dental, el 28% revisión y el 4% no va al odontólogo.

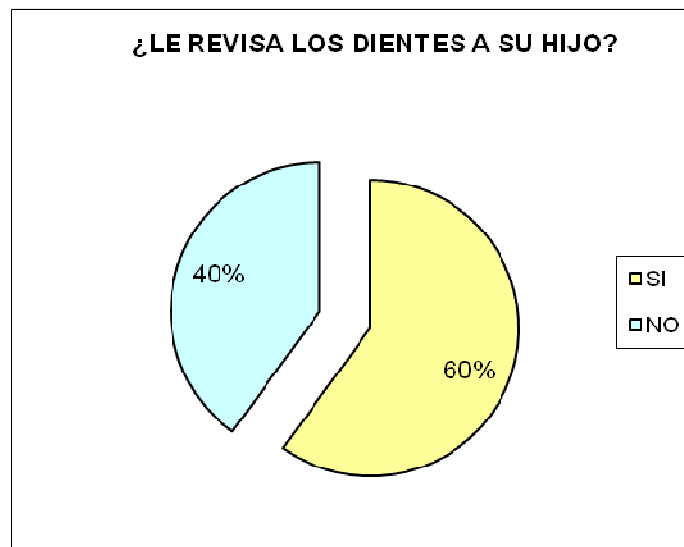
Gráfico 6. Distribución porcentual de los motivos por los que llevan al odontólogo a sus hijos las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

Al preguntarles los motivos por los que llevan a sus hijos al odontólogo, un total de 8 madres de familia que corresponden al 32% respondió que solo lleva a su hijo al odontólogo cuando le duele un diente, 7 madres que corresponden el 28% los llevan a consulta odontológica a que le restaure sus dientes, 5 madres correspondientes al 20% sus hijos asisten a revisión dental, 12% no va al odontólogo y el 8% le coloque flúor.

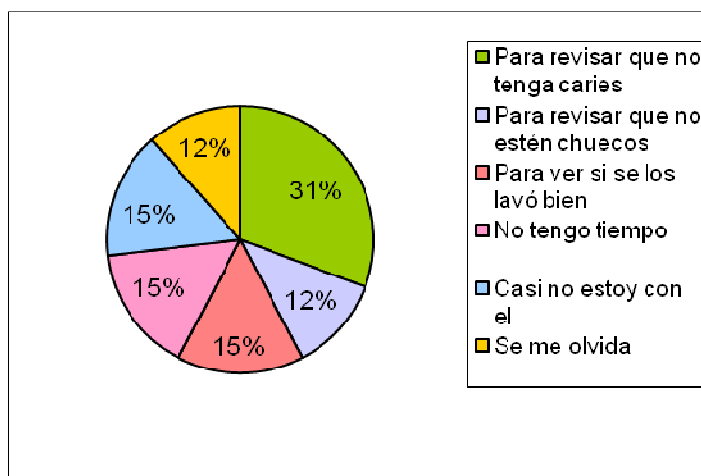
Gráfico 7. Distribución porcentual de las madres de familia que acostumbran revisarle los dientes a sus hijos, inscritos en el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

También se reportó que el 60% de las madres les revisa los dientes a sus hijos y el 40% no se los revisan.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los motivos por los cuales las madres de familia acostumbran o no a revisarle los dientes a sus hijos, inscritos en el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008.



Fuente directa

Los motivos por los cuales acostumbran o no a revisarle los dientes a sus hijos son: el 31% para revisar que no tenga caries, el 15% no se los revisa porque casi no están con sus hijos, el otro 15% para ver si se lavó bien sus dientes, el 15% no se los revisa porque no tienen tiempo, el 12% para revisar que no estén “chuecos” y el 12% restante no se los revisa porque se les olvida.

Gráfico 9. Distribución porcentual de los motivos por los cuales las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 no asisten a consulta odontológica.



Los motivos por los cuales las madres de familia no asisten al odontólogo son: 40% por temor, el 32% por el costo y el 28% por falta de tiempo.

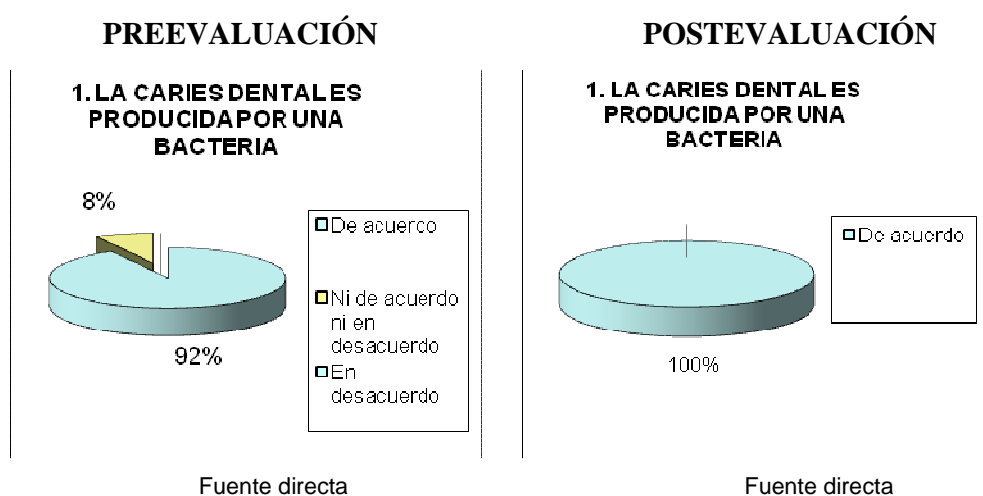
Gráfico 10. Distribución porcentual de la opinión las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 con respecto del momento ideal para llevar a sus hijos a su primer revisión odontológica.



Fuente directa

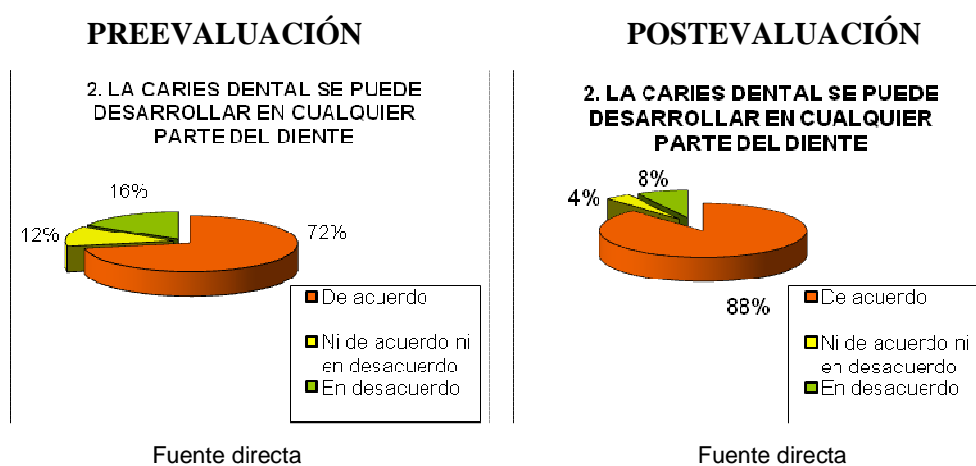
Referente al porcentaje de la pregunta hacia las madres de ¿cuándo es el mejor momento para llevar por primera vez al odontólogo a sus hijos? El 32% opinaron que hasta que aparezcan los molares temporales, el 28% desde el primer año de vida, el 16% opina que hasta que mude completamente todos los dientes temporales, el 12% dijeron que solo si existiera presencia de caries o alguna molestia bucodental y el otro 12% restante contestó que desde el primer año de vida.

Gráfico 11 y 12. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La caries dental es producida por una bacteria, preevaluación y postevaluación respectivamente.



