



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente**

**“CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL”**

**T E S I S**

Que para obtener el grado de

**ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

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

**RUIZ GARCÍA MÓNICA ALICIA**

DIRECTORA: ESP. MARIA GEORGINA LÓPEZ JIMÉNEZ  
ASESOR: DRA. MARTHA ASUNCIÓN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F

MAYO 2015





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.

## AGRADECIMIENTOS

*La presentación de esta investigación no hubiera sido posible sin el apoyo, orientación y comprensión de mis queridos profesores en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza quienes fungieron como directores, tutores y revisores, les estaré eternamente agradecida por todo lo que he aprendido a lo largo de este tiempo.*

*En este mismo sentido agradezco a las autoridades a cargo de la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, la Lic. Norma Laura del Moral Ehlers Coordinadora Sectorial de Educación Preescolar, a la Profa. Graciela Martínez Coordinadora de Educación Preescolar No.4, a las Directoras de los jardines de niños que me abrieron las puertas para poder invitar a participar en esta investigación a los padres de familia y a los niños que están bajo su formación.*

---

**ÍNDICE**

I.RESUMEN / ABSTRACT	1
II.INTRODUCCIÓN	3
III.MARCO TEÓRICO	
III.1 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA	5
III.1.1 Factores de riesgo asociados a la cares de infancia temprana	7
III.1.2 Prevalencia de la cares de infancia temprana	9
III.2 CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA	11
III.2.1 Instrumentos para medir la calidad de vida y la salud oral	13
III.2.2 The Early childhood oral health impact scale	15
III.3 REPERCUCIONES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL DEL NIÑO QUE PADECE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA	
III.3.1 Entorno físico	17
III.3.2 Entorno psicológico	21
III.3.3 Entorno social	23
III.3.4 Entorno familiar	25
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
V.- HIPÓTESIS	30
VI.- OBJETIVOS	31
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS	
VII.1- Tipo de estudio	32
VII.2- Universo de estudio	32

---

VII.3- Criterios de inclusión	32
VII.4- Criterios de exclusión	32
VII.5- Criterios de eliminación	32
VII.6- Variable independientes	32
VII.7- Variable dependientes	32
VII.8- Operacionalización de las variables	33
VII.9-Técnica	34
VII.10-Diseño estadístico	37
VIII.- RESULTADOS	38
IX.- DISCUSIÓN	45
X.- CONCLUSIONES	52
XI.- PERSPECTIVAS	53
XII.- REFERENCIAS	54
XIII.- ANEXOS	61

## I. RESUMEN

### **Antecedentes.**

La caries de la infancia temprana (CIT) puede manifestarse poco tiempo después de la erupción dental, repercutiendo en la calidad de vida de los niños como de su familia. Los instrumentos de medición de salud oral en niños van dirigidos a ellos y a sus padres por lo que es posible detectar si la CIT afecta su calidad de vida en diferentes dimensiones.

### **Objetivo.**

Determinar qué aspectos en la calidad de vida relacionada a salud oral (CVRSO) del niño y su familia se perciben alterados por la CIT a través de un cuestionario validado estadísticamente.

### **Métodos.**

La investigación se desarrolló en 3 etapas: estandarización y calibración del examinador; validación del instrumento de medición de CVRSO; aplicación del instrumento y levantamiento epidemiológico. Se utilizó un cuestionario que evalúa los aspectos percibidos por los padres con relación al impacto de la CIT en la CVRSO del niño y su familia, por medio de 14 reactivos divididos en 2 dominios, el primero enfocado al niño y el segundo a su entorno familiar. La medición de la CIT se hizo a través del índice ceo-s utilizando los criterios de la OMS.

### **Resultados.**

En la validación participaron 42 niños y se comprobó la fiabilidad y validez del instrumento ( $\alpha = 0.886$ ). Para el estudio de campo se incluyeron 237 niños de 3 a 5 años de edad, divididos en 3 grupos: sanos, CIT, CIT severa (CIT-S). Los niños con CIT-S tienen alteraciones reconocidas sobre su salud oral en casi todos los parámetros evaluados del 60 al 91%, siendo más representativos los cambios en el estado de ánimo asociados (RM=14.09, IC 95%: 1.82-109.14,  $p=0.001$ ) y en la familia es el estado emocional culpable (RM=5.86, IC 95%: 2.35 -14.60,  $p < 0.0001$ )

### **Conclusiones.**

Se validó un instrumento que detecta la calidad de vida relacionada a salud oral en niños con CIT. La CVRSO se altera en el niño en las dimensiones funcionalidad, y entorno psicológico y en la familia los sentimientos de culpabilidad y molestia son los más impactantes.

Palabras clave: Caries de Infancia Temprana; calidad de vida; salud oral; familia

---

## I. Abstract

### Background

Early childhood caries (ECC) may appear after first tooth eruption, having impact on children and their families. Measure instruments for child's dental health emphasizes on infants and parents in order to detect how the ECC impacts on their quality of life.

### Objective

Based on a statistically validated test, establish which aspects of the child oral health related quality of life (COHRQoL) of children and their family have been influenced by ECC.

### Method

Research was conducted in three stages: standardization and calibration of the examiner; validation of the measure instrument for COHRQoL; instrument application and epidemiologic survey. The instrument evaluated the aspects perceived by the parents related to impact of ECC on COHRQoL of children and their family, through 14 questions divided in two domains, first emphasizes on children and second on their family environment. ECC measure was determined by the dmfs index of the WHO criteria.

### Results

42 children participated on the validation, the consistency reliability was ( $\alpha = 0.886$ ). The field test included 237 children from 3 to 5 years old, divided in three groups: healthy, ECC, severe ECC (S-ECC). Children with S-ECC present obvious alterations on most of the evaluated parameters of oral health, from 60 to 91%. Most evident changes on children are related to associated frame of mind (RM=14.09, IC 95%: 1.82-109.14,  $p=0.001$ ) and in the family, is the feeling of guilt (RM=5.86, IC 95%: 2.35 -14.60,  $p < 0.0001$ )

### Conclusions

The instrument to determine the COHRQoL on children with ECC was validated. The COHRQoL is mainly affected on the following dimensions: functionality, psychological environment, family's feeling of guilt and nuisance.

Keywords: Early childhood dental caries; quality of life; dental health; family.

---

## II. INTRODUCCIÓN

La caries dental es la entidad patológica que se desarrolla con mayor frecuencia en la población a nivel mundial, considerándose un problema de salud pública.

La influencia negativa de esta patología afecta la calidad de vida durante la primera infancia cada vez a edades más tempranas, repercutiendo en el estado de salud general de manera multidimensional. Al verse afectada la cavidad oral del niño por la pérdida de estructura dental y en casos más severos la pérdida prematura de órganos dentales temporales por caries dental, perjudica la capacidad de realizar funciones tan básicas como alimentarse, problemas de fonación, odontalgia, infecciones recurrentes que incluso pueden llegar a comprometer la vida, el desarrollo de maloclusiones, así como también problemas en la autoestima y por ende en la vinculación social, que conllevan a un deficiente crecimiento y desarrollo físico y mental, deteriorando la calidad de vida. Todo esto implica la necesidad de un tratamiento multidisciplinario más complejo y costoso que en muchas ocasiones no es proporcionado por los servicios dentales del sector salud.

Sí durante ésta etapa, la experiencia del niño con relación a la caries dental y su tratamiento fue negativa, se condiciona cierto rechazo a futuros tratamientos, lo que a su vez pone en mayor riesgo a la dentición permanente de no controlarse el proceso carioso y los factores que favorecieron el desarrollo de la misma, ya que los primeros dientes permanentes estarán presentes en promedio a los 6 años de edad.

Por lo que es de gran importancia que se comprenda la magnitud del padecimiento por parte de otros profesionales del área de la salud, docentes en el área de educación básica, pero sobre todo los padres de familia. Si se trabaja con compromiso y en forma conjunta, será posible alcanzar la meta propuesta por la OMS en relación a tener generaciones de niños sanos y con una buena calidad de vida.

---

### III. MARCO TEORICO

#### III.1 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

La caries de la infancia temprana (CIT), anteriormente llamadas "caries rampante", "caries del biberón", "caries del lactante", "caries de la botella de crianza" o "caries del hábito de la lactancia prolongada", debido a que se vinculó con estas formas de alimentar a los niños como único factor etiológico; sin embargo, se demostró posteriormente, que la ingesta de cualquier líquido azucarado natural o artificial administrado frecuentemente al niño por medio del biberón, chupón o vaso entrenador e incluso la alimentación al seno materno a libre demanda por sí sola, no generan caries de la infancia temprana, pero en combinación con la ingesta de otros carbohidratos se ha encontrado que es altamente cariogénica <sup>1</sup>.

Considerando que –la caries dental- se trata de un proceso infectocontagioso, destructivo y multifactorial, la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries dental como una desmineralización ácida del esmalte y/o dentina inducida por una bio-película, mediada por la saliva. Al ser una enfermedad infecciosa y transmisible, requiere la presencia al mismo tiempo de tres factores para su desarrollo: un hospedero susceptible (diente), la flora bucal cariogénica (microorganismos) y un sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta. <sup>1,2</sup>

La nomenclatura caries de la infancia temprana (CIT) proviene del inglés *early childhood caries* (ECC), y éste, es el término más reciente (1994) que

---

describe este patrón particular de caries dental que afecta principalmente las superficies lisas de los dientes anteriores superiores, siendo de progresión rápida que puede manifestarse poco después de la erupción dental y se define como *“la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (a causa de caries dental) o restaurados en dentición primaria en niños en edad preescolar, es decir entre el nacimiento y los 71 meses de edad”*. En niños de 3 a 5 años de edad, la forma severa de la enfermedad (CIT-S) se da cuando se presenta a los 3 años el índice ceo: (cariados, extraído por caries, obturados)  $\geq 4$ ; a los 4 años con un índice ceo  $\geq 5$  y a los 5 años un ceo  $\geq 6$ .<sup>1,2</sup>

---

### III.1.1 Factores de riesgo asociados a la caries de la infancia temprana

Desde 1988, la Comisión de Salud Bucal, Investigación y Epidemiología de la Federación Dental Internacional, enfatiza que los factores de riesgo son variables que no actúan de forma independiente, sino en conjunto con las causas determinantes de la enfermedad (microbiota bucal, dieta inadecuada, huésped susceptible y tiempo) debido a que están interrelacionadas, entre éstos se reportan en la literatura; Factores de tipo biológicos dónde, la temprana adquisición y colonización de la biopelícula por el *S.mutans*, se ha relacionado con mayor riesgo para futuras lesiones cariosas, siendo la zona del contorno gingival la más involucrada con la retención de la biopelícula. El flujo y calidad de la saliva es un aspecto que no hay que olvidar, porque durante el sueño, éste disminuye, situación que puede dar lugar a un ambiente altamente cariogénico si no se maneja una buena higiene al momento de irse a la cama. Las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente, como lo son las hipoplasias en el esmalte, son áreas de oportunidad para la disolución ácida ya que cuando erupciona un diente deciduo, escasamente contiene 69% de contenido mineral y al entrar en contacto con la saliva recibe un continuo aporte de calcio y fosfato que le permite adquirir sus características físicas (96% de materia inorgánico) en un periodo breve. Una baja concentración de flúor en el medio oral durante los periodos de desmineralización del esmalte inducidos por el metabolismo bacteriano de la biopelícula, predispone la capacidad de adaptación y consolidación mineral del mismo, por lo que radica su importancia al momento de elevar el pH, propiciando la remineralización del esmalte. De los órganos dentales

---

que se ven afectados con mayor frecuencia, en primer lugar se encuentran los incisivos superiores, le secundan los primeros molares superiores e inferiores, caninos superiores e inferiores, segundos molares superiores e inferiores y por último los incisivos inferiores, por la protección que les brinda la lengua al cubrirlos, esta secuencia está influenciada por el patrón de erupción dental <sup>1,2,3,4</sup>.

