



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES

ZAPOTECOS DE OAXACA:

CPOD, ceod, IHOS Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

ANEKEN PACHECO RAMÍREZ

TUTORA:

MTRA. ALBA HORTENSIA HERRERA SPEZIALE

ASESORAS:

MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Por llevar orgullosos su origen indígena a mis amigos Liuba, Juan Carlos, Efren, Paty, Nely, Xochitl, Germán, Magda, Lety, Judith,... “no llevamos prisa por que vamos lejos”.

Del PUMC a los coordinadores Rodrigo Perera, Vladimir, Karla, Fabián, Esther, Vero, Ofe, Rodrigo Armada, Edgar, Julio y a Alma de la oficina administrativa.

A Floriberto “Uk Mats. Uk Teky. Uk kăx”...

A mis compañeros y amigos de carrera Alex, Oli, Ana, Karina, Gema, Gisela, Gaby,...

A mis profesores en especial a la Dra. Alba.

A mi gran familia, a mis hermanos, a mis sobrinos Diego, Marisa y al bebé Coy.

Como reconocimiento a su enorme apoyo durante toda mi vida, con amor a mis abuelos y a mis padres Humberto y Margarita.

A la Virgen de Juquila y a Dios.

Tixkish go...

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Coordinación de Servicio Social y Brigadas de la Facultad de Odontología de la UNAM por proporcionar el material básico de exploración, esterilización y juegos de fotocopias necesarios para la realización de la práctica de campo.

A la Coordinación de Salud Pública Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM se agradece el préstamo del instrumental básico de exploración utilizado durante el levantamiento de la muestra en la comunidad de San Miguel Suchixtepec.

Agradezco la beca y el financiamiento de esta tesis, otorgados por el Programa Universitario México Nación Multicultural de la UNAM, por medio del sistema de becas para estudiantes indígenas coordinado por la Mtra. Evangelina Mendizábal García.

Se agradece el diseño de los gráficos incluidos en el anexo 13.4 a Cotsikayala Pacheco Ramírez, estudiante de Biología Marina de la UMAR.

De igual manera se hace un reconocimiento especial al trabajo voluntario de los examinadores Oliva García Rogel, Alejandro Felix Carrasco y Anabel González García, estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM, quienes formaron parte del equipo de trabajo durante la práctica de campo en la comunidad zapoteca.

Para finalizar y sin minimizar su importancia se agradece al presidente municipal de San Miguel Suchixtepec C. Porfirio Hernández Hernández y cabildo, al Ing. Misael Sánchez Jacinto, profesores, padres de familia y escolares de la comunidad, ya que gracias a su participación facilitaron el desarrollo de esta investigación.

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encuentra entre los países de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales, identificando a la caries dental como la de mayor riesgo. Existen factores predisponentes y atenuantes como la cultura, estilo de vida y raza, en ciertos grupos humanos que los hacen más susceptibles a la caries; quizá por la influencia racial en la mineralización, morfología de los dientes, dieta o herencia; o por falta de servicios de salud.

Se realizó un estudio de tipo transversal con la finalidad de determinar las condiciones de salud bucodental (caries e higiene bucal), así como los conocimientos, actitudes y prácticas respecto de salud bucal en escolares indígenas durante el año 2007.

A través de un cuestionario se evaluó a un total de 185 escolares inscritos en las dos escuelas primarias de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, el examen clínico se llevó a cabo por dos examinadores previamente estandarizados. El promedio de edad entre el total de los sujetos fue de 8.9 ± 1.7 años, el 50.3% pertenecían al sexo femenino y 49.7% al masculino. La media de **ceod** fue de **2.08 ± 2.54** , la media de **CPOD** fue de **0.29 ± 0.72** y para dentición mixta el **CPOD** fue de **2.36 ± 2.7** dientes. El 57.8% de los sujetos presentó un **IHOS regular**.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, se encontró un nivel de caries bajo. A pesar de tener conocimientos y una actitud positiva en lo referente a la salud bucal, se observan deficiencias en las prácticas de higiene bucodental.

Palabras clave: Indígenas, escolares, caries dental, higiene bucal, conocimientos, actitudes y prácticas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES.....	8
2.1 CARIES DENTAL.....	8
2.2 FACTORES DE RIESGO.....	9
2.2.1 FACTORES AMBIENTALES.....	9
2.2.2 FACTORES DEL HUESPED.....	12
2.2.3 FACTORES DEL AGENTE.....	13
2.3 LA CARIES EN EL MUNDO.....	14
2.3.1 NIVELES DE CARIES SEGÚN LA OMS.....	15
2.3.2 LA CARIES EN LOS INDÍGENAS.....	16
2.4 LA CARIES A NIVEL NACIONAL.....	17
3. SAN MIGUEL SUCHIXTEPEC, MIAHUATLÁN OAXACA.....	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5. JUSTIFICACIÓN.....	23
6. OBJETIVO GENERAL.....	24
6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
7. HIPÓTESIS.....	25
8. MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	26
8.2 POBLACIÓN ESTUDIO.....	26
8.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	26
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	27

8.5 VARIABLES.....	27
8.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	27
8.5.2 VARIABLES DENTALES.....	28
8.6 PRUEBA PILOTO.....	32
8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
8.8 PRÁCTICA DE CAMPO.....	33
8.8.1 EQUIPO DE TRABAJO.....	34
8.8.2 MATERIAL DE TRABAJO.....	34
8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	35
8.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
9. RESULTADOS.....	37
10. DISCUSIÓN.....	57
11. CONCLUSIONES.....	61
12. REFERENCIAS.....	62
13. ANEXOS.....	69
13.1 CEPOD/ ceod.....	69
13.2 IHOS.....	72
13.3 PARTES DE LA BOCA ESPAÑOL Y ZAPOTECO.....	74
13.4 ¿CUÁL DE ESTAS PERSONAS TIENE DIENTES DE LECHE?.....	76
13.5 LISTA DE ALIMENTOS ESPAÑOL Y ZAPOTECO.....	78
13.6 LISTA DE ALIMENTOS (INCLUYENDO EL RECREO)	80
13.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	82
13.8 CUESTIONARIO ESPAÑOL.....	84
13.9 CUESTIONARIO ZAPOTECO.....	92

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, México se encuentra entre los países de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales, identificando a la caries dental como el mayor problema.

Se reconoce a la caries dental como una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial, observándose principalmente dentro de su etiología la presencia de placa dentobacteriana en interacción con la dieta cariogénica y los hábitos de higiene. También se ha encontrado la relación existente entre los factores socioeconómicos y de escolaridad de la familia, muy en particular de la madre, como causa importante en la prevalencia de caries en los niños. Existen factores predisponentes y atenuantes como la cultura, estilo de vida y raza, en ciertos grupos humanos que los hacen más susceptibles a la caries; quizá sea por la influencia racial en la mineralización, morfología de los dientes, dieta o herencia; o por falta de los servicios de salud.

Se sabe también que la caries se presenta de manera diferente en las diversas regiones del mundo, y que no se ha determinado la frecuencia de la caries a nivel nacional y mucho menos se tienen datos de las enfermedades y alteraciones entre las comunidades indígenas en nuestro país que ofrezcan información que apoye el desarrollo e implementación de programas enfocados a la prevención de enfermedades como la caries dental.

El presente trabajo aporta datos acerca de las condiciones de caries dental e higiene bucal además determina actitudes, conocimientos y prácticas de salud bucodental entre los escolares de las dos escuelas primarias de la comunidad zapoteca de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca.

2. ANTECEDENTES

2.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial que incluye la susceptibilidad del huésped, la dieta y los microorganismos cariogénicos.¹ Se caracteriza por una modificación de los tejidos duros del diente, resultado de una serie de complejas reacciones químicas microbiológicas, que traen como fin la destrucción del diente si es que el proceso avanza sin restricción.^{2, 3, 4}

Es muy importante resaltar que la caries dental es de naturaleza multifactorial por lo cual no se puede hablar de una etiología específica en la enfermedad sino de diversos factores que la causan, dentro de los cuales se mencionan: sexo, edad, raza, cultura, condición socioeconómica, higiene dental, dieta como se muestra en la **fig. 1**, este padecimiento se presenta desde épocas muy antiguas y hasta la fecha se considera un problema que afecta a gran parte de la población mundial.⁵

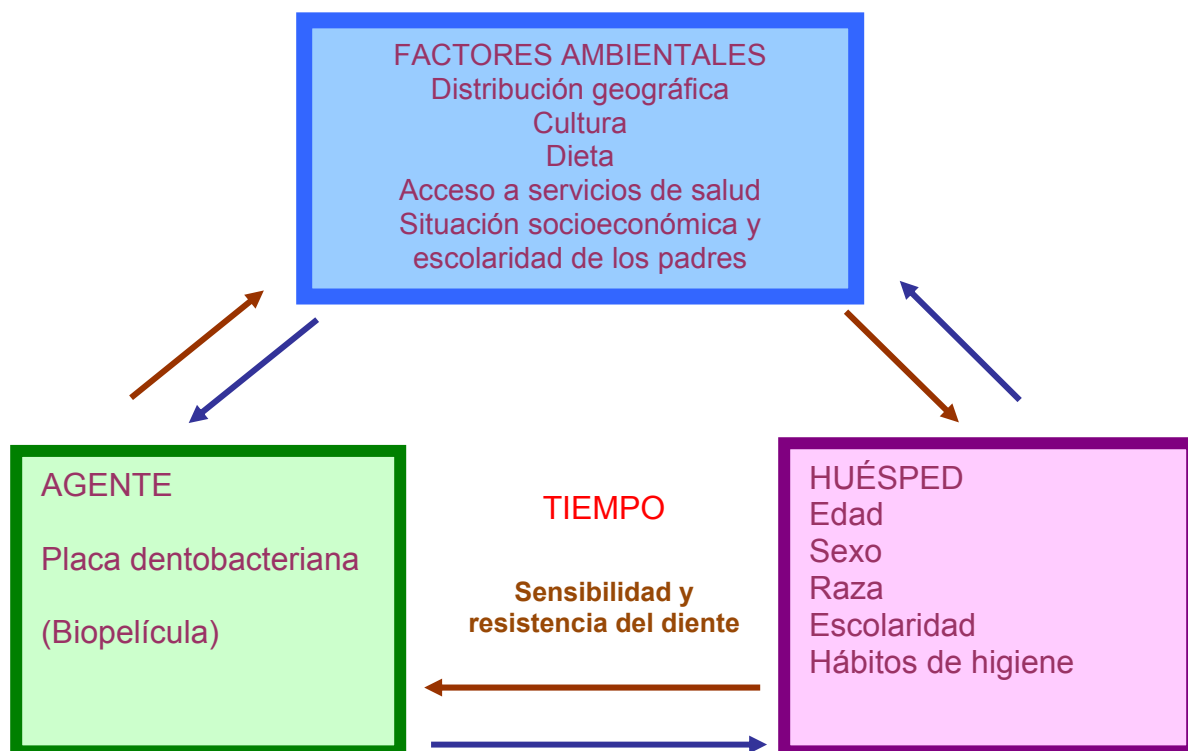


fig. 1. Factores asociados al desarrollo de la caries dental. Se dividen en tres grupos modificados por el tiempo de exposición, la sensibilidad y resistencia del diente.⁵

2.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la caries se han identificado a través de varios estudios y de manera global han sido analizados, observando que la presencia de placa dentobacteriana es el principal factor causante de la caries en interacción con la dieta cariogénica y los hábitos de higiene.^{6, 7, 8} También se ha encontrado la relación existente entre los factores socioeconómicos y de escolaridad de la madre como causa importante en la prevalencia de caries en los niños.⁹ A continuación se mencionaran aquellos factores de riesgo que más comúnmente han sido relacionados con la presencia de la caries dental.

2.2.1 FACTORES AMBIENTALES

Estos factores no fácilmente pueden ser modificados por el individuo y siempre deben ser tomados en cuenta para el desarrollo de modelos de salud.¹⁰

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA: La diversidad geográfica condiciona el medio ambiente en el que se desarrollan los individuos tanto a un nivel climático, de alimentación, estilo de vida y enfermedades que se padecen. La distribución poblacional ha sufrido diferenciaciones no tanto de tipo geográfico sino de desarrollo. México es considerado como un país en vías de desarrollo, los programas de salud pública aun no son suficientes para atender a toda la población del país, y tampoco otorgan el peso necesario a la prevención de la caries.¹¹ También es cierto que la mayor concentración de profesionistas e instituciones de salud se da en las ciudades económicamente más desarrolladas dejando desprovistas de atención dental a las regiones más pobres del país.

CULTURA: El México actual se desarrolla en un medio multicultural en donde la población predominante es la mezcla de razas: Indígena, europea (mayormente española) y una minoría africana.¹² A dicha mezcla de razas se denominó mestizaje, aunque es preciso mencionar que en México también habitan más de 62 grupos indígenas diferentes, los cuales mantienen una identidad que los distingue de entre los demás, y consta de varios elementos dentro de los que destacan: costumbres, forma organizativa, comida, vestimenta y lengua con sus respectivas variantes.¹³ Con respecto al manejo de la lengua, en parte del censo realizado en el año 2000 por el INEGI,¹⁴ en el que distribuyeron a la población indígena del

país se en dos grupos: los bilingües (español-lengua indígena) y los monolingües (sólo español o sólo la lengua indígena). En la mayoría de los casos los grupos indígenas se desarrollan en un medio rural, alejados de los servicios de salud, en condiciones de desigualdad, discriminación y pobreza; estos factores pueden ser indicadores de una inaccesibilidad a los servicios de salud general y bucodental.

DIETA: El consumo de azúcares identificados como cariogénicos en los alimentos, golosinas y bebidas favorece en gran medida el desarrollo de la enfermedad.¹⁵ Miller² en 1890 definió la caries como un proceso quimio-parasitario que consiste en dos estadios diferenciados: la desmineralización química de la estructura inorgánica del diente por la acción del ácido producto de la fermentación bacteriana de los alimentos azucarados y la acción bacteriológica dirigida por mecanismos enzimáticos. En las épocas antiguas pese a haberse encontrado registros de caries dental desde el período Neolítico, su frecuencia y distribución eran mucho menores que las del hombre moderno,¹⁶ esto se debe en gran medida al aumento en el consumo de azúcares y harinas refinadas, en cuyo caso el tiempo de retención en la boca provoca una disminución en el pH de la saliva por la acción acidogénica.¹⁷ Como un antecedente existe lo observado en internos de un sanatorio mental en Vipeholm², a los que después de haberlos inducido a consumir carbohidratos en exceso, se notó que aquello que había causado un mayor daño dental era el consumo de alimentos entre comidas; las variaciones encontradas se podrían relacionar con diferencias en la higiene bucal y en factores protectores propios de los individuos.

El estudio del consumo de carbohidratos con relación a la condición sociocultural (habla o no la lengua oficial del país) y económica de las personas proporciona una idea del riesgo que puedan tener de padecer caries.¹⁸

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: El manejo de los recursos asignados a los servicios de salud se relaciona con la política de cada país. Se ha observado el aumento de sistemas de salud privados cuyo enfoque es más de tipo terapéutico, quedando estos al alcance de las personas con recursos económicos favorecidos por lo que las personas más desprovistas son aquellas con una condición socioeconómica desigual.¹¹ Los factores que se deben tener en cuenta para la equidad en salud bucal son los aspectos socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, de religión, de lenguaje y discapacidad.¹⁹ No todas las personas cuentan con

atención dental en instituciones públicas, y algunas veces suelen verse limitados por un sentido económico o por el miedo de acudir a la consulta; esto conlleva a que los servicios de salud públicos que se proporcionan sean insuficientes para cubrir las necesidades de toda la población.²⁰ Los indígenas pese a tener su propia medicina,²¹ no han podido combatir la caries dental por lo que controlan únicamente las molestias y solo reciben atención dental por parte de profesionistas a partir de brigadas de voluntarios o de las unidades móviles enviadas por el gobierno las cuales solo atienden contadas veces al año, y a pesar de sus esfuerzos no logran hacer grandes cambios sobretodo en el aspecto de prevención de la caries dental. Otro factor importante por parte de los servicios de salud es la falta de dominio acerca de las costumbres y de la lengua originaria de los indígenas ya que esto también imposibilita el buen entendimiento de las técnicas odontológicas.²²

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y ESCOLARIDAD DE LOS PADRES: Otro factor importante es la economía familiar, es decir el número de habitantes en la familia en los que se distribuyen los recursos obtenidos en el trabajo de uno o ambos padres, esto puede dar indicios de las condiciones de vida, estado nutricional, escolaridad de la familia, accesibilidad a los servicios de salud,^{23, 24} etc. Lamentablemente en casos de pobreza se ha observado que no solamente son más vulnerables a enfermarse sino que también tienen menor acceso a los servicios de salud dental tanto públicos como privados y constituyen un grupo de riesgo los niños de edad escolar a quienes se les empieza a alimentar con comida chatarra y bebidas azucaradas sin tener el conocimiento de la técnica de cepillado correcta.^{25, 26}

Por otra parte, la escolaridad materna muestra una asociación altamente significativa en el desarrollo de caries dental en los niños, tanto en la primera como en la segunda dentición, ya que en estudios previos se ha observado una relación en donde a mayor escolaridad menor prevalencia de caries.^{27, 28} Así mismo, si los padres desconocen las medidas para prevenir la caries dental difícilmente podrán enseñarlas a los hijos.²⁹

2.2.2 FACTORES DEL HUÉSPED

Algunos factores pueden ser modificados por el individuo dependiendo de los conocimientos acerca de la prevención que tenga o le sean proporcionados.¹⁶

EDAD: Aunque la edad no se considera como un factor de riesgo directo, existen algunos grupos de edad a los que se asocia con mayor actividad de caries.

Autores refieren tres grandes grupos de edad con relación a una mayor actividad de caries:^{2, 4}

1. Entre los 4 y 8 años para la dentición infantil,
2. Hasta los 17 para la dentición permanente y, finalmente,
3. A partir de los 55 años con respecto a la caries de raíz.

