



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD  
BUCAL IMPARTIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA ESCUELA  
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL 10 DE MAYO.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

IVONNE GUADALUPE SALVADOR CRUZ

TUTORA: Mtra. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA

MÉXICO, Cd. Mx.

2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

***A MI HIJO:** Tu no conoces mi historia Leonel, pero lo único que importa es que estamos juntos, el día que tu llegaste a mi vida fuiste el mayor impulso que tuve para terminar este largo camino; tú fuiste lo que me motivo para continuar con este trayecto, el día que regrese a la universidad lo dije es por un mejor futuro para ti, sé que los primeros años de tu vida yo no fui la madre, gracias a dios tu papá te cuidó, te protegió; eres lo que me cambia mi día a día el destino giro y hoy solo nos quedamos tu y yo pero al contrario estos meses más difíciles has sido el pilar más grande para sobrellevar esto; siempre vas a contar conmigo, nos tenemos para apoyarnos y aunque estas pequeño hijo, tus sueños serán grandes de eso yo me encargo sé que por algo dios te puso en mi vida y creo que le voy encontrando respuestas, te amo eso nunca lo olvides y siempre contaras conmigo pase, lo que pase.*

***A DIOS:** Por cuidarme, por protegerme en tantos años de mi vida, porque me mandaste mi mayor ángel, que es mi hijo, porque ahora entiendo que todo pasa por algo.*

***A MIS PADRES:** Son las primeras persona que sin lugar a duda deben ser mencionados, esto no se hubiera logrado, me han apoyado mucho.*

***Madre.-** Sin tu gran apoyo, y fortaleza este momento se veía muy lejos gracias por cuidar a mi hijo en esta difícil etapa te has vuelto el apoyo más importante para que mi hijo no estuviera solo, no nos dejaste solos cuando más los necesitábamos, sin pensarlo tus palabras me han hecho ser más fuerte, gracias por todo, las palabras que aquí plasme no son nada a lo que has hecho por nosotros, nunca podre pagar todo lo que nos has cuidado, apoyado, protegido.  
**GRACIAS MADRE.***

***Padre.-** Todos estos años fueron difíciles sé que por algo pasan las cosas, lo que te puedo agradecer es que has sido el cobijo que mi hijo necesito en estos momentos gracias por, darle todo el amor y cariño, sé que lo que haces por él y me ayudas mucho a mí. No tengo como agradecerte todas tus preocupaciones y desvelos.  
**GRACIAS PADRE***

***Hermanos; Erick –Adriana y José,** sin su apoyo tampoco se hubiera logrado esto, han sido muy importantes en cada etapa de mi vida y en esta mas, lo he dicho y lo vuelvo repetir no seremos los mejores hermanos, pero gracias por*

*apoyarme cada uno a su manera pero sé que están ahí, para mí y para Leonel.*  
**GRACIAS POR SER MI FAMILIA.**

**AMIGOS.-** *Cada uno tiene un lugar en mi vida y corazón el orden de aparición no altera los factores.*

**Karla.-** *Gracias por tu amistad de años, casi mi hermana has estado en los momentos más difíciles y, más bellos de mi vida y por lógica no podías faltar aquí gracias por impulsarme por no dejarme caer por siempre preocuparte por mí, que la vida nos permita que esta amistad dure por el resto de nuestras vidas.*

**Diana.-** *Amiga nunca voy a olvidar lo que hiciste por mí en la etapa más complicada de mi vida, gracias a ti y a tu esposo por darme su gran amistad son personas invaluable, con gran corazón que la vida me permita consérvalos como amigos por mucho tiempo.*

**Verónica.-** *Jamás olvidare como nos conocimos y a el contrario agradezco a la vida que te haya puesto en mi camino, me ayudaste mucho en mi regreso a la universidad, sin tu apoyo hubiera sido más difícil, eres una chica súper noble, gracias por hacerme parte de tu vida. Gracias por esta amistad que debe y crecerá a largo de los años, has sido un gran pilar en estos momentos difíciles.*

**Berenice.-** *Amiga quien lo diría que nos volveríamos a encontrar, gracias por preocuparte por mí, por mi hijo, tus palabras me han ayudado a reconfortarme mucho, “piensa con la razón no con el corazón”, sé que la vida te va poniendo a personas maravillosas y tú eres una de ellas.*

**Roció.-** *Amiga muchas gracias, por tu apoyo moral, por siempre preocuparte por mí y por mi pequeño, por hacerme creer en Dios, que no estamos solos, yo lo sé con amistades como la tuya, siempre tendremos personas valiosas a nuestro alrededor.*

**Miguel.-** *Amigo mío, gracias por siempre hablarme con la verdad, por ser ese amigo de las netas, por saber que me hieres pero me evitas un daño previo; gracias por todos estos meses de apoyo por ser aquel que me escucha aun sea muy tarde para verme; nunca olvidare, que tú siempre tenías la razón de lo que en verdad pasaba; gracias por preocuparte siempre por mi hijo.*

**Erika.-** *Quien lo iba a decir un año de convivencia en el servicio, y de ahí salió esta amistad, gracias por siempre estar a el teléfono cuando necesito a alguien*

*del otro lado de la línea gracias por escuchar esas largas platicas, gracias por darme tu mano, lo único que puedo decir es **GRACIAS** por escucharme.*

*Amigos ustedes han sido mi gran soporte en estos meses, nunca me dejaron caer, todos me brindaron en algún momento su hombro, sin ustedes este momento hubiera sido más difícil, le agradezco a la vida los pusiera en mi camino.*

***Mtra. Emilia Valenzuela.-** Gracias por ayudarme a realizar esta tesina, gracias por la paciencia y por el tiempo dedicado a este trabajo, por guiarme, por siempre estar al pendiente de una u otra manera comprendo que usted es muy ocupada y más aún agradezco por haberme apoyado.*

***A mis pacientes.-** Por que en algún momento pusieron su vida en mis manos, sin siquiera conocerme sin su asistencia, a cada una de sus citas jamás hubiera podido llegar a este lugar.*

***Para ti.-** No tengo palabras para agradecerte, tu poyo a lo largo de este camino, estuviste ahí cuando más lo necesite, para forjar un futuro para nuestro hijo. Gracias por confiar en mí, por darme la dicha de ser madre, por haberme hecho que volviera a creer en mí, lo más preciado que tenemos se llama Leonel; y por la familia que algún día fuimos me comprometo a que nunca le falta nada. Gracias por cuidarlo, cuando yo no estaba, por ser madre-padre, por en algún momento cuidarme, pero también gracias por soltarme, porque es momento de que me toque volar a mi sola. Las palabras no bastan, porque también se está logrando este sueño, por ti eso jamás lo olvidare, sé que todo tiene un tiempo y un espacio, gracias por compartir un espacio de mi vida a tu lado.*

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
<b>3. Marco teórico</b>	<b>12</b>
<b>3.1 ÍNDICE DE CARIES</b>	<b>12</b>
<b>3.2 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL</b>	<b>14</b>
<b>3.3 EL MUNDO Y SU ENFOQUE RESPECTO A LA SALUD BUCAL</b>	<b>16</b>
<b>3.3.1 Factores de riesgo a caries</b>	<b>16</b>
<b>3.3.2 Biológicos</b>	<b>17</b>
<b>3.3.3 Sociales</b>	<b>17</b>
<b>3.3.4 Hábito – sociales</b>	<b>18</b>
<b>3.4 ALIMENTACIÓN Y CARIES</b>	<b>19</b>
<b>3.4.1 Dieta como riesgo a caries</b>	<b>20</b>
<b>3.4.2 Potencial cariogénico de algunos alimentos</b>	<b>21</b>
<b>3.4.3 Alimentos cariogénicos</b>	<b>23</b>
<b>3.4.4 Alimentos no cariogénicos</b>	<b>24</b>
<b>3.5 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EDUCACIÓN EN LA SALUD BUCAL</b>	<b>26</b>
<b>3.5.1 La familia en nuestros días</b>	<b>28</b>
<b>3.5.2 La familia y la promoción con la salud bucal</b>	<b>28</b>

3.5.3 La familia y la alimentación	29
3.5.4 La familia y la asociación con la caries	30
3.5.5 Familias millennial	30
3.5.6 Familia de Madres Solteras	31
3.6. NIVEL CULTURAL Y SOCIOECONÓMICO FACTOR DETERMINANTE EN LA SALUD BUCAL	31
3.7. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL	33
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
5. JUSTIFICACIÓN	35
6 .OBJETIVOS	36
6.1 Objetivo general	36
6.2 Objetivo específico	36
7. MATERIAL Y METODOS	36
7.1 Diseño de estudio	36
7.2 Selección del cuestionario	37
7.3 Población	37
7.4 Tamaño de la muestra	37
7.5 Criterios de selección	37
7.5.1 Criterios de Inclusión	37
7.5.2 Criterios de exclusión	37

7.5.3 Criterios de eliminación	37
7.6 Método	38
8. RESULTADOS	39
9. DISCUSIÓN	45
10. CONCLUSIONES	46
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
Anexos 1 Cuestionario	51
2 Tríptico	52
3 Carta de consentimiento informado	53



## **1. INTRODUCCIÓN.**

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos estrategias importantes ya que se debe crear el ambiente necesario para que las personas y las unidades tengan bienestar general como propósito fundamental de desarrollo. La prevención de la enfermedad es “la estrategia para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad de la enfermedad.