En los factores culturales, el hábito del biberón (la costumbre de dormir al niño con el biberón y no retirarlo una vez que se duerme) y la lactancia materna prolongada (niños alimentados a seno materno más del tiempo recomendado), todo esto, ya sea para satisfacer su apego al biberón o simplemente para que no lloren, aunado a una deficiente higiene nocturna, influyen fuertemente en la evolución del proceso carioso <sup>2,3</sup>.

Se ha reportado que, tanto niños de nivel socioeconómico bajo como alto, desarrollan caries dental, aunque es mayor y más severa en los estratos bajos. Las mujeres con un nivel socioeconómico que han alcanzado un nivel educativo superior, poseen una mayor cantidad de conocimientos y capacidad de comprensión de la información que reciben, mayor disposición al cambio de conductas, mayor accesibilidad a bienes y servicios básicos para tener buena salud. En contrasentido, las familias con menores ingresos económicos generalmente tienen dificultades para obtener consultas regulares con el odontólogo por varios motivos, por ejemplo, su lugar de residencia, el no tener afiliación a la seguridad social o pertenecer a algún régimen subsidiado, deficiencias en la organización de los servicios de salud públicos o no haber recibido instrucción oportuna sobre los cuidados higiénico-dietéticos <sup>2,3,4,5</sup>.

### III.1.2 Prevalencia de la caries de infancia temprana

Mundialmente, la prevalencia de la CIT va en aumento, particularmente en el caso de los niños de entre 2 y 5 años de edad, confirmándose que la severidad aumenta conforme a la edad <sup>2,3</sup>.

Las publicaciones sobre prevalencia de CIT en las naciones de América reportan porcentajes fluctuantes. Un Estudio realizado en una población rural cubana realizado en el 2007 mostro una prevalencia baja del padecimiento, el 20%, de los cuales los niños de entre 1 y 2 años de edad presentaron 10.2%, mientras que los de 3 a 5 años un 26.7% <sup>6</sup>. La prevalencia reportada en una población de 1 a 5 años, de bajos ingresos en Medellín, Colombia mostro niveles más altos 77.8% mostrando diferencias estadísticamente significativas por edad <sup>7</sup>. Así mismo el 62.3% de una población urbano marginal (niños de 6 a 71 meses de edad; N=332) en la ciudad capital del Perú (Lima) en el 2011, reportó la experiencia de CIT <sup>4</sup>.

En población Mexicana son pocas las publicaciones en torno a la prevalencia y factores de riesgo asociados a caries de la infancia temprana, sin embargo existen publicaciones que se han realizado contemplando edades entre 3 a 5 años (Cuadro 1). Los cuales describen cifras altas entre un 22-77% y moderadas con respecto a la media índice ceo-d = 3.5 <sup>2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15</sup>.

El Sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB) en el 2012, en relación al estado dental de la población infantil mexicana (N=8,053) reportó una prevalencia con respecto a la CIT (2 a 5 años de edad) del 70.6% (6,250 niños), siendo caso de la CIT-S (3 a 5 años de edad) de un 34.9% (2,807 niños) <sup>16</sup>.

Lo anterior se establece que a pesar de las estrategias preventivas implementadas desde la década de los ochenta con el programa de fluoración del agua, sal de mesa y programas educativos preventivos de promoción de la salud bucal, la caries dental continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en México <sup>8,12</sup>.

Cuadro 1. Estudios sobre caries dental en población preescolar en México.

<b>Autor, año</b>	<b>Población (muestra)</b>	<b>Hallazgos</b>
Cuellar-González, 1999 <sup>3</sup>	934 niños Edad: 1- 6 años; DF	Prevalencia 22.1% Índice ceo-d general 0.71 Media Índice ceo-d 3.2 ±2.6
Medina-Solís, 2003 <sup>8</sup>	109 niños Edad: 5-6 años; Campeche	Prevalencia 75.2% Media Índice ceo-d 3.9 ±3.9
Caudillo, 2009 <sup>9</sup>	344 niños Edad: 3 -5 años; DF	Prevalencia 65% Índice ceo-d 3.6 ±3.9
Segovia-Villanueva, 2005 <sup>10</sup>	1303 niños Edad: 3-6 años; Campeche	Prevalencia 44.1% Media Índice ceo-d 1.5 ±2.5
Rodríguez, 2004 <sup>11</sup>	47 niños Edad: 3-5 años; Estado de México	Experiencia de caries por superficie 3 años: 4.3 4 años: 4.7 5 años: 7.6
Vera, 2010 <sup>12</sup>	49 niños Edad: 5-10 años Guerrero	A los 5 años de edad, Índice ceo-d 4, el componente caries es alto sin embargo estos niños no han recibido tratamiento
Guerrero, 2009 <sup>13</sup>	7105 niños Edad: 3-6 años 12 / 32 entidades federativas	El 60.6% de los niños de 3 años de edad no tiene caries. El ceo-d 1.5 ±1.3 En los niños de 6 años de edad el 63.1% tiene caries y un ceo-d 3
Pérez-Domínguez, 2010 <sup>14</sup>	128 niños Edad: 3 años 326 niños Edad: 5 años	Prevalencia 77.1% Niños de 3 años: Índice ceo-d 1.57 Niños de 5 años: Índice ceo-d 2.52

---

### III.2 CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA

La calidad de vida puede definirse como el interés del hombre acerca de la buena vida, el cual ha estado presente desde la antigüedad <sup>17</sup>. El concepto de calidad de vida incorporado al contexto del área de salud, tiene como precedente la definición de salud de la OMS (1948) *“un estado completo de bienestar físico, psíquico, social y no meramente la ausencia de enfermedad”*<sup>18</sup>.

Tanto en salud pública como en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. Este concepto ha sido empleado en medicina para medir los efectos de las enfermedades crónicas lo que les permite comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Por otro lado, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidad Y enfermedades en diferentes grupos etarios. Por lo que el seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud <sup>19</sup>.

La salud oral es un derecho humano básico, y su contribución es fundamental para una buena calidad de vida. En el Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS, se enfatizó que la salud oral forma parte integral de la salud general y es un factor determinante de la calidad de vida. Por lo que

---

recientemente, este organismo aprobó una resolución en la que se exhorta a incorporar la salud bucodental en los programas de prevención de enfermedades crónicas <sup>17,20,21</sup>.

La definición más adecuada en este sentido es *“la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar individual y familiar”* <sup>17</sup>.

Finalmente es importante considerar que debido a la amplia gama de áreas donde se pueden aplicar instrumentos que cuantifiquen la calidad de vida, debemos tener presentes que estos deben incluir los siguientes aspectos que se interrelacionados con la vida humana <sup>17</sup>:

-Aspectos físicos: incluyendo el deterioro de funciones, síntomas y dolor causado por la enfermedad misma y/o por su tratamiento.

-Aspectos psicológicos: cubriendo un amplio rango de estados emocionales distintos y funciones intelectuales y cognitivas.

-Aspectos sociales: haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima, asociados al papel social, en el caso de enfermedades crónicas.

---

### III.2.1 Instrumentos para medir la calidad de vida y la salud oral en niños.

Desde la década de los ochenta la cantidad de publicaciones en la literatura médica sobre el tema de calidad de vida relacionada a salud en la infancia y adolescencia ha ido en aumento, lo cual motiva al Estomatólogo a generar conocimiento del cómo las patológicas más comunes como lo son: la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones perturban este equilibrio, mermando la calidad de vida relacionada a la salud bucal, a través del desarrollo de instrumentos que cumplan con los estándares de la metodología científica sin olvidar los siguientes aspectos:<sup>23</sup>

- La capacidad del niño para entender y responder los instrumentos de evaluación, los cuales deberán adaptarse a diferentes edades, según el grado de comprensión del niño, puesto que la edad no siempre proporciona información suficientemente válida sobre el conocimiento, ya que en ocasiones es mejor realizar una prueba de lectura y comprensión<sup>24</sup>.
- El impacto que produce la enfermedad o el tratamiento, varía sustancialmente según la edad; el desarrollo cognitivo influye en la percepción sobre el concepto de salud-enfermedad de tal modo que los niños mayores suelen percibirla como más estresante, principalmente en la pubertad<sup>23</sup>.

- 
- Debe tenerse en cuenta a quién va dirigido el instrumento de evaluación, en principio son los propios niños quienes dan más información sobre su visión de la enfermedad, experiencias subjetivas y síntomas; sin embargo, si los niños son muy pequeños o están muy enfermos, será la persona más capacitada o cercana al menor (padres o profesores) quienes respondan a los instrumentos, (se tratará del adulto que proporcione más detalles sobre aspectos visibles y objetivos del comportamiento del niño). Habitualmente a partir de los 11 años suele ser suficiente la información obtenida en los instrumentos contestados por los propios menores <sup>23</sup>.

En la actualidad, se dispone de instrumentos para evaluar a través del indicador calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) en niños y adolescentes, descrito en la lengua inglesa como *Child Oral Health Related Quality of Life* (COHRQoL), a través de estos instrumentos se tiene evidencia, de que al perderse la homeostasis del estado de salud bucal, se reduce la calidad de vida relacionada a la salud oral, al dar tratamiento preventivo y terapéutico es posible recobrar el equilibrio. Dependiendo del estado de salud bucal en que se encuentre, se verá influenciada su capacidad para hablar y comunicarse en su entorno, reconocer los sabores de los alimentos al comer o beber, sonreír, vivir sin molestias o dolor y así desarrollarse plenamente como un ser social sin apremio

<sup>24</sup>.

---

### III.2.2 The Early childhood oral health impact scale

El instrumento denominado *The Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) se encarga de cuantificar el índice de calidad de vida relacionada a salud oral con la CIT, el cual fue creado originalmente en habla inglesa, éste consta de 13 reactivos divididos en 2 dominios; el primero está enfocado al niño, donde a través de 4 sub escalas con 9 reactivos en total, permite al adulto responsable describir su percepción en relación a la sintomatología, funcionalidad y el entorno psicológico y social; el segundo dominio, está dirigido al entorno familiar del niño, en donde se describe la percepción del adulto responsable a través de 2 sub escalas sobre el impacto psicológico y de funcionalidad, cuando el niño presenta complicaciones derivadas por desarrollar caries de la infancia temprana (CIT) a través de 4 reactivos. El instrumento debe ser contestado por el padre de familia o adulto a cargo, quien convive la mayor parte del día con el niño, a través de una escala de tipo Likert con 5 posibilidades para elegir y registrar cómo se ha producido dicho acontecimiento en la vida del niño. Las opciones –de la escala Likert- para responder a cada reactivo reciben un valor: NUNCA= 0; CASI NUNCA= 1; OCASIONALMENTE= 2; A MENUDO=3; MUY A MENUDO=4; NO LO SÉ=5. El puntaje del ECOHIS se obtiene de la sumatoria de los 13 reactivos, el intervalo del puntaje para el dominio *niño* es de 0 – 36 puntos; siendo el puntaje para el dominio *entorno familiar* de 0 – 16 puntos, para que en conjunto, éste sea de 0 – 52 puntos. Entre más se acerque la puntuación obtenida a los 52 puntos, indicará un mayor impacto negativo en la salud oral relacionada a una menor calidad de vida <sup>25</sup>.

---

Recientemente el interés por obtener información sobre la calidad de vida y su impacto en la salud oral dentro del área de la estomatología pediátrica, ha motivado la adaptación y aplicación del mismo en diferentes países, así como la creación de otros como es el caso de la *encuesta sobre calidad de vida*, que se realizó en una población chilena <sup>25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32</sup>.