La susceptibilidad de los niños de edad escolar se debe al desarrollo de la erupción de la segunda dentición; así el diente más susceptible es el primer molar permanente y la prevalencia de caries en estos dientes es asociada con la actividad futura de caries.^{30, 31}

SEXO: Existen variaciones en la prevalencia de caries dependiendo del sexo masculino y femenino, por tal motivo siempre tiene que considerarse dicho factor. Dentro del estudio de la caries dental se observa una diferencia entre el género de cada individuo dependiendo de su edad.^{5, 31, 32} También puede relacionarse con la presencia de la bacteria *S. mutans* en saliva la cual suele ser mayor en las niñas que en los niños y que es por demás reconocida por estar presente en las lesiones cariosas.³³

RAZA: Las diferencias anatómicas pueden ser variantes en el desarrollo de la caries. Estudios previos muestran una diferencia entre la prevalencia de caries de un grupo racial y otro, esto también depende de su desarrollo cultural, socioeconómico, escolar y los hábitos dietéticos y de higiene que realicen.^{10, 20, 34} En México los descendientes de los pueblos originarios llamados indígenas se supone podrían mostrar similitudes con el resto de la población mexicana en cuanto al desarrollo de la caries dental.

ESCOLARIDAD: El analfabetismo de alguna manera imposibilita la comunicación escrita acerca de los programas de prevención de salud. Al tener un nivel de educación mayor se logra que exista un mayor grado de información y concientización acerca de las enfermedades bucodentales, su tratamiento y los métodos de prevención, por tal motivo una menor prevalencia de caries.²³

HÁBITOS DE HIGIENE: Los estudios clínicos^{35, 22} han demostrado de manera convincente que la eliminación mecánica diaria de la placa dentobacteriana de las superficies dentales constituye el medio primario para prevenir enfermedades dentarias. El conocimiento de la técnica de cepillado adecuada para cada dentición y el uso de fluoruro^{36, 37} son factores que disminuyen la presencia de placa dentobacteriana y por tal motivo disminuyen la posibilidad de desarrollar caries dental.²²

2.2.3 FACTORES DEL AGENTE

La microbiología de la cavidad bucal es extensa pero se han reconocido los microorganismos causantes del proceso de destrucción de los tejidos dentales, los cuales varían en cuanto patogenicidad, virulencia, infectividad, etc.

PLACA DENTOBACTERIANA.

En la cavidad bucal los dientes tienen superficies duras a las cuales se adhiere una capa, que permite el desarrollo de extensos depósitos bacterianos. El término biopelícula describe a la comunidad relativamente indefinible asociada a la superficie dentaria o a cualquier otro material duro no descamable, se forma con mayor rapidez en medios acuosos en donde las bacterias reciben regularmente cierto aporte nutritivo.³⁵ La placa dental representa una verdadera biopelícula, que se compone de bacterias en una matriz principalmente compuesta por polímeros bacterianos extracelulares y productos salivales, exudados gingivales o ambos. La acción bacteriana sobre las superficies dentales está considerada como la causa primaria de la caries dental y enfermedades periodontales.³⁵

La placa dentobacteriana (PDB), se clasifica como supragingival y subgingival de acuerdo a su localización; la primera se refiere a aquellas agregaciones microbianas que se encuentran

en la superficie dental; sin embargo, es posible que se extiendan en el fondo del surco gingival donde están en contacto con la encía marginal. La placa subgingival es aquella que forma agregaciones bacterianas que se encuentran por completo dentro del surco gingival o bolsas periodontales.³⁸

También hay agregaciones de bacterias que presentan una forma de PDB en los surcos y fisuras de la corona del diente; es probable que estén relacionadas con la caries en estos sitios; también se acumulan alrededor de restauraciones dentales y en todos los aparatos protésicos colocados en cavidad bucal.³⁹

La acumulación mayor de la PDB en la boca del niño es más frecuente en tres áreas: caras linguales de los dientes inferiores posteriores, caras vestibulares de los dientes superiores posteriores y caras vestibulares de los dientes anteriores superiores.⁴⁰

2.3 LA CARIES EN EL MUNDO

A ocho años de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de alcanzar la meta de salud para el año 2000 en la que apoyada por la FDI (Federación Dental Internacional) se propuso que para la edad de 6 años el 50% de niños debería estar libres de caries y para los de 12 años el promedio de CPOD debería de ser <3; ⁴¹ observando los resultados obtenidos en diversos estudios hay que tomar en cuenta que la propuesta no fue alcanzada, de tal forma que la meta actual deberá concentrarse en disminuir el índice CPOD (Dientes Cariados Perdidos y Obturados) sobretodo en el componente Cariado en los niños de 12 años de edad, intentando lograr índices más bajos para el año 2020.⁴¹

Observando el Programa Nacional de salud, en México se propusieron metas en ámbito de salud bucal para reducir los niveles de caries al 50% en los niños de 6 años de edad dentro del período 2001-2006. Al no existir cifras basales de la prevalencia de caries para el 2000 se expresa en términos relativos; obtener y mantener un índice CPOD de 3.76 para el 2000 en población de 3 a 12 años de edad.⁴²

2.3.1 NIVELES DE CARIES SEGÚN LA OMS

En el 2003, la OMS reporta a la caries como una pandemia, por ser el principal problema de salud pública alrededor del mundo y por presentar una prevalencia del 60 al 90% en edad escolar. De acuerdo a la OMS⁴³ en los niños de 12 años de edad el CPOD se distribuye alrededor del mundo en 3 principales niveles: **alto >4.4**: Norte y sur de América, Europa occidental y gran parte de África; **moderado 2.7-4.4**: América del Sur, Rusia; **bajo <2.7**: África oriental, China, Australia y Groelandia.

Siguiendo la división de la OMS, se distribuyeron 3 grupos de acuerdo a la prevalencia e índice de caries hallados en diversos países del mundo: **nivel alto, moderado y bajo**.

NIVEL ALTO

De acuerdo con lo encontrado en niños de 3 a 6 años de diferente origen racial y cultural en 18 países incluyendo escuelas urbanas y rurales, se pueden ubicar cifras de ceod arriba de 7.0 en el grupo con alto índice de caries dental. Destacando: Emiratos Árabes Unidos con un valor de 10.2, Tailandia con 7.2, Dinamarca y México con 7.1 respectivamente, con 7.0 México-americanos de EUA. Con índices de 5.6 a 6.9 ubicamos a africanos de Sudáfrica, Madagascar y Tanzania; se ubicaron también con índices de 5.9 a 6.5 niños chinos de EUA, Inglaterra y de la misma China; a los paquistaníes de Inglaterra con 6.6 y a los de Pakistán 6.8, de igual manera se encuentran los niños blancos de Escocia, las dos Irlandas, Bélgica, Noruega, Alemania, República Checa con índices que van de 5.2 a 6.2. Dentro de los factores relacionados con la caries en estos países se encontraron deficiencias en la educación materna, el nivel socioeconómico y la inasistencia al dentista.^{28, 44}

NIVEL MODERADO

En niños urbanos de 6 a 14 años de edad se puede mencionar que en Irán el CPOD fue de 3.30, en Perú de 3.18, con una ligera disminución en Trinidad y Tobago con 2.54; en donde los factores atribuibles al desarrollo de la caries dental son la presencia de placa dentobacteriana, escasa escolaridad materna y nivel socioeconómico bajo, el difícil acceso a los servicios de salud y la insuficiencia de los mismos primordialmente.^{45, 46, 47}

Por otro lado la caries dental también se ha estudiado en la primera dentición en donde se encuentran datos de niños de Italia, chinos de Singapur, afro-americanos de EUA, niños de Perú y Nicaragua; en donde los índices de ceod van de 2.92 a 4.0. En estos estudios se identificó a la escolaridad materna y la presencia de placa dentobacteriana como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.^{44, 45, 48}

NIVEL BAJO

Dentro de los países con prevalencia de caries baja se ubicó a Francia en donde los niños de 5 a 12 años presentaron un CPOD de 0.85, en Suecia fue de 0.87, mientras que en Estados Unidos de América en niños México-americanos el CPOD fue de 2.19, para los Afro-americanos de 1.60 y para niños blancos no hispanos de 1.40. Dentro de los factores relacionados al desarrollo de la caries en estos países destacan el nivel socioeconómico bajo de la familia, el difícil acceso a los servicios de salud y la dieta.^{49, 50, 51}

2.3.2 LA CARIES EN LOS INDÍGENAS

Para las poblaciones indígenas en el mundo la situación no es diferente pero el desarrollo de la enfermedad se puede ver condicionado por ciertas características y factores socioeconómicos. La severidad de la caries entre los niños en diferentes comunidades indígenas no es resultado de su cultura sino de las desventajas en las que se encuentran.⁵²

De acuerdo con algunos estudios realizados en Australia⁵³ en comunidades indígenas se ha encontrado que la prevalencia de caries y pérdida dental es mayor en estos grupos. De acuerdo con la revisión de la literatura, la prevalencia de caries en niños de diferentes regiones del país, el CPOD va de 4.83 a 7.82. Son varios los factores que contribuyen a dichos resultados como: nivel socioeconómico bajo, la dificultad para comunicarse en inglés debido a la diferencia con su lengua materna, la dieta y la dificultad para acceder a los servicios de salud.^{54, 55, 56}

Otros estudios realizados en niños indígenas de 8 a 14 años de América, muestran diferentes niveles de CPOD. Por ejemplo en Canadá⁵⁷ se encontró un CPOD de 6.2 y ceod de 1.72, en este estudio se compararon a los niños nativos que viven en reservas de Ontario⁵⁷ con niños de primarias cercanas y se encontró que en los niños de las reservas la prevalencia de caries

era mayor debido a que no contaban con los servicios de salud bucodental para cubrir sus necesidades básicas y que una de las limitaciones para la aplicación de los programas preventivos era el desconocimiento de la lengua materna de los indígenas.⁵⁸ En la comunidad KëKöldí de Costa Rica²² los hallazgos no son diferentes el CPOD fue de 3.22, pero en esta comunidad se logró implementar un programa de enseñanza de técnica de cepillado bilingüe (lengua materna-español) obteniendo una disminución muy considerable en el IHOS; demostrando la importancia de la enseñanza del cepillado en la lengua materna de los niños.

En indígenas de la amazonía colombiana⁵⁹ el índice CPOD fue de 1.3, donde el factor atribuible a la caries es la insuficiencia de servicios de salud dental en la región y la falta de programas preventivos en la lengua de los nativos también se encontró que consumen comúnmente en esa zona es muy fibrosa, lo que la convierte en un factor protector para esa población y debido a eso la cifra mencionada fue menor a la esperada.⁵⁹

2.4 LA CARIES A NIVEL NACIONAL

Mundialmente México se encuentra dentro de las naciones con niveles de caries que van de moderado a alto⁴³. En base a la clasificación de la OMS en México también se han podido identificar distintos niveles de CPOD.

Según los datos reportados en niños de edades entre 6 y 13 años, la prevalencia hallada va de 62% hasta un altísimo 95.3% encontrado en niños de la Ciudad de Tijuana. El CPOD varía de 0.68 hasta 3.9 en estados del norte como Nuevo León⁶⁰, Baja California⁶¹, Sinaloa⁶² y Zacatecas³³; en el sur Campeche³¹ y Tabasco⁶³; y en el centro de país el Estado de México⁶⁴ y Distrito Federal⁶³ en donde la mayoría de escolares incluidos son pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. El índice de CPOD más elevado fue hallado en una localidad del estado de Nuevo León⁶⁰ y el índice más bajo en el estado de Campeche³⁰ en donde se estudió la prevalencia de caries en el primer molar permanente ya que es el primero en erupcionar. En base a los datos encontrados, se relacionaron varios factores de riesgo atribuibles a la etiología de la caries dental en los niños como son: el nivel socioeconómico de la familia,^{60, 64} la escolaridad materna³⁰, insuficiencia en los servicios de salud tanto curativos como preventivos, placa dentobacteriana, presencia del *S. mutans*³³, edad²⁷ y hábitos de higiene deficientes⁶⁵.

Entre los niños más pequeños el ceod encontrado oscila entre 0.47 en Campeche⁶⁶ y 7 cifra que se obtuvo entre los niños de las 16 delegaciones del Distrito Federal.²⁷ En el caso particular de Campeche los niños incluidos en el estudio asistían a alguna de las 3 guarderías del IMSS y lo hallado sorprendió a los investigadores ya que esperaban una prevalencia más alta, no obstante es de suponer que cuando las madres están muy en contacto con instituciones de salud como el IMSS reciben recomendaciones acerca del mejor cuidado de la salud de sus hijos⁶⁶. Todo esto a diferencia de lo encontrado en el D.F que a pesar de ser el centro del mayor número de instituciones de salud pública y dentistas del país, el índice que se obtuvo fue alarmante y se atribuyó al alto porcentaje de placa dentobacteriana debido a las deficiencias en la higiene de los niños.²⁷

De acuerdo al tipo de medio ambiente en el que viven los niños se podría suponer que existen diferencias entre los que viven en localidades urbanas y rurales, pero al consultar diferentes investigaciones,^{33, 61, 64} estas incluyen únicamente a niños de localidades urbanas, por lo cual no se puede hablar de una comparación con las regiones rurales.

Demográficamente es posible relacionar a las comunidades indígenas con un medio rural, no obstante hay que mencionar que debido a la migración que viven constantemente, los indígenas se desarrollan tanto en un medio rural como urbano, en cuyo caso es difícil identificarlos debido a que a excepción del censo general de vivienda, en las instituciones de salud y de educación no se pregunta si se pertenece a algún grupo indígena.⁶⁷ Solo en base a lo mencionado en algunos estudios se puede suponer que la prevalencia e índices CPOD y ceod reflejan la situación de la población marginada de las ciudades al reproducirse en ellos los factores socioeconómicos, culturales, de escolaridad materna y la escasez de los servicios de salud.

De igual manera, la prevalencia de caries en comunidades oaxaqueñas puede ser similar por los factores antes mencionados, lo cual se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios al respecto con la finalidad de implementar medidas preventivas y de atención dental que incluyan a toda la población independientemente del nivel socioeconómico y cultural que tengan.

Hablando específicamente de la población zapoteca de San Miguel Suchixtepec hay que mencionar que existe “El reporte de Odontopatías”⁶⁸, registrado en las Actas Médicas de la Clínica de Salud de la comunidad que van de 1998 al año 2002. En donde se observa que el número de pacientes que demanda algún servicio dental ha ido en aumento en los últimos años. En 1998 las odontopatías ocuparon el noveno lugar en la tasa de morbilidad de la comunidad con 34 casos presentados, mismo lugar que ocuparon hasta el 2001 ya que en el 2002 se posicionaron como el cuarto problema de salud con 145 casos registrados.

3. SAN MIGUEL SUCHIXTEPEC, MIAHUATLÁN, OAXACA.

La comunidad indígena de San Miguel Suchixtepec, se encuentra ubicada geográficamente en el estado de Oaxaca **fig 2**, en la región Sierra Sur mejor conocida como Sierra de Miahuatlán. Los límites geográficos del municipio según INEGI (1997) ¹⁴, se ubican dentro de las siguientes coordenadas 96°35' a 96°25' Longitud este y 16°00' a 16°10' latitud norte. La cabecera municipal se localiza en las coordenadas 16°05'30" latitud norte y 96°27'55" longitud oeste y se ubica en un altitud de 2 560 m.s.n.m. (INEGI 1988). El INEGI en 1988 estableció que el área municipal corresponde a 107.17 km² y se limita al norte y al oeste con el municipio de San Mateo Río Hondo, principalmente con su agencia de San Ildefonso; al oeste limita con los municipios de Santa María Ozolotepec y San Marcial Ozolotepec; y al sur limita con el municipio de San Pedro el Alto que pertenece al distrito de Pochutla. Forman parte del municipio 20 localidades o rancherías incluyendo la cabecera municipal que recibe el mismo nombre, dentro de las cuales solo 14 se encuentran pobladas.

La forma de acceder a la comunidad es tomando la carretera federal Oaxaca- Pto. Ángel, a la altura del kilómetro 146, es un recorrido de aproximadamente 3:30 horas desde la bella y cálida capital del estado.

La población económicamente activa (PEA) del municipio se ocupa principalmente en las siguientes actividades: carpintería, explotación forestal, agricultura, ganadería, servicios, enseñanza o docencia, comercio, albañilería, panadería, música y profesionistas, siendo la agricultura la más importante en cantidad de población ocupada, ya que representa un 47.05% del total. Por otra parte la localidad de San Miguel Suchixtepec cuenta con 1,653 habitantes solo 389 habitantes procuran un empleo fijo y en realidad este sector representa la economía de lugar.

La población con mayor grado de escolaridad es la población juvenil y respecto al grado de analfabetismo resaltan la población femenina de edad mayor. La falta de escolaridad en general en el municipio es muy significativa, colocando a la comunidad en alto grado de marginación educativa.⁶⁸

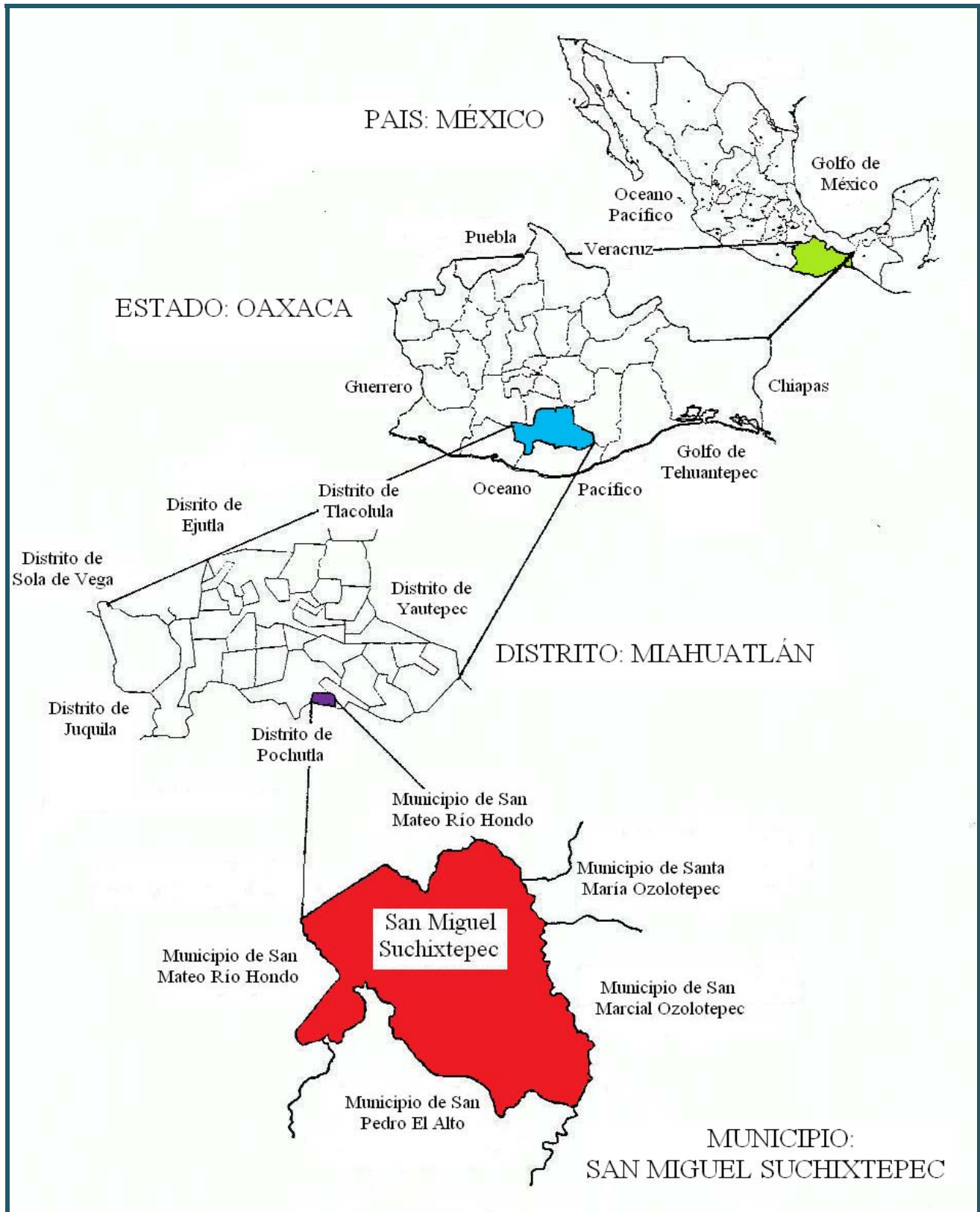


fig. 2. Ubicación geográfica de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca.⁶⁸

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, México está entre los países de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades bucodentales, reconociendo a la caries como el principal padecimiento.

