



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD BUCAL EN EL
PACIENTE PEDIÁTRICO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA ISABEL ALARCÓN CASTAÑEDA

TUTOR: MTRO. RAÚL DÍAZ PÉREZ

ASESOR: MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Estuvo presente el rayo de sol, del cálido hasta el quemante. Estuvo presente el rayo de luna, sereno, frío, aquel que permite reflexionar. Estuvo presente la estrella, desde la fugaz a la cual pedimos un deseo, hasta la polar que aún siendo tan lejana impide que perdamos el rumbo. Estuvo presente la lluvia, desde la que causa temor, hasta aquella que bajo la luz del sol deja escapar una sonrisa infantil. Estuvo presente el viento, como brisa que regala caricias, como el que revuelve todo desde el fondo para dejar después de sí la calma o el que sabiamente guía a las aves a un mejor lugar. Estuvieron presentes las luchas, que dejaron heridas, y se logró salir triunfante, así como aquellas en las que fue imposible mantenerse en pie, pero no imposible levantarse.

Lo más gratificante es saberse con raíces firmes que te sostienen en la tierra, que te nutren, que te guían y te protegen. Y habrá copas de árboles más altas que como resultado de sus hechos han obtenido ese lugar, aunque también existan aquellas que tratan de hacer sombra, pero el mérito está en no perder el objetivo, no perder de vista aquel rayo de luz que pretendemos alcanzar.

Después de largo tiempo de tener el objetivo en la mira y luchar por él puedo decir con satisfacción que he alcanzado uno de esos rayos que en ocasiones parecía no estar destinado a mí. Y ahora que lo tengo me doy cuenta de que junto con su luz pone en mis manos una inmensa responsabilidad que confío cumpliré sin titubeos.

. . . Experiencias incontables, sentimientos todos. Todo un universo de situaciones y personas que han contribuido al hecho de que vea finalizada una etapa en mi vida para iniciar una totalmente nueva.

No me resta más que dar gracias a la vida por esta recompensa a mis esfuerzos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. FACTORES PSICOLÓGICOS.	2
1.1 Ansiedad.	2
1.2 Miedo.	3
1.3 Temor.	4
1.4 Fobia.	4
1.5 Frustración.	5
1.6 Ira.	5
1.7 Negación.	5
1.8 Estrés.	6
1.9 Boca y dientes como espacio corporal interno.	7
1.10 Funciones de los dientes.	7
1.11 Experiencia dental previa negativa.	8
2. FACTORES SOCIALES.	10
2.1 Nivel socioeconómico.	10
2.1.1 Niveles socioeconómicos en México.	11
2.2 Condiciones familiares.	15
3. SALUD.	17
3.1 Salud bucal.	18
3.2 Problemas de salud bucal más frecuentes en el paciente pediátrico.	18
3.2.1 Placa dentobacteriana.	19
3.2.2 Caries.	20
3.2.3 Gingivitis.	21
3.2.4 Maloclusiones.	22

3.2.5 Hábitos nocivos.	25
3.3 Índices de salud bucal.	29
4. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD BUCAL.	34
4.1 Factores psicológicos.	34
4.1.1 Estados emocionales y la consulta dental.	34
4.1.1.1 Ansiedad.	34
4.1.1.2 Miedo, temor y fobia.	35
4.1.1.3 Frustración, ira y negación.	36
4.1.1.4 Estrés.	36
4.1.1.5 Boca y dientes como espacio corporal interno.	37
4.2 Influencia de la familia.	37
4.2.1 Relación entre la actitud de los padres hacia la atención dental y su efecto en los niños como pacientes en odontopediatría.	37
4.3 Factores sociales.	39
4.3.1 Asociación con la presencia de placa dentobacteriana.	40
4.3.2 Asociación con la presencia de caries.	41
4.3.3 Asociación con la presencia de gingivitis.	43
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCIÓN

En el consultorio dental, debemos acostumbrarnos a tratar individuos, seres humanos no “bocas”, “dientes” o “muelas”. El ser humano es producto de la interacción entre su genoma y el ambiente, considerando el medio ambiente no sólo como el entorno físico en el que vive, sino también los factores psicológicos y sociales que influyen en su desarrollo.

Por tal motivo surge el interés de la revisión de este tema, así como por la necesidad de identificar el peso del medio ambiente en el desarrollo de la consulta odontológica en odontopediatría, así como sobre la decisión de los padres para buscar una atención oportuna a los problemas de salud bucal de sus hijos.

En el presente trabajo se aborda la definición de los factores psicológicos y sociales más representativos, y su repercusión en la salud bucal de los pacientes pediátricos.

Con base en una revisión documental se pretende determinar las causas del fenómeno y conjuntar los abordajes psicológico, social y odontológico. Así también, la presente tesina se considera como paso preliminar para efectuar una investigación de campo que documente la asociación de las condiciones psicológicas, sociales y de salud bucal, tomando los resultados como guía para elaborar un programa de salud que permita mejorar la atención de los pacientes de acuerdo a sus características o necesidades psicológicas y sociales individuales.

1. FACTORES PSICOLÓGICOS.

El estado psicológico del paciente niño se relaciona frecuentemente, con procesos de aprendizaje de una actitud presente en las personas que lo rodean y, específicamente en el consultorio dental, con el significado psicosocial de la boca.

La visita al dentista es una de las situaciones que más experiencias desagradables puede generar en los pacientes pediátricos.

A continuación, se definirán los factores psicológicos que comúnmente podrán ser observados antes, durante y después de la atención odontológica.

1.1 Ansiedad.

Es un estado emocional desagradable que consiste en respuestas psicofisiológicas a la anticipación de un peligro irreal o imaginario, que la persona ha aprendido a relacionar como una amenaza a su seguridad. La inseguridad produce en el sujeto una sensación de miedo, de culpa, de inquietud, de pesimismo, hasta llegar a verdaderas crisis de angustia y estados neuróticos.^{1,2,3}

Tiene como objetivo estimular la capacidad de repuesta del individuo, capacitándolo para sobrevivir, mediante mecanismos de lucha o huida. La reacción del individuo depende no sólo del agente que la provoca, sino también de su propia reactividad. Estos temores se basan en experiencias previas penosas o en testimonios de otras personas. Es posible que la ansiedad surja incluso antes de enfrentar la situación atemorizante y dure mucho tiempo después de que ha ocurrido.^{4,5}

¹ Diccionario Enciclopédico ilustrado de Medicina Dorland, McGraw-Hill Interamericana, 9a. ed. España, 1992 Vol. 1, pág. 118.

² Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Salvat, 13ª. ed. México, 1993 pág. 79

³ Diccionario de Psicología, Ediciones Orbis, Barcelona, 1985 A-H pág. 26

⁴ Sonis S. Secretos de la Odontología. McGraw-Hill Interamericana, 2a. ed. México, 2000, pp. 9-10.

⁵ Echeverría J, Cuenca E. El manual de odontología, MASSON, España, 1995 pág. 1377.

Síntomas somáticos: sudoración, tensión muscular y frecuencia cardiaca elevada, dificultades para dormir o puede despertarse muy temprano y no dormirse de nuevo; diarrea y aumento de la frecuencia miccional.

Síntomas psíquicos: expectación aprensiva (“algo malo va a suceder sin saber qué”). Sensación de muerte inminente, de perder el autocontrol, de peligro inmediato, impotencia, aprehensión y tensión, alteraciones de la vivencia del tiempo, alteración en la intensidad de los estímulos sensoriales. Dificultades de atención, concentración y memoria.^{6,7,8,9}

1.2 Miedo.

Es la sensación angustiosa ante algo específico, concreto, evidente, proporcionado y comprensible; es una experiencia primaria y fundamental, presente en el hombre desde los primeros días de su vida. “El sujeto se defiende de él con hechos y argumentos racionales, puede controlarlo de alguna manera y puede superarlo con esfuerzos personales.”¹⁰

Generalmente representa una falta de adaptación a la realidad. Trae consigo fenómenos físicos derivados (variación del pulso y de la respiración, reacciones motoras, etc.); estos fenómenos son [...] asténicos¹¹ según las reacciones emotivas se vean favorecidas o frenadas, respectivamente, y dependen del temperamento individual.¹²

⁶ Ediciones Orbis. Op. Cit. A-H pág. 26

⁷ Dorland. Op. Cit. Vol. 1, pág. 118.

⁸ Echeverría J. Op. Cit. pp. 1381-1382.

⁹ Zittle J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Harcourt Brace, 5a ed. España, 1998, pág. 566.

¹⁰ Cruppi M. Amdén H. Psicodontología pediátrica. Técnicas para el tratamiento del miedo. GS Gráfica. Argentina 2005. pág. 43

¹¹ Relativo a *astenia*: ausencia o disminución de fuerza o de energía; debilidad. (En psiquiatría) falta de fuerza dinámica en la personalidad. [...] Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Para tu computadora, Harcourt, 5a. ed. España, 2000.

¹² Ediciones Orbis Op. Cit. I-Z pág. 195.

