



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
POSGRADO EN CIENCIAS EN SALUD
PÚBLICA**

TESIS

**Prevalencia de caries en niños
preescolares y su relación con el nivel de
conocimientos en salud bucal de sus
padres, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez
Chiapas.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA
NELSI OCAÑA LÓPEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. FERNANDO RUIZ BALBUENA**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Agosto, 2017

Agradecimientos

Dios ha permitido realizar un logro más en mi vida. Poniendo los elementos necesarios para terminar esta tesis, la cual ha sido posible por el apoyo y confianza que me brindaron muchas personas.

Quiero agradecer infinitamente al Dr. Fernando Ruíz Balbuena, por la dirección de la presente tesis, por el tiempo que me ha dedicado, por sus consejos y paciencia.

A la Dra. Rosa Margarita Duran García quien ha formado parte de la comisión revisora, así como la Dra. Georgina Rivas Bocanegra, por su apoyo incondicional y consejos, motivándome constantemente.

A todo el personal del Jardín de niños Ignacio Ramírez Altamirano, quienes me brindaron todas las facilidades para realizar el presente trabajo, pero sobre todo, a los padres y niños quienes muy amablemente aceptaron participar en el presente estudio.

Agradezco a las autoridades académicas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, por todas las facilidades otorgadas para realizar este proyecto; y a todas aquellas personas que han contribuido de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo de investigación.

Dedicatoria

A mi hermano Alexis.

A mis hijos Luis Gustavo y André

Índice

Abreviaturas	1
Resumen	2
CAPÍTULO 1	4
1. Planteamiento del problema	5
CAPITULO 2	7
2. Justificación	8
CAPÍTULO 3	9
3. Revisión de la literatura	10
3.1 Caries	10
3.2 Familia y estado socioeconómico	11
3.3 Estudios realizados	13
CAPÍTULO 4	21
4. Objetivos	22
4.1 Objetivo general	22
4.2 objetivos específicos	22
4.2.1 Determinar la prevalencia de caries	22
4.2.2 Determinar la prevalencia de caries según el grupo de edad y el sexo	22
4.2.3 Estimar el nivel de conocimiento que tienen los padres de los niños incluidos en el estudio	22
4.2.4 Establecer la relación de la presencia de caries con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres	22
CAPÍTULO 5	23
5. Metodología	24
5.1 Diseño del estudio	24
5.2 Descripción del área de estudio	24
5.3 Población	24
5.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	24
5.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	24
5.5 Recolección de la información	26
5.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	26
5.7 Aspectos éticos	26

CAPÍTULO 6	27
6. Resultados	28
CAPÍTULO 7	32
7. Discusión.....	33
CAPÍTULO 8	35
8. Conclusiones.....	36
REREFENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXO.....	43

Abreviaturas

UNICACH: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

ONU: Organización de Naciones Unidas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia

EPI INFO: programa estadístico

SIVEPAB: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de caries en niños preescolares y relación con el grado de conocimiento en salud bucal de sus padres.

Metodología: el presente estudio es de tipo descriptivo, se realizó con niños y padres que tienen matriculados a sus hijos en el jardín de niños “Ignacio Zaragoza” de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Incluyó un total de 103 niños e igual número de padres. Para la recolección de la información se realizó una exploración bucal a todos los niños considerados en el estudio; posteriormente se aplicó a los padres un cuestionario en el que se contempló la edad, grado de escolaridad, estado civil, y el nivel de conocimientos de salud bucal. Se calificó como un nivel de conocimiento bueno aquellos padres que respondieron adecuadamente de 16 a 20 preguntas, como regular a los que respondieron de 11 a 15 y como malo a los que respondieron menos de 11 respuestas de manera adecuada. Una vez, recolectada la información se elaboró una base de datos en el programa estadístico EPIINFO versión 3.4.5. Posteriormente se procedió a realizar un análisis descriptivo.

Resultados: se incluyeron 103 preescolares, de los cuales 57 (55.3%) fueron mujeres y 46 (44.7%) hombres, 20 (19.4%) de ellos, tenían 3 años de edad, 48 (46.6%) 4 años y 35 (34.0%) tenían 5 años. Con respecto a los padres o cuidadores de los niños 95 (92.2%) fueron mujeres y 8 (7.8%) hombres, 53 de ellos (51.5%) refirieron tener entre 31 y 40 años, y 31(30.1%) tenían entre 20 y 30 años.

Al analizar la presencia de caries de los preescolares, se constató que 63 de ellos (61.2%) presentaban este problema de salud, 55 (53.4%) presentaron índice de caries muy bajo, 13 (12.6) índice de caries bajo, 14 (13.6%) índice de caries moderado y 21 (20.4%) índice de caries alto.

Al explorar el grado de conocimiento en salud bucal de los padres, se registró que en 67 de ellos la calificación fue considerada como buena (65.0%), en 30 (29.1%) como regular y en 6 un conocimiento malo (5.8%).

Conclusiones: con respecto a la presencia de caries más de la mitad de los niños explorados presentaron este problema de salud bucal, 63 (61.2 %), la mayor parte de los niños registraron un índice de caries muy bajo, 55 (53.4%), Mientras que el grado de conocimiento en salud bucal de los padres fue catalogada como buena en 67 (65%) de ellos y regular 30 (29.1%).

Al relacionar el nivel de conocimiento y salud bucal de los padres, con la presencia e índice de caries, se encontró una relación estadísticamente significativa, en el sentido de que a mayor conocimiento se observó menos presencia y un índice más bajo de caries.