Los problemas como la caries dental, pulpitis, pérdida temprana de dientes primarios, son todos evitables; en los preescolares se deben considerar factores adicionales, ya que ellos están sujetos a la decisión, tiempo y necesidades de sus padres o tutores. El costo elevado de algunos servicios dentales puede representar una barrera para el uso de estos servicios a familias de escasos recursos.

El objetivo fue evaluar qué información tenían los padres respecto a la salud bucal, por medio de la aplicación de un cuestionario, posteriormente se dio una plática informativa, y nuevamente se aplicó el cuestionario y así poder evaluar que tanta influencia podría tener la plática, para el conocimiento de los padres acerca de los modos de prevención y de la importancia que esto tiene en la dentición de sus pequeños.

Con esto se espera hacer una pauta acerca de la falta de conocimiento que se tiene sobre el cuidado bucal de los padres de familia cuyos hijos acuden a el CACI 10 DE MAYO, con la finalidad de poder empezar a cambiar hábitos y mentalidades de nuestros pequeños; ya que es de suma importancia la salud bucal para su buena alimentación, fonación y desarrollo. Es por ello que al adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida, fomentaran un correcto cuidado del

aparato estomatognatico, lo que ayudara a mantener este equilibrio en la salud de el niño.

Identificando los principales problemas por los cuales los pequeños acuden a la consulta dental, el objetivo es que los padres acudan con sus pequeños a prevenir cualquier enfermedad bucal y no esperar el desarrollo de la misma.

## **2. ANTECEDENTES**

Como lo señala la carta de Ottawa, las condiciones y requisitos para la salud son la paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia total y equidad. <sup>1</sup>

Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas ya realizaban tratamientos varios como son: desgaste selectivo e incrustaciones en sus dientes. Empleaban diferentes plantas como terapéutica dental, para mitigar los dolores que provocaban la caries dental y periodontopatias. <sup>2</sup>

Desde 1959 la Secretaria de Salud realiza actividades extramuros como aplicaciones de flúor y acciones enfocadas a la educación en salud en escuelas primarias. En 1980, la Secretaria de Salud (SS) realizó una encuesta de morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal, cuyos datos indicaron que el nivel de caries había aumentado con respecto a la meta establecida por la OMS, la cual ha mantenido una promoción permanente en materia de políticas planes y programas que tienen que ver directamente con la salud bucal e indirectamente con las llamadas enfermedades no transmisibles, entre las cuales se ubican la mayoría de los problemas bucales. <sup>3, 4, 5.</sup>

En 1979 la OMS adopta la resolución llamada “Salud para todos en el año 2000”; dos años más tarde, en la Asamblea General realizada en Rio de Janeiro, y en consecuencia con la directriz trazada por la OMS, la Federación Dental Internacional FDI, recomendó metas específicas en salud bucal para el año 2000. <sup>5</sup>

En 1983 la preocupación por la salud en escolares condujo a la realización del Primer Congreso Higiénico Pedagógico, los cuales proponen estrategias y métodos para proteger a el niño es esta etapa

de la vida. En 1992 la OMS presenta el Reporte Técnico 826, denominado “Avances Recientes en Salud Oral”; en 1994 se proclama el año de la salud bucal, bajo el eslogan “Boca Sana, Vida Sana “. <sup>2, 5</sup>

En 2003 la OMS levanto un reporte, este último afirma que “por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en salud pública, las consecuencias, sobre los individuos y las comunidades, como resultado del dolor y el sufrimiento son: la reducción considerable de las funciones y de la calidad de vida. Adicionalmente la OMS aporta datos donde indica que los tratamientos dentales son extremadamente costosos y los califica dentro de la cuarta enfermedad más costosa de tratar.

En 2006 se reportó una tasa de utilización de los servicios médicos dentales en escuelas públicas mexicanas de nivel preescolar en los últimos 12 meses de 31%.

Una investigación en Venezuela en ese mismo año sobre la evaluación de los servicios odontológicos públicos, utilizando la medición de riesgo de caries en los niños entre los 3 y 14 años, encontró que hay predominio de razones de atención curativa sobre las preventivas para usar los servicios y que la motivación del paciente es importante para la reducción de alto riesgo de caries dental a riesgo moderado y enfatiza la falta de estrategias para tener alta motivación con los padres. <sup>6</sup>

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ÍNDICE DE CARIES**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización Panamericana de la Salud (OPS), esperan que la incidencia de esta enfermedad aumente en muchos países en vías de desarrollo especialmente asociado a el aumento del consumo de azúcares, a la falta de exposición a los fluoruros y a la mala higiene bucal que es considerada un importante factor de riesgo para la misma.

La caries dental es considerada una enfermedad infecciosa, su presencia y progresión genera importantes consecuencias en la salud de los niños tales como: desnutrición, que evita el adecuado desarrollo físico y mental de la población, problemas estéticos que pueden afectar la autoestima, problemas funcionales que afectan el lenguaje y fonación, así como ausentismo escolar y con ello pérdida de la salud integral.<sup>4</sup>

En 1978 de la Rosa realizó un estudio en niños de 6 a 15 años de edad en el que observó altos índices de caries, con promedios de 3.78 a 6.05 dientes afectados a los 12 años de edad, según su nivel socioeconómico. En una encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1980 en el D.F se pudo observar que el 95.5% de los niños entre 6 a 14 años de edad padecía de caries.

Entre 1987-1989 la Secretaría de Salud realizó un levantamiento de índice de caries de diversos Estados de la República, integrando la línea basal de caries para el programa de Floración de la Sal de Mesa observando que el índice de caries fue mayor a 3 en la mayoría de los Estados. En 1988 se observó una prevalencia de caries de 90% de 6 a

12 años de edad, con un promedio de 4.4 dientes afectados a los 12 años.

Según resultados parciales de la primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000 la prevalencia de caries en niños de 6 años es de 61.8% y en promedio de CPOD a los 12 años es de 2.23. En ambos casos se observa un alto índice de lesiones cariosas no tratadas.<sup>2</sup>

Los datos de estudios realizados en escolares en 1997 acerca de la demanda, de atención odontológica en los servicios de salud en México indicaron que la caries se trata de un padecimiento que afecta alrededor del 70% en escolares y que ocasiona ausentismo escolar, dolor y pérdida prematura de dientes.<sup>3</sup>

En el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998 realizado en Colombia únicamente se evaluó a la población a partir de los 5 años de edad y muy pocos estudios han tratado de abordar el problema de la caries dental en el grupo de edades inferiores. En 1995 se encontró que 45 % de los niños entre 1 y 5 años de estrato medio y bajo en Medellín presentaban caries al momento del examen, cifra que alcanza 62% en el grupo de 5 años.<sup>5</sup>

Como resultado de las desigualdades en salud entre los grupos sociales, en América Latina como conjunto no se lograron las metas en salud bucal, propuestas para el año 2000 por la OMS/FDI, como resultado de la distribución de caries dental en la población (la cual presentó un sesgo) se propuso un nuevo índice de caries y nuevas metas. El Índice de Caries Significante (SiC) pone mayor atención en el tercio de la población con la mayor experiencia de caries. La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad el SiC no sea mayor de 3; la FDI, la OMS y la Asociación Internacional para la

Investigación Dental (IADR) han presentado nuevas metas para el 2020.<sup>2</sup>

En niños el nivel socioeconómico se ha asociado significativamente con el estado de salud bucal. A menor estrato, mayores problemas y necesidades de tratamiento insatisfechas.

Para ello es necesario crear conciencia y promover la colaboración entre las diferentes disciplinas, debido a que la responsabilidad de la salud bucal se ha delegado exclusivamente en el odontólogo, desconociendo el enorme potencial que tienen otras profesiones desde sus contactos con el niño y la familia.<sup>5</sup>

### **3.2 PROGRAMAS DE SALUD BUCAL**

Desde la década de los cincuenta, se tuvo conciencia de que los servicios curativos no eran una solución a largo plazo para la caries dental, se inició la demanda de programas preventivos y la OMS estableció el Programa de Salud Bucal para preservar y promover un nivel adecuado de salud oral en las poblaciones. A partir de 1969 se ha contado con el Banco Mundial de datos Bucodentales, en el cual se consigna la información epidemiológica recogida según los métodos de la OMS y se registra su distribución en mapas.<sup>5</sup>

En 1989 se inicia el Programa Nacional Educativo –Preventivo contra la caries dental y las periodontopatías en preescolares y escolares.

1990 “Programa Componente de Salud Bucal del Preescolar y Escolar”, cuya finalidad es ampliar la cobertura de atención odontológica de los escolares considerando que la educación y la salud tienen como propósito fomentar la cultura y conductas positivas en la salud Bucal.

El plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 contemplan satisfacer las necesidades de salud sustentables con igualdad de oportunidades. El Programa Nacional de Salud Bucal de la Secretaria de Salud, establece la estrategia “Niños y Niñas Libres de Caries en México” a través del Sistema de Atención Gradual en Escuelas Primarias; este programa considera atender a los escolares que ingresen cada año a primer grado de primaria y darles el seguimiento hasta el sexto grado (siendo en México la educación primaria de 6 años).

Modelos similares al que se implementaron en México, han sido realizados en otros países con el enfoque educativo- preventivo obteniendo resultados favorables, ejemplos de ellos son: Cuba con el denominado “Sistema Incremental de Atención en Educación Primaria y Media”.

El Ministerio de Salud de Argentina cuenta con el “Programa de Sanidad Escolar (PROSANE) Para Sentirte Bien”. Dirigido a Niños de 1° a 6° grado de primaria, el cual contempla examen físico completo a cargo de pediatras y odontólogos.

Brasil y Colombia ambos países han logrado reducciones en sus índices CPOD en niños de 12 años de edad.

En Colombia se han implementado políticas de formación de recursos humanos, como son la fluoración del agua, y sal en programas escolares.<sup>2-5</sup>

En la actualidad en nuestro país el CENAPRECE cuenta con un nuevo programa en donde ya se toma en cuenta a la población menor de 5 años donde ya denomina, la caries dental en Caries en la Infancia Temprana (CIT), ya que puede ocasionar efectos devastadores como



dolor intenso, infecciones, desnutrición, trastornos en el desarrollo del habla, trastornos gastrointestinales, y baja autoestima; de acuerdo a cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2012, uno de cada tres infantes que acuden a los servicios de salud tiene caries severa. La caries dental es la enfermedad crónica más común en la primera etapa de la vida, afecta a más del 60 % de los niños y adolescentes de México. <sup>7</sup>

### **3.3 EL MUNDO Y SU ENFOQUE CON RESPECTO A LA SALUD BUCAL**

En el mundo se han identificado tradicionalmente tres patrones básicos de historia social de la enfermedad. El primero se caracteriza por una baja presencia de caries dental en sociedades aisladas, donde el consumo de azúcares es limitado, mientras que la enfermedad se presenta en zonas urbanas. El segundo patrón se encuentra en países de industrialización reciente en Asia, Centro y Sudamérica, en los cuales existen grandes diferencias entre los grupos socioeconómicos. Un tercer patrón aparece en Norteamérica, Australia, Europa y Japón, donde se presenta una reducción de la caries en niños; no obstante en estos países persisten grupos con problemas de salud bucal entre los discapacitados, inmigrantes, VIH positivos y poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Las poblaciones entre países según indicadores de ingresos y desarrollo, también revelan diferencias significativas. <sup>1</sup>

#### **2.3.1. Factores de riesgo a caries**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. OMS

### **3.3.2 Biológicos**

\*Alto grado de infección por estreptococos mutans y lactobacilos

\*Experiencia anterior de caries

\*Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido

\*Deficiente capacidad de mineralización

\*Dieta cariogénica

\*Mala higiene bucal

\*Baja capacidad buffer salival

\*Flujo salival escaso

\*Viscosidad salival

\*Apiñamiento dentario moderado y severo

\*Anomalías u opacidades del esmalte

\*Recesión gingival

### **3.3.3 Sociales**

\*Bajo nivel de ingresos

\*Escaso nivel de instrucción

\*Bajo nivel de conocimientos en educación para la salud

\*Familias numerosas

\*Personas sometidas a radioterapia.

\*Medicación.

\*Enfermedades sistémicas.

\*Bajo peso al nacer.

\*Otras enfermedades como:

\*Pacientes epilépticos, parálisis cerebral y discapacitados físicos y mentales.

### **3.3.4 Hábito - sociales**

\*Edad.

\*Sexo.

\*Lactancia con biberón.

\*Exposición al flúor.

La comunidad odontológica en América Latina, integradas en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio, proponen:

1. Incluir la salud bucal como un indicador de pobreza.
2. El 90% de los niños y niñas sean promotores de salud bucal.
3. Los 70% de embarazadas saneadas al momento del parto y el índice de higiene oral simplificado no mayor de 1.
4. Garantizar la atención odontológica al 100% de pacientes VIH positivos.

5. Garantizar el acceso al agua potable y los programas de fluorización del agua.
6. Conformación de amplias redes de alianzas entre las comunidades, los servicios, gremios y academias.

El comportamiento epidemiológico son el resultado de un proceso dinámico que se produce en todos los ámbitos de la vida social: en los centros laborales, en el ámbito del consumo familiar; en las posibilidades de organizarse; en los procesos culturales de los cuales se es partícipe.

En el desarrollo de la nueva epidemiología se ha avanzado en el estudio y análisis de los dominios de la reproducción social en los niveles generales, concernientes a la sociedad, su organización y funcionamiento, los procesos históricos y la determinación de la salud colectiva; en lo particular, también se han producido avances significativos; sin embargo, Breilh, quien es uno de los investigadores que ha liderado el trabajo en esta área en América Latina y el mundo, reconoce que se ha trabajado menos en lo singular y en la familia, que constituye una instancia mediadora para la reproducción social, en la que se ponen de manifiesto las cualidades y los valores sustanciales de lo humano, aspectos que se encuentran profundamente ligados a la salud y a la calidad de vida.<sup>8</sup>

### **3.4 ALIMENTACIÓN Y CARIES**

En México la presencia de caries dental afecta a cerca de 95% de los niños menores de ocho años de edad y a 99% de los adultos. La elevada incidencia en los niños se debe, probablemente, al alto

consumo de golosinas fomentado por una desmedida publicidad y comercialización; estos estímulos negativos han influido en la adopción de malos hábitos higiénico-dietéticos. Los daños que causan a la salud bucal son ignorados por los padres, los niños y los maestros. En la etapa preescolar se constituyen las bases fundamentales de la formación de la personalidad, en el desarrollo físico, el estado de salud y la maduración del autocontrol de la ingesta alimentaria por lo que permitirá sentar la base de hábitos alimentarios positivos para el resto de la vida.<sup>9</sup>

### **3.4.1 Dieta como riesgo a caries**

La alimentación de una población constituye un factor determinante en el estado de salud. Los hábitos alimentarios inadecuados se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo, como son las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, la obesidad, la osteoporosis, la anemia y la caries dental.

Entre los factores etiológicos de la caries, la dieta juega un papel primordial. La dieta constituye la principal fuente de carbohidratos fermentables, los cuales son metabolizados por las bacterias presentes en la cavidad bucal, para producir ácidos orgánicos. El aumento periódico de estos ácidos, especialmente el ácido láctico, posterior a la ingesta de azúcares (sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa) y almidones provocan una baja en el pH y consecuentemente en el fluido de la placa lo que conlleva a una baja en la saturación de calcio y fosfato y por ende a una pérdida mineral del esmalte dental.<sup>10</sup>

No es la cantidad de carbohidratos, particularmente los azúcares, sino la frecuencia de su consumo. No se puede concluir que todos los pacientes que tengan una alta ingesta de azúcares desarrollarán caries

dental, pero, es raro encontrar un paciente con múltiples lesiones de caries activa que no tenga una alta ingesta de azúcares.

**Carbohidratos:** Los carbohidratos pueden definirse como aldehídos o cetonas polihidroxiladas cuya estructura básica es  $(CH_2O)_n$ . En base a la (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) los carbohidratos pueden dividirse de acuerdo a su grado de polimerización en tres grupos principales: azúcares, oligosacáridos y polisacáridos. Estos grupos se subdividen en base a los monosacáridos que lo constituyen, como se expone a continuación:

Los carbohidratos son la fuente de energía alimentaria más importante en todo el mundo. Suministran del 40 al 80% del total de energía aportada por los alimentos, lo cual varía en función de factores locales, culturales y económicos. Generalmente las personas que consumen dietas con elevado contenido de carbohidratos pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos, ya que los alimentos ricos en carbohidratos son los más económicos.<sup>11</sup>

### **3.4.2 Potencial cariogénico de algunos alimentos**

Los carbohidratos comúnmente presentes en la dieta son estimuladores de lesiones de caries y ejercen su efecto cariogénico en la superficie del diente. Los principales azúcares de la dieta son:

Sacarosa, la cual tiene la participación más importante que la de otros azúcares en el desarrollo de caries en la superficie lisa. Uno de los productos intermedios del metabolismo de la sacarosa, un polisacárido extracelular denominado glucano, permite que los *Streptococcus mutans* se adhieran a las superficies lisas del esmalte.

La cantidad de sacarosa necesaria para la implantación de *Streptococcus mutans* es muy pequeña, esta sacarosa es predominante

en la dieta, se presenta como azúcar evidente (gomitas, frutas secas caramelos duros y pegajosos; azúcar camuflado como (kétchup); azúcar escondido en alimentos sólidos (snacks, plátanos); azúcar escondido en bebidas (coca cola, té frío, limonada, zumo de frutas); glucosa y fructosa encontradas naturalmente en la miel y en las frutas; lactosa, presente en la leche y maltosa derivada de la hidrólisis de los almidones.