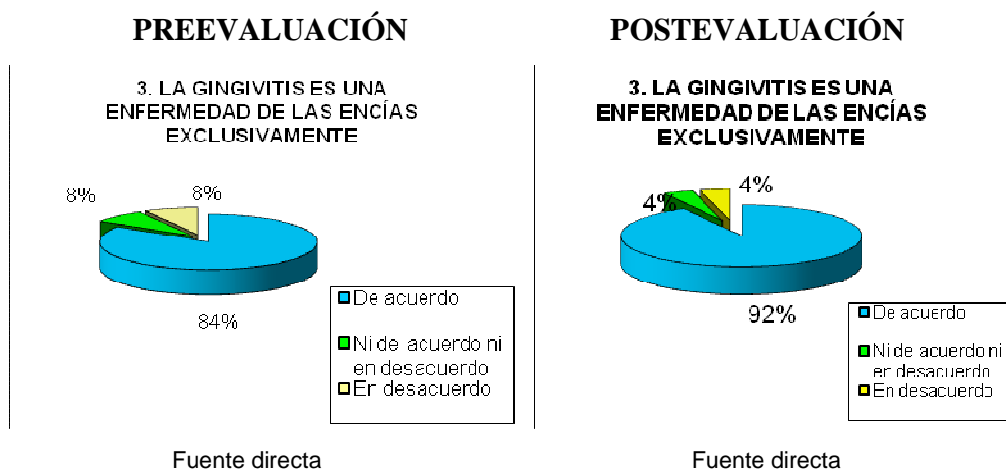
En relación a la distribución porcentual del ítem 1: durante la preevaluación el 92% de las madres opinaron que la caries dental es causada por una bacteria y el 8% no estaba ni en acuerdo ni en desacuerdo con ésta aseveración; durante la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación.

Gráfico 13 y 14. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La caries se puede desarrollar en cualquier parte del diente, preevaluación y postevaluación respectivamente.



En los gráficos 13 y 14 se observa la distribución porcentual del ítem 2: durante la preevaluación el 72% de las madres estuvieron de acuerdo en la afirmación de que la caries dental se puede desarrollar en cualquier parte del diente, el 16% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 12% no estaba de acuerdo con ésta aseveración; durante la postevaluación el 88% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación, el 8% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 4% estuvo en desacuerdo.

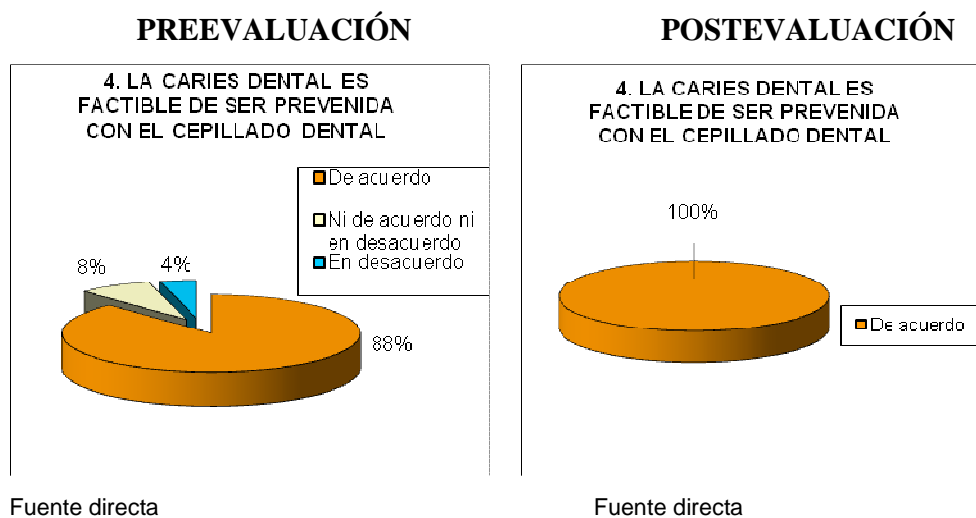
Gráfico 15 y 16. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 con respecto al ítem 3: La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente, preevaluación y postevaluación respectivamente.



En cuanto a la distribución porcentual del ítem 3 se puede observar que durante la preevaluación el 84% de las madres estuvieron de acuerdo con la afirmación de que la gingivitis es una enfermedad exclusivamente de las encías, el 8% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el otro 8% estuvo en desacuerdo con éste ítem.

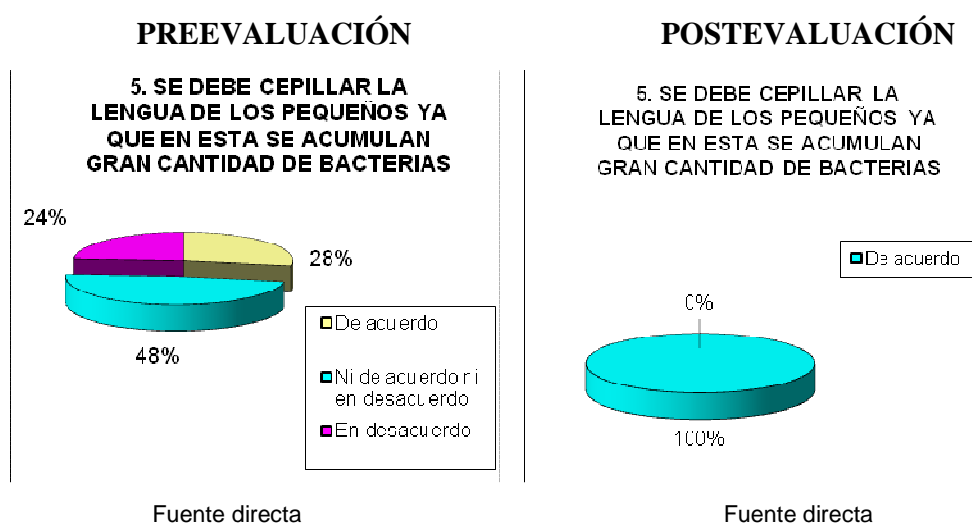
Al aplicarles la segunda encuesta de actitudes se obtuvo que el 92% estuvo de acuerdo, el 4% ni en acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 4% restante estuvo en desacuerdo.

Gráfico 17 y 18. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental, preevaluación y postevaluación respectivamente.



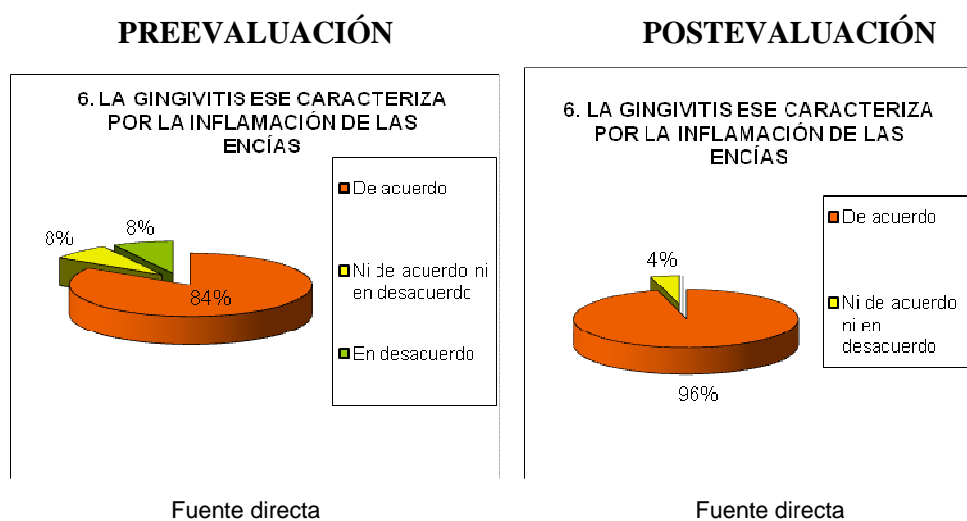
Durante la preevaluación podemos notar en el gráfico que la gran mayoría de las madres, constituida por el 88% estuvo de acuerdo con que el cepillado es un método eficaz para la prevención de la caries dental, el 8% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo, y el 4% en desacuerdo. En la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con esta aseveración.

Gráfico 19 y 20. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Se debe cepillar la lengua de los pequeños ya que en esta se acumulan gran cantidad de bacterias, preevaluación y postevaluación respectivamente.



