



ALCANCE EN SALUD BUCAL DE UNA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA A PADRES DE INFANTES EN UNA
COMUNIDAD URBANO MARGINADA

Tesis presentada por:
MARIA FERNANDA HERNÁNDEZ BONFIL

En opción al grado de:
MAESTRA EN ODONTOLOGÍA INFANTIL

Directoras:
MEE. NELLY DEL CARMEN CASTRO LINARES
MES. PATRICIA GÓNZALEZ SOLANO

Mérida, Yucatán, Noviembre 2018



ALCANCE EN SALUD BUCAL DE UNA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA A PADRES DE INFANTES EN UNA
COMUNIDAD URBANO MARGINADA

Tesis presentada por:

MARIA FERNANDA HERNÁNDEZ BONFIL

En opción al grado de:

MAESTRA EN ODONTOLOGÍA INFANTIL

Directoras:

MEE. NELLY DEL CARMEN CASTRO LINARES

MES. PATRICIA GÓNZALEZ SOLANO

Mérida, Yucatán, Noviembre 2018



UADY
CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Mérida, Yucatán, 26 de noviembre de 2018

C. MARÍA FERNANDA HERNÁNDEZ BONFIL

Con base en el dictamen emitido por sus Directoras y revisoras, le informo que la Tesis titulada **"ALCANCE EN SALUD BUCAL DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES DE INFANTES EN UNA COMUNIDAD URBANO MARGINADA"**, presentada como cumplimiento a uno de los requisitos establecidos para optar al Título de la Maestría en Odontología Infantil, ha sido aprobada en su contenido científico, por lo tanto, se le otorga la autorización para que una vez concluidos los trámites administrativos necesarios, se le asigne la fecha y hora en la que deberá realizar su presentación y defensa.

M. C. O. José Rubén Herrera Atoche
Jefe de la Unidad de Posgrado e Investigación

M.E.E. Nelly del Carmen Castro Linares
Directora

M.E.S. Patricia González Solano
Directora

M.O.C.E. Celia del Carmen Godoy Montañez
Revisora

M.I.E. Alicia Leonor Pinzón Te
Revisora

Artículo 78 del reglamento interno
de la facultad de Odontología de la
Universidad Autónoma de Yucatán

Aunque una tesis hubiera servido para
el examen profesional y hubiera sido
aprobada por el sínodo, solo su autor
o autores son responsables de las
doctrinas en ella emitidas

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme salud, sabiduría, entendimiento y todo lo necesario para lograr esta meta.

A mis directoras de tesis: la M.E.S. Patricia González Solano por su paciencia, por sus valiosos aportes, por enseñarme un enfoque más humanitario de la odontología y por brindarme siempre apoyo incondicional. Y a la M.E.E Nelly del Carmen Castro Linares quien con su invaluable conocimiento enriqueció de calidad y gran disposición de siempre participar en este trabajo. Soy muy afortunada de haberlas tenido como directoras y tener lo mejor del área social y de la odontopediatría.

A los miembros del comité revisor, M.I.E. Alicia Leonor Pinzón Té y M.O.C.E Celia del Carmen Godoy Montañez quienes enriquecieron con sus comentarios a este proyecto.

A mis padres Dr. Gustavo Hernández Jiménez y Lic. María Inés Bonfil quienes depositaron confianza en mí desde hace 8 años de dejarme ir de casa para desarrollarme profesionalmente y hasta el día de hoy continúan apoyándome con todo el amor, soporte moral y económico, hoy todo lo que soy es gracias a ustedes, los amo con el alma.

A mi apreciado hermano, Gustavo Eduardo Hernández Bonfil por su cariño, tiempo, por provocar en mí una sonrisa en los momentos de más estrés y tensión, te amo.

A mis profesores que en el transcurso de mis estudios influyeron sobre mi formación académica, profesional y humana.

A mis compañeros de la maestría y del proyecto por la convivencia y las risas. Cada uno dejó huella en mí e importantes lecciones de vida.

A la comunidad de San José Tecoh, por permitirme ser una más de ellos, aprender tanto de ellos, pero sobre todo por estar dispuestos a ellos también aprender de mí.

ÍNDICE

RESUMEN

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	1
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	3
JUSTIFICACIÓN	29
HIPOTESIS	31
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
MATERIAL Y MÉTODOS	33
A) DISEÑO DEL ESTUDIO	33
B) VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
C) POBLACIÓN DE ESTUDIO	36
D) METODOLOGÍA	37
E) ANÁLISIS DE DATOS	53
F) CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	73
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS SEGÚN SEXO Y EDAD EN MESES.	55
TABLA 2. PUNTAJE POR SUBCATEGORÍAS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE MADRES PREVIO AL TALLER EDUCATIVO DE SALUD ORAL.....	66
TABLA 3. T DE STUDENT PUNTAJE INICIAL Y FINAL DEL CUESTIONARIO	66
TABLA 4. PUNTAJE POR SUBCATEGORÍAS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE MADRES POSTERIOR AL TALLER EDUCATIVO DE SALUD ORAL	67
TABLA 5. COMPARACIÓN DE PUNTAJES POR SUBCATEGORÍAS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DIRIGIDO A MADRES PREVIO Y POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	70
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SANOS, CON CARIES E ÍNDICE CEO-D POR EDADES.....	70
TABLA 7. T DE STUDENT PARA IHO-S INICIAL Y FINAL	72
TABLA 8. TABLA NO. 8 PORCENTAJE DE SUPERFICIES DENTALES CON PRESENCIA DE BIOFILM POR GRUPOS ETARIOS PREVIO Y POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	72

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DIVISIÓN DE LA BOCA EN SEXTANTES Y ZONAS	
EXAMINADAS	50
FIGURA 2. REFERENCIA A FRECUENCIA DE PALABRAS,	
OMITIENDO PREGUNTAS Y CONCEPTOS GLOBALES	58

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. RANGO DE EDAD DE LAS MADRES ASISTENTES AL TALLER DE SALUD BUCAL.....	56
GRÁFICA 2. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ASISTENTES AL TALLER DE SALUD BUCAL	56
GRÁFICA 3. NÚMERO DE HIJOS MENORES DE 3 AÑOS DE LAS MADRES ASISTENTES AL TALLER	57
GRÁFICA 4. PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE MADRES	65
GRÁFICA 5. COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA GENERAL DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE MADRES PREVIO Y POSTERIOR AL TALLER EDUCATIVO DE SALUD ORAL	67
GRÁFICA 6. COMPARATIVO DE LA SUBCATEGORÍA CARIES DENTAL PREVIO Y POSTERIOR AL TALLER DE PREVENCIÓN BUCAL	68
GRÁFICA 7. COMPARATIVO DE LA SUBCATEGORÍA PREVENCIÓN BUCAL PREVIO Y POSTERIOR AL TALLER DE PREVENCIÓN BUCAL	68
GRÁFICA 8. COMPARATIVO DE LA SUBCATEGORÍA DIETA PREVIO Y POSTERIOR AL TALLER DE PREVENCIÓN BUCAL.....	69
GRÁFICA 9. COMPARATIVO DE LA SUBCATEGORÍA HIGIENE BUCAL PREVIO Y POSTERIOR AL TALLER DE PREVENCIÓN BUCAL	69
GRÁFICA 10. SEVERIDAD DE CARIES DENTAL PREVIO Y POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	71

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	87
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LAS MADRES	88
ANEXO 3. GUIÓN DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES DE MADRES DE FAMILIA	92
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL ÍNDICE DE CPOD/CEOD	95
ANEXO 6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL ÍNDICE ICDAS	96
ANEXO 7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)	97

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades bucodentales afectan a gran parte de la población, en especial a pacientes pediátricos cuyos padres carecen de conocimientos sobre de la manera de prevenirlas. La Organización Mundial de la Salud reportó que un 60 a 90 % de niños en edad preescolar presentan caries. Este grupo etario se considera de gran vulnerabilidad ya que los infantes dependen de las personas que los rodean tales como padres de familia y profesores como formadores de buenos hábitos para el mantenimiento de la salud general y bucal. Tratándose de aquellos niños que reúnen las características de estrato socioeconómico bajo y rezago social, adquiere relevancia desarrollar una intervención educativa en base al conocimiento de los saberes, actitudes y prácticas de los cuidadores, teniendo en cuenta el entorno en el que se desarrollan. Sin embargo, en Yucatán, México los elementos antes descritos no han sido explorados a profundidad. **Objetivo:** Determinar la utilidad una intervención educativa dirigida a madres responsables de niños de 1 a 4 años, mediante la mejoría en los índices de IHOS, ICDAS y ceo-d y nivel de conocimientos en salud oral, que acudieron al programa de estimulación temprana en la Unidad Universitaria de Inserción Social San José Tecoh durante el periodo de agosto 2017 a junio 2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio mixto, observacional, cuasi experimental y longitudinal. Se incluyeron 46 niños y 42 madres de familia que acudían al programa de estimulación temprana de la Unidad Universitaria de San José Tecoh que cumplieron con los criterios de selección del estudio. Se realizó la determinación de condiciones de salud bucal de dichos grupos mediante los índices de caries ceod e índices de higiene bucal simplificado e ICDAS y la determinación de saberes actitudes y practicas por medio de un cuestionario y la técnica de grupos focales. Se diseñó y aplicó talleres educativos y se midieron nuevamente los índices de ceod, ICDAS e IHOS. **Resultados y conclusiones:** Se encontró un nivel de conocimiento de salud bucal de las madres regular el cual mejoró al terminar la intervención educativa. Las condiciones de salud bucal de los niños mejoraron posterior a la intervención educativa; en el índice IHOS se observa una diferencia significativa ($P=0.005$) entre el 1.86 observado inicialmente y el 0.85 final. La higiene oral paso de ser cuestionable y considerada como un factor de riesgo, a ser aceptable. De acuerdo a la severidad de las superficies cariadas se encontró que el código 1, 2 y 4 se mantuvieron; mientras que los códigos 3 y 5 redujeron observándose la aparición de 3 obturaciones de ionomero de vidrio ($T=-1.36$ y $P=0.184$). La utilización de una intervención educativa a corto plazo dirigida a madres permite lograr una disminución en algunos indicadores que evalúan condiciones de salud bucal.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucodentales afectan a gran parte de la población, en especial a pacientes pediátricos cuyos padres carecen de conocimientos sobre de la manera de prevenirlas. La higiene es la principal medida para mantener la salud bucal; ante su ausencia se presentan diversas repercusiones, situación que debe preocupar a la población por las consecuencias provocadas como dolor, malestar, limitaciones fonéticas, complicación de enfermedades sistémicas, etc.

La caries dental y la placa dentobacteriana (PDB) son ejemplo de estos padecimientos. La primera se define se define como una disbiosis ecológica biofilm-azúcar dependiente, inerradicable pero controlable. La segunda, como agregado de bacterias que constituye una comunidad bacteriana en áreas sin limpieza ¹.

La Organización Mundial de la Salud (2012) reportó que un 60 a 90 % de niños en edad preescolar presentan caries; la Encuesta de Salud Oral realizada por la Universidad Autónoma de México (2014) reveló que del 18.7 al 28.4 % de niños de 3 a 4 años tienen caries; en Yucatán, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (2014), informó que más del 90% de infantes que acuden a consulta presentan caries ^{2,3}. Muñoz et al (2004) realizaron un estudio en México, en el que la población preescolar tuvo alto índice de PDB con un 44.3%. Un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Nayarit (2015) reportó que 96.1% de la población estudiada no conoce qué es la PDB y el 57.6% de niños tiene caries como consecuencia de la acumulación de ésta⁴.

La salud bucal está condicionada por varios factores, que presentados en edades tempranas posibilitan la aparición de PDB y caries. Factores como dieta cariogénica, mala higiene oral, alteraciones salivales, defectos de estructura, factores sociales y enfermedades sistémicas son determinantes en la aparición de caries, siendo la presencia de biofilm la causa central. La PDB es considerada más cariogénica cuando las bacterias que la componen tienen alta adherencia a la placa, acidogenicidad, acidofilia, capacidad

de síntesis y utilización de polisacáridos intracelulares de reserva. De no ser tratada a tiempo, la caries puede producir pérdidas dentales prematuras, desnutrición a causa de una inadecuada masticación, dolor intenso, abscesos dentales, hospitalizaciones y ausentismo escolar. La PDB desencadena aparición de enfermedades como caries o bien, se filtra al tejido blando provocando inflamación gingival^{5,6}.