CAPÍTULO 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Caries como “un proceso patológico localizado, pos erupción dentaria, de origen multifactorial que produce un reblandecimiento del tejido dentario duro y que conduce a la formación de una cavidad”.¹

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la desmineralización de las porciones orgánicas del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas. Este proceso destructivo surge de las acciones de algunos microorganismos de la placa bacteriana sobre los carbohidratos fermentables que generan la producción de ácidos, principalmente lácticos, como parte del metabolismo de las bacterias. El progreso de la lesión cariosa requiere, además de los factores anteriormente citados, un diente susceptible y un tiempo suficiente de exposición que permita no sólo la producción de ácidos por parte de las bacterias de la placa, sino también la desmineralización del tejido duro del diente.^{1, 2}

En 1990 La Organización Mundial de la salud informó que solo una de cada diez personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados. La caries constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta aproximadamente a 95% de la población mundial mayor de 5 años y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.³

La caries es muy prevalente durante la infancia y continúa siendo la causa principal de pérdida dental, constituyendo de esta manera por su magnitud y trascendencia un problema de salud pública para toda la población infantil.³

Un estudio realizado en México encontró que el 70.6% de los niños entre 2 a 5 años presentan caries de la infancia temprana que incluye la caries del biberón y 35.4% presentan caries severa de la infancia temprana.³

Los niños con caries precoz en la infancia tienen mayor riesgo de presentar nuevas caries en la dentición permanente, por lo que es muy importante establecer hábitos de buena higiene bucal, para lograr menos presencia de caries en los adolescentes.⁴

La Salud Bucal no era considerada parte integral de la Salud General, sin embargo, esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de ésta para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.⁴

La Organización Mundial de la salud (OMS) define: “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad”, por lo tanto, si se presentan focos infecciosos en la cavidad bucal no se puede considerar una persona sana y paradójicamente, las personas que sufren de alguna enfermedad bucal, no se consideran enfermos.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilar y curar, como se da en gran medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado.⁴

Por todo lo antes planteado me ha surgido la interrogante ¿Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres con la presencia de caries en sus hijos?

CAPÍTULO 2

JUSTIFICACIÓN

2. Justificación

La salud bucal, es un derecho individual y una responsabilidad social. Diversos autores mencionan que la caries dental es un problema de salud pública en virtud de su elevada prevalencia. No obstante a las medidas instituidas (fluoración de la sal, programas nacionales de salud bucal, atención preventiva en niños preescolares y escolares), este problema de morbilidad bucal continua ocupando un papel importante, toda vez que demanda conductas personales para su control más eficaz y, en buena medida, se trata de problemas que pueden prevenirse con intervenciones básicas encaminada a la protección de la salud.⁵

Sin duda la información aquí obtenida nos dará una idea clara; primero de cuál es el estado de salud bucal de los niños especialmente presencia de caries, cuanto influye el nivel de conocimientos de los padres sobre la presencia de este problema de salud. La información aquí obtenida podrá ser de utilidad para proponer estrategias de mejoramiento de programas preventivos dirigido a quienes son el pilar en la formación de hábitos desde edades tempranas ya que si se logra formar buenos hábitos preventivos desde la infancia lograremos llegar a la edad adulta con buenas condiciones de salud y con ello tener mejor calidad de vida. De ese modo se podría fortalecer a los programas actuales, siendo mucho más económico educar que brindar servicios terapéuticos que no siempre están accesibles para la población que más requiere de ellos.

CAPÍTULO 3
REVISIÓN DE LA LITERATURA

3. Revisión de la literatura

3.1 Caries

La caries se define como una desmineralización del tejido dental, resultado del desequilibrio en las fluctuaciones de pH entre la biopelícula y el diente; en sus primeras fases es subclínica, pero si la disminución en el pH se perpetúa, la caries dental se hace clínicamente visible, inicialmente en forma de lesión de mancha blanca.^{6,7}

Los conceptos actuales sobre la caries han obligado a los profesionales a usar nuevos sistemas de diagnóstico integral que les permitan reconocer en los pacientes la presencia de lesiones iniciales o lesiones subclínicas relacionadas con alto riesgo de presentar caries dental,^{8,9,10} y adoptar tratamientos no operatorios para interrumpir tempranamente la pérdida de minerales en el tejido dental.^{11,12}

Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables a problemas de salud en general. Muchas veces implican problemas de salud bucal como la caries dental considerada como una enfermedad transmisible de origen multifactorial, plenamente relacionada con higiene oral defectuosa, alimentación nocturna, alto consumo de azúcares, colonización bacteriana y bajo nivel socioeconómico de los padres, ésta puede presentar graves repercusiones como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como disminución en el desarrollo físico del infante, alto costo de tratamiento y disminución en la calidad de vida.¹³

La prevalencia de caries en los primeros años de vida, es un asunto muy discutido a nivel mundial, por ser uno de los padecimientos más frecuentes del ser humano, por ende, las lesiones cariosas con inicio temprano son análogas a un riesgo creciente de desarrollo de las mismas en el futuro.¹⁴

Esta enfermedad de origen multifactorial, se presenta principalmente en niños con consumo frecuente de leche, jugos, bebidas gaseosas, o cualquier líquido con

contenido de azúcar fermentable, en general ofrecido al niño durante el día y la noche provocando destrucción de los tejidos dentales. Específicamente, las caries en los niños en edades tempranas, en una alteración que se presenta en dientes primarios y afecta a las superficies dentales consideradas de relativa resistencia a la caries, potencializándose el grado de destrucción con el tiempo de exposición al factor o posibles factores asociados, causando alteraciones de tipo funcional, estético, de nutrición y de desarrollo.¹⁵

Algunos estudios informan un mayor incremento en el número de superficies con caries en los niños de 2-6 años que consumen medicinas en jarabes con sacarosa y culturales de la sociedad moderna, aunado a las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna, junto con el trabajo de la mujer, se asocian con el aumento de la alimentación artificial en el niño, además de la falta de supervisión por parte de los padres de la higiene bucal con la que cuenta el niño, esto trae como consecuencia un aumento de la enfermedad ¹⁶

3.2 Familia y estado socioeconómico

La familia cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social, aun se observa que la mujer desempeña en el seno materno un papel importante desde las edades tempranas de sus hijos, en la conducta, hábitos y costumbres, a pesar que en la sociedad actual tanto el padre como la madre cumplen labores similares, ya sea de trabajo como el cuidado del hogar y de los hijos. 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.¹⁷

Todo lo que se repite se convierte en un hábito, bueno o malo, si practicamos todos los días algunos de los buenos hábitos, llegará a formar parte de nuestra personalidad y de nuestra cultura ¹⁷.