Cabe resaltar el cuidado que requiere la creación de un instrumento por las características de sensibilidad, especificidad y reproductibilidad del mismo en el caso de investigaciones transversales y longitudinales, así como el planteamiento de los reactivos ya que por las características cognitivas de los niños a esta edad, no nos permiten obtener la información de primera mano sino de forma indirecta

19 .

---

### III.3 REPERCUCIONES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL DEL NIÑO QUE PADECE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

#### III.3.1 Entorno físico

Es muy común que durante la visita al Estomatólogo, al pensar sobre los efectos que provoca la caries dental en el cuerpo, se considere inicialmente solo a la estructura dentaria, sin embargo las repercusiones que se pueden desencadenar en el estado de salud general y de forma local, no solo atañen a los órganos dentales y mucho más si se trata de niños durante la primera infancia <sup>2</sup>.

Durante los primeros años de vida, un indicador ampliamente utilizado por los pediatras y los padres de familia para monitorizar el bienestar de los niños en relación a su crecimiento y desarrollo, es el peso y la talla <sup>2</sup>.

En el momento en el que la caries dental compromete la estructura dentinaria, el niño presentará cierta limitación para poder alimentarse, ya que al masticar e ingerir alimentos líquidos se generará una sensación de molestia y/o dolor, por lo que el niño comienza a asociar esta sensación desagradable con los alimentos, dando pie a pequeños cambios graduales en su dieta habitual reflejándose en pérdida de peso. Si los cambios son bruscos en relación al peso, se pone de manifiesto una influencia externa aguda, al hablar de cambios en cuestión de talla, se trata de una situación más grave que consecuentemente acarrearán un déficit en el desarrollo cognitivo que es de gran importancia durante la primera infancia <sup>2,8, 12, 13, 32,33</sup>

Se ha reportado una asociación entre el deterioro dental por caries y un

---

deficiente desarrollo físico ya que los niños que padecen caries de infancia temprana tienen un peso corporal significativamente menor, además de que son más enfermizos que los niños con una adecuada salud bucal.<sup>2</sup>

En la cavidad oral se llevan a cabo múltiples funciones que son de gran importancia para la vida, entre ellas se encuentran: la masticación, la deglución, articulación y fonación. En el momento en el que se presentan alteraciones orgánicas, se tendrán repercusiones de gran importancia en una o varias de estas funciones<sup>9, 12,39</sup>.

Al verse comprometida la integridad morfológica de la estructura dentaria, se reduce la capacidad para preparar los alimentos durante la masticación, de modo que las características del bolo alimenticio no son las más adecuadas para una correcta digestión y asimilación de los nutrientes<sup>38,39</sup>.

Al dificultarse la masticación se preferirá una alimentación demasiado blanda, reduciendo la actividad de los músculos que intervienen en este proceso; bajo estas condiciones también puede verse alterado el tipo de deglución<sup>39</sup>.

La discontinuidad en la estructura dental moderada o severa y peor aún, la pérdida prematura de órganos dentales temporales, se considera como tal, si ésta sucede 6 meses antes del tiempo en el que se estima su exfoliación, es un factor de riesgo para desarrollar maloclusiones con repercusiones a nivel dento-alveolar, óseo y de estética facial<sup>13,39</sup>.

Las manifestaciones clínicas de dolor e infección debilitan el estado de salud general, por un aumento en la producción de glucocorticoides en respuesta

---

al dolor, al mismo tiempo hay un aumento en la tasa metabólica global durante el proceso infeccioso. Localmente, la evolución de la caries implica un proceso inflamatorio crónico pulpar y consecuentemente del periápice antecediendo a este último, un proceso infeccioso que, puede poner en riesgo la corona del germen dental permanente. Es recomendable que no se reste importancia a estos focos de infección ya que son un riesgo de diseminación a distancia, pudiendo ser causantes de complicaciones sistémicas como endocarditis infecciosa, alteraciones renales o fiebre reumática, e incluso puede amenazar la vida del paciente <sup>13, 38,39</sup>.

El dolor causado por CIT, puede afectar la vida diaria y no siempre es expresado por los niños en esta etapa de la vida a diferencia de un adulto, por la inmadurez del niño, su desarrollo cognitivo y la dependencia con sus padres, influyen la interpretación del dolor <sup>32</sup>. Otras investigaciones reportan que anualmente hay una pérdida de alrededor de 60 millones de horas/clase asociadas a dolor dental <sup>1, 9,10, 12, 13,32</sup>.

El padecimiento del habla más frecuentemente observada en niños en edad preescolar y escolar es la dislalia, que es un trastorno de la articulación en los sonidos del habla, identificándolo comúnmente como una alteración en la pronunciación, donde la etiología no corresponde a una entidad neurológica sino de alteraciones en los órganos que componen la cavidad oral, de forma particular, la pérdida prematura de los órganos dentales temporales, favorecerá esta situación, así como a la maloclusión <sup>40</sup>. Al verse comprometido el segmento anterosuperior, predispone la disfunción fono articular de fonemas labiodentales,

---

dentales y el sigmatismo, si esta condición se asocia con hábitos desencadenantes de maloclusión como lo son hábitos linguales, la persistencia de una deglución infantil, succión digital o del labio, de no ser atendidos a tiempo tienden a empeorar<sup>39, 40</sup>.

Las dislalias son reportadas por los servicios de Logopedia y Foniatría como motivo de consulta en un 70% de los casos. Un diagnóstico e intervención temprano, mejorará el pronóstico del trastorno de lenguaje, evitando su persistencia hasta la vida adulta en proporción de un 40 a 60%<sup>41,42</sup>. Generalmente entre los 4 a 6 años de edad, los niños no perciben estos defectos y creen firmemente que hablan bien. Algo que puede llamar nuestra atención es que los mismos padres tampoco lo notan, porque siempre han oído hablar así a sus hijos, quedando sorprendidos o avergonzados cuando se les hace notar la dislalia inadvertida. Otros padres están conscientes de la condición, pero la encuentran graciosa en sus hijos si estos son muy pequeños y terminan acostumbrándose a ella, en vez de hacer algo para corregirla<sup>43</sup>.

---

### III.3.2 Entorno psicológico

El sueño se considera una función biológica fundamental, así mismo es uno de los factores que contribuyen a alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico debido a su interrelación. La cantidad necesaria de sueño está condicionada por factores que dependen del organismo, ambiente y del comportamiento. En la primera infancia se destinan alrededor de entre 11 y 14 horas del día para poder disfrutar de los beneficios derivados del descanso, cuanto más tiempo duerma el niño, esto permitirá que se levante fresco, feliz y lleno de energía. Por lo tanto, la falta de un sueño adecuado y reconstituyente es perceptible en la vida cotidiana a través de cambios en el humor y comportamiento habitual expresados a través de la irritabilidad, depresión, emociones exacerbadas, rebeldía, las rabietas y los alborotos <sup>44, 45</sup>.

Las repercusiones en el estado de salud general, radican en que son niños más susceptibles a un crecimiento deficiente por una producción menor de hormona de crecimiento, alterándose a su vez en cierto grado la capacidad motriz, tienden a recuperarse con mayor dificultad de otras enfermedades, también es común que su aprendizaje y rendimiento escolar sufra algunos estragos, por ejemplo, se les dificulta la toma de decisiones, presentan problemas para memorizar, están faltos de concentración, con lapsos de memoria y falta de coordinación mano-ojo <sup>37,44</sup>.

El estadio de evolución de la lesión cariosa y el número de órganos dentales comprometidos condicionan el impacto negativo en la calidad de vida del

niño y su familia, los cuales se muestran con mayor frecuencia en la forma severa de la enfermedad <sup>25,26, 28, 31,32</sup>.

---

### III.3.3 Entorno social

Una sonrisa saludable ejerce una influencia muy importante a nivel social con los niños, desde el punto de vista como son percibidos por otros niños con los que conviven y como se sienten consigo en esta convivencia. Desde el punto de vista de la psicología infantil, la sonrisa es una forma a través de la cual los infantes comienzan a construir relaciones interpersonales y de autoestima<sup>32,34</sup>.

La psicología de desarrollo infantil describe que a la edad de 6 años, comienza a desarrollarse el pensamiento abstracto y la auto-imagen del niño, a través de comparar características físicas y rasgos de personalidad con las de otros de su misma edad. Su capacidad de hacer juicios sobre su apariencia, la calidad de amistad con otros menores, sus pensamientos, emociones y la conducta de los demás, así como el concepto de estética vinculado a la salud, poco a poco también se irán desarrollando e incorporando en conjunto en la mente del niño, lo que puede interferir en su concepto de autoestima a esta edad, de aquí la importancia de promover medidas de prevención contra la caries o minimizar la necesidad de un tratamiento restaurador<sup>12, 32, 33,34</sup>.

La estética dento-facial es un elemento importante del aspecto estético en general, hay una fuerte asociación entre problemas estéticos derivados de alteraciones en el crecimiento, desarrollo del craneofacial y hábitos perniciosos como efectos secundarios al deterioro severo del segmento anterior superior como secuela de la caries de infancia temprana, siendo motivo de consulta odontológica de practica general, en estomatología pediátrica con el fin de devolver la

funcionalidad y una sonrisa saludable mediante tratamientos estéticos<sup>12,39</sup>.

---

### III.3.4 Entorno familiar

Lamentablemente el principal motivo de consulta por el cual los padres o responsables del niño acuden al Estomatólogo o al Odontopediatra sigue siendo el dolor, relacionado comúnmente al deterioro dental por caries o traumatismos <sup>32</sup>.

La inmadurez del niño, su desarrollo cognitivo, experiencias relacionadas a traumatismos, algunas situaciones relacionadas al manejo terapéutico de procesos infecciosos o febriles de origen no odontológico y dependencia hacia los padres, influyen la interpretación del dolor y cómo es expresado por el niño. Entre más graves sean la condición del infante y su entorno en el que vive, más cercana es la relación entre padres e hijos, de forma que estos padres están más familiarizados con las actividades y sentimientos de sus hijos, bajo este enfoque, las condiciones en las que se encuentra la cavidad oral no impactan únicamente al niño, también afectan de forma indirecta a sus padres y otros miembros de la familia, esto es congruente con que en ocasiones los padres de estos niños se ausentan del trabajo para quedarse en casa y cuidar de sus hijos, además de invertir tiempo adicional y dinero para el acceso a los cuidados dentales <sup>24,32,34</sup>.

Desafortunadamente para los niños con CIT, algunas madres no le dan la atención debida a estas lesiones cariosas, independientemente del grado de evolución en el que se encuentren; es común, que se caiga en negligencia, ya que si el menor no expresa dolor, todo sigue su curso habitual <sup>47</sup>. Al entrevistar a las madres de estos niños sobre la posible etiología de la CIT en un estudio previo a la presente investigación, ellas refieren que el uso de antibióticos u otros

---

medicamentos contribuyeron al proceso carioso <sup>37</sup>.

Otras investigaciones sugieren que los niños donde el ingreso familiar es bajo, el nivel educativo de las madres es limitado, además, de que su salud oral es deficiente y/o con malos hábitos, incrementa un riesgo potencial 32 veces mayor de presentar caries empobreciendo la salud oral de sus hijos afectando su calidad de vida <sup>2,3,4,5,6,7</sup>. Independientemente de la situación socioeconómica de las familias, en muchos países, se acostumbra o se tiene la creencia de que la extracción de estos dientes afectados es una solución práctica y económica<sup>36</sup>.

Sin embargo, al paso del tiempo, cuando de nuevo nos encontramos con estos niños, las alteraciones que presentan son severas o irreversibles y la mayoría de estos niños oponen resistencia o renuencia ante el tratamiento en la actual dentición <sup>36</sup>.