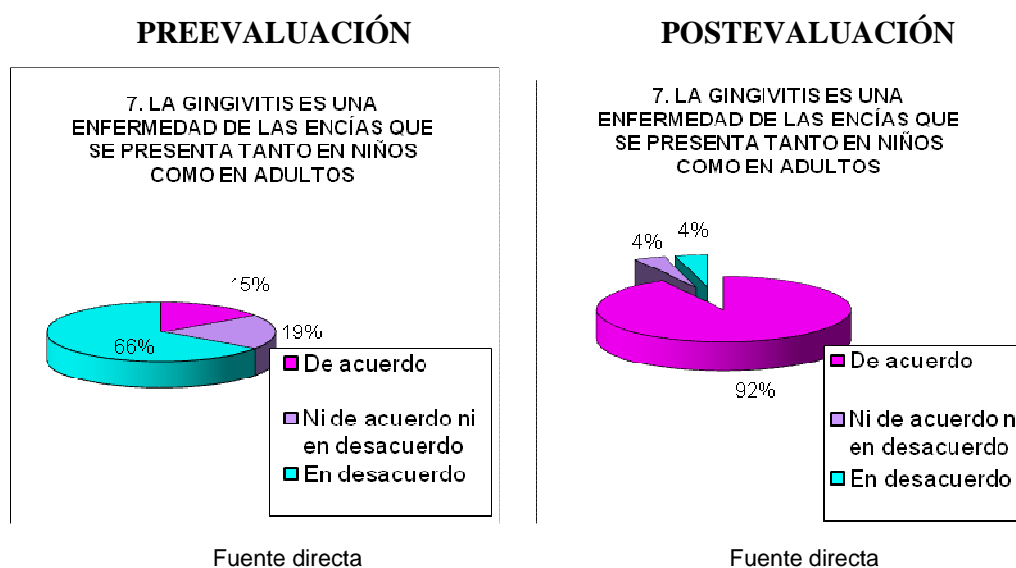
A cerca del ítem 6, en donde se afirma que la lengua de los pequeños se debe cepillar, ya que contiene gran cantidad de bacterias, durante la preevaluación el 48% de las madres estuvo de acuerdo, el 28% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo mientras que el 24% restante estuvo en desacuerdo. Después de la plática podemos observar una mejoría del 100% de conocimiento sobre esta afirmación.

Gráfico 21 y 22. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La gingivitis se caracteriza por la inflamación de las encías, preevaluación y postevaluación respectivamente.



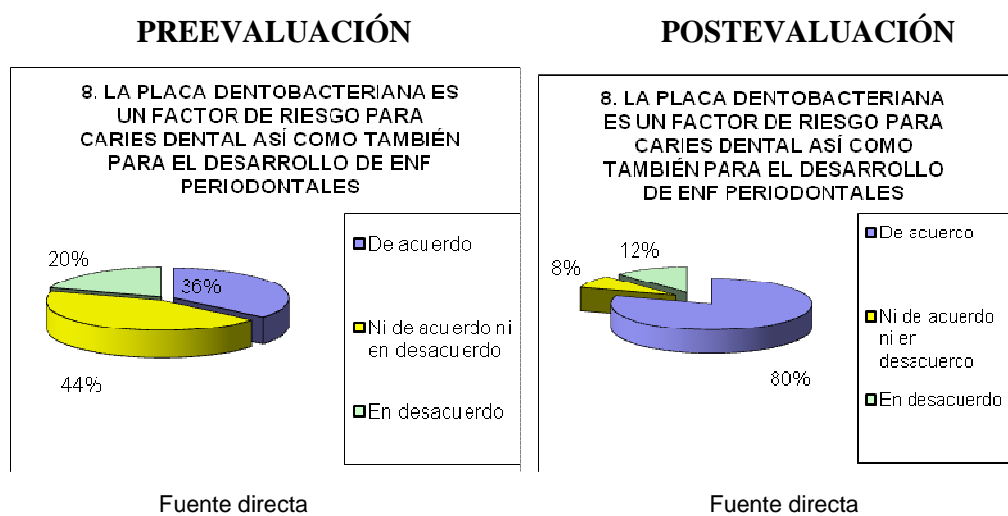
En relación con el ítem 6 en donde se asegura que la gingivitis se caracteriza por una inflamación de las encías, las madres estuvieron de acuerdo en un porcentaje del 84%, el 8% ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 8% restante estuvo en desacuerdo. Durante la postevaluación, mejoró considerablemente el conocimiento sobre éste tema ya que el 96% de las madres estuvo de acuerdo, mientras que solo el 4% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfico 23 y 24. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La gingivitis es una enfermedad de las encías que se presenta tanto en niños como en adultos, preevaluación y postevaluación respectivamente.



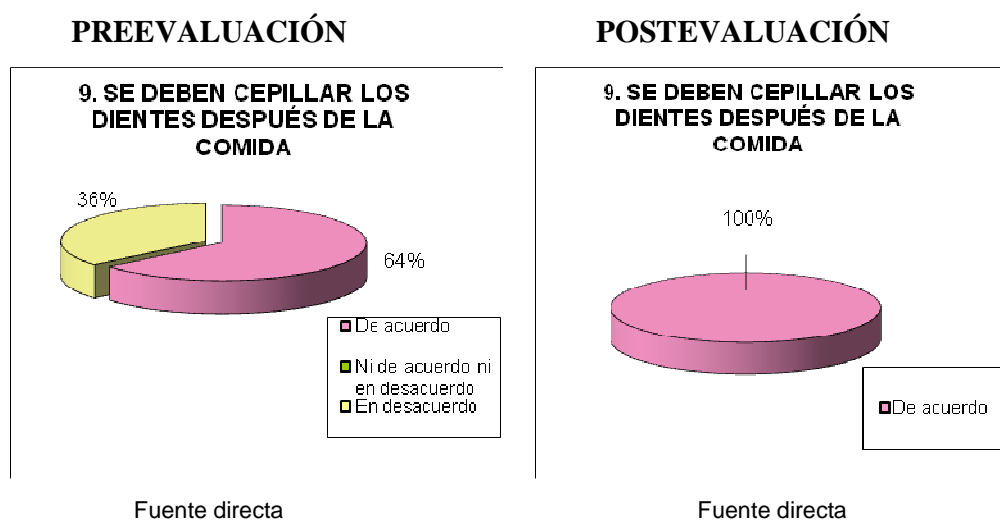
Se puede observar en el gráfico 23 que el 66% de las madres estuvieron en desacuerdo con que la gingivitis se puede presentar tanto en niños como en adultos, el 19% estuvo no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y solo el 15% estuvo de acuerdo. En la postevaluación se puede ver la mejoría de los conocimientos sobre este punto notablemente, ya que el 92% estuvo de acuerdo con esta aseveración, el 4% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el otro 4% en desacuerdo.

Gráfico 25 y 26. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 con respecto al ítem 8: La placa dentobacteriana es un factor de riesgo para caries dental así como también para el desarrollo de enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis), preevaluación y postevaluación respectivamente.



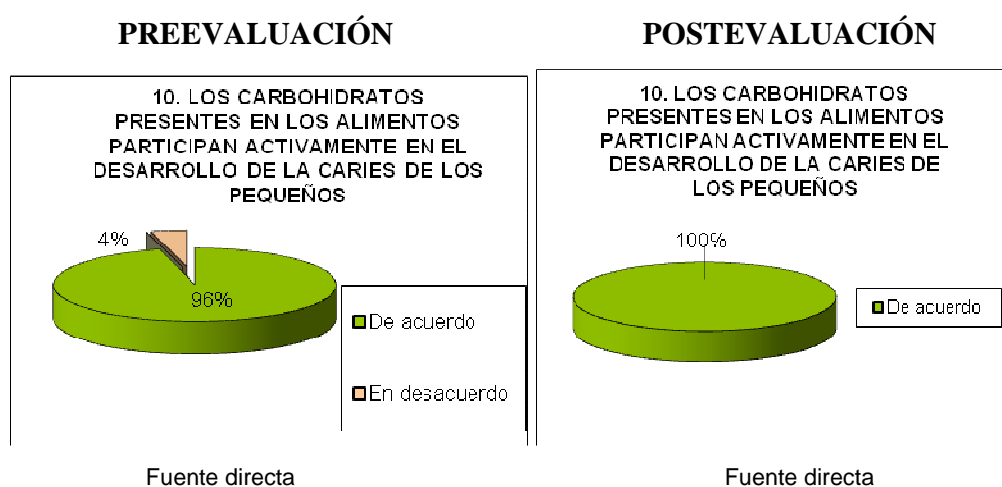
En relación a la distribución porcentual del ítem 8: durante la preevaluación el 36% de las madres opinaron que la placa dentobacteriana es un factor de riesgo para la caries dental, así como para enfermedades periodontales, el 44% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 20% estuvieron en desacuerdo con ésta aseveración; durante la postevaluación el 80% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación, el 12% en desacuerdo y el 8% no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfico 27 y 28. Distribución porcentual y sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Se deben cepillar los dientes de los pequeños después de cada comida, preevaluación y postevaluación respectivamente.



En los gráficos 27 y 28 se observa la distribución porcentual del ítem 9: durante la preevaluación el 64% de las madres estuvieron de acuerdo en que se deben cepillar los dientes después de cada comida y el 36% estuvo en desacuerdo; durante la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación.

Gráfico 29 y 30. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Los carbohidratos presentes en los alimentos participan activamente en el desarrollo de la caries de los pequeños, preevaluación y postevaluación respectivamente.