La caries en niños y sus consecuencias es un problema de salud pública en México, debido a su alta prevalencia en poblaciones con desventaja socioeconómica, a pesar que entre las acciones más importantes para conservar la salud bucal está la eliminación mecánica de la placa bacteriana mediante el cepillado que por muchos años ha sido el principal mensaje dirigido, tanto a niños como adolescentes y adultos.¹⁸

Hay información acerca de la eficacia de los mensajes dirigidos a fomentar el empleo de cepillado dental principalmente de países europeos, donde los escandinavos, por ejemplo, hacen énfasis en este procedimiento en la prevención de caries y otras enfermedades relacionadas con los tejidos anexos. Sin embargo, en México no hay suficiente información acerca de la ventaja que representa la limpieza bucal diaria en la prevención de enfermedades bucales en la población más vulnerable. Por lo que es de suma importancia considerar variables socioeconómicas y sociodemográficas en la salud bucal.¹⁸

Algunos estudios han identificado el valor de la motivación, en la imposición de un hábito de higiene oral diario de los padres hacia los hijos, con la sencilla pero importante tarea de cepillarle los dientes a sus hijos; es decir, predicar con el ejemplo, para cuando lleguen a una edad en la que el cepillado lo puedan realizar solos, la costumbre y necesidad de realizarlo ya esté plantada en su rutina y que lo realicen con gusto y con una técnica correcta; aparte de lo anterior, los niños van desde pequeños acostumbrándose a que la boca necesita mantenimiento, y esto facilita su entendimiento del porqué tienen que acudir periódicamente al dentista, lo que les generará menos ansiedad ante su consulta, haciéndoselo más digerible rutinario.¹⁹

Tristemente hay una relación directa del estrato socioeconómico bajo con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en azúcares fermentables entre las comidas y bajos o ausentes hábitos de higiene. Aún a pesar de que existen tecnologías preventivas fácilmente comprensibles y económicas, tristemente la odontología en Latinoamérica

continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, siendo el principal problema la falta de difusión y educación hacia la prevención.¹⁹

La caries y enfermedad periodontal, ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud espera que la caries dental vaya en asenso debido al aumento de azúcares en la dieta de comunidades en vías de desarrollo como el caso de nuestro país, donde la secretaría de salud ha desarrollado estrategias (tales como la fluoración de la sal y procedimientos como el Tratamiento Restaurativo Atraumático para comunidades marginadas) que han ayudado a disminuir estos riesgo.²⁰

Al incluir el esquema básico de prevención en salud bucal en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, podemos notar el esfuerzo de la Secretaría de Salud de nuestro país para promover la prevención y los cuidados necesarios que deben tener los padres de familia, no obstante la falta de educación y bajos recursos de la mayoría de la población mexicana hace que estos esfuerzos muchas veces sean en vano.²⁰

3.3 Estudios realizados

Se evaluaron 132 niños entre 3 y 6 años de edad, inscritos en el Preescolar de las Fuerzas Armadas de Cooperación, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, durante el periodo escolar 2000-2001. De todos los niños examinados el 31,8% estaba libre de caries. La mayor severidad de la enfermedad se manifestó en el grupo de 5 a 6 años, los cuales representaron un 34,6% de individuos con dientes afectados por 5 o más caries. El promedio de dientes afectados en el grupo de edades 3 a 4 años fue de 3.25 y en el grupo de 5 a 6 años fue de 3.12%.²²

La distribución de la enfermedad en el grupo de 3 a 4 años fue de 27,5% para los individuos libres de caries, 27,5% para caries inicial y 45,0% para caries manifiesta. En el grupo de 5 a 6 años se observó un 38,5% de individuos libres de caries, 19,2% con caries inicial y 42,3% con caries manifiesta.²²

Al relacionar el nivel educativo con las actitudes hacia la higiene bucal, se pudo observar que del total de padres con actitud favorable, el 30,6% tenía nivel universitario, seguido de 32,3% con secundaria completa y un 22,6% con grado de Técnico Superior. Los casos con actitudes desfavorables se ubicaron solo en secundaria incompleta. Estas variables mostraron asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$)²².

Kristina Arnrup y col. en el año 2001, investigaron la utilidad y fiabilidad de un cuestionario diseñado para capturar cuatro aspectos de las actitudes dentales de los padres: el conocimiento dental, el comportamiento infantil de la salud bucal y de la responsabilidad paternal. Se llevó a cabo en un grupo de 140 padres de los escolares de 8-12 años de edad de cuatro escuelas generales en Suecia. Dando como resultado en el primer aspecto sobre conocimiento dental. Los padres calificaron como "insuficiente cepillado", "comer entre las comidas " y "composición de la saliva" como el más importantes de los factores de riesgo de caries²³.

En el segundo aspecto el 16% de los niños recibieron ayuda diaria o asistencia de un adulto cuando se cepillaban los dientes. En el último aspecto dio como resultado mayor responsabilidad de los padres o familia, sobre el consumo de dulces y cepillarse los dientes en comparación con las calificaciones de la conducta infantil en odontología y el tratamiento dental.²³

Juan Carlos Cuartas y colaboradores (2002), realizaron un estudio sobre relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad, en una población de 100 niños colombianos. Los niños fueron clasificados según el índice COE-D, en 50 niños sanos y 50 niños enfermos determinados mediante el uso de los cuestionarios. Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de la salud oral de los niños, mostrando padres de los niños sanos clasificados con malos, regulares y buenos hábitos en un porcentaje de

10%, 68 % y 22% respectivamente; 12 mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30%, 52% y 18% en la misma clasificación .²⁴

Okada, en el año 2002, realizó un cuestionario a 296 parejas de padres y realizó un examen clínico a sus hijos en edad escolar en una escuela elemental de Hiroshima – Japón. Concluyó que la conducta sobre salud oral de los padres afectaba la conducta sobre la salud oral de sus hijos.²⁵

Rodríguez Vargas, en el año 2002, evaluó el nivel de conocimiento sobre la prevención en salud bucal en gestantes, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el Perú, obtuvieron que el nivel de conocimiento de las gestantes fue regular (60%), sobre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción se encontró una relación directamente proporcional.²⁶

En el 2003 se diseñó una encuesta para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en la salud oral de los padres/cuidadores de niños de estrato socioeconómico bajo, fueron evaluados niños de 0-5 años de edad, en la localidad de Usaquén, Bogotá, que conjuntamente evaluaban los tres aspectos conceptualmente diferentes y no reportaban validez y confiabilidad.²⁷