De acuerdo a teorías psicológicas, el ser humano responderá a estos sucesos y circunstancias de acuerdo a su personalidad, basándose en antecedentes tanto como en experiencias previas individuales. Dicha respuesta “puede estar influida por el aprendizaje indirecto (observar cómo reaccionan otros ante un acontecimiento) o directo (haber tenido una experiencia previa con una circunstancia similar), así como por la persuasión social (comentarios de los demás acerca del significado del mismo suceso).”¹³

El miedo es menos reflexivo que el temor, y la causa de éste es concreta y determinada, lo contrario de lo que ocurre en la angustia. “A diferencia de la ansiedad, la reacción resulta breve [...].”¹⁴

1.3 Temor.

El temor constituye un comportamiento emocional de tono afectivo desagradable, una turbación sufrida con ocasión de un peligro inminente. Está acompañado de temblor, postración y fuga. Es posible, por lo tanto suponer una cierta relación entre el temor y las deliberaciones de la voluntad. Éste inhibe el desarrollo natural de las capacidades del niño.^{15,16}

Algunos autores lo consideran como un sinónimo de miedo; aunque otros, como se mencionó anteriormente, lo diferencian en que el temor es más reflexivo.

1.4 Fobia.

Se trata de un temor enfermizo, obsesivo y angustioso, que el propio individuo reconoce como excesivo e irracional. Generalmente se usa como sufijo indicando temor específico a lo que indica el prefijo (*agorafobia*, *claustrofobia*). Proyección de la angustia resultante sobre un objeto externo

¹³ Sonis. Op. Cit. pp. 7-8.

¹⁴ Sonis. Op. Cit. pág. 9.

¹⁵ Ediciones Orbis Op. Cit. I-Z pág. 314.

¹⁶ Salvat. Op. Cit. pág. 1201.

(situaciones, personas, animales, objetos, etc.).^{17, 18} No es posible dominar voluntariamente estos miedos y por ello se recurre en primer lugar al mecanismo de evitación.

“Cuando la fobia es una fuente importante de distress¹⁹ o interfiere con el funcionamiento social, se la considera un trastorno mental.”²⁰

1.5 Frustración.

Es el estado de tensión emocional aumentada por fracaso en el logro de satisfacciones o gratificaciones generalmente como consecuencia de fuerzas externas o internas.”²¹

Las represiones sociales y los fracasos provocan continuas frustraciones que pueden llegar a crear conflictos psíquicos que se manifiestan en actitudes agresivas, cólera, etc.”²²

1.6 Ira.

“[Es una] reacción emocional caracterizada por furia, cólera, indignación u hostilidad extremadas. Se considera que es de origen patológico cuando no refleja de forma realista las verdaderas circunstancias de la persona.”²³

1.7 Negación.

Es un mecanismo de defensa contra la angustia que consiste en no admitir la realidad adversa o penosa y modificarla. Las personas bloquean las experiencias o la información que no son capaces de asumir

¹⁷ Ediciones Orbis. Op. Cit. A-H pp. 128.

¹⁸ Salvat. Op. Cit. pág. 510.

¹⁹ *Distress*: Fatiga o sufrimiento físico o mental. Dorland, Op. Cit. Vol. 2, pág. 515.

²⁰ Ib. Vol. 2 pág. 715.

²¹ Salvat. Op. Cit. pág. 524.

²² Ediciones Orbis. Op. Cit. A-H pág. 131.

²³ Diccionario Mosby. Op. Cit.

emocionalmente, ya que les resultan imposibles de aceptar “[...] es muy frecuente en los niños [...]”.²⁴

1.8 Estrés.

Se define como el “Estado de tensión aguda del organismo forzado a movilizar sus defensas para hacer frente a una situación amenazante. El agresor puede ser físico (un traumatismo, un agente tóxico, una infección, etc.) o psicológico (una emoción). [...] existe en él primero una disminución y después un aumento del nivel de las funciones vitales.”²⁵

La palabra estrés, generalmente se asocia en un sentido muy amplio con todo lo relacionado con las tensiones, las angustias, las ansiedades, el nerviosismo, etc.

Podemos identificar diferentes situaciones de estrés:

- Situaciones breves de estrés.²⁶
- Situaciones moderadas de estrés²⁷
- Situaciones graves de estrés²⁸

El estrés conduce a una serie de síntomas y signos que pueden finalizar en patologías de los sistemas cardiovascular, digestivo, respiratorio, inmunológico, etc.

“Un grupo de factores que explican la respuesta variable de los niños al estrés se refiere a su adaptabilidad/vulnerabilidad, las diferencias de temperamento y de sexo. Otros factores son la experiencia del niño y la calidad de sus relaciones familiares.”²⁹

²⁴ Ediciones Orbis. Op. Cit. I-Z pág. 206.

²⁵ Ediciones Orbis. Op. Cit. I-Z pág. 304.

²⁶ Situaciones o momentos de estrés típicos, por ejemplo: embotellamientos en el tránsito.

²⁷ La duración puede variar desde algunas horas hasta varios días, por ejemplo: el exceso de carga de trabajo. Comienza a desarrollarse una posible enfermedad.

²⁸ La situación se vuelve crónica, puede tener una duración de meses y años, como el caso de enfermedad.

²⁹ Shaffer H. Desarrollo social, Siglo XXI Editores, México, 2000, pp. 473-474

1.9 Boca y dientes como espacio corporal interno.

Considero que en muy pocas ocasiones nos hemos detenido a analizar el significado inconsciente que cada uno de nosotros podemos darle a nuestra boca, la cantidad de sentimientos que depositamos en ella y que influyen en el desarrollo de nuestra personalidad. Por lo mismo, es comprensible que nos sintamos incómodos en el momento en que permitimos que alguna persona, como es el caso del odontólogo, se adentre en esta intimidad y de alguna manera, tanto objetiva como subjetiva, nos agradea.

“La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia de sí mismo [...], [...] provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito”³⁰

El instinto de la especie humana determina cuándo el anillo de músculos que guarda su espacio interior debe relajarse para permitir su penetración. El intento de penetrar en cualquier orificio del cuerpo de otra persona sin su consentimiento o cooperación produce sentimientos de pánico, impotencia e ira.³¹

1.10 Funciones de los dientes.

Los dientes desempeñan roles específicos en la identidad personal y en la vida de los seres humanos, y se les han reconocido las siguientes funciones:

Función defensivo-agresiva: los dientes apretados son un signo de reto, de agresividad.

Función instrumental: desempeñan funciones de masticación y fonación.

Función ornamental: una sonrisa agradable exige una dentición apropiada.³²

³⁰Rojas AG, Mirachi LC. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av Odontoestomatol 2004 Jul-Ago; 20(4).

³¹ Echeverría. Op. Cit. pág. 1376.

³² Echeverría. Op. Cit. pp.1376-1377.

Los dientes pueden simbolizar la expresión de la agresividad, dado que constituyeron las primeras armas del niño. En algunos casos, la pérdida de los dientes significa una destrucción corporal. Los individuos con tendencias autodestructivas pueden sentir la necesidad de perder dientes como forma de satisfacer parcialmente esos sentimientos.

Algunas personas pueden considerar la pérdida de los dientes como un signo de envejecimiento prematuro o como la pérdida de la potencia sexual y del optimismo juvenil.³³

1.11 Experiencia dental previa negativa.

No se sabe precisamente cuántos de los pacientes que han acudido a un consultorio odontológico cuando eran niños aún recuerdan haber tenido una experiencia negativa. “Evidencia del desarrollo del niño y literatura psicológica indica que niños menores de 6 años son incapaces de recordar con precisión cada día y eventos más allá de 24 horas.”³⁴ Así que cabe la posibilidad de que, aunque el paciente haya tenido una experiencia desagradable, después de un tiempo, no la recuerde.

”Una experiencia dental negativa previa puede servir como un condicionante y puede causar en el paciente sentimientos de ansiedad.”³⁵

No sorprende que las actitudes familiares, sobre todo las de la madre, tengan gran influencia sobre el comportamiento del niño. Conforme a esto, la ansiedad ante una situación dental en un niño sin experiencia se relaciona íntimamente con la de su madre.

En muchas ocasiones los padres de los niños son los que recientemente han sufrido una mala experiencia en la consulta odontológica y entonces transmiten sentimientos negativos a sus hijos antes de ser

³³ Zittle. Op. Cit. pág. 565.

³⁴ Talekar B, Rozier R, Slade G. Parental perceptions of children’s oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health and Quality of Life Outcomes. 2007; 5:6.

³⁵ Wijk A, Hoogstraten J. Experience with Dental Pain and Fear of Dental Pain. J Dent Res, 2005, 84(10):947-950.

atendidos, por lo cual el niño ya lleva una predisposición a que va a suceder algo desagradable.

2. FACTORES SOCIALES.

Se ha demostrado que el estado socioeconómico y la estructura familiar (como principales elementos sociales), dentro de los cuales se puede contemplar el nivel de educación de los padres de familia, influyen en la utilización y aceptación de los servicios odontológicos, y en consecuencia, determinan indirectamente el estado de salud bucal.

2.1 Nivel socioeconómico.

“El nivel socioeconómico no es un concepto simple, de medición directa, sino una construcción teórica y empírica”.³⁶

En economía, se estima de acuerdo a la cantidad de riqueza y prosperidad de la población de un país. Por lo general el nivel de vida se determina en función de bienes materiales, de los ingresos obtenidos y los bienes de consumo que se pueden adquirir con aquéllos.³⁷

La determinación del nivel socioeconómico (NSE) no es homogénea a lo largo de Latinoamérica, ni en Europa y E.U.A. Tampoco es estable, pues procura adaptarse a los cambios sociales a lo largo del tiempo.³⁸

Otros indicadores del NSE pueden ser: el parentesco, el trasfondo racial o étnico, la riqueza en forma de rentas o propiedades, la religión, la pertenencia a un grupo o a una institución, y atributos personales tales como el aspecto, la educación, los conocimientos y los modales. Los hombres son situados más arriba o más abajo, de acuerdo con el valor que se concede a sus varios papeles y actividades sociales.^{39,40}

En cualquier sociedad donde se distingan diferencias en las tareas funcionales de los individuos, en el poder o autoridad que posean o en el cargo que ocupen, emergerá un sistema de categorías sociales, porque a

³⁶ www.amai.org/pdfs/revista-amai/revista-amai-articulo-20050427_164002.pdf

³⁷ "Nivel de vida." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.