Los programas de salud bucodental en México están orientados a niños en edad escolar (6 a 12 años), sin embargo son justamente los niños menores de 6 años quienes son más vulnerables al acúmulo de PDB y desarrollo de caries dental, la falta de conocimiento sobre salud bucal de los padres es uno de los principales problemas que afectan al preescolar, ya que éste se encuentra en una edad donde debe ser dirigido y aprende todo lo que ve o le es enseñado, por esta razón la falta de conocimientos, nivel socioeconómico, tipo de dieta, ocupación y nivel de escolaridad de los padres son algunos de los factores asociados a mayor grado de PDB y caries⁷.

La Unidad Universitaria de Inserción Social (UUIS) de San José Tecoh, en la zona marginal del Municipio de Mérida, Yucatán, atiende a población altamente vulnerable que reúne características de estrato socioeconómico bajo y rezago social, además de ser una población cautiva con necesidades de atención y educación en salud dental. La UUIS cuenta con un grupo de pacientes que asisten al programa de “Estimulación Temprana” dirigido a niños menores de 4 años, el cual es evaluado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, sin embargo a la fecha no existe un programa que se relacione con la promoción de la salud bucal para este grupo; aunque se han llevado a cabo algunos esfuerzos para realizar campañas sobre el tema, éstas han sido aisladas e inconsistentes.

Por todo lo anterior, se consideró conveniente formular la siguiente pregunta de investigación:

En madres de pacientes de 1 a 4 años, que durante el periodo de agosto 2017 a junio 2018 acudieron al programa de estimulación temprana de la UUIS San José Tecoh, ¿es útil una intervención educativa para disminuir los índices de ICDAS, IHOS y ceo-d y mejorar los conocimientos en salud oral?

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La PDB es factor causal de enfermedades bucodentales, como caries dental y enfermedad periodontal; éstas son consideradas un problema de salud bucal en la población infantil mexicana, mismas que repercuten en la calidad de vida de quienes los padecen. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia e incidencia; esto surge por la falta de asistencia médica y también por malos hábitos de higiene y alimentación, que contribuyen al deterioro dental de millones de personas.

PLACA DENTOBACTERIANA Y CARIES DENTAL

1. PLACA DENTOBACTERIANA (PDB)

La cavidad oral es un sistema que brinda diversos hábitats donde pueden acrecentarse diferentes especies de microorganismos. La PDB es un componente de característica blanda que se adhiere sobre las superficies dentarias y es el resultado de la acumulación de microorganismos⁸.

En la cavidad bucal residen aproximadamente 1010 especies de bacterias, que se desarrollan en las mucosas y dientes, donde constituyen la biopelícula o biofilm⁹. La PDB forma una estructura conformada por microorganismos que por sí sola no causa daño. La biopelícula es la forma predilecta de crecimiento de las bacterias, especialmente aquellas de naturaleza patógena¹⁰.

2. CARIES DENTAL

La caries es definida como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental².

EPIDEMIOLOGÍA

1. PDB

Múltiples estudios reportan porcentajes elevados de acumulación de PDB en dentición decidua, los que revela el Consenso Internacional de Periodontología son del 54.4% en países como Nigeria, Polonia y Tanzania¹¹. Oh Tj et al., encontraron una presencia del 70% en niños Estadounidenses¹². En México, hay una amplia discrepancia en la prevalencia de PDB entre el 20.6% y 91.3%^{4,6,9}.

Figuroa et al., (2004) informan un índice alto de placa en la escuela privada del 78% y la pública de 86% en niños de 3 años en Mexicali Baja california¹³.

Rocha Navarro et al., realizaron un estudio en 2014 en el departamento de Odontopediatría de la Universidad de La Salle Bajío, en el que fueron revisados 545 niños entre 3-14 años, se encontró que el 64.2% tenía un alto índice de acumulación de PDB; se observó también una tendencia al incremento del grado de ésta conforme el niño tenía más edad¹⁴.

2. CARIES DENTAL

La caries es una condición que afecta tanto a pacientes que residen en el primer mundo como aquellos en países en vías de desarrollo, sin embargo la Organización Panamericana de la Salud, en su boletín de la Oficina Panamericana, enfatiza que esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en pacientes de escasos recursos económicos, y que las poblaciones de mayor riesgo incluye a la hispanoamericana residente en Estados Unidos y la nativa de Latinoamérica^{8,11-12}.

La tendencia mundial indica que la prevalencia de caries dental en los países desarrollados es de 1-12%, tanto en la dentición decidua como en permanente. La caries es la afección de la cavidad oral de mayor morbilidad en la población escolar de países desarrollados, donde se presenta entre el 60% y 90%¹⁴.

Por otro lado, la prevalencia de caries dental en países en vías de desarrollo, grupos étnicos minoritarios, inmigrantes y grupos sociales de riesgo es del 70%¹⁵.

De acuerdo a la clasificación internacional de la OMS, México se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana¹⁶.

En México no existe una encuesta nacional de caries dental en niños menores de 6 años, generalmente las estadísticas se realizan con niños de edad escolar entre 6 y 12 años. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) de la Secretaria de Salud, reportó en el año 2014 que más del 90% de los infantes que acuden a los servicios de salud odontológicos padece caries^{14,16}.

En cuanto al estado de Yucatán se dispone de estudios recientes, cuyos hallazgos relevantes señalan que en esta entidad federativa es donde se reporta la prevalencia de caries infantil más baja de México, con un 46%¹⁴⁻¹⁶.

ETIOLOGÍA

1. PDB

La PDB es la acumulación heterogénea que se adhiere a la superficie dental, situada en el espacio gingivodental, compuesto por una comunidad microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias. Es considerada una respuesta biológica de los microorganismos en el medio bucal¹⁷.

La placa dental se forma al cabo de 1 ó 2 días de no realizar la higiene bucal. Es de color blanco, grisáceo y amarillo de aspecto globular^{5,6,15-17}. Se forma con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a la cual se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso por lo que se habla de la formación de

la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias ¹⁷.

Entre los factores de riesgo relacionados con la aparición de PDB se encuentran:

a. Apiñamiento dentario moderado y severo

Producen dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal.

b. Aparatología ortodóncica y protésica

Provoca mayor acúmulo de PDB, superficies retentivas, disminución del PH y flujo salival, los cuales favorecen a la desmineralización.

c. Fármacos

Algunas sustancias bloqueadoras de los canales de calcio, inmunosupresores y anticonvulsivantes son causantes de agrandamiento gingival, ocasionando una higiene oral deficiente.

d. Anomalías u opacidades del esmalte

Favorecen la acumulación de placa dentobacteriana, con el aumento de desmineralización.

e. Radioterapia

Si el paciente ha sido irradiado en la cabeza o el cuello se puede producir atrofia de las glándulas salivales, limitando la autoclisis y favoreciendo el acúmulo de PDB.

f. Higiene oral deficiente

Permite el depósito inicial de la capa proteínica sobre la cual se adhieren las bacterias. Esto es de resaltarse, pues Taboada y Talavera encontraron en niños de 4-5 años una prevalencia del 39% de mala higiene bucal ¹⁸. Tello de Hernández et al., reportaron en un estudio realizado en 1997 en Yucatán, con una muestra aleatoria de escolares entre 6 a 14 años, que el 93.7% tenía una regular higiene bucal y el 3.1% mala higiene bucal¹⁹.

2. CARIES DENTAL

La caries posee una etiología heterogénea en la que participan rasgos del huésped (saliva y esmalte dental), de la microbiota bucal (PDB) y del sustrato sobre el que ésta se desarrolla (dieta rica en carbohidratos). Sin embargo, los razonamientos diagnósticos que preferiblemente vaticinan hasta ahora el riesgo de caries son: edad, prácticas inadecuadas de higiene oral, nivel socioeconómico bajo, historia de caries previa, índice de caries actual, niveles de factores microbiológicos, antecedentes familiares de caries y deficiente exposición al flúor^{15,20}.

Entre los factores de riesgo relacionados con la aparición de caries cabe destacar:

a. Infección bacteriana

Entre los microorganismos relacionados se encuentra el *Streptococcus mutans*, relacionado al inicio de la caries, y los *Lactobacilos*, asociados a la progresión de la lesión cariosa²⁰.

b. Antecedente de caries

Se tiene mayor probabilidad de progresión de la enfermedad, con incremento del riesgo para lesiones severas^{17,20}.

c. Disminución en la resistencia del esmalte

El ataque ácido favorece el proceso de desmineralización, facilitando el progreso de la caries¹⁸.

d. Capacidad de mineralización deficiente

El déficit en la capacidad de incorporación mineral de un diente recién erupcionado o el déficit de la capacidad de reincorporación mineral al esmalte mineralizado, son situaciones que favorecen el proceso de formación de caries²⁰.

e. Dieta cariogénica

Es uno de los principales factores, caracterizada por el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y diversas características físicas, como textura, solubilidad, retención, capacidad de estimulación del flujo salival, cambios químicos producidos en saliva, frecuencia y horario de consumo y tiempo de permanencia en la boca²⁰.

f. PDB

Componente de característica blanda que se adhiere sobre las superficies dentarias y es el resultado de la acumulación de microorganismos, que desencadena la aparición de caries¹⁷. El Instituto superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay” Camagüey Cuba, obtuvo como resultado de un estudio, que el 64% de niños estudiados estaban clasificados con mala higiene (>30%) de acuerdo al índice O’Leary, concluyendo que el acumulo excesivo de PDB es uno de los factores que más pueden influir en la aparición de caries dental²¹.

g. Alteraciones de la saliva

La baja capacidad del buffer de la saliva permite la disminución del pH, situación que incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales. La hiposalivación se asocia a disminución de las funciones protectoras de la saliva, promoviendo también la desmineralización, con incremento del número de microorganismos cariogénicos. La viscosidad de la saliva también influye, pues una saliva viscosa es menos efectiva para el despeje de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización²⁰.

h. Factores sociales

Entre los factores relacionados destacan las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna con gran influencia de factores socioculturales, incluidos la prolongación de la lactancia materna y el inicio tardío de la higiene bucodental^{2-5, 13-16}.

El elevado índice de caries en países en vías de desarrollo está asociado al consumo de azúcar, mala higiene dental, acceso limitado a los servicios de salud bucal y al poco acceso a la información sobre salud bucal¹³⁻¹⁶.

El bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicios de salud, costumbres dietéticas no saludables y familias numerosas, se asocian a mayor probabilidad de caries. Las madres con bajo nivel socioeconómico presentan dificultades para su propio autocuidado, lo cual se refleja en los cuidados dirigidos a sus hijos, esto evidencia el papel de las barreras económicas y de los patrones precarios de la salud bucal de las madres, en correspondencia a la salud bucal de los infantes²².

i. Bajo peso al nacer

La desnutrición asociada al bajo peso al nacer condiciona erosiones adamantinas, que se desarrollan en los órganos dentarios como una consecuencia de los reiterados episodios de acidez en el medio bucal²⁰.

j. Enfermedades sistémicas

Determinadas enfermedades reducen el flujo salival²⁰.

k. Radioterapia

Si el paciente ha sido irradiado en la cabeza o el cuello se puede producir atrofia de las glándulas salivales, con la aparición de hiposialia y caries²⁰.

l. Medicación

Existen dos grupos de medicamentos cuya ingesta durante periodos prolongados de tiempo implica un alto riesgo de caries: medicamentos que reducen el flujo salival (sedantes anticolinérgicos, neurolépticos, antihistamínicos derivados de L-dopa y antihipertensivos) y medicamentos con alto contenido en hidratos de carbonos (antitusígenos)²⁰.

m. Lactancia con biberón

Desarrolla lesiones cariosas por la presencia prolongada en boca del material o del contenido²⁰. Vargas y Roncio demostraron que, si durante el primer año de vida del paciente existen hábitos inadecuados, como amamantamiento nocturno o empleo de biberón, se tiene mayor propensión a la presencia caries²³.

n. Otros

Edad (3 grupos de mayor susceptibilidad: 2 a 8 años, 11 a 18 años y 55 a 65 años), sexo (predilección por el sexo femenino) y baja exposición al flúor²⁰⁻²³.