Un escenario que suele presentarse en torno a la consulta odontológica, pone al niño(a) como actor central; el padre se encuentra aislado de cierta forma en la sala de espera, muchas veces escuchando el llanto de su hijo(a), lidiando con el sentimiento de impotencia que emerge del no poder resolver el motivo de la consulta (dolor). Toda esta dinámica se ha desarrollado sin sospechar que la calidad de vida del niño(a), sus padres y la del Estomatólogo se ve afectada, lo que da pauta a la búsqueda de opciones que permitan una atención odontológica de mayor calidad desde una perspectiva preventiva y terapéutica <sup>36</sup>. Estos acontecimientos refuerzan la necesidad de concientizar a los padres de familia, docentes y otros miembros del área de la salud en que la conservación de la dentición decidua es fundamental <sup>12</sup>.

Cuadro 2. Revisión sistemática: Instrumentos que cuantifican el índice Calidad de vida relacionada a salud oral y Caries de la infancia temprana.

Autor: Li S, Veronneu J, Allison P J. 2008 <sup>25</sup>		Resultado: Describe las condiciones funcionales, psicológicas y sociales
País	Estados Unidos de Norteamérica	
Instrumento	ECOHIS (Early childhood oral health impact scale)	
Composición del instrumento	13 reactivos: 9 niño, 4 familia	
Edad	2-5 años	
Autor: Echeverría LS, Henríquez DE, Sepulveda RR, Barra PM. 2010 <sup>32</sup>		Resultado: Describe presencia de dolor, problemas para dormir y comer, cambios de conducta y ausentismo escolar
País	Chile	
Instrumento	Encuesta sobre calidad de vida	
Composición del instrumento	5 reactivos enfocados al niño	
Edad	3-5 años	

### Cuadro 3 Revisión sistemática: Adaptaciones transculturales del instrumento ECOHIS.

Autor: Li S, Veronneu J, Allison P J. 2008 <sup>25</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por dolor, cambios en su estado de ánimo (irritabilidad), dificultad para comer y limitación de sus actividades cotidianas. El estado emocional de familia se vio alterado al sentirse culpables y alterados.
País: Estados Unidos de Norteamérica	
Población: N= 295 niños de 5 años de edad.	
Autor: Li S, Veronneu J, Allison P J. 2008 <sup>25</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por dolor, cambios en su estado de ánimo (irritabilidad), problemas para dormir y dificultad para comer.
País: Canadá	
Población: N= 492 niños n=398 de 1 año de edad; población abierta. n= 97 niños con necesidad de tratamiento de 0 a 5 años.	
Autor: Jankauskiene B, Narbutaite J, Kubilius R, Gleiznys A. 2012 <sup>26</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por la dificultad para comer, el dolor, problemas para dormir y cambios en su estado de ánimo (irritabilidad). El estado emocional de familia se vio alterado al sentirse culpables y alterados. No hay una repercusión económica a nivel familiar ya que el gobierno proporciona el servicio dental de forma gratuita.
País: Lituania	
Población: N= 130 con necesidad de tratamiento	
Autor: Masumo R, Bardsen A, Mashoto K, Armstrong NA. 2012 <sup>27</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada cambios en su estado de ánimo (irritabilidad), la dificultad para comer y el dolor. La repercusión económica y el ausentismo laboral afectan la dinámica familiar.
País: Tanzania	
Población: N= 1221 niños de que acuden a centros de salud para control de peso y talla como a las campañas de vacunación.	
Autor: Martins-Junior P, Ramos-Jorge J, Martins PS, Silva LM. 2012 <sup>28</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por el dolor, cambios en su estado de ánimo (irritabilidad) y la dificultad para comer. El estado emocional familiar se vio alterado al sentirse culpables y alterados.
País: Brasil	
Población: N= 247 niños de 2 a 5 años de edad	
Autor: Scapelli A, et al. 2011 <sup>31</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por el dolor, la dificultad para beber y comer y cambios en el estado de ánimo (irritabilidad). El estado emocional familiar se vio alterado al sentirse culpables y alterados.
País: Brasil	
Población: N= 1643 niños de 5.4 años ± 3.7 meses	
Autor: Wong HM, McGrath CJ, King NM, Lo EM. 2011 <sup>29</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por el dolor, la dificultad para comer, beber y pronunciar correctamente al hablar. El estado emocional de la familia se vio alterado al sentirse culpables y molestos.
País: Hong-Kong	
Población: N= 1261 niños de 3.9 ± 0.66 años de edad	
Autor: Peker K, Uysal O, Bermek G. 2011 <sup>30</sup>	Resultados: La CVRSO del niño se ve afectada por los cambios en el estado de ánimo (irritabilidad), la dificultad para comer, problemas para dormir, dolor, dificultad para pronunciar correctamente al hablar y beber así como la limitación de sus actividades cotidianas. El estado emocional familiar se vio alterado al sentirse culpables y alterados. La dinámica familiar también se vio afectada por la repercusión económica y ausentismo laboral
País: Turquía	
Población: N= 121 niños de 5.25 ± 0.43 años	

---

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental a nivel mundial sigue siendo un problema de salud pública, debido a que es una entidad crónica degenerativa con alta prevalencia, la cual desafortunadamente esta subestimada. En la actualidad la calidad de vida es un referente, donde los contextos sociales, culturales, estilos de vida, la capacidad de acceder a servicios de salud, la capacidad de adaptación del hombre al medio en el que se desenvuelve, son de gran influencia en el cuidado del cuerpo para gozar de una buena salud.

Como parte del equipo de profesionales del área de salud, es importante reiterar el compromiso por el bienestar integral de nuestra población infantil, debido a que este grupo etario desarrolla caries dental a temprana edad, alterando su salud y por lo tanto su calidad de vida. Al desarrollar sintomatología como dolor, limitaciones para llevar a cabo funciones básicas como el masticar, beber, sonreír, relacionarse con miembros de su familia o comunidad, pueden, incluso, causar secuelas permanentes. De este contexto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué aspectos en la calidad de vida relacionada a la salud oral se ven alterados en los niños que padecen caries de la infancia temprana?

## V. HIPÓTESIS:

Con base en la problemática expuesta, suponemos que el impacto de la caries de la infancia temprana tendrá repercusión en el niño, particularmente en el campo de la funcionalidad así como en el estado de ánimo; en lo que concierne a su entorno familiar sobre el estado emocional.

## VI. OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué aspectos en la calidad de vida relacionada a la salud oral del niño se ven alterados, si este padece caries de la infancia temprana.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el efecto de la sintomatología sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral del niño cuando padece caries de la infancia temprana.

- Determinar el efecto en la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral del niño cuando padece caries de la infancia temprana.

- Determinar el efecto en el entorno psicológico y social sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral del niño cuando padece caries de la infancia temprana.

- Determinar el impacto del estado emocional y de función familiar sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral del niño cuando padece caries de la infancia temprana.

## VII. MATERIAL Y METODOS

### VII.1 Tipo de estudio:

Observacional, transversal, comparativo, prospectivo.

### VII.2 Universo de estudio:

El universo de estudio fue de 526 niños, de los cuales solo 237 niños cumplieron los criterios de inclusión para la presente investigación.

### VII.3 Criterios de inclusión:

Niños de 3 a 5 años de edad sin compromiso sistémico, que acepten participar en la presente investigación en conjunto con sus padres de manera voluntaria a través del consentimiento informado.

### VII.4 Criterios de exclusión:

Niños de 3 a 5 años de edad con compromiso sistémico o que actualmente se encuentren bajo tratamiento médico.

### VII.5 Criterios de eliminación:

Niños que cumplieron con los criterios de inclusión, pero que cuyos instrumentos de evaluación contestados por la madre o adulto a cargo del niño no se hayan contestado por completo.

### VII.6 Variable independiente:

Caries de infancia temprana.

### VII.7 Variable dependiente:

Calidad de vida relacionada a la salud oral del niño

## VII.8 Operacionalización de las variables

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>NIVELES DE MEDICION</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Caries de la infancia temprana</b>	<b>Presencia de 1 o más experiencias de caries en niños menores a 71 meses de edad</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	<b>0= sano 1= CIT 2= CIT-S</b>
<b>Calidad de vida relacionada a salud oral</b>	<b>La capacidad del niño y su familia para realizar actividades cotidianas</b>  <b>Niño:</b> <b>Sintomatología</b> <b>Funcionalidad</b> <b>Psicológico</b> <b>Autoimagen/social</b>  <b>Familia:</b> <b>Psicológico</b> <b>Funcionalidad</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	<b>0= no 1= si</b>

---

## VII.9 Técnica

El trabajo se llevó a cabo en tres etapas:

- 1°) estandarización y calibración del examinador.
- 2°) validación del instrumento de medición de la calidad de vida.
- 3°) aplicación del instrumento y levantamiento epidemiológico.

En la primera etapa, se estandarizó y calibró al examinador, previa al inicio de la investigación, a través de un curso de adiestramiento de estandarización impartida por especialistas, con el fin de poder realizar el levantamiento de los índices Epidemiológicos de Caries. Para la medición del ceo-d Se obtuvo la concordancia entre el examinador y el especialista con un valor de Kappa de 0.85.

En la segunda etapa se enfocó a la validación del instrumento para evaluar de que forma la caries de la infancia temprana impacta en la calidad de vida relacionada a salud oral del niño y su familia, el cual constó de 14 reactivos, divididas en 2 bloques, el primer bloque está enfocado al niño, donde a través de 8 reactivos permiten medir sintomatología, funcionalidad, entorno psicológico y social. El segundo bloque estuvo dirigido al entorno familiar del niño, en donde se evalúa el impacto psicológico y de funcionalidad debido a que el niño presente complicaciones derivados de desarrolla CIT, a través de 4 reactivos. El cuestionario fue respondido por el padre de familia o adulto a cargo, quien convive la mayor parte del día con el niño.

---

El documento fue contestado por 42 padres de familia en dos ocasiones con un intervalo de 15 días entre cada una para evitar el sesgo de memoria.

Previa solicitud ante la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal por medio de la Coordinación de Educación Preescolar No.4, la autorización para ingresar a los jardines de niños y poder convocar a los padres de familia de estas escuelas a colaborar en la presente investigación haciendo de su conocimiento los objetivos de la misma, las características y condiciones del estudio. Asentando su interés en participar de forma voluntaria a través de su firma en el consentimiento informado.

Tanto la población que participó en la fase de validación del instrumento, como la participante en el levantamiento epidemiológico, pertenecen a un jardín de niños dirigido por la Coordinación de Educación Preescolar No. 4 con la finalidad de que las condiciones sociales, culturales y económicas fuesen más homogéneas por pertenecer a la misma demarcación.

#### *Levantamiento epidemiológico y aplicación del instrumento.*

Para el levantamiento epidemiológico fueron empleados para la exploración, espejos bucales planos del número 5 y exploradores bucales del número 5 auxiliándonos de luz natural. Asimismo, se cuidaron los aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia, para lo cual se utilizaron barreras de protección universales.

Se inició a la exploración en el cuadrante superior derecho, con el segundo molar, con el siguiente orden de evaluación para las caras que los conforman:

oclusal, palatino, distal, vestibular y mesial. Con esta secuencia fueron evaluados los órganos dentales de forma subsecuente. La secuencia para los órganos dentales del cuadrante superior izquierdo comenzó con el órgano dental 61 por la cara palatina, mesial, vestibular y distal, así sucesivamente. Tanto para el cuadrante inferior derecho e izquierdo la secuencia fue oclusal, lingual, mesial, vestibular y distal.

Para la aplicación del instrumento, se les hizo llegar a los padres de familia o responsables del niño el documento para ser contestado en casa, el cual fue devuelto al día siguiente.