³⁸ www.amai.org/pdfs/revista-amai/revista-amai-articulo-20050427_164002.pdf

³⁹ Gist N, Fleis S. Sociedad Urbana. Ediciones Omega, 2a. ed., España 1973, pág.385.

⁴⁰ Brunet I. Morell A. Clases, educación y trabajo, Editorial Trotta, España, 1998, pág. 68.

funciones, poderío y posición distintos, corresponden valores de prestigio diferentes.

Por lo tanto, se puede resumir que, los índices para determinar el nivel socioeconómico aplicados en cada país no se basan simplemente en ingresos sino en la articulación de dos dimensiones: la económica (medida indirectamente a través del patrimonio, tipo de ocupación, tipo de vivienda, o zona de residencia) y la social (educación).⁴¹

2.1.1 Niveles socioeconómicos en México.

A través de los puntos que se mencionarán a continuación, puede resultar más fácil identificar a qué NSE pertenece cada uno de los pacientes que se atenderán en el consultorio dental, determinando así los factores de riesgo presentes en cuanto a salud bucal, así como su capacidad para la adquisición de servicios de salud.

En México, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación (AMAI) se ha preocupado y ocupado fundamentalmente en definir un conjunto de Niveles Socioeconómicos que se conviertan en el estándar de la industria, así como establecer una regla que permitiera asignar a cualquier hogar el NSE que le corresponda, a través de una regla a la cual se ha llamado “13 x 6”, ya que con 13 variables es posible asignar hasta 6 diferentes niveles socioeconómicos: el AB, C+, C, D+, D y E.

La regla 13 x 6 contiene las siguientes variables:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en la vivienda.
3. Número de habitaciones sin incluir baños.
4. Número de baños con regadera dentro de la vivienda.
5. Posesión de autos en la vivienda (independientemente de que sean propios o no).

⁴¹ www.amai.org/pdfs/revista-amai/revista-amai-articulo-20050427_164002.pdf

6. Posesión de calentador de agua o “boiler”.
7. Piso diferente de piso o cemento (firme).
8. Posesión de aspiradora.
9. Posesión de computadora (PC)
10. Posesión de horno de microondas.
11. Posesión de lavadora de ropa.
12. Posesión de tostador de pan.
13. Posesión de videocasetera (o DVD).⁴²

Valores de las variables.

Cada una de las 13 variables que se cuantificarán para la determinación del nivel socioeconómico será evaluada de diferente manera dependiendo de su existencia, su jerarquía o su cantidad.

Las siguientes variables se codifican como: 0 (ausencia del bien) o 1 (presencia del bien); en el caso de la variable piso se considera ausencia del bien el tener piso de tierra/cemento, y presencia el contar con otro tipo de acabado.

- Computadora personal.
- “Boiler”.
- Tostador de pan.
- Aspiradora.
- Horno de microondas.
- Lavadora de ropa.
- DVD.
- Piso de tierra, cemento u otro tipo de acabado.
- Autos.

⁴² www.amai.org/niveles.php Villegas A. Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos. Pulso Mercadológico.

La variable escolaridad se codifica como:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. No estudió nada | 8. Preparatoria incompleta |
| 2. Primaria incompleta | 9. Preparatoria completa |
| 3. Primaria completa | 10. Licenciatura incompleta |
| 4. Secundaria incompleta | 11. Licenciatura completa |
| 5. Secundaria completa | 12. Maestría / Diplomado |
| 6. Carrera comercial | 13. Doctorado |
| 7. Carrera técnica | 99. No sabe/No recuerda |

La variable baños con regadera se codifica como:

- | | |
|--------------|-----------------------|
| 1. Un baño | 3. Tres baños |
| 2. Dos baños | 4. Cuatro o más baños |

La variable número de habitaciones se codifica como:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Una habitación | 5. Cinco habitaciones |
| 2. Dos habitaciones | 6. Seis habitaciones |
| 3. Tres habitaciones | 7. Siete o más habitaciones |
| 4. Cuatro habitaciones | |

La variable número de focos se codifica como:

1. Cinco o menos
2. Entre seis y diez
3. Entre 11 y 15
4. Entre 16 y 20
5. 21 o más⁴³

En el *Cuadro 1* se especifican las características de cada NSE de acuerdo a los valores establecidos en los puntos anteriores.

⁴³ www.amai.org/niveles.php Villegas A. Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos. Pulso Mercadológico.

Cuadro 1. Características de los niveles socioeconómicos según AMAI⁴⁴

NIVEL	VARIABLES												
	Estudios del JF ⁴⁵	No. de focos	No. de hab. ⁴⁶	No. de baños completos	Piso	Autos	Boiler	Aspiradora	PC	Horno de microondas	Lavadora	Tostador	DVD
						0 = no 1 = si							
AB	7 – 13	5	7 o más	4 o más	1	1	1	0 ó 1	1	1	1	1	1
C+	4 – 13	4	5 ó más	1 - 4	1	1	1	0 ó 1	0	0 ó 1	1	0 ó 1	1
C	4 – 10	3	5 ó más	1 - 4	1	1	0 ó 1	0	0	0 ó 1	0 ó 1	0 ó 1	1
D+	1 – 13	2	1 - 4	0 - 4	1	0 ó 1	0 ó 1	0	0	0 ó 1	0 ó 1	0 ó 1	1
D	1 – 10	1	1 - 4	0	1	0 ó 1	0 ó 1	0	0	0	0 ó 1	0	0 ó 1
E	1 – 4	1	1 ó 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⁴⁴Elaborado de acuerdo a www.amai.org/niveles.php Villegas A. Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos. Pulso Mercadológico.⁴⁵Jefe de familia.⁴⁶Habitaciones.

2.2 Condiciones familiares.

“Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en el mismo hogar.”⁴⁷

Estructura familiar.

La estructura familiar influye de diversas maneras en los individuos que constituyen a la familia, dependiendo de la relación existente entre los miembros de la misma.

Dicha estructura se puede clasificar como:

- Familia extensa: viven más de dos generaciones en el hogar de los abuelos. Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos.
- Familia nuclear íntegra: formada por los padres y los hijos.
- Familia monoparental: constituida por un solo cónyuge y sus hijos; tiene el origen en el fallecimiento, la separación, el divorcio o el abandono de uno de los cónyuges.
- Familia reconstituida: dos adultos forman una nueva familia, en la cual, al menos uno de ellos incorpora un hijo habido de una relación anterior.⁴⁸

Cuando en la dinámica familiar la expresión de los resultados, de sus interacciones, se establecen de una manera armónica, donde cada individuo que compone a la familia tiene muy claro su papel, así como su relación psicoafectiva, se habla de una familia funcional. A los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se les ha denominado como familia disfuncional. No se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, la rigidez de las reglas de la familia le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo

⁴⁷ Martín A, Cano J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, ELSEVIER, 5a. ed. España, 2003, Vol. I pág. 132

⁴⁸ Martín A. Op. Cit. Vol. I pág.163

de sus miembros. Cuando estos desequilibrios o falta de armonía se dan en el seno familiar, pueden llegar a provocar las denominadas crisis.^{49,50,51}

Como una guía para determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de una familia contamos con el *Cuestionario Apgar Familiar (Cuadro 2)*, desarrollado por Smilstein en 1978, que consta de cinco preguntas cerradas[...]. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 con una escala de Likert. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunción familiar leve, y entre 0 y 3, disfunción familiar grave.⁵²

Es importante conocer que este cuestionario evalúa el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar, es decir, su percepción personal.

Cuadro 2. Cuestionario Apgar Familiar⁵³

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en el hogar?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

⁴⁹ Encinas R. *El anciano y la familia. Publicación original*, Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. 1997. pág. 67

⁵⁰ Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 1997 nov.-dic. 13(6):591-5

⁵¹ Encinas R. Op. Cit. pág. 67

⁵² Martín A. Op. Cit. Vol. I pág.166

⁵³ Tomado de Ib. pág. 166

3. SALUD.

El aspecto que más me compete definir en la presente tesina es la salud bucal, pero dicho concepto no puede ser abordado sin antes tener claro el término *salud* en general.

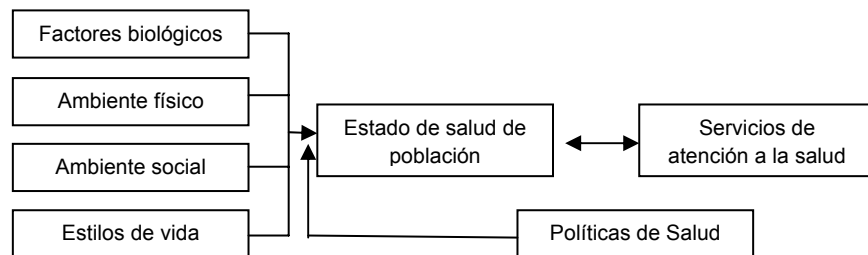
La OMS, en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946), definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”⁵⁴

Se considera que el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables:

1. La biología humana (genética, envejecimiento).
2. El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. El estilo de vida (conductas de salud).
4. El sistema de asistencia sanitaria.⁵⁵

“[...] Lalonde muestra que existen cinco grupos de variables que determinan la salud.” (Figura 1)⁵⁶

Figura 1. Factores que afectan la salud de la población.