COMPLICACIONES

1. PDB

La PDB desencadena la aparición de enfermedades como caries, gingivitis, periodontitis e inclusive puede llevar a un daño irreversible de las estructuras dentarias. También es importante mencionar que la biopelícula tiene el potencial de calcificarse en cálculos dentales, lo cual dificulta su eliminación¹⁷.

2. CARIES DENTAL

Esta patología causa graves repercusiones en la salud general del paciente pediátrico, tales como: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje, dificultan el manejo ambulatorio y generan un elevado costo de tratamiento. Un paciente con caries en un órgano dentario primario probablemente será un adulto con caries múltiples y restauraciones en órganos dentarios permanentes ^{2,8}.

En niños que padecen caries se requiere de tratamientos rigurosos debido a que, si no se atiende el problema, éste puede tornarse más grave al contagiarse rápidamente a un primer molar permanente. Si la enfermedad está muy avanzada y los órganos dentales

muy dañados, éstos se extraen, ocasionando trastornos en la erupción de los dientes permanentes.

DIAGNÓSTICO E INDICADORES

La OMS, considera el diagnóstico de caries como potencial equívoco, ya que puede ser confundida con otras patologías presentes en el esmalte³. El existir una incompatibilidad de criterios entre los investigadores y clínicos de la odontología, ha forzado a crear métodos de detección de caries dental como lo son ceo-d y el sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS), los cuales buscan la estandarización de criterios, minimizando la posibilidad de diagnósticos imprecisos que promuevan tratamientos incorrectos.

El diagnóstico de la PDB se realiza mediante historia clínica evaluación clínica (análisis observacional del tejido gingival), control de placa bacteriana, sondaje periodontal y análisis radiográfico (radiografías coronales o periapicales)¹⁷.

Un método diagnóstico debe reunir las siguientes características ideales para ser lo más exacto y eficiente: ser de fácil acceso, poseer características clínicas objetivas y definidas, registrarse en un periodo de tiempo corto, no debe ser molesto para el examinado y proporcionar información específica de la enfermedad ¹⁷

1. ÍNDICE ceo-d:

Expresa la sumatoria de dientes temporarios cariados con indicación de extracción y obturados; no se consideran los dientes ausentes. Fue propuesto por Gruebbel en 1944 y cuenta con las siguientes características²⁴:

- Es utilizado en dentición temporaria, escribiéndoselo en letras minúsculas.
- No se consideran los dientes faltantes porque la mayoría se exfolian en forma natural.

Emplea los siguientes criterios:

a. Se consideró cariado (c)

- Presencia de una lesión clínicamente visible.
- Si la opacidad del esmalte indica presencia de caries subyacente.
- El diente está obturado y presenta recidiva de caries.

b. Se consideró obturado (o)

- Si presentó una o más obturaciones con cualquier material de obturación definitiva, sin recidiva de caries, fracturas ni defectos en la adaptación periférica.

c. Se consideró perdido (e)

- Se consideró como indicación de extracción la presencia de una patología irreversible.

El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, extraídas y obturadas.

2. ICDAS

Nuevo sistema, denominado Sistema Internacional para la Identificación y Valoración de Caries, fue elaborado por varios expertos de diversas partes del mundo, con el objetivo de diagnosticar y valorar cada etapa de caries dental²⁵.

Duggat et al en 2014 mencionó que es un método nuevo que ayuda a detectar lesiones de caries y observar su progresión, y se ha determinado que es más preciso que otros métodos convencionales²⁶.

Iruretagoyena en el 2014, describió que la nomenclatura se anota de acuerdo a cada superficie dental y posee 2 dígitos²⁷. El primero pertenece a los códigos de restauración y sellantes que van del 0 al 8, el segundo corresponden a los códigos de severidad de caries que van del 0 al 6. Si el diente no se encuentra en la cavidad oral, se pone el código 99

(26).

a. Códigos para restauración, sellante y diente ausente

Código 0: Diente sin presencia de restauraciones o sellantes.

Código 1: Presencia de un sellante parcial.

Código 2: Presencia de un sellante total.

Código 3: Presencia de restauración color del diente.

Código 4: Restauración realizada con amalgama.

Código 5: Presencia de una corona de acero inoxidable.

Código 6: Presencia de una corona o carilla de metal-cerámica, cerámica u oro.

Código 7: Restauración ausente o fracturada.

Código 8: Restauración temporal (ionómero de vidrio o IRM).

Código 99: Diente no erupcionado.

b. Código de severidad de caries

Código 0: Sano.

Código 1: Mancha blanca/marrón en esmalte no se observa con esmalte húmedo.

Código 2: Mancha blanca/marrón en esmalte húmedo incluso después de secar.

Código 3: Pérdida de continuidad en el esmalte, sin dentina visible, de coloración marrón, sin consistencia. Posterior al secado se observa un desgaste o ruptura de la superficie dental, más extensa que la fosa y fisura.

Código 4: Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad, sin exponer dentina.

Código 5: Exposición de dentina en cavidad >0.5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco, coloración marrón o negruzca y esmalte sin brillo y sin color rodeando a la lesión.

Código 6: Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental e incluso puede haber exposición pulpar.

3. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

El Índice de higiene Oral Simplificado (IHOS) descrito por Greene y Vermillon es de los más utilizados²⁸. Evalúa el estado de higiene oral, tomando en cuenta los siguientes criterios:

a. Grados de placa dentobacteriana.

- 0: Libre de placa.
- 1: Abarca hasta 1/3 de la superficie.
- 2: Abarca hasta 2/3 de la superficie.
- 3: Abarca más de 2/3 de la superficie.

b. Grado de cálculo dental.

- 0: No existen cálculos.
- 1: Cálculos supragingivales que alcanzan hasta 1/3 de la superficie examinada.
- 2: Cálculos supragingivales que cubren más de 1/3 de la superficie examinada, pero no más de 2/3.
- 3: Cálculos supragingivales que cubren más de 2/3 de la superficie examinada o cálculos subgingivales en una extensa y continua banda.

El procedimiento debe ser realizado de la siguiente manera:

a. Dientes a examinar

Se divide la boca en sextantes y se revisan dientes específicos, para la revisión se requiere que se encuentren completamente erupcionados, en caso de no estarlo, no se contabilizarán.

b. Secuencia

Para valorar la PDB y cálculo (en caso de estar presente), las superficies dentales deben revisarse de borde incisal a cervical y con la siguiente secuencia: 55, 51, 65, 75, 71 y 85.

c. Exclusión

Segmento posteriores si no se encuentra ningún molar. Segmento anteriores si no se encuentra ningún central.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

1. PDB

El biofilm dental es el causante central de la aparición de la caries dental, pero a través de una correcta higiene oral, que incluya un cepillado dental frecuente, puede ser eliminado evitando la aparición de enfermedades orales¹⁷.

El control y la eliminación de la PDB son importantes, pues ayudan al descenso del número de microorganismos y por ende evitan la aparición o el progreso de patologías dentales.

La PDB constituye el agente causal de la enfermedad periodontal y de la caries dental; no obstante el control y eliminación son relativamente sencillos a través de métodos eficaces y conocidos^{17,18}:

a. Cepillado dental

Es el primer paso en la higiene bucal para la eliminación de la placa y restos alimentarios de la superficie dental, siendo el mejor método de eliminación mecánica. El inicio precoz del control y prevención de la placa bacteriana mediante el cepillado ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida²⁹.

b. Control químico

Los agentes químicos, como el dentífrico o los colutorios, se caracterizan por ser efectivos, debido a su capacidad de reducir o retardar la formación de placa. Esto podría deberse a que evita la adherencia de PDB con agentes anti adhesivos y detienen o retrasan

la proliferación bacteriana con antimicrobianos. También, los reveladores de la placa bacteriana son eficaces, sobre todo en la detección oportuna; entre ellos se emplean: eritrosina, fucsina básica y fluorescencia²⁹.

2. CARIES

Varios factores han sido asociados a bajo índice de caries, entre ellos el uso de dentífricos fluorados, higiene dental, baja ingesta de alimentos cariogénicos, entre otros factores^{3-9,15}.

a. Flúor

Aumenta la resistencia del esmalte e inhibe el proceso de caries por disminución de la producción de ácido de los microorganismos fermentadores, reduce la desmineralización, incrementa la remineralización y estabiliza el pH²⁵.

b. Sellantes

Actúan protegiendo las irregularidades presentes donde las cerdas del cepillo no logran penetrar²⁵.

c. Evitar la ingesta de alimentos cariogénicos

Producen ácidos en la cavidad oral y a la vez desmineralizan el esmalte. La frecuencia de ingesta de alimentos cariogénicos, sobre todo entre comidas, favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral, incrementando la desmineralización. Los alimentos que se consideran más cariogénicos son las golosinas y dulces (se adhieren con mayor facilidad a la superficie dental), alimentos con almidón, refrescos y zumos de frutas artificiales²⁵.

d. Higiene bucal

Debe comenzarse desde los 4 meses de edad. El cepillado dental a esta edad siempre es bajo la responsabilidad de los padres o algún tutor encargado, a pesar de que se puede dejar que el niño lo intente, es recomendable que hasta los 8 años tenga el refuerzo de cepillo de un adulto, debido a que hasta esta edad desarrolla su habilidad

motora fina¹⁰. El cepillado se debe realizar 3 veces al día, mínimo dos, haciendo énfasis en el cepillado nocturno, pues es cuando se produce menos saliva y hay mayor exposición a la desmineralización provocada por los ácidos, generada por el azúcar²⁵.

TRATAMIENTO

1. PDB

La eliminación de la PDB deberá ser por medio del control mecánico o químico anteriormente descrito y en caso de no ser efectiva, podrá ser apoyada por el clínico a través de una profilaxis dental¹⁷.

2. CARIES

Lo primero en el tratamiento de caries es eliminar el agente causal, para lo cual se requiere de la colaboración del niño y sobre todo de los padres²¹. Una vez elaborado el plan de tratamiento, la elección puede consistir en realizar pulpotomía (se trata de extraer una parte del nervio llamado cámara pulpar del órgano dental) o pulpectomía (se extrae totalmente el nervio del órgano dental, la cámara pulpar y el nervio de los conductos radiculares), y posteriormente se colocan coronas de acero-cromo, las cuales protegerán al diente hasta su exfoliación. Si la enfermedad está muy avanzada y los órganos dentales muy dañados, éstos se extraen, ocasionando trastornos en la erupción de los dientes permanentes.

Es importante tomar en cuenta que el realizar tratamientos como los antes mencionados no es suficiente, es necesario otorgar a los padres la información suficiente para modificar los hábitos alimentarios e intensificar los cuidados higiénicos, así como fomentar el auto cuidado en los niños de este grupo de edad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la Salud es definida por la Organización Panamericana de la Salud y la OMS como un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento, que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva²⁶

Esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan. Por lo tanto, la misión de Educación para la Salud es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables, incorporando conductas favorables²⁶.

La promoción de la salud bucal desde edades tempranas tiene como objetivo incentivar a los niños al cuidado de los dientes con una buena higiene bucal en donde se reducirá el riesgo de futuras enfermedades y permitirá desarrollar una higiene oral positiva.

La metodología educativa debe estar relacionada con las características particulares de los receptores. Sin embargo, en todos los casos se deben realizar actividades orientadas a construir y reconstruir conocimientos, a que participen y valoren opiniones y actitudes, a interactuar entre sí, a compartir experiencias, a mostrarles cómo deben actuar y aplicar lo aprendido²⁷.

El estilo de vida de las personas afectan sustancialmente los resultados en salud, por lo que las modificaciones en la conducta se deben alcanzar utilizando la influencia social mediante: la educación, la persuasión, la motivación y la facilitación²⁷.

Bordoni et al., en el 2010 concluyen que la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a las familias, como método para la prevención de la caries dental, ha

sido claramente demostrada, tanto en la praxis clínica como en programas comunitarios (20). Esto es debido a que las madres son el principal transmisor de los hábitos de salud y las creadoras de patrones de comportamiento para sus niños ²⁸.