Ángela María Franco y col. en el año 2004 realizaron un estudio con el objetivo de identificar la frecuencia de la caries dental en los niños y las niñas menores de seis años residentes en la ciudad de Medellín, describieron los conocimientos y las prácticas del cuidado bucal de sus madres, realizando un examen clínico bucal a 365 niños de los estratos socioeconómicos medio, alto y bajo, entrevistaron en base a una encuesta estructurada a 346 madres. La prevalencia de caries en el estrato medio y alto fue del 48.4% y en el estrato bajo fue de 58.3%. Se encontró caries dental desde el primer año de edad en los tres estratos socioeconómicos. El promedio de las superficies afectadas por caries fue de 3.4 y 6.6 para el estrato medio, alto y bajo respectivamente. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de escolaridad de las madres. El 42% de las madres del estrato medio y alto y el 50% del estrato bajo afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos. En el momento del estudio se encontró que el 18% de los niños

presentaban hábito prolongado del biberón y el 50% de las madres tenían la costumbre de dejar dormir al niño con el biberón.²⁸

Jorge Eduardo Tascón y col. en el año 2005 realizaron un estudio en donde determinaron la historia de caries en el primer molar permanente y los conocimientos, actitudes y las prácticas de sus madres, se tomó una base de 50 niños entre los 5 y 11 años de edad y sus madres, del total de madres 34% respondieron que los dientes definitivos erupcionan entre los seis y siete años de edad, 54% refirieron a que los dientes temporales son poco importantes porque se van a caer. Casi todas las madres no saben la importancia del primer molar 14 permanente y desconocen la edad en que éste erupciona. Gran proporción de los niños presentan un alto porcentaje de primeros molares cariados, obturados, y perdidos. Pese a que las actitudes de las madres con respecto a la higiene oral son favorables, las prácticas no lo son.²⁹

Cabellos en el año 2006, evaluó el nivel de conocimientos sobre los hábitos bucales de 90 padres de niños discapacitados y la higiene bucal de los mismos en el Centro Ann Sullivan Perú. Utilizaron un cuestionario de 12 preguntas, en donde se encontró que el 68.8% de los padres presentaron un nivel de regular de conocimientos de la higiene bucal y el 88.9% de los niños tuvieron un IHOS de malo, siendo esto estadísticamente significativo.³⁰

Skeie M.S, y col. Realizaron un estudio de actitudes de los padres chinos hacia la salud bucal de sus hijos. Encontraron bajo conocimiento en la salud bucal, además que las creencias religiosas no apoyan a la preservación de la dentición temporal.³¹

Se evaluaron 132 niños entre 3 y 6 años de edad, inscritos en el Preescolar de las Fuerzas Armadas de Cooperación, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, durante el periodo escolar 2000-2001. De todos los niños examinados el 31,8% estaba libre de caries. La mayor severidad de la enfermedad se manifestó en el grupo de 5 a 6 años, los cuales representaron un 34,6% de individuos con dientes afectados por 5 o más caries. El promedio de dientes

afectados en el grupo de edades 3 a 4 años fue de 3.25 y en el grupo de 5 a 6 años fue de 3.12.³²

La distribución de la enfermedad en el grupo de 3 a 4 años fue de 27,5% para los individuos libres de caries, 27,5% para caries inicial y 45,0% para caries manifiesta. En el grupo de 5 a 6 años se observó un 38,5% de individuos libres de caries, 19,2% con caries inicial y 42,3% con caries manifiesta.³²

Al relacionar el nivel educativo con las actitudes hacia la higiene bucal, se pudo observar que del total de padres con actitud favorable, el 30,6% tenía nivel universitario, seguido de 32,3% con secundaria completa y un 22,6% con grado de Técnico Superior. Los casos con actitudes desfavorables se ubicaron solo en secundaria incompleta. Estas variables mostraron asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$).³²

En otro estudio donde se buscaba determinar la asociación de algunos factores de riesgo con el estado de salud bucal en la primera infancia, identificar la relación de la salud bucal de dichos niños con: la higiene bucal, el tipo de dieta, escolaridad de los padres, ocupación de los padres se encontró que el comportamiento de la higiene bucal fue inadecuado en el 39,5 % de los casos y en el 5,5 % de los controles; en el grupo de casos prevaleció la dieta cariogénica 65,0 %, mientras que en el grupo control se incrementó la aceptable, con el 44,0 %. En cuanto a la influencia de la escolaridad y la ocupación de los padres, en el estado de salud bucal los resultados no mostraron significación estadística. Por lo que la adecuada higiene bucal y la dieta no cariogénica incrementaron la posibilidad de tener un estado adecuado de salud bucal. Tanto la escolaridad como la ocupación de los padres no guardaron correlación con la salud bucal de sus hijos.³³

En Colombia en un estudio sobre prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de Indias y su relación con factores familiares. La prevalencia de caries fue de 51 % (IC 95 %; 45-59), el 38 % (IC 95 %; 31- 44) de los padres habían accedido a la secundaria incompleta, el 44 % (IC 95 %; 39-54) vivían en unión libre, 47 % (IC 95 %; 40-53) en estrato socioeconómico bajo, el 53 % (IC 95 %; 47-57) en familias nucleares, 47 % (IC 95

%;41-53) reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66 % (IC 95 %; 58-70) afiliadas al sistema de salud y el 59 % (IC 95 %: 52-66) viven en familias disfuncionales. A través del análisis bivariado solo se encontró significancia estadística al relacionar el nivel de escolaridad de secundaria incompleta del padre con la presencia de caries dental ($p=0,04$). La mayoría de las variables si bien no mostraron significancia estadística para explicar la presencia de la caries dental.³⁴

En Colombia se realiza en 2010 un estudio con 333 padres para describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores de hogares infantiles un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles. Encontrando un 58% de padres con buenos niveles de conocimientos Y 74.5% con actitudes favorables Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se percibieron actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables.³⁵

Se realizó un estudio 389 escolares entre 8 y 12 años de edad, de ambos sexos, y madres de familia de esos niños, matriculados en el turno matutino, de la escuela primaria José Palomares Quiroz, ubicada en la Unidad Habitacional Ejército de Oriente de la Delegación Iztapalapa, en el Distrito Federal.³⁶

Encontrando que 20.6% de los escolares presentaron gingivitis sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la zona y localización de la mucosa gingival, no así con relación a la calidad de la higiene bucal y al nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres, variables que resultaron tener influencia en el evento de estudio, se observó que el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres se vio reflejado en el riesgo a enfermar mostrado por los niños.³⁶

No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que

se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para proporcionar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo biopsicosocial, logrando así estilos de vida adecuados.³⁶