⁵⁴ Piédrola G, del Rey J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública, Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat Medicina, 9a. ed., España 1991. pág. 3.

⁵⁵ Ib. pág. 4

⁵⁶ Medina SC, Maupomé G, Ávila BL, Pérez NR, Pelcastre VB, Pontigo LA. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17:269-286.

“Todos estos factores están muy influenciados por factores sociales”.⁵⁷

Se considera que las desigualdades sociales son un obstáculo para mejorar el estado de salud y bienestar social de la población e incluso el crecimiento económico.⁵⁸

3.1 Salud bucal.

La salud bucal es una parte de la salud general. Es la resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician la permanencia más prolongada de los dientes en el individuo, que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita la mejor función con los órganos involucrados en la digestión.^{59,60}

La patología bucal y de manera muy particular, la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones; ha sido tradicionalmente menospreciada como problema de salud pública, por no ocasionar mortalidad directa, cuando su elevada frecuencia (más del 95% de la población), las molestias locales, repercusiones estéticas, trastornos digestivos e incluso graves complicaciones sistémicas, justifican plenamente una particular atención por parte del médico y de la administración sanitaria.⁶¹

3.2 Problemas de salud bucal más frecuentes en el paciente pediátrico.

Para analizar la influencia de los factores psicosociales, se tomarán en cuenta los principales problemas de salud bucal que pueden presentar los

⁵⁷ Ib. pág. 8

⁵⁸ Martín A. Op. Cit. Vol. I pp. 129.

⁵⁹ Piédrola G. Op. Cit. pág. 930

⁶⁰ Higashida B. Odontología Preventiva. McGraw-Hill Interamericana. México 2004. pág. 32.

⁶¹ Piédrola G. Op. Cit. pág. 930

pacientes en la consulta odontopediátrica y de los cuales, como alumnos de la Facultad de Odontología, llevamos un registro en las clínicas de Odontopediatría, estos son: placa dentobacteriana, caries, gingivitis, hábitos nocivos y maloclusiones. Que a continuación serán abordados y definidos.

3.2.1 Placa dentobacteriana.

La placa dentobacteriana es una acumulación heterogénea que se adhiere a la superficie de los dientes o los materiales dentales, o se sitúa en el espacio entre la encía y el diente, compuesta por diversas comunidades de bacterias inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos de origen microbiano y salival. Constituye un depósito blando adherente, consistente, mate y de color amarillento.^{62,63}

Se compone por:

Película adquirida exógena: película orgánica insoluble, acelular, que se forma naturalmente sobre la superficie del diente como protección oponiéndose a la descalcificación del diente, pero puede llegar a permitir la colonización bacteriana.

Matriz: es de origen bacteriano, contiene restos de lisis de bacterias. Está compuesta en un 80% de agua y un 20% de sólidos (proteínas, glúcidos, lípidos y minerales).

Bacterias: “muy variadas según la localización”, las bacterias cariogénicas principales son el *Streptococcus (mutans, sobrinus, sanguis, salivarius)*, los *Lactobacillus (acidophilus, casei)*, y los *Actinomyces (viscosus, naeslundii)*. El lactobacilo, a diferencia del *S. mutans*, coloniza primero las superficies mucosas como la lengua.^{64,65}

⁶² Varela M. Problemas bucodentales en Pediatría. Ediciones Ergon. España 1999. pág. 61

⁶³ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Odontopediatría. MASSON, España 2004, pp. 125-126

⁶⁴ Varela M. Op. Cit. pág. 62

⁶⁵ Boj J. Op. Cit. pág. 126

3.2.2 Caries.

“Caries [es una] palabra de origen latino [que] significa degradación.”

La OMS la define como ‘un proceso patológico localizado, poseruptionario, de origen externo, que produce el reblandecimiento del tejido dentario duro, y que conduce a la formación de una cavidad.’⁶⁶

En otra definición alterna elaborada a lo largo de mis estudios de cirujana dentista, se puede conceptualizar como: enfermedad crónica infecciosa microbiana que destruye o degrada los tejidos duros dentarios, iniciándose con una desmineralización del esmalte por ácidos orgánicos procedentes de las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono de la dieta, y que si no se detiene o trata su avance, puede llegar a la afectación parcial o total de la pulpa dental. Es controlable y reversible en sus primeros estadios.

Se considera una enfermedad multifactorial, en la que interaccionan los siguientes elementos.^{67, 68} (*Figura 2*)

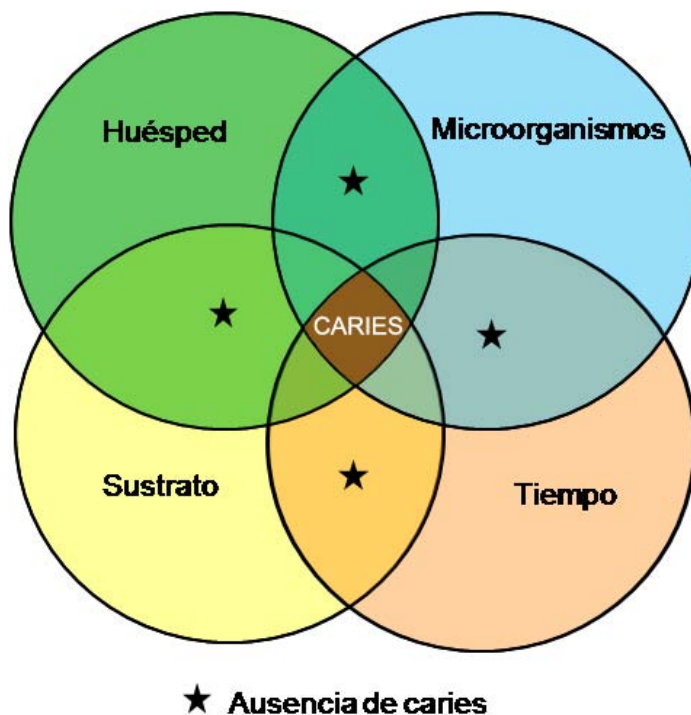
- Microorganismos.
- Sustratos para los microorganismos. Fundamentalmente los azúcares contenidos en las secreciones del huésped y en su alimentación.
- Factores del huésped. Principalmente la solubilidad en ácidos de los componentes duros del diente y la morfología retentiva.
- Tiempo. Tiempo de desmineralización relativamente largo respecto al tiempo de remineralización corto de los tejidos duros dentarios.

⁶⁶ Varela M. Op. Cit. pág. 59

⁶⁷ Boj J. Op. Cit. pág. 125.

⁶⁸ Piédrola G. Op. Cit. pág. 930

Figura 2. Factores etiopatogénicos de la caries.⁶⁹



3.2.3 Gingivitis.

La gingivitis es una enfermedad originada generalmente por el cúmulo de placa bacteriana en la zona del surco gingival, aunque puede no estar asociada a la presencia de placa, sino ser resultado de una enfermedad sistémica.

Es la forma más común de enfermedad gingival. Se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar. Da lugar a cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.⁷⁰

Es una afectación habitual en niños y adolescentes (*Cuadro 3*). En la primera dentición se inicia con una inflamación del margen gingival que

⁶⁹ Modificado de la Figura 1. Varela M. Op. Cit. pág. 61.

⁷⁰ Carranza F. Perry D. *Periodontología Clínica*. McGraw-Hill Interamericana, México 1998, pág. 22.

avanza en ocasiones hasta la encía insertada; posteriormente el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o con el cepillado.

“[...] la gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias.”⁷¹

Cuadro 3. Infecciones periodontales en la edad pediátrica⁷²

1. Gingivitis crónica
2. Periodontitis de comienzo temprano.
2.1. Periodontitis juvenil localizada.
2.2. Periodontitis juvenil generalizada.
3. Gingivitis/periodontitis ulcerativa necrozante.
4. Periodontitis asociada a enfermedad sistémica.

3.2.4 Maloclusiones.

Maloclusión puede ser considerada cualquier anomalía en la relación armónica entre el maxilar y la mandíbula, en forma, tamaño y posición. Puede ser de origen óseo o dental. Puede originar problemas con la mordida, el tejido gingival, la articulación mandibular y el desarrollo del habla y el aspecto de la persona.

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos o ambientales o de ambos. Factores ambientales como hábitos orales, hipertrofia de las amígdalas y las adenoides, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporarios y enfermedades crónicas severas durante la niñez (artritis reumatoidea juvenil de la articulación

⁷¹ Boj J. Op. Cit. pág. 367.

⁷² Tomado de Varela M. Op. Cit. pág. 116.

temporomandibular) pueden tener importancia en el desarrollo de la maloclusión.⁷³

Una clasificación simple pero muy útil, a usar en conexión con el diagnóstico y planificación del tratamiento, consiste en dividir las maloclusiones en dos grupos principales:

Maloclusiones dentoalveolares: se relacionan principalmente con desviaciones en los arcos dentarios y las apófisis alveolares.

Maloclusiones esqueléticas: son causadas sobre todo por desviaciones en la relación entre maxilares.⁷⁴

Otra clasificación que incluye más subgrupos, es la establecida por Björk y col. (*Cuadro 4*).