La miel contiene 85% de azúcares, como fructosa y glucosa. Debido a su cariogenicidad, no debemos utilizarla para endulzar los chupones. La lactosa es el azúcar que produce una menor caída del pH de la placa bacteriana, si es comparada con los otros tipos de azúcares. La leche también posee algunos factores de protección, tales como la caseína.

La sacarosa favorece la colonización de los microorganismos bucales y aumenta la viscosidad de la placa bacteriana, permitiendo su adherencia a los dientes en cantidades mayores. Por lo tanto, su potencial cariogénico es mayor que los otros azúcares. Los alimentos que contienen almidón, tales como el arroz, patatas y pan, tienen un bajo potencial cariogénico. Sin embargo estos alimentos cuando son cocidos e ingeridos con gran frecuencia pueden favorecer al desarrollo de la caries dental. La adición de azúcar a estos alimentos aumenta su cariogenicidad, tornándose semejantes a los alimentos que únicamente contienen sacarosa.

Las grasas parecen reducir la cariogenicidad de los alimentos a través de una capa protectora en el esmalte, o rodeando y aislando los carbohidratos, tornándolos menos disponibles, lo que facilita y agiliza su remoción de la cavidad bucal. Algunos ácidos grasos poseen también efecto antimicrobiano.<sup>12-13</sup>

Para considerar a una dieta como cariogénica se debe conocer:

La forma del alimento: sea sólido, líquido o pegajoso, es decir, su consistencia y adhesividad. La hora de ingesta de las comidas ya sea antes de dormir, entre comidas o durante ellas. La secuencia y la frecuencia en la ingesta de azúcares y otros carbohidratos fermentables, la combinación de los alimentos, composición de los nutrientes, el potencial de saliva estimulada.

### **3.4.3 Alimentos cariogénicos**

Los carbohidratos son la principal fuente de energía de las bacterias bucales, específicamente las que están directamente envueltas en el descenso del pH. Cualquier alimento que posea hidratos de carbono es potencialmente cariogénico, siendo la cariogenicidad de un alimento, una medida de su capacidad para facilitar la iniciación de la caries; no es un valor absoluto que garantice que el consumidor inevitablemente tendrá la enfermedad, pues la etiología de la caries es multifactorial.

Una dieta rica en azúcares favorece la colonización de la superficie dentaria por *S. mutans* y propicia un metabolismo cariogénico. Para lograr óptimos resultados, en la clínica resulta esencial lograr el control de los malos hábitos alimentarios y de la infección por *S. mutans*. La determinación del grado de infección por la iniciación de lesiones cariosas. En tanto, la determinación de la infección por *Lactobacillus* es un indicador de la "actividad" de la caries en ese momento y refleja de manera confiable la presencia en la boca de un medio ambiente acidogénico relacionado con el consumo frecuente de azúcar y otros hidratos de carbono de origen dietético.



### **3.4.4 Alimentos no cariogénicos**

Estos son los alimentos que no tienen riesgo de desarrollar caries dental; estos no son metabolizados por los microorganismos de la placa y no causan la baja del pH por lo menos hasta los 30 minutos. Estos no son atacados ni desdoblados por la amilasa salival y no son objeto de degradación bacteriana.<sup>14</sup>

Los alimentos no cariogénicos tienen en común las siguientes características:

Contenido relativamente alto de proteínas, contenido moderado de grasas, lo que facilita su paso de la boca al esófago, concentración mínima de carbohidratos fermentados, capacidad de amortiguación considerable, alto contenido de minerales, en especial calcio y fósforo pH mayor a 6.0, capacidad de estimular el flujo salival.

Este mecanismo tiene actividad antimicrobiana contra el *Streptococcus mutans*. Se encuentra principalmente en las gomas de mascar libres de azúcar que estimulan la producción de saliva e incrementa la actividad de buffer de la misma causando un incremento en el aclaramiento de los carbohidratos fermentables presentes en la superficie de los dientes.

El calcio y fosfato que neutralizan los ácidos de la placa. El flúor en el agua potable, los alimentos y los dentífricos incrementan la resistencia del diente a la caries y promueve la remineralización de las lesiones cariosas.

Otros factores dietéticos refuerzan los efectos dañinos de los carbohidratos. La presencia de minerales protectores, fluoruro, calcio, y fosforo promueven la remineralización de las lesiones incipientes, además de transportar minerales la saliva contiene amortiguadores,

bicarbonato y fosfatos que neutralizan los ácidos orgánicos, por tanto la cantidad y la composición de esta afectan la caries. <sup>15</sup>

Principales componentes químicos no cariogénicos.

A.- Flúor- Seguramente es el elemento más conocido y mejor reputado por su potencial anticariogénico. Frecuentemente su ingesta es insuficiente, por lo que se ha recomendado su incorporación en alimentos de uso masivo. Químicamente el flúor actúa reemplazando el ion hidróxido del cristal de hidroxiapatita del esmalte dental formando fluorapatita, que es más resistente al ataque bacteriano. También administrado en forma tópica puede formar fluoruro de calcio en la capa externa del esmalte.

B.- Calcio y fósforo.- Dado que son elementos básicos en la composición dentaria, se piensa que una dieta que los contenga evita la desmineralización del diente.

C.- Hierro.- Estudios realizados en animales han demostrado que la adición de hierro a la dieta revierte el proceso cariogénico.

D.- Aspartame y Sacarina.- Pueden inhibir el crecimiento microbiano de la gran mayoría de Streptococcus.

E.- Grasas.- Un aumento en la ingestión de grasas previene la aparición de caries, dado, en primer lugar, que las grasas reemplazan calorías de hidratos de carbono y, además, porque forman una película protectora sobre los dientes que impide la formación de la placa bacteriana. Un ejemplo de este efecto lo constituyen los esquimales que ingieren una dieta muy rica en grasas y que muestran una muy baja prevalencia de caries. <sup>16</sup>

### **3.5 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EDUCACIÓN EN LA SALUD BUCAL**

Un niño es muy vulnerable a diferentes infecciones bucodentales, como la caries dental, la cual sigue siendo un problema frecuente, por lo que es indispensable asumir con continuidad la educación de los padres de familia y/o tutores para la verdadera promoción de la salud bucal, con temas específicos que trasciendan la acción educativa de la transmisión de información .

Los padres y adultos mayores son los que enseñan al niño, directa e indirectamente los hábitos y conductas saludables o no saludables en una etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será pilar para el futuro. Las actitudes se adquieren durante toda la vida: no se nace con ellas, sin embargo es de suma importancia que en la niñez y en la adolescencia, se guie convenientemente el trabajo de educación para la salud, pues si se es capaz de formar comportamientos positivos al respecto en esas etapas, no se tendrán que modificar después. <sup>1</sup>

Los padres son los principales agentes educativos en los primeros años de la vida de un niño, por lo tanto lo que ellos saben sobre determinado tema , por la vía de la información formal o por la vía de la tradicional oral, la psicología popular , los símbolos sociales, debe ser objeto de estudio , análisis e interpretación, con el fin de identificar aquellos aspectos de ese saber que es necesario reformular o reforzar para que se convierta en un recurso útil para la salud propia y de sus hijos. <sup>17</sup>

Existe también una relación estrecha entre la educación de las madres y la salud bucal de los niños: la evidencia muestra que el bajo nivel educativo y el estrés del padre o cuidador en relación con la paternidad son factores importantes para la presencia de la caries temprana. Esto

en parte es resultado de los determinantes socioeconómicos que inciden en el acceso a la educación pero también pueden influir factores culturales relacionados con la importancia que se otorgue a la salud bucal y su cuidado. En menores de tres años, se han encontrado las mayores diferencias entre grupos humanos; en estas edades la caries dental se reconoce como un problema que afecta especialmente a grupos en desventajas. Cuando no es tratada la caries dental en niños oportunamente se convierte en un factor de riesgo para la presencia de otras enfermedades sistémicas y complicaciones de tipo infecciosas. Estudios en otras poblaciones han asociado la presencia de caries dental con signos de desnutrición en niños entre tres y cinco años de edad y han comprobado que una vez tratados, los niños pueden recuperar peso y alcanzar el percentil de los niños sanos.<sup>5</sup>

Un estudio en 2006 en el Estado de México encontró que el 58% de los niños preescolares y escolares mostraron un conocimiento bueno sobre la salud bucal. Sin embargo 74% de los escolares presentaron problemas de caries en dientes temporales y permanentes. Esto indica que el conocimiento sobre la salud bucal no es suficiente, ya que las visitas regulares y las emergencias fueron las razones principales de visitas al dentista.<sup>6</sup>

Pero no solo la falta de conocimientos en salud bucal lleva a malas prácticas, pues se ha encontrado que a pesar que la mayoría de padres relaciona una mala salud bucal con la mala higiene o dieta rica en azúcares, la mala técnica de cepillado y el poco tiempo que estos prestan para apoyar a los pequeños en estas actividades resulta casi nula o insatisfactoria para que los niños puedan tener una buena salud bucal.<sup>18</sup>

### **3.5.1 La familia en nuestros días**

La familia no puede considerarse como un instituto estático ya que se ha ido modificando con aspectos negativos y positivos a lo largo del tiempo.