En la búsqueda de una adecuada salud bucal de los niños debe articular la salud de su contexto familiar, puesto que esta puede influir como protectora o de riesgo para la producción de caries dental.³⁷

En México, no existe una encuesta nacional de caries nacional en niños, solo se tiene información de algunos estados de la república, la cual sugiere que el nivel de este padecimiento varía en los diferentes estados.³⁸

Según la literatura reporta que en México el 95% de la población en general, padece de esta enfermedad, cabe mencionar que los estudios de caries dental generalmente se realizan en niños de edad escolar, entre 6 y 12 años, en base a ello se sabe que en esta etapa el 84% de la niñez está afectada.^{39,40}

En el hospital pediátrico de México se realizó un estudio en el servicio de odontología determinando una prevalencia de caries en niños menores de 6 años de 49.3%.⁴¹

Existe la encuesta de 1980 de caries dental en escolares del distrito federal, en la cual se demostró una prevalencia de caries dental en la dentición permanente de 95.5%, en niños entre 6 y 14 años de edad; asimismo, se cuenta con información del grupo de escolares entre 5 y 10 años de edad en la población en el estado de México de 41 año 1987 el cual demostró una prevalencia de caries de 94% en dentición primaria y permanente.⁴²

Entre los factores relacionados con la etiología de la caries destacan las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna. La prevalencia varía notablemente en las diferentes áreas geográficas con gran

influencia de factores socioculturales, incluido el inicio tardío de la higiene bucodental.⁴³

La caries junto con la enfermedades periodontales, aún son enfermedades comunes con posibilidades limitadas de ser controladas , por lo menos con medidas clínicas profesionales operativas, las cuales son medidas caras y solo ofrecerán efectos marginales sobre la salud oral, cuando se extienda, se acepte y se aplique de forma extensiva el contexto social de la salud oral y la prevención.⁴⁴

En México de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países, con frecuencia alta en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental que afecta a más de 90% de la población mexicana.⁴⁵

En niños de origen mexicano nacidos en Estados Unidos, de 2 a 5 años de edad, el 19% ha presentado caries dental, de los cuales solo el 36% de los niños han tenido una visita previa con el odontólogo.⁴⁶

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de caries en niños preescolares y establecer su relación con el grado de conocimiento en salud bucal de los padres.

4.2 objetivos específicos

4.2.1 Determinar la prevalencia de caries

4.2.2 Determinar la prevalencia de caries según el grupo de edad y el sexo

4.2.3 Estimar el nivel de conocimiento que tienen los padres de los niños incluidos en el estudio.

4.2.4 Establecer la relación de la presencia de caries con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres.

CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA

5. Metodología

5.1 *Diseño del estudio*

Se realizó un estudio descriptivo y transversal

5.2 Descripción del área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el jardín de niños “Ignacio Ramírez Altamirano” ubicado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Dicha escuela tiene como recursos humanos 6 profesoras, una cocinera, un maestro de educación física, maestro de música y un portero. Actualmente tiene 5 grupos, un primer grado, dos de segundo grado y dos de tercer grado, en total tiene matriculado 142 niños de los cuales 103 participaron en el estudio previa autorización de los padres

5.3 *Población*

La población objeto de estudio estuvo conformada por 103 niños en edad preescolar e igual número de padres.

5.3.1 *Criterios de inclusión*

5.3.1.1 Niños de 2 a 5 años de edad

5.3.1.2 Niños cuyos padres autorizaron su participación en el estudio.

5.3.1.3 Padres de los niños participantes en el estudio.

5.3.2 *Criterios de exclusión*

5.3.2.1 Niños con dificultad a la apertura de la cavidad bucal.

5.3.2.2 Padres y niños en los que no fue posible la autorización para la inclusión en el estudio.

5.4 Definición conceptual y operacional de variables de estudio

Variable	Conceptual	Operacional	Tipo de variable
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres y mujeres.	Hombre Mujer	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el tiempo presente, que en general se mide en años, a partir de los primeros 12 meses de vida.	La que refiere el padre o la madre.	Cuantitativa continua
Edad de los padres	Tiempo que han vivido los padres	Se categorizó en los siguientes parámetros 20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años Más de 50 años	Cuantitativa continua
Nivel de estudios de los padres	Escolaridad cursada	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Cualitativa ordinal
Caries	Enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta.	Si No	Cualitativa nominal
Índice de caries CPO-D	Promedio de órganos dentarios, cariados, perdidos o indicados para extracción y obturados.	Alto Moderado Bajo Muy bajo	cualitativa ordinal
Nivel de conocimiento en salud bucal de los padres	Conjunto de saberes en salud dental acumulados a través del tiempo y los cuales han sido obtenidos por diferentes medios: padres, escuela, universidad, odontólogos, medios de comunicación, amigos, enfermeras, revistas, hospitales, etc.	Bueno Regular Malo	Cualitativa Ordinal

5.5 Recolección de la información

Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario validado a los padres a través de una entrevista⁴⁷. El cuestionario contempló las siguientes variables: edad, sexo, grado de escolaridad, estado civil, y el nivel de conocimientos sobre salud bucal, sobre este último rubro se consideraron 20 reactivos. El nivel de conocimiento se categorizó como: bueno, regular y malo.

Para la evaluación del estado bucal de los niños se utilizó el índice de caries dental ceo-d. Para la exploración bucal se utilizó luz natural, gasas, abátelenguas, agujas estériles y guantes desechables. Antes de realizar la exploración bucal, los niños se realizaron cepillado dental.

5.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos.

Una vez recolectada la información se procedió a elaborar una base de datos el programa estadístico EPI-ONFO versión 3.3.5. Con este mismo programa se realizó el análisis estadístico, inicialmente el invariado y posteriormente el análisis bivariado.

5.7 Aspectos éticos

Se realizó una reunión con los padres de familia para informarles las características del estudio y aclarar dudas, además se obtuvo un consentimiento informado (anexo 1) el cual fue firmado por los padres o cuidadores que voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Después de la valoración clínica se les comunicó a los padres el estado de salud bucal de sus hijos.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6. Resultados

En el presente estudio se incluyeron a un total de 103 niños de 3 a 5 años de edad, el promedio de edad fue de 4.1 ± 0.71 años (DE). La mayor parte de los niños registraron una edad de 4 años, 48 (46.6%), seguido por los que tenían 5 años, 35 (34%). De los 103 niños, 57 eran mujeres (55.3%) y 46 hombres (44.7%); ver tabla 6.1.