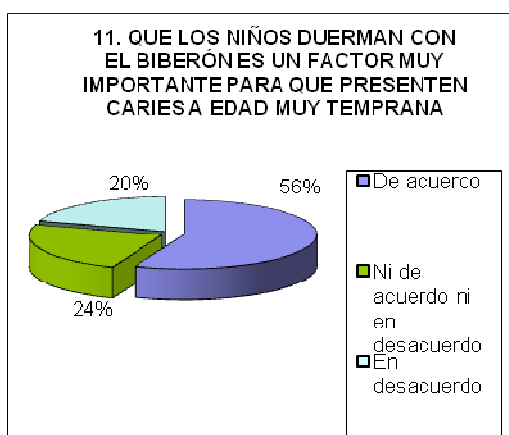


En la distribución porcentual del ítem 10 se puede observar que durante la preevaluación el 96% de las madres estuvieron de acuerdo con la afirmación de que los carbohidratos presentes en los alimentos actúan en el desarrollo de la caries en los pequeños y el 4% en desacuerdo con éste ítem.

Al aplicarles la segunda encuesta de actitudes se obtuvo que el 100% de las madres estuvo de acuerdo.

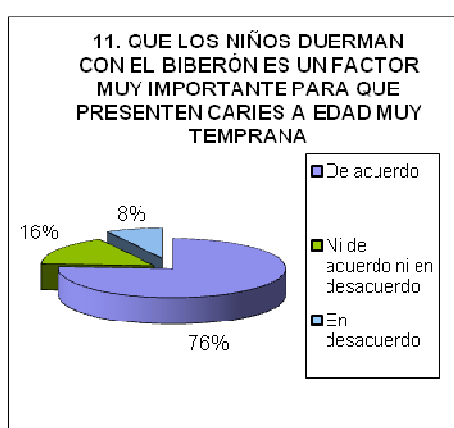
Gráfico 31 y 32. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Que los niños duerman con el biberón es un factor muy importante para que presenten caries a edad muy temprana, preevaluación y postevaluación respectivamente

PREEVALUACIÓN



Fuente directa

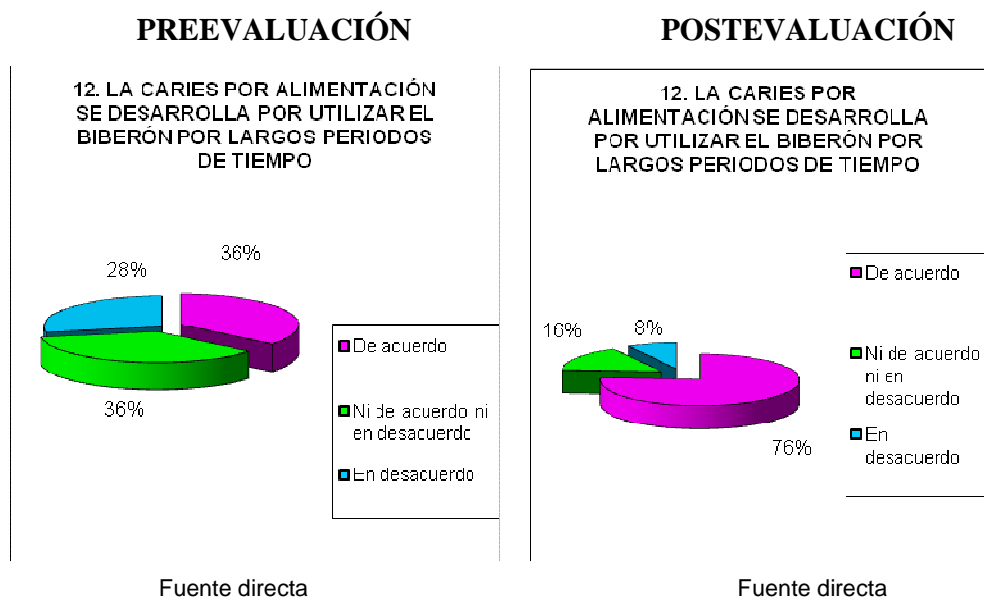
POSTEVALUACIÓN



Fuente directa

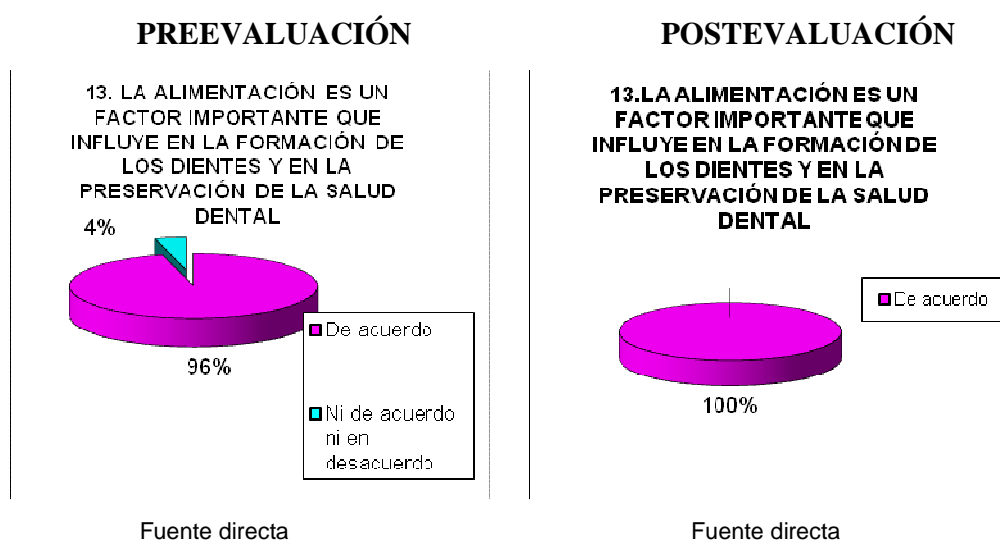
En relación con el ítem 11 en donde se asegura que los niños que duermen con biberón es un factor determinante para la presencia de caries temprana las madres estuvieron de acuerdo en un porcentaje del 56%, el 24% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 20% restante estuvo en desacuerdo. Durante la postevaluación, el 76% de las madres estuvo de acuerdo, mientras que el 16% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 8% estuvo en desacuerdo.

Gráfico 33 y 34. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La caries por alimentación se desarrolla por utilizar el biberón por largos periodos de tiempo, preevaluación y postevaluación respectivamente.



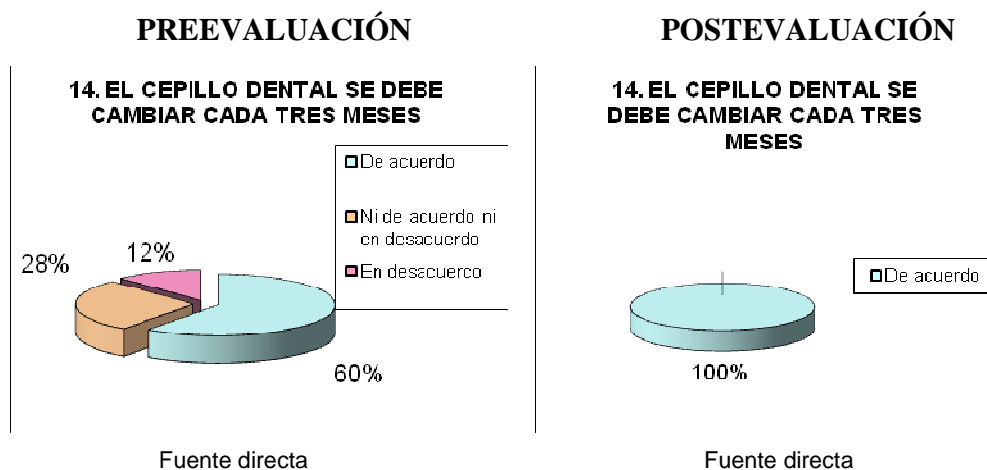
En relación a la distribución porcentual del ítem 12: durante la preevaluación el 36% de las madres opinaron que la caries por alimentación se presenta por utilizar el biberón por largos periodos de tiempo, el otro 36% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 28% estuvieron en desacuerdo con ésta aseveración; durante la postevaluación el 76% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación, el 8% en desacuerdo y el 16% no estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfico 35 y 36. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: La alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes y en la preservación de la salud dental, preevaluación y postevaluación respectivamente.