Al evolucionar la sociedad y en los tiempos actuales las familias numerosas se han ido modificando, y se han transformado en familias con 2 hijos promedio en nuestro país, además de que las mujeres no solo se dedican a el hogar, también tienen que ser proveedoras y cada vez irse desarrollando laboralmente, por lo cual los niños deben acudir a guarderías o bien con cuidadores especiales, los cuales fungen el papel de los padres en el desarrollo del niño.<sup>19</sup>

### **3.5.2 La familia y la promoción con la salud bucal**

Resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en el seno de la familia en el correcto mantenimiento de la salud, tanto general como bucal, pues es precisamente ella la encargada de crear en el seno de la familia desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras de salud, las cuales van a ser acatadas por los integrantes del grupo familiar y van a ser integradas a su sistema de conocimientos sobre qué hacer para conservar la salud, aunque este trabajo no es exclusivo de la madre, en la sociedad actual, tanto padre como madre cumplen labores iguales, ya sea de trabajo para ganar sustento, como cuidado del hogar y de los hijos, por lo que no podemos responsabilizar completamente a la mujer, pero si en la mayoría de los casos es la que toma la batuta en el cuidado de la salud de sus hijos.

La prevención significa aplicar medidas para evitar enfermedades, mientras que la promoción se refiere a mejorar las condiciones de salud e incluye la prevención. Por lo tanto, la promoción es más general que

la prevención, porque abarca no solo educación para la salud, sino que incluye además, modificación de costumbres, hábitos y precisa de un movimiento profundo de la comunidad.

Es importante que dentro de la familia, los individuos que la componen adquieran estilos de vida saludables como el hábito del correcto cepillado dentario, hábitos dietéticos saludables con el control de la dieta cariogénica, evitar la producción de hábitos bucales deformantes y tratando de que el niño adquiera hábitos adecuados que contribuyan a su buen desarrollo bucal y sistémico.<sup>20</sup>

### **3.5.3 La familia y la alimentación**

Se ha considerado en la actualidad una tendencia de los padres a no controlar la nutrición de sus hijos y descuidar el monitoreo de que es lo que sus hijos consumen en el día, lo que se relaciona con el descuido de la higiene oral y enfermedades bucales, que, en teoría es algo fácil de monitorear, no quita mucho tiempo y es tan necesario como bañarse a diario, pero que en la práctica muchos padres, ya sea por ignorancia o por estar ocupados en otras cosas no le dan la suficiente importancia y ya cuando se dan cuenta, el niño ha desarrollado problemas dentales que si hubieran tenido atención oportuna y la correcta información de prevención, hubieran sido totalmente evitables y el tratamiento, económicamente hablando, hubiera sido mucho más barato y no invasivo.<sup>21</sup>

### **3.5.4 La familia y la asociación con la caries**

Como ya sabemos la caries dental en niños preescolares es una enfermedad multifactorial, en donde no solo influyen los factores principales que son la dieta, el tiempo, las bacterias y la higiene, a partir de cada uno de ellos se desglosan otros subfactores que intervienen en la aparición o no aparición de esta enfermedad en un niño.

Los subfactores que influyen en este proceso surgen a medida de que ningún niño nace con los conocimientos ni aptitudes necesarias para cuidar de su propia higiene y salud bucal, así que depende de su entorno para que éste cuide de él.

Estos subfactores son el tipo de vivienda de la familia, familias con numerosos hijos, familias con algún hijo con discapacidad, el estrato socioeconómico bajo, la edad de los hijos y de los padres, baja escolaridad de los padres, si los dos padres trabajan, si los hijos acuden a guardería, la autoridad de los padres sobre sus hijos, padres separados y padres que nunca han asistido a consulta dental.

Todos estos forman parte de factores de riesgo alto para el desarrollo de caries y enfermedades bucodentales, por lo mismo, la misión del odontólogo se ve en aprietos al no poder abarcar todos los factores y atacarlos de raíz, por ello destaca la importancia de formar campañas masivas de salud dental con las instituciones gubernamentales.<sup>22</sup>

### **3.5.5 Familias milenio**

Varios autores han notado que la forma de llevar la paternidad ha venido cambiando y que esto tiene un impacto directo en el comportamiento de los hijos, estos cambios se atribuyen a factores como el internet, los medios de comunicación, padres solteros o

trabajadores y la globalización, entre otras cosas que han modificado las técnicas disciplinarias hacia los niños.

Los cambios contemporáneos han evolucionado a tal velocidad que vienen en conjunto con grandes sentimientos de estrés, el cual afecta directamente la relación entre padres e hijos, haciendo a estos últimos poco manejables y de difícil trato. <sup>24</sup>

### **3.5.6 Familia de madres solteras**

Muy pocos autores hablan de familias de madres solteras y su relación con la caries dental del niño, tema que es realmente relevante, ya que se demostró que los hijos de madres solteras tienen el doble de probabilidades de desarrollar caries dental que uno de matrimonio estable.

Al llegar a la consulta una madre soltera, el odontólogo le debe de dar educación, incluso información escrita de cuidados y alimentación para su hijo, realizando esto se espera una baja significativa en el factor de riesgo para su hijo y para hijos de otras madres solteras que tengan contacto con esta familia.

## **3.6 NIVEL CULTURAL Y SOCIOECONÓMICO FACTOR DETERMINANTE EN LA SALUD BUCAL**

El eje central de la reproducción social se desarrolla en la vida laboral, en las posibilidades de trabajo y las características de éste; pero además el salario que percibe el trabajador define las posibilidades de consumo, de él y de su grupo familiar. El consumo se refiere a todos los bienes y servicios a los que familia tiene acceso por medio del salario o ingreso: la vivienda, alimentación, educación, vestido, servicios de salud, transporte, recreación, cultura. De manera que el fenotipo y el genotipo no son estáticos, ni responden



únicamente a las condiciones biológicas, es decir, son las condiciones sociales las que determinan su movimiento, en forma general y para cada grupo social. Las sociedades hispanoamericanas son un buen ejemplo que permite ilustrar cómo las características genotípicas y fenotípicas de la población fueron definidas a partir de la colonización, que constituyó un proceso social e histórico, determinado fundamentalmente por la actividad económica.

En la distribución de la caries dental se refleja el carácter de clase que tiene el proceso salud - enfermedad, ya que el comportamiento epidemiológico de la salud y la enfermedad bucal se presenta de manera desigual para los diferentes países a partir de sus condiciones de desarrollo socio - económico. Al interior de cada uno de ellos, también se presenta de manera desigual para las diferentes clases sociales.<sup>23</sup>

Dentro de este mosaico de factores, una de las variables que tiene un rol importante en la determinación de la salud bucal es la posición socioeconómica. En concreto, se refiere a los factores biológicos y económicos que influyen sobre la posición individual o de grupo que se tiene dentro de la estructura de una sociedad, e incluye conceptos con diferentes orígenes históricos y disciplinares. La posición socioeconómica está relacionada con numerosas exposiciones, recursos, y susceptibilidades que pueden afectar la salud. Si bien no existe un “mejor indicador” de PSE conveniente para todos los propósitos de estudio y aplicable en todos los puntos del tiempo en todos los escenarios, cada indicador mide aspectos diversos y puede ser más o menos relevante con diferentes respuestas de salud y en diversas etapas de la vida.<sup>25</sup>

### **3.7 MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL**

En la actualidad los medios de comunicación masivos, como la televisión, internet, revistas, periódicos, panorámicos, etc., tienen un gran impacto en la vida cotidiana de las personas, influyendo en sus actos y decisiones cotidianas. Gran parte de lo que los pacientes conocen acerca del cuidado y salud oral es en base a que el odontólogo les instruye, siendo él, quien se encarga de educar adecuadamente a los pacientes y a motivarlos a que adquieran conciencia sobre estos tópicos. Los medios de comunicación son parte del mundo actual, en los cuales el cuidado de la salud no está excluido. En la actualidad la “publicidad fuera de casa abarca gran parte del medio donde nos desenvolvemos tales como los estacionamientos, centros comerciales, cines, estadios deportivos, depósitos de basura, metro, etc.”

Con todas estas áreas cubiertas e influenciadas por los medios de comunicación, “es vital entender la relación entre la opinión pública y cómo es influenciada la cobertura del cuidado de la salud en los medios”.<sup>26</sup>

Los medios de comunicación social, también conocidos con el nombre de masas por su gran cobertura y escaso nivel de discriminación, ya que tienen la gran capacidad de influir sobre la población; si se utilizan adecuadamente pueden llegar a sensibilizar a la población sobre determinados hábitos nocivos, al mismo tiempo que pueden producir hábitos saludables. Por desgracia se encuentra un debate entre los expertos de los medios de comunicación y los expertos en salud; ya que los primeros dicen solo tiene el deber de informar, y los segundos alegan que su deber principal es educar a la población en general.

La información correcta ayuda a generar en la población actitudes positivas para la salud que favorecen, a través de un proceso enseñanza- aprendizaje, es decir a través de un proceso educativo los cambios permanentes; el ejemplo más claro son la radio y televisión medios a los cuales la población tiene un mayor acceso , ante este medio el espectador no puede responder sus opiniones experiencias e interrogantes, esta es una de los grandes dificultades, por ello conviene tener en cuenta que la elaboración y transmisión de un mensaje requiere el cumplimiento de unas reglas elementales que han de comenzar por la comprobación de la fuente de información que debe ser clara, completa y concisa.