Tabla 6.1 Distribución de la población de niños según la edad

Edad del niño	n	%
3	20	19.4
4	48	46.6
5	35	34.0
Total	103	100.0

Por otro lado, en la tabla 6.2 se muestra la edad de los padres y/o tutores, obsérvese que la mayor parte, tenían entre 31 y 40 años (51.1%), seguidos por los que refirieron tener entre 20 y 30 años de edad (30.1%).

Tabla 6.2 Distribución de la población de tutores según la edad

Grupo de edad del cuidador	n	%
20-30	31	30.1
31-40	53	51.5
41-50	12	11.7
Más de 50	7	6.8
Total	103	100

Asimismo, en la tabla 6.3, se puede apreciar que los tutores o padres de familia en su mayoría eran mujeres, 103 (92.5%). Al revisar el grado de estudio de los padres y/o tutores, se observó que la mayor parte tenía estudios de licenciatura, 41(39.8%). Únicamente siete de ellos tenían estudios de primaria (6.8%). Cabe destacar, que no se encontraron padres o tutores analfabetas.

Tabla 6.3 Distribución de la población según grado de estudio

Grado de estudio del padre y/o tutor	n	%
Primaria	7	6.8
Secundaria	23	22.3
Técnica y/o superior	32	31.1
Licenciatura	41	39.8
Total	103	100

Con respecto a nivel de conocimientos sobre la salud bucal de los os padres o tutores 67(65%) fueron considerado con un nivel bueno, seguidos de 30 (29.1%) que registraron tener conocimiento regular (ver tabla 6.4).

Tabla 6.4 Distribución de la población de tutores según el grado de conocimiento sobre salud bucal.

Nivel de conocimiento	n	%
Bueno	67	65.0
Regular	30	29.1
Malo	6	5.8
Total	103	100

Al analizar la presencia de caries se encontró que 63 niños (61.2%) presentaron caries. Al revisar el índice de caries, se constató que la mayor parte de niños, 55 (53.4%) tenían un índice muy bajo y 21(20.4%) un índice de caries alto (ver tabla 6.5)

Tabla 6.5 índice de caries de los niños estudiados

índice de caries	n	%
Muy bajo	55	53.4.0
Bajo	13	12.6
Moderado	14	13.6
Alto	21	20.4
Total	103	100

Al analizar la presencia de caries según el nivel de conocimientos sobre la salud bucal de los padres, se observó que los que tenían niveles de conocimientos calificados como regular y malo, tenían hijos con caries en proporciones significativamente mayor (76.7% y 83.3%, respectivamente) que aquellos que tenían un nivel de conocimientos catalogados como bueno (52.2%); valor $p=0.0383$ (ver tabla 6.6).

Tabla 6.6 Presencia de caries según el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres

Nivel de conocimientos sobre salud bucal	NO n (%)	SI n (%)	Total	Valor p
Bueno	32 (47.8)	35 (52.2)	67	
Regular	7 (23.3)	23 (76.7)	30	0.0383
Malo	1 (16.7)	5 (83.3)	6	

Por otro lado en la tabla 6.7 se puede observar que los niños, cuyos padres tenían un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal tenían una proporción significativamente más elevada de índice muy bajo de caries (64.2%), que aquellos padres que tenía un nivel de conocimiento regular (33.3%) y malo (33.3); $p= 0.0307$.

Tabla 6.7 Índice de caries según el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los padres

Nivel de conocimientos sobre salud bucal	Muy alto n (%)	Alto n (%)	Moderado n (%)	Bajo n (%)	Muy bajo n (%)	Total	Valor p
Bueno	3 (4.5)	5 (7.5)	9(13.4)	7 (10.4)	43 (64.2)	67	
Malo	0 (0.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	6	0.030.7
Regular	1 (3.3)	9 (30.0)	5 (16.7)	5 (16.7)	10(33.3)	30	

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

7. Discusión

La frecuencia de caries en el presente estudio (51%), es muy parecida a la registrada por otros estudios realizados en México; por ejemplo, el realizado en el hospital pediátrico de México cuya prevalencia de caries en niños menores de 6 años fue de 49.3%. Aunque existe otro estudio realizado en nuestro país que reporta cifras más elevadas (61% en niños de 3 a 5 años y del 70% en niños de dos a 5 años).³

La prevalencia de caries en México en niños en edad preescolar es elevado³, esta elevada prevalencia se puede explicar a diversos factores, y entre los más importantes se puede mencionar el escaso conocimiento sobre salud bucal de los padres y muchas veces de los cuidadores; tal y como se ha constado en la presente investigación, ya que los niños cuyos padres tenían un conocimiento catalogado como bueno el porcentaje de caries fue menor (52%) que aquellos que tenían padres con conocimiento de regular a malo en los que la frecuencia varió de 76% a 83%.

Este resultado es congruente con otro estudio realizado por investigadores de la universidad de Puebla, constató que la caries era más frecuente en niños cuyos padres tenían escasos conocimientos sobre salud bucal; Sin embargo en otro estudio la influencia de la escolaridad y la ocupación de los padres, en el estado de salud bucal los resultados no mostraron significación estadística. Por lo que la adecuada higiene bucal y la dieta no cariogénica incrementaron la posibilidad de tener un estado adecuado de salud bucal. Tanto la escolaridad como la ocupación de los padres no guardaron correlación con la salud bucal de sus hijos.³³

Los resultados ya mencionados pueden explicar, porque los padres con escasos conocimientos sobre salud bucal, al desconocer las consecuencias sobre la mala higiene bucal, no toman la responsabilidad del cuidado que el niño debe seguir en su salud bucal. Delegando la responsabilidad del cuidado de la salud bucal a los propios niños, quizá como medio de generar autonomía a corta edad.

La premisa anterior nos da a entender claramente que si los padres tienen buenos conocimientos en salud bucal, sus hijos presentan una más prevalencia de caries.

Una situación similar ocurrió con el índice de caries, observándose que cuando los niños ya presentaban caries este índice era muy bajo en los niños con padres que tenían un conocimiento bueno sobre salud bucal y alto en los niños con padres con conocimientos bajos.