Cisneros y Hernández en el 2011, mencionan que las afecciones bucales más frecuentes en edades tempranas son la caries dental y enfermedades periodontales, las cuales están relacionadas con malos hábitos higiénico-dietéticos y las maloclusiones, vinculadas a hábitos deformantes o patrones morfogenéticos heredados, sin embargo, las mismas pueden ser modificadas y son objetivo fundamental de todas las acciones de educación para la salud²⁹.

La Secretaría de Salud informa que hace falta implementar más esfuerzos para promover programas preventivos, así como para prestar servicio odontológico a la población, pues aún existen comunidades que se encuentran limitadas y no tienen acceso a éste. Si a esto se le suma la diversidad cultural de cada una de las comunidades, el panorama en materia de salud bucal es menos alentador ²⁶.

1. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que guían al logro del desarrollo integral del educando; tiene carácter teleológico: existen un sujeto agente (educando-educador), posee un lenguaje propositivo, se actúa en orden de lograr una meta y los acontecimientos se vinculan intencionalmente²⁷.

Es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado²⁷.

Se ha demostrado que las intervenciones educativas relacionadas con la salud bucal pueden minimizar la presencia de factores de riesgos relacionados con diferentes patologías bucales. Acerca de este tema, se han revisado trabajos como el de Parra y

Pacheco en la escuela "Pedro Díaz Coello", que demuestra que el hábito de cepillado y la buena higiene dental tienen una parte destacada en la salud bucal y general de los pacientes en edad escolar; además si se crean conocimientos correctos acerca de esta temática en padres, educadores y sanitarios, aquéllos pueden influir en el paciente y en su entorno para la adquisición de buenos hábitos higiénicos y dietéticos ^{27,28}.

2. INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS

Existen una variada cantidad de instrumentos para la medición de conocimientos, entre los cuales el propuesto por Ana Cupe Araujo, titulado “Nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de niños preescolares”, es uno de los más utilizados en latinoamérica, por su similitud cultural. Su objetivo es determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares²⁹. La técnica de recolección de datos es la encuesta, mediante un cuestionario estructurado.

El cuestionario “Nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de niños preescolares” cuenta con una validez obtenida mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia, con el análisis factorial se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos, mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo con resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64 ²⁹.

Brinda una calificación de 0 a 20 puntos, mismos que se agrupan en 4 categorías: deficiente (0 a 10), regular (11 a 14), bueno (15 a 17) y muy bueno (18 a 20).

POBLACIÓN EN RIESGO

En el presente trabajo se estudió a la comunidad de San José Tecoh, ya que reúne pobladores de estrato socioeconómico bajo y de rezago social, con la consecuente problemática de salud que pone de manifiesto la necesidad de programas específicos de prevención y protección de salud. Las características de esta población fueron tomadas a partir de un micro diagnóstico situacional realizada por la UUIS en el año 2015, la población es mayormente adulto joven, el grupo familiar es de familia nuclear en su mayoría, en las cuales los hijos representan un porcentaje importante de la función familiar.

Las mujeres se dedican principalmente a las actividades del hogar, algunas mujeres poseen empleo o profesión (28%) y otras participan de algún tipo de comercio informal o negociante. Los hombres son en su mayoría quienes se encargan de trabajar y proveer a la familia. Esto sugiere que la mujer es quien pasa la mayor parte del tiempo con los hijos, encargándose de los cuidados y atenciones que ellos requiere. El analfabetismo se concentra mayormente en las mujeres, la población presenta diversos niveles de escolaridad catalogados desde la primaria incompleta hasta la formación técnica (18).

La falta de acceso a los servicios públicos afecta a una parte de la población especialmente en lo que respecta al acceso de agua potable, alumbrado eléctrico, eliminación de aguas negras y pavimentación (18).

El 70% de la población cuenta con algún tipo de servicio de salud proporcionado por instituciones tales como: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), UADY, Petróleos Mexicanos (PEMEX), sin embargo al menos un 40% de esa población asiste al UUIS en búsqueda de atención primaria para la salud, lo que la posiciona en una fuente importante para la promoción de la salud³⁰.

1. PROGRAMA “CONTROL DEL NIÑO SANO”

Este programa tiene como fundamento garantizar el crecimiento y desarrollo eficaz de los niños durante los primeros cinco años de vida, ya que considera este período como la pauta determinante de la calidad de vida del adulto.

El programa cuenta con una población infantil de alrededor de 100 niños menores de 5 años, donde se llevan a cabo el control de crecimiento y desarrollo de los niños, desparasitación y suministro de inmunizaciones. Además, como un programa paralelo, las madres que se encuentran interesadas asisten con sus niños al programa de “Estimulación temprana”, en el cual se promueve el desarrollo biopsicocial del niño, estimulando la relación del binomio madre-hijo o cuidador-niño, que les permite lograr habilidades para el cuidado del niño. El programa es evaluado por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, sin embargo a la fecha no existe un programa que se relacione con la promoción de la salud bucal para este grupo, aunque se han llevado a cabo algunos esfuerzos para realizar campañas de salud bucal, éstas han sido aisladas e inconsistentes.

1. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL DE LOS HIJOS

Benavente et al., durante el 2012 en Lima, presentaron un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por 143 madres con sus hijos menores de cinco años. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal de los pacientes, quienes fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d) y Placa bacteriana (Greene y Vermillion, IHO-S). 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 ($p = 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6%, éstos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional³⁰.

En 2017, Vásquez et al., en Perú, investigaron el nivel de conocimiento en salud oral de Padres de Familia de 5 instituciones designadas. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal. La muestra constó de 252 padres de familia a quienes se les aplicó una encuesta, constituida por 20 preguntas agrupadas en 3 dimensiones, las cuales fueron: nivel cognitivo, dieta e higiene bucal. Los resultados obtenidos demostraron que la mayor frecuencia de conocimientos es de nivel regular, obtenido por el 64.2% de la muestra, de los cuales el 49.2% correspondió al género femenino. Se encontró relación entre la edad y el nivel de conocimientos, pues a mayor edad mejor nivel conocimiento, no siendo relevante el nivel de instrucción entre padres y madres. La investigación fue de predominio femenino demostrando el mayor interés en las madres de familia por la salud de sus hijos³¹.

En 2017, Saavedra efectuó un estudio en Perú con el propósito de relacionar la prevalencia de Caries de Infancia Temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres, para el cual se trabajó con 180 niños y madres de los niños evaluados; se aplicó el cuestionario titulado “Nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de niños preescolares” de la autora Ana Cupé, obteniendo que en relación al nivel de conocimiento de las madre, el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento; apreciándose una tendencia en el incremento del porcentaje de madres con nivel de conocimiento regular según se incrementa el nivel educativo. De los 180 niños el 38.3% presentaron al menos una pieza dental con caries y el 61.7% no presenta caries³².

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

En Chile, se llevó a cabo en el año 2014 un programa de salud bucal específico para poblaciones indígenas. Este estudio concluyó que un programa educativo eficiente debería enfatizar los conocimientos y creencias en salud oral, pero considerando la

elaboración participativa de materiales y estrategias educativas que incorporen un enfoque intercultural³³.

Iwennhall L y cols., realizaron en el 2015 un estudio para evaluar el efecto preventivo contra la caries a través de un programa para niños en edad preescolar que viven en un bajo nivel socioeconómico, de la zona multicultural en la ciudad de Malmö, Suecia. Los resultados indicaron que en el grupo de intervención, el 96% asistió a cuatro o más de sus citas programadas, lo que posteriormente se vinculó a una menor prevalencia de caries en comparación al grupo de referencia ³⁴.

En el estado de Yucatán en el 2016 también se realizaron algunos estudios en comunidades rurales, los cuales se han centrado principalmente en el cono sur por considerarse la zona donde se encuentran los municipios de mayor pobreza y dificultad de acceso a servicios médicos, aunado a que el 99 % de sus habitantes son maya hablantes, lo cual representa una barrera desde el punto de vista intercultural para la difusión de información y comunicación con sus habitantes ³⁵. Dichos estudios realizan diagnóstico referente a condiciones de salud bucal mas no plantean programas preventivos para los pobladores ³⁰⁻³⁵. Aún queda por saber si la salud bucal está relacionada con las creencias, conocimientos, usos y costumbres de esta población, ya que el campo de la salud, se ha centrado tradicionalmente en aspectos meramente biológicos bajo el paradigma cuantitativa y poco se ha acercado a la comprensión de aspectos de salud ligados al contexto sociocultural y mucho menos bajo un enfoque de interculturalidad.

Estudios recientes han demostrado que educar a los padres en métodos preventivos contra caries, reducen la prevalencia de la misma y de enfermedad periodontal en los niños^{13-16,22}.

En el 2016 se publicó un estudio en Colombia en donde se capacitaron docentes líderes de 15 instituciones preescolares y se evaluaron 802 escolares entre los 3 y 6 años. Se realizaron cuestionarios estructurados sobre conocimientos de higiene oral a los docentes en tiempos similares. Como resultado se obtuvo un aumento en el nivel de

conocimientos del 36.6% después de la capacitación a los docentes. Hubo un aumento de las superficies sanas, una reducción del 62.5% en la mancha blanca, la placa blanda disminuyó en un 36.4%, presentándose además una reducción del 33.7% en las caries activas en esmalte. Por lo que se concluyó que el empoderamiento de los docentes en programas de promoción de la salud bucal favorece el mejoramiento del estado de salud bucal en los niños ³⁶.

Se ha demostrado entonces que los programas que se implementan en una población pueden ser eficaces, siempre y cuando impacten en el cambio de los hábitos higiénicos orales dentro de una población; el contexto donde se realicen las intervenciones marca siempre la diferencia, ya que existe diversidad de características socioculturales que puede ser causante del éxito o fracaso de un programa. En este sentido, todavía falta por reportar innumerables experiencias que sirvan como base a futuros estudios ^{35,36}.

3. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD BUCAL

Es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza-aprendizaje diseñada para propiciar acciones voluntarias que conduzcan a la mejoría de la salud bucal. Lleva a la persona a cuidar y valorar sus estructuras bucales mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando situaciones y comportamientos de riesgo ³⁵⁻³⁷.

Por lo que la promoción de la salud y prevención odontológica implican abordajes metodológicos interdisciplinarios, con estrategias que capaciten a las personas, para que estas capaciten a las personas, para que estas se conviertan en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción de la salud, de igual manera que incluya diversas acciones de promoción sanitaria, detección de riesgos, monitorización de grupos susceptibles según género, edad y condiciones socioeconómicas, así como la disponibilidad y uso de los recursos sanitarios, todo ello encaminado a disminuir el riesgo de caries y otras entidades bucodentales ³³⁻³⁷.

Los temas a enseñar deben estar en función de un diagnóstico previo de la población a la que se va a dirigir. Esto servirá para conocer las necesidades de salud bucal específicas de ese grupo humano. Estos temas pueden ser diversos, pero algunos autores enmarcan en la prevención de cuatro problemas fundamentales: caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y traumatismo dento-faciales ^{22-25,31-33}.

La educación en salud bucal es una función social que contribuye a la conservación del grupo humano haciendo que la persona cuide y valore su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de comportamientos saludables²⁹.

Los receptores del mensaje de salud son personas activas, con capacidad de intervención en el proceso de aprendizaje, pero a su vez, con características propias en su población lo cual enriquece las metodologías de enseñanza ya que éstas se tienen que adaptar a las realidades y contextos diferentes³⁶.

El éxito de una sesión de intervención educativa en salud depende de: la identificación del educador con la población y la habilidad de éste para combinar una variedad métodos y la motivación d las personas como respuesta a esto ³³⁻³⁵.

La intervención educativa en salud bucal en países de vías desarrollo como México, es fundamental, debido a la alta incidencia de enfermedades en la cavidad bucal entre las que resalta la caries y la enfermedad periodontal. Su objetivo debe ser disminuir los factores de riesgo de tipo conductual ³⁶.

EXPERIENCIAS EN SALUD BUCAL

ICDAS, ceo-d e IHOS

Diversos autores señalan la importancia de la prevención para la reducción de los indicadores epidemiológicos de la población así como la reducción de los costos y necesidades de atención odontológica ^{19, 20, 21}. En el 2016 la universidad de Gotemburgo, en Suecia, creó un seminario titulado “Information for Motivation”, en el cual se destacó que los pacientes que obtuvieron información visual clara y precisa, ya haya sido personal

o mediante el uso de folletos ilustrativos, obtuvo una adecuada motivación y mejoría en la higiene bucal³⁷.