## VII.10 Diseño estadístico

Para la validación del instrumento aplicado, se confirmó que este cumpliera con las características psicométricas calculando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (consistencia interna), el grado de repetitividad de las respuestas obtenidas en las dos ocasiones donde no hubo cambios en el estado de salud de los participantes fueron verificadas pregunta por pregunta, no encontrando diferencias estadísticamente significativas (estabilidad test-retest). Para la determinación del impacto en la calidad de vida se llevó a cabo un análisis descriptivo, para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y proporciones, para las cuantitativas media y desviación estándar. Como prueba de comparación se utilizó  $\chi^2$ . Se llevó a cabo el cálculo de la razón de momios (RM) con su respectivo intervalo de confianza al 95% para establecer la asociación entre cada una de las variables del cuestionario que impactan sobre la calidad de vida tanto del niño como de los padres con base a la severidad de la caries detectada. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

---

## VIII. RESULTADOS

Para la validación de la prueba, participaron 42 niños de 3 a 5 años de edad y sus familias. En relación a las características psicométricas del instrumento, la consistencia interna se evaluó a través del coeficiente  $\alpha$  de Chronbach que arrojó un puntaje global de 0.886, el grado de repetitividad de las respuestas de los participantes fueron verificadas pregunta por pregunta, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

El universo de estudio para la presente investigación fue de 526 niños en edad pre-escolar inscritos en el ciclo escolar 2012-2013, en los que se detectó una prevalencia en relación a caries de la infancia temprana del 71.5% (376 niños) que a su vez la forma severa de esta condición clínica representaba un 49% (184 niños).

Del total, cumplieron con los criterios de inclusión 237 niños, los cuales conformaron la población de estudio en donde el 51% (121) corresponden al sexo masculino y el 49% (116) corresponden al sexo femenino. De este total, 148 niños (62%) tiene caries dental, y la percepción de los padres de estos niños es que los dientes temporales son importantes (142 [96%]); además, 144 (97%) considera que debe dárseles tratamiento y 129 (87%) refieren que la caries puede alterar el estado de salud general. Con relación a la percepción sobre el estado de salud general, 101 (68%) padres refieren que ésta es regular y 72 (49%) indican que la salud bucal, también es regular, comparado contra 79 (89%) de los papás de niños sin caries que dicen que su relación con el estado de salud en general es bueno y 75 (84%) mencionan que también su salud bucal es buena. La edad

---

promedio de las madres o responsables de los niños que participaron en el estudio fue  $34 \pm 7$  años. Con relación a la escolaridad, el porcentaje más alto se observó a nivel bachillerato (43%), seguido de licenciatura (25%) y de educación básica (30%).

Para el análisis de los datos obtenidos se conformaron 3 grupos: 89 (38%) sano, 67 (28%) caries de la infancia temprana [CIT] y 81 (34%) caries de la infancia temprana severa [CIT\_S].

Las características demográficas de los niños y sus padres por grupo se presentan en el cuadro 4.

Cuadro 4. Características del niño y sus padres en el estudio de calidad de vida relacionada a salud oral en niños con caries de infancia temprana severa.

<b>Demografía del niño</b>	<b>Sano (n = 89)</b>	<b>CIT (n = 67)</b>	<b>CIT-S (n = 81)</b>
<b>Sexo</b>			
Hombre	37 (42%)	37 (55%)	47 (58%)
Mujer	52(58%)	30 (45%)	34 (42%)
<b>Edad</b>			
3 años	24 (27%)	9 (13%)	13 (16%)
4 años	37 (42%)	36 (54%)	39 (48%)
5 años	28 (31%)	22 (33%)	29 (36%)
<b>Experiencia de caries (órgano dental)</b>			
Hipoplasia	0 (0%)	9 (13%)	24 (30%)
Caries	0 (0%)	62 (92%)	79 (97%)
Obturado	0 (0%)	5 ( 7%)	24 (30%)
Extraído	0 (0%)	0 ( 0%)	15 (19%)
Índice ceo	0	2.69 ± 1.29*	7.80 ± 3.19*
<b>Demografía de los padres o responsable</b>			
<b>Escolaridad</b>			
Básica (Primaria y/o Secundaria)	12 (14%)	21 (31 %)	27 (33%)
Bachillerato	43 (48%)	26 (39%)	34 (42%)
Licenciatura	31 (35%)	20 (30%)	19 (24%)
Posgrado	3 ( 3%)	0 ( 0%)	1 ( 1%)

\*Análisis de la varianza de un factor, prueba de Dunnett como posthoc,  $p < 0.0001$ .  
CIT: caries de infancia temprana; CIT-S: caries de infancia temprana severa.

Con relación a la percepción del estado de salud general y bucal de los niños, se observó que en el grupo con caries severa se percibe de regular a malo, aunque se reconoce en todos los grupos que dan la dentición primaria es importante así como proporcionarle tratamiento por caries (cuadro 5).

## Cuadro 5. Percepción sobre el estado de salud general y bucal del niño y

estimación acerca de la importancia de la dentición temporal.

<b>Estado de salud general, bucal y dentición temporal</b>	<b>Sano (n = 89)</b>	<b>CIT (n = 67)</b>	<b>CIT-S (n = 81)</b>
Salud general:			
Bueno	79 (89%)	48 (72%)	0 ( 0%)
Regular	10 (11%)	18 (27%)*	54 (67%)
Malo	0 ( 0%)	1 ( 1%)	27 (33%) <sup>†</sup>
Salud bucal:			
Bueno	75 (84%)	40 (60 %)	27 (33%)
Regular	14 (16%)	26 (39 %) <sup>‡</sup>	46 (57%)
Malo	0 ( 0%)	1 ( 1 %)	8 (10%) <sup>§</sup>
Dentición primaria importante			
Si	88 (99%)	65 (97%)	77 (95%)
No	1 ( 1%)	2 ( 3%)	4 ( 5%)
Dar tratamiento a la dentición primaria por caries:			
Si	88 (99%)	64 (95%)	80 (99%)
No	1 ( 1%)	3 ( 5%)	1 ( 1%)
La caries en los dientes primarios puede afectar el estado de salud general:			
Si	84 (94%)	60 (90%)	69 (85%)
No	5 ( 6%)	7 (10%)	12 (15%)

Prueba  $\chi^2$ , \*p< 0.05 sano vs. CIT; <sup>†</sup>p=0.001 sano vs. CIT-S; <sup>‡</sup>p<0.01 sano vs. CIT; <sup>§</sup>p=0.0001 sano vs. CIT-S. CIT: caries de infancia temprana; CIT-S: caries de infancia temprana severa.

En cuanto a la percepción sobre el impacto en al impacto en la calidad de vida medido con el instrumento, se encontró que los niños con caries severa tienen alteraciones reconocidas sobre su salud bucal en casi todos los parámetros evaluados (cuadro 6).

Cuadro 6. Impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral en niños con caries de la infancia temprana.

<b>Impacto CVRSO Niño</b>	<b>Sano (n = 89)</b>	<b>CIT (n = 67)</b>	<b>CIT-S (n = 81)</b>
<b>Sintomatología</b>			
Dolor dental:			
Si	1 ( 1%)	4 ( 6%)	20 (40%)*
No	88 (99%)	63 (94%)	30 (60%)
<b>Funcionalidad:</b>			
Problemas para comer			
Si	1 ( 1%)	3 ( 5%)	20 (25%)*
No	88 (99%)	64 (95%)	61 (75%)
Problemas para beber frio/caliente			
Si	0 ( 0%)	0 ( 0%)	13 (16%) <sup>‡</sup>
No	89 (100%)	67 (100%)	68 (84%)
Problemas para pronunciar al hablar			
Si	1 ( 1%)	1 ( 2%)	7 ( 9%) <sup>†</sup>
No	88 (99 %)	66(98 %)	74 (91%)
Ausentismo escolar/ suspensión de actividades			
Si	0 ( 0%)	0 ( 0%)	7 (9%) <sup>†</sup>
No	89 (100%)	67 (100%)	74 (91%)
<b>Psicológico</b>			
Problemas para dormir			
Si	0 ( 0%)	1 ( 2%)	9 (11%) <sup>†</sup>
No	89 (100%)	66 (98 %)	72 (89%)
Cambios de Animo			
Si	1 ( 1%)	1 ( 2%)	19 (23%)*
No	88 (99%)	66 (98%)	62 (77%)
<b>Autoimagen/ Interacción social</b>			
Evito reír abiertamente o sonreír			
Si	0 ( 0%)	3 ( 4%)	7 ( 9%)*
No	89 (100%)	64 (96%)	74 (91%)

Prueba  $\chi^2$ , \* p<0.0001 sano vs. CIT-S; <sup>†</sup>p<0.001 sano vs CIT-S; <sup>‡</sup>p<0.005 sano vs CIT-S; <sup>§</sup> p<0.0001 CIT vs. CIT-S; <sup>||</sup> p<0.001 CIT vs. CIT-S CIT: caries de infancia temprana; CIT-S: caries de infancia temprana severa.

Así mismo, el entorno familiar se ve afectado en los niños con la forma severa de la enfermedad (cuadro 7).

**Cuadro 7. Impacto sobre la calidad de vida en el entorno familiar relacionados con la salud oral en niños con caries de la infancia temprana.**

<i>Impacto CVRSO Familia</i>	<b>Sano (n = 89)</b>	<b>CIT (n = 67)</b>	<b>CIT-S (n = 81)</b>
<b>Estado emocional</b>			
Molesto			
Si	3 ( 3%)	8 (12%)	29 (36%) <sup>‡</sup>
No	86 (97%)	59 (88%)	52 (64%)
Culpable			
Si	5 ( 6%)	8 (12%)	41 (49%) <sup>†</sup>
No	84 (94%)	59 (88%)	40 (51%)
<b>Función familiar</b>			
Ausentismo laboral			
Si	2 ( 2%)	4 ( 6%)	7 ( 9%)
No	87 (98%)	63 (94%)	74 (91%)
Economía			
Si	3 ( 3%)	9 (13%)	21 (26%) <sup>†</sup>
No	86 (97%)	58 (87%)	60 (74%)

Prueba  $\chi^2$ , \*p<0.05 sano vs CIT-S; †p<0.001 CIT vs CIT-S; ‡p<0.005 CIT vs CIT-S.

CIT: caries de infancia temprana; CIT-S: caries de infancia temprana severa.

De los aspectos que impactan sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral de los niños con caries de la infancia temprana, se observó que los cambios en el estado de ánimo están muy asociados a la CIT-S, donde es posible que estos se presenten 13 veces más que en los casos no severos; además, el dolor dental y los problemas para comer son los que impactan más en los niños con la forma severa, siendo hasta 6 veces más el riesgo de repercusión negativa. Los demás factores tienen frecuencias de 0 en alguna casilla, por lo que no se puede calcular la razón de momios (Cuadro 8)

**Cuadro 8. Aspectos que impactan en la calidad de vida relacionada a salud oral en la sección niño considerados como riesgo asociados al diagnóstico de caries en la infancia temprana.**

<b>Factor asociado</b>	<b>RM</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p*</b>
Cambios en el estado de ánimo	14.09	1.82 – 109.14	0.001
Dolor dental	7.33	2.08 – 25.79	0.001
Problemas para comer	7.38	1.64 – 33.19	0.003
Problemas para pronunciar	4.35	0.52 – 36.52	0.256

Prueba  $X^2$ , RM: Razón de momios, IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

Con relación al entorno familiar, los sentimientos: culpable y molesto por parte de los papás de los niños con CIT-S, son los que se encuentran más asociados a la severidad, teniendo una repercusión negativa sobre la calidad de vida (Cuadro 9)

**Cuadro 9. Aspectos que impactan en la calidad de vida relacionada a salud oral en la sección familia considerados como riesgo asociados al diagnóstico de caries en la infancia temprana.**

<b>Factor asociado de aspecto familiar</b>	<b>RM</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p*</b>
Estado emocional/ Culpable	5.86	2.35 – 14.60	< 0.0001
Estado emocional /Molesto	3.19	1.27 – 8.02	0.011
Repercusión económica	2.00	0.78 – 5.14	0.146
Ausentismo laboral	1.02	0.28 – 3.67	1.000

\*Prueba  $X^2$ , RM: Razón de momios, IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

---

## IX. DISCUSIÓN

La salud oral forma parte integral del estado de salud general de todo individuo, actualmente el indicador calidad de vida se ha convertido en un referente para estimar el impacto de los cuidados médicos, a través del recabar información detallada de las necesidades particulares que favorezcan el desarrollo de estrategias más personalizadas; esto con el fin de retrasar el avance de enfermedades crónicas, limitando el deterioro en la capacidad funcional <sup>19, 22</sup>.

