



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MODELO DE CREENCIAS SOBRE SALUD  
BUCODENTAL EN UNA MUESTRA DE MADRES Y  
PERFIL DE CARIES EN SUS HIJOS. DELEGACIÓN  
MAGDALENA CONTRERAS. D.F.**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**ANA MARÍA MORENO ALFARO**

**TUTORA: Mtra. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO**

**MÉXICO, D.F.**

**2010**



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.

---

Le agradezco a mi madre por apoyarme en todo el transcurso de mi vida y mucho más en esta etapa tan importante, por la dedicación, empeño y esfuerzo con el que logro hacer de mi una persona íntegra para la sociedad.

A mis abuelos que me han enseñado cosas importantes de la vida que no se aprenden en ninguna escuela, solo con experiencia que se adquiere a través de los años.

A mi novio Iroel que siempre estuvo conmigo para apoyarme en todo, especialmente cuando fue mi paciente y no se negó a ningún tratamiento odontológico que necesitara.

A mis tías, a mis primos y a mis amigos, que siempre estuvieron ahí cuando los necesitaba, con una sonrisa, con un “tú puedes” y a veces sin palabras sólo con una mirada o con un cálido abrazo, pero especialmente cuando fueron mis pacientes.

A mis maestros que siempre vieron algo especial en mí y algunos que me usaban de ejemplo, ellos me hicieron ver que el futuro estaba en el estudio pero sin olvidar que la familia también es importante.

Gracias a la Dra. Arcelia Meléndez y a la Dra. Conchita quienes escucharon pacientemente todas mis dudas de la tesina y sin saberlo me dieron consejos también de la vida.



---

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado la oportunidad de ingresar a sus instalaciones, pero agradezco aun más haber puesto en mi camino a tantos profesores, maestros y doctores que me brindaron un poco de su conocimiento tanto académico como de vida y que me hicieron sentir como una verdadera universitaria.



## ÍNDICE

	Página.
1. INTRODUCCIÓN.	5
2. ANTECEDENTES.	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	21
4. JUSTIFICACIÓN.	22
5. OBJETIVOS.	23
1.1 General.	
2.2 Específicos.	
6. METODOLOGÍA.	24
6.1 Material y método.	
6.2 Tipo de estudio.	29
6.3 Población de estudio.	29
6.4 Muestra.	29
6.5 Criterios	29
6.6 Criterios de exclusión.	29
6.7 Variables de estudio.	30
6.8 Variable independiente y variable dependiente.	30
6.9 Operacionalización de las variables.	31
7. Resultados.	32
8. Conclusiones.	45
9. Referencias Bibliográficas.	46
10. Anexos.	48



---

## 1. INTRODUCCIÓN.

---

La eliminación o control de factores de riesgo de las enfermedades bucales es la mejor estrategia de prevención para disminuir la susceptibilidad del huésped y en este sentido la educación para la salud se utiliza para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que la promuevan y no solamente en el campo de las conductas personales sino en el campo de la conciencia sobre las causas económicas ambientales de la salud y la enfermedad.

En el caso específico de los problemas de salud bucal que afectan a la población infantil los conocimientos acerca de su origen y prevención que la madre, el padre o las personas responsables de su cuidado tengan juegan un papel en la mayor o menor probabilidad de que el niño se enferme.

Según estudios nacionales e internacionales la caries dental sigue siendo el evento más frecuente en la infancia, está asociado a la mala higiene, hábitos inapropiados del uso del biberón y una mala alimentación, por mencionar algunas y si bien los padres y adultos son los que enseñan al niño, directa o indirectamente a adquirir hábitos y conductas saludables o no, además el aprendizaje proviene también del entorno social y lo que se aprenda será pilar para el futuro del infante, por lo que el presente estudio tuvo como objetivo estudiar las creencias sobre salud bucal que tienen las madres y ver como estas son reflejadas en la salud bucal del niños.



---

## 2. ANTECEDENTES.

---

La información obtenida a partir de estudios en población expuesta a riesgo es útil para la evaluación de las prioridades establecidas tanto por los individuos así como por los servicios de salud.<sup>1</sup>

En este sentido, la caries dental se caracteriza por ser una enfermedad de origen multifactorial que afecta a los tejidos duros y blandos de los dientes y en la que intervienen diferentes variables. Se le ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal al nivel mundial, en la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento y aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre 60% y 90% de la población tanto infantil como de la adulta.

En Latinoamérica, países como Colombia y Venezuela mencionan prevalencias elevadas de morbilidad por caries en niños de 5 años y las diferencias socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad.<sup>2,3</sup>

El ENSAB, (Colombia 1998) realizó un estudio sobre las prácticas de autocuidado y el cuidado bucal que inducen las mujeres en los niños que tienen bajo su cargo determinándose que el 33.9% de los individuos libres de caries tenían padres con actitud favorable ante la higiene bucal. Al relacionar la distribución de la caries dental con el nivel educativo de sus padres se observó que un 42.9% de niños libres de caries tenían padres con nivel de técnico superior y universitario.<sup>2</sup>

En las edades preescolares (0 a 5 años) la tendencia de la caries no es tan clara, por un lado son menos los estudios en estos grupos etáreos y por el otro, la mayoría de los programas preventivos se han concentrado en la población escolar de 6 y más años.

En el caso de la población infantil se ha demostrado la relación existente entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. Las prácticas o conductas son cualquier comportamiento o actividad que forman parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud.

Prácticamente todos los comportamientos o actividades humanas tienen alguna influencia ya sea negativa o positiva sobre la salud. Al respecto, Kinnby y col. en 1991 determinaron asociación entre la salud bucal de los niños preescolares y el grado de instrucción y nivel de conocimientos sobre salud bucal que tenían sus padres.<sup>2</sup>

Las prácticas generalmente no son individuales, es decir, provienen del grupo social del que hacen parte las personas, en cambio, los conocimientos provienen de diferentes fuentes con los que las personas tienen contacto en todas las etapas de su vida como los son los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con el núcleo familiar (abuelos, hermanos, padres) o dentro del grupo social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo), los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y las prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de los que ve, de lo que cree y de los que siente.<sup>4</sup>

En estudios sobre salud bucal de preescolares se ha considerado importante la utilización del modelo que se basa en la comunicación persuasiva para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las



Madres ya que el desconocimiento de los efectos devastadores de la caries es el principal factor de riesgo para que ellas puedan actuar de manera anticipada enseñando el valor del autocuidado de la salud bucal.<sup>2,4,5,6</sup>

Diferentes autores han reportado resultados de estudios que ponen en evidencia el perfil epidemiológico de caries dental: Wendt en 1992 reportó que aproximadamente 30% de los preescolares examinados presentaban caries inicial o manifiesta y en el estudio que realizó siete años más tarde en la misma población, mostró un incremento de la media de caries de 0.9 superficies dentarias para niños libres de caries entre 3 a 6 años y de 4.5 para niños del mismo grupo que presentaban caries manifiesta.

Rivera en Venezuela observó que la prevalencia de caries en los dientes primarios a partir de los 6 años se presentaba con más de 3 dientes cariados en promedio.

De esta forma, se ha encontrado que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de caries de preescolares y la educación e ingresos de sus padres. Borutta y Detsch observaron en niños preescolares de zonas rurales que la educación de los padres estaba significativamente relacionada con la prevención de caries, las condiciones de higiene oral y de salud periodontal.

El estudio realizado por Chaudry y col. donde estudiaron una muestra de la población pakistaní demostró la existencia de significativas diferencias entre las conductas o comportamiento de salud bucal, los conocimientos y las actitudes de tres grupos socioeconómicos-demográficos estudiados. Las cifras de prevalencia de caries son muy variadas, pueden ser tan bajas como del 23.313% en Bulgaria y 63% en africanos. Los datos de prevalencia de caries en niños mexicanos se



muestran elevadas (95.5%). Ante esta realidad, resulta evidente que la atención curativa tiene un costo mayor que los gastos destinados a la prevención y control de las enfermedades bucales y que, solo a través de esta última vía, se puede disminuir la demanda de atención curativa que a futuro vaya requiriendo la ciudadanía.<sup>2,7</sup>

## **FACTORES DE RIESGO PARA CARIES DENTAL.**

En la etiología multifactorial de la caries dental y de la enfermedad periodontal se consideran varios factores de riesgo, si bien la caries dental causa la destrucción localizada de los tejidos duros del diente su aparición en niños se asocia a deficientes hábitos de higiene, uso prolongado del biberón, alto consumo de sustancias azucaradas, microbiota oral, susceptibilidad del huésped, el nivel socioeconómico.