En 2014 Aguilar et al., en Yucatán, México, determinaron la prevalencia de caries en pacientes menores de 48 meses, así como la relación existente entre los factores de riesgo. Los resultados mostraron que la prevalencia de caries fue de 35%, el ceo-d promedio fue de 1.0 (\pm 1.86). La lesión de mancha blanca estuvo presente en 73% (código I de ICDAS) de los casos de caries. No se encontró asociación significativa entre la prevalencia de las caries y la frecuencia o calidad de la higiene oral, cariogenicidad de la dieta o el uso de fluoruros como método preventivo de caries³⁸.

En 2015 Clemente C, en Lima, Perú, determinó la prevalencia de caries de infancia temprana mediante el uso de método de ICDAS II y su relación con factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses, que asisten al programa CRED del servicio de pediatría en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Se mostró que la prevalencia de caries de infancia temprana fue de 46,2%, el 8,3% tenían edades entre 6 a 12 meses, el 43,3% entre 13 a 24 meses y el 48,3% entre 25 y 36 meses. Se determinó que existe un 55,4% de madres que no recibieron información sobre salud oral, el 56,9% realiza higiene bucal a sus hijos, el 53,4% utiliza endulzantes adicionales en la dieta de los infantes (en su mayoría adiciona azúcar), el 42,3% utiliza la lactancia materna para hacer dormir a sus hijos, sin posterior limpieza bucal, el 64,6% presenta transmisibilidad vertical³⁹.

Un estudio en Perú, en el 2017, demostró que la severidad y prevalencia de la caries por medio del sistema de ICDAS, que la caries se incrementa con el número de personas por hogar, así como el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar. Esta información recalca la fuerte influencia de la familia, en particular de los padres/madres en el estado de salud bucal del infante⁴⁰.

Molouk y cols., realizaron un estudio en el 2017 para evaluar a grupos de padres e hijos y concluyeron que la salud oral de los padres tiene una asociación directa con la prevalencia de caries en sus hijos. También se encontró que otras características como la

educación afectan considerablemente los índices de caries (ceo-d), obteniendo un promedio grupal de 4.5; de higiene (IHOS) se reporta que el 85% obtuvo un resultado de higiene deficiente, por lo que se considerada una población de alto riesgo ⁴¹.

Henoztroza en el 2015 determinó la prevalencia de caries y el riesgo cariogénico de la dieta y su relación con el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas, en una muestra de 125 madres con sus respectivos hijos de 3 a 5 años de edad del Hospital Distrital de Laredo. Al determinar la prevalencia de caries, se encontró que el 92% de los preescolares tenían caries dental, evidenciándose que del total de examinados el 37.6% presentó un índice de ceo-d Alto, 33.6% Moderado, 28.8% Bajo y el promedio fue 4.28. Al analizar el Riesgo Cariogénico de la dieta de los preescolares, se halló que el 55.2% tenía un Moderado Riesgo, el 38.4% Alto Riesgo y 6.4% Bajo Riesgo; el índice ceo-d promedio fue 4.28 ⁴².

JUSTIFICACIÓN

Los programas de salud bucodental en México están orientados principalmente a la aplicación del esquema básico de salud bucal en niños de edad escolar (4 a 15 años), dejando vulnerables a los infantes que se encuentran en un rango menor, con evidencia de mayor susceptibilidad a la enfermedad de la caries dental.

Aunque la cultura de cuidado bucodental de la población ha mejorado de forma importante en las últimas décadas, la prevalencia de los principales problemas que afectan a la cavidad bucal, como la caries y PDB, continúan siendo muy elevadas, demostrando que a pesar de los múltiples programas de salud oral, la población continúa con deficiencias, por lo cual se considera necesario aplicar programas individualizados, donde se tomen en cuenta las determinantes educativas de los padres, considerados como los principales reguladores de las conductas familiares. Con relación a las necesidades educativas para el cuidado y atención bucal, resulta indispensable la opinión de los padres sobre la orientación que requieren para mejorar estos comportamientos, puntos que son importantes a considerar cuando se desarrollan intervenciones educativas.

La comunidad de San José Tecoh, resulta beneficiada con este trabajo, ya que las personas que habitan esa zona reúnen las características de estrato socioeconómico bajo y rezago social, con la consecuente problemática de salud que pone de manifiesto la necesidad de programas específicos de prevención y protección a la salud.

El programa “control de niño sano” que actualmente se desarrolla en la UUIS, brinda atención a los niños menores de 4 años, llevando un control del crecimiento, desarrollo y estado de nutrición; y aunque se han llevado campañas de salud bucal, a la fecha no existe un programa con la participación de los padres enfocada a la promoción de salud bucal.

Son estas razones las que se consideraron pertinentes para llevar a cabo una intervención educativa en salud bucal, acordes a las necesidades específicas de los padres cuyos hijos acuden al programa anteriormente mencionado, para promover la prevención como el medio más efectivo y económico de mantener la salud bucal.

La factibilidad del presente estudio se debió a que se contó con el financiamiento del interesado, con estudios previos y diagnósticos epidemiológicos y áreas para la examinación e impartición de los talleres, facilitados por las autoridades de la UUIS.

HIPÓTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

Una intervención educativa, dirigida a madres responsables de niños de 1 a 4 años, es útil para mejorar los índices de IHOS, ceo-d e ICDAS y nivel de conocimientos de salud bucal de madres.

HIPOTESIS NULA

Una intervención educativa, dirigida a madres responsables de niños de 1 a 4 años, no es útil para mejorar los índices de IHOS, ceo-d e ICDAS y nivel de conocimientos de salud bucal de madres.

De acuerdo con la Real Academia Española el termino útil es un adjetivo: Que trae o produce provecho, fruto o interes; que puede servir y aprovechar en alguna línea ⁴³.

Por lo que para el presente estudio se considera útil si puede servir o es provechosa una intervención educativa dirigida a madres responsables de niños de 1 a 4 años para mejorar los índices de IHOS, ceo-d e ICDAS y nivel de conocimientos en salud bucal de madres.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la utilidad una intervención educativa dirigida a madres responsables de niños de 1 a 4 años, mediante la mejoría en los índices de IHOS, ICDAS y ceo-d y nivel de conocimientos en salud oral, que acudieron al programa de estimulación temprana en la Unidad Universitaria de Inserción Social San José Tecoh durante el periodo de agosto 2017 a junio 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los saberes y practicas sobre salud bucal de las madres responsables antes de la intervención educativa a través de grupos focales.
2. Identificar los conocimientos sobre salud bucal de las madres responsables a través de un instrumento estandarizado previo y posterior a una intervención educativa.
3. Identificar las necesidades en salud en el previo y posterior de una intervención educativa
4. Diseñar un taller educativo de salud bucal dirigido a madres responsables.
5. Obtener el índice IHOS de niños previo y posterior a una intervención educativa.
6. Obtener el índice ICDAS de niños previo y posterior a una intervención educativa
7. Obtener el índice ceo-d de niños previo y posterior a una intervención educativa.
8. Evaluar los índices de los niños cuyas madres acudieron a un programa de intervención educativa

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, cuasi experimental, longitudinal

VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Nombre de la variable	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Objetivo a cumplir	Análisis estadístico
Índice ceo-d	Dependiente	Estado de las superficies dentarias de la cavidad bucal, ofrece información sobre el número de dientes afectados por la caries con al menos una pared reblandecida. Contabilizado por promedios	0.0 – 1.1 Muy bajo 1.2 – 2.6 Bajo 2.7 – 4.4 Moderado 4.5 – 6.5 Alto 6.6 Muy alto	7	Estadística inferencial
Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)	Dependiente	Sumatoria de promedios de placa dentobacteriana y de cálculo	Excelente: 0 Buena: 0.1-1.2 (Código 1) Regular: 1.3-3.0 (Código 2)	5	Estadística descriptiva

		dental de cada padre y profesor	Mala:3.1-6 (Código 3)		
ICDAS	Dependiente	sistema internacional de detección y diagnóstico de caries.	Código 0- sano Código 2- Mancha blanca/marron en esmalte húmedo Código 4- Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad Código 5- Exposición de dentina en cavidad >0.5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco Código 6- Exposición de dentina en cavidad	6	

			mayor a la mitad de la superficie dental.		
Intervención educativa	Independiente	8 sesiones educativas	Contenido de las sesiones: 1.Cavidad bucal 2.Higiene Bucal 3.Alimentación Cariogenica 4.Dentición decidua 5.Caries dental 6.Complicaciones de caries dental 7.Flúor 8.Odontopediatra	3	Estadística descriptiva
Nivel de conocimiento	dependiente	1. Higiene oral 2. Alimentación 3. Dentición decidua 4. Caries dental	deficiente (0 a 10), regular (11 a 14), bueno (15 a 17) y muy bueno (18 a 20).	1,2	Estadística descriptiva

POBLACIÓN DE ESTUDIO

1. UNIVERSO

Población de estudio: Infantes 1 a 4 años de edad y padres y/o cuidadores que acudan al programa de “estimulación temprana” de la Unidad Universitaria de Inserción Social de San José Tecoh.

2. MUESTRA

Estuvo comprendida por todos aquellos niños de entre 1 a 4 años de edad que acudieron al Programa de Estimulación Temprana de la UUIS San José Tecoh, durante el periodo de agosto 2017 a junio 2018.

3. CRITERIOS DE INCLUSION

Niños de 1 a 4 años de edad, inscritos en el Programa de Estimulación Temprana de la UUIS San José Tecoh, en el periodo de agosto 2017 a junio 2018 , con al menos un órgano dentario en boca.

Padres que firmaron la carta de acuerdos, el consentimiento informado.

Padres de familia que respondieron a la entrevista semiestructurada y que aceptaron participar en el programa de salud bucal

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Infantes de 3 a 7 años no colaboradores.

Padres de familia que no acepten participar en el programa educativo

5. CRITERIOS ELIMINACIÓN

Niños cuyos padres no respondieron a todas las preguntas del estudio socioeconómico o no contaron con los datos completos de diagnóstico bucal (CPOD e IHOS).

Padres de Familia que acudan de manera irregular al programa de intervención educativa.

Padres que no asistan a los grupos focales.

6. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, consecutivo, por conveniencia

METODOLOGÍA

Se realizó una reunión con las autoridades para establecer los compromisos para el desarrollo de las actividades realizadas, así como una agenda compartida, posterior a ello se presentó el proyecto a padres/madres y/o cuidadores de los niños que acudan al programa de “estimulación temprana” y solicitó la forma de consentimientos informados (Anexo 1), previamente se expuso los compromisos de las actividades a realizar, así como el cronograma de las mismas.

DETERMINACIÓN DE SABERES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA.

a. Instrumento de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos en la presente investigación se realizó mediante un cuestionario que consta de 20 preguntas con la finalidad de medir el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares (Anexo 2), dicho cuestionario fue validado en el año 2015 por la Dra. Cupe, se realizaron adaptaciones de contexto cultural, previamente autorizadas por la autora.

Está conformado por 20 preguntas cerradas sobre: caries dental, prevención bucal, dieta e higiene oral.

En la subescala de caries dental que corresponden a las preguntas del 1 al 5:

- 1. ¿Qué es la caries dental?**
 - a. Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
 - b. No es una enfermedad
 - c. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
 - d. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2. Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:

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

3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a. Es una capa 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. Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b. No, porque no cumplen ninguna función
- c. No, porque al final se van a caer
- d. No, porque no son los dientes 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

En la subescala de prevención bucal que corresponden a las preguntas del 6 al 10:

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. Solo 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. El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- 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, ya que como no tiene nada no es necesario
- d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9. Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries

¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a. Si
- b. Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c. No
- d. Los dientes de leche no son importantes

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

- a. El flúor
- b. Una correcta higiene bucal
- c. Evitar consumo excesivo de azúcares
- d. Todas las anteriores

En la subescala de dieta corresponden las siguientes preguntas del 11 al 15:

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

- a. Frutas y vegetales
- b. Gaseosas y frutas
- c. Juguitos y galletas
- d. Todas las anteriores

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

- a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja
- c. Juguitos, leche chocolatada, Sabritas
- d. Todas las anteriores

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

- a. El niño nunca debe consumir azúcar
- b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c. El niño puede consumir azúcar 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 mes 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 más expuesto a tener caries
- d. No pasa nada

Y finalmente en la subescala de higiene oral corresponden las siguientes preguntas del 16 al 20:

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 5 años
- c. A partir de la adolescencia
- d. En niños menores de 2 años

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

- a. No
- b. Solo antes de dormir
- c. Solo con usar un enjuagatorio basta
- d. Si

19. ¿Cada qué 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 supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.
- c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

Puntuaciones

Muy bueno: 18 a 20 puntos

Bueno: 15 a 17 puntos

Regular: 11 a 14 puntos

Deficiente: 0 a 10 puntos

b. Identificación de saberes, actitudes y prácticas en salud oral.