La necesidad de atención para caries y enfermedad periodontal son de gran magnitud en la población mundial. En México existe una elevada incidencia y prevalencia de caries dental, por lo que sigue siendo considerada como uno de los problemas de salud pública de mayor importancia, particularmente entre los niños debido a que durante la etapa que comprende la primera infancia es una fase crítica y fundamental para el crecimiento físico y emocional del niño <sup>2,16,24,47</sup>. En el ámbito de la Estomatología pediátrica se sabe que la caries de la infancia temprana ocasiona repercusiones en la calidad de vida de estos niños y sus familias en diversas formas y algunas pueden causar secuelas permanentes.<sup>47</sup>

En la presente investigación se consideró de gran importancia conocer la perspectiva por parte de los padres de familia o adultos responsables del niño sobre el estado de salud general y bucal del menor, el valor que tiene para ellos la primera dentición, la importancia que tiene que estos dientes reciban tratamiento al desarrollar caries y si consideran la posibilidad de que la caries en la primera dentición puede afectar el estado de salud general de los niños. La percepción de estos aspectos, complementa al instrumento que evalúa la calidad de vida y la

---

salud oral porque describen de forma indirecta el estado de bienestar individual y familiar.

Se utilizó como referente un cuestionario previamente validado en Estados Unidos de América, establece la percepción de los padres sobre el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en la infancia temprana sobre el niño y su familia <sup>25</sup>. El instrumento empleado en la presente investigación fue una adaptación libre entre la versión anglosajona del instrumento ECOHIS y la Encuesta sobre Calidad de Vida llevada a cabo en Chile <sup>25, 32</sup>, adaptándose a las condiciones de nuestro país, por lo que hubo la necesidad de llevar a cabo una validación para nuestra población. Al respecto, se encontró que el instrumento es confiable y reproducible ya que el  $\alpha$  de Cronbach obtenido fue de 0.886, siendo el valor para el mismo parámetro en el cuestionario anglosajón de 0.840. Existen versiones de este instrumento en diferentes idiomas con resultados para el  $\alpha$  de Cronbach oscila entre 0.800 a 0.950 <sup>25, 26, 27, 28, 29, 30, 32</sup>, aunque la versión adaptada al Chino tuvo un valor de 0.640 <sup>29</sup>. En este sentido se reconoce que un instrumento es confiable cuando tiene un valor de  $\alpha = 0.700$  <sup>31</sup>.

Ya con el instrumento validado, se procedió a su aplicación. En los casos valorados con caries, la percepción de los padres hacia el estado de salud general y bucal de sus hijos es regular, la mayoría de ellos creen que es importante la dentición temporal y que ésta reciba tratamiento, así como que el procesocarios puede afectar el estado general de salud, lo cual es contrastante ya que la prevalencia de caries fue del 62% y solo el 20% recibió tratamiento. En los niños diagnosticados con la forma severa, más de la mitad de los papás de este grupo

---

consideraron que el estado de salud general es regular y el 33% lo consideró malo. Con relación a la salud bucal la mayoría la consideró regular, el 33% cree que es buena y solo el 10% mala. Los datos clínicos nos indican un deterioro serio, ya que la prevalencia de caries en ésta población fue del 97%, de los cuales un 30% recibió tratamiento oportuno y el 19% evolucionó desfavorablemente, provocando la pérdida del diente afectado.

Resulta interesante que en general, las perspectivas de los papás en cuanto a la dentición primaria sean que ésta reciba tratamiento de ser necesario y que la enfermedad si puede afectar el estado de salud general, lo cual no es congruente con los hallazgos encontrados. Esta situación se detectó de manera inversa en lo reportado por Mani donde menciona que 32% de los padres encuestados eran conscientes de que la caries dental puede afectar el estado de salud general. Otras investigaciones reportan en este sentido que desafortunadamente, la mayoría de las veces las madres no ponen la suficiente atención a la salud dental de sus hijos pequeños debido a la temporalidad de la dentición primaria por desconocimiento de la etiología de la enfermedad, así mismo no tienen la capacidad de distinguir el desarrollo de los primeros signos de la enfermedad, lo que conlleva a la búsqueda de atención odontológica tardía cuando el niño ya presenta dolor , incomodidad y otras complicaciones<sup>47</sup> .

El instrumento empleado en la presente investigación reúne las características psicométricas adecuadas para detectar qué aspectos del índice calidad de vida relacionada a salud oral en niños que padecen caries de la infancia temprana, se ven impactados tanto de forma individual y familiar, sobre todo con

---

los niños que presentan la forma severa de la enfermedad. Para la forma individual se consideraron cuatro sub escalas: sintomatología, funcionalidad, entorno psicológico, autoimagen/interacción social, y en la familiar se consideró estado emocional y función familiar.

Con relación a la sintomatología, se consideraron antecedentes de odontalgia, en este sentido nuestra población reportó ésta en aproximadamente una tercera parte, sobresaliendo en los pacientes que presentaron la forma severa. En contraste con los estudios realizados en Hong Kong, Turquía y Canadá, que encontraron frecuencias más altas. Siendo similar con lo reportado por Martins-Júnior que observaron un 27%; por lo que la evolución del proceso carioso influye en la presencia o ausencia de dolor <sup>25, 26, 28, 29</sup>. En este sentido se encontró que la odontalgia es más probable que se presente en la forma severa de la enfermedad, considerándose un factor asociado a ella, lo que corroboraría lo reportado en los estudios internacionales.

En cuanto a la funcionalidad, se consideró la dificultad para comer, para beber líquidos fríos-calientes, problemas para pronunciar, ausentismo escolar o que las actividades cotidianas se vieran limitadas. En el primer rubro los niños del grupo de CIT-S son los más afectados, esto es similar a lo reportado en el estudio de Wong y menor a lo reportado en el estudio realizado por Peker <sup>29, 30</sup>. Cabe resaltar que en este trabajo se demostró que los niños con la forma severa presentaron seis veces más problemática para comer en comparación con los del padecimiento no severo.

En relación a la dificultad para beber, el presente estudio arrojó un 16% lo cual es menor a lo reportado en los estudios realizados en Turquía ( 39%) y en Hong Kong (21%)<sup>26, 29</sup>. Los problemas de pronunciación y ausentismo se presentaron en este caso en un porcentaje similar y bajo, lo que contrasta con los estudios mencionados anteriormente, ya que ellos lo observaron en mayor escala. Llama nuestra atención el reducido número de papás que notaron dificultad en sus hijos para pronunciar adecuadamente, ya que el patrón característico con relación a la secuencia de afección dental en niños con CIT es precisamente con los incisivos anteriores superiores<sup>1,2</sup>, sabemos que la severidad de la enfermedad aumenta con la edad, que la evolución de la misma predispone la pérdida estructural de la corona clínica de estos dientes que son necesarios para una adecuada fonación<sup>40</sup>. También se reportaron en una proporción baja, alteraciones en las actividades cotidianas de los niños como lo son asistir al preescolar o guardería, generalmente esto sucede cuando la evolución de la enfermedad detona procesos infecciosos a través de abscesos en uno o más órganos dentales afectados, condicionando un decaimiento generalizado asociado a cuadros agudos de dolor y fiebre<sup>2,5,24</sup>.

En el aspecto psicológico se consideraron; los antecedentes o problemáticas para dormir, así como cambios en el estado de ánimo; resultando que solo 10 niños presentan problema para dormir y en donde los más afectados pertenecen al grupo de la forma severa, y en cambio, en lo que se refiere al estado de ánimo, 20 niños se vieron afectados. Nuestros resultados son menores a los reportados por Peker (2011) y Li (2008)<sup>25,30</sup>; esto puede ser debido a que los

---

resultados que se obtuvieron en lo relacionado a la percepción de los padres sobre posibles alteraciones o problemas para dormir , pueden no ser tan precisos porque a esta edad generalmente los niños ya no duermen en la misma habitación con sus padres, sólo que la molestia sea muy seria se levantarán de la cama y se lo comunicarán a ellos, por esta situación este aspecto puede tener sesgo, de acuerdo con lo descrito por Pantley, la falta de un sueño adecuado y reconstituyente será percibido en la vida cotidiana a través de cambios de humor y comportamiento habitual; <sup>32,44</sup> sin embargo, se destacó que los cambios de estado de ánimo en los niños con CIT-S son muy evidentes y fuertemente asociados a la severidad de la enfermedad.

En los aspectos sociales, en ésta investigación sólo se consideró al factor sonreír como dato de orientación sobre cómo el niño se integra a su entorno social y éste a su vez es un aspecto importante para un desarrollo adecuado de su autoestima. No se reporta un impacto en este sentido, tanto en las investigaciones internacionales como en la presente, solo el 9% del grupo CIT-S lo percibió, quizás se deba a que los papás de estos niños no se ha involucrado tanto en la vida social de sus hijos. En otras investigaciones se hace mención que los niños que participaron en sus estudios no asistían a guarderías o al preescolar, por lo que sus hijos no interactúan con otros niños y ellos no pueden comparar sus características físicas (sus dientes) con los de otros menores <sup>24, 31, 32, 34</sup>.

En la sección familia, el estado emocional es la sub escala con mayor impacto reportado, los sentimientos de molestia y culpabilidad de los padres porque sus hijos presentan problemas derivados de desarrollar CIT son un común

---

denominador tanto en éste estudio como en la investigación del ECOHIS y sus adaptaciones transculturales <sup>25, 26, 27, 28, 29, 30, 31</sup> . El sentimiento de culpa está asociado a la severidad de la enfermedad, donde el padre de uno de estos niños diagnosticado con CIT-S tiene casi 5 veces más este sentimiento en comparación con aquel que no tiene la forma severa.

El ausentismo laboral se reportó en pocas investigaciones, inferimos que esto puede deberse a que el adulto responsable que contestó el instrumento en la mayoría de los casos como en las investigaciones fue la madre, que quizás se dedique principalmente al hogar <sup>31</sup>.

La repercusión económica se reportó poco. En países como Canadá, Lituania, Tanzania, el gobierno provee a la población a través de los sistemas de salud pública la atención dental. En países en vías de desarrollo e incluso industrializados, los tratamientos odontológicos para niños de esta edad, son de difícil acceso en el sector público y costosos en el sector privado <sup>25, 26, 27, 47</sup> .

Finalmente la capacidad de adaptación al medio o a las circunstancias de este padecimiento crónico y el estadio de evolución en el que se encuentren las mismas, intervendrán de forma muy significativa haciendo posible que los niños puedan enmascarar ante sus padres aparentemente la situación real de su salud bucal y como los padres perciben la misma. En este sentido la caries dental es subestimada en relación a la magnitud del deterioro que puede causar sobre la calidad de vida.