Aunque existen otros factores asociados a la presencia de caries tales como: nutricionales, nivel socioeconómico bajo y aspectos culturales. Como lo mostró el estudio realizado por Skeie M.S, y col. Estudio de actitudes de los padres chinos hacia la salud bucal de sus hijos donde encontraron bajo conocimiento en la salud bucal, además que las creencias religiosas no apoyan a la preservación de la dentición temporal.³¹

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

8. Conclusiones

Teniendo en cuenta que los hábitos de higiene bucal se establecen durante los primeros años de vida y que son los padres los que principalmente son el modelo de aprendizaje y responsables de la salud del menor, el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres y la presencia de caries en sus hijos nos ayuda a percibir los puntos a reforzar en la educación bucal.

La frecuencia de caries en niños es elevada, desafortunadamente aún no se tiene la cultura de prevención. Generalmente se acude a solicitar atención dental cuando el niño presenta dolor o los padres observan alguna lesión bucal, es lamentable que se observe a temprana edad lesiones cariosas avanzadas o pérdida de los primeros molares, porque los padres creen que son órganos dentarios reemplazables por ser de la primera dentición por lo que no le dan la importancia necesaria a la higiene bucal. No obstante es de suma importancia prevenir en todos los ámbitos de la salud por que se evitan malestares innecesarios, costos al bolsillo familiar y costos a la unidad de salud.

Al relacionar en este estudio el nivel de conocimiento en salud bucal y grado de estudios de los padres así como la presencia de caries en sus hijos, se encontró asociación estadísticamente significativa ya que muestra que a medida que los padres tienen una educación mayor, presentaba un mejor nivel de conocimiento en salud bucal bueno y los hijos de estos presentaron un índice de caries muy bajo. Esta información nos lleva a la reflexión, de la necesidad de promover programas preventivos dirigidos a padres e hijos conjuntamente.

Afortunadamente el problema de salud bucal específicamente caries es altamente prevenible por lo que es de mucha utilidad para el sistema de salud ya que es bien sabido que lo preventivo disminuye costos al sistema de salud por lo que deberían abordarse proyectos de mejora lo que seguramente a un mediano largo plazo contribuiría a la disminución de presencia de caries en niños mexicanos.

REREFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

1. Palomar L. Dental caries in chillaren: a contagios diseñase. Rev. Chal Pediatra. 2006; 77(1):56-60.
2. Matos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. Rev. Estoma tol Herediana. 2004; 4(12):101-6
3. Sivepad – Sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales 2015.
4. Douglass JM, Douglass AB, Silo HJ. A practical guide to infant oral health. 2004; 70:2113-20.
5. Medina C., Herrera M., Rosado G., Minaya M., Vallejos A., Casanova J.: Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. (2004). Rev. Acta Odontológica Venezolana, 42(3), 165-170.
6. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res. May-Jun 2004; 38 (3): 182-91.
7. Ekstrand KR, Ricketts DN, Kidd EA. Occlusal caries: pathology, diagnosis and logical management. Dent Update. 2001 Oct; 28(8): 380-87
8. Ismail A, Sohn W and Tellez M. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2007 Jun; 35(3): 170-8.
9. Pitts NB. How the detection, assessment, diagnosis and monitoring of caries integrate with personalized caries management. Monogr Oral Sci. 2009; 21: 1-14.
10. Ekstrand KR, Martignon S. Visuell-taktile Detektion und Beurteilung. En: Meyer-Lüeckel H, Paris S, Ekstrand KR, editors. Karis: Wissenschaft und klinische praxis. Stuttgart: Thieme; 2012.
11. Pitts NB. Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice? Caries Res. 2004 May - Jun; 38(3): 294-304

12. Pitts NB, Richards D. Personalized Treatment Planning. En: Pitts NB, editor. Detection, assessment, diagnosis and monitoring of caries. Monogr Oral Sci. 2009;
13. Alonso-Noriega MJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Perinatología y Reproducción Humana 2009; 23 (2):90-7.
14. Koch G, Poulsen s. Odontopediatría Abordaje Clínico, 2da Ed. Barcelona: Editorial AMOLCA Actualidades médicas C.A., 2011
15. Guedes P. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. Caracas. Editorial ALMOCA actualidades Médicas C, A; 2003
16. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
17. 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 Estomatol v.44 n.1, La Habana, Ene./Mar. 2007.
18. Villalobos-Rodelo Juan José y col., Factores asociados a la práctica de cepillado dental entre escolares, Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 73, Núm. 4, Jul.-Ago. 2006, pp. 167-171.
19. Erickson Pamela R., Thomas Huw F., A survey of the American Academy of Pediatric Dentistry membership: Infant oral health care, Scientific article of the AAPD, Pediatric Dentistry-19:1, 1997.
20. Irigoyen M.; Zepeda A.; Sánchez Leonor. Prevalencia e Incidencia de Caries Dental y Hábitos de Higiene Bucal en un Grupo de escolares del Sur de la Ciudad de México. Investigación Revista ADM.53 (3):98-104, 2001.
21. Córdova José Ángel y col., Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud bucal. Secretaría de Salud de México, ISBN: 978-607-460-047-6, Primera edición, Agosto 2008

22. Navas P Rita, Rojas de Morales Thais, Zambrano Olga, Álvarez Carmen Julia, Santana Yrma, Viera Ninoska. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres.
23. Arrrup K, Berggren U, Broberg AG. Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children's dental care. Acta Odontol Scand 2001; 59 14-20.
24. Cuartas JC, Alvar AM, Maya AM, Cárdenas JM, Arias MI, Jaramillo A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista CES Odontología Vol. 15 - No. 1 2002
25. Okada M. Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, Miura K. Influence of parents oral health behaviour on oral health status of their school children; an exploratory study employing a causal modeling technique. International Journal of Paediatric Dentistry. 2002; (12): 101 – 8.
26. Rodríguez MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2002. Tesis – Bachiller: UNSM; 2002. 69
27. González-Martínez F, Sierra-Barrios CC, Morales-Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia Salud Pública Mex. 2011; 53:247-257.
28. Franco AM, Santa Maria A, Kursel E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología Vol. 17 - No. 1 2004.
29. Tascón J. E, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colombia Medica Vol. 36 N° 4 (Supl 3), 2005 (Octubre-Diciembre).
30. Cabellos D.A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre hábitos de higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro

Ann Sullivan del Perú. Tesis – Bachiller: (UNMSM); 2007 15. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 103–13.

31. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 103–13

32. Navas P Rita, Rojas de Morales Thais, Zambrano Olga, Álvarez Carmen Julia, Santana Yrma, Viera Ninoska. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres.

33. Quiñones Ybarría María Elena, Ferro Benítez Pedro Pablo, Martínez Canalejo Humberto, Rodríguez Valdéz Yanet, Seguí Ulloa Alexander. Relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Feb 03]; 45(3-4):

34. Díaz-Cárdenas Shyrley, González-Martínez Farith. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Salud pública* [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2016 Feb 03]; 12(5): 843-851.

35. Martínez Farith González, Barrios Carmen Cecilia Sierra, Salinas Luz Edilma Morales. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 011 Jun [citado 2016 Feb 03]; 53(3):247-257.

36. Quiñones Ybarría María Elena, Ferro Benítez Pedro Pablo, Martínez Canalejo Humberto, Rodríguez Valdéz Yanet, Seguí Ulloa Alexander. Relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Feb 12]; 45(3-4).

37. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on Dental caries: Consequences for Oral Health Care. *Caries Research*. 2004; 38:182-91.

38. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informe de Investigaciones de morbilidad 1979-1983. Mexico D.F. SSA; 1984.
39. Sánchez PL . Caries dental en el sur de México, D.F.. Práctica odontológica. 1987; 8:25-30.
40. Johnsen DC. Schultz DW, Schubot DB, Easley MW. Caries patterns in head start children in a fluoridated community. J Public Health Dent. 1984; 44:61-66.11.
41. Gonzáles-Pérez S. Ventura-Guares J. Campos Rodríguez R. Estudio sobre prevalencia de caries dental y caries rampante en población escolar. Bol Mes Infanta Mes. 1992; 49. 750-6.
42. Irigoyen- Camacho ME. Cambios en los índices de caries en escolares de una zona de Xochimilco. Sal Pub Mex. 1995; 430-5.
43. Tang C. Quinonez RB, Hallett k, Lee JY, Whitt JK. Examining the association between parenting stress and the development of early childhood Caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33. 454-60.
44. SEOEPYC. Sociedad Español de Odon-Estomatología Preventiva y comunitaria. EADPH 2000 Programa de prevención de promoción de la salud oral.
45. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Norma oficial mexicana nom-013-ssa2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales. 06/01/1995.
46. Crall JJ. Development and integration of oral health services for preschool age children. Pediatr Dent. 2005; 27:323-30.
47. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun; 25 (2):112-121

ANEXOS

CUESTIONARIO

Edad de su niño:

- a) 3 años
- b) 4 años
- c) 5 años

¿Quién responde este cuestionario?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Otro

Edad del informante: _____

Grado de estudio de quien responde este cuestionario

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnica y/o Superior
- e) Licenciatura

Conteste con una X la respuesta correcta.

CARIES DENTAL

1. ¿Qué es la caries?

- a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
- b) No es una enfermedad.
- c) Es una enfermedad causada por la falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- d) es una enfermedad causada por la falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2. ¿Los microorganismos que causan la caries puede transmitirse por?

- a) Compartir utensilios.
- b) Compartir cepillos dentales.
- c) Besos en la boca.
- d) Todas las anteriores.

3. ¿Qué es la placa dental?

- a) Es una placa dura que se forma en la superficie de los dientes.
- b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes.
- c) Es el sarro que se forma en los dientes.
- d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos.

4. ¿son importantes los dientes de leche?
- a) Si, porque guardan espacio para los dientes de leche.
 - b) No, porque no cumplen ninguna función.
 - c) No, porque al final se van a caer.
 - d) No, porque no son los diente permanentes
5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?
- a) 2 años
 - b) 4 años
 - c) 6 años
 - d) 8 años

PREVENCION

6. La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:
- a) A partir de los 2 años.
 - b) Cuando aparece el primer diente de leche.
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto.
 - d) Cuando existe dolor.
7. ¿Qué beneficios conoce del flúor?
- a) Fortalece los dientes y previene la caries.
 - b) Cura los dientes para prevenir las extracciones.
 - c) Tiene una acción blanqueadora en los dientes.

d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte.

8. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?

a) Si, para un examen clínico de rutina.

b) Solo si tiene dientes chuecos.

c) No.

d) Si mi hijo tiene molestias en la boca.

9. ¿Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes?

a) Si.

b) Depende, solo si pierde dientes de leche.

c) No.

d) Los dientes de leche no son importantes.

10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries?

a) El flúor.

b) Una correcta higiene bucal.

c) Evitar consumo excesivo de azúcares

d) Todas las anteriores.

DIETA

11. ¿Qué alimentos cree usted que son los mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y verduras.
- b) Gaseosas y frutas.
- C) Frutas y galletas
- d) Todas las anteriores.

12. ¿Qué se recomienda que lleve su niño en la lonchera?

- a) Quesos, frutas, huevos, pan, carne.
- b) Galletas, dulces, chocolates, refrescos.
- c) Frutas. Jugos, leche chocolatada.
- d) Todas las anteriores.

13. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a) El niño nunca debe consumir azúcares.
- b) El niño puede consumir azúcares en varios momentos durante del día.
- c) El niño puede consumir azúcares en horas determinadas y luego cepillarse los dientes.
- d) Todas las anteriores.

14. ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a) Hasta los 15 días de nacido.
- b) Hasta los 3 meses de edad.

- c) Hasta los 6 meses de edad.
- d) Hasta el primer años de nacido.

15. Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?

- a) Va a estar más fuerte al despertar.
- b) Estará más fuerte y sano.
- c) Estará expuesto a tener caries.
- d) No pasa nada.

HIGIENE BUCAL

16. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a) 1 vez.
- b) De 2 a 3 veces.
- c) De 5 a más veces.
- d) Los niños no deben cepillarse los dientes.

17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años.
- b) A partir de los 5 años.
- c) A partir de la adolescencia.
- d) En niños menores de 2 años.

18. ¿El cepillado se recomienda después de cada comida?

- a) No.
- b) Antes de dormir.
- c) Solo con usar enjuagatorio basta.
- d) Si.

19. ¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses.
- b) Cada 8 meses.
- c) Al año.
- d) Nunca.

20. En cuanto al cepillado dental.

- a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño.
- b) Los padres deben de supervisar el cepillado dental de sus hijos a esta edad?