Se utilizó la técnica de grupos focales con los sujetos de interés mencionados, separados en sesiones diferentes las cuales se realizaron de la siguiente manera:

Se realizó la convocatoria a madres de familia. El espacio físico fue un aula asignada por las autoridades de la UUIS. Se llevaron a cabo tres sesiones con duración promedio de 1 hora y 15 minutos cada una debido a que se dividieron los grupos de madres de acuerdo con la edad de sus hijos: 1 a 2 años, 2 a 3 años y 3 a 4 años.

Para la identificación de aspectos individuales referentes a salud bucal (saberes, creencias, hábitos, actitudes y prácticas) se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, para lo cual, se elaboró un guion de preguntas (Anexo 3).

SABERES ACERCA DE TEMÁTICAS GENERALES DE SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Qué opinan de la importancia del cuidado de sus dientes?

Pregunta 2. ¿Qué piensan acerca de la higiene de sus dientes y la boca?

Pregunta 3. ¿Qué piensan acerca de cómo se ven sus dientes al ser cepillados?

Pregunta 4. ¿Qué utilizan para la limpieza de sus dientes?

Pregunta 5. ¿Qué es lo que normalmente hacen cuando tienen dolor dental?

Pregunta 6. ¿Cómo considera el estado de salud de sus dientes?

Pregunta 7. ¿Cómo considera el estado de salud de los dientes de sus hijos?

Pregunta 8. ¿Consideran que en la UUIS está resuelto el problema de atención dental de su familia?

Pregunta 9. ¿Qué piensan ustedes como padres para apoyar la salud bucal de sus hijos?

SABERES ACERCA DE CARIES

Pregunta 1. ¿Por qué se produce la caries dental?

Pregunta 2. ¿Cómo se ve una lesión inicial de caries?

Pregunta 3. ¿A qué edad le salen los primeros dientes a los niños?

Pregunta 4. ¿Qué piensa acerca del cuidado de los dientes de leche (temporales)?

Pregunta 5. ¿A qué edad creen que comienza la limpieza de la boca de un niño?

Pregunta 6. ¿Por qué consideran que es importante la utilización de pasta dental para la limpieza de sus dientes?

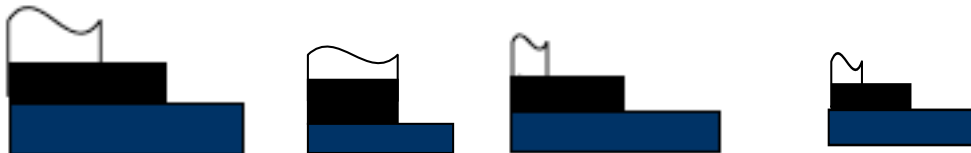
Pregunta 7. ¿Por qué consideran que es importante controlar la cantidad de pasta dental de los niños?

Pregunta 8. ¿Cuál consideran que es la edad en la que el niño debe iniciar a usar pasta dental?

Pregunta 9. ¿Qué es el flúor?

Pregunta 10. ¿En donde lo pueda encontrar el flúor?

Pregunta 11. De acuerdo al dibujo de pasta de dientes.



a. Según su opinión ¿cuál de las tres figuras es la que utiliza para el aseo de los dientes de sus hijos?

b. ¿Es la misma cantidad para los niños que para los adultos? (En caso de ser diferente, ¿cuánto utilizarían para los niños?)

Pregunta 11. ¿Quién es el encargo de colocar la pasta dental en el cepillo del niño?

Pregunta 12 En su opinión, ¿para qué sirve el flúor sobre los dientes?

Pregunta 13. Existe información aquí en la colonia acerca de cómo cuidar los dientes de los niños?

Pregunta 14. ¿Cuál creen que es la principal función del cepillado dental?

Pregunta 15 En su opinión ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?

Pregunta 16. ¿Cómo se observa una lesión inicial de caries?

ACTITUDES EN SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Quiénes consideran que son los responsables de que el niño/a tenga los dientes limpios?

Pregunta 2. En su opinión ¿quiénes son responsables de que el niño/a no vaya al dentista?

Pregunta 3. Para ustedes ¿quiénes son los responsables de que el niño/a tenga caries o dolor dental?

Pregunta 4. Los dientes de sus niños ¿Por qué consideran que deben de ser cepillados aún en los días que usted se siente cansado?

Pregunta 5. En el caso de que sus niños ya estuvieran dormidos ¿Por qué lo despertarían para que se laven los dientes por la noche?

Pregunta 6. ¿Han presetado alguna vez dolor dental sus hijos?

PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Cuántas veces asisten al odontólogo al año?

Pregunta 2. ¿Cuál fue el motivo de su última visita al dentista?

Pregunta 3. ¿Qué sugieren para recibir información acerca de la salud bucal a los niños?

Pregunta 4. ¿Por qué consideran que los niños debe de salir de su casa con los dientes aseados ?

El moderador fue una persona con el grado de expertiz necesario para el abordaje y manejo de esta estrategia de recolección de la información. El guión de la entrevista, permitió una sesión dinámica donde las propias entrevistadas participaron en forma narrativa, ofreciendo, de esa forma, la posibilidad de que ellas discurriesen libremente sobre el tema propuesto. Además, se contó con una relatora, es decir, la persona que tomó notas a detalle en las sesiones de los grupos focales y las plasmó en una bitácora de campo. Estas a su vez fueron videograbadas y posteriormente transcritas en su totalidad.

Los resultados se presentan de acuerdo con cada categoría abordada bajo la forma de trechos de las declaraciones de los involucrados. Se apuntó entre paréntesis la frecuencia de aparición de algunos comentarios coincidentes. Algunas narraciones de experiencias y vivencias fueron transcritas para el enriquecimiento del análisis, se especificó su inicio con letras cursivas, salvaguardando la identidad de quien lo enunció. La presentación de las declaraciones registradas respetó la diversidad lingüística utilizada por los participantes. Para una mejor visualización de los resultados obtenidos se elaboraron redes semánticas.

DETERMINACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD BUCAL EN INFANTES

Se estableció el estado de salud bucal de los niños mediante el índice de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD), Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y severidad de la caries por medio del sistema ICDAS, para lo cual se solicitó la firma del consentimiento informado.

El espacio físico fue designado por las autoridades de la UUIS, los niños fueron examinados en el sillón dental que cuenta el área de odontología de la UUIS; con ayuda de luz artificial, espejos bucales, sonda periodontal de la OMS, gasas estériles, guantes desechables, cubre bocas, y bata. Para el registro de datos se empleó una tabla con clip, instrumento de trabajo, bolígrafo tinta negra y bicolor. Se utilizó los criterios propuestos por la OMS para el levantamiento epidemiológico de estos índices:

Para la obtención de los índices de ceo-d, se inició la inspección clínica por el segundo molar superior derecho hasta el segundo molar superior izquierdo, prosiguiendo el examen con el segundo inferior izquierdo y finalizándolo con el segundo molar inferior derecho (Anexo 4).

El examinador contó con una hoja impresa con todos los códigos y sus respectivas descripciones detalladas:

PERMANENTES	CONDICIÓN	TEMPORALES
0	SANO	A
1	CARIADO	B
2	OBTURADO Y CARIADO	C
3	OBTURADO	D
4	PERDIDO POR CARIES/EXTRACCIÓN INDICADA	E
9	NO REGISTRADO	M

Diente sano. Se consideró a un diente como sano si no presentaba evidencia de caries clínicamente tratada, aún en presencia de cualquiera de las siguientes características clínicas: manchas blancas o yesosas, manchas decoloradas o ásperas, zonas oscuras, brillantes duros, o punteadas en el esmalte de un diente correspondiente con signos de fluorosis moderada a severa, así como defectos estructurales del desarrollo.

Diente cariado. Se registró como diente cariado a todo aquel órgano dentario que presentaba esmalte socavado, un suelo o pared con reblandecimiento; también se tomaron como cariados a todos aquellos que presentaron obturaciones temporales.

Diente obturado. Se consideró un diente obturado cuando se encontró una o más superficies con restauraciones permanentes y no existió evidencia clínica de caries. Se incluyó en esta categoría a un diente con una corona colocada debido a la presencia de una caries anterior.

Diente perdido por caries. Se utilizó esta clave para los dientes permanentes extraídos como consecuencia de una lesión cariosa. En los dientes temporales se empleó este criterio sólo si el sujeto presentaba una edad en la que la exfoliación normal no fuera explicación suficiente de la ausencia.

Extracción indicada. Se consideró un diente como indicado para extracción por razones de caries si presentaba una destrucción muy amplia o total de la corona dental, asociada a la pérdida de la vitalidad pulpar.

No registrado. Esta clasificación se restringió únicamente para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero siempre y cuando no esté presente un diente primario, por ausencia congénita de algún diente, y en los casos de dientes supernumerarios presentes.

El ceo-d individual resulta de la sumatoria de órganos dentarios primarios cariados, perdidos y obturados.

El índice ceo-d grupal constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Índice ceo-d g: } \frac{\text{Total de dientes cariados, indicados para extracción y obturados}}{\text{Total de la población examinada}}$$

El índice ceo-d grupal se clasifica de la siguiente manera:

- 0-1.5 Muy bajo
- 1.6 -2.7 Bajo
- 2.8- 4.4 Moderado
- 4.5- 6.5 Alto
- Mayor de 6.5 Muy alto

Posteriormente se realizó la detección y diagnóstico de caries con ayuda del índice ICDAS, el cual se realizará mediante un examen visual en el cual se sugiere:

1. Valorar superficies dentales limpias (libres de placa bacteriana) con buena iluminación y jeringa triple.
2. Cada superficie dental debe valorarse inicialmente húmeda; luego se seca con la jeringa triple por 5 segundos
3. Registrar lo que ve y NO asociar con consideraciones de tratamiento

4. En caso de duda, asignar el código menos severo
5. En caso de haber dos lesiones asigne la de mayor severidad
6. No intentar en ningún momento obtener una sensación “pegajosa” o retentiva del uso del explorador (causa injurias en el esmalte)
7. Usar sonda periodontal WHO 11.5, Michigan, Marquis o un explorador de punta redonda suavemente a lo largo de la superficie dental y solamente para adicionar información en la apreciación visual de cualquier cambio de contorno, cavitación o uso de sellante.
8. Se deben examinar de manera sistemática, (O-M-V-D-L/P) y radicular de cada diente y, en la superficie oclusal de los 1os, 2os y 3os molares se deben codificar separadamente las fosas/fisuras mesial y distal, así como se debe registrar separadamente las diferenciables fisuras y fosas de las superficies lisas (equivalente para dientes primarios).
9. Los cálculos no se remueven se registran “sano”

Una vez realizada la inspección clínica, se anotó en el odontograma los códigos de acuerdo a cada órgano dentario, los cuales se resumen de la siguiente manera (Anexo 5):

Códigos para restauración, sellante y diente ausente

Código 0: Diente sin presencia de restauraciones o sellantes.

Código 1: Presencia de un sellante parcial.

Código 2: Presencia de un sellante total.

Código 3: Presencia de restauración color del diente.

Código 4: Restauración realizada con amalgama.

Código 5: Presencia de una corona de acero inoxidable.

Código 6: Presencia de una corona o carilla de metal-cerámica, cerámica u oro.

Código 7: Restauración ausente o fracturada.

Código 8: Restauración temporal (ionómero de vidrio o IRM).

Código 99: Diente no erupcionado

Código de severidad de caries

Código 0: Sano.

Código 1: Mancha blanca/marrón en esmalte no se observa con esmalte húmedo.