La importancia de mantener cifras bajas de prevalencia de caries dental se ha sumado recientemente entre los países desarrollados preocupándose por el control de las enfermedades periodontales en adultos y ancianos. Sin embargo existen factores predisponentes y atenuantes como la cultura, estilo de vida y raza; en ciertos grupos humanos que los hacen más susceptibles a la caries, quizás por la influencia racial en la mineralización, morfología de los dientes y dieta o herencia. Si bien, también es cierto que los que sufren mayores deficiencia en salud bucal son las personas de nivel socioeconómico bajo de todas las edades, esto se suma a la carencia de servicios médicos entre las comunidades indígenas, en donde comúnmente son los asistentes rurales los que ofrecen pláticas de salud bucal, alimentación, adolescencia y salud sexual y reproductiva a una veintena de comunidades, apoyando en la estructura de los programas federales.

Se sabe que la caries se presenta de manera diferente en los diversos países o regiones del mundo y en un mismo país a lo largo del tiempo, y que no se ha determinado la frecuencia de la caries a nivel nacional durante el año 2007 y mucho menos se tienen datos reales y fidedignos de las enfermedades y alteraciones entre las comunidades indígenas en nuestro país que pudieran ofrecer información que apoye el desarrollo y la implementación de programas que garanticen la disminución de las enfermedades.

En la búsqueda por responder a estas interrogantes y desarrollar e implementar un programa específico de salud para la comunidad, surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la experiencia de caries dental e higiene bucal, así como los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene bucal en los escolares de los escolares de las dos escuelas primarias en el Municipio de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca?

5. JUSTIFICACIÓN

La importancia clínica y el costo social de la caries dental en niños en edad escolar son enormes. Es de suma importancia dar a conocer el significado del por qué la salud bucal es esencial para la salud general y el bienestar, y cómo los costos económicos y sociales que estos generan, al disminuir la calidad de vida. Dadas las restricciones financieras actuales, es necesario priorizar los recursos destinados a programas de salud bucal para asegurar su orientación hacia las medidas que logren un impacto en la salud bucodental. Una de las primeras herramientas para informar esta planificación es generar información real y fehaciente ya que es notable la ausencia de estudios epidemiológicos que ayuden a establecer cuál es la situación bucodental de los escolares de nuestro país, sobretudo en poblaciones indígenas. El apoyo en los conocimientos, actitudes y prácticas ejercidas por las propias comunidades permite el diseño y estructuración de programas que favorecen la obtención y mantenimiento de una adecuada calidad de vida al promover la participación de cada individuo como elemento activo en el autocuidado de su salud; por lo que con base en los resultados que se obtengan en este trabajo de investigación se pretende contribuir al conocimiento relacionado con el comportamiento epidemiológico de la enfermedad bucodental de mayor prevalencia, en la población zapoteca de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca. Condescendiendo también a tomar las medidas y recomendaciones para el desarrollo e implementación de programas de prevención en favor de la salud bucodental en los escolares de esta comunidad. Dicho trabajo podrá ser incorporado al Autodiagnóstico de la comunidad elaborado por las autoridades del municipio, en el que el apartado de salud bucodental es inexistente.⁶⁸

6. OBJETIVO GENERAL

Determinar las condiciones de salud bucodental (caries dental e higiene bucal), así como los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las medidas de higiene bucodental en los escolares de dos escuelas registradas por la SEP de acuerdo a los datos del INEGI en San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante el año 2007.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de caries dental (CPOD, ceod) e higiene bucal (IHOS) por género y edad en escolares de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante el año 2007.
- Identificar la distribución de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental en escolares de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante el año 2007.

7. HIPÓTESIS

Ha1. La caries dental (CPOD, ceod) e higiene bucal (IHOS) se comportan de manera diferente en los escolares zapotecos de acuerdo a la escuela, edad y sexo

Ho. La caries dental (CPOD, ceod) e higiene bucal (IHOS) no se comportan de manera diferente en los escolares zapotecos de acuerdo a la escuela, edad y sexo

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo transversal.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyeron 185 escolares zapotecos de las dos escuelas primarias de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, hablantes o no de la lengua indígena quienes cursaban la primaria durante el año 2007.

8.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una muestra por conveniencia que incluyó al 50% de los escolares de 15 grupos de niños, desde 1° a 6° grado inscritos en las dos escuelas registradas por la SEP (Escuela Primaria Estatal Matutina “Hidalgo” y Escuela Primaria Federal Bilingüe “Julio Antonio López”) del municipio San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante el año 2007 que cumplieron con los criterios de selección posteriormente mencionados.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Escolares inscritos en las dos escuelas primarias del municipio San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante el 2007 cuyos tutores hayan firmado el consentimiento informado.
- Escolares sin distinción de sexo.
- Escolares con órganos dentarios de primera y segunda dentición con un 50% o más de la corona clínica erupcionada.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Escolares cuyos padres no hayan dado su consentimiento para la participación en el estudio.
- Escolares con tratamiento de ortodoncia.
- Escolares con algunas discapacidades físicas, mentales o ambas que les impidiera ser revisados.

Los dos últimos puntos refirieron únicamente la posibilidad de que existieran pero dentro del estudio sólo se aplicó el primer criterio.

8.5 VARIABLES

8.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

GÉNERO: Sexo al que pertenece el individuo (1= femenino 2= masculino).

EDAD: Años cumplidos a la fecha del registro.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES: Nivel de estudios alcanzados (1=sin estudios 2=primaria completa 3=primaria incompleta 4=secundaria completa 5=secundaria incompleta 6=medio superior 7= superior o profesionista 9=no responde).

OCUPACIÓN: Actividad remunerada o no remunerada que desempeña el individuo (1= comercio 2=educación 3=transporte 4=agricultura 5=oficios 6=profesionista 7=otras 8=hogar 9=no responde).

INGRESO MENSUAL: Dinero percibido por familia al mes. (1=menos de 1000 pesos 2=de 1000-3000 pesos 3=más de 3000).

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Número de habitantes que comparten casa.

Esta información fue obtenida directamente por los niños y corroborada por los tutores padres de familia.

8.5.2 VARIABLES DENTALES

CARIES DENTAL: Se registró de acuerdo a los criterios utilizados por la OMS para el CPOD y ceod.⁶⁹ Anexo 1. El odontograma se incluye posterior al cuestionario.

PLACA DENTOBACTERIANA. Se registró de acuerdo a los criterios utilizados por la OMS para el índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).⁷⁰ Anexo 2. Se registrará higiene buena (0.0-1.2), regular (1.3-3.0) ó mala (3.1-6.0), el esquema se incluye después del cuestionario.

CONOCIMIENTOS GENERALES DE LAS PARTES DE LA BOCA: Es el nivel de discernimiento y diferenciación de los niños con respecto a los elementos que conforman la boca.⁷¹ La información se obtuvo en forma directa a través de las siguientes preguntas:

1. Dime el nombre de las partes de la boca que observas en el dibujo (% de estructuras reconocidas)(ANEXO 3)
2. ¿Qué tipos de dientes conoces? (1. de leche, 2. permanentes)
3. ¿Cuál de estas personas tiene dientes de leche? (% de aciertos)(ANEXO 4)
4. ¿Para que sirven los dientes en la boca? (1. masticar, 2. hablar, 3. sonreír, 4.morder 5.otra 9.no responde)

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CARIES⁷²: Es el nivel de discernimiento y diferenciación de los niños con respecto al concepto de caries, sus manifestaciones y sus causas. La información se obtuvo mediante interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas:

1. ¿Sabes qué es una caries o un diente picado?
2. ¿Cómo sabes cuando un diente se enferma de caries? (1. duele, 2. porque cambia de color, 3. porque se rompe, 4. porque se cae, 5. porque huele feo la boca, 6. otra)
3. ¿Por qué a las personas les puede oler feo la boca? (1. porque no se lavan los dientes, 2. porque están enfermas, 3. porque tienen caries, 4.otra)

4. ¿Puedes mencionar dos cosas que les pasa a las personas cuando tienen caries? (1. le duele, 2. se les caen los dientes, 3. se hinchan, 4. tienen mal aliento)
5. ¿Qué pasa si no me curo una caries? (1. nada, 2. dolor, 3. pierdo mi diente, 4. no puedo comer, 5. otra)
6. ¿Sabes qué es un absceso (postemilla) y por qué se produce?
7. ¿De que forma crees que puedes ayudar a tus dientes para evitar la caries? (1. lavarme los dientes, 2. acudir al dentista, 3. no comer dulces y/o papas y chicharrines, 4. otra)
8. Conocimientos respecto a la susceptibilidad a caries: Es el nivel de discernimiento y diferenciación de los niños sobre la posibilidad de padecer caries. La información se obtendrá mediante interrogatorio directo a través de las siguientes preguntas:
9. ¿A qué personas les puede dar caries? (1. a todos, 2. a los niños, 3. a los papás, 4. a los abuelos, 5. no sé, 6. otra)
10. ¿Por qué los dentistas tapan los dientes? (1. porque tienen caries, 2. porque le duele, 3. para protegerlos, 4. otra)
11. ¿Tú crees que le puede dar caries a un diente que ya fue tapado? (1. si, 2. no, 3. no sé)
12. ¿Crees que a ti te puede dar caries? (1. si, 2. no, 3. no sé)
13. ¿Por qué crees que te puede dar caries?

CONOCIMIENTOS SOBRE FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE BUCAL: Es el nivel de discernimiento y diferenciación de los niños con respecto a aspectos de frecuencia y método de higiene bucodental.⁷² La información se obtuvo directamente de los niños entrevistados mediante las preguntas:

1. ¿Cuántas veces en un día debe una persona limpiar sus dientes? (1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día 4.Otra)
2. ¿Con qué se deben limpiar los dientes? (1. Con pasta dental y cepillo 4. Con bicarbonato 2. Con jabón de pasta 3. Con ramitas de árbol 5. Nada más con agua 6. Con tortilla quemada 7Otra:)
3. ¿Conoces otro utensilio para limpiar tus dientes? (1. si, 2. no, 3. cuál)

CONOCIMIENTOS RESPECTO AL CONSUMO DE DIETA CARIOGÉNICA. Es el nivel de discernimiento y diferenciación de los niños con respecto a los alimentos que pueden producir caries. **¡Error! Marcador no definido.** La información se obtuvo mediante interrogatorio directo por medio del siguiente cuestionamiento:

1. De la siguiente lista de alimentos, señala ¿cuál de ellos puede producir caries? (ANEXO 5)

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A LA FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE: Son las actividades que realizan los niños relacionadas con los métodos y frecuencia de limpieza de sus dientes.⁷² La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas con opciones de respuesta:

2. ¿Tienes cepillo para lavarte los dientes? (1.Si, 2.No)
3. ¿Compartes tu cepillo dental con otra persona? (1.Si, 2.No)
4. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes? (1. ninguna, 2. una vez, 3. dos o tres veces, 4. más de tres veces)
5. ¿Te han enseñado a cepillarte los dientes? (1. si, 2. no, 3. no me acuerdo)
6. ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes? (1.Su dentista, 2.papás, 4. nadie, 5.Otro)
7. ¿Quién te revisa cuando te cepillas los dientes en tu casa? (1.Mamá, 2.Papá, 3.Mamá y papá, 4. nadie, 5.Otro especifique)

8. ¿Con qué los limpias? (1. Con pasta dental y cepillo, 2. Con jabón de pasta 3. Con ramitas de árbol, 4. Con bicarbonato, 5. Nada más con agua, 6. Con tortilla quemada, 7. Otra)
9. ¿Cepillas tus dientes antes de dormir? (1. Sí, 2. No, 3. A veces)
10. ¿Cepillas tus dientes después de comer algún dulce? (1. Sí, 2. No, 3. A veces)

FRECUENCIA RESPECTO AL CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO SIMPLES: Son las actividades que realizan los niños relacionadas con los métodos y frecuencia de limpieza de sus dientes. **¡Error! Marcador no definido.** La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las preguntas:

1. ¿Comes dulces o tomas bebidas azucaradas entre comidas? (1. si, 2. no, 3. a veces)
2. De la siguiente lista de alimentos menciona ¿cuál de ellos comes con mayor frecuencia entre comidas (incluyendo el recreo)?(ANEXO 6)

FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL DENTISTA: Corresponde al uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. ⁷² Esta información fue obtenida por interrogatorio directo mediante la pregunta:

1. ¿Visitaste al dentista durante el último año? (1. si, 2. no)
2. ¿Qué hacen tus papás cuando te duele un diente?

MOTIVO DE ATENCIÓN DENTAL: Es la causa por la que se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró de la siguiente manera:

1. ¿Sabes qué tratamiento te realizó el dentista la última vez que asististe? (1. revisión, 2. limpieza, 3. obturación,4. extracción dental, 5. dolor en los dientes).

MOTIVO PARA NO RECIBIR ATENCIÓN DENTAL: Es la causa por la cual no se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información fue obtenida por interrogatorio directo y se registró tal como se observa a continuación:

1. ¿Por qué motivo no has acudido con el dentista?(1.Es muy caro ir al dentista, 2. no tengo quien me lleve, 3.me da miedo que me duela, 4.mis papás no tienen tiempo, 5. no lo necesito, 6.otra)

ACTITUD RESPECTO A LA HIGIENE: Se entiende como actitud, aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en este caso respecto a la adquisición de acciones y hábitos encaminados al mantenimiento de la salud bucal.⁷²

2. ¿Crees que es importante cepillarte los dientes? (1. si, 2. no)
3. ¿Crees que es muy difícil limpiar tus dientes? (1. si, 2. no)

ACTITUD RESPECTO A LAS VISITAS AL DENTISTA: Se entiende como actitud, aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en este caso respecto a la asistencia al dentista.

- 1¿Por qué motivo crees que las personas no van al dentista? (1. no tienen dinero, 2. les da miedo, 3. no es importante, 4. no tienen tiempo, 5. otra)
- 2¿Consideras que es muy difícil visitar al dentista? (1.si, 2. no)
- 3¿Por qué crees que es importante cuidar los dientes?

8.6 PRUEBA PILOTO

Previo a la recolección de los datos se llevó a cabo una prueba piloto con la finalidad de probar el instrumento de recolección en cuanto a la comprensión, diseño y tiempo de recolección, tanto en español como en zapoteco.

8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el acercamiento con las autoridades del municipio y directores de las 2 primarias por medio de varias visitas al palacio municipal y a las primarias, la primera en el mes de enero y la segunda en el mes de abril. Primeramente se presentó a las autoridades del municipio el anteproyecto de la tesis el cual fue aprobado. En otra de las visitas en compañía tanto del Regidor de Salud como de el de Educación se realizó la presentación ante los directores de las dos primarias, posterior a ella los profesores proporcionaron algunos datos acerca de la población estudiantil registrada en ambas primarias. En una visita posterior en el mes de mayo, al estar interesados en el proyecto ya como el protocolo de la tesis, el presidente municipal C. Porfirio Hernández Hernández hizo una solicitud al director de la Facultad Mtro. Javier de la Fuente para la realización de la práctica de campo.

A principios del mes de junio se realizó una junta en la que estaban presentes tanto padres de familia, algunos maestros y el regidor de salud del municipio; este espacio fue aprovechado para exponer los objetivos del estudio y programar la fecha exacta de la práctica; por parte de los padres de familia se obtuvo la autorización para la realización del estudio y también algunas preguntas relacionadas al tema.

8.8 PRÁCTICA DE CAMPO

Del 24 al 30 junio del año 2007 se realizó el muestreo correspondiente a este estudio, en la comunidad oaxaqueña de San Miguel, Suchixtepec. Los datos epidemiológicos se recabaron por medio de la práctica de campo, pero se tuvo que realizar otra visita en el mes de septiembre, antes de realizar el análisis de la información, con la finalidad de corroborar algunos datos con los padres de familia que no estuvieron presentes el día de la examinación.

El día de trabajo se realizó durante el horario normal de clases, esto fue de lunes a viernes de 9:00am a 15:00pm. Cada 15 minutos acudieron 2 niños de acuerdo a la lista de asistencia proporcionada por los profesores de cada grupo eligiendo aleatoriamente al 50% de alumnos por cada grupo, por medio de una calculadora, en caso de que algún niño no estuviera presente se eligió otro número por el mismo método.

Previa examinación clínica se llevó a cabo la aplicación del cuestionario que contempla dos secciones (sociodemográfica y de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la higiene bucodental) cuya duración aproximada fue de 15 minutos. El examen bucodental (CPOD, ceod e IHOS) se realizó por dos examinadores previamente estandarizados, utilizando una mesa de exploración y luz natural a través de un espejo No.5 y sonda Hu-Friedy tipo OMS.

8.8.1 EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo se conformó de dos parejas de practicantes voluntarios de la Facultad de Odontología de la UNAM previamente calibrados (examinador y anotador) y una profesora (coordinadora).