La alimentación con leche materna es la más adecuada y se ha comprobado con resultados fehacientes que en niños que hacían uso del biberón el 91.7% de los casos la leche contenía azúcar; y de éstos 18 (75%) tenían caries rampante. El 83.3% de los niños con caries rampante dormía con el biberón en la boca y de éstos el 26.7% lo hacían solamente durante el día, 5 (33.3%) únicamente durante la noche y 6 (40%) tanto durante la noche como en el día. La mayoría (83.3%) de los encuestados no utilizaba chupones. De los 5 que usaban chupones ninguno empleaba sustancias azucaradas en ellos.

Cuando se investigó sobre las medidas empleadas por los padres para evitar la caries, destaca que el 48.4% no las conocían o no mencionaron alguna.<sup>3</sup>



Una adecuada salud bucal es importante para el buen funcionamiento del organismo, ya que la masticación está relacionada con la nutrición y por ende con la salud del individuo, en especial cuando se encuentra en una etapa de crecimiento, como es la del preescolar y escolar.<sup>8</sup>

Quizá por el hecho de que los preescolares poseen dentición temporal se le ha concedido menos importancia que a la población que cuenta con dientes permanentes, sin embargo, habría que considerar que los dientes deciduos además de ser la guía oclusal, constituyen un factor elemental para los permanentes, puesto que su estado de salud enfermedad repercutirá finalmente en los definitivos. En México se han adelantado estudios que abordan a preescolares entre 5 y 6 años como los realizados en Tláhuac y Tepepan y la prevalencia de caries es del 100% en el primero, y para el segundo la prevalencia es del 78% para niños de 5 años. En el Estado de México registraron 90% en niños de 5 a 9 años en dientes temporales. En la UAM de Xochimilco, obtuvieron un ceo-d de 4.26 en niños de 5 años.<sup>9</sup>

El estudio de Campeche dirigido a comprobar la posible asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares de la ciudad de Campeche constató que las madres con actitud positiva hacia la salud bucal de los hijos presentaron una media de escolaridad más alta que las con actitud negativa. La frecuencia de cepillado (ocurriendo al menos una vez al día) fue reportada por 71.5% de las madres, mientras que la placa dental fue detectada en 58% de los niños. De esta manera, 17.8% de los niños fueron asignados al grupo de higiene bucal inadecuada, 50.9% al grupo de higiene bucal regular y por último, 31.3% al grupo de higiene bucal adecuada. El mayor porcentaje de higiene bucal adecuada (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. Los sujetos que tenían acceso tanto a servicios de salud públicos como privados obtuvieron mayor porcentaje (37.4%) de higiene bucal adecuada, mientras que los niños que tenían acceso sólo a los servicios públicos manifestaron una alta frecuencia (20.0%) de higiene bucal inadecuada. En relación con el uso de servicios de salud bucal, el porcentaje más alto (19.5%) de higiene bucal inadecuada fue en individuos que no habían utilizado servicios de salud bucal durante el último año, mientras que, en los niños que sí los habían utilizado, el porcentaje fue de 14.0%. Los niños con alto nivel socioeconómico tuvieron mejores niveles de higiene bucal, a diferencia de los niños más pobres que presentaron peor higiene bucal.<sup>10</sup>

Respecto a la severidad de caries dental y aunque se ha observado una disminución de caries dental en las últimas décadas en algunos grupos poblacionales, principalmente en los países desarrollados, en los países en vías de desarrollo como México ésta disminución ha sido más discreta o menos rápida. Al respecto se han identificado a los sujetos que se encuentran afectados por lesiones de caries severas, por medio del tamaño de la lesión, así como identificar los factores que se encuentran relacionados a esta severidad. En el estudio de Campeche participaron 1 303 niños con una media de edad fue de  $4,3 \pm 0,8$  años. El 77,3 % de los sujetos perteneció al grupo de severidad de caries I, de los cuales 55.9% estuvieron libres de caries. El promedio del índice ceo-d y la prevalencia de caries (ceo-d>0) fueron  $1,5 \pm 2,5$  y 44.1%, respectivamente. Los sujetos con ceo-d>4 presentaban las lesiones cariosas de mayor severidad (71.4% contra 6.7%), lo cual resultó ser una diferencia estadísticamente significativa. En relación con el nivel socioeconómico y la higiene dental, observamos una relación leve pero significativa. La relación fue a menor nivel socioeconómico y a una higiene dental inadecuada, mayor severidad de caries.<sup>11</sup>



Los cambios en la prevalencia de caries dental en los países desarrollados se ha atribuido a factores, como programas de fluoración de la sal y el agua, uso de dentífricos con fluoruro, cambios en los criterios de diagnóstico, menos consumo de azúcares, uso de antimicrobianos, mejoras en los hábitos de higiene bucal, factores económicos y sociales y estilo de vida.<sup>12</sup>

Acerca de los países considerados en vías de desarrollo, se ha sugerido que presentan un dramático incremento en los índices de caries, lo cual, según algunos autores, se asocia al aumento en el consumo de azúcar.

La comparación de la experiencia de caries dental en niños de 6 y 7 años de edad, de la Delegación Xochimilco (México). La comparación se hizo con base en los datos obtenidos en dos cortes transversales, el primero realizados en 1984 y el segundo en 1992. Los índices de caries en la dentición primaria en el año de 1984, el promedio del índice ceo-d fue de 5.65, con una desviación estándar (DE) 3.35. En 1992 el índice ceo-d fue de 4.84 (DE 3.7).

En 1984 el promedio del índice CPO-D fue de 0.51 y en 1992 de 0.48. La prevalencia de caries dental fue elevada en los cortes, el porcentaje de niños que presentaba caries, ya sea en la dentición primaria o en la permanente, fue del 92.5% en 1984, y en 1992 fue de 85.4%. En 1984 se encontró sin caries únicamente a 10 niños (7.5%) y en 1992 a 14 (14.6%).<sup>13</sup>

La conveniencia del uso de una cartilla de salud bucal como herramienta para el registro del estado de salud dental de cada niño es un tema de actualidad, ésta permite a los padres de familia, maestros, odontólogos, instituciones de salud, conocer el estado de salud bucal de cada infante.

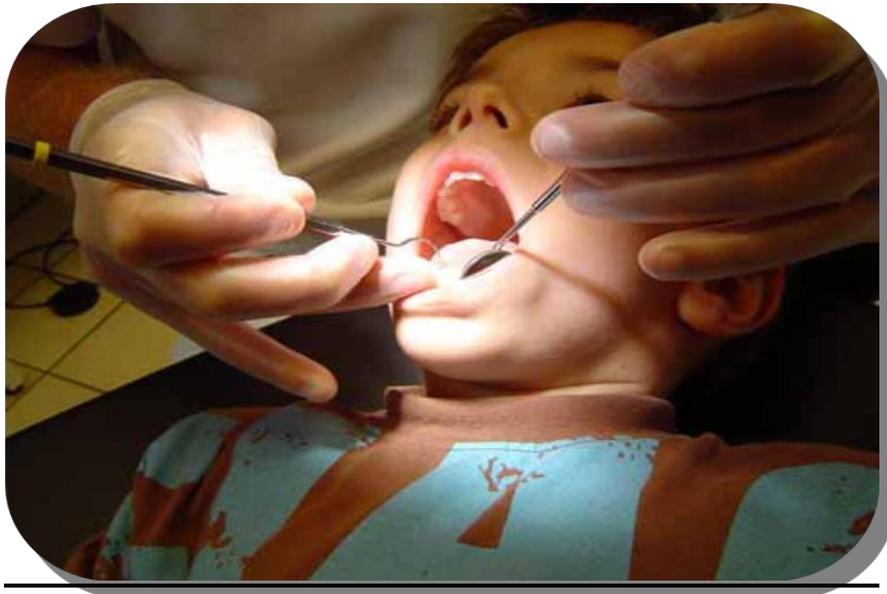


La cartilla de salud bucal fue entregada al inicio del ciclo escolar a través del departamento de educación preescolar del sistema educativo estatal, los profesores entonces conservan las cartillas de salud bucal correspondientes a cada uno de los alumnos hasta el momento de realizar las observaciones dentales. En el estudio participaron 964 niños y en todos los casos se evidencia disminución de caries en la cuarta observación con respecto a la primera observación gracias a la cartilla de salud bucal, esta disminución es estadísticamente significativa. De igual forma la diferencia de prevalencia de caries entre la primera y cuarta observación fue significativa en los niños.<sup>7</sup>