Código 2: Mancha blanca/marrón en esmalte húmedo incluso después de secar.

Código 3: Pérdida de continuidad en el esmalte, sin dentina visible, de coloración marrón, sin consistencia. Posterior al secado se observa un desgaste o ruptura de la superficie dental, más extensa que la fosa y fisura.

Código 4: Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad, sin exponer dentina.

Código 5: Exposición de dentina en cavidad >0.5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco, coloración marrón o negruzca y esmalte sin brillo y sin color rodeando a la lesión.

Código 6: Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental e incluso puede haber exposición pulpar.

El grado de higiene bucal se determinó por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (64), tal y como se describe a continuación (Anexo 6):

Se dividió la boca en seis partes (sextantes) y se revisaron seis dientes, uno por cada sextante, es decir, se evaluaron únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

Selección de los dientes y las superficies (véase figura 1)

a. Identificación de los dientes específicos

1. Segmentos posteriores. Se examinó el primer molar.. Se revisaron primeros molares 56, 66, 76 y 86, pero cuando no estén presentes o se encontraban restauradas con una corona total se sustituyó por el segundo y, en casos de que tampoco se encontró. En los molares superiores se revisaron las superficies vestibulares y en los molares inferiores las superficies linguales.

2. Segmentos anteriores. Se explorará la superficie bucal del central superior derecho 61 y la superficie bucal del central inferior izquierdo 71. Cuando se encontré ausente o restaurado, se sustituirá por el otro central, el 51 por 61 y 71 por 81.

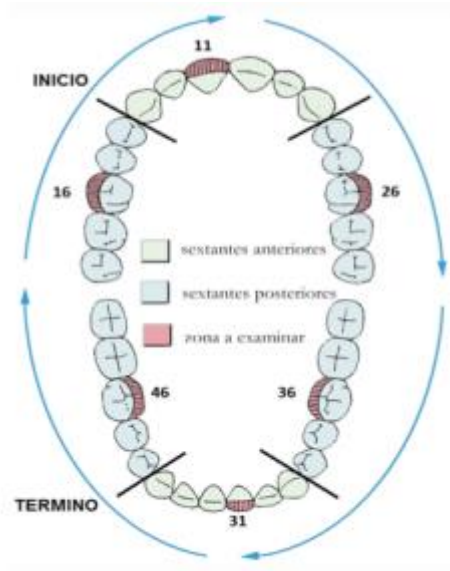


Figura 1 División de la boca en sextantes y zonas examinadas





b. Secuencia

Se examinó la superficie dental de borde incisal a cervical con la sonda a lo largo de la superficie en forma de zigzag. La puntuación reflejó la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto. Se revisó siguiendo la secuencia 56, 51, 66, 76, 71 y 86.

c. Exclusión

Segmentos posteriores. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se excluirá ese segmento de la revisión.

Segmentos anteriores. Si no se encuentra ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se excluirá.

Valor código	Criterio	Signo clínico
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada	
1	Presencia de detritos cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.	
2	Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.	
3	Presencia de detritos cubriendo 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.	

El IHOS resultó de la suma de ambos promedios, una vez ya establecido, se procedió a determinar el grado clínico de higiene bucal:

Higiene excelente	0
Higiene buena	0.1 – 1.2
Higiene regular	1.3 – 3.0
Higiene mala	3.1 – 6.0

A nivel grupal se calculó un promedio general para poder clasificar a la población de estudio en las categorías del IHOS.

DISEÑO Y EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA:

Para el diseño de la intervención educativa basadas en las necesidades de aprendizaje identificadas se consideraron las categorías: higiene bucal, caries dental, dentición temporal y alimentación cariogénica las cuales fueron identificadas las previamente a través de los grupos focales.

EL taller educativo tiene por nombre “Educar en salud” el cual se dirigió a los padres de los niños que acudieron al programa de estimulación temprana de la UUIS.

La intervención educativa a los padres, tuvo como finalidad:

- Contribuir a mejorar los estilos de vida en salud bucal por medio de la adquisición de conocimientos
- Que los padres reconozcan la importancia de la salud bucal durante los primeros años de vida de sus hijos.
- Explicar a los padres la etiología y proceso relativo a la caries dental
- Instruir a los padres en la aplicación de una correcta técnica de cepillado dental para sus hijos
- Demostrar a los padres la importancia de los hábitos alimenticios para preservar la salud bucal

El taller “Educar en salud” estuvo diseñado en base a 8 sesiones de una hora de duración cada uno, integrado por actividades dinámicas y estrategias de aprendizaje tales como lluvia de ideas, maquetas, reconocimiento de partes anatómicas de la cavidad oral, asambleas, debates, sketch y componentes lúdicos (Anexo 7)

REVALORACIÓN DE PACIENTES.

Se realizó la revaloración a los niños al finalizar el taller educativo. Se aplicó el instrumento y realizó el levantamiento final de los índices IHOS, ceo-d, ICDAS.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA PREVENTIVO.

Los resultados de la intervención educativa fueron valorados a través de la verificación de cambios en los índices ceo-d, ICDAS e IHOS, así como los resultados del cuestionario posterior a la intervención educativa. Se determinaron las necesidades en salud en el antes y después de la intervención educativa con la finalidad de conocer la utilidad de un taller educativo a través de la intervención educativa.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó la descripción de los datos cuantitativos mediante el uso de media y desviación estándar, organizada y depurada en una base de datos de Excel, luego se analizó e interpretó en un programa estadístico (SPSS), mientras que para los cualitativos se realizó a través de una codificación abierta a través del programa ATLAS TI, con una lectura detallada de los datos obtenidos con el fin de agrupar detalles y reformular preguntas, posteriormente se realizó una codificación selectiva redefiniéndose las categorías iniciales (higiene bucal, visitas al dentista, cuidados bucales y alimentación cariogénica) y se contrastó con la teoría.

ASPECTOS ETICOS

El protocolo cumplirá con las consideraciones emitidas en la Declaración de Helsinki, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 y las pautas internacionales para la investigación médica relacionada a seres humanos adoptada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos.

Cumple con las normas establecidas en México por la Ley General de Salud en el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, por lo que se consideró como "investigación con riesgo mínimo" debido a que sólo se obtuvo el diagnóstico de salud bucal por medio de revisiones clínicas, así como entrevistas semiestructuradas y grupos focales para la recuperación de hábitos y saberes, no se manipuló la conducta de los actores de la comunidad y se les solicitó de forma escrita el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información recabada. En este sentido, los datos que identificaban a la población de estudio fueron resguardados en una base de datos y cambiados por folios de uso interno en la investigación.

Adicionalmente, padres de familia y profesores firmarán la carta de acuerdos del proyecto y se tomó en cuenta el asentimiento de los escolares.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El grupo de estimulación temprana de la UUIS asignada para el estudio contaba al iniciar este proyecto con 44 madres y 49 niños entre 12 y 48 meses de edad, de las únicamente 42 madres 46 niños cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

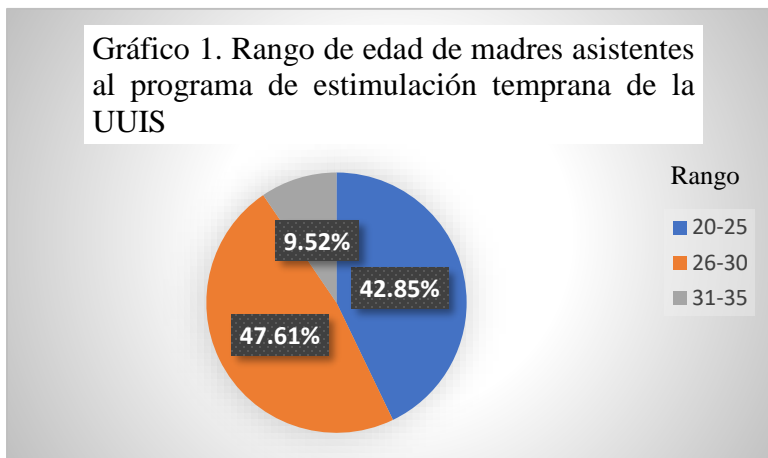
Se obtuvieron los siguientes datos: de los niños revisados 22 fueron del sexo femenino con el 47.82% y 24 sexo masculino equivalente al 52.17%. La distribución por edades con mayor frecuencia de pacientes fue la de 25 a 36 meses de edad con el 41.30% de la población, la edad promedio del grupo fue de 30 meses desviación estándar ± 9.91 . Tabla No.1.

Tabla. No.1 Distribución de niños según sexo y edad en meses.

Edad en meses	Femenino	Masculino	<i>fx</i>	%
12 A 24 MESES	5	8	13	28.26%
25 A 36 MESES	9	10	19	41.30%
37 A 48 MESES	8	6	14	30.43%
TOTAL	22	24	46	100%

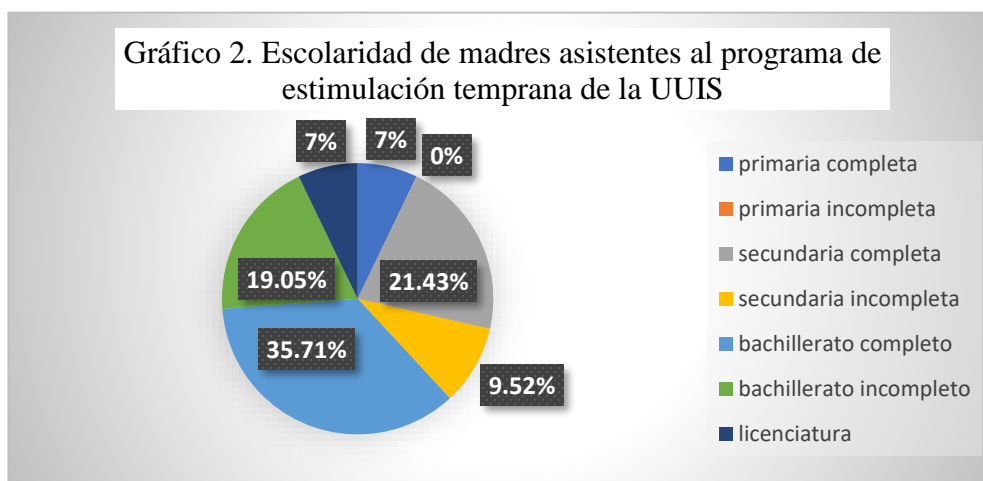
La edad de las madres de niños que acuden al programa de Estimulación Temprana, los resultados indican que de un total de 42 de madres donde el 47.61% (20) tienen entre 26 y 30 años, el 42.85% (18) tienen entre 20 y 25 años y el 9.52% (4) tienen entre 31 y 35 años. La edad promedio del grupo fue de 27 con una desviación estándar de 3.416. Gráfico 1.

Gráfico No.1 Rango de edad de las madres asistentes al taller de salud bucal



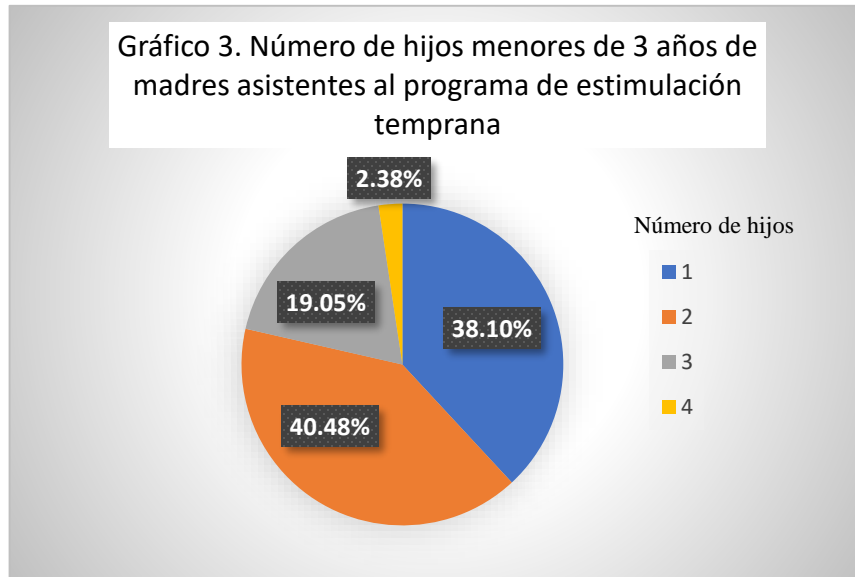
El grado de instrucción de las madres de niños del Programa de Estimulación Temprana en el que los hallazgos indican que de un total de 42 de madres, el 35.71% (15) con bachillerato completo, 21.43% (9) secundaria completa, 19.05% (8) bachillerato incompleto, 9.52% (4) secundaria incompleta, 7.14% (3) primaria completa y el 7.14% (3%) licenciatura. Gráfico 2

Gráfico No.2 Grado de escolaridad de las madres asistentes al taller de salud bucal



El número de hijos de las madres que acuden al Programa de Estimulación Temprana los hallazgos indican que, de un total de 42 madres, el 38.10% (16) tienen un hijo, 40.48% (17) tienen dos hijos, 19.05% (8) tienen tres y el 2.38% (1) tienen cuatro hijos. Gráfico 3.