Cuadro 4. Clasificación de maloclusiones morfológicas según Björk y col.⁷⁵

<i>Anomalías de la dentición</i>	<i>Anomalías oclusales</i>	<i>Anomalías de espacio</i>
Formación	Anomalías sagitales	Maxilar superior
Hiperdoncia	Extremado resalte maxilar superior	Apiñamiento
Hipodoncia	Resalte mandibular	Espaciamiento
Malformación	Oclusión molar distal	Maxilar inferior
Erupción	Oclusión molar mesial	Apiñamiento
Erupción ectópica	Anomalías verticales	Espaciamiento
Transposición	Mordida profunda	
Retardo de la erupción	Mordida abierta, frontal	
Detención de la erupción	Mordida abierta, lateral	
Persistencia del diente temporario	Anomalías transversales	
Posición	Mordida cruzada	
Rotación	Mordida en tijera	
Inclinación	Desplazamiento de la línea media	
Inversión		

⁷³ Ib. pág. 211.

⁷⁴ Koch G, Modeér T, Poulsen S, Rasmussen P. *Odontopediatría Enfoque Clínico*. Editorial Médica Panamericana. Argentina 1994. pág. 209

⁷⁵ Ib. pág. 210

Es muy común encontrar espacios en la dentición primaria. Los más comunes son los espacios fisiológicos (o espacios primates) que se encuentran hacia mesial del canino primario en el maxilar y distal del canino en la mandíbula.

Uno de los factores que influyen en la determinación de la futura oclusión es la relación de la superficie distal de los segundos molares primarios superiores e inferiores. La relación existente entre la superficie distal del segundo molar primario superior e inferior se llama plano terminal. Y puede clasificarse en tres tipos:

- a. Plano vertical. La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada, están situados al mismo nivel.
- b. Escalón mesial. La superficie distal del molar inferior es más mesial que el superior.
- c. Escalón distal. La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.

La clasificación de las maloclusiones que realizó Angle está determinada de acuerdo a la relación de los molares superiores de la segunda dentición con respecto a los molares inferiores de la segunda dentición.

- Clase I (Neutroclusión): relación anteroposterior normal entre el maxilar y la mandíbula.
- Clase II (Distoclusión): relación distal de la mandíbula con respecto al maxilar.
- Clase III (Mesioclusión): relación mesial de la mandíbula con respecto al maxilar.

Pero es una clasificación incompleta, pues sólo hace referencia a la relación intermaxilar y sólo en el plano sagital.

Otras maloclusiones que podemos encontrar en la historia clínica de Odontopediatría son:

- Mordida cruzada anterior: relación invertida entre los maxilares, es decir, el maxilar está por detrás de la mandíbula.
- Mordida cruzada posterior: uno o más dientes se encuentran lingualizados o vestibularizados en sentido transversal en relación a los que consideramos oclusión normal. Un diente superior se encuentra en relación hacia palatino (o lingual) del inferior.
- Sobre mordida vertical (over bite).
 - Ideal: las superficies incisales de los incisivos inferiores hacen contacto con las superficies palatinas de los incisivos centrales en oclusión céntrica.
 - Reducida: cuando las superficies incisales de los incisivos inferiores tocan el paladar, en relación céntrica.
 - Mordida abierta anterior: las superficies incisales de los incisivos inferiores están por debajo del nivel de las superficies incisales de los centrales superiores en oclusión céntrica.
- Sobre mordida horizontal (over Jet):
 - Ideal: una protrusión incisiva positiva no excede de 2 mm medida desde el borde incisal de los centrales superiores.
 - Aumentada: protrusión incisiva positiva de más de 2 mm.
 - Borde a borde: los incisivos superiores e inferiores permanentes están en una posición en que los respectivos bordes incisales están en contacto.

3.2.5 Hábitos nocivos.

Un hábito, puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida que se repite frecuentemente, y que a cada repetición se hace menos consciente.

Los hábitos nocivos pueden llegar a ser lesivos a los dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, ATM y provocar maloclusiones por la

ruptura del equilibrio de las fuerzas e inducir alteraciones en las posiciones de los dientes y en el desarrollo de los maxilares.

Etiología de los hábitos:

- Instintivos: [...] en un principio es funcional pero puede tornarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.
- Placenteros: Se llevan a cabo por gusto.
- Defensivos: el paciente con rinitis alérgica, asma, etc.
- Hereditarios: algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear per se un hábito concomitante a dicha malformación.
- Adquiridos: La fonación nasal en los fisurados.
- Imitativos: la forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc.

Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción de los hábitos:

- Duración: Infantil (hasta los 2 años de edad), Preescolar (2-5 años), Escolar (6 a 12 años).
- Frecuencia: Intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos).
- Intensidad: Poco intensa (sin mayor actividad muscular). Intensa (la contracción de los músculos de la periferia es fácilmente apreciable).⁷⁶

Los hábitos bucales frecuentemente asociados con cierto tipo de maloclusiones son: deglución inmadura, respiración bucal y succión del pulgar. La persistencia de éstos, puede influir sobre el crecimiento óseo y el desarrollo dentario, pudiéndose ver esta desviación potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo.⁷⁷

⁷⁶ www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp

⁷⁷ Boj J. Op. Cit. pág. 380.

Deglución anómala.

Es una continuación de la deglución infantil después de la aparición de los dientes anteriores en la dentición primaria. En ésta se hace evidente la ausencia de contacto entre ambos maxilares por interposición lingual, donde la deglución es iniciada y en gran medida guiada por intercambio sensorial entre los labios y la lengua interpuesta.

Maloclusión asociada: La falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar superior, presentando con frecuencia una mordida cruzada anterior por la interposición lingual entre los incisivos que impide la erupción de los dientes anteriores.

Respiración bucal.

Generalmente está relacionada con la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

Maloclusión asociada: En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.⁷⁸

Succión digital.

Este hábito se presenta con mucha frecuencia, suele terminar a los 3 o 4 años de edad, aunque puede prolongarse hasta los 12. En muchas ocasiones es secundario a ciertos trastornos emocionales asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.

⁷⁸ Ib. pág. 380.

Maloclusión asociada: Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición, intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión, ya que en algunos casos, su incidencia es muy escasa y, por el contrario, puede producir una mordida abierta con un franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores.

Un efecto similar producirá la succión del chupón, que en niños mayores de 2 años inhibirá el crecimiento de los procesos alveolares, provocando una mordida abierta.⁷⁹

Succión labial.

Se observa frecuentemente en niños con un pronunciado resalte en la mordida.

Maloclusión asociada: Se llega a observar protrusión de los incisivos inferiores, además de una sobremordida horizontal.

Onicofagia.

Se refiere a la mordedura de uñas.

Maloclusión asociada: Se produce un desgaste dentario y puede afectar en la proyección de la mandíbula.

Bruxismo.

Es el apretamiento (bruxismo céntrico) o frotamiento de los dientes (bruxismo excéntrico) que suele ser agresivo, repetitivo o continuo, de día (diurno) o de noche (nocturno). También conocido como el rechinar de los dientes.

⁷⁹ Ib. pág. 380.

Afecta a adultos y niños sin predilección de sexo. El apretamiento es el cierre continuo o intermitente de los maxilares bajo presión vertical, el frotamiento o rechinar es una excursión repetitiva en sentido horizontal.⁸⁰

Es un movimiento parafuncional, un contacto dentario distinto de los de la masticación y deglución.

Maloclusión asociada: Puede ocasionar desgaste dentario, generalmente en caninos y molares, además de causar repercusiones sobre las articulaciones temporomandibulares.*

No es labor del odontólogo el tratamiento psicológico del niño o adolescente, pero sí la capacidad de realizar interconsultas con profesionales de la Psicología, orientación familiar, fonoaudiólogos, terapistas del lenguaje, etc. es de gran utilidad.

La detección de los agentes que pudieran estar desencadenando el hábito, y su apropiado tratamiento facilitará la intercepción del mismo y su definitiva erradicación, un aparato utilizado inapropiadamente puede modificar el patrón de un hábito y convertirlo en otro aún más perjudicial o enmascarar la aparición de otro tipo de patologías como tics nerviosos, cuadros depresivos y hasta suicidios.⁸¹

3.3 Índices de salud bucal.

La pertinencia de abordar los índices de salud bucal dentro de la tesina es con la finalidad de tener presente su aplicación y sus valores, ya que en la última parte de la misma (Asociación entre factores psicosociales y salud bucal.) mencionaremos valores de incidencia y prevalencia de algunas enfermedades bucales de acuerdo a índices específicos.

Los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la prevalencia de determinadas enfermedades o condiciones

⁸⁰ <http://es.wikipedia.org/wiki/Bruxismo>

⁸¹ www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp

en una comunidad; también pueden indicar el grado de severidad en que se encuentran esas enfermedades.

- Índice con la pieza dental como unidad de medida (ICAO o CPO)

Es el índice odontológico más utilizado, tiene la ventaja de medir el nivel de prevalencia de caries en un grupo amplio de población.

Las iniciales significan: C, número de dientes secundarios cariados no tratados; A o P, número de dientes secundarios ausentes o perdidos; O, número de dientes secundarios obturados o restaurados.

En el caso de niños con dentición temporal o mixta se utiliza el índice ceo, y significa: c, número de dientes primarios cariados y no restaurados; e, número de dientes primarios indicados para extraer; o, número de dientes primarios obturados.

A cada diente se asignará un número de acuerdo al siguiente código:

0 = espacio vacío (ausencia del diente por causas ajenas a caries).

1 = diente secundario cariado.

2 = diente secundario obturado.

3 = diente secundario extraído.

4 = diente secundario con extracción indicada.

5 = diente secundario normal.

6 = diente primario cariado.

7 = diente primario obturado.

8 = diente primario con extracción indicada.

9 = diente primario normal.