Para poder conseguir la unificación de los medios de comunicación y el personal de salud se debe trabajar multi e interdisciplinariamente, ciertamente los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes, y los profesionales de la información, conocen la forma de transmitir esos mensajes, cuando uno de estos falla aparecen las consecuencias negativas y es donde los receptores pueden recibir la información de una manera inadecuada, por lo cual la manera más conveniente es poder instruir a el paciente en que no todo lo que la radio o televisión dicen tiene que ser verídico.<sup>27</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desgraciadamente el conocimiento de la población mexicana sobre la salud bucal, presenta grandes rezagos ; los padres de familia son nuestros principales medios de conducción para la población infantil, si ellos no tienen los conocimientos bastos y necesarios para fomentar en sus hijos esta promoción , se va generando una mayor problemática en nuestra sociedad, aunque existan variedad de programas de salud bucal lo que es importante es evaluar cuanto conocimiento tienen respecto a la información que ellos han ido obteniendo a lo largo de su vida.

Considerando que uno de los factores es el nivel cultural y hasta económico que los padres de familia tienen para acceder a estos servicios de salud, que son necesarios para una vida digna.

#### **5. JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional.

Muchos de los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades se relacionan con un inadecuado estilo de vida y unos hábitos insanos adquiridos a lo largo del tiempo. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables.

El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. La promoción de hábitos saludables, la prevención de las

principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones periódicas, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los niños.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo general**

Evaluar el nivel de conocimientos de los padres cuyos hijos acuden al CACI 10 DE MAYO, por medio de la aplicación de cuestionarios y platicas informativas.

### **6.2 Objetivo específico**

Poder conocer el nivel de información de los padres de familia, los cuales son el conductor principal para la educación de sus niños.

Por medio de la plática informativa, los padres identifiquen aquellas dudas que presentaban basados en sus conocimientos, para poder promover y prevenir las enfermedades de mayor incidencia en salud bucal.

## **7. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **7.1 Diseño de estudio**

Estudio transversal descriptivo y comparativo, el cual consistió en la aplicación de un cuestionario de conocimientos a los padres cuyos hijos acuden a el CACI 10 DE MAYO para posteriormente impartir una plática sobre promoción y prevención para la salud bucal; después de impartida esta se volvió a aplicar el mismo cuestionario.

## **7.2 Selección del cuestionario**

Se realizó una búsqueda bibliográfica tomando la información del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológico y Control de Enfermedades, de este se recaudaron los datos necesarios que se le daría a los padres de familia, como el cuestionario que se les aplicaría (anexado).

## **7.3 Población**

Padres de Familia de preescolares en un rango de edad de 3 a 5 años de edad que acuden a la Escuela Preescolar CACI 10 DE MAYO

## **7.4 Tamaño de la muestra**

Se aplicó a los padres de familia en un rango de edad de 22 años a 54 años; contando con la participación de 40 mujeres y 30 hombres

## **7.5 Criterios de selección**

Padres cuyos hijos acuden al CACI 10 DE MAYO.

### **7.5.1 Criterios de inclusión**

Se eligieron a padres de familia la escuela CACI 10 DE MAYO cuyos hijos tienen un rango de edad de 3 – 5 años de edad.

### **7.5.2 Criterios de exclusión**

Aquellos padres de familia que no quisieron contestar el cuestionario.

### **7.5.3 Criterios de eliminación:**

Se eliminaron los cuestionarios mal contestados o incompletos.

## **7.6 Método**

En el mes de Febrero de 2017, se tomó como decisión realizar un estudio acerca de los conocimientos de los padres de familia de la escuela Preescolar CACI 10 DE MAYO, donde se pidió autorización para realizar una plática y cuestionarios a los padres cuyos hijos acuden a dicha Institución.

Se solicita el consentimiento informado de la directora del plantel (anexado) indicándole cual sería la metodología a seguir, permitiéndole con el libre derecho de dejarnos realizar la plática en esta institución, ya especificado lo anterior se acordó una fecha y hora para realizar la evaluación.

El día de la evaluación se le entrego a los padres de familia un tríptico (anexado) con la información obtenida del CENAPRECE, seguido de un cuestionario de 10 preguntas el cual debía ser contestado en ese momento previo a la plática informativa, después de realizada la plática se los volvía a entregar un nuevo cuestionario, con las mismas 10 preguntas para obtener los datos de los padres de familia con un cuestionario previo y otro posteriormente a la plática.

## 7. RESULTADOS

Se contó con la participación de 40 mujeres y 30 hombres.

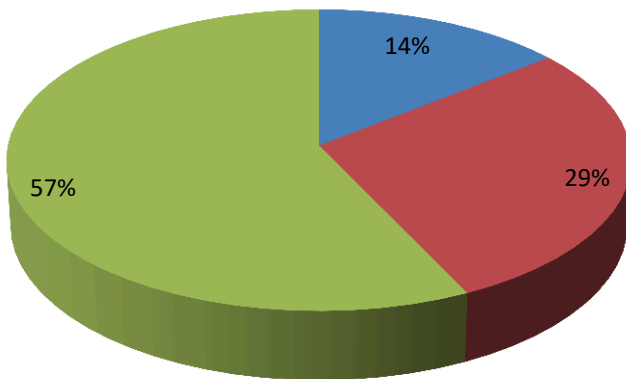
1.- A qué edad empezó a higienizar la boca de sus hijos?

a) Antes de la erupción de sus primeros dientes.

b) A la aparición de sus primeros dientes

c) No recuerdo.

**Retrospectivo**



Gráfica 1. Higiene dental

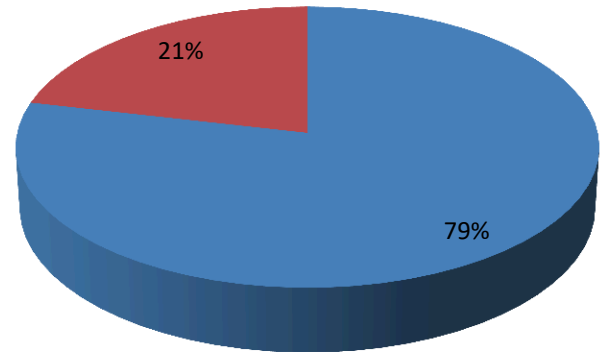
No recuerda

A la aparición

Antes de la erupción



**Prospectivo**



Gráfica 2 Higiene dental.

A la aparición de los primeros dientes

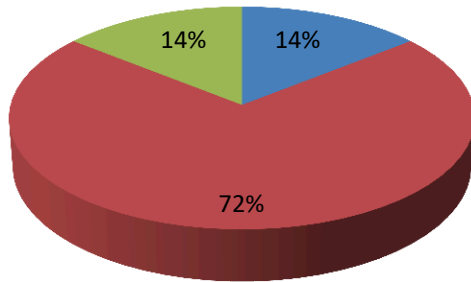
Antes de la erupción





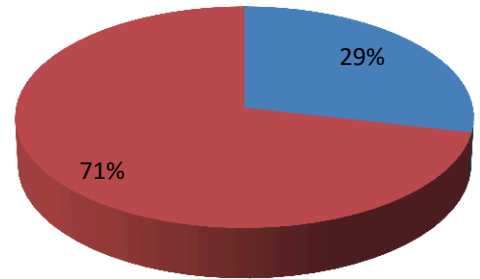
2.- Actualmente quien lleva a cabo la higiene bucal de su hijo?

a) Padre.      b) Madre      c) Niño



Grafica 3. Responsabilidad de higiene

Madre ■  
Padre ■  
Niño ■

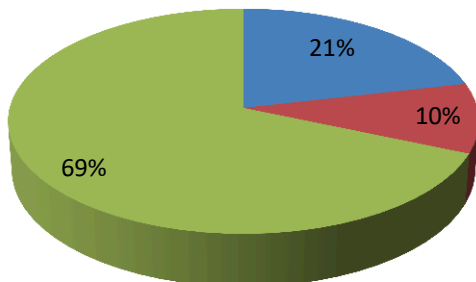


Grafica 4. Responsabilidad de higiene

Madre ■  
Padre ■

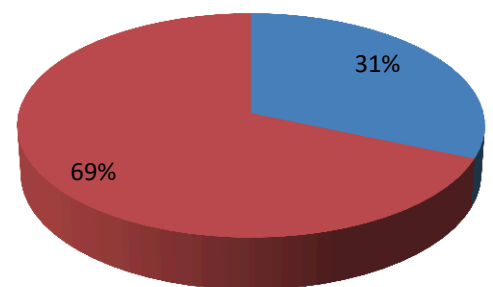
3.- Por la noche higieniza sus dientes y los de su hijo?

a) Si              b) No              c) Ocasionalmente



Grafica 5. Higiene por la noche

Ocasionalmente ■  
Si ■  
No ■

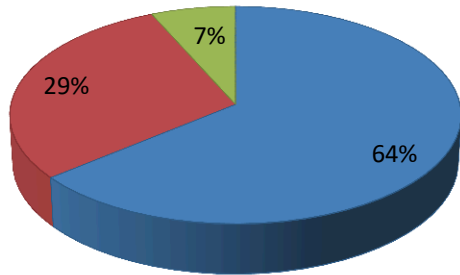


Grafica 6. Higiene por la noche

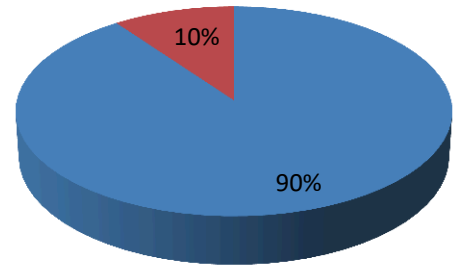
Si ■  
No ■

4.- Sabe que es la placadentobacteriana y por qué está presente en la boca?