### **INDICADORES DE SALUD BUCODENTAL (CPO-ceo).**

Es un hecho que en individuos con mejor estatus social (nivel socioeconómico) disfrutan de mejor salud. Este hecho es conocido como el “**gradiente social en salud**”, el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social. La mayoría de las teorías que

explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza. Existen varias formas del estado de salud bucal en los individuos, en cuanto a la prevalencia y la intensidad o severidad de caries dental, los índices mundialmente utilizados son el ceo-d (cariado, extracción indicada y obturados por caries) para dentición temporal y CPO-D (cariados, perdidos por caries y obturados por caries) para dentición permanente.<sup>14</sup>



## **CARIES Y FLUORUROS.**

En México, aproximadamente desde 1978, la población escolar se ha visto sujeta a la aplicación de fluoruro tópico por medio de colutorios y gel.

El programa de fluoración de la sal, se puso en marcha a partir de 1991 y debido a que los dientes temporales no son beneficiados de manera directa sobre la estructura química de su esmalte con esta vía de fluoración, se adoptó por seguir aplicando fluoruro tópico como protección específica para esta dentición. Esto favorece que se pueda evaluar el



estado de salud oral de los escolares, cuando se encuentran sujetos a los programas preventivos basándose en fluoruro sistémico y local. La prevalencia de caries en dientes temporales de población escolar de 6 a 12 años fue de 63.84% de un total de 520 niños. Por otra parte el ceo promedio, para el total de la población fue de 2.34 el ceo promedio y la prevalencia de caries para el género femenino fue de 2.29 y 63.90% respectivamente y para el caso del género masculino de 2.39 y 64.16% el promedio de dientes temporales presentes en cavidad oral por niño fue de 11.61. El ceo promedio a los 7 años alcanza el valor más alto con 3.17 y una prevalencia de 72.17%, a partir de este punto, conforme avanza la edad, el valor de ceo disminuye hasta 0.33 a la edad de 12 años, en la que encontramos una prevalencia de 33.33%.<sup>15</sup>

Si bien los índices de caries en poblaciones de países desarrollados han mostrado reducciones considerables en los últimos 20 años, las causas de estos descensos se relacionan, principalmente, con la utilización de fluoruros y las estimaciones de la prevalencia y la severidad de la caries dental, así como las necesidades de tratamiento de la población escolar del DF se han examinado en la encuesta de caries dental que se llevó a cabo en 1988 con la finalidad de obtener datos basales sobre caries en los escolares al Inicio de Programa Nacional de Fluoración de la sal en México. La encuesta incluyó un total de 4 475 escolares de 5 a 12 años de edad. El 90.5% de la población examinada presentó caries dental, ya fuese en la dentición primaria o en la permanente; en particular, en los escolares de seis años, la prevalencia fue de 88.6%. En relación con la dentición permanente, la prevalencia de caries fue de 61.6%. El promedio de los índices de caries en dentición permanente para los escolares fue CPO-D = 2.07 y CPO-S = 3.09.<sup>16</sup>



## **MODELO DE CREENCIA EN SALUD.**

El modelo de creencias fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos, entre los que se encontraban G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, I.M. Rosenstock y H. Leventhal, pertenecientes al *Public Health Service* estadounidense. Este primer acercamiento surge con la intención fundamentalmente pragmática de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por tanto, su objetivo principal de estudio era la **prevención.**

Así pues, en estos primeros años, el Modelo de Creencias de Salud, centrado en la prevención, intenta explicar la conducta de salud de los sujetos sanos. Esto es, se centro en el estudio de la conducta de evitación de la enfermedad, debiendo pasar casi veinte años para que, bien entrada la década de los setenta del pasado siglo, el Modelo de Creencias de Salud se aplicase también a las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos y al cumplimiento de los regímenes médicos prescritos. En conclusión, el Modelo de Creencias de Salud tuvo en sus primeros años de vida, una doble dimensión, psicológica y social, un carácter eminentemente pragmático (en un primer momento a la prevención y más tarde al tratamiento).

El primer artículo que menciona el Modelo de Creencias de Salud, tal y como se conoce en la actualidad, es el de Kasi y Cobb (1966) apareció en *Archives of Environmental Health*. Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables:

- a) El **valor** que el sujeto atribuye a una determinada meta.



- b) La **estimación** que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

El Modelo de Creencias de Salud según Maiman y Becker (1974) contiene los siguientes términos:

- 1) El **deseo** de evitar la enfermedad o si sé está enfermo de recuperar la salud.
- 2) La **creencia** de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si sé está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.

**El Modelo de Creencias de Salud según Rosenstock (1974) contiene los siguientes puntos:**

- 1) **Susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud.** Valora como los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad.
- 2) **Severidad percibida.** Son las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla de tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por un lado las consecuencias médico-clínicas (dolor, incapacidad o muerte), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (relaciones sociales, capacidad laboral del sujeto, relaciones familiares).



- 3) **Beneficios percibidos.** Es el curso de acción específico que depende, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad. Aunque un sujeto este asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno.
- 4) **Barreras percibidas.** Barreras determinadas que se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o costoso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interacciona con lo anterior.

En conclusión, el Modelo de Creencias de Salud funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costos y beneficios para el sujeto, quien vería la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costos de tomarla.

Además, de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción. En el ámbito de la salud pueden ser:

- a) Internas (síntomas físicos o percepciones corporales).
- b) Externas (recomendaciones de los medios de comunicación, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos).



La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. A las creencias generales básicas, señaladas anteriormente los teóricos (Becker, Drachman y Kirscht 1972) que se han ocupado han ido añadiendo condiciones tales como las variables exógenas:

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Nivel cultural.
- Nivel socioeconómico.
- Conocimiento sobre la enfermedad.
- Motivación a la salud.

Las creencias no son sino tipos de conducta verbal, que se han adquirido a lo largo de la historia conductual del sujeto, funciones de control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente, (hay que cepillarse los dientes para no tener caries), y conductas de salud o de riesgo (cepillarse los dientes o no hacerlo), relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas. Por tanto será necesario atender, no sólo a las conductas de salud que lleva acabo el sujeto o a las creencias que manifiesta tener, sino también, y lo que es más importante, a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas.



El Modelo de Creencias de Salud ha servido en un gran número de investigaciones de los cuales podemos mencionar:

- Trastornos cardiacos (Becker y Levine 1987, Kreuter y Strecher 1995).
- Cáncer de pulmón (Kulik y Mahler 1987).
- Creencias de salud y práctica de la autoexploración de mama en la prevención del cáncer (Durá, Galdón y Andreu 1993).
- Consumo de tabaco (Weinberger, Greene, Mamlin y Jerin 1981).
- Hepatitis B (Bodenheimer, Fulton y Kramer 1986).
- SIDA (Gladis, Michela, Walter y Vaughan 1992).
- Cuidado dental (Kegeles y Lund 1982).<sup>17, 18</sup>



---

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

---

Uno de los problemas a los que se enfrenta la Educación para la Salud son las creencias sobre salud que poseen los padres, sobre todo las madres y que son producto del hábitus en que esa madre se formó y que en la mayoría de los casos, reproduce como modelo social.

En términos de salud bucodental está muy arraigada la creencia de que los dientes temporales o de “leche” se perderán al momento de la erupción de la dentición permanente por lo que algunas madres no creen necesaria la atención clínica para esta dentición por que se van a caer.

Es bien sabido que el cepillado dental elimina la biopelícula presente en la superficie dentaria, pero la frecuencia del cepillado no es una práctica común de algunos grupos sociales y la razón que las madres sostiene se sustenta también que es una dentición que finalmente va a perderse.