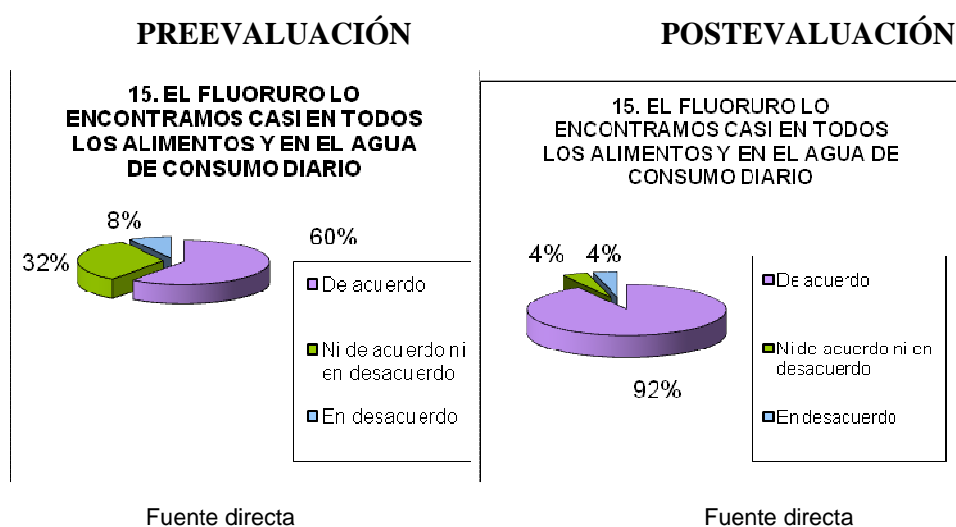
Durante la preevaluación podemos notar en el gráfico 35 que la gran mayoría de las madres, constituida por el 96% estuvo de acuerdo con que el cepillado es un método eficaz para la prevención de la caries dental, y que el 4% no estuvo ni en acuerdo ni desacuerdo. En la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con esta aseveración.

Gráfico 37 y 38. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: El cepillo dental se debe de cambiar cada tres meses, preevaluación y postevaluación respectivamente.



En los gráficos 37 y 38 se observa la distribución porcentual del ítem 14: durante la preevaluación el 60% de las madres estuvieron de acuerdo en opinaron que el cepillo dental se debe cambiar cada tres meses, 28% no estuvo ni en acuerdo ni desacuerdo y el 12% en desacuerdo; durante la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación.

Gráfico 39 y 40. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: El fluoruro lo encontramos en casi todos los alimentos y en el agua de consumo diario, preevaluación postevaluación respectivamente.



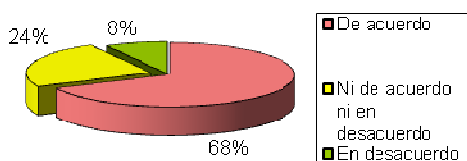
En la distribución porcentual del ítem 15 se puede observar que durante la preevaluación el 60% de las madres estuvieron de acuerdo con la afirmación de que el fluoruro lo encontramos en casi todos los alimentos y en el agua de consumo diario, el 32% no estuvo ni de acuerdo ni desacuerdo y el 8% en desacuerdo con éste ítem.

Al aplicarles la segunda encuesta de actitudes se obtuvo que el 92% de las madres estuvo de acuerdo, el 4% no estuvo ni de acuerdo ni desacuerdo y el otro 4% restante en desacuerdo.

Gráfico 41 y 42. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 con respecto al ítem 16: Existen tratamientos preventivos que se realizan en el consultorio dental tales como: la aplicación de flúor y selladores de foseas y fisuras, preevaluación y postevaluación respectivamente.

PREEVALUACIÓN

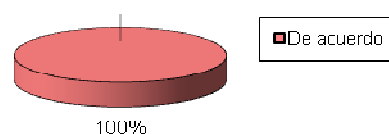
16. EXISTEN TRATAMIENTOS PREVENTIVOS QUE SE REALIZAN EN EL CONSULTORIO DENTAL TALES COMO LA APLICACIÓN DE FLÚOR Y SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS



Fuente directa

POSTEVALUACIÓN

16. EXISTEN TRATAMIENTOS PREVENTIVOS QUE SE REALIZAN EN EL CONSULTORIO DENTAL TALES COMO LA APLICACIÓN DE FLÚOR Y SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS

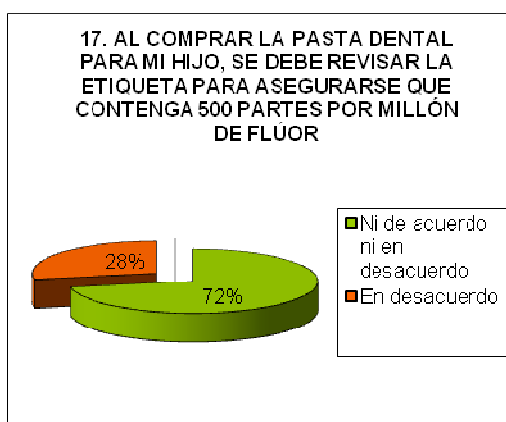


Fuente directa

En relación con el ítem 16 en donde se asegura que existen tratamientos preventivos como la aplicación de flúor y los selladores de foseas y fisuras que se realizan en los consultorios dentales para la prevención de caries, las madres estuvieron de acuerdo en un porcentaje del 68%, el 24% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 8% restante estuvo en desacuerdo. Durante la postevaluación, el 100% de las madres estuvo de acuerdo.

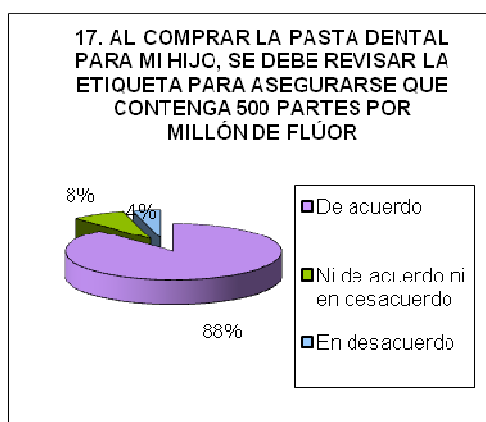
Gráfico 43 y 44. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Al comprar la pasta dental para mi hijo, se debe revisar la etiqueta para asegurarse de que contenga 500 partes por millón de flúor, preevaluación y postevaluación respectivamente.

PREEVALUACIÓN



Fuente directa

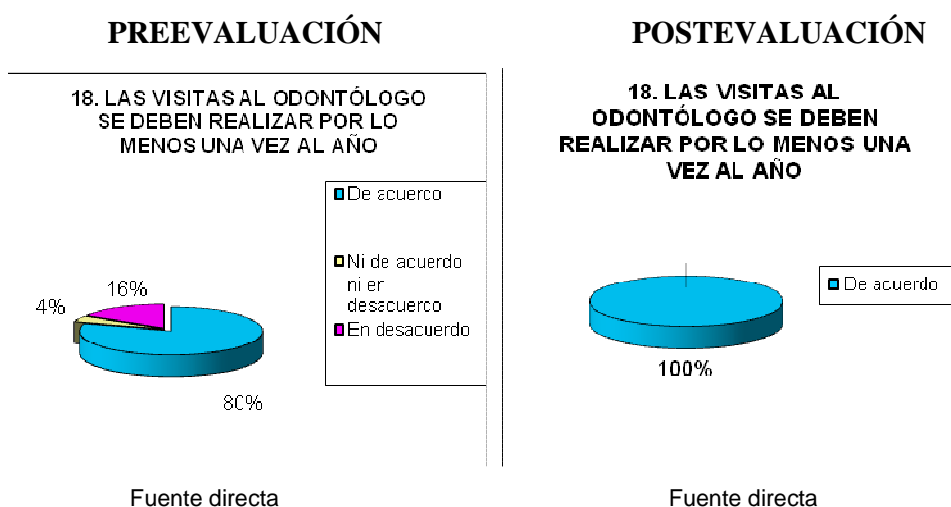
POSTEVALUACIÓN



Fuente directa

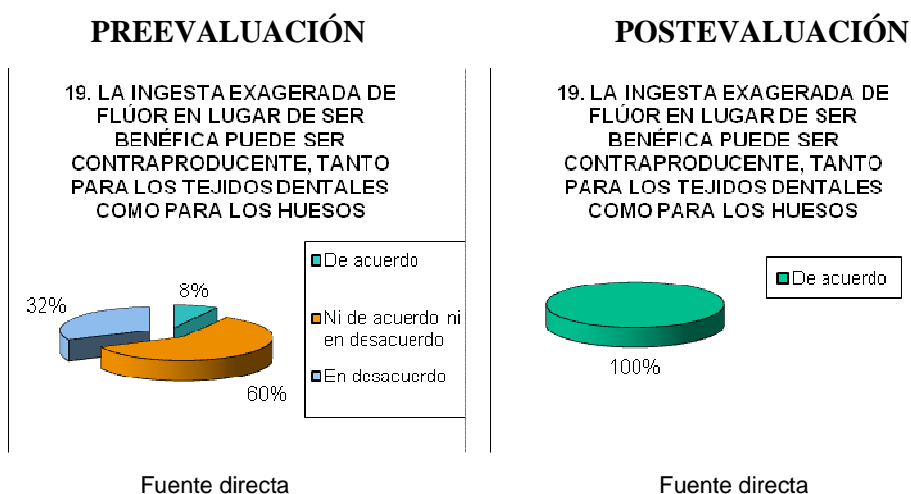
Durante la preevaluación podemos notar en el gráfico 43 que la mayoría de las madres, constituida por el 72% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo con que al comprar la pasta dental de sus hijos se debe revisar la etiqueta para asegurarse de que contenga 500 ppm de fluoruro, y que el 28% estuvo en desacuerdo. En la postevaluación el 88% de las madres estuvieron de acuerdo con esta aseveración, el 8% no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 4% restante estuvo en desacuerdo.