8.8.2 MATERIAL

EXAMINACIÓN

- Copia del cuestionario y consentimiento informado por niño.
- Kit de láminas correspondientes a los anexos 3, 4, 5 y 6, tanto en español como en zapoteco por pareja de trabajo.
- Bolígrafo, plumín lavable, lápiz, goma y sacapuntas por pareja de trabajo.

EXPLORACIÓN BUCAL

- Charola de plástico.
- Sondas tipo OMS.
- Espejos bucales N.5.
- Guantes.
- Cubrebocas.
- Abatelenguas.
- Algodón.
- Gasas.

ESTERILIZACIÓN

- Glutaraldehído.
- 4 recipientes de plástico con tapa.
- Jabón líquido.
- Agua purificada.
- Cepillo para instrumental.
- Toallas para secar el instrumental.
- Esterilizador (prestado por el Centro de Salud de la comunidad).

8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos Dbase-5.0 y posteriormente analizados en SPSS 13.

Se realizó un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas, CPOD, ceod, e IHOS, así como de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental. Así mismo se utilizó la prueba de X^2 para establecer asociación entre la prevalencia de caries e higiene bucal. Para comparar el valor del ceod y CPOD entre las escuelas utilizamos la prueba t-student, y para comparar por categorías de edad y sexo se utilizó la prueba de ANOVA.

Se utilizó la prueba de X^2 como estimador poblacional en las variables de conocimientos, actitudes y prácticas; también para las variables sociodemográficas, presencia de caries y presencia de placa dentobacteriana.

8.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de este estudio se garantizó el bienestar de los sujetos involucrados, teniendo como prioridad los criterios de respeto a la dignidad y protección de los derechos humanos.

Se utilizaron materiales e instrumentos que con base a los principios científicos y éticos, no perjudicaron la integridad de los sujetos involucrados en esta investigación. Se tomaron las medidas pertinentes establecidas en la NOM-013 del Sector Salud, para evitar cualquier

riesgo o daño en los mismos protegiendo y respetando la privacidad de los sujetos a investigar.

A través del consentimiento informado por escrito (Artículo 23 de la Ley General de Salud), se solicitó un acuerdo legal por parte de los padres o tutores de cada uno de los escolares para la autorización de su participación.

9. RESULTADOS

Se evaluó un total de 185 niños de la comunidad de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, de los cuales el 64.9% (120) de los niños pertenecían a la Escuela Primaria Estatal Matutina “Hidalgo” (EPEMH) y el 35.1% (65) a la Escuela Primaria Federal Bilingüe “Julio Antonio López” (EPFBJAL). El promedio de edad para el total de la población evaluada fue de 8.9 ± 1.7 años, para la escuela primaria “Estatal Matutina Hidalgo” de 8.7 ± 1.7 años y para la escuela primaria “Federal Bilingüe Julio Antonio López” el promedio de edad fue mayor (9.4 ± 1.7) encontrando diferencias significativas en esta distribución ($t=0.65$, $p=0.01$).

En la tabla 1 se puede observar la distribución de los datos sociodemográficos por escuela. Con respecto a la variable sexo, se encontró que el 50.3% (93) eran mujeres y el 49.7% (92) eran hombres no encontrando diferencias significativas ($X^2=0.26$, $p=0.60$) entre las dos escuelas.

En lo relacionado a la ocupación del padre se reconocen principalmente algunos oficios relacionados con la madera con un 56.1% (97), en segundo lugar la agricultura con el 42.2% (73) y en un porcentaje más bajo 1.7% (3) profesionistas; encontrando diferencias significativas por ocupación ($X^2=20.6$ y $p=.001$). Tabla 1.

En cuanto al nivel de escolaridad del padre, el 60.4% (102) tiene estudios primarios, el 26.0% (44) estudios secundarios, el 10.1% (17) no tienen estudios y el 3.60% (6) cuentan con estudios medio superiores o superiores, encontrando diferencias significativas ($X^2=9.22$ y $p=0.026$) en el nivel de escolaridad del padre entre ambas escuelas. Tabla 1.

En lo referente a la ocupación de la madre se detectó que, el 78.3% (144) se dedica al hogar, seguido de un 19.0% (35) que se dedica a algún oficio, mientras que el 2.7% corresponde a las profesionistas (5), no encontrando diferencias significativas de acuerdo a la ocupación materna entre ambas escuelas ($X^2=4.94$ y $p=0.84$). Tabla 1.

También se encontró que el 68.5% de las mujeres cuentan con estudios primarios, el 14.9% tiene estudios secundarios, el 13.3% no tiene estudios y el 3.3% (6) cursaron el nivel medio

superior o superior, no encontrando diferencias significativas ($X^2=4.32$ y $p=0.22$) de acuerdo a la escolaridad materna entre las dos escuelas. Tabla 1.

De acuerdo al ingreso familiar el 86.9% (159) asciende mensualmente a una cifra no mayor de \$1000, mientras que 13.1% (24) obtienen mensualmente más de \$1000, no se encontraron diferencias significativas ($X^2=2.26$ y $p=0.13$). Respecto al número de integrantes en cada familia que viven en la misma casa el 50.3% (93) va de 6 a 8 personas, el 38.4% (71) de 3 a 5 personas y el 11.4% (21) de 9 a más personas ($X^2=2.87$ y $p=0.23$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a la distribución de ingreso familiar y número de integrantes de familia entre ambas escuelas. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas por escuela.

	ESCUELA					
	EPEMH ^a		EPFBJAL ^b		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sexo						
femenino	62	33.5	31	16.8	93	50.3
masculino	58	31.4	34	18.4	92	49.7
Total	120	64.9	65	35.1	185	100.0
Ocupación padre*						
profesionista	3	1.7	0	.0	3	1.7
agricultura	32	18.5	41	23.7	73	42.2
oficios	74	42.8	23	13.3	97	56.1
Total	109	63.0	64	37.0	173	100.0
Ocupación madre						
profesionista	5	2.7	0	.0	5	2.7
hogar	88	47.8	56	30.4	144	78.3
oficios	26	14.1	9	4.9	35	19.0
Total	119	64.7	65	35.3	184	100.0
Escolaridad Padre*						
sin estudios	8	4.7	9	5.3	17	10.1
estudios	59	34.9	43	25.4	102	60.4

primarios						
estudios secundarios	33	19.5	11	6.5	44	26.0
medio superior o superior	6	3.6	0	.0	6	3.6
Total	106	62.7	63	37.3	169	100.0
Escolaridad Madre						
sin estudios	16	8.8	8	4.4	24	13.3
estudios primarios	76	42.0	48	26.5	124	68.5
estudios secundarios	19	10.5	8	4.4	27	14.9
medio superior o superior	6	3.3	0	.0	6	3.3
Total	117	64.6	64	35.4	181	100.0
Ingreso familiar						
<\$1000	101	55.2	58	31.7	159	86.9
>\$1000	19	10.4	5	2.7	24	13.1
Total	120	65.6	63	34.4	183	100.0
Composición familiar						
3 a 5 personas	51	27.6	20	10.8	71	38.4
6 a 8 personas	55	29.7	38	20.5	93	50.3
9 o más personas	14	7.6	7	3.8	21	11.4
Total	120	64.9	65	35.1	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007. *X², p<0.05

•Escuela Primaria Estatal Matutina "Hidalgo"

◦Escuela Primaria Federal Bilingüe "Julio Antonio López"

El CPOD encontrado en los niños de la EPEMH fue de 0.29 ± 0.67 y en la EPFBJAL fue de 0.28 ± 0.80 , no encontrando diferencias significativas en cuanto al valor del CPOD entre las dos escuelas ($t=0.001$ y $p=0.89$). El CPOD en el grupo de edad de 6-8 años fue de 0.32 ± 0.82 , de 9-10 años 0.20 ± 0.50 y para el grupo de 11-13 años de 0.38 ± 0.83 ; no encontrando diferencias significativas de acuerdo a los diferentes grupos de edad ($F=0.82$ y $p=0.44$). Haciendo la comparación de acuerdo al sexo se encontró que en las mujeres el

índice CPOD fue de 0.29 ± 0.80 y en los hombres de 0.28 ± 0.63 no encontrando diferencias significativas ($t=0.10$ y $p=0.94$) en cuanto al sexo entre las dos escuelas. El índice de dientes sanos fue de 12.99 ± 7.24 encontrando diferencias significativas ($F=16.97$ y $p=0.00$) en los grupos de edad donde se observa que el número de dientes sanos va aumentando proporcionalmente a la presencia de los dientes de la segunda dentición. Tabla 2.

Tabla 2. CPOD por escuela, grupo de edad y sexo.

		ÍNDICE CPO-D									
ESCUELA	SANOS		CARIADOS		PERDIDOS		OBTURADOS		CPOD		
	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±	
EPEMH ^a	12.68	7.15	.28	.66	.00	.00	.02	.18	.29	.67	
EPFBJAL ^b	13.57	7.42	.28	.80	.00	.00	.00	.00	.28	.80	
Total	12.99	7.24	.28	.71	.00	.00	.01	.14	.29	.72	
GRUPO DE EDAD	**										
6-8 años	7.29	3.69	.29	.79	.00	.00	.03	.22	.32	.82	
9-10 años	14.39	5.15	.20	.50	.00	.00	.00	.00	.20	.50	
11-13 años	21.40	5.98	.38	.83	.00	.00	.00	.00	.38	.83	
Total	12.99	7.24	.28	.71	.00	.00	.01	.14	.29	.72	
SEXO											
Femenino	13.71	7.93	.29	.80	.00	.00	.00	.00	.29	.80	
Masculino	12.26	6.43	.26	.60	.00	.00	.02	.20	.28	.63	
Total	12.99	7.24	.28	.71	.00	.00	.01	.14	.29	.72	

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007 *t-student, $p<0.05$, **ANOVA, $p<0.05$

^aEscuela Primaria Estatal Matutina "Hidalgo"

^bEscuela Primaria Federal Bilingüe "Julio Antonio López"

En la Tabla 3 se observa que el índice ceod general fue de 2.08 ± 2.54 . El ceod en la EPEMH fue de 2.29 ± 2.61 mientras que en la EPFBJAL de 1.68 ± 2.38 , no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al ceod por escuela ($t=0.40$ y $p=0.11$). Dentro de los grupos de edad se encontró que el ceod de 6-8 años fue de 3.28 ± 2.93 , de 9-10 años de 1.65 ± 2.02 y de 0.53 ± 1.08 ; encontrando diferencias significativas por grupos ($F=20.4$ y $p=0.0$) destacando el sector de 6-8 años con un índice ceod mayor. Con respecto a la distribución del ceod por sexo se encontró que el índice en hombres es de 2.23 ± 2.52 y en mujeres de 1.92 ± 2.56 , no se encontraron diferencias significativas ($t=0.15$ y $p=0.41$) por sexo. El índice de dientes

sanos fue de 7.74 ± 5.43 encontrando diferencias significativas ($F=60.41$ y $p=0.00$) en los grupos de edades debido a la mayor presencia de dientes temporales en el grupo de 6-8 años. Tabla 3.

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de dientes sanos, cariados, perdidos, obturados.

ÍNDICE ceo-d										
ESCUELA	SANOS		CARIADOS		PERDIDOS		OBTURADOS		ceod	
	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±	Media	D.E±
EPEMH [■]	7.95	5.38	2.09	2.59	.20	.495	.00	.00	2.29	2.61
EPFBJAL [□]	7.35	5.55	1.62	2.36	.05	.211	.02	.12	1.68	2.38
Total	7.74	5.43	1.92	2.52	.15	.424	.01	.07	2.08	2.54
		**		**						
GRUPO DE EDAD										
6-8 años	11.29	4.35	3.16	2.88	.12	.364	.00	.00	3.28	2.93
9-10 años	6.97	4.41	1.42	2.06	.22	.539	.01	.12	1.65	2.02
11-13 años	2.33	3.65	.45	1.01	.08	.267	.00	.00	.53	1.08
Total	7.74	5.43	1.92	2.52	.15	.424	.01	.07	2.08	2.54
SEXO										
Femenino	7.24	5.63	1.75	2.51	.17	.481	.00	.00	1.92	2.56
Masculino	8.25	5.21	2.10	2.52	.12	.358	.01	.10	2.23	2.52
Total	7.74	5.43	1.92	2.52	.15	.424	.01	.07	2.08	2.54

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007. *t-student, $p < 0.05$, **ANOVA, $p < 0.05$

■Escuela Primaria Estatal Matutina "Hidalgo"

□Escuela Primaria Federal Bilingüe "Julio Antonio López"

El índice CPOD para dentición mixta fue de 2.36 ± 2.70 como se observa en la tabla 4. El CPOD mixto en la EPEMH fue de 2.58 ± 2.77 mientras que en la EPFBJAL fue de 2.54 ± 2.54 , no se encontraron diferencias significativas ($t=0.64$ y $p=0.13$) en cuanto al CPOD para dentición mixta por escuela. Dentro de los grupos de edad se encontró que el ceod de 6-8 años fue de 3.59 ± 3.15 , de 9-10 años de 1.86 ± 2.15 y de 0.90 \pm 1.29; hallando diferencias significativas ($F=17.56$ y $p=0.0$) por grupo de edad, destacando el grupo de 6-8 años con un índice mayor debido a la mayor cantidad de dientes temporales cariados. Con respecto a la distribución del CPOD mixto por sexo observamos que el índice en hombres fue de 2.51 ± 2.65 y en mujeres de 2.22 ± 2.77 , no se encontraron diferencias significativas ($t=0.06$ y $p=0.45$) por sexo. Tabla 4.

Tabla 4. Media y desviación estándar del Índice CPOD para detención temporal y permanente.

ÍNDICE CPO-D MIXTO		
ESCUELA	Media	D.E±
EPEMH [•]	2.58	2.77
EPFBJAL [◦]	1.95	2.54
Total	2.36	2.70
GRUPO DE EDAD**		
6-8 años	3.59	3.15
9-10 años	1.86	2.15
11-13 años	.90	1.29
Total	2.36	2.70
SEXO		
Femenino	2.22	2.77
Masculino	2.51	2.65
Total	2.36	2.70

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio 2007.

*t-student, p<0.05, **ANOVA, p<0.05

•Escuela Primaria Estatal Matutina “Hidalgo”

◦Escuela Primaria Federal Bilingüe “Julio Antonio López”

La tabla 5 se observa el índice de Higiene Oral Simplificado el cual se distribuyó de la siguiente manera, en la EPEMH el 55.0% (66) de sujetos presentó un IHOS regular, mientras que para la EPFBJAL el 63.1% (41) tuvo este mismo nivel, no se encontraron diferencias significativas ($X^2=2.74$ y $p=0.25$) para el IHOS por escuela. Con respecto a la distribución por edad se encontró que, en el grupo de 9-10 años, el 65.2% (45) presentó un IHOS regular, no se observaron diferencias significativas ($X^2=4.22$ y $p=0.37$) por grupo de edad. En relación a la distribución por sexo se observó que el 61% de la mujeres presentan un IHOS regular mientras que en los hombres el 54.3% (50) presenta ese mismo nivel, se encontraron diferencias significativas por sexo ($X^2=6.82$ y $p=0.03$) posiblemente por que en el grupo de hombres el 12% (11) presentó un IHOS deficiente. En el 57.8% (107) del total de la población se encontró un IHOS regular. Tabla 5.

Tabla 5. Distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado por escuela, grupos de edad y sexo.

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO								
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCUELA								
EPEMH ^a	47	39.2	66	55.0	7	5.8	120	100.0
EPFBJAL ^b	18	27.7	41	63.1	6	9.2	65	100.0
Total	65	35.1	107	57.8	13	7.0	185	100.0
GRUPO DE EDAD								
6-8 años	33	43.4	38	50.0	5	6.6	76	100.0
9-10 años	19	27.5	45	65.2	5	7.2	69	100.0
11-13 años	13	32.5	24	60.0	3	7.5	40	100.0
Total	65	35.1	107	57.8	13	7.0	185	100.0
SEXO								
Femenino	34	36.6	57	61.3	2	2.2	93	100.0
Masculino	31	33.7	50	54.3	11	12.0	92	100.0
Total	65	35.1	107	57.8	13	7.0	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* χ^2 , $p < 0.05$

^aEscuela Primaria Estatal Matutina “Hidalgo”

^bEscuela Primaria Federal Bilingüe “Julio Antonio López”

Con respecto a las variables acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas se pueden observar los resultados en la siguiente tabla. En la Tabla 6 se colocaron los resultados de la evaluación acerca de los conocimientos que se tienen con respecto a las partes de la boca, la mayoría de los sujetos (98.4%, 182) identificaron la lengua ($X^2=173.19$, $p=0.00$), el 93.5% (173) localizaron los labios ($X^2=140.11$, $p=0.00$), el 61.1% (113) los carrillos ($X^2=9.08$, $p=0.003$), el 48.1% (81) la úvula ($X^2=0.26$, $p=0.60$), el 11.4% (21) la encía ($X^2=110.53$, $p=0.00$) y el 98.7% (181) identifica los dientes ($X^2=169.34$, $p=0.00$). El 93.7% (102) conoce o ha escuchado hablar de los dientes de leche ($X^2=87.79$, $p=0.00$) y el 6.3% los dientes permanentes, se encontraron diferencias significativas con respecto a los conocimientos acerca de las partes de la boca. Tabla 6. Así mismo el 84% (156) de los niños identificaron como portadores de dientes de leche a los niños ($X^2=87.18$, $p=0.00$), adultos ($X^2=28.80$ y $p=0.00$) y viejitos ($X^2=79.14$ y $p=0.00$). El 77.3% (143) de los niños considera que los dientes funcionan para masticar ($X^2=172.61$ y $p=0.00$); se encontraron diferencias significativas en lo referente a los tipos y función de los dientes. Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de los conocimientos generales de las partes de la boca

CONOCIMIENTOS GENERALES DE LAS PARTES DE LA BOCA		
Partes de la boca	FRECUENCIA	%
LENGUA*		
Si	182	98.4
No	3	1.6
Total	185	100.0
LABIOS*		
Si	173	93.5
No	12	6.5
Total	185	100.0
CARRILLOS*		
Si	113	61.1
No	72	38.9
Total	185	100.0
ÚVULA		
Si	89	48.1
No	96	51.9
Total	185	100.0
ENCÍA*		
Si	21	11.4
No	164	88.6
Total	185	100.0
DIENTES*		
Si	181	97.8
No	4	2.2
Total	185	100.0
Tipos de dientes*		
de leche	102	93.6
permanentes	7	6.4
Total	109	100.0
Dientes de leche*		

VIEJITOS		
Si	32	17.3
No	153	82.7
Total	185	100.0
ADULTOS*		
Si	56	30.3
No	129	69.7
Total	185	100.0
NIÑOS*		
Si	156	84.3
No	29	15.7
Total	185	100.0
Función de los dientes*		
Masticar	143	77.3
Hablar	2	1.1
Morder	40	21.6
Total	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

Con respecto a los conocimientos que se tienen sobre la caries en la Tabla 7 se observa que sólo el 52.4% (97) saben que es la caries ($X^2 = 0.43$, $p = 0.50$) y el 48.9% (66) la identifican por el cambio de coloración ($X^2 = 111.92$, $p = 0.00$). El 79.9% (127) considera que las personas tienen mal aliento debido a que no se lavan los dientes ($X^2 = 158.03$, $p = 0.00$). Al hablar de las consecuencias tener caries el 69.1% (112) dijo que hay dolor y el 19.1% (31) que pierde sus dientes ($X^2 = 258.92$, $p = 0.00$), mismo dato que se reitera al decir (43.5%) que pierden sus dientes si no se curan la caries ($X^2 = 163.92$, $p = 0.00$). El 10.8% (20) identifica a los abscesos ($X^2 = 113.64$ y $p = 0.00$) y el 82.9% (141) reconocer al cepillado dental como una medida para prevenir la caries ($X^2 = 309$ y $p = 0.00$); encontrando diferencias significativas en lo referente a los conocimientos sobre caries. Tabla 7.