---

## X. CONCLUSIONES

Los resultados corroboran que el impacto en la calidad de vida relacionada a salud oral, alteran en el niño las dimensiones de la funcionalidad de su entorno psicológico, siendo más representativo este impacto negativo en los niños que desarrollaron la forma severa de la enfermedad, de igual forma los sentimientos de culpabilidad y molestia fueron percibidos de forma sobresaliente en el ambiente familiar de estos niños.

---

## XI. PERSPECTIVAS

Después de la realización del presente estudio, las perspectivas para la realización de futuras investigaciones en el área de Estomatología del niño y del adolescente son:

- Incrementar el tamaño de la muestra para poder estandarizar el instrumento.
- La realización de estudios comparativos considerando el estrato socio económico y accesibilidad a servicios de salud.
- La realización de estudios longitudinales.
- Emplear indicadores como lo son ICDAS, el Criterio de Magnitud de la lesión cariosa (CMLC), índice de cuidados (Care Index, IC) o el índice de necesidad de tratamiento (INT) porque estos índices describen datos sobre severidad o extensión de las lesiones cariosas.

---

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry: Policy on early childhood caries (ECC): clasifications, consequences, and preventive strategies. AAPD Reference manual 2008-2009; 30: 40-43
2. Alonso NM, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Perinatol Reprod Hum 2009; 23 (2): 90-7
3. Cuellar-González M, Hernández Gallardo I, Mondragón-Mojica M, Martínez-Herrera E, Rodríguez-López A. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de estancias infantiles. Gac Med Mex 2000; 136 (4): 391- 97
4. Villena-Sarmiento R, Pachas-Barrionuevo F, Sánchez-Huamán Y, Carrasco –Loyola M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev Estomatol Herediana 2011;21 (2): 79-86
5. Elias-Podesta M, Arellano-Sacramento C. Odontología para bebés Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Madrid: Rimpano; 2013. p. 176-77
6. Rodríguez LR, Traviesas HE, Lavandera CE, Duque HM. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol. 2009; 46 (2): 1-9
7. Escobar-Paucar G, Ramírez-Puerta B, Franco-Cortés A, Tamayo-Posada A, Castro-Aguirre J. Experiencia de caries dental en niños de 1-

- 
- 5 años de bajos ingresos. Medellín Colombia. CES Odontología. 2009; 22 (1): 21-28
8. Medina-Solís CE, Herrera M, Rosado-Vila G, Minaya-Sánchez M, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado JF. Pérdida dental y patrones de caries en prescolares de una comunidad suburbana de Campeche. Acta Odontol Venez 2004; 42
9. Caudillo T, Adriano P. Caries dental y hábitos bucales en población pre escolar. Rev ADM. 2009; LXV (4): 46-54
10. Segovia-Villanueva A, Estrella-Rodríguez R, Medina-Solís C, Maupomé G. Severidad de caries y factores asociados en prescolares de 3 – 6 años de edad en Campeche, México. Rev Salud pública 2004; 7 (1): 59-69
11. Rodríguez VL, Contreras BR, Arjona SJ, Soto MM, Alanís T J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3<sup>a</sup> 12 años) en el estado de México. Revista ADM 2006; LXIII (5): 170-75
12. Vera HH, Valero PM, Reyes NA, Luengas QE. Niñas y niños libres de caries en México, prueba piloto en Tlapa, Guerrero. Rev ADM 2010; LXVII (5): 217-22
13. Guerrero RV, Godínez MA, Melchor SC, Rodríguez GM, Luengas QE. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en escolares. Rev ADM 2009; LXVII (3): 10- 20

- 
14. Pérez-Domínguez A, González-García M, Niebla-Fuentes I, Asencio-Montiel. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (I): 25 - 29
  15. Ojeda MC, Acosta NM, Duarte ES, Mendoza N, Mena MA. Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes de zonas rurales. Comunicaciones científicas 2005
  16. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales 2012. México, DF: Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, 2013
  17. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería 2003; IX (2): 9-21
  18. Koch G, Poulsen S. Odontopediatría Abordaje clínico. 2° ed. Colombia: Amolca; 2012. p.1-4
  19. Rajmil L, Estrada DM, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y adolescencia: Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gac Sanit 2001; 15 (supl.4) : 34-43
  20. Centro para el control y la prevención de enfermedades.org [internet]. Atlanta, GA EUA: Calidad de vida relacionada con la salud [actualizado 7 de Mayo 2012; acceso 28 de febrero del 2015]. Disponible en : <http://www.cdc.gov/hrqol/spanish>
  21. FDI World Dental Federation.org [internet]. Geneva-Cointri Switzerland: Visión 2020 de la FDI Delinear el futuro de la salud bucodental [acceso

---

28 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://>

[www.fdiworlddental.org/media/12516/visión-2020-spanish.pdf](http://www.fdiworlddental.org/media/12516/visión-2020-spanish.pdf)

22. Fernández-López J, Hernández-Mejía R. Calidad de vida. Algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin* 1993; 101 (15): 576-78
23. González J. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60 (6): 507-13
24. Abanto JA, Bonecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de niños. *Rev Estomatol Herediana* 2010; 20 (1): 38 – 3
25. Li S, Veronneu J, Allison P J. Validation of French language version of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 9
26. Jankauskiene B, Narbutaite J, Kubilius R, Gleiznys A. Adaptation and validation of the early childhood oral health impact scale in Lithuania. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 14: 108-13
27. Masumo R, Bardsen A, Mashoto K, Amstrong NA. Child and family impacts of infants' oral conditions in Tanzania and Uganda – a cross sectional study. *BMC Research notes* 2012; 5:538
28. Martins-Junior P, Ramos-Jorge J, Martins P S, Silva L M, Ramos-Jorge M. Validations of Brazilian version of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). ... 2012; 28 (2): 367-74
29. Wong H M, McGrath C J, King N M, Lo E M. Oral Health-related quality of life in Hong Kong preschool children. *Caries res* 2011; 45: 370-76

- 
30. Peker K, Uysal O, Bermek G. Cross-cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish versión of the early childhood oral health impact scale among 5-6 years old children. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9 : 118
  31. Scarpelli A, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the childhood oral health impact scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health* 2011; 11:19
  32. Echeverría LS, Henríquez DE, Sepúlveda RR, Barra PM. Caries temprana de la infancia severa: impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares. *Rev Dent Chil* 2010; 101 (2): 15-1
  33. Ureña CJ. Atención preventiva de la salud bucal en el preescolar. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23 (2): 98- 07
  34. Bonecker M, Abanto J, Tello G, Butini OL. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res.*,(Sao Paulo) 2012; 26 (Spec Iss1): 103-7
  35. Piovesan C, Batista A, Vargas FF, Macado AT. Oral health-related quality of life in children: conceptual issues. *Rev odontol* 2009; 24 (1): 81-5
  36. Cruppi SM, Amdén H. *Psicodontología pediátrica, técnicas para el tratamiento del miedo*. Argentina: Cruppi; 2005. p. 11,12
  37. Bazerra Da Silva Léa Assed. *Tratado de Odontopediatria*. Tomo 1. Colombia: Amolca; 2008. p. 361-63

- 
38. Barberia Leache Elena, Boj Quesada Juan Ramón, Catalá Pizarro Montserrat, García Ballesta Carlos, Mendoza Mendoza Asunción. Odontopediatria. 2º ed. Barcelona: Masson; 2001. p.
39. Rakosi Thomas, Jonas Irmtrud. Atlas de Ortopedia maxilar: Diagnóstico. Barcelona: Masson; 1992. p. 82
40. Alvarez Baños Laura, Oropeza Murillo Patricia, Pérez Tejeda Haroldo Elorza. Trastornos del habla Asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Revista Odontológica Mexicana. 2005; 9 (1): 23 – 29
41. Schonhaut B Luisa, Maggiolo L Mariangela, De Barbiero Zulema, Rojas Paulina, Salgado V Ana Maria. Dificultades de lenguaje en pre-escolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonaudiológica. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (4): 369 – 75
42. Rodríguez Peña Nelcys, Regal Cabrera Norma, Correa Mozo Belkis, Suárez Martínez René. Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. Rev Cubana Ortod 2000; 15 (2): 86-93
43. Parello J. Fisiología de la comunicación. 2º ed. Barcelona: Científico médica; 1977. p. 294-342
44. Pantley E. El sueño del niño de dos a seis años sin lágrimas. Barcelona: Ediciones Medici; 2009. p. 3- 10
45. Velayos. Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario. Madrid: Medica Panamericana; 2009. p. 70,72

46. Lavigne G, Sessle B, Choiniere M, Soja P. Sleep and Pain. Seattle: IASP  
Press; 2007.p. 23,24,25,26,341,342,344

## Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

“CARIES EN LA INFANCIA TEMPRANA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL”

Nombre del niño:

Edad: años, meses

Jardín de Niños:

Grado y grupo:

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE DESCRIBA SU PERSPECTIVA ANTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Usted considera que son importantes los dientes de leche? SI..... NO.....

¿Usted cree que es importante curar los dientes de leche si presentan caries? SI..... NO.....

¿Cómo considera el ESTADO GENERAL DE SALUD de su hijo? BUENO..... REGULAR..... MALO.....

¿Usted cree que los dientes de leche con caries puedan afectar el estado general de salud de su hijo? SI..... NO.....

¿Cómo considera el ESTADO DE SALUD BUCAL de su hijo? BUENO..... REGULAR..... MALO.....

¿Ha notado que debido a caries, su hijo(a) tiene o tuvo dolor en sus dientes? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a caries, su hijo(a) tiene o tuvo problemas para comer? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a caries, tu hijo(a) tiene o tuvo problemas para tomar bebidas frías o calientes? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a la caries, su hijo(a) tiene o tuvo dificultad para pronunciar bien al hablar? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a la caries, su hijo(a) ha faltado a la escuela o ha interrumpido sus actividades cotidianas? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a la caries, su hijo(a) ha tenido o tiene problemas para dormir? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a la caries, su hijo(a) presenta o presentó cambios en su estado de ánimo? SI..... NO.....

¿Ha notado que debido a la caries, su hijo(a) evita o evitó sonreír o reír abiertamente? SI..... NO.....

¿Usted se ha sentido o está molesto consigo mismo por que su hijo(a) tiene caries o problemas derivados por la caries? SI..... NO.....

¿Usted se ha sentido o se siente culpable por que su hijo(a) tiene caries o problemas derivados por la caries? SI..... NO.....

¿Usted o algún miembro de su familia han faltado a su trabajo o interrumpido sus actividades cotidianas por una situación derivada de la caries en su hijo(a)? SI..... NO.....

¿Se ha visto económicamente afectado por llevar a su hijo(a) a consulta o tratamiento al dentista? SI..... NO.....

---

**Anexo 2**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
“CRIES EN LA INFANCIA TEMPRANA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA A SALUD ORAL”

### **Consentimiento Informado**

Por este medio, aceptamos participar mi hijo y yo en el estudio "Caries en la infancia temprana y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud oral", que será desarrollado por la CD. Mónica Alicia Ruiz García alumna del programa Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Estando de acuerdo con los siguientes puntos:

- Conozco la información relevante del estudio así como las fechas de aplicación.
- Ratifico, que participo con mi hijo de forma voluntaria en el presente estudio, comprometiéndome a devolver el final el cuestionario que permita a la investigación, recabar la información pertinente a la temática de la investigación.
- Comprendo y estoy conforme con que la información recopilada durante la presente, será resguardada y utilizada con fines de investigación en favor del desarrollo de mejores políticas de salud que beneficien a la población en edad preescolar.
- Al concluir el estudio me notificaran sobre el estado de salud bucal de mi hijo.