Gráfico 45 y 46. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP: Las visitas al odontólogo se deben realizar por lo menos 1 vez al año, preevaluación y postevaluación respectivamente.



En los gráficos 45 y 46 se observa la distribución porcentual del ítem 18: durante la preevaluación el 80% de las madres estuvieron de acuerdo en que las visitas al odontólogo deben ser por lo menos una vez al año, el 16% estuvo en desacuerdo y el 4% no estuvo ni en acuerdo ni desacuerdo; durante la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con ésta afirmación.

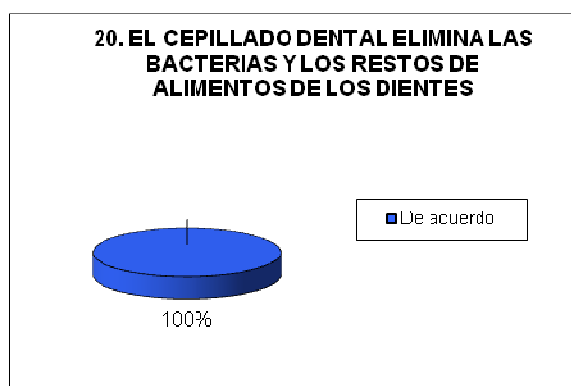
Gráfico 47 y 48. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia de el grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP en el 2008 con respecto al ítem 19: La ingesta exagerada de flúor en lugar de ser benéfica puede ser contraproducente tanto para los tejidos dentales como para los huesos de los niños, preevaluación y postevaluación respectivamente.



Durante la preevaluación podemos notar en el gráfico que el 60% estuvo en desacuerdo con que la ingesta exagerada de flúor en lugar de ser benéfica puede ser perjudicial, el 32% estuvo en desacuerdo y el 8% estuvo de acuerdo. En la postevaluación el 100% de las madres estuvieron de acuerdo con esta aseveración

Gráfico 49. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP con respecto al ítem 20: El cepillado elimina las bacterias y los restos de alimentos de los dientes, preevaluación y postevaluación.

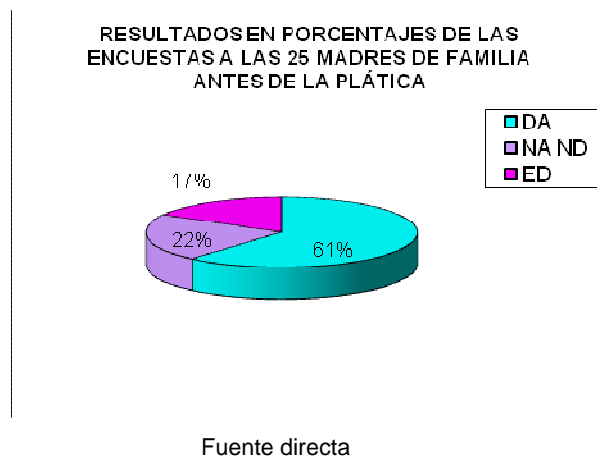
PREEVALUACIÓN Y POSTEVALUACIÓN



Fuente directa

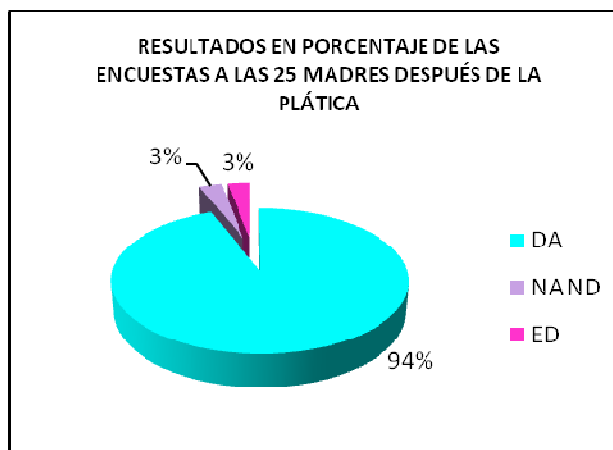
De acuerdo a los resultados de las encuestas, en la afirmación realizada en el ítem 20: que el cepillado elimina las bacterias y los restos de alimentos de los dientes, tanto en la preevaluación como en la postevaluación, el 100% de las madres estuvo de acuerdo.

Gráfico 50. Distribución porcentual final sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP antes de la plática.



En este gráfico se observan los resultados finales de la preevaluación de todos los ítems, dando como resultado que el 61% de las respuestas fueron de acuerdo, el 22% fueron ni en acuerdo ni en desacuerdo y el 17% en desacuerdo.

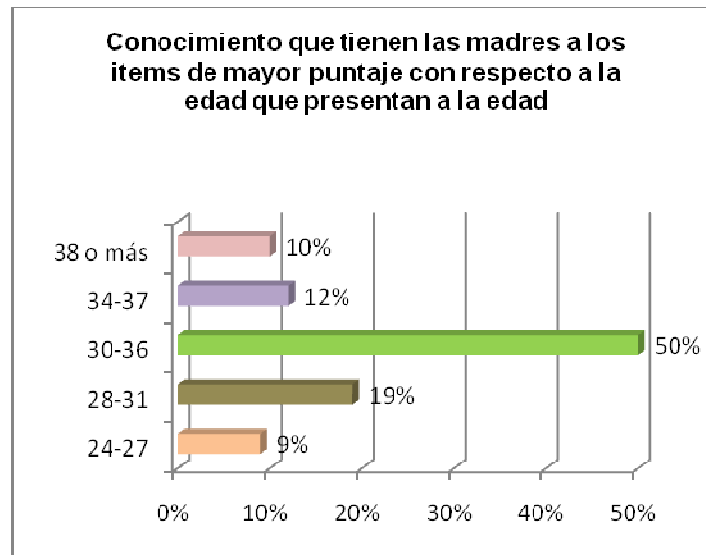
Gráfico 51. Distribución porcentual final sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP después de la plática.



Fuente directa

En este gráfico se observan los resultados finales de la postevaluación de todos los ítems, dando como resultado que el 94% de las respuestas fueron de acuerdo, el 3% fueron ni en acuerdo ni en desacuerdo y el otro 3% en desacuerdo.

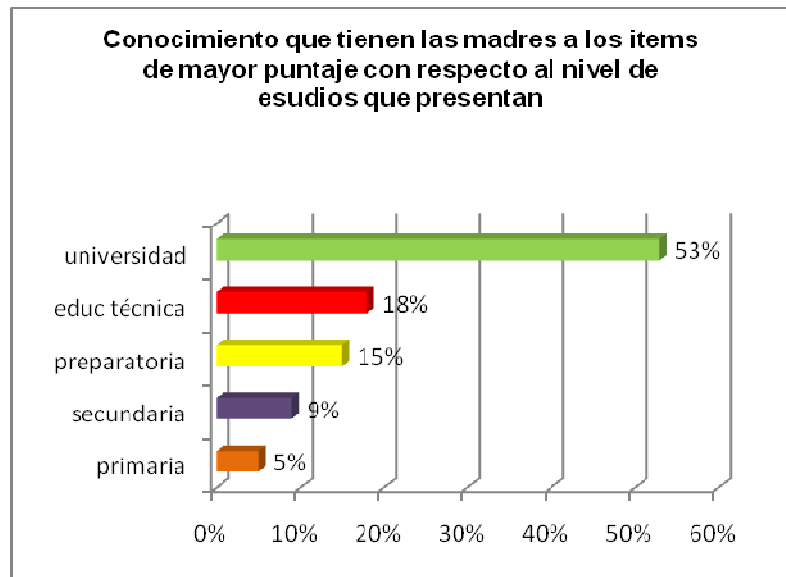
Gráfico 52. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP de los ítems de mayor puntuación con respecto al rango de edad que presentan.