En niños de 12 años de edad establece la siguiente escala CAO(D) para gravedad de caries: 0 a 1.1, muy bajo; 1.2 a 2.6, bajo; 2.7 a 4.4, moderado; 4.5 a 6.5, alto; mayor a 6.6, muy alto.⁸²

- Índice de higiene oral simplificado (IHOS)

Permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Se miden dos aspectos:

1. La extensión coronaria de residuos o *índice de residuos (IR)*.
2. La extensión coronaria de cálculo supragingival o *índice de cálculo dental (IC)*.

El examen se realiza en seis dientes: en incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y dos primeros molares inferiores.

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los *índices de residuos*:

- 0 = ausencia de materia alba o manchas extrínsecas.
- 1 = residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente.
- 2 = residuos blandos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
- 3 = residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes del diente.

Los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas.

Puntuación para el *índice de cálculo dental*:

- 0 = ausencia de cálculo.
- 1 = cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente.

⁸² Koch G. pág. 220.

2 = cálculo supragingival que cubre más de la tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente.

3 = cálculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes del diente.

Los resultados se valoran según la siguiente escala:

0.0 a 1.2 = Buena higiene bucal.

1.3 a 3.0 = Higiene bucal regular.

3.1 a 6.0 = Mala higiene bucal.⁸³

- Índice de O'Leary

Para realizar el conteo respectivo, los dientes se tiñen con una sustancia reveladora y las superficies teñidas se cuentan considerando las caras mesial, vestibular, distal y lingual. La cifra obtenida se divide entre el número de caras presentes en la boca y se multiplica por 100. Un índice mayor de 10 implica la necesidad de tratamiento de eliminación.⁸⁴

- Índice gingival de Løe y Silness.

Se puntúa cada unidad gingival (los sectores bucal, lingual, mesial y distal) de cada diente.

Se le da un valor de acuerdo a la presencia de inflamación, cambio de color y hemorragia de acuerdo al siguiente código:

0 = sin inflamación, encías normales.

1 = inflamación leve, cambio ligero de color y poco cambio de textura.

2 = inflamación moderada, brillo moderado, eritema, edema e hipertrofia marcados, tendencia a la hemorragia espontánea.⁸⁵

⁸³ Ib. pág. 221.

⁸⁴ Ib. pág. 222.

⁸⁵ Katz S, McDonald J, Stookey G. Odontología preventiva en acción. Editorial Médica Panamericana. 3a. ed. México, 2000 pág. 129.

-Índice periodontal de Rusell.

Al realizar el examen, cada diente recibe una nota de acuerdo con el estado de salud de sus estructuras de soporte. A continuación se presentan los criterios referentes a observaciones clínicas:

Grado 0. Negativo o ausencia de inflamación gingival.

Grado 1. Gingivitis incipiente. Cuando hay inflamación de la encía libre.

Grado 2. Gingivitis. Hay inflamación que circunscribe al diente sin haber desprendimiento de la inserción epitelial.

Grado 6. Periodontitis. Hay desprendimiento de la inserción epitelial y formación de bolsa. Diente firme en el alvéolo, no hay migración del diente.

Grado 8. Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. El diente suelto o movido. Puede estar comprimido en su alvéolo.⁸⁶

⁸⁶ Hernández PJ, Tello LT, Hernández TF, Rossette MR. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. *Revista ADM*, 2000; LVII(6):224.

4. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD BUCAL.

4.1 Factores psicológicos.

En realidad, los factores psicológicos no tienen relación directa con la mayoría de los problemas de salud bucal, es decir, la presencia de dichos elementos no llevan al desarrollo de la caries, la gingivitis, etc. Solo en el caso de las maloclusiones derivadas de hábitos nocivos bucales sí se encontraría una relación directa, pues algunos de los factores etiológicos de las maloclusiones son las alteraciones psicológicas.

En el resto de las enfermedades bucales, los factores psicológicos influyen sobre la búsqueda, aceptación y apego al tratamiento odontológico, conductas que sí repercuten en el estado de salud bucal.

4.1.1 Estados emocionales y la consulta dental.

4.1.1.1 Ansiedad.

“En la consulta odontopediátrica, el niño, los padres y el profesional están, de forma habitual, en un estado de ansiedad elevada. El problema surge cuando uno de ellos o todos, pasan de tener una ansiedad adaptativa a estar en un estado de ansiedad patológica.”⁸⁷

En los niños, la ansiedad odontológica se halla asociada a baja tolerancia al dolor, frustraciones y miedo a los médicos en general. En su etiopatogenia intervienen dos factores, una mala experiencia odontológica previa y unos padres temerosos que transmiten dichos temores al niño, mediante mecanismos directos (comportamiento inquieto o agitado en la sala de espera del consultorio) o indirectos (actitudes negativas hacia la odontología).

⁸⁷ Barbería L. ¿Es necesario cambiar la atención odontológica del niño? Gaceta dental. 2005, (162):90

“El tiempo que el paciente espera para ser atendido contribuye a aumentar la ansiedad en forma innecesaria.”⁸⁸

4.1.1.2 Miedo, temor y fobia.

Los temores que con mayor frecuencia sienten los pacientes en general, con relación a los tratamientos dentales son: dolor; deslizamiento accidental, el ruido o el dolor que pueden causar las fresas; las agujas; la pérdida de dientes; intervenciones quirúrgicas; miedo a lo desconocido, miedo a sufrir daño físico o lesiones corporales, miedo a la pérdida de control, miedo derivado de los sentimientos de impotencia y dependencia.

El miedo se presenta como el mayor problema de manejo de la conducta. El miedo y la ansiedad pueden hacer que el niño sea más difícil de tratar y aún más por el hecho de que bajan el umbral del dolor.

Normalmente, los temores de los niños son transitorios y no obstaculizan su vida diaria, pues como ya se mencionó en la primera parte, se considera que los niños menores de 6 años son incapaces de recordar con exactitud las experiencias vividas hace 24 horas. Aunque Sonis menciona que “[...] un solo suceso puede ocasionar que la persona sienta miedo de por vida, cuando vuelve a percibir cualquier elemento de la situación traumática, que pudo haber ocurrido varios años antes, pero que recuerda con la misma intensidad.”⁸⁹

En el consultorio odontológico, los niños expresan el temor de muchas formas: unos se niegan abiertamente a entrar en el consultorio, abrir la boca cuando se les pide; otros pueden gemir, llorar, gritar, luchar, tener regresiones, presentar dolor de estómago o vómitos, etc.; otros lo expresan menos abiertamente y sólo podemos detectarlo por la tensión muscular o la expresión facial.

⁸⁸ Echeverría J. pág. 1377

⁸⁹ Sonis S. Op. Cit. pág. 6

En muchas ocasiones, si el odontólogo no es capaz de disipar estos miedos o temores en el paciente pediátrico, éstos pueden evolucionar en una fobia, que dentro del consultorio dental pueden expresarse como episodios de síncope agudos. Y un proceso para resolver una odontofobia verdadera puede requerir un largo periodo de psicoterapia individual y sedación farmacológica coadyuvante.⁹⁰

4.1.1.3 Frustración, ira y negación.

Una vez que el paciente asiste a la consulta odontológica y se da cuenta de que está enfermo, los pacientes pueden sentirse frustrados por su estado, lo que genera en ocasiones sentimientos de agresividad expresados a menudo como irritabilidad, mal carácter, ira y exigencias.

La ira se puede expresar a través de otras conductas, como incumplir las órdenes, no acudir a las citas o llegar tarde a las mismas.

En otros casos, para evitar estos sentimientos los pacientes llegan a recurrir a la negación, hasta el punto en que prefieren pasar por inexistente su padecimiento dental, para así evitar sus citas.

4.1.1.4 Estrés.

Éste puede ser uno de los factores psicológicos que directamente puede ocasionar alteraciones en el sistema estomatognático, pues sus efectos influyen en la musculatura y ocasionan el síndrome temporomaxilar, que se caracteriza por la presión ejercida de la mandíbula contra el maxilar, produciendo el contacto continuo de las piezas dentales (bruxismo).⁹¹

Un grupo de factores que explican la respuesta variable de los niños al estrés se refiere a su adaptabilidad/vulnerabilidad, las diferencias de temperamento y de sexo. Otros factores son la experiencia del niño y la calidad de sus relaciones familiares.

⁹⁰ Ib. pág. 8

⁹¹ Cruppi M. Op. Cit. pág. 50

Puede ocurrir, que el paciente no haya presentado signos de estrés sino hasta que está en el sillón dental o en la espera de recibir atención dental.

4.1.1.5 Boca y dientes como espacio corporal interno.

Como se mencionó en la primera sección de esta tesina, la boca puede tener múltiples significaciones para cada uno de los pacientes. Y el hecho de que el odontólogo “invada” esta cavidad puede despertar reacciones diversas en el niño mientras lo estamos atendiendo.

Así pues, por ejemplo, con la lengua, el paciente puede llegar a manifestar sensaciones de ansiedad y de ira cuando siente que su odontólogo se impacienta o se muestra deshumanizado y descuidado.

Si el paciente fue niño frustrado e irritable por dificultades con la alimentación, estos sentimientos pueden “activarse” durante la visita al odontólogo, expresándose como irritación contra el mismo.

La situación odontológica reactiva fantasías sadomasoquistas, como morder, ser mordido, triturar, ser triturado, desgarrar, ser desgarrado, originadas en el significado agresivo del diente.

4.2 Influencia de la familia.

La familia conjuga los factores psicológicos y sociales, y puede determinar en forma inconsciente la conducta del paciente odontológico pediátrico.