Tabla 7. Conocimientos generales sobre caries.

B. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CARIES		
	FRECUENCIA	%
Sabe que es una caries		
si	97	52.4
no	88	47.6
Total	185	100.0
Diente con caries*		
duele	46	34.1
cambia de color	66	48.9
se rompe	11	8.1
se mueve y cae	7	5.2
huele feo la boca	5	3.7
Total	135	100.0
Causa del mal aliento*		
no se lavan los dientes	127	79.9
tienen caries	25	15.7
la comida	7	4.4
Total	159	100.0
2 cosas que pasan cuando tienen caries*		
Les duele	112	69.1
Se les caen los dientes	31	19.1
se hinchan	6	3.7
tienen mal aliento	9	5.6
no pueden comer	4	2.5
Total	162	100.0
Es lo que pasa si no curan una caries*		
nada	8	5.2
dolor	32	20.8
pierdo mi diente	67	43.5
no puedo comer	18	11.7
huele feo la boca	7	4.5
me muero	8	5.2
se hincha	5	3.2
se pican los demás	9	5.8
Total	154	100.0

Sabe que es un absceso*		
si	20	10.8
no	165	89.2
Total	185	100.0
Como pueden prevenir la caries*		
lavarme los dientes	141	82.9
acudir al dentista	4	2.4
no comer dulces y/o papas o chicharrones	22	12.9
nada	3	1.8
Total	170	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* χ^2 , $p < 0.05$

En la tabla 8 se muestra la evaluación a cerca de los conocimientos sobre higiene bucal, en la cual se observa que el 63% (117) considera que se los dientes se deben limpiar tres veces al día ($X^2=149.26$, $p=0.00$), el 96% (177) de ellos dice que se deben cepillar con pasta y cepillo dental ($X^2=157.06$, $p=0.00$). El 21.5% (38) asegura conocer algún otro utensilio para limpiarse los dientes ($X^2=57.63$, $p=0.00$) dentro de los cuales mencionan con un 42.9% (15) el bicarbonato, el 28.6% (10) al enjuague, el 20% (7) un trapito. El 5.7% (2) conoce el hilo dental y el 2.9% (1) mencionó el uso de chicle sin azúcar puede utilizarse para limpiarse los dientes ($X^2=19.14$, $p=0.00$); se encontraron diferencias significativas acerca de los conocimientos sobre higiene bucal. Tabla 8.

Tabla 8. Conocimientos sobre frecuencia y método de higiene bucal.

C. CONOCIMIENTOS SOBRE FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE BUCAL		
	FRECUENCIA	%
Cepillado por día*		
una vez al día	22	12.0
dos veces al día	31	16.8
tres veces al día	117	63.6
cuatro o más	14	7.6
Total	184	100.0
Con qué*		

con pasta dental y cepillo	177	96.2
solo con agua	7	3.8
Total	184	100.0
Conocimientos sobre auxiliares de limpieza*		
si	38	21.5
no	139	78.5
Total	177	100.0
Auxiliares de limpieza bucal*		
trapito	7	20.0
enjuague	10	28.6
bicarbonato	15	42.9
chicle sin azúcar	1	2.9
hilo dental	2	5.7
Total	35	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

En la Tabla 9 se exponen los conocimientos que presentan los niños con respecto al consumo de dieta cariogénica. El 92.4% (171) de los niños señalaron a los dulces con un alimento cariogénico ($X^2=133.23$, $p=0.00$), al pan de dulce o galletas con un 71.9% (133) ($X^2=0.49$, $p=0.82$), papas y chicharrones con 69.5% (122) ($X^2=18.81$, $p=0.00$), 49.2% (91) el refresco ($X^2=35.46$ y $p=0.00$), 10.8% (20) frutas y verduras ($X^2=113.64$ y $p=0.00$) y 1.1% (2) otros ($X^2=177.08$ y $p=0.00$); se observaron diferencias significativas en lo referente a los conocimientos sobre dieta cariogénica. Tabla 9.

Tabla 9. Conocimientos respecto al consumo de dieta cariogénica.

D. CONOCIMIENTOS RESPECTO AL CONSUMO DE DIETA CARIOGÉNICA		
	FRECUENCIA	
		%
Puede producir caries		
DULCES*		
si	171	92.4
no	14	7.6
Total	185	100.0
REFRESCO*		
si	91	49.2

no	94	50.8
Total	185	100.0
PAPAS Y CHICHARRINES*		
si	122	65.9
no	63	34.1
Total	185	100.0
PAN DE DULCE		
si	133	71.9
no	52	28.1
Total	185	100.0
FRUTAS Y VERDURAS*		
si	20	10.8
no	165	89.2
Total	185	100.0
OTROS		
si	2	1.1
no	183	98.9
Total	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

En la Tabla 10 se observa que el 95.7% (177) de los niños tiene cepillo dental ($X^2=154.38$, $p=0.00$), el 11.9% (22) comparte su cepillo con algún integrante de su familia ($X^2=107.46$, $p=0.00$), el 77.2% (142) asegura cepillarse los dientes de dos a tres veces al día ($X^2= 274.47$, $p=0.00$), al 84.9% de los niños le enseñaron a cepillarse ($X^2=89.95$, $p=0.00$), principalmente alguno o ambos padres con 68.3% (125) ($X^2=366.80$, $p=0.00$) y el 48.6% (90) menciona que es su madre quien les revisa el cepillado dental ($X^2=81.74$, $p=0.00$); y el 96.2% (172) menciona limpiar sus dientes con cepillo y pasta dental ($X^2=156.07$ y $p=0.00$). El 62.7% se cepilla los dientes antes de dormir (116) ($X^2=72.01$ y $p=0.00$), mientras que el 49.7% (92) llega a cepillarse después de comer alguna golosina ($X^2=24.72$ y $p=0.00$). Se encontraron diferencias significativas entre las prácticas de autocuidado respecto a la higiene bucal. Tabla 10.

Tabla 10. Prácticas de autocuidado respecto a la frecuencia y método de higiene bucal.

E. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A LA FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE BUCAL		
	FRECUENCIA	%
Tiene cepillo*		
si	177	95.7
no	8	4.3
Total	185	100.0
Comparte su cepillo*		
si	22	11.9
no	163	88.1
Total	185	100.0
Veces al día que cepilla los dientes*		
ninguna	6	3.3
una vez	29	15.8
dos o tres veces	142	77.2
mas de tres veces	7	3.8
Total	184	100.0
Le enseñaron a cepillarse los dientes*		
si	157	84.9
no	28	15.1
Total	185	100.0
Persona que enseñó*		
dentista	6	3.3
padres	125	68.3
nadie	27	14.8
hermanos	19	10.4
maestros	3	1.6
médico	3	1.6
Total	183	100.0
Persona que revisa la higiene*		
mamá	90	48.6
papá	21	11.4
nadie	60	32.4
cualquiera	14	7.6
Total	185	100.0

Los limpia con:*		
pasta dental y cepillo	176	96.2
nada más con agua	7	3.8
Total	183	100.0
Cepilla sus dientes antes de dormir*		
si	116	62.7
no	32	17.3
a veces	37	20.0
Total	185	100.0
Cepilla sus dientes después de comer dulces*		
si	92	49.7
no	55	29.7
a veces	38	20.5
Total	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

En la tabla 11 se observan las prácticas con respecto al consumo de carbohidratos, en donde se expone que el 43.8% (81) de sujetos come dulces o bebidas endulzadas entre comidas ($X^2=11.16$, $p=0.004$). Con respecto al consumo de alimentos entre comidas incluyendo el recreo, el 70.3% (130) come dulces ($X^2=30.4$, $p=0.00$), el 67% (125) toma refresco ($X^2=22.83$, $p=0.00$), 60.5% (112) consume papas o chicharrones ($X^2=8.22$, $p=0.00$), 62.2% (115) comen pan de dulce o galletas ($X^2=10.94$, $p=0.00$), 90.3% (167) frutas y verduras ($X^2=120$ y $p=0.00$), 58.9% (109) desayuno escolar ($X^2= 5.88$, $p=0.15$) y el 2.2% (4) otros ($X^2=169.34$, $p=0.00$). Se observaron diferencias significativas en lo referente a las prácticas respecto al consumo de carbohidratos. Tabla 11.

Tabla 11. Prácticas respecto al consumo de carbohidratos.

F. PRÁCTICAS RESPECTO AL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS		
	FRECUENCIA	%
Consume dulces o bebidas azucaradas entre comidas*		
Si	81	43.8
No	60	32.4
a veces	44	23.8
Total	185	100.0
Consume entre comidas incluyendo el recreo*		
DULCES		
Si	130	70.3
No	55	29.7
Total	185	100.0
REFRESCOS*		
Si	125	67.6
No	60	32.4
Total	185	100.0
PAPAS Y CHICHARRINES*		
Si	112	60.5
No	73	39.5
Total	185	100.0
PAN DE DULCE*		
Si	115	62.2
No	70	37.8
Total	185	100.0
FRUTAS Y VERDURAS*		
Si	167	90.3
No	18	9.7
Total	185	100.0
DESAYUNO ESCOLAR*		
Si	109	58.9
No	76	41.1
Total	185	100.0

OTROS*		
Si	4	2.2
No	181	97.8
Total	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

La siguiente tabla incluye las prácticas de asistencia al dentista, en la cual se revela que tan sólo el 37.2% (67) ha asistido al dentista ($X^2=11.75$ y $p=0.001$), el 38.7% menciona que cuando les duele un diente sus papás los llevan al dentista y el 20.4% (28) al médico del centro de salud a los demás se los quitan o les dan algún remedio ($X^2=83.47$ y $p=0.00$), no se encontraron diferencias significativas respecto a las prácticas de asistencia al dentista. Tabla 12.

Tabla 12. Prácticas de asistencia al dentista.

G. PRÁCTICAS DE ASISTENCIA AL DENTISTA		
	FRECUENCIA	%
Visita al dentista*		
Si	67	37.2
No	113	62.8
Total	180	100.0
Cuando hay dolor dental los padres:		
van al dentista	53	38.7
van al médico	28	20.4
lo quitan	16	11.7
dan pastillas	13	9.5
no hacen nada	6	4.4
lo limpian	6	4.4
ponen hiervas y/o mezcal	15	10.9
Total	137	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p < 0.05$

En la Tabla 13 se colocaron los principales motivos por los que han recibido atención dental, el 41.9% (26) asistió para una revisión y un porcentaje igual para extracción dental no observando diferencias significativas ($X^2=28.96$ y $p=0.00$) con respecto al motivo de atención dental. Tabla 13.

Tabla 13. Motivo de atención dental.

H. MOTIVO DE ATENCIÓN DENTAL		
	FRECUENCIA	%
Último tratamiento que realizó el dentista*		
revisión	26	41.9
limpieza	3	4.8
obturbación	7	11.3
extracción dental	26	41.9
Total	62	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p<0.05$

La tabla 14 indica los motivos por los que no se ha recibido atención dental principalmente, el 26.4% (37) no cree necesitarlo, el 24.3% (34) piensa que es por que sus papás no tienen tiempo, otros motivos son: porque les da miedo, es caro o no hay doctor cerca. No se observaron diferencias significativas ($X^2=12.21$ y $p=0.016$) respecto al motivo para no recibir atención dental. Tabla 14

Tabla 14. Motivo para no recibir atención dental.

I. MOTIVO PARA NO RECIBIR ATENCIÓN DENTAL		
	FRECUENCIA	%
Motivo por el que creen que no han acudido al dentista*		
es muy caro ir al dentista	28	20.0
me da miedo que me duela	28	20.0
mis papás no tienen tiempo	34	24.3
no lo necesito	37	26.4
no hay doctor	13	9.3
Total	140	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p<0.05$

Como se observa en la Tabla 15 con respecto a la actitud que se tiene de la higiene bucal, el 98.9% (181) considera importante cepillarse los dientes ($X^2=175.08$, $p=0.00$) y sólo el 27% (50) cree que es muy difícil cepillarse ($X^2=39.05$, $p=0.00$), no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la actitud con respecto a la higiene bucal. Tabla 15.

Tabla 15. Actitud con respecto a la higiene.

J. ACTITUD CON RESPECTO A LA HIGIENE		
	FRECUENCIA	%
Cepillarse los dientes es importante*		
Si	181	98.9
No	2	1.1
Total	183	100.0
Es difícil cepillarte los dientes*		
Si	50	27.0
No	135	73.0
Total	185	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* X^2 , $p<0.05$

En la Tabla 16 se describe la actitud con respecto a las visitas al dentista, en la cual se muestra como principal causa para no visitar al dentista la falta dinero con un 49.1% (79) ($X^2=148.13$, $p=0.00$), seguido de un 44.1% (78) que considera difícil visitar al dentista ($X^2=2.49$ y $p=0.11$). Sin embargo cabe mencionar que el 49.4% (85) cree que es importante cuidar sus dientes para que no se les piquen los dientes ($X^2=135.67$ y $p=0.00$), lo cual demuestra una actitud favorable. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la actitud con respecto a las visitas al dentista. Tabla 16.

Tabla 16. Actitud con respecto a las visitas al dentista.

K. ACTITUD CON RESPECTO A LAS VISITAS AL DENTISTA		
	FRECUENCIA	%
Motivo por el que creen que las personas no van al dentista*		
no tienen dinero	79	49.1
les da miedo	38	23.6
no es importante	4	2.5
no tienen tiempo	7	4.3
no hay dentista cerca	17	10.6
no les duele un diente	16	9.9
Total	161	100.0
Consideran muy difícil visitar al dentista*		
Si	78	44.1
No	99	55.9
Total	177	100.0
Importancia de cuidar los dientes*		
para que no los quiten	18	10.5
para que no se piquen	85	49.4
para que estén limpios	22	12.8
para que no duelan	11	6.4
para poder masticar	21	12.2
para no tener mal aliento	15	8.7
Total	172	100.0

Fuente: San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca, junio del 2007.

* χ^2 , $p < 0.05$

10. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, debido a que la muestra es representativa únicamente para la población objetivo, no aportan los suficientes datos para inferir de manera general la forma en que se comporta la caries dental en la mayoría de indígenas; pero da indicios de cómo podría presentarse la enfermedad en otras comunidades, debido a las similitudes en cuanto a las características socioeconómicas y culturales existentes entre ellas.

El ceod encontrado para la población estudio es de 2.08 ± 2.54 , el CPOD de 0.29 ± 0.72 y el CPOD para dentición mixta de 2.36 ± 2.7 . De acuerdo a la clasificación de la prevalencia de caries propuesta por la OMS en la cual se considera un índice bajo aquel menor de 2.7 se podría decir que la prevalencia de caries encontrada en este estudio es baja.

Niveles parecidos de CPOD han sido reportados en escolares pertenecientes a diferentes grupos étnicos de países como Francia (0.85)⁴⁹, Suecia (0.87)⁵⁰ y Estados Unidos (1.40 a 2.19)⁵¹. Dentro de los factores relacionados al desarrollo de caries en estos países resaltan el nivel socioeconómico bajo de la familia, difícil acceso a los servicios de salud y la dieta.

Dentro de los estudios enfocados a grupos indígenas un comportamiento parecido de la enfermedad, fue el observado en niños indígenas de la Amazonía colombiana⁵⁹, en donde el CPOD reportado es de 1.3; esto difiere de lo observado en otras comunidades indígenas de países como Costa Rica²² en donde el CPOD fue de 3.22, en comunidades de Canadá⁵⁷ el CPOD fue de 6.2 y el ceod 1.72, y en indígenas de Australia⁵³ va de 4.83 a 7.82. Los factores asociados a la caries dental fueron la presencia de placa dentobacteriana, insuficiencia de los servicios de salud y la dificultad para implementar programas de salud preventivos en la lengua materna de los indígenas. Estos factores de riesgo son de igual manera encontrados en la comunidad zapoteca analizada en este estudio, la diferencia puede radicar en que un alto porcentaje (98.9%) de sujetos cuentan con conocimientos básicos respecto a la importancia del cepillado y su relación con la prevención de la caries, también es importante mencionar que desconocen otras enfermedades (absceso) que se pueden presentar en la cavidad bucal. El bajo consumo de carbohidratos entre comidas y la alta ingesta de fibra

(frutas y verduras) en su dieta son factores favorables que se pueden atribuir a su cultura y forma de vida.