Nombre del niño (a):

Responsable o Tutor:

Firma del Responsable o Tutor:

Jardín de Niños:

Fecha:

## ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
 “CARIES EN LA INFANCIA TEMPRANA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA  
 RELACIONADA A SALUD ORAL”

## ODONTOGRAMA

Jardín de Niños:

Grado: Grupo:

Nombre:

Edad: años meses

Dx	OD	O	P	D	V	M	Dx	OD	P	M	V	D	O
	55							61					
	54							62					
	53							63					
	52							64					
	51							65					
Dx	OD	O	L	M	V	D	Dx	OD	D	P	M	V	O
	85							75					
	84							74					
	83							73					
	82							72					
	81							71					

Abreviaturas empleadas para el diagnóstico:

C= CARIES; E= EXTRAIDO; O=OBTURADO

Abreviaturas empleadas en el odontograma:

DX = diagnóstico; O= OCLUSAL; L= LINGUAL; P= PALATINO; M= MESIAL; D= DISTAL

ANEXO 4



**FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA**



**ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA  
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

OFICIO FESZ/EENA/029/13

ASUNTO: Solicitud de investigación

**LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS**  
TITULAR DE LA COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN  
PRE ESCOLAR (CSEP)  
**MTRA. GRACIELA MARTINEZ PONCE**  
COORDINACIÓN ZONA 4 TLALPAN  
Presente.

DEPTO. DE REGISTROS Y SERVICIOS  
 DE ADMINISTRACIÓN  
 MAR-1 13:12  
 COORDINACIÓN SECTORIAL  
 DE EDUCACIÓN PRE ESCOLAR

Por medio de la presente solicito a ud de la manera más atenta autorice a la C.D. Mónica Ruiz García, actualmente inscrito en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente para realizar una inspección bucodental así como la aplicación de cuestionario a los padres de familia en los alumnos de las escuelas: Jardín de Niños Miahuatzintli clave 09DJN0504P, Año Internacional del Niño 09DJN0018X. Los resultados obtenidos serán parte de una tesis de investigación científica, para la titulación de la portadora de la presente.

Sin más por el momento, agradezco su atención, y aprovecho la ocasión enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
 México, D.F., a 01 de Marzo de 2013.

**EL COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN**

**MTRO. PEDRO DAVID ADÁN DÍAZ**

## ANEXO 5



Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
 Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

Oficio número DGOSE/CSEP/217-18003/2013

México, D.F., 28 de enero de 2013.

**MTRO. PEDRO DAVID ADÁN DÍAZ  
 COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN  
 EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
 PRESENTE.**

En atención al oficio FESZ/EENA/021/13, en el que la alumna **C.D. Mónica Ruiz García** actualmente inscrita en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente solicita realizar una inspección bucodental así como la aplicación de un cuestionario a los padres de los Jardines de Niños Xochicalpilli Clave 09DJN0813U, Lic. Fidencio Soria Clave 09DJN0686O, Salvador M. Lima Clave 09DJN0818P. Cuyos resultados serán parte de una tesis de investigación científica.

Comunico a usted que por parte de esta Coordinación Sectorial no existe inconveniente para realizar dicha investigación, para lo cual se solicita atender las siguientes consideraciones:

- Las actividades que se realicen con los menores deberá ser en presencia de sus padres y con las Docentes de Grupo.
- Adecuar las actividades al horario de atención de la escuela.
- Las acciones deberán efectuarse sin alterar la planeación de la Educadora y en colaboración con ella.
- Las fotografías y videos solo con autorización de los padres
- Al concluir la investigación deberá entregar a ésta Coordinación Sectorial un reporte de actividades realizadas durante su estancia en el Centro Educativo.

Así mismo solicito a la Profra. Graciela Martínez Ponce notifique a las Directoras de los Jardines de Niños sobre las actividades a realizar por la alumna antes mencionada.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.



S. E. P.

**LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS  
 COORDINADORA SECTORIAL DE  
 EDUCACIÓN PREESCOLAR**

ccp.- Profra. Graciela Martínez Ponce.- Coordinación de Educación Preescolar N° 4.- Presente.  
 Archivo Subdirección de Apoyo Técnico Complementario  
 Archivo del Departamento de CAPEP  
 Archivo Coordinación Sectorial de Educación Preescolar. (Folio 340)

NLME/GXV/DF/vpp

Av. José María Izazaga 29, Piso 2, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, México, DF 06080

t. (55) 36 01 84 00, ext. 48316 rmantoy@sepdlf.gob.mx

ANEXO 6



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

OFICIO FESZ/EENA/021/13

ASUNTO: Solicitud de investigación

LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS
TITULAR DE LA COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PRE ESCOLAR (CSEP)
MTRA. GRACIELA MARTINEZ PONCE
COORDINACIÓN ZONA 4 TLALPAN
Presente.

Por medio de la presente solicito a ud de la manera más atenta autorice a la C.D. Mónica Ruiz García, actualmente inscrito en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente para realizar una inspección bucodental asi como la aplicación de cuestionario a los padres de familia en los alumnos de las escuelas: Jardín de Niños Xochicalpilli clave 09DJN0813U, Lic. Fidencio Soria clave 09DJN0686O y Salvador M. Lima clave 09DJN0818P. Los resultados obtenidos serán parte de una tesis de investigación científica, para la titulación de la portadora de la presente.

Sin más por el momento, agradezco su atención, y aprovecho la ocasión enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
'POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU'
México, D.F., a 23 de enero de 2013.

EL COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN

MTR. PEDRO DAVID ADÁN DÍAZ
ZARAGOZA DE POSGRADO E INVESTIGACION

PROF. DR. DEL MAR Y...
CORRESPONDENCIA
13 ENE 24 15:42

## ANEXO 7



Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

Oficio número DGOSE/CSEP/217-18016/2013

México, D.F., 4 de junio del 2013.

**MTRO. PEDRO DAVID ADÁN DÍAZ  
COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN  
EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
PRESENTE.**

En atención al oficio FESZ/EENA/095/13, mediante el cual solicita autorización para que la alumna **C.D. Mónica Ruiz García** actualmente inscrita en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente, realice una inspección bucodental, así como la aplicación de un cuestionario a los padres de familia de los alumnos de 1° año de los **Jardines de Niños "Aurora Reyes"**, Clave 09DJN0003V, "**Miguel Ángel Bounarroti**", Clave 09DJN295Z y "**Centenario de la Heroica Escuela Naval Militar**" Clave 09DJN1369H, como parte de una tesis de investigación científica.

Comunico a usted que por parte de esta Coordinación Sectorial no existe inconveniente para realizar dicha investigación, para lo cual se solicita atender las siguientes consideraciones:

- Las actividades que se realicen con los menores deberán ser en presencia de sus padres y con las Docentes de Grupo.
- Adecuar las actividades al horario de atención de la escuela.
- Las acciones deberán efectuarse sin alterar la planeación de la Educadora y en colaboración con ella.
- Las fotografías, videos y acciones en general sólo podrán realizarse previa autorización de los padres.
- Al concluir la investigación deberá entregar a esta Coordinación Sectorial un reporte de actividades realizadas durante su estancia en el Centro Educativo.

Así mismo, se solicita a la Profra. Graciela Martínez Ponce notifique a las Directoras de los Jardines de Niños sobre las actividades a realizar por la alumna antes mencionada.

En otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.



**ATENTAMENTE**

S. E. P.

COORDINACIÓN SECTORIAL  
DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

**LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS  
COORDINADORA SECTORIAL DE  
EDUCACIÓN PREESCOLAR**

ccp.- Profra. Graciela Martínez Ponce.- Coordinación de Educación Preescolar N° 4.- Presente.  
Archivo Subdirección de Apoyo Técnico Complementario  
Archivo del Departamento de CAPEP  
Archivo Coordinación Sectorial de Educación Preescolar. **(Folio 1915)**

NLME/AVR/13/vpp

Av. José María Izaazaga 29, Piso 2, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, México, DF 06080

t. (55) 36 01 84 00, ext. 48316 mmentoya@sepdf.gob.mx

ANEXO 8

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



**ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**  
OFICIO FESZ/EEENA/095/13

**ASUNTO: Autorización**

LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS  
TITULAR DE LA COORDINACION SECTORIAL DE EDUCACION PRE ESCOLAR (SEP)  
*PRESENTE.*

Por medio de la presente solicito a usted de la manera más atenta autorice a la C.D. Mónica Alicia Ruiz García, actualmente inscrito en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y Adolescente para realizar una inspección bucodental así como la aplicación de cuestionario a los padres de familia en los alumnos de 1° año las escuelas: Jardín de niños Aurora Reyes clave 09DJN0003V, Miguel Ángel Bounarroti clave 09DJN295Z y Centenario de la Heroica Escuela Naval Militar clave 09DJN1369H. Los resultados obtenidos serán parte de una tesis de investigación científica, para la titulación de la portadora de la presente.

Sin más por el momento, agradezco su atención, y aprovecho la ocasión de enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"  
México, D.F., a 20 de Mayo de 2013  
**EL COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN**

**MTRO. PEDRO DAVID ADAN DÍAZ**

Coordinación de la Especialización de Estomatología del Niño y el Adolescente Tel. 56 23 07 08 y 07 21 Ext. 103  
fax 57 73 63 30. email [david556@prodigy.net.mx](mailto:david556@prodigy.net.mx) o bien [david556@comunidad.unam.mx](mailto:david556@comunidad.unam.mx)

RECIBIDO  
COORDINACION SECTORIAL DE EDUCACION PRE ESCOLAR (SEP)  
13/MAY 21 12:18

## ANEXO 9



Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal  
Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
Coordinación Sectorial de Educación Inicial y Preescolar

Oficio número DGOSE/CSEP/217-18007/2013

México, D.F., 1 de Marzo del 2013.

**MTRO. PEDRO DAVID ADÁN DÍAZ**  
**COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN**  
**EN ESTOMATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**  
**PRESENTE.**

En atención al oficio FESZ/EENA/029/13, en el que la alumna **C.D. Mónica Ruiz García** actualmente inscrita en el posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente solicita realizar una inspección bucodental así como la aplicación de un cuestionario a los padres de los Jardines de Niños "Miauhatzintli", Clave 09DJN0504P y "Año Internacional del Niño", Clave 09DJN0018X, como parte de una tesis de investigación científica.

Comunico a usted que por parte de esta Coordinación Sectorial no existe inconveniente para realizar dicha investigación, para lo cual se solicita atender las siguientes consideraciones:

- Las actividades que se realicen con los menores deberán ser en presencia de sus padres y con las Docentes de Grupo.
- Adecuar las actividades al horario de atención de la escuela.
- Las acciones deberán efectuarse sin alterar la planeación de la Educadora y en colaboración con ella.
- Las fotografías, videos y acciones en general solo podrán realizarse previa autorización de los padres.
- Al concluir la investigación deberá entregar a esta Coordinación Sectorial un reporte de actividades realizadas durante su estancia en el Centro Educativo.

Así mismo, se solicita a la Profra. Graciela Martínez Ponce notifique a las Directoras de los Jardines de Niños sobre las actividades a realizar por la alumna antes mencionada.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
S. E. P.  
COORDINACIÓN SECTORIAL  
DE EDUCACIÓN PREESCOLAR  
**LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS**  
**COORDINADORA SECTORIAL DE**  
**EDUCACIÓN PREESCOLAR**

ccp.- Profra. Graciela Martínez Ponce.- Coordinación de Educación Preescolar N° 4.- Presente.  
Archivo Subdirección de Apoyo Técnico Complementario  
Archivo del Departamento de CAPEP  
Archivo Coordinación Sectorial de Educación Preescolar. {Folio 889}

NLME/GXV/PDF/vpp

Av. José María Izazaga 29, Piso 2, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, México, DF 06080

t. (55) 36 01 84 00, ext. 48316 rmontoyat@sepdlf.gob.mx