4.2.1 Relación entre la actitud de los padres hacia la atención dental y su efecto en los niños como pacientes en odontopediatría.

En la primera parte del trabajo, cuando abordamos los factores psicosociales, se mencionó que puede existir una influencia negativa de los padres hacia los hijos, pues les transmiten sentimientos encontrados acerca de la consulta odontológica.

Enseguida abordaremos algunos aspectos que determinan la forma en que los padres enfrentarán la atención de sus hijos en el consultorio.

La responsabilidad de la salud de niños pequeños corresponde a los adultos. Por tanto, la evaluación de la percepción de los padres acerca de los problemas de salud bucal, incluyendo síntomas, enfermedad y su tratamiento, influencia la calidad de vida de los niños. Desafortunadamente, habitualmente los padres no tienen conocimientos ni se plantean cómo preparar a su hijo para el tratamiento dental. Así pues, {la orientación de los padres y una temprana socialización de los niños con el dentista han demostrado que pueden influir en una mejor utilización de los servicios de atención odontológica.

Mucho influyen las características de los padres para la adherencia terapéutica de sus hijos. Algunos investigadores han reportado que el apego al tratamiento se vincula de manera directa con el apoyo que los familiares otorgan a los pacientes; y en un estudio se reportó que el 83.3% de los casos contaba con el apoyo familiar para estimular a los niños a continuar con el tratamiento. Por otro lado, el factor económico fue la causa de que 50% de los pacientes no se apegaran al tratamiento odontológico.⁹²

La influencia de la educación de los padres ha sido mostrada también, observando que los niños y adolescentes usan los servicios dentales en proporción directa al grado de escolaridad de sus padres.⁹³

En muchas ocasiones los padres pueden sentirse atemorizados por la posibilidad de que el dentista los rechace, critique o incluso los humille a causa de su negligencia en lo que atañe a los cuidados dentales; además de que sentirá lesionada su autoestima al exponer sus hábitos personales inadecuados, que ha estado transmitiendo al niño.

⁹² Gárate EC. Factores asociados al nivel de apego terapéutico en niños con tratamiento estomatológico prolongado en la Clínica Reforma. *Revista ADM*, 2006;LXIII(1):21

⁹³ Lara FN, López CV. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Revista ADM* 2002, LIX (3):104

“Se estima que el 89% de las personas experimentan algún grado de ansiedad ante los tratamientos odontológicos y que el 41% de los adultos retrasan su visita al odontólogo por miedo. La tasa de fobias odontológicas es de 8 a 15% de la población. Un porcentaje superior al 25% aplaza la consulta odontológica hasta la presencia de síntomas, como dolor u otros.”⁹⁴

La conducta del niño en el consultorio odontológico refleja la relación entre hijo(a) y padres. Una buena relación se caracteriza por el equilibrio entre las necesidades respectivas del niño y de sus padres. Para el inconsciente del niño, el dentista, como persona adulta, es el representante de la figura de sus padres.

La ansiedad de los padres está relacionada con su propia historia odontológica, que si fue traumática despierta en ellos fantasías sádicas, que son depositadas en el odontólogo y también transmitidas al niño. Conforme a esto, la ansiedad durante una situación dental en un niño sin experiencia previa se relaciona íntimamente con la de su madre.

El paciente llega al dentista con sentimientos contradictorios. Por un lado lo percibe, al igual que en toda profesión médica, como un ser dotado de poderes (reales y fantasiosos) que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo es a la vez una figura amenazadora, dado los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la zona bucal.

En las fantasías de los padres, al llevar a sus hijos al consultorio, el odontólogo les despierta ansiedades de tipo paranoide (desconfianza), lo cual puede moverlos a abandonar el tratamiento, rechazar tratamientos, sentir temor por el odontólogo, padecer enfermedades continuamente, etc.

4.3 Factores sociales.

El nivel socioeconómico tiene asociación con la salud bucal debido a que muchas personas de bajos recursos no tienen acceso a los elementos para realizar su higiene bucal y mucho menos para pagar un servicio de atención

⁹⁴ Echeverría J. Op. Cit. pág. 1380.

odontológica. El nivel de escolaridad, la ocupación e ingreso económico de los responsables de los niños son aspectos que, aunados a la falta de cultura sobre el cuidado de la salud, repercuten directamente sobre la presencia de problemas de salud bucal.

El impacto de los factores sociales sobre la maloclusión y los hábitos nocivos estaría asociado al hecho de que, una familia de bajos recursos, rara vez acudiría a un consultorio dental para prevenir o tratar un problema de este tipo. El único dato que se encuentra en las publicaciones es que, “la gravedad de la presencia de maloclusiones es mucho mayor en los países subdesarrollados.”⁹⁵

4.3.1 Asociación con la presencia de placa dentobacteriana.

El estado socioeconómico puede ser una variable asociada a la higiene bucal por dos motivos. Por un lado, en muchos países en desarrollo, el cepillado y la pasta dental son componentes normales de las prácticas de higiene, pero por razones económicas muchas familias pobres no tienen acceso a estos métodos. Por otro lado, el nivel socioeconómico se relaciona con una mayor utilización de servicios de salud bucal.

Los niños con alto nivel socioeconómico tuvieron mejores niveles de higiene bucal, a diferencia de los niños más pobres.

Los niños de mejor posición económica no solamente utilizan servicios de salud privados, sino que además poseen menor índice de placa dentobacteriana. El menor porcentaje de placa dentobacteriana (34.1%) se observó en los niños cuya madre tenía una actitud positiva hacia la salud bucal de su hijo, mientras que la mayoría (22.4%) de hijos de madres con actitud negativa mostraron higiene bucal inadecuada.

Se ha observado que los niños más pobres reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista que sus

⁹⁵ Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en niños mexicanos. *Revista ADM* 2004;LX(6):211

contrapartes más prósperos, y además tienen, por lo general, mayores necesidades insatisfechas de salud bucal.

4.3.2 Asociación con la presencia de caries.

Los factores sociales al afectar las condiciones de vida del individuo influyen también sobre muchas de las variables asociadas a la susceptibilidad o resistencia al proceso carioso. Se han encontrado índices de incidencia y prevalencia más elevadas en niños de estrato socioeconómico bajo. Así también, se ha encontrado correlación entre la prevalencia de caries y el estatus social, el nivel educacional de la madre, nivel de ingreso mensual y percepción positiva del estado dental, nivel socioeconómico y profesión del padre.⁹⁶

Stamm reveló que, en los niños de 6 y 7 años, los de la clase alta tienen el doble de restauraciones que en el grupo socioeconómico de más bajos ingresos, pese a que este último grupo tendría un índice CPO más alto. Los investigadores encontraron que había mejor práctica de la higiene bucal entre los niños que asistían a escuelas consideradas socialmente superiores.⁹⁷

En contraparte, se observó un incremento en la incidencia de caries en niños pertenecientes a clases altas con poder adquisitivo para aumentar el consumo de golosinas a base de glucosa y sacarosa.

En México se reportaron calificaciones más altas de caries dental en las zonas rurales comparadas con los centros urbanos.

Enseguida se presentan algunos factores que podrían llegar a relacionarse con el comportamiento de la caries:

Escolaridad del padre. La escolaridad del padre no muestra correlación.

⁹⁶ Romo PMR, Herrera MIJ, Bribiesca GME, Rubio CJ, Hernández ZM, Murrieta PJF. Caries dental y algunos factores en escolares de Cd. Nezahuacóyotl. Bol Med Hosp Infant Mex, 2005 marzo-abril; 62:125

⁹⁷ McDonald R. Op. Cit. pág. 52

Escolaridad de la madre. Estudios como el de Evans y col, encontraron que un mejor estado de salud dental estaba asociado con un incremento en el nivel educacional de la madre. Por cada nivel de escolaridad de la madre se representará 0.720 órganos dentarios menos afectados por caries en los niños.

Ocupación del jefe de familia. No representa correlación con las variables CPOD ni cpo.

Ingreso económico por familia. Por cada nivel de ingreso familiar mensual se presentará 1.594 superficies dentarias menos afectadas por caries en los niños.⁹⁸

Se ha encontrado un menor impacto de los factores sociales sobre el perfil de caries en el sexo masculino con relación a femenino, tal vez por los patrones culturales de nuestra población, que influyen en el trato que reciben las niñas en su educación familiar y que es diferente al que reciben los niños; los cuales al tener más libertades, probablemente tienen menos atención y control en el cuidado de su salud.

Diversos estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal [sic] de los niños de 6 años [...]. Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es de 2.23.⁹⁹

⁹⁸ Romo PMR. Art. Cit. pág. 132

⁹⁹ Medina SC. Art. Cit. pág. 274

4.3.3 Asociación con la presencia de gingivitis.

A nivel mundial, los reportes de prevalencia de enfermedad periodontal muestran que el riesgo se ve aumentado por la pobreza y limitantes culturales.

Se podría pensar que las condiciones de vida en el campo, por sí mismas son un factor que pudiese afectar adversamente el estado de salud oral, sin embargo, esta premisa es errónea, ya que este factor sólo se torna adverso, sólo cuando se combina con un nivel familiar de ingresos bajos, a lo que se pudiera agregar una segregación de carácter histórico que por generaciones haya influido en la pobre o nula educación y cultura de dicho sector, además, en los niños con malnutrición y bajo peso se ha reportado una mayor presencia de enfermedad periodontal.