Fuente directa

En este gráfico se representan los conocimientos que tienen las madres según su edad dando como resultados que la edad en la que se encuentra mayor puntuación de los ítems de la escala de actitudes se encuentra en el rango de 30-36 años, y la menor puntuación se encuentra en el rango de 24-27 años.

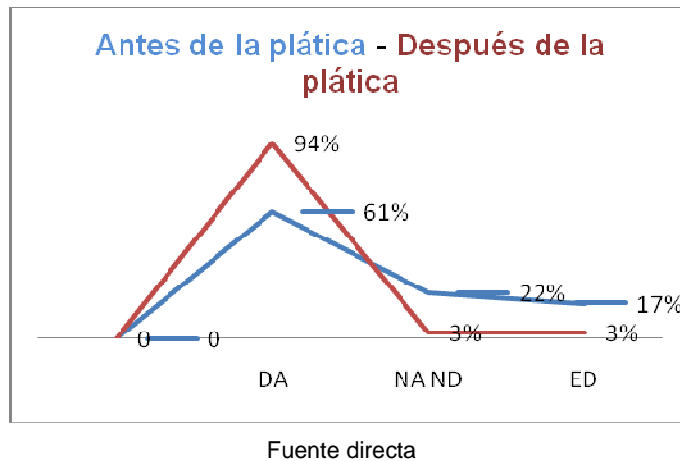
Gráfico 53. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP de los ítems de mayor puntuación con respecto al nivel educativo que presentan.



Fuente directa

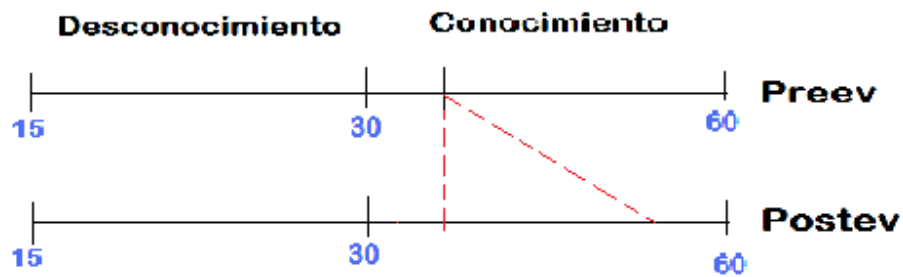
Por otro lado en este gráfico podemos ver la representación de los conocimientos de las madres por medio del grado de escolaridad que tienen, dándonos como resultado el 53% que es el mayor porcentaje en las madres con carrera universitaria, y la más baja con el 5% que son las madres que solo tienen nivel primaria.

Gráfico 54. Comparación porcentual sobre el conocimiento de las madres de familia del grupo 2º “A” del Jardín de Niños “Itlatiuh” de la SEP con respecto a la salud bucodental antes y después de la plática.



En esta gráfica se pueden observar las diferencias que existen entre la preevaluación y la postevaluación, de ésta manera podemos comparar que en la preevaluación el 61% de las respuestas fueron de acuerdo, el 22% fueron ni de acuerdo ni desacuerdo y el 17% fueron en desacuerdo; mientras que en la postevaluación el 94% de las respuestas fueron de acuerdo, el 3% fueron ni de acuerdo ni desacuerdo y el otro 3% fueron en desacuerdo.

Gráfico 55. Perfil de respuestas según escala de Likert de las madres encuestadas preevaluación y postevaluación



Fuente directa

Ahora bien, respecto al perfil de conocimientos que las madres encuestadas presentaron antes y después de la plática de salud bucodental, se observa que en la primera evaluación es menor el puntaje obtenido por las madres de familia, ya que obtuvieron un promedio de 36.6 puntos según la escala de Likert y después del curso el promedio de respuesta por cada madre encuestada fue del orden de 56.4

14. CONCLUSIONES

- En esta investigación se realizaron dos evaluaciones a la madres de familia sobre salud bucodental (antes de la plática de salud bucodental y otra después de ésta), tomando en cuenta el la edad y el nivel educativo de las madres.
- Es importante destacar que el 12% de estas madres son universitarias y que el nivel de conocimiento es directamente proporcional con la variable edad.
- En este estudio se ha demostrado que impartiendo pláticas informativas y motivacionales sobre salud dental, se han elevado el nivel de conocimiento de las madres sobre este tema considerablemente.
- Se observó que la variable edad no denota con claridad la influencia que tiene sobre los conocimientos de las madres, aunque cabe mencionar que el grupo de madres que pertenecen al rango de edades de 30-36 son las que mayor conocimiento demostraron en la primera evaluación, y muchas de ellas de acuerdo a la información obtenida presentan un grado de estudios de nivel medio superior al superior; por lo tanto se comprobó que el grado de estudios es uno de los factores principales para los conocimientos básicos de salud en la población.
- Se sugiere que se implementen más programas de salud bucodental en las escuelas, ya que los conocimientos de las madres sobre éstos temas se verá reflejado en la salud oral de sus hijos.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- González C, Navarro JC, López PA. Cambio de indicadores de placa, gingivitis y caries dental entre niños de 2 y 5 años de edad a partir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar. Medellín. Año 2003-2005. www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.
- 2- González Hernández W.C, Corona Carpio M.H. Conocimiento de las embarazadas del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal. Cuba. Año 2007. Revista Cubana Medica Integral.
- 3- Martignon.S, González M.C Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños de 0-5 años. Bogotá, 2002. www.odontologos.com.co/articu
- 4- Navas R, Metodología estratégica para participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. OD v.2 n.1 Maracaibo ene. 2005 www.serbi.luz.edu.ve/scielo
- 5- Sosa L. Motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica. Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Periodo Julio-Agosto 2004- Venezuela. www.odontologia-online.com/casos/part
- 6- Segovia-Villanueva A, Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México. América et al. www.accessmylibrary.com
- 7- Juárez M, Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, UNAM, México, D.F., www.anmm.org.mx/gaceta_rev/vol_141/n3/2005
- 8- Navas R, Salud bucal en preescolares: Su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Maracaibo .Nov 2002, VOL. 27
- 9- Moreira R. La influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares brasileños.et al. Vol 45 N° 4 / 2007 www.actaodontologica.com/ediciones/2007

- 10- Rivas J. Devenir histórico de los selladores de fasetas y fisuras. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Revista ADM. Vol. LIX, No. 3, 2002.
- 11-Baños F. Refugio J. Placa dentobacteriana., Revista ADM Vol. LX, No.1, 2003
- 12- Nikiforuk. G Caries dental Aspectos básicos y clínicos. 1ª ed., Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, 1986.
- 13- Pinkham JR. Odontología Pediátrica.2ª.ed.Cd.Philadelphia.Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2001
- 14- Vann Waes J.M. Atlas de Odontología Pediátrica. 5ª.ed.Cd. Barcelona Editorial Masson, 2002
- 15-Figuereido L.R, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé.1ª ed. Colombia. Editorial AMOLCA. 2000.
- 16- Bajam J.K, García A, Odontopediatría, 2ª ed, Barcelona, España. Editorial Masson 1997.
- 17- www.monografías.com/trabajos 04 de marzo 2008
- 18- Rodríguez L, Guiardirú R, Arte M. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años).I. Revista ADM Vol. V, No 2, 2005
- 19- Escobar F Odontología Pediátrica..2ª ed. Barcelona, España.Editorial AMOLCA.2004
- 20- www.revistaclinica.com 11 de marzo 2008
- 21- www.interciencia.org

16. ANEXOS

- **16.1 Encuesta**
- **16.2 Autorización**
- **16.3 Tríptico**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE UN GRUPO DE PREESCOLARES DEL JARDÍN DE NIÑOS "ITLATIUH" EN RELACIÓN A LA SALUD BUCODENTAL.2008

No.

La información que nos proporcione será de gran utilidad para diseñar programas de Educación para la Salud bucodental dirigido al autocuidado de los preescolares.

Nombre de la madre _____ Edad _____

Ocupación de la madre

- 1) obrero 2) empleado 3) comerciante 4) técnico 5) profesional
6) hogar 7) desempleado 8) jubilado

Escolaridad de la madre (asentar la escolaridad concluida)

- 1) ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) educ. técnica
6) universidad

¿Cada cuánto va al dentista?