El factor económico también se constituye como un serio problema junto con el desconocimiento sobre los efectos devastadores que la caries dental tiene como principal enfermedad bucal, por lo tanto, surgió el siguiente cuestionamiento:

***¿Cuáles son las creencias más frecuentes en términos de la salud bucodental que tiene una muestra de madres de preescolares de la delegación Magdalena Contreras?***



---

## 4. JUSTIFICACIÓN.

---

El presente estudio se realizó con la intención de comprobar que la diferencia en niveles educativos y creencias subsecuentes entre las madres de un mismo grupo de niños, afectan la salud bucal de los mismos, como lo menciona la literatura actual.

Así mismo el estudio se centró en el grupo de edad menos analizado hasta el día de hoy, en especial en México, que es el preescolar comprendido entre los 3 a 5 años de edad, debido a que la falta de información sobre este grupo, lo convierte en altamente vulnerable.

También fue importante analizar si las madres tenían conocimiento sobre las ventajas de cuidar la dentición temporal y sus efectos favorables para la dentición permanente, así como demostrar que la prevención es económicamente benéfica frente al gasto que representa curar una boca enferma, como lo demuestran algunos estudios.



---

## 5. OBJETIVOS.

---

### 5.1 GENERAL.

Determinar las creencias sobre salud bucal de las madres de niños preescolares e identificar el perfil de caries dental de sus hijos. Magdalena Contreras. DF.

### 5.2 ESPECIFICOS.

- Determinar el perfil de creencias sobre salud bucal de las madres de preescolares.
- Identificar las razones que las encuestadas tienen para tener una adecuada higiene bucal.
- Determinar las creencias de las madres ante la salud bucal de su hijo preescolar.
- Identificar las creencias que hay en relación del embarazo, salud bucal y fenómenos naturales.
- Identificar las creencias de por qué se puede tener caries dental y la opinión que tienen de está.
- Determinar el índice ceo (d) y el índice IHOS en los niños preescolares.



---

## 6. METODOLOGÍA.

---

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO.**

Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron a todas las madres de niños que estudien el preescolar en el Jardín de niños CASI Cerro del Judío. La selección de la institución se realizó por conveniencia, de acuerdo con los contactos y la colaboración que presentó la directiva.

La población total después de aplicados los criterios de inclusión (madres que participaron en la encuesta, niños preescolares a los que sus madres les extendieron el consentimiento informado.) y de exclusión (encuestas con datos insuficientes, niños que sus madres no les firmaron la carta de consentimiento informado, niños que habiendo sido seleccionados no se encontraron por cualquier razón durante el lapso de exploración.), dieron como resultado una muestra de 54 madres encuestadas y 50 niños a los que se les realizó la exploración bucal.

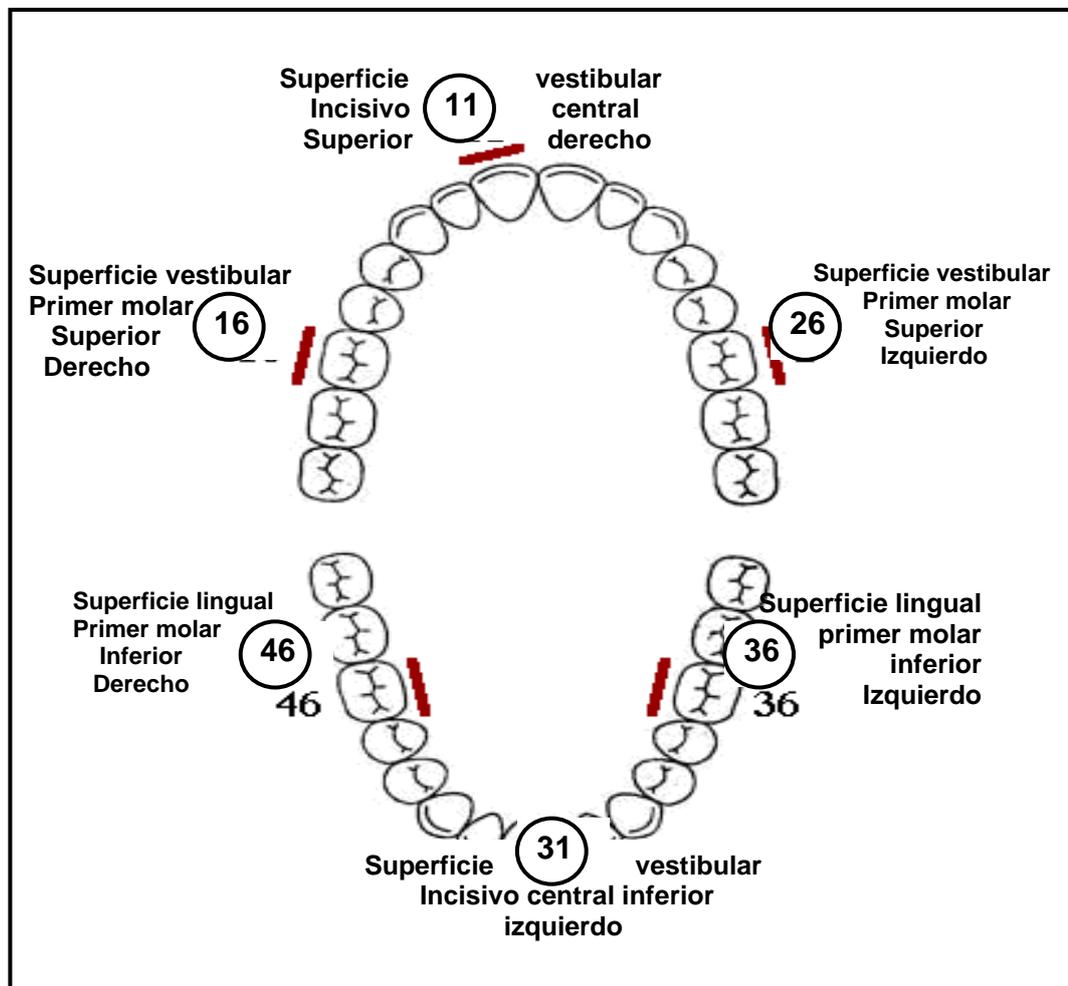
Para recabar información se diseñó un formulario conformado por 20 preguntas que evaluarán el modelo de creencias sobre la salud bucal de las madres de los niños preescolares.

Para determinar la experiencia de caries presente y pasada de los niños preescolares se utilizó el índice ceo (d) y la higiene bucal se evaluó mediante el índice de higiene oral simplificado (IHOS) según los siguientes criterios:

## Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

El índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) fue diseñado por Greene & Vermillion para registrar la extensión de la placa dentobacteriana sobre la superficie del esmalte dental de los dientes permanentes.

Se evalúan seis dientes, en caso de que uno de ellos no esté presente debe revisarse el diente contiguo y encerrarse en un círculo para identificarlo, para el levantamiento deben estar presentes por lo menos dos dientes de los indicados y en la inspección bucal deben ser observadas seis superficies.



Fuente: Wilkins EM. Clinical practice of the dental hygienist. 7° ed. Williams & Wilkins. Baltimore.1994.



Los códigos y criterios de registro así como el odontograma utilizados son los siguientes:

<b>Código</b>	<b>Criterio de registro para biopelícula</b>
0	Sin placa, sin manchas.
1	Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie.
2	Residuos blandos que cubren más de un tercio y menos de dos tercios de la superficie.
3	Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie.
99	No aplicable.

<b>Código</b>	<b>Criterio de registro para cálculo</b>
0	No hay cálculo supragingival
1	Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie
2	Cálculo que cubre entre un tercio y dos tercios de la superficie
3	Cálculo cubriendo más de dos tercios de la superficie
99	No aplicable

La observación se inicia a partir del primer molar superior derecho hasta llegar al primer molar superior izquierdo, se continúa con el primer molar inferior izquierdo hasta llegar al primer molar inferior derecho. El índice de cada individuo se obtiene realizando la sumatoria de los códigos



asignados a cada diente según la condición observada, esta sumatoria debe ser dividida por el número de dientes presentes.<sup>19,20,21</sup>

**Índice ceo para caries dental**

Para el registro de la información se utiliza el odontograma de la Federación Dental Internacional (FDI) y los códigos y criterios son los siguientes:

El índice ceo se construye realizando la sumatoria de dientes temporales cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, no se consideran en este índice los dientes ausentes, la extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado, la restauración por medio de una corona se considera diente obturado; cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se registra como cariado.