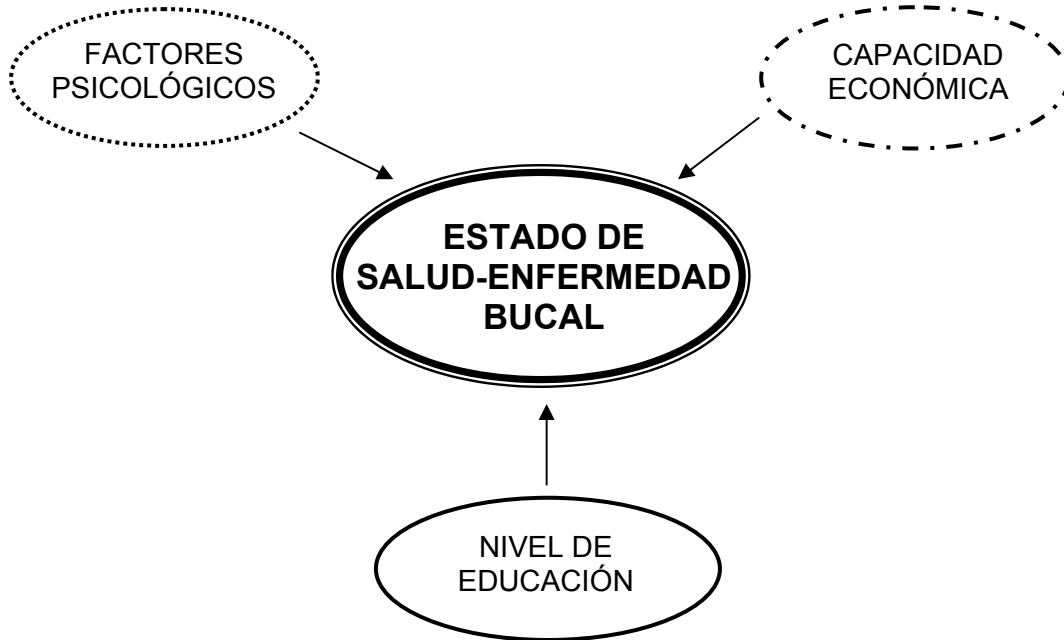
La prevalencia de la enfermedad periodontal por área de residencia, el promedio encontrado fue relativamente mayor para escolares de la zona rural que para los del área urbana.

El promedio del componente de cálculos del índice de higiene oral para los escolares de la zona rural fue mayor en una cifra de 0.075 en comparación con los del área urbana.¹⁰⁰

Por todo lo anterior, la esquematización de la asociación de los factores psicosociales con la salud bucal se presenta en la *figura 3*. Algunos de éstos tienen influencia directa sobre los pacientes pediátricos, otros influyen indirectamente a través de los padres.

¹⁰⁰ Hernández PJ. Art. Cit. pág. 226

Figura 3. Realidad respecto al estado de salud bucal.



CONCLUSIONES

Generalmente pasamos por alto o damos por hecho que todo paciente cursa por diferentes procesos psicológicos antes, durante y después de someterse a la atención odontológica, así como también el hecho de que tratamos con individuos sociales, cuyo medio ambiente los influencia; todo esto repercute en el grado en que el individuo está consciente de su estado de salud general y bucal.

Una vez concluido este trabajo, queda clara la importancia de educar a los padres para que se hagan verdaderamente responsables del estado de salud de sus hijos. Pues se ha visto la influencia negativa que pueden ejercer sobre los niños al transmitirles los sentimientos propios de ansiedad, miedo, temor, entre otros, derivados de sus propias experiencias negativas.

Hay que reconocer que un paciente con problemas de salud bucal es un paciente enfermo, y que estos padecimientos lo ponen en riesgo para desarrollar enfermedades que afectarán su salud general, y por ende su calidad de vida.

Partiendo de que el proceso salud-enfermedad es colectivo, no se puede mejorar contemplando al individuo aislado de su medio natural-social, los profesionales de la salud, estamos obligados a buscar el respaldo de instituciones y del mismo gobierno para cambiar los sistemas de atención sanitaria. Pues es increíble que ya entrados en el siglo XXI, la prevalencia de enfermedades bucales sea tan elevada y que poco se haga por incrementar el nivel de cultura de salud bucal. En este aspecto debemos aplicar nuestro papel de educadores para la salud, pues en los niños existe un campo muy fértil, en el que podemos incidir, considerando que muchas veces tenemos la posibilidad de educar a los padres a través de los hijos.

Es nuestra tarea buscar su explicación en los factores psicológicos y socioeconómicos, que dan cuenta de la desigualdad de los daños a la salud

de la población. Debemos ser capaces de identificar las necesidades de tratamiento de cada uno de los pacientes, así como adaptar los procedimientos de acuerdo a los factores psicosociales que rodean al individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- "Nivel de vida." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.
- Barbería L. ¿Es necesario cambiar la atención odontológica del niño? *Gaceta dental*. 2005, (162):88-104
- Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Odontopediatría. MASSON, España 2004, 515 pp.
- Brunet I, Morell A. Clases, educación y trabajo, Editorial Trotta, España, 1998, 541 pp.
- Carranza F. Perry D. Periodontología Clínica. McGraw-Hill Interamericana, México 1998, 310 pp.
- Cruppi M. Amdén H. Psicodontología pediátrica. Técnicas para el tratamiento del miedo. GS Gráfica. Argentina 2005, 64 pp.
- Diccionario de Psicología, Ediciones Orbis, Barcelona, 1985, A-H 155 pp, I-Z 179.
- Diccionario Enciclopédico ilustrado de Medicina Dorland, McGraw-Hill Interamericana, 9a. ed. España, 1992 Vol. 1, 1029 pp. Vol. 2, 890 pp.
- Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Para tu computadora, Harcourt, 5a. ed. España, 2000.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Salvat, 13ª. ed. México, 1993, 1319 pp.
- Echeverría J, Cuenca E. El manual de odontología, MASSON, España, 1995, 1615 pp.
- Encinas R. El anciano y la familia. Publicación original, Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. 1997.

- Gárate EC. Factores asociados al nivel de apego terapéutico en niños con tratamiento estomatológico prolongado en la Clínica Reforma. *Revista ADM*, 2006;LXIII(1):19-22.
- Gist N, Fleis S. Sociedad Urbana. Ediciones Omega, 2a. ed., España 1973, 780 pp.
- Hernández PJ, Tello LT, Hernández TF, Rossette MR. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. *Revista ADM*, 2000; LVII(6):222-230.
- Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 1997, nov.-dic;13(6):591-5.
- Higashida B. Odontología Preventiva. McGraw-Hill Interamericana. México 2004, 304 pp.
- Katz S, McDonald J, Stookey G. Odontología preventiva en acción. Editorial Médica Panamericana. 3a. ed. México, 2000, 366 pp.
- Klorman R, Michael R, Hilpert PL, Sveen OB. A further Assessment of Predictors of the Child's Behavior in Dental Treatment. *J Dent Res* 1979, December;58(12):2338-2343.
- Koch G, Modeér T, Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediatría Enfoque Clínico. Editorial Médica Panamericana. Argentina 1994, 281 pp.
- Lara FN, López CV. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Revista ADM* 2002, LIX (3):100-109.
- Martín A, Cano J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, ELSEVIER, 5a. ed. España, 2003, Vol. I, 952 pp.
- McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Médica Panamericana. 5a. ed. Argentina 1990, 831 pp.
- Medina SC, Maupomé G, Ávila BL, Pérez NR, Pelcastre VB, Pontigo LA. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* 2006;17:269-286.

- Medina SCE, Segovia VAS, Estrella RR, Maupomé G, Ávila BL, Pérez NR. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. *Gac Méd Méx* 2006, 142(5):363-368.
- Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en niños mexicanos. *Revista ADM* 2004:LX(6):209-214.
- Piédrola G, del Rey J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública, Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat Medicina, 9a. ed., España 1991, 1476 pp.
- Pinkham J. Odontología Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana. 3a. ed. México 2001. 735 pp.
- Rojas AG, Misrachi LC. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol* 2004, Jul-Ago;20(4).
- Romo PMR, Herrera MIJ, Bribiesca GME, Rubio CJ, Hernández ZM, Murrieta PJF. Caries dental y algunos factores en escolares de Cd. Nezahuacóyotl. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2005 marzo-abril;62:124-135.
- Shaffer H. Desarrollo social, Siglo XXI Editores, México, 2000.
- Sonis S. Secretos de la Odontología. McGraw-Hill Interamericana, 2a. ed. México, 2000, 319 pp.
- Talekar B, Rozier R, Slade G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007; 5:6.
- Varela M. Problemas bucodentales en Pediatría. Ediciones Ergon. España 1999. 265 pp.
- Wijk A, Hoogstraten J. Experience with Dental Pain and Fear of Dental Pain. *J Dent Res*, 2005, 84(10):947-950.

Zittle J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Harcourt Brace, 5a ed. España, 1998, 668 pp.

<http://seplan.jalisco.gob.mx/files/talleres/UdeG/CUCS/Estudios%20y%20proyectos/Diagn%C3%B3stico%20de%20Salud%20Oral%20en%20Escolares%20de%20Jalisco.doc>. Consultada el 08 de Septiembre de 2008

<http://es.wikipedia.org/wiki/Bruxismo> Consultada el 10 de Octubre de 2008.

www.amai.org/niveles.php Villegas A. Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos. Pulso Mercadológico. Consultada el 26 de Noviembre de 2007

www.amai.org/pdfs/revista-amai/revista-amai-articulo-20050427_164002.pdf
Consultada el 22 de Agosto de 2007

www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp Consultada el 07 de Septiembre de 2008