- a) Si      b) No      c) Nunca la había escuchado



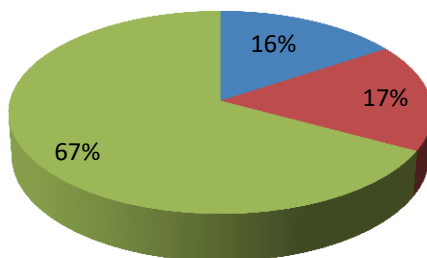
Grafica 7. Placacidobacteriana  
 Si ■  
 No ■  
 Nunca la había escuchado ■



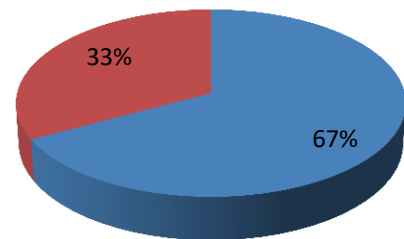
Grafica 8. Placacidobacteriana  
 Si ■  
 No ■

5.- A qué edad llevaría a su pequeño a su primera visita dental.

- a) 1 año      b) 3 años      c) 5 años



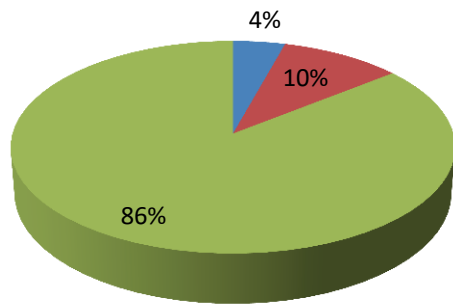
Grafica 9. Primer visita dental  
 1 año ■  
 3 años ■  
 5 años ■



Grafica 10. Primer visita dental  
 1 año ■  
 3 años ■

6.- Los niños a la edad de 3 años aproximadamente ya cuentan con sus dientes de leche y estos sirven de guía para sus dientes permanentes?

a) Verdadero      b) Falso      c) No lo se



Grafica 11. Dentición primaria  
 Verdadero ■  
 Falso ■  
 No lo se ■

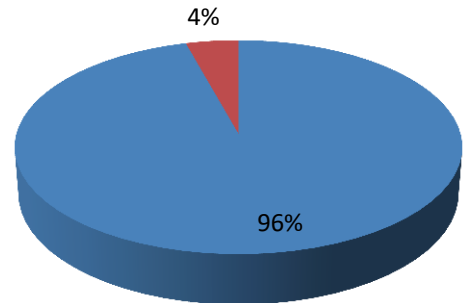


Grafico 12. Dentición primaria  
 Verdadero ■  
 No lo se ■

7.- A los 6 años en la boca de su pequeño aparece una nueva muelita y esta pertenece a los dientes permanentes?

a) Correcto      b) Incorrecto

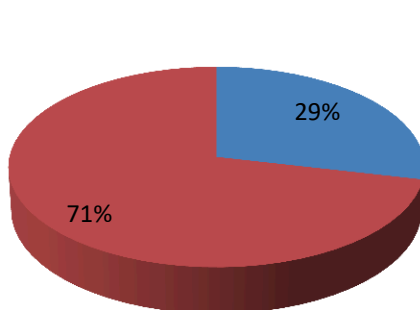


Grafico 13. Segunda dentición  
 Correcto ■  
 Incorrecto ■

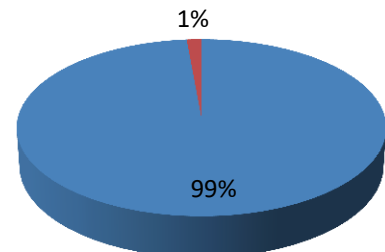


Grafico 14. Segunda dentición  
 Correcto ■  
 Incorrecto ■

8.- Motivo por el cual llevaría a su hijo a una consulta dental

a) Dolor

b) Revisión

c) Golpe

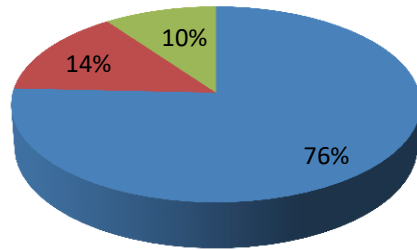


Grafico 15. Motivos

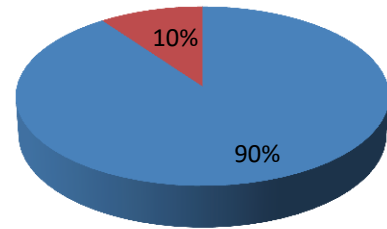
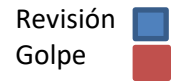


Grafico 16. Motivos



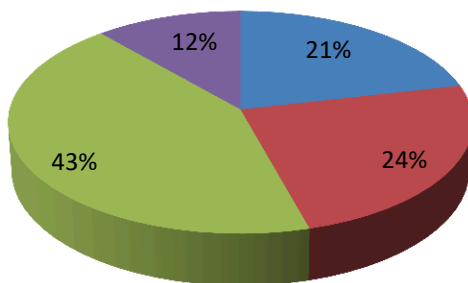
9.- Lo que usted sabe sobre salud bucal lo ha obtenido donde

a) Dentista

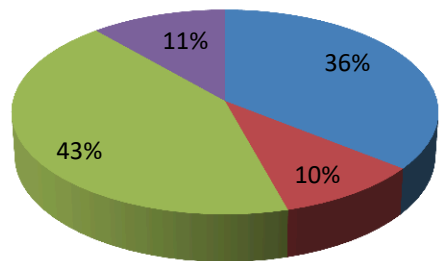
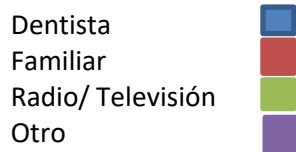
b) Familiar

c) Radio/ Televisión

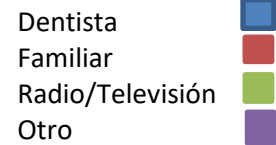
d) Otro



Grafica 17. Salud bucal

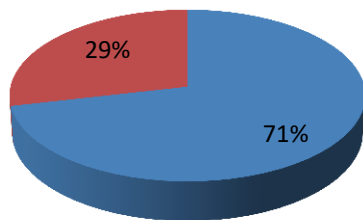


Grafica 18. Salud bucal



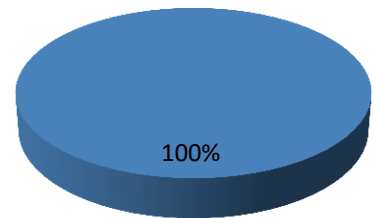
10- Sabe que existen 2 campañas de Salud Bucal al año, implementada por el gobierno.

a) Si    b) No



Gráfica 19. Campaña

Si   
No 



Gráfica 20. Campaña

Si 

Los resultados obtenidos en la primera evaluación aplicando el cuestionario, no arrojó datos satisfactorios muy por el contrario son datos preocupantes ya que la mayoría de los padres tiene una información equivocada de la salud bucal, por consiguiente la plática informativa nos permite poder enfocar las ideas que ellos previamente ya tenían solamente, había que encaminarlas, tal resultado se observó a la evaluación del segundo cuestionario donde la mayoría respondió satisfactoriamente.

## 9. DISCUSIÓN

Identificar el nivel y tipo de conocimientos, así como las conductas, prácticas y recursos, hacen parte de la construcción del dialogo entre la sociedad y los educadores de la salud; las encuestas dirigidas a identificar los conocimientos y prácticas de autocuidado en la salud bucal han servido como propuesta educativa donde su busca la participación activa de la promoción y prevención de enfermedades.

En un estudio realizado en Colombia por Franco y cols. a 243 madres de familia y/o responsables de niños menores de 6 años, se analizaron los siguientes resultados.

Una amplia mayoría de los encuestados da importancia a los dientes primarios, sobre todo en su papel como guía de la dentición permanente, tomando en cuenta que los programas educativos solo se toman como transmisibles de información de factores de riesgo, sin preocuparse en muchos casos de los modos preventivos.