En lo referente a la población mexicana según los datos reportados en estudios similares el CPOD varía de 0.68 hasta 3.9 en estados del norte como Nuevo León ⁶⁰, Baja California ⁶¹, Sinaloa ⁶², Zacatecas ³³; en el sur Campeche³¹ y Tabasco ⁶³; y en el centro de país el Estado de México y Distrito Federal ⁶⁴ en donde la mayoría de escolares incluidos son pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo de zonas urbanas; se relacionaron varios factores a la etiología de la caries dental como un nivel bajo de escolaridad materna, insuficiencia en los servicios de salud tanto curativos como preventivos, placa dentobacteriana, presencia del *S. mutans*, edad y hábitos de higiene deficientes. Una diferencia que resalta es que en esta investigación es que los sujetos incluidos viven en un medio rural a diferencia de los antes mencionados, la prevalencia puede relacionarse con la presencia de placa dentobacteriana sin embargo, al no realizarse un análisis microbiológico se puede hablar de microorganismos específicos. Para dentición infantil el ceod encontrado oscila entre 0.47 en Campeche ³⁰ y 7 cifra que se obtuvo entre los niños de las 16 delegaciones del Distrito Federal ²⁷. El ceod hallado en la comunidad zapoteca es bajo pero considerable ya que en ningún caso se encontró algún componente obturado, lo cual nos indica que para la dentición infantil todavía no existe atención dental terapéutica y posiblemente tampoco medidas preventivas adecuadas, llegando hasta la edad del recambio dental con la presencia de caries. En relación a la edad se observa que a menor edad el ceod es más alto en comparación con el CPOD, esto se puede explicar en esta población debido al tiempo de exposición en el medio bucal de la primera dentición en comparación con los dientes de la segunda dentición los cuales están en proceso de erupción.

La placa dentobacteriana es otro factor importante que debe considerarse dentro de los estudios de caries dental por medio del Índice de Higiene Oral simplificado, dicho estudio demuestra que el 57.8% de los sujetos estudiados presentó un IHOS regular. En estudios realizados en sujetos mexicanos, el IHOS es evaluado como regular en Nuevo León ⁶⁰ (1.9) y Zacatecas ³³ (1.58) el cual se atribuye a los hábitos de higiene deficientes y a las visitas poco frecuentes al dentista. En los escolares zapotecos al haberse encontrado un IHOS regular a pesar de que realizan el cepillado dental de dos a tres veces al día, es posible que se

necesite el reforzamiento de la higiene bucodental enfocado principalmente mejorar la técnica de cepillado.

Dentro del análisis de conocimientos, actitudes y prácticas, hay que resaltar un resultado relativamente favorable en cuanto a los conocimientos de la boca, caries, higiene dental y dieta cariogénica; una deficiencia existe al no identificar la encía ya es una parte importante de la boca y mientras no se considere dentro de la higiene bucal, seguirán siendo susceptibles a padecer enfermedades periodontales.

Aunque la mayoría de sujetos respondió tener cepillo dental propio aun existen quienes admitieron no tenerlo, no obstante al encontrar una cantidad considerable de placa dentobacteriana se pueden asumir deficiencias en la técnica de cepillado; otra deficiencia hallada la poca supervisión del cepillado dental por parte de los padres de familia y profesionistas, y por no cepillarse los dientes después de comer dulces. Con respecto al consumo de carbohidratos, es evidente que pese a tener el conocimiento acerca de la dieta cariogénica existe un consumo de ella entre comidas incluyendo el recreo, no obstante es importante reconocer que dentro de su dieta diaria incluyen un porcentaje alto de frutas y verduras fuente rica en fibra. En el apartado de visitas al dentista se observa que un gran número de sujetos nunca ha visitado al dentista por diferentes razones que más bien tienen que ver con el difícil acceso a los servicios de salud y en aquellos casos donde si han visitado al dentista las visitas son poco frecuentes y los motivos han sido revisión y extracción dental principalmente.

Un gran porcentaje de sujetos presenta una actitud positiva en lo referente al cuidado de la salud dental y entienden que en su medio uno de los principales motivos por los que las personas no van al dentista es por una situación socioeconómica desfavorable y al no contar con un dentista en el centro de salud no se tiene la oportunidad de acceder a ese tipo de servicios.

En cuanto al consumo de carbohidratos mientras se enseñe a las personas acerca de la importancia de una dieta saludable y fibrosa, podría funcionar en beneficio de la salud general y bucodental de la comunidad.

Por otro lado cabe mencionar que los factores culturales no han contribuido en el desarrollo de la caries dental, pero la implementación de programas de salud tanto en español como en zapoteco podría resultar favorable para la prevención de enfermedades como la caries dental; para ello hay que tener en consideración los hallazgos encontrados en la comunidad Këköldí²² en la que auxiliándose de una metodología didáctica, se enseñó una técnica de cepillado bilingüe (español-lengua materna) logrando resultados favorables al disminuir el nivel de placa de los escolares incluidos en dicha investigación.

Autores refieren que la aplicación de programas de educación son exitosos para disminuir los niveles de caries, si se logran aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes y prácticas de salud bucodental de toda la familia⁷³, para mejorar los resultados es necesario auxiliarse de medidas preventivas tales como la aplicación tópica de fluoruro y la utilización de selladores de fosetas y fisuras en los dientes que cumplan con las indicaciones.⁸

Se planteó al inicio de esta investigación como primer termino el conocer la forma en la que actúa la caries dental en los niños de San Miguel Suchixtepec, la presente es base importante del segundo paso que será un programa de salud bucodental, tomando en cuenta las características socioeconómicas y culturales de la comunidad, enfocado a la prevención de caries. Este primer paso se ha logrado, pero la única manera de conseguir resultados favorables será creando conciencia e involucrando en los problemas de salud bucodental a las autoridades municipales, a la comunidad en general, y posiblemente incluir a las autoridades de la Secretaría de Salud o instituciones relacionadas a fin de encontrar los recursos suficientes para continuar con el proyecto.

11. CONCLUSIONES

1. El ceod encontrado para la población estudio es de 2.08 ± 2.54 , el CPOD de 0.29 ± 0.72 y el CPOD para dentición mixta de 2.36 ± 2.7 . A pesar de esperar resultados diferentes, se encontró un nivel de caries bajo para la población escolar de ambas escuelas primarias.
2. El 57.8% de los sujetos estudiados presentó un IHOS regular. La higiene bucal se basa únicamente en el cepillado 2 o 3 veces al día con poca supervisión de los padres de familia o profesionistas de la salud.
3. Los conocimientos acerca de la boca, caries e higiene bucal son relativamente favorables, aunque cabe resaltar que un 88.6% de sujetos estudiados no identifica a la encía como componente de la cavidad bucal.
4. Con respecto al consumo de carbohidratos, es evidente que pese a tener el conocimiento acerca de la dieta cariogénica existe un consumo de ella sobretodo entre comidas incluyendo el recreo, no obstante hay que reconocer que dentro de su dieta diaria incluyen un porcentaje alto de frutas y verduras (fibra) lo cual es muy favorable.
5. A pesar de tener los conocimientos y una buena actitud con respecto a la salud dental y las visitas al dentista, se observan deficiencias en las prácticas de higiene bucal y acceder a los servicios de salud bucal público se dificulta al no contar con ellos en el municipio.
6. Los factores culturales no han contribuido en el desarrollo de la caries dental, pero la implementación de programas de salud tanto en español como en zapoteco podría resultar favorable para la prevención de enfermedades como la caries dental.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Shuster G. Dental Caries. In Oral Microbiology and Infectious Disease. 3rd ed. B. C. Decher Inc. 1990.
- ² Seif R. Tomás. Cariología, Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1er ed. Edit. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 1997. 1-21pp.
- ³ Marhs P, Taubman. Dental caries. In Oral Microbiology. 33rd Ed. Chapman and Hall. London. 1992.
- ⁴ Katz S, McDonald JL, Stookey GK. Odontología preventiva en acción. 3^{er} ed. Edit Panamericana. 2000.
- ⁵ Duque de Estrada-Riverón J, Rodríguez-Calzadilla A, Coutin-Marie G, Riverón-Herrera F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2): 1-17
- ⁶ Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a sistematyc review of the literature. Community Dental Health 2004; 21 (Supplement): 71-85.
- ⁷ Lingström P, et al. Dietary factors in the prevention of dental caries: a systematic review. Acta Odontol Scand 2003; 61: 331-40.
- ⁸ Barella-Balboa JL, Mesa-Gallardo I, Cobeña-Manzorro M, Pérez Milena A, Leal Helmling J, Jiménez-Pulido I. Estudio sobre la influencia a largo plazo de un programa de salud bucodental en escolares. Medicina de Familia 2000; 1(1): 47-54.
- ⁹ Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries- international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 274-279.
- ¹⁰ Pine CM, Adair AM, Petersen PE, et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. Community Dental Health 2004; 21: 86-95.
- ¹¹ Abadía-Barrero CE. Pobreza y Desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioethica 2006; 12(1):9-22.

-
- ¹² Montiel LM. Nuestra Tercera Raíz. 5to tema de la materia México Nación Multicultural, Facultad de Filosofía y Letras UNAM, 21 de septiembre del 2006.
- ¹³ DGEI. Lengua indígena, Parámetros Curriculares de Asignatura de la Lengua Indígena. SEP. 2005.
- ¹⁴ INEGI - XII Censo General de Población y Vivienda 2000. <http://www.inegi.gob.mx>
- ¹⁵ Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition* 2006; 84(2): 274-88.
- ¹⁶ Cuenca E, Manau C, Serra LI. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria. 1^{er} ed. Edit Masson. 1991.
- ¹⁷ Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition* 2001; 4(2B):569-591
- ¹⁸ Burt BA, Pai S. Sugar Consumption and Caries Risk: A Systematic Review. *Journal of Dental Education* 2001; 65(10):1017-1023.
- ¹⁹ Hobdel M, Skinford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(3): 167-178.
- ²⁰ Yu SM, Huang ZJ, Singh GK. Health Status and Health Services Utilization Among US Chinese, Asian Indian, Filipino and other Asian/Pacific Islander Children. *PEDIATRICS* 2004; 113(1): 101-107
- ²¹ Zolla C. El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los países Latinoamericanos. Centro Interamericanos de Estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heróles. México 1987.
- ²² Arce-Fallas M. La eficacia de la técnica de cepillado Bass para la remoción de placa bacteriana en la población indígena de la Escuela Patiño de la comunidad Këköldí, Baja Salamanca, Limón, Costa Rica. *Revista Rhombus* ISSN 2005; 2(4) 23-38.
- ²³ Reisine ST, Poster W. Socioeconomic Status and selected Behavioral Determinantes and Risk Factors for Dental Caries. *Journal of Dental Education* 2001; 65(10): 1009-16.
- ²⁴ Oakes JM, Rossi PH. The measurement of SES in Health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine* 2003; 56: 769-84.

-
- ²⁵ Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *JADA* 2001; 132: 216-22.
- ²⁶ Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. *Journal of Pediatrics and Child Health* 2006; 42: 37-43.
- ²⁷ Moreno-Altamirano A, Carreón-García J, Alvear-Galindo G, López –Moreno, Vega-Franco L. Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. *Revista Mexicana de pediatría* 2001;68(6):228-233.
- ²⁸ Hashim R, Thomson W. M, Ayers K. M. S, Lewsey J.D, Awad M. Dental caries experience and use of dental services among preschool children in Ajman, UAE. *International Journal of Pediatric dentistry* 2006; 16: 257-262.
- ²⁹ Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal* 1999; 187(1): 6-12.
- ³⁰ Pérez-Olivares SA, Gutiérrez-Salazar MP, Soto-Cantero L, Vallejos-Sánchez A, Casanova-Rosado J. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. *Revista Cubana de Estomatol* 2002; 29(3): 1-8.
- ³¹ Cheti AM, Ruiz-Díaz EO, Romero HJ. Estudio de la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias anteriores y su relación con variables epidemiológicas. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2005. Resumen: M-107.
- ³² Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental Risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and weatern nativechildren in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 103-13.
- ³³ Aguilera-Galaviz LA, Padilla-Bernal P, Aguilar-Rodríguez R, Frausto-Esparza S, Aceves-Medina MC, Enrríquez-Salaices EA. Niveles de *Streptococcus mutans* y prevalencia de caries en una población de escolares de la zona urbana de la ciudad de Zacatecas. *Revista ADM* 2004; 56(3); 85-91.
- ³⁴ Adair MP, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health* 2004; 21(supplement): 102-11.

-
- ³⁵ Lindhe J. Periodontología Clínica e implantología odontológicas. 3ª ed. Edit Médica Panamericana. México 2000. 102-8 pp.
- ³⁶ Splieth CH, Nouralla AW, König. Caries prevention programs for groups: out fashion or up date? Clin Oral Invest 2004; 8: 6-10.
- ³⁷ Brukiene V, Aleksejuniene J, Balciuniene I. Dental treatment Needs in Lithuanian Adolescents. Stomatoloija, Baltic Dental and Maxilofacial Journal 2005; 7(1): 11-15.
- ³⁸ Hernández-Pereyra JR, Tello-López T, Hernández-Tello FJ, Rossette-Moreno R. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región Mexicana. Revista ADM 2000; 52(6): 222-230.
- ³⁹ Genco J.R, Goldman M, Henry. Cohen D, Walter, Periodoncia, Edit. Interamerican. 1990; Cap. 1.
- ⁴⁰ Nowak A. Odontología preventiva para niños. Odontología pediátrica, Edit. Médica Panamericana 1984, cap.30, 593.
- ⁴¹ Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal 2003; 53(5): 285-88.
- ⁴² Secretaría de salud. Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Documento de seguimiento.
- ⁴³ Edelstein BL. The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. BMC Oral Health 2006; 6: S2: 1-5.
- ⁴⁴ Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. Community Dental Health 2004; 21(supplement); 121-30.
- ⁴⁵ Ghandehari-Motlagh M, Koestani A. An investigation on DMFT and DMFS or first permanent molars in 12-years-old blind children in residential institutes for blinds in Tehran (200-2001). Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran 2004: 1(3): 56-61.
- ⁴⁶ Lahoud SV, Mendoza ZJ, Vacca DG. Prevalencia de placa dentobacteriana, caries y maloclusiones en 300 escolares de 6 a 14 años de edad. Rev. Odontológica Sanmarquina 2000; 5(1): 33-8.

-
- ⁴⁷ Naidu R, Prevatt I, Simeon D. The oral health and treatment needs of scholar children in Trinidad and Tobago: findings of national survey. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2006; 16: 412-18.
- ⁴⁸ Herrera MS, Medina-Solis CE, Maupomé G. Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. *Gac Sanit* 2005; 19(4): 302-6.
- ⁴⁹ Enjary C, Tubert-Jeannin S, Manevy R, Roger-Leroi V, Riordan PJ. Dental status and measures of privation in Clermont-Ferrand, France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 363-71.
- ⁵⁰ Bratthall D, Hänsel Petersson G. Cariogram-a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 256-64.
- ⁵¹ Vargas CM, Crall JJ, Scheneider DA. Sociodemographics Distribution of Pediatric Dental Caries: NHNES III, 1988-1994. *JADA* 1998; 129: 1229-38.
- ⁵² Jamieson LM, Armfield JM, Roberts-Thomson KF. Oral health inequalities among indigenous and nonindigenous children in the Northern Territory of Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 267-76.
- ⁵³ Jamieson LM, Roberts-Thompson KF. Indigenous children and receipt of hospital dental care in Australia. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2006; 16: 327-334.
- ⁵⁴ Hallett KB, O'Rourke PK. Dental experience of preschool children from the north Brisbane region. *Australian Dental Journal* 2002; 47(4): 331-338.
- ⁵⁵ Martin-Iverson N, Pacza T, Phatouros A, Tennant M. Indigenous Australian dental health: A brief review of caries experience. *Australian Dental Journal* 2000; 45(1): 17-20.
- ⁵⁶ Jamieson LM, Bailie RS, Beneforti M, Koster CR, Spenser AJ. Dental self-care and dietary characteristics of remote-living Indigenous children. *Rural and Remote Health* 2006;503: 1-11. (Online) Available from: <http://rrh.deakin.edu.au/>
- ⁵⁷ Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of Dental Caries Among 7- and 13- Year- Old First Nations Children, District of Manitoulin, Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association* 2004; 70(6): 382a-382e.

-
- ⁵⁸ Lawrence HP, Romanetz M, Rutherford L, Cappel L, Binguis D, Rogers JB. Effects of a Community-based Prenatal Nutrition Program on the Oral Health of Aboriginal Preschool Children in Northern Ontario. *PROBE* 2004; 38(4): 172-190.
- ⁵⁹ Triana FE, Rivera SV, Soto L, Bedoya A. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colomb Med* 2005; 36(4): 26-30.
- ⁶⁰ Treviño-Tamez MA, Tijerina de Mendoza L, Ramos-Peña EG, Cantú-Martínez PC. Salud bucodental en escolares de estrato social bajo. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2005; 6(2): 1-7.
- ⁶¹ Zamudio-Gómez MA, Gaitán-Cepeda LA, Bravo-Pérez M, Gómez-Llanos H. Impacto a corto plazo de la cartilla de salud bucal sobre la prevalencia de caries en niños de Tijuana, Baja California, México. *Revista Odontológica Mexicana* 2005; 9(3): 137-40.
- ⁶² Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Vallejos-Sánchez AA, Espinoza-Beltrán JL. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de Navolato, Sinaloa: resultados preliminares. *Rev biomed* 2005; 16: 217-19.
- ⁶³ Velásquez-Monroy O, Vera-Hermosillo H, Irigoyen-Camacho ME, Mejía-González A, Sánchez-Pérez TL. Cambios en la prevalencia de caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987-1988 y de 1997-1998. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2003; 13(5): 320-26.
- ⁶⁴ Molina-Frechero N, Irigoyen ME, Castañeda-Castaneyra E, Sánchez-Hinojosa G, Bologna RE. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69(2): 53-56.
- ⁶⁵ Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Revista ADM* 2001; 58(3): 98-104.
- ⁶⁶ Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Segovia-Villanueva A, Estrella-Rodríguez R. Caries dental e indicadores de riesgo en niños de guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México en 1999. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 2002; 59(7): 419-29.

-
- ⁶⁷ Instituto Nacional Indigenista. El estado de desarrollo de los pueblos Indígenas de México, 1996-1997. México 2000. p.p 289-354.
- ⁶⁸ Jacinto-Sánchez M. Diagnóstico participativo de San Miguel Suchixtepec. H. Ayuntamiento Constitucional de San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca. 2005.
- ⁶⁹ Caries Prevalence: DMFT and DMFS [monograph on the Internet]. CAPP Copyright Policy and Disclaimer as for WHO. Site maintained by the Collaborating Centre for Education, Training & Research in Oral Health, Malmö, Sweden. [cited 2007 feb 16]. Available from: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>
- ⁷⁰ Oral Hygiene Indices [monograph on the Internet]. CAPP Copyright Policy and Disclaimer as for WHO. Site maintained by the Collaborating Centre for Education, Training & Research in Oral Health, Malmö, Sweden. [cited 2007 feb 16]. Available from: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/ohiintrod.html>
- ⁷¹ Ruiz M, Reyes J, Bayona R. El club de la sonrisa feliz. Programa de intervención comunitaria en salud oral. FEPAFEM. Fecha de acceso enero 10, 2007. URL disponible en: http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/ano2002/sonriza_feliz.pdf
- ⁷² Yopez-Zambrano MA, Suanca-López JE, Riaño-Rubiano M, Quijada-Bonilla H, Villamizar-Baéz M. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral, Fase I. FEPAFEM. Fecha de acceso enero 10, 2007. URL disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigacion/pdf/sonriza.pdf>
- ⁷³ Tascón JE, Aranzazu L, Velasco T, Trujito K, Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños de entre 5 y 11 años, frente a los conocimientos, actitudes y prácticas. Colombia Médica 2005; 36(4): 41-46.