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

<b>Código.</b>	<b>Criterio.</b>
A	Sano.
B	Cariado.
C	Obturado por caries.
D	Extracción indicada.
E	No erupcionado.
F	Sellador de fosetas.
9	No aplicable.

<b>C+O+P=COP</b>
------------------



Los exámenes bucales se realizaron en la institución educativa utilizando un espejo intraoral no. 5, explorador y técnicas de barrera (guantes, cubre boca, bata y gorro). Tanto las entrevistas como el levantamiento de la información epidemiológica la realizó una investigadora, previamente calibrada para el manejo del índice ceo (d) quien obtuvo un índice de concordancia del 98%.

En todo momento se contó con apoyo del personal docente de la escuela. Antes de encuestar a las madres y hacer la revisión bucal de los menores se realizó un estudio piloto con la participación de 18 madres de familia y 13 preescolares, éstos no fueron incluidos en el estudio. La información se capturo con el programa Excel y se presenta en forma de distribuciones porcentuales.



## **6.2 TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio transversal.

## **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Madres de preescolares de la delegación Magdalena Contreras.

## **6.4 MUESTRA.**

54 madres de preescolares inscritos en el Jardín de niños CASI Cerro del Judío.

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Madres que deseen participar en la encuesta.
- Niños preescolares a quienes sus madres les extiendan el consentimiento informado.

## **6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Encuestas con datos insuficientes.
- Niños que sus madres no firmen la carta de consentimiento informado.
- Niños que habiendo sido seleccionados no se encontraron por cualquier razón durante el lapso de exploración.



## **6.7 VARIABLES DE ESTUDIO.**

- Edad.
- Conocimientos sobre auto-cuidado de la salud bucodental.
- Creencias populares sobre el auto-cuidado de la salud bucodental.
- Caries dental.
- Higiene bucal.

## **6.8 VARIABLE S DE ESTUDIO**

### **Variables independientes.**

- Edad.
- Conocimientos previos sobre auto-cuidado de la salud bucodental.

### **Variables dependientes.**

- Creencias populares sobre el auto-cuidado de la salud bucodental.
- Caries dental.
- Higiene bucal.



## **6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

<b>Variable.</b>	<b>Definición conceptual.</b>	<b>Operacionalización.</b>
<b>Creencias.</b>	Es el acumulo de conocimientos empíricos o adquiridos que posee un individuo como verdaderos, sean estos ciertos o falsos en los cuales se cree fervientemente.	Se determinó de acuerdo a las respuestas que se asentaron en el modelo de creencias.
<b>Caries.</b>	La caries dental es una enfermedad infecciosa, multifactorial, transmisible que se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos duros dentarios, provocada entre otras cosas por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental, provenientes de la dieta, dando como resultado la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica.	Se determinó de acuerdo al resultado que se obtuvo del Índice ceo.
<b>Higiene bucal.</b>	Es parte de la prevención bucal, tienen como propósito evitar la enfermedad dental (caries, enfermedad periodontal) mediante la disminución de las acumulaciones de placa dentobacteriana y la facilitación de la circulación en tejido blando.	Se determinó de acuerdo al resultado que se obtuvo del Índice de higiene oral simplificado.
<b>Edad.</b>	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo desde su nacimiento.	Se determinó en años cumplidos al día de la entrevista.

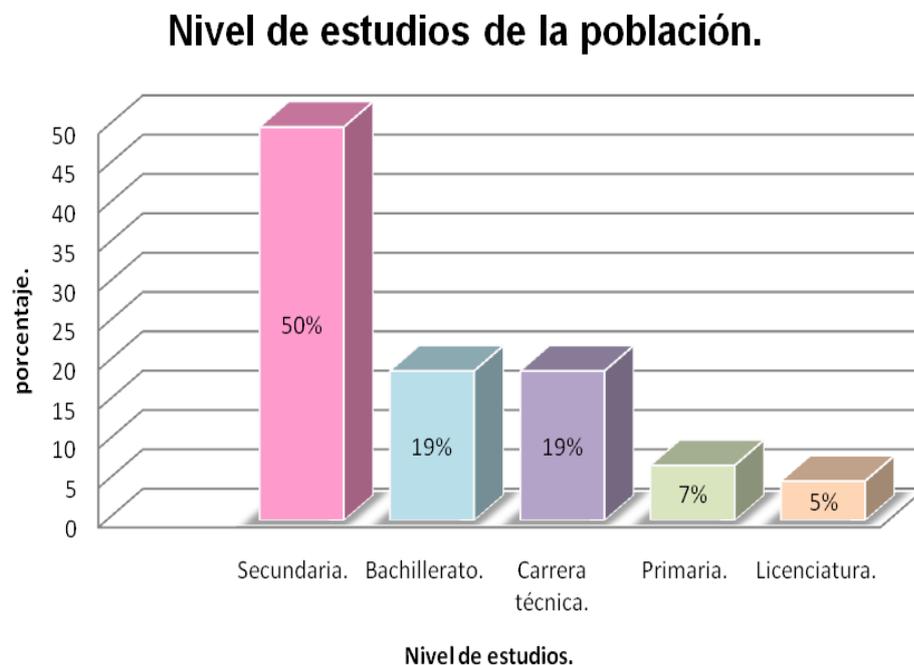


## 7. RESULTADOS.

En el estudio participaron 104 individuos, el 52% (n= 54) eran madres de familia de niños preescolares y el 46% (n=50) niños preescolares.

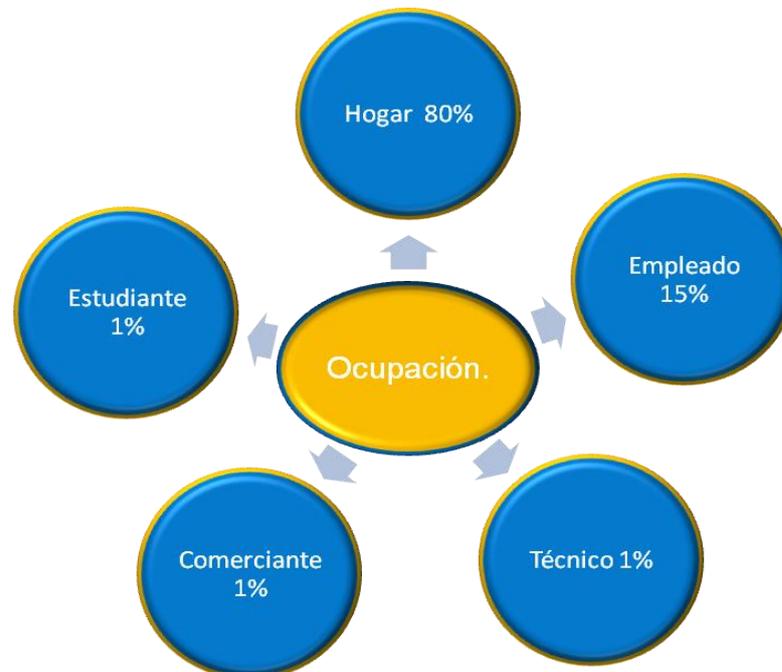
La distribución por género fue del 48% perteneciente al género femenino y el 52% al género masculino. El promedio de edad de las madres fue de 29.7 años y cada madre tenía en promedio 2 hijos, para los niños tuvimos una edad promedio de 4.58 años. La mayor promoción de las madres tiene un nivel académico de secundaria (50%) (Gráfica 1) y en su mayoría se dedican solo al hogar (80%) (Gráfica 2).