Las madres aun no interiorizan la necesidad de la higiene desde el nacimiento y se sigue asociando con el inicio de la erupción dental<sup>17</sup>

En este estudio la mayoría de los encuestados no tomaba en cuenta la dentición primaria como algo relevante a diferencia de los resultados obtenidos por Franco y cols., en igualdad se encontró que los padres de familia tienen un escaso o nulo conocimiento de la prevención de la salud bucal, permitiendo el desarrollo de la enfermedad en sus pequeños.

A el igual que en el primer estudio el rezago en conocimientos que aun presenta la población respecto a la higiene antes de la primera dentición no se representa algo de importancia para los padres de familia.

## **10. CONCLUSIONES**

Se requieren condiciones adecuadas de vida en materia de alimentación, vivienda, ingresos, educación.

Es necesario que se refuerce más el conocimiento de la salud bucal respecto a los padres de familia, ya que hay algunos que no le prestan la suficiente atención a esta problemática debido a que minimizan las enfermedades que se pueden presentar a lo largo de la vida; algunos otros preocupados por la situación económica permiten que la gravedad de la enfermedad avance, otro tanto en la no tiene tiempo debido a las ocupaciones que la vida actual refleja.

Sea cual sea la situación sigue quedando claro que la salud bucal no tiene un papel importante dentro de la vida familiar, ya que aún no se está preparado para prevenir, y promocionar la educación para la salud.

Necesitamos poner mayor énfasis en la formación de profesionales en odontología en los aspectos preventivos ya que se ha visto privilegiada la orientación hacia los tratamientos curativos y de rehabilitación.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Escobar G, Ortiz A, Mejía L. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Año 2003 vol.21 n°2 pp. 107-118

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/759>

2.-Medina–Solís C, Maupome G, Ávila- Burgos L, Perez-Nuñez Ricardo, Villafuerte Pelcastre B, Pontigo- Loyola A. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed .Año 2006 vol. 17 No 4 pp. 269-286

<http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb061745.pdf>

3.- Ortega Maldonado M, Mota Sanhua V, López Vivanco C. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. Rev. Salud publica. Año 2007, vol. 9 N°3 pp. 380-387

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n3/v9n3a06.pdf>

4.-Vera Hermosillo H, Valero Princet M, Reyes Nájera A, Luengas Quintero E. Niñas y niños libres de caries en México. Revista ADM Año 2010 Vol. 47 N° 5 pp. 217-222

<http://new.mediagraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=7&IDARTICULO=28999&IDPUBLICACION=3169>

5.-Franco Ángela, Ochoa Emilia, Martínez Eliana. Reflexiones para la construcción de políticas públicas con impacto en el componente bucal de salud. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia Año 2004 Vol. 15 N°2 PP. 78-90.

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/3246/0>.



6.-Paredes-Solis S y cols. Factores que influyen en la asistencia de los preescolares al servicio dental público en Acapulco, Guerrero, México. Revista Odontológica Mexicana. Año 2015 Vol. 19 N°1 pp. 8-14.

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=43&IDARTICULO=54563&IDPUBLICACION=5517>.

7.-Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Primera edición, xxx 2014. D.R. Secretaría de Salud

8.- Romero Yahaira. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontológica Venezolana.

Año 2006 Vol. 44 N° 2.

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/metlas\\_milenio\\_componente\\_bucal\\_salud.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/metlas_milenio_componente_bucal_salud.asp).

9.- Molina Frechero M, Castañeda Castaneyra E, Gaona E, Mendoza Roaf P, González Montemayor T. Consumo de productos azucarados y caries dental en escolares. Revista Mexicana de Pediatría.

Vol. 71, Núm. 1 • Ene.-Feb. 2004 PP. 14-16.

10.- Lipari A, Andrade P. Factores de riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría. 2002.

11.- Clasificación de los Nutrientes – Carbohidratos. [Internet] [Consultado 18 de Marzo 2017]. Disponible en:

<http://www.infonutricion.com/clasificacion-nutrientescarbohidratos.html>

12.-De Almeida ER, Guedes-Pinto AC. Hábitos alimenticios. In Guedes-Pinto, AC. Odontopediatría Clínica. Serie 11. Editorial Artes Médicas. Brasil 1998. p. 77-85.

13.-Palmer CA, Faine ME. Nutrición, Dieta y Estado Oral. In Harris N, García Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 1ra. Edición. México: Editorial El Manual Moderno. 2001; p. 293- 301.

- 14.-Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. 3 Edición. Editorial Masson. 2004; p. 63. 24.
- 15.-Casanueva E. Nutriología médica. Tercera Edición. Editorial médica Panamericana. [Libro en Internet] [Consultado 25 Marzo 2017] [https://books.google.com.pe/books?id=ZjcGp1sulUC&pg=PA15&dq=libro+nutriologia+medica+esther+casanueva&hl=es419&sa=X&ei=PyqCVbapN8qXNqz\\_gPgl&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=libro%20nutriologia%20medica%20esther%20casanueva&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=ZjcGp1sulUC&pg=PA15&dq=libro+nutriologia+medica+esther+casanueva&hl=es419&sa=X&ei=PyqCVbapN8qXNqz_gPgl&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=libro%20nutriologia%20medica%20esther%20casanueva&f=false)
16. Vaisman B; Martínez MG. Asesoramiento Dietético para el Control de Caries en Niños. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria 2004. [Consultado 1 Junio 2015]. Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento\\_dietetico\\_control\\_caries.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp)
- 17.-Franco M, Jiménez J, Saldarriaga C, Zapata L, Saldarriaga A, Martignon S, González C, Luna M, Ocampo A. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. Revista CES Odontología. Año 2003 Vol. 16 N° 1 pp. 27-33  
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/535>.
- 18.- Alemán Sánchez P, González Valdés D, Delgado Díaz Y, Acosta Acosta E. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal. Revista Cubana de Estomatología. Año 2007 Vol. 45 N° 1  
[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_1\\_07/est08107.html](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est08107.html).
- 19.-Ruiz Feria N, González Heredia E, Soberats Zaldívar M, Amaro Guerra. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN 2004; 8 (3)  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_3\\_04/san04304.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.pdf).
- 20.- Alemán Pedro C., González Damaris, Delgado Yaíma, Acosta Estela. La familia y su papel en los problemas de promoción y

prevención de la salud bucal. Rev. Cubana Estomatología v.44 n.1, La Habana, Ene. /Mar. 2007.

21.-Palacios Jesús, Sánchez Yolanda, Relaciones padres-hijos en familias adoptivas, Anuario de Psicología, No. 71, pp. 87-105, 1996.

22.- Díaz Shirley, Costa Maira, Flórez Luis, Puerta Felipe, Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos, Revista Colombiana de investigación en odontología, 2011; 2(5): pp.47-55.

23.- Harper Dennis C., D'Alessandro Donna M., The child's voice: Understanding the contexts of children and families today, Conference paper of the AAPD, Pediatric Dentistry-26:2, 2004.

24.- Plotter Camila, The influence of single parenthood on an early childhood oral health promotion campaign against early childhood caries, Pediatric Dentistry, Vol. 32, Number 5, September / October 2010, pp. 385-385.

25.-Herrera S, Lucas-Rincón E, Medina Solís E, Maupome G, Márquez-Corona L, Islas-Granillo H, Islas Márquez J, Atitlan-Gil A.

Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: Factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en escolares nicaragüenses.

Revista de Investigación Clínica / Vol. 61, Núm. 6 / Noviembre-Diciembre, 2009 / PP. 489-496.

26.- Galarza Montelongo Servando, Martínez González Gustavo Israel. Influencia de los medios de comunicación en la decisión de acudir a la consulta odontológica. Revista Mexicana de Estomatología Vol. 3 No. 1 Enero - Junio 2016 pp.43-48.

27.-Marquez Fernando, Sáez Salvador, Guayta Rafael. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Editorial UOC 1ªEdición pp. 44-48.

## **ANEXOS**

### **1 CUESTIONARIO.**

1.- A qué edad empezó a higienizar la boca de sus hijos?

a) Antes de la erupción de sus primeros dientes.

b) A la aparición de sus primeros dientes.

c) No recuerdo.

2.- Actualmente quien lleva a cabo la higiene bucal de su hijo?

a) Padre.      b) Madre      c) Niño

3.- Por las noches higieniza sus dientes y los de su hijo?

a) Si              b) No              c) Ocasionalmente

4.- Sabe que es la placadentobacteriana y por qué está presente en la boca?

a) Si              b) No      c) Nunca la había escuchado

5.- A qué edad llevaría a su pequeño a su primera visita dental.

a) 1 año      b) 3 años      c) 5 años

6.- Los niños a la edad de 3 años aproximadamente ya cuentan con sus dientes de leche y estos sirven de guía para sus dientes permanentes?

a) Verdadero      b) Falso      c) No lo se

7.- A los 6 años en la boca de su pequeño aparece una nueva muelita y esta pertenece a los dientes permanentes?

a) Correcto              b) Incorrecto

8.- Motivo por el cual llevaría a su hijo a una consulta dental

a) Dolor                      b) Revisión

9.- Lo que usted sabe sobre salud bucal lo ha obtenido donde

a) Dentista    b) Familiar    c) Radio/ Televisión    d) Otro

10- Sabe que existen 2 campañas de Salud Bucal al año, implementada por el gobierno.

a) Si    b) No