13. ANEXOS

13.1 INDICE CPOD

ESTADO DE LA DENTICIÓN

C	SITUACIÓN
0	Satisfactoria
1	Cariado
2	Obturado, con caries
3	Obturado, sin caries
4	Perdido, como resultado de la caries
5	Perdido, por cualquier otro motivo
6	Fisura obturada
7	Soporte de puente, corona especial o funda/implante
8	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta
9	No registrado
10	Traumatismo (fractura)

Los criterios para el diagnóstico y codificación son:

DIENTE SANO: Un diente sano es considerado sano si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar. Las etapas de la caries que preceden a la cavitación, así como otras condiciones similares a las primeras etapas de la caries, se excluyen, porque no pueden diagnosticarse con precisión. Así los dientes con los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, deben ser codificados como sanos:

- Manchas blancas o blanquecinas.

- Decoloración o manchas rugosas;
- Cavidades pigmentados o / surcos y fisuras del esmalte, pero no presentan una base reblandecida perceptible, esmalte socavado, o reblandecimiento de las paredes.
- Áreas oscuras, brillantes, duras y fisuras del esmalte de un diente con fluorosis moderada a severa.
- En caso de lesiones dudosas se registrará el diente como sano.

DIENTE CARIADO: Se considera que la caries está presente cuando una lesión en un surco, o fisura o sobre una superficie lisa (vestibular, lingual) presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una pared reblandecida. También deben ser incluidos en esta categoría los dientes con restauración temporal. En las caries proximales el examinador debe asegurarse de que la sonda penetre en la lesión. Cuando exista alguna duda, no debe registrarse la caries como presente.

DIENTE OBTURADO CON CARIES: Un diente es catalogado como obturado con caries cuando contiene una o más restauraciones permanentes y una o más áreas cariadas. No se hace distinción alguna entre caries primaria y secundaria, (esto es, aunque una lesión cariosa esté o no asociada físicamente con la(s) restauración(es).

DIENTE OBTURADO SIN CARIES: Los dientes son considerados como obturados sin caries cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) u otras áreas del diente con caries primaria. Se consideran también en esta categoría los dientes con corona colocada debido a caries previa. Un diente al cual se le ha colocado una corona por otras razones, no relacionadas a caries, por ejemplo, por trauma o por soporte de prótesis, se codifica como soporte de prótesis o corona especial, con el número 7.

DIENTE PERDIDO DEBIDO A CARIES: Esta categoría es usada tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries. Para la dentición temporal este código debe ser aplicado sólo en sujetos, que están en una edad en la que la exfoliación normal no explica su ausencia.

En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos. El conocimiento básico de la cronología de la erupción dentaria, el estado del diente contralateral correspondiente, la apariencia de la cresta alveolar en el área

del espacio dentario en cuestión, y el estado de caries de otros dientes en relación a la caries dental, pueden proporcionar pistas útiles para hacer un diagnóstico diferencial entre los dientes no erupcionados y los extraídos. Se debe enfatizar que el código 4 no debe ser usado para los dientes considerados ausentes por cualquier otra razón que no sea caries.

DIENTE PERMANENTE PERDIDO POR OTRAS RAZONES: Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodónticas, o debido a un trauma, etc. Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad periodontal.

FISURA OBTURADA: Se usa este código para dientes en los que un sellador de fisura ha sido colocado en la superficie oclusal, o para dientes en los que la fisura oclusal ha sido preparada para resina. Si un diente con sellador está cariado, debe ser codificado con el código 1 (cariado).

SOPORTE DE PUENTE O CORONA ESPECIAL: Se usa este código para indicar que un diente forma parte de una prótesis fija, es decir es un soporte de prótesis. Este código también puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Los dientes faltantes sustituidos por un puente se codifican con los códigos 4 ó 5, como otros dientes perdidos.

DIENTE NO ERUPCIONADO. Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del diente temporal. Desde luego, los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.

DIENTES EXCLUIDOS: Se usa este código para cualquier diente que no pueda ser examinado.

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los datos sobre el índice CPO-D se calculan de la siguiente manera:

COMPONENTE CARIADO: Incluye todos los dientes clasificados con el código 1 y/o 2.

COMPONENTE PERDIDO Comprende los dientes con el código 4 en individuos menores de 30 años de edad y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores.

COMPONENTE OBTURADO: Contiene solo los dientes con código 3.

La base para los cálculos de CPOD es 32 dientes, incluyendo terceros molares.

13.2 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Para ello se miden dos aspectos:

- La extensión coronaria de residuos o índice de residuos.
- La extensión coronaria de cálculo supragingival.

Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.

IHOS

DIENTE	16v	11L	26v	36L	31v	46L	TOTAL	PROMEDIO
Placa								() . () ()
Cálculo								() . () ()

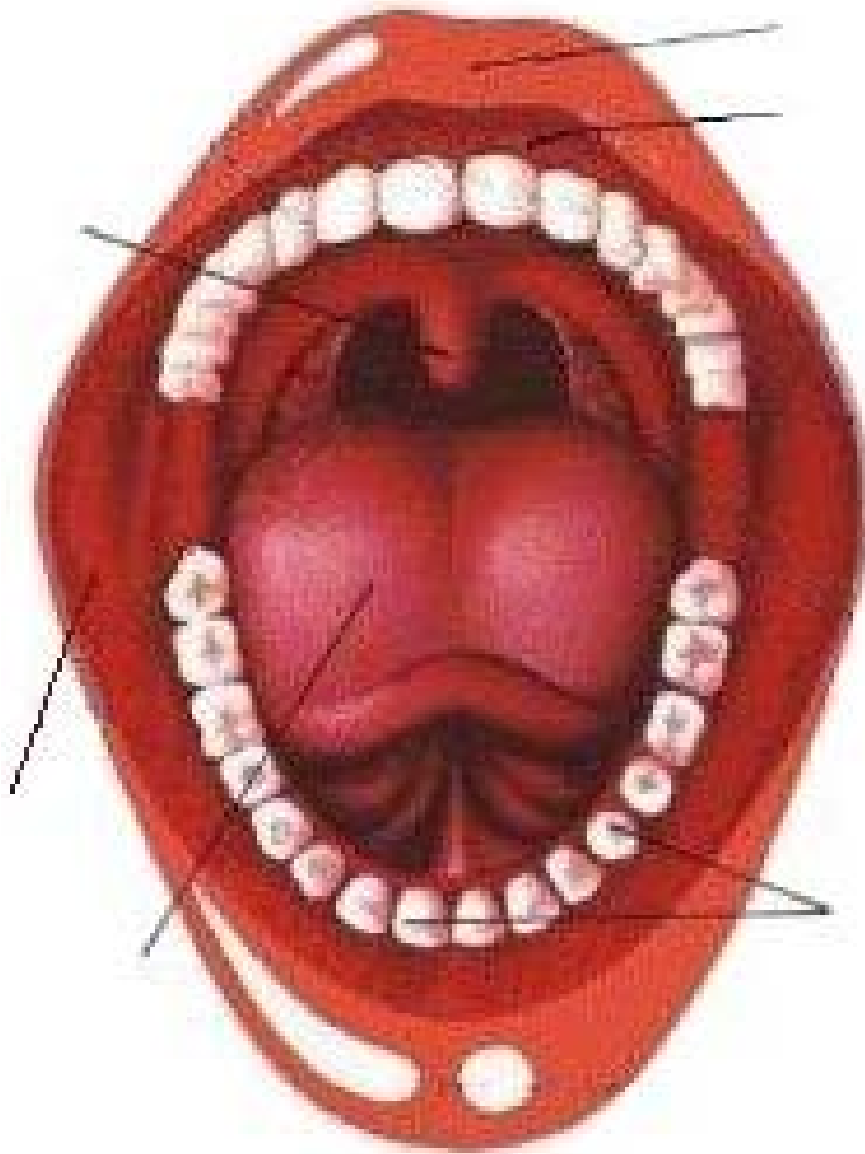
Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los residuos y cálculo.

Los datos de cada persona o de una comunidad pueden obtenerse al calcular las medias del índice, y los resultados se valoran según la siguiente escala:

- 0.0-1.2 Buena higiene bucal.
- 1.3-3.0 Regular higiene bucal.
- 3.1-6.0 Mala higiene bucal.

VALOR	CRITERIO
0	No hay presencia de restos o manchas.
1	Restos blandos y/o cálculo que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada o presencia de manchas extrínsecas sin restos a pesar del área cubierta.
2	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
3	Restos blandos y/o cálculo que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

13.3 PARTES DE LA BOCA ESPAÑOL



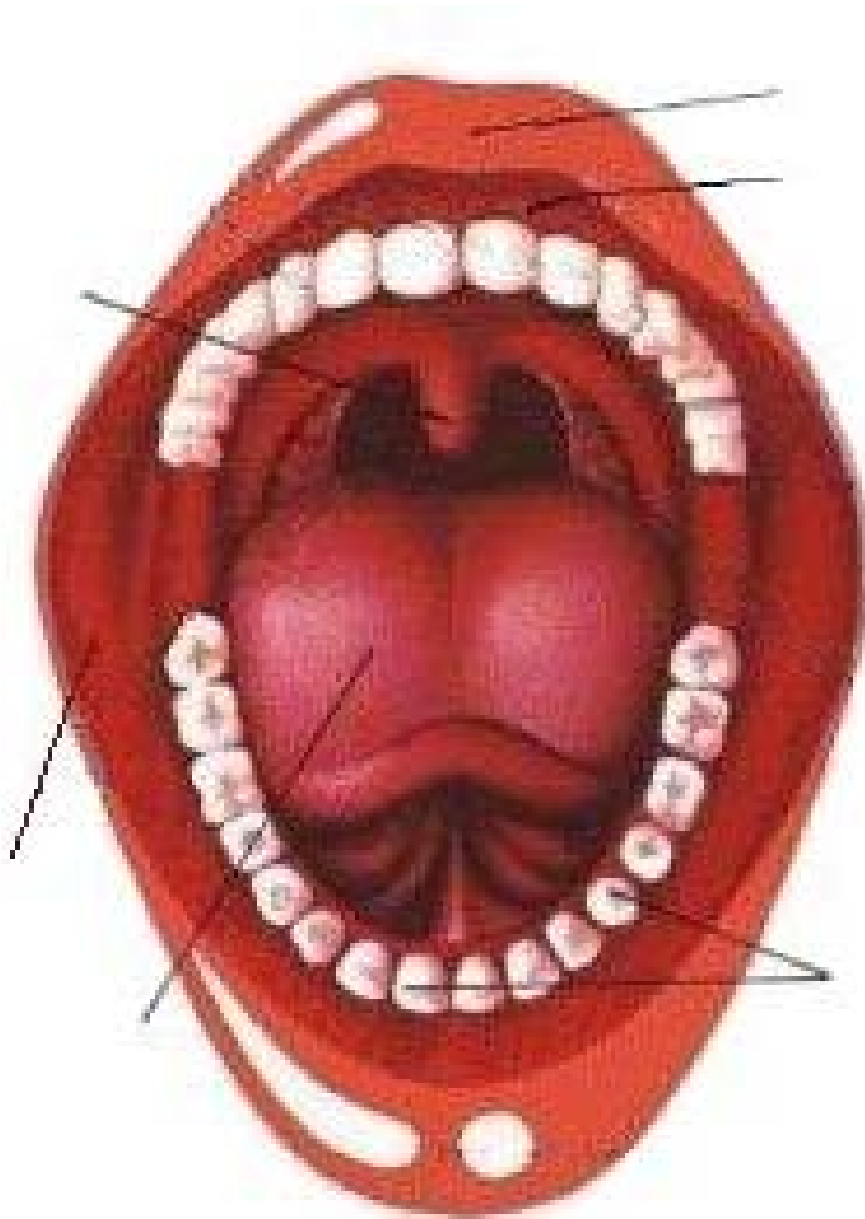
13.- LENGUA
CAMPANILLA

14.- LABIOS
17.- ENCÍA

15.- CARRILLOS
18.- DIENTES

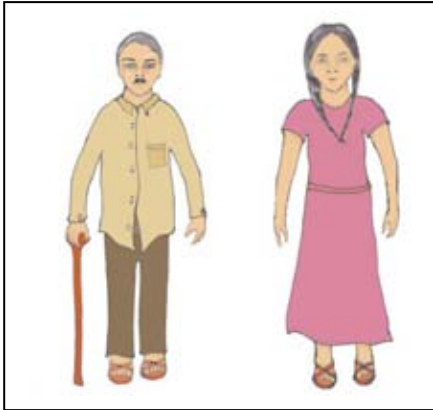
16.- ÚVULA Ó

KAB XA CHOBLE DITI KUAN NDOB RO LU



- 13.- LOTS 14.- RO 15.- CARRILLOS 16.- ÚVULA Ó CAMPANILLA**
17.- ENCÍA 18.- LE

13.4 ¿CUÁL DE ESTAS PERSONAS TIENE DIENTES DE LECHE? ESPAÑOL



20.- VIEJITOS

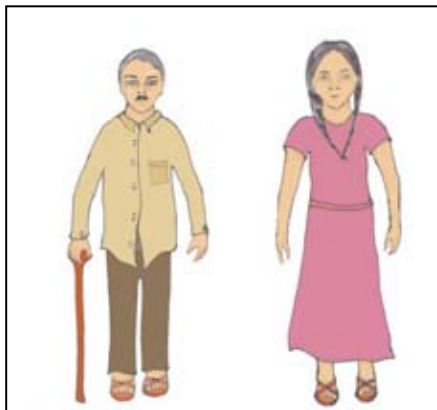


21.- ADULTOS



22.- NIÑOS

¿CUÁL DE ESTAS PERSONAS TIENE DIENTES DE LECHE? DISTE'



20.- TAT, NAN



21.- MBYI



22.- MIENBIX

13.5 LISTA DE ALIMENTOS ESPAÑOL



35.- DULCES



36.- REFRESCOS



37.- PAPAS Y CHICHARRINES



38.- PAN DE DULCE



**39.- FRUTAS Y
VERDURAS**

LISTA DE ALIMENTOS DISTE' O ZAPOTECO



35.- KUAN NXAB MSIN



36.- NIT MSIN



37.- GOOTED GOOYIN



38.- YETSTIL



39.- DITE NGUT DITI YE'

13.6 LISTA DE ALIMENTOS (INCLUYENDO RECREO) ESPAÑOL



51.- DULCES



52.- REFRESCOS



53.- PAPAS Y CHICHARRINES



54.- PAN DE DULCE



55.-DESAYUNO ESCOLAR



56.- FRUTAS Y
VERDURAS

LISTA DE ALIMENTOS (INCLUYENDO RECREO) DISTE' O ZAPOTECO



51.- KUAN NXAB MSIN



52.- NIT MSIN



53.- GOOTED GOOYIN



54.- YETSTIL



55.- KUAN NXOU YIS NTED



56. - DITE NGUT DITI YE'

13.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

C. Padre de Familia o Tutor.

P R E S E N T E.

Estimado padre de familia me es grato comunicarle que su hijo (a) ha sido seleccionado para participar en la elaboración de un diagnóstico bucal, con la finalidad de diagnosticar las condiciones de salud bucodental (caries dental e higiene bucal), así como los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las medidas de higiene bucodental en las dos escuelas registradas por la SEP de acuerdo a los datos del INEGI en San Miguel Suchixtepec, Miahuatlán, Oaxaca durante 2007.

Para realizar este diagnóstico es muy importante su colaboración, ya que con ello estará participando junto con su hijo (a) en beneficio de la comunidad.

Este estudio permitirá que en un futuro se realice un programa de prevención en la comunidad, así como la obtención de información actualizada de los padecimientos más comunes entre los niños de la comunidad.

El procedimiento al que será sometido su hijo(a) será únicamente de una sencilla revisión de la boca con un espejo y una sonda (instrumentos odontológicos) los cuales estarán debidamente esterilizados conforme lo especifica el artículo XIII de la Ley General de Salud .

La aplicación de un cuestionario que será contestado por su hijo

Así mismo se le convocará a usted para contestar unas preguntas referentes a su hijo, dicha reunión se le participará con anticipación.

Usted recibirá respuesta a cualquier pregunta, aclaración o duda acerca de los procedimientos, y todos los asuntos relacionados con la realización de este diagnóstico bucal.

Se le hará saber por medio del director del plantel si su hijo (a) presenta algún padecimiento de urgencia y se le informará sobre las estancias en las que pudiera ser atendido de dichos padecimientos odontológicos.

Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, otorgando también la seguridad de que se mantendrá en absoluta confidencialidad los resultados obtenidos y la privacidad del niño.

El costo total de este diagnóstico correrá por cuenta del presupuesto del proyecto, usted no tendrá que solventar ningún gasto.

Asumiendo así el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio y los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para beneficio del niño(a).

En pleno uso de mis facultades mentales y sin influencia alguna para acceder, estando consiente de lo anterior autorizo la participación de mi hijo (a) en la realización de este diagnóstico.

ATENTAMENTE

Director del proyecto.