**Gráfica 1**  
**Distribución porcentual de escolaridad de las madres de familia de los preescolares.**



*Fuente directa*

**Gráfica 2**  
**Distribución porcentual por ocupación de las**  
**madres de los preescolares.**



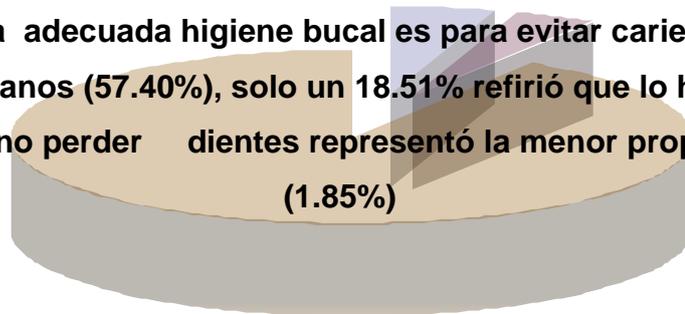
*Fuente directa*

Se observa que solo el 1% de las madres son estudiantes, comerciantes y desempeñan trabajos técnicos.

**Los resultados obtenidos acerca del modelo de creencias sobre la salud bucal de las madres de preescolares evidencia lo siguiente:**

**Higiene bucal**

Respecto a la limpieza bucal la mayor parte de las encuestadas cree conveniente que hay que lavarse la boca 3 veces al día (90.74%) (Gráfica 3), el motivo más importante por el cual hay que tener una adecuada higiene bucal es para evitar caries y tener dientes sanos (57.40%), solo un 18.51% refirió que lo hacía por salud, no perder dientes representó la menor proporción (1.85%)



La limpieza bucal se realiza con pasta dental la cual nuestras encuestadas creen que sirve para: limpiar (55.55%), proteger los dientes (27.77) y prevenir la caries dental (18.51%).

La importancia que le conceden a la higiene bucal evidencia que la principal razón para ellas es la conservación de los dientes y evitar la presencia de caries dental (Cuadro 1)

**Cuadro 1. Importancia percibida de la adecuada higiene bucal.**

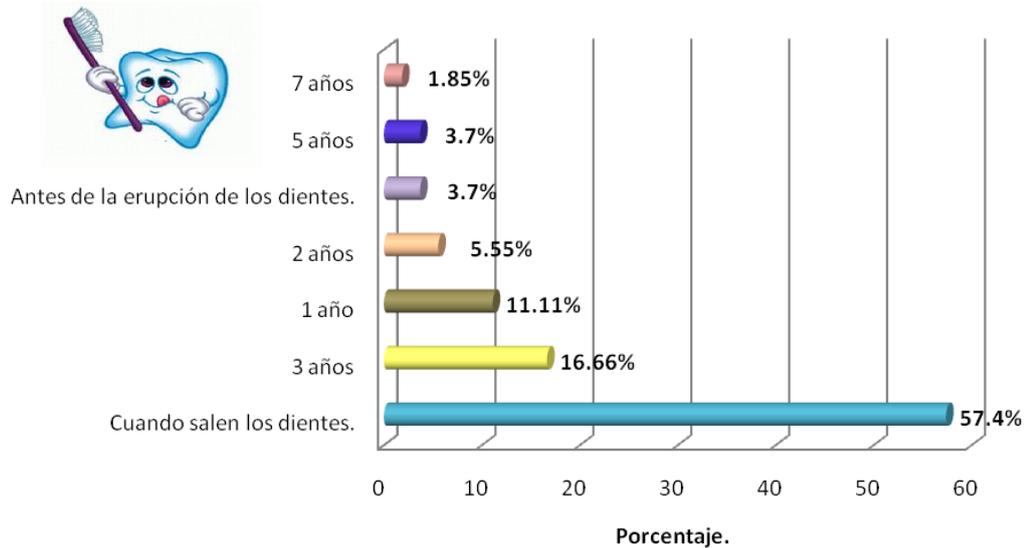
Razones	No.	Porcentaje.
Para evitar caries y tener dientes sanos.	31	57.40%
Por salud.	10	18.51%
Para no enfermar.	7	12.96%
Por higiene.	3	5.55%
Para evitar tener dientes feos.	2	3.70%
Para no perder dientes.	1	1.85%

Fuente directa

La razón **por higiene** ocupa una proporción pequeña (3.7%).y solo el 1.85%

### **Cuidado bucal de los preescolares**

Referente al cuidado bucal de los hijos se pregunto cuál era la mejor edad para empezar la limpieza bucal del niño y el 57.4% de las encuestadas respondió que cuando salen los dientes, en segundo lugar (16.6%) refieren que empiezan a lavarle la boca a sus hijos a la edad de 3 años (Gráfica 4).

**Gráfica 4****Edad conveniente para comenzar la limpieza bucal del niño.**

Fuente directa

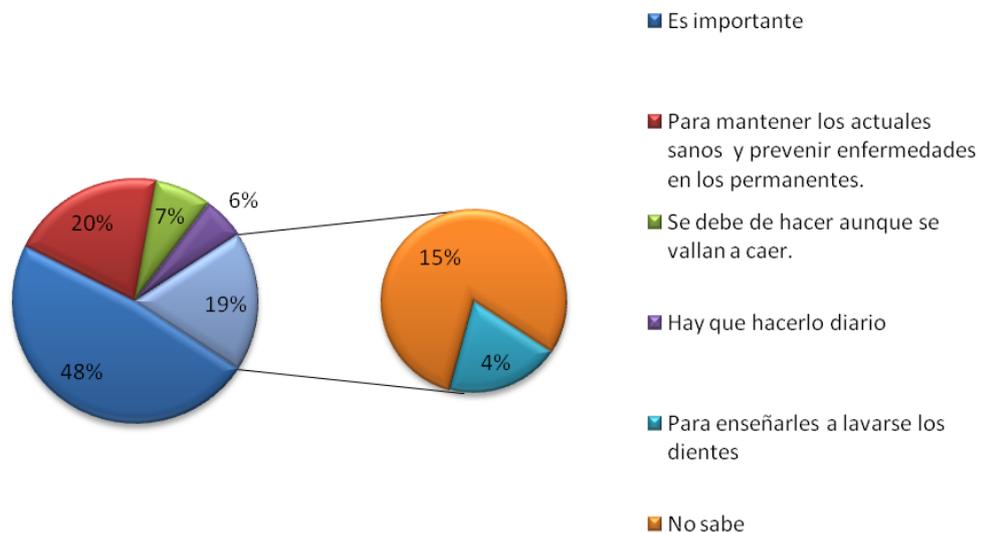
En términos de la razón por la que era importante que ella lavara la boca de su hijo las tres primeras razones que argumentaron las encuestadas fueron: que era para enseñarle al niño a lavárselos, porque sus hijos no se lavan bien los dientes y (Gráfica 5).

**Gráfica 5**

El 48.14% de las madres consideran importante el cepillado de los dientes temporales pero no especifican la razón, el 20.37% de las madres consideran importante cepillar los dientes del niño para mantener los actuales sanos y prevenir enfermedades en los permanentes (Gráfica 6).

Respecto a que creen que ayuda a que los dientes de su hijo sean más saludables y fuertes las madres consideran que una buena higiene (81.48%), una buena alimentación (53.70%) y visitas al dentista (18.51) ayuda a mantener una adecuada salud bucal a sus hijos (Cuadro 2).

**Gráfica 6 Opinión del cepillado de los dientes temporales.**



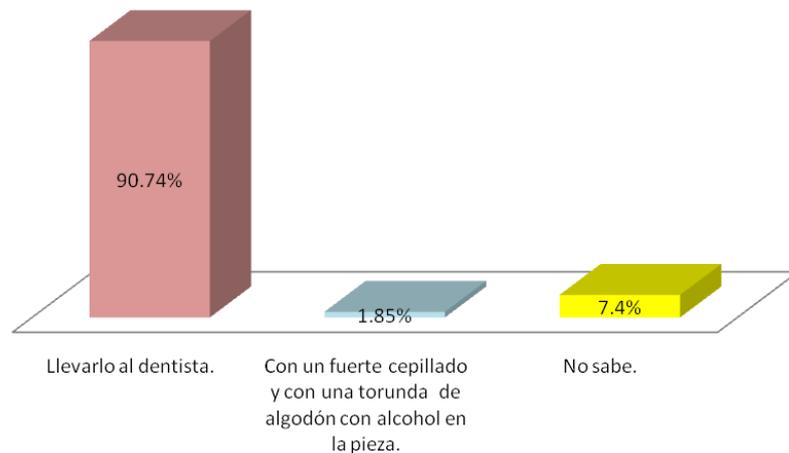
<b>Cuadro 2. Creencia de factores que ayuda a mantener los dientes del niño fuertes y saludables.</b>		
	<b>Número de respuestas.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Una buena higiene.	44	81.48%
Una buena alimentación.	29	53.70%
Visitas al dentista.	10	18.51%
Consumo moderado de dulces.	4	7.40%
Tomar leche materna mínimo 6 meses.	1	1.85%
No sabe.	2	3.70%

Los motivos que las madres creen que sus hijos tienen para tener caries dental, el 81.48% respondió que era debido al consumo de muchos dulces, el 55.55% porque el niño se cepillaba mal los dientes y el 18.51% dijo que su hijo no se lava los dientes (Cuadro 3).