- 1) 1 vez al año 2) 2 veces al año 3) solo cuando me duele un diente
4) no voy

Cuando va al dentista es para:

- 1) que me revise y cheque que todo está bien 2) me coloque fluor 3) que me cure los dientes 4) cuando me duele un diente 5) no voy al dentista

Cuando lleva a su hijo al dentista es para:

- 1) que lo revise y cheque que todo está bien 2) le coloque fluor 3) que le cure los dientes 4) cuando le duele un diente 5) no va al dentista

¿Acostumbra revisarle los dientes a su hijo? Si No

¿Por qué razón?

¿Cuál es el motivo que impide su asistencia a la consulta odontológica? a)Costo b)Temor c)Tiempo

¿Desde que edad cree usted necesario realizar su primer consulta odontológica?

- a) Desde la aparición de su primer diente b) Desde el 1º año de vida
c) Hasta que aparezcan todos sus molares de" leche
d) Hasta que mude completamente la dentición de "leche"y aparezcan los dientes definitivos
e) Solo si existiera presencia de caries o alguna molestia buco dental.

- | | | |
|---|-----------------------------|---------------|
| 1. La caries dental es producida por una bacteria | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 2. La caries se puede desarrollar en cualquier parte del diente | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 3. La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 4. La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 5. Se debe cepillar la lengua de los pequeños ya que en esta se acumulan gran cantidad de bacterias | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 6. La gingivitis se caracteriza por la inflamación de las encías | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |
| 7. La gingivitis es una enfermedad de las encías que se presenta tanto en niños como en adultos | | |
| DE ACUERDO | NI ACUERDO NI EN DESACUERDO | EN DESACUERDO |

8. La placa dentobacteriana es un factor de riesgo para caries dental así como también para el desarrollo de enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis)
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
9. Se deben cepillar los dientes de los pequeños después de cada comida
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
10. El cepillado elimina las bacterias y los restos de alimentos de los dientes
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
11. Los carbohidratos presentes en los alimentos participan activamente en el desarrollo de la caries de los pequeños
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
12. Que los niños duerman con el biberón es un factor muy importante para que presenten caries a edad muy temprana
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
13. La caries por alimentación se desarrolla por utilizar el biberón por largos periodos de tiempo
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
14. La alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes y en la preservación de la salud dental
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
15. El cepillo dental se debe de cambiar cada tres meses.
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
16. El fluoruro lo encontramos en casi todos los alimentos y en el agua de consumo diario
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
17. Existen tratamientos preventivos que se realizan en el consultorio dental tales como : la aplicación de flúor y selladores de fosetas y fisuras
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
18. Al comprar la pasta dental para mi hijo, se debe revisar la etiqueta para asegurarse de que contenga 500 partes por millón de flúor
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
19. Las visitas al odontólogo se deben realizar por lo menos 1 vez al año
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO
20. La ingesta exagerada de flúor en lugar de ser benéfica puede ser contraproducente tanto para los tejidos dentales como para los huesos de los niños
 DE ACUERDO NI ACUERDO NI EN DESACUERDO EN DESACUERDO

AUTORIZACIÓN DEL JARDÍN DE NIÑOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

**PROFRA. MA. LUISA GORDILLO
PRESENTE**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted su autorización para que las pasantes Merle Ivonne Camacho Lara y Diana Yedra Armenta, lleven a cabo un programa de salud bucodental en el jardín de niños Iltlatiuh con clave C-646-09 los días 19 y 24 de marzo, con un horario de 9 a 11 hrs. Cabe señalar que dentro del programa participarán las madres de los niños, con la finalidad de proporcionarles información en relación al cuidado de la salud de sus hijos.

El cronograma de actividades es el siguiente:

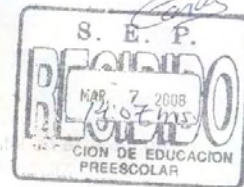
19 de marzo, levantamiento del índice de placa dentobacteriana a los niños de "2 A". Aplicación de la encuesta a las madres de los niños
24 de marzo, información a las madres de los niños del cuidado de salud bucodental y aplicar encuesta educativa.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para poder llevar a cabo el programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 7 de marzo de 2008


C.D. Ma. Elena Nieto Cruz
COORDINADORA





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DEL ÁREA DE
EPIDEMIOLÓGIA Y SALUD PÚBLICA

GUÍA DE

SALUD

BUCODENTAL



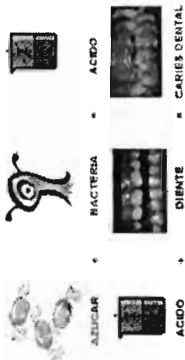
REALIZADO POR LAS PASANTES:
CAMACHO LARA MERLE IVONNE
YEDRA ARMENTA DIANA



La caries dental es una enfermedad infecciosa, que no se cura espontáneamente, sino que da lugar a una destrucción progresiva e irreversible del diente.

¿Por qué se produce?

Al comer se depositan entre los dientes restos de alimentos, éstos contienen azúcares que, unidos con las bacterias de la boca, producen ácidos. Si estos ácidos no son eliminados con el cepillo de dientes, terminan poco a poco por destruirlos.



¿Pueden tener caries los niños pequeños?

Los dientes de leche pueden sufrir caries igual que los del adulto. Es más, por las características propias de los dientes de leche, una vez que inicia la caries, ésta tiene un avance más rápido y afecta a la pulpa del diente más rápido que en el adulto.

¿Cómo prevenir la caries dental?

Hay que seguir las siguientes medidas:

- 1 Cepillar los dientes con pasta dental fluorada bajo supervisión de un adulto
- 2 Tener una dieta adecuada
- 3 Visitar periódicamente al odontólogo

¿Qué hay que hacer si se come entre comidas?

Hay que cepillarse los dientes inmediatamente después, si no se tiene en ese momento los utensilios necesarios para el aseo bucal, es importante enjuagarse la boca con agua para eliminar los restos de alimento.

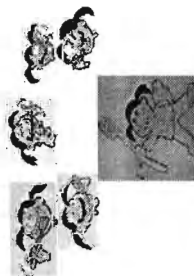


¿Cómo pueden ayudar los padres a sus hijos a mantener una buena salud bucodental?

- Participando con ellos en los cuidados de salud bucodental. Los niños en su proceso de aprendizaje tienden a imitar a los padres, además, las tareas que realizan en grupo le son más gratificantes a el niño, y disfrutará más de su higiene bucal.
- Evitando que el niño consuma alimentos azucarados tales como caramélos, chicles etc ...
- Motivando al niño a que sustituya las golosinas por alimentos más saludables.
- Llevándolo periódicamente a sus consultas de revisión odontológicas.

¿Cómo se cepillan los dientes?

La técnica más fácil de aprender por los niños es la técnica de barrido horizontal. Consiste en cepillar todas las superficies dentales (caras internas y externas) con movimientos horizontales muy cortos (de atrás hacia adelante) y de suave presión para eliminar los restos de alimentos. Los niños pequeños deben ser ayudados y controlados por sus padres.



¿Qué cepillo y que pasta dental se debe utilizar?

Debe ser un cepillo pequeño (1,5cm approx).

Para que pueda llegar a todas las partes de los dientes. Se debe de utilizar una pasta dental fluorada (500 partes por millón), porque el flúor refuerza el esmalte de los dientes. Sin embargo, en niños menores de 6 años pueden tragarse la pasta dental, siendo contraproducente la gran cantidad de flúor. Es recomendable que el niño use una cantidad de pasta dental no mayor a un frijol.

¿Cuándo hay que cepillarse los dientes?

Los dientes se cepillan después de cada comida, y especialmente después de la cena. Por la noche se tiene menos cantidad de saliva en la boca de día, permaneciendo los dientes en contacto con los dientes durante un tiempo más largo. De esta forma puede iniciarse el proceso de la caries o de la enfermedad periodontal. La duración del cepillado debe durar al menos de 2 minutos.



¿A partir de qué edad se deben cepillar los dientes?

La edad más adecuada para que los niños aprendan a cepillarse los dientes es a los tres años. No obstante a partir del año y medio, se puede dar al niño un cepillo de dientes de tamaño pequeño para que vaya familiarizándose con él. Al ver a los padres cepillarse los dientes, intenta imitarlos y poco a poco, va adquiriendo habilidades hasta que logra hacerlo por sí mismo.

Sin olvidar que desde su nacimiento se debe de realizar la limpieza de su boca del bebé con una gasa mojada en agua hervida, este procedimiento se le debe de realizar más o menos hasta el año y medio que es cuando se reemplazará la gasa por un cepillo dental.