Fecha: _____

Testigo1 Nombre _____ Dirección _____ Firma _____

Testigo 2 Nombre _____ Dirección _____ Firma _____

Padre o tutor Nombre _____ Dirección _____ Firma _____

13.8 CUESTIONARIO ESPAÑOL

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</p> <p>FACULTAD DE ODONTOLOGÍA</p>
---	--

Folio -

Escuela

Código

Niño

Fecha

Día

Mes

Año

Encuestador _____

SECCIÓN I. DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

1. _____

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

1. Escuela Primaria Estatal Matutina "Hidalgo"

2. Escuela Primaria Federal Bilingüe "Julio Antonio López"

3. Grupo

4.-Edad (años)

5.- Mes y Año de nacimiento

6.- Sexo: 1.Femenino

2. Masculino

7.-Ocupación del padre:

- | | | | |
|---------------------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Comercio | 2.Educación | 3.Transporte | <input type="checkbox"/> |
| 4. Agricultura | 5.Oficios | 6.Profesionista | |
| 7. Otros especifique_____ | 9.No responde | | |

8.-Ocupación de la madre:

- | | | | |
|----------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Comercio | 2.Educación | 3.Transporte | <input type="checkbox"/> |
| 4. Agricultura | 5.Oficios | 6.Profesionista | |
| 7. Otros_____ | 8. Hogar | 9. No responde | |

9.-.Escolaridad del padre:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. Sin estudios | 2.Primaria completa | 3. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 4. Secundaria completa | 5. Secundaria incompleta | 6. Medio Superior | |
| 7. Superior o profesionista | 9.No responde | | |

10.-Escolaridad de la madre:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. Sin estudios | 2.Primaria completa | 3. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 4. Secundaria completa | 5. Secundaria incompleta | 6. Medio Superior | |
| 7. Superior o profesionista | 9.No responde | | |

11.- ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. menos de 1000 pesos | 2. De 1000 a 3000 pesos | <input type="checkbox"/> |
| 3. más de 3000 pesos | 9. No responde | |

12.- ¿Cuántas personas viven en su domicilio que compartan el mismo ingreso?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

SECCIÓN II. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

A. CONOCIMIENTOS GENERALES DE LAS PARTES DE LA BOCA

(Mostrar el dibujo de las partes de la boca Anexo 1)

Dime el nombre de las partes de la boca que observas en el dibujo

- | | | | |
|--------------|------|------|--------------------------|
| 13.- Lengua: | 1.Si | 2.No | <input type="checkbox"/> |
|--------------|------|------|--------------------------|

- | | | | |
|--------------|------|------|--------------------------|
| 14.- Labios: | 1.Si | 2.No | <input type="checkbox"/> |
|--------------|------|------|--------------------------|

15.- Carillos ó parte interna del cachete: 1.Si 2.No

16.- Úvula: ó campanilla 1.Si 2.No

17.- Encía: 1.Si 2.No

18.- Dientes: 1.Si 2.No

19.- ¿Qué tipos de dientes conoces?
1. de leche 2. Permanentes 9.No responde

(Mostrar imagen de personas Anexo 1) ¿Cuál de estas personas tiene dientes de leche?

20. Viejitos 1.Si 2.No

21. Adultos 1.Si 2.No

22. Niños 1.Si 2.No

23.- ¿Para qué sirven los dientes en la boca?
1. Masticar 2. Hablar 3. Sonreír
4. Morder 5. Otra _____ 9. No responde

B. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CARIES

24.- ¿Sabes qué es una caries o un diente picado? _____

25.- ¿Cómo sabes cuando un diente se enferma de caries?
1. Duele 2. Cambia de color 3. Se rompe
4. Se cae 5. Huele feo la boca 6. Otra _____
9. No responde

26.- ¿Por qué a las personas les puede oler feo la boca?
1. Porque no se lavan los dientes 2. Porque están enfermas
3. Porque tienen caries 4. Otra _____

9. No responde

27.- ¿Puedes mencionar dos cosas que les pasa a las personas cuando tienen caries?

1. Les duele 2. Se les caen los dientes 3. Se hinchan
4. Tienen mal aliento 5. Otra _____ 9.No responde

28.- ¿Qué pasa si no me curo una caries?

1. nada 2.dolor 3. Pierdo mi diente
4. no puedo comer 5. Otra _____ 9.No responde

29.- ¿Sabes qué es un absceso (postemilla) y por qué se produce? _____

30.- ¿De qué forma crees que puedes ayudar a tus dientes para evitar la caries?

1. Lavarme los dientes 2. Acudir al dentista
3. No comer dulces y/o papas y chicharrones 4.otra _____
9. No responde

C. CONOCIMIENTOS SOBRE FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE BUCAL

31.- ¿Cuántas veces en un día debe una persona limpiar sus dientes?

1. Una vez al día 2. Dos veces al día 3. Tres veces al día
4. Otra _____ 9. No responde

32.- ¿Con qué se deben limpiar los dientes?

1. Con pasta dental y cepillo 2. Con jabón de pasta 3. Con ramitas de árbol
4. Con bicarbonato 5. Nada más con agua 6. Con tortilla quemada
7. Otra: _____ 9. No responde

33.- ¿Conoces otro utensilio para limpiar tus dientes?

1. Si 2. No 9. No responde

34. Cuál _____

D. CONOCIMIENTOS RESPECTO AL CONSUMO DE DIETA CARIOGÉNICA

(Mostrar la imagen de los alimentos Anexo 1) De la siguiente lista de alimentos, señala ¿cuál de ellos puede producir caries?

35. Dulces 1. Si 2. No

36. Refrescos 1. Si 2.No
37. Papas y chicharrines 1. Si 2. No
38. Pan de dulce 1. Si 2. No
39. Frutas y verduras 1. Si 2. No
40. Otros _____

E. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A LA FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE

- 41.- ¿Tienes cepillo para lavarte los dientes?
 1. Si 2.No
- 42.- ¿Compartes tu cepillo dental con otra persona?
 1. Si 2.No
- 43.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?
 1. Ninguna 2. Una vez 3. Dos o tres veces
 4. Más de tres veces 9. No responde
- 44.- ¿Te han enseñado a cepillarte los dientes?
 1. Si 2. No
 3. No me acuerdo 9. No responde
- 45.- ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes?
 1. Tu dentista 2. Tus papás 3. Nadie
 4. Otro _____ 9. No responde
- 46.- ¿Quién te revisa cuando te cepillas los dientes en tu casa?
 1. Mamá 2.Papá 3. Nadie
 4. Otro _____ 9. No responde
- 47.- ¿Con qué los limpias?
 1. Con pasta dental y cepillo 2. Con jabón de pasta 3. Con ramitas de árbol
 4. Con bicarbonato 5. Nada más con agua 6. Con tortilla quemada

7. Otra _____ 9. No responde

48.- ¿Cepillas tus dientes antes de dormir?

1. Sí 2. No
3. A veces 9. No responde

49.- ¿Cepillas tus dientes después de comer alguna golosina?

1. Sí 2. No
3. A veces 9. No responde

F. PRÁCTICAS RESPECTO A CONSUMO DE CARBOHIDRATOS

50.- ¿Comes dulces o tomas bebidas azucaradas entre comidas?

1. Si 2. No
3. A veces 9. No responde

(Mostrar la imagen de los alimentos Anexo 1) De la siguiente lista de alimentos menciona:

¿Cuál de ellos comes con mayor frecuencia entre comidas (incluyendo el recreo)?

51. Dulces 1. Si 2. No

52. Refrescos 1. Si 2.No

53. Papas y chicharrines 1. Si 2. No

54. Pan de dulce 1. Si 2. No

55. Frutas y verduras 1. Si 2. No

56. Desayuno escolar 1. Si 2. No

57. Otros _____

G. PRÁCTICAS DE ASISTENCIA AL DENTISTA

58.- ¿Visitaste al dentista durante el último año?

1. Si 2. No 9. No responde

59.- ¿Qué hacen tus papás cuando te duele un diente? _____

H. MOTIVO DE ATENCIÓN DENTAL

60.- ¿Sabes qué tratamiento te realizó el dentista la última vez que asististe?

- 1. Revisión
- 2. Limpieza
- 3. Obturación
- 4. Extracción dental
- 5. Dolor en los dientes.
- 9. No responde

I. MOTIVO PARA NO RECIBIR ATENCIÓN DENTAL

61. ¿Por qué motivo no has acudido con el dentista?

- 1. Es muy caro ir al dentista
- 2. No tengo quien me lleve,
- 3. Me da miedo que me duela
- 4. Mis papás no tienen tiempo
- 5. No lo necesito
- 6. Otra _____
- 9. No responde

J. ACTITUD RESPECTO A LA HIGIENE

62. ¿Crees que es importante cepillarte los dientes?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No responde

63. ¿Crees que es muy difícil limpiar tus dientes?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No responde

K. ACTITUD RESPECTO A LAS VISITAS AL DENTISTA

64. ¿Por qué motivo crees que las personas no van al dentista?

- 1. no tienen dinero
- 2. Les da miedo
- 3. No es importante
- 4. no tienen tiempo
- 5. Otra
- 9. No responde

65. ¿Consideras que es muy difícil visitar al dentista?

- 1. Si
- 2. No
- 9. No responde

66. ¿Por qué crees que es importante cuidar los dientes? _____

EXAMEN CLÍNICO

17-16	11-21	26-27
47-46	41-31	36-37

ÍNDICE DE PLACA=

ÍNDICE DE CÁLCULO=

IHOS=


CPOD/ceod

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

c= + **e=** + **o=** **ceod=**

C= + **P=** + **O=** **CPOD=**

13.9 CUESTIONARIO DISTE' O ZAPOTECO

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO</p> <p>FACULTAD DE ODONTOLOGÍA</p>
---	--

Folio

--	--	--	--	--	--

Escuela

Código

Niño

Fecha

				2	0	0	
--	--	--	--	---	---	---	--

Día

Mes

Año

Encuestador _____

SECCIÓN I. DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- _____

Cho ble lu

rop kuan nxab

xutla rop xna

2.- Lis nted men

1. Escuela Primaria Estatal Matutina "Hidalgo"

2. Escuela Primaria Federal Bilingüe "Julio Antonio López"

3. Rol mien

4.-Plal lin

5.- Mbe lin kuan ndiedgo

--	--	--	--

6.- Cho nak:

1.Mbyí

2. Ngol

7.-Cho tsin nkie xutla:

- 1. Men nkie tsin nda nta timí 2. Men ntsi nted 3. Nkie tsin camim
- 4. Ngol nkie tsin guan 5. Tidib kuan tsi 6. Men ndob nted
- 7. Cho tidib xa mbes nxe _____ 9. Na kab

8.-Cho kuan ngak xnalu:

- 1. Ngol nkie tsin nda nta timí 2. Ngol ntsi nted 3. Nkie tsin camim
- 4. Ngol nkie tsin guan 5. Tidib kuan tsi 6. Men ndob nted
- 7. Gus kuan yent nxe _____ 8. Men ngol nkie
- 9. Na kab

9.-Cho lin nday xutla lis nted men:

- 1. Na ndai lis nted 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta
- 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Kino tsib tsona lin nted
- 7. Superior o profesionista 9. Na kab

10.- Cho lin nday xnalu lis nted men:

- 1. Na nted men 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta
- 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Kino tsib tsona lin nted
- 7. Superior o profesionista 9. Na kab

11.- ¿Plal timí bxen xutl di mbe?

- 1. Tsiy rol galyu 2. Cho tsiy rol galyu cho tson galyu
- 3. Rol tson galyu 9. Na kab

12.- ¿Plal men ndob lis lu kuan nxou xa kuan nkie tsin xutla?

SECCIÓN II. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

A. CONOCIMIENTOS GENERALES DE LAS PARTES DE LA BOCA

(Mostrar el dibujo de las partes de la boca Anexo 1)

Kab xa choble diti kuan ndob ro lu.

13.- Lots:

- 1. a' 2. a'a

14.-Ro:

- 1. a' 2. a'a

15.- Carillos: 1. a' 2. a'a

16.- Úvula: 1. a' 2. a'a

17.- Encía: 1. a' 2. a'a

18.- Le: 1. a' 2. a'a

19.- ¿Cho tidib le nxablu?
 1. De leche 2. Permanentes 9. Na kab

(Mostrar imagen de personas Anexo 1) ¿Cho men kino le mbet?

20. Tat, nan 1.a' 2. a'a

21. Mbyi 1. a' 2. a'a

22. Mienbix 1. a' 2. a'a

23.- ¿Kuan gak dit le kuan ndob ro lu?
 1. Nxou 2. Ni 3. Xiits
 4. Nxou 5. Cho tidib_____ 9. Na kab men

B. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CARIES

24.- ¿Xa nxablu kuan nak caries? _____

25.- ¿Xo nxab choor dib le ndob yits?
 1. Xa nliats le 2. Xa nanak nakis le na 3. Xa mbikey le na
 4. Xa nkib le na 5. Xa kab ndied li ro men 6. Cho tidib_____

9. Na kab

26.- ¿Pa ne di mien kap nli ro?
 1. Xana ndob nanbi le 2. Xa ndob yits le
 3. Le nagux nak 4. Cho tidib_____

9. Na kab

27.- ¿Cho kuan kino xa nbob yiits ro?

1. Nliats le 2. Nkible 3. Nkib le na
4. Xa kap ndied nli ro men 5. Cho tidib _____ 9. Na kab

28.- ¿Cho kuan ndied xa na ntob kuan nkie yiits?

1. Yenti 2. Nliats le 3. Nkib le na
4. Na nxou na 5. Cho tidib _____ 9. Na kab

29.- ¿Xa nxab kuan nak ncha ro? _____

30.- ¿Cho nxab kuan gak xa yenti nadob yiits le?

1. Nkie na nit le na 2. Gua pa ndob mien nkie tsin le
3. Na xou kuan nxab msin 4. Cho tidib _____
9. Na kab

C. CONOCIMIENTOS SOBRE FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE BUCAL

31.- ¿Plal nkie nambi le ro lu?

1. Dib a orti guits 2. Chop a orti guits 3. Tson orti guits
4. Cho tidib _____ 9. Na kab

32.- ¿Xa kuan bxen xa nkie nambi le?

1. Kop le rop bou le 2. Bixtil rop Kob le 3. La lut
4. Tidib ted 5. Nit ntod 6. Yed kuan ndob ki
7. Cho tidib _____ 9. Na kab

33.- ¿Xo nxab cho kuan tidib kuan bxen xa nambi le?

1. a' 2. a'a 9. Na kab

34. ¿Kuan? _____

D. CONOCIMIENTOS RESPECTO AL CONSUMO DE DIETA CARIOGÉNICA

(Mostrar la imagen de los alimentos Anexo 1) Gui kuan dite ndob nxe xa gux ¿kuan nkie yiits le lo?

35. Kuan nxab msin 1. a' 2. a'a

36. Nit msin 1. a' 2. a'a

37. Gooted gooyin 1. a' 2. a'a

38. Yetstil 1. a' 2. a'a

39. Dite ngut diti ye' 1. a' 2. a'a

40. Cho tidib _____

E. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO RESPECTO A LA FRECUENCIA Y MÉTODO DE HIGIENE

41.- ¿Lux a kine boule par kie le?
1. a' 2. a'a

42.- ¿Xa ntay boule kon tidib men?
1. a' 2. a'a

43.- ¿ Plal ntob boule ro lu?
1. Na ndob 2. Diba 3. O chopá o tsona
4. Ma tsona 9. Na kab

44.- ¿ Cho ndob men kuan ented lu ntob boule lu?
1. A' 2. A'a
3. Na nxaba 9. Na kab

45.- ¿Cho men mbes nkie boule lu?
1. Men nkie tsin le 2. Xutla 3. Yent men
4. Cho tidib _____ 9. Na kab

46.- ¿ Cho men ngui orti nkie boule lu xa ndob lis lu?
1. Xna 2. Xutna 3. Yent men
4. Cho tidib _____ 9. Na kab

47.- ¿ Kon cho ntob le lu xa xuin ndob?
1. Kob le rop boule 2. Bistil kob 3. La lut
4. Ti dib ted 5. Ni te 6. Yed kuan ndob ki

7. Cho tidib _____

9. Na kab

48.- ¿Xa nkie nit le xa ndai gat?

1. A'

2. A'a

3. Orti

9. Na kab

49.- ¿Xa nkie lu nit le lu orti ndib xou?

1. A'

2. A'a

3. Orti

9. Na kab

F. PRÁCTICAS RESPECTO A CONSUMO DE CARBOHIDRATOS

50.- ¿Xa nxou lu kuan xin o cho nit xin xa nxou lu?

1. a'

2. a'a

3. Orti

9. Na kab

(Mostrar la imagen de los alimentos Anexo 1) De la siguiente lista de alimentos menciona:

¿Plal kuan ndob nxe nxou orti nkie (xgui)?

51. Msin

1. a'

2. a'a

52. Nite msin

1. a'

2. a'a

53. Gooted gooyin

1. a'

2. a'a

54. Yetstil

1. a'

2. a'a

55. Rool ngut rool ye'

1. a'

2. a'a

56. Kuan nxou yis nted

1. a'

2. a'a

57. Cho tidib _____

G. PRÁCTICAS DE ASISTENCIA AL DENTISTA

58.- ¿Xa ndailu lin gox xa gui kuan nxoi le ro lu?

1. a'

2. a'a

9. Na kab

59.- ¿ Kuan ngak xutla xa ndob yiits le lu? _____

H. MOTIVO DE ATENCIÓN DENTAL

60.- ¿ Xa nxailu cho kuan ntob mien kuan nkie tsin le?

- | | | |
|---------------|---------------|------------|
| 1. Gui le | 2. Nkie boule | 3. Ntou le |
| 4. Nkib le na | 5. Nliats le. | 9. Na kab |

I. MOTIVO PARA NO RECIBIR ATENCIÓN DENTAL

61. ¿ Pane lu na nda xa gui men nkie tsin le?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Yent timí | 2. Yent men xa xop nda |
| 3. Nsieb na xa nliats le | 4. Xutna ndob nkie tsin |
| 5. Yent yits mbey | 6. Cho tidib _____ |
| 9. Na kab | |

J. ACTITUD RESPECTO A LA HIGIENE

62 ¿ Cho guali nak xa kie boule men?

- | | | |
|-------|--------|-----------|
| 1. a' | 2. a'a | 3. Na kab |
|-------|--------|-----------|

63. ¿ Xa guali na roo tsin nkie boule men?

- | | | |
|-------|--------|-----------|
| 1. a' | 2. a'a | 3. Na kab |
|-------|--------|-----------|

K. ACTITUD RESPECTO A LAS VISITAS AL DENTISTA

64. ¿Cho nxia lu pane na nda men gui mbol nkie tsin le?

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------|
| 1. Yent timí | 2. Ndob nsieb men | 3. Na nlas men |
| 4. Yenti orguits xa ndai | 5. Cho tidib xa | 9. Na kab |

65. ¿Xa ngap na roo tsin nda men gui men nkie tsin le?

- | | | |
|-------|--------|-----------|
| 1. a' | 2. a'a | 9. Na kab |
|-------|--------|-----------|

66. ¿Lu kuan xgap xa gui le xa nabii ndob? _____

EXAMEN CLÍNICO

17-16	11-21	26-27
47-46	41-31	36-37

ÍNDICE DE PLACA=

ÍNDICE DE CÁLCULO=

IHOS=

CPOD/ceod

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

c= + **e=** + **o=** **ceod=**

C= + **P=** + **O=** **CPOD=**