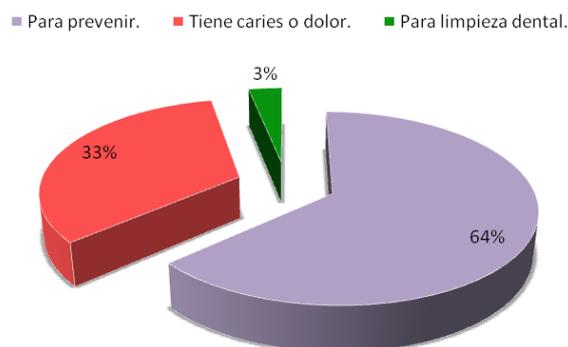
<b>Cuadro 3. Que se cree que causa la caries dental infantil.</b>		
	<b>Número de respuestas.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Comer muchos dulces.	44	81.48%
Mal cepillado dental.	30	55.55%
No lavarse los dientes.	10	18.51%
No visitar al dentista.	1	1.85%
Por que las muelas tienen fisuras	1	1.85%
No sabe.	4	7.40%

Respecto a cómo se cree que se debe de atender a un hijo si le duele un diente la mayoría de las madres respondieron que lo llevarían al dentista (90.74%) (Gráfica 7). Por lo tanto se les pregunto cuál sería el motivo más importante “¿Por el cual llevaría usted a su hijo al dentista?” y el 74.07% de las madres contesto para prevenir y el 38.88% por que el niño tiene caries y dolor (Gráfica 8).

**Gráfica 7 Creencia de tratamiento del menor si le duele un diente.**



**Gráfica 8 Motivos por los cuales llevan a los niños al dentista.**



El 29.62% de las madres dice que la caries dental “se origina por falta de higiene (20.37%) (Cuadro 4). Cuando se les pregunto a las encuestadas por que creían tener caries dental su respuesta más común fue por mala higiene (90.74%) (Gráfica 9).

Cuadro 4. Opinión sobre la caries dental.		
	Número de respuestas.	Porcentaje.
Es mala.	16	29.62%
Causa dolor.	11	20.37%
Da por falta de higiene.	11	20.37%
Es mala para los dientes.	5	9.25%
Es una enfermedad.	3	5.55%
Se puede prevenir.	2	3.70%
Da mal aliento.	1	1.85%
Se da por pérdida de calcio.	1	1.85%
No sabe.	4	7.40%

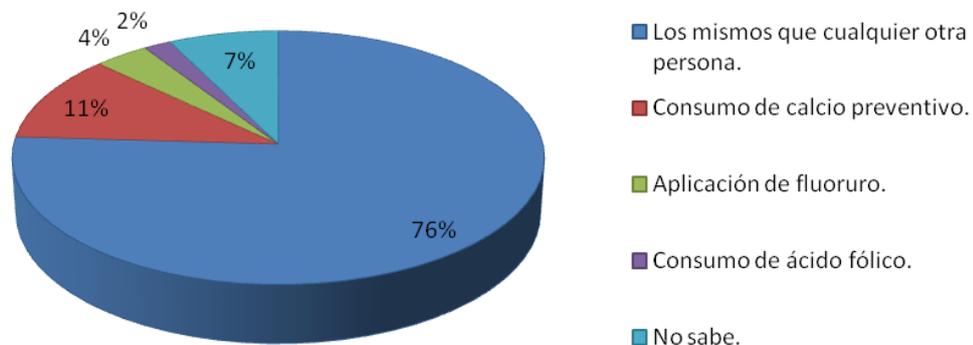
Gráfica 9 Por que se cree que da la caries dental.



Un hecho registrado el día de la revisión es que a muy temprana hora, alrededor de las 8:30 de la mañana, los niños ya estaban consumiendo dulces.

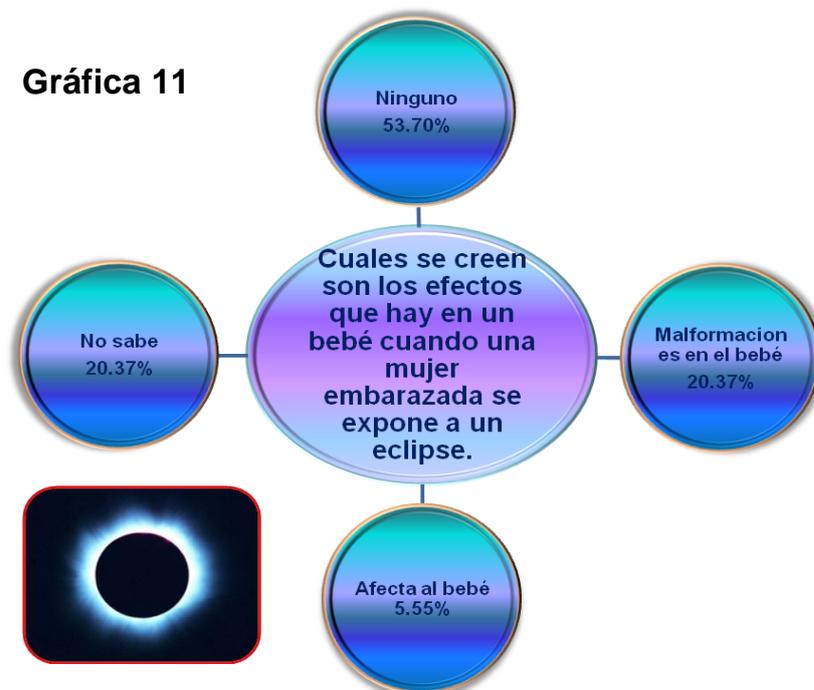
Respecto a que cuidados bucales las madres que debía tener una mujer embarazada el 75.92% dijo que los mismos que cualquier otra persona (Gráfica 10). Así mismo se preguntó “¿Cómo afecta a tus dientes el estar embarazada?” a lo cual la mayoría respondió que se descalcifican los dientes (77.77%) (Cuadro 5). También se preguntó “¿Qué crees que le pasa a un bebé si la mamá se expone a un eclipse solar cuando esta embarazada?” a lo que el 53.70% respondió que no pasa nada que son puros mitos, el 20.37% dijo que el bebé nacía con malformaciones y otro 20.37% refirió que no sabía nada al respecto (Gráfica 11).

**Gráfica 10 Cuales se creen son los cuidados bucales que debe tener una mujer embarazada.**



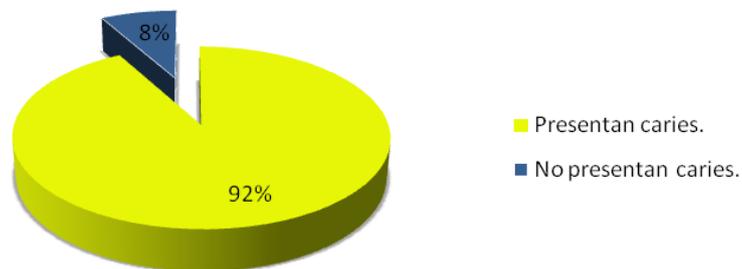
<b>Cuadro 5. Afectaciones dentales que se cree están relacionadas al embarazo.</b>		
	<b>Número de respuestas.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Se descalcifican los dientes.	42	77.77%
Los dientes se vuelven sensibles.	4	7.40%
Los dientes se desgastan.	2	3.70%
Se dañan los dientes por una dieta rica en azúcares.	1	1.85%
No afecta.	1	1.85%
Puede causar infecciones dentales.	1	1.85%
Se caen los dientes.	1	1.85%
No sabe.	2	3.70%

**Gráfica 11**

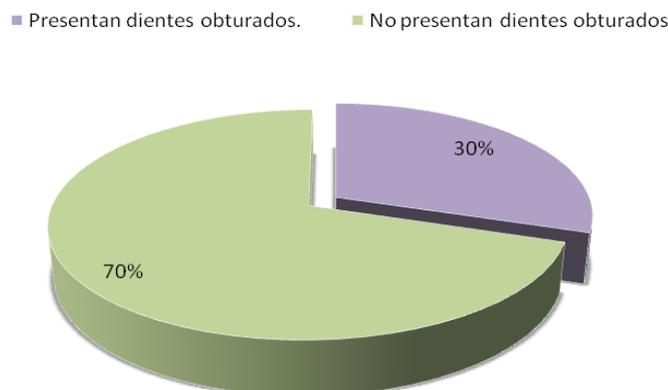


De todos los niños examinados el 92% presentaron caries dental, solo el 8% estaban libres de caries dental (Gráfica 12). De los niños que presentaron caries dental el 32.60% presentaban dientes obturados y el 76.08% no presentaba ningún diente obturado lo cual podría suponer que nunca han ido al dentista (Gráfica 13), solo el 4.34% de los niños necesitaban una extracción indicada. El promedio del índice ceo-d fue de 6.62 y del índice IHOS fue de 0.92 lo cual indica que los niños tienen una adecuada higiene bucal. El promedio de dientes cariados por niño fue de 5.64, el de dientes obturados de 0.96 y el de extracciones indicadas de 0.14.

**Gráfica 12 Poblacion infantil que presenta caries dental.**



**Gráfica 13 Presencia de dientes obturados en la población infantil.**



Por último, las creencias más arraigadas en las encuestadas acerca del papel que juega la pasta dental es que limpia los dientes, los protege y previene la caries dental pero no explican si el fluoruro tiene relevancia en la prevención. (Gráfica 14)





---

## 8. CONCLUSIONES.

---

Después de realizar el presente estudio y analizar los resultados se concluye que la mayoría de las madres tienen creencias más o menos adecuadas, pues están conscientes de que una buena higiene así como una dieta baja en azúcares fomentan una adecuada salud bucal.

Esto se deduce que un 90.74% de ellas sabe que es adecuado lavar 3 veces al día la boca de sus hijos, así como un 53.70% están conscientes de que una buena alimentación (el consumo de dulces debe ser moderado) da como resultado una buena salud bucal.

Solo una pequeña proporción de las madres creen que mantener una boca sana desde la dentición temporal ayuda a la dentición permanente, sin embargo pocas de ellas creen necesario cuidar la cavidad bucal antes de la dentición.

La información y creencias que poseen las madres es relativamente adecuada, pero esta no es llevada a cabo coherentemente, como sugerencia a esto se cree que falta una campaña de salud que enfatice ejecutar las medidas preventivas y no únicamente informar sobre ellas, así como sus ventajas en salud, economía y calidad de vida.



## 9. BIBLIOGRAFÍA.

---

1. Franco AM, Prevalencia de caries y gingivitis en preescolares, Rev. CES Odontología, Vol. 8, No. 2, 1995.
2. Nava PR y cols., Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres, Rev. Interciencia, Vol. 27, No. 11, Nov. 2002.
3. González H. y cols., Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, Antímamo, Venezuela, Rev. Biomed, Vol.17, No.4, Oct-Dic.2006.
4. Franco AM y cols., El menor de 6 años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres, Rev. CES Odontología, Vol. 17, No. 1, 2004.
5. Tascón J. y cols., Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres, Rev. Colombia Médica, Vol. 36, No. 4, 2005.
6. Franco AM y cols., Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños de 6 años, Rev. CES Odontología, Vol. 16, No. 1, 2003.
7. Zamudio GM y cols., Impacto a corto plazo de la cartilla de salud bucal sobre la prevalencia de caries en niños de Tijuana Baja California. México, Rev. Odontológica Mexicana, Vol. 9, No. 3, Sep. 2005.
8. Moreno AA y cols., Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México, Rev. Mexicana de Pediatría, Vol. 68, No. 6, Dic. 2001.
9. Molina FN y cols., Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico, Rev. Mexicana de Pediatría, Vol. 69, No. 2 Mar.-Abr. 2002.
10. Medina SC y cols., Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología



- preventiva del IMSS en Campeche, Gacet. Med. Méx., Vol. 142, No. 5, Sep.-Oct. 2006.
11. Segovia VA y cols., Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México, Rev. Salud Pública, Vol. 7, No. 1, Marzo 2005.
  12. Rodríguez VL y cols., Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México, Rev. ADM, Vol. 63, No. 5, Sep.-Oct. 2006.
  13. Irigoyen CM y cols., Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco, México: 1984-1992, Rev. Salud Pub. Méx., Vol. 37, No.5, Sep.-Oct. 1995.
  14. Medina SC, Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad, Rev. Invest. Clin., Vol. 58, No. 4 Jul.-Ago. 2006.
  15. De la Cruz CD y cols., Análisis de la prevalencia y riesgo de caries dental en dientes temporales de escolares sujetos al régimen de fluoruro sistémico y tópico, Rev. ADM, Vol. 64, No. 5, Sep.-Oct. 2007.
  16. Irigoyen CM, Caries dental en escolares del Distrito Federal, Salud Púb. de Méx., Vol. 39, No. 2, Mar.-Abr. 1997.
  17. Moreno SP y col., El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud, International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3, No.1, 2003.
  18. "Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice" National Institutes of Health, National Cancer Institute.
  19. Wilkins EM. Clinical practice of the dental hygienist, 7° ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
  20. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/Oral Health. WHO Collaborating Centre, Malmo University, Sweden.  
<http://www.whocollab.od.mah.se/expl/ohisgv64.html>.
  21. Manual del investigador OPS-OMS- 1994.



# ANEXOS.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.**

Señor (a) padre de familia: por medio del presente pido autorización para revisar la cavidad bucal de su hijo(a) \_\_\_\_\_ del grado \_\_\_\_\_ y realizarle una encuesta a las madres sobre salud bucodental. Los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y servirán para mi trabajo de investigación, con el fin de obtener el título de Cirujana Dentista. Sin más por el momento gracias por su atención y autorización.

Atentamente. Pasante de Cirujana Dentista Ana María Moreno Alfaro.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de autorización.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.**  
**SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.**



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad  Sexo  F  M

No. de hijos:

Grado máximo de estudios: 1) primaria completa 2) secundaria completa 3) bachillerato   
4) carrera técnica 5) licenciatura 6) posgrado 7) otro \_\_\_\_\_

Ocupación: 1) obrero 2) empleado 3) comerciante 4) técnico 5) profesionista 6) hogar   
7) jubilado 8) desempleado 9) otro \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día cree conveniente que hay que lavarse la boca?	
¿Por qué motivo cree usted que es importante tener una adecuada higiene bucal?	
¿Cuál cree usted que sea la mejor edad para empezar la limpieza bucal de su hijo? ¿Por qué?	
¿Por qué es importante que usted lave la boca de su hijo?	
¿Qué opina del cepillado de los dientes de "leche" de su hijo?	
¿Qué opina sobre la caries dental?	
¿Por qué crees que puedes tener caries dental?	
¿Cuáles cuidados bucales crees debe tener una mujer embarazada?	
¿Qué crees le pasa a un bebé si la mamá se expone a un eclipse solar cuando está embarazada?	
¿Cómo crees que afecta a tus dientes el estar embarazada?	
¿Cómo crees que debes atender a tu hijo si le duele un diente?	
¿Qué crees que ayuda a que los dientes de tu hijo sean más saludables y fuertes?	
Mencione los motivos por los cuales puede tener caries dental su hijo.	
¿Qué hace la pasta dental?	
¿Cuál es el motivo por el cual llevaría usted a su hijo al dentista?	



### FICHA CLÍNICA.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad:

Sexo:  F  M Grado: \_\_\_\_\_

### Índice ceo (d)

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

C=      +       e =      +       o =      =       ceo

### Índice IHOS.

IP			
	55	51	65
	85	71	75
IP			
IP			IHOS