Gráfico No.3 Número de hijos menores de 3 años de las madres asistentes al taller



RESULTADO DEL ANALISIS DE LA TRANSCRIPCIÓN DE GRUPOS FOCALES DE LAS MADRES

Durante las sesiones realizadas a través de los grupos focales se describe (percepción textual) una apertura en cuanto al tipo de respuesta a las preguntas realizadas, dichas respuestas inician con palabras y frases cortas y conforme avanzan las sesiones su participación es mayor ampliando así la narrativa en cuanto sus experiencias y vivencias respecto a la salud bucal; estando presente de manera constante y frecuente las palabras más comunes de acuerdo a sus vivencias como se puede observar en la figura 1.

Figura 2. Referencia a frecuencia de palabras omitiendo preguntas y conceptos globales



Percepción textual: Se percibe durante el desarrollo del texto una apertura en cuanto al tipo de respuestas que dan a las preguntas. Inician con palabras y frases cortas, pero conforme se avanza se nota una ampliación en la narrativa, incluso se explayan aportando experiencias y vivencias

SABERES ACERCA DE TEMÁTICAS GENERALES DE SALUD BUCAL

A. Pensamientos sobre cuidado bucal

Pregunta 1. ¿Qué opinan de la importancia del cuidado de sus dientes?

Mencionan que es importante el cuidado dental, ya que el tener caries puede llevar a más enfermedades y tratamientos mucho más caros (6). Es mucho mejor conservar la salud bucal, teniendo una adecuada higiene bucal (5). Es importante cuidarlo ya que los dientes nos permiten realizar funciones como de fonación, alimentación y son parte de nuestra presentación (2)

La limpieza es básica para no tener caries ni placa, si mi niño tiene comida puede tener dolor o molestia, si no los cuido eso hará que mis hijos tendrán caries y eso se

les va a las encías, lo que hace que se quiten los dientes de leche antes de tiempo y se les ponga postizos. Caso 1.

Es importante hacerlo desde ahora que son pequeños por que conforme vamos creciendo las enfermedades también, no es lo mismo cuando estamos grandes y ya no tenemos todos los dientes y tenemos que usar postizos, no es lo mismo, por eso es mejor cuidarlo antes. Caso 2.

B. Saberes acerca de la higiene de dientes y boca.

(Pregunta 2. ¿Qué piensan acerca de la higiene de sus dientes y la boca?)

Dicotomía de términos, es necesario para evitar enfermedades y necesidad o comodidad de eliminación de residuos. Se reconoce que la boca tiene bacterias necesarias para el procesamiento de alimentos, pero dañina para los dientes. Que es importante conservar los dientes.

C. Saberes acerca de ver los dientes cepillados.

(Pregunta 3. ¿Qué piensan acerca de cómo se ven sus dientes al ser cepillados?)

Confianza, seguridad y ningún temor al hablar por el buen aliento

D. Saberes acerca de los utensilios de higiene dental

(Pregunta 4. ¿Qué utilizan para la limpieza de sus dientes?)

Cepillo dental, pasta dental, enjuague bucal, hilo dental.

Solo agua (2)

Una vez en la facultad, una dentista dijo que la pasta no es tan importante como hacer una limpieza efectiva. Caso 3.

E. Atención al dolor dental.

(Pregunta 5. ¿Qué es lo que normalmente hacen cuando tienen dolor dental?)

Automedicación (posibilidad de analgésico, 4), esperan hasta que no aguanten más el dolor y van a consultar.

Medicina tradicional (2)

Remedio natural

La atención tradicional por falta de tiempo o dinero se realiza (3)

Visita al dentista (2),

Visita al odontólogo (1),

Hace 4 años me dolía mi diente, y me iban a hacer una endodoncia, pero yo por miedo no regrese y lo deje pasar, gaste dinero y ahora entendí por qué es importante el cuidado de dientes y no dejar pasar tanto tiempo, por lo que ahora cuando veo algo raro ya voy al dentista inmediatamente. Caso 4

El resto de las madres no participaron.

F. Salud de bucal de sus hijos

(Pregunta 7. Del 1 al 10 ¿Cómo calificarían ustedes el estado de salud bucal de la boca de sus hijos?).

Emiten calificaciones 7 (1), 8 (7), 9 (8),10 (2)

Por qué no ha comido dulces, hasta hace poco aun hacia pecho, si se le lava los dientes adecuadamente, a veces no porque ella no quería. Caso 5.

G. Atención dental en la comunidad.

(Pregunta 8. ¿Consideran que en la comunidad está resuelto el problema de atención dental en sus hijos?).

Coinciden todos en que no se ha resuelto el problema debido a la falta de atención bucal en niños.

H. Opinión acerca de la promoción para la salud bucal

(Pregunta 9. ¿Existe publicidad o campañas de salud en la comunidad que hablen sobre la importancia de salud bucal en los niños?

No hay. (5)

Solo en las escuelas aplican flúor. (6)

En el centro de salud. (8)

Solo hay letreros pegados, pero no hay personas que te den las pláticas. Caso 1

I. Papel del padre en la salud bucal de su hijo.

Pregunta 9 ¿Qué piensan ustedes como padres para apoyar la salud bucal de sus hijos?

Todas coinciden en que es responsabilidades de los padres el supervisar la salud bucal de sus hijos hasta que tengan la habilidad motriz para hacerlo por cuenta propia.

Enseñarles buenos hábitos como lavarse los dientes, son constantes para que ellos lo hagan. Caso 6.

SABERES ACERCA DE CARIES

(Pregunta 1. ¿Por qué se produce la caries dental?)

A. Etiología de caries dental.

Por comer dulces (2), falta de higiene (2), falta de técnica de cepillado (4), abuso de refrescos embotellados (6).

Recuerdo que yo comencé a cepillarme a los 12 años porque vivía en un ranchito y ahí no había nada de eso. Caso 4.

El resto de las madres no participaron.

B. Identificación de lesión inicial de caries.

(Pregunta 2. ¿Cómo se ve una lesión inicial de caries?)

Infección en encías (4), identificación de puntos negros (6), no lo conoce (4) y recomienda un dentista para el chequeo (2), dolor que confunde, ya que todo puede infectar (sarro, restos) (1).

El momento más usual de la caries es cuando se comienza a sentir malestar, cuando uno siente dolor en cualquier dentadura es cuando sabemos si hay, es complicado determinar, inclusive los dentistas se confunden. A veces piensas que son caries y no lo son, entonces solamente es falta de limpieza de la dentadura. Caso 7.

La caries no siempre se ve como un punto negro, también la caries es blanca, no siempre tienen que estar picadas. Caso 8

C. Prevención de caries dental

(Pregunta 3. En su opinión ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?)

Coincidencia total en el cepillado de dientes (4), consumir menos azúcar (3), vigilancia del dentista (2), usar enjuagues bucales y remedios caseros como el bicarbonato (4).

D. Importancia de dentición decidua

(Pregunta 4. ¿Qué piensa acerca del cuidado de los dientes de leche (temporales)?)

Todas coinciden en que es sumamente importante el cuidado de la dentición decidua ya que esta dependerá el desarrollo y guiará la erupción de la dentición permanente.

Cuando yo era pequeña mi mamá nunca se preocupó por como lucían mis dientes, yo nunca fui al dentista. Por lo que para mí tampoco eran importantes mis dientes. Ahora de grande mis dientes se ven chuecos y amarillos, a mí no me gustan como lucen. Me hubiera gustado que mi mamá supiera toda la información que hay ahora, por eso yo si estoy interesada en que mi bebé tenga los dientes bonitos porque no quiero que sufra lo mismo que yo ni herede mis dientes chuecos. Caso 9

E. Inicio de higiene dental

Pregunta 5. ¿A qué edad creen que comienza la limpieza de la boca de un niño?

Desde bebé se debe higienizar con una gasa (3), desde que salen los primeros dientes (8)

El resto de las madres no participaron.

ACTITUDES EN SALUD BUCAL

A. responsable de que el niño/a tenga los dientes limpios

(Pregunta 1. ¿Quiénes consideran que son los responsables de que el niño/a tenga los dientes limpios?)

Los padres (3), los maestros (2), la familia porque es la base (8), el propio niño (3).

B. responsable de que el niño/a no vaya al dentista

(Pregunta 2. En su opinión ¿quiénes son responsables de que el niño/a no vaya al dentista?)

Todas coinciden que los padres

Yo creo que nosotros somos los responsables de la salud de nuestros hijos, ya que ellos aún no deciden, es como si por ejemplo no se quisiera bañar o comer, nosotros los tenemos que obligar por que es por su bien. A veces las abuelitas intervienen, mi suegra siempre quiere hacer remedios caseros porque así está acostumbrada, pero yo trato de mejor llevarla con doctores que si saben. Caso 10.

Los padres somos responsables de la salud de nuestros hijos hasta que sean mayores de edad, solo que muchas veces somos descuidados. A mí me daba miedo llevar a mi hija al dentista porque a mí me dolió un tratamiento que me hicieron y por eso no quería llevarla para que no sufriera lo mismo, pero solo la perjudique. Caso 2.

C. responsable del padecimiento de caries o dolor dental de los niños

(Pregunta 3. Para ustedes ¿quiénes son los responsables de que el niño/a tenga caries o dolor dental?)

Los padres de familia (9), los propios niños (6).

Los papás somos los responsables por dejar pasar tanto tiempo, pero a veces no es que no queramos, sino que los tratamientos son muy caros si los llevamos particular y en el seguro social nunca quieren atender niños. Caso 11

D. Higiene bucal nocturna de los niños

(Pregunta 4. En el caso de que sus niños ya estuvieran dormidos ¿los despertarían para que se laven los dientes por la noche?)

Se debe hacer, pero no los despiertan si ya se durmieron (2), prefieren esperar a que se despierten (6), opinión de que si se cepillan mucho pueden desgastarse los dientes, en cambio si no se les cepilla no tendrán caries (4), comentario de que como son dientes de leche no le da importancia(8).

E. Satisfacción de los niños con la apariencia de sus dientes

(Pregunta 5. ¿Ustedes consideran que los niños están contentos con sus dientes?)

Comentan que, si están conformes porque no les dan tanta importancia (9), solo cuando se les caen los dientes y se ven *chimuelos* (6), depende de la edad (11).

F. Inasistencia escolar de los niños debido a problemas bucales

(Pregunta 6. ¿El dolor de dientes les ha impedido a sus hijos acudir a la escuela alguna vez?)

Respuestas variadas

Nunca (11)

Si varias veces (12), comentario de que a veces llegan con la boca hinchada por un diente (2).

PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

A. Visita periódica al dentista

(Pregunta 1. ¿Asisten al odontólogo por lo menos una vez al año? ¿Por qué?)

Expresan que algunos acuden una vez al año para limpieza (11) o por caries (6), hubo una reflexión de que no acude porque odia al dentista.

A mí me dolía un diente y me esperé hasta que ya no podía más, tuvieron que hacerme una endodoncia, la cual me dolió muchísimo y me dijeron que tenía que regresar para continuar el tratamiento, pero no lo hice. Al año me volvió el dolor pero esta vez más fuerte y se me rompió el diente y tuve que regresar, ya no se pudo salvar mi diente, me costó más caro y me dolió mucho más y desde ahí ya no quise volver al dentista .Caso 12.

B. Motivo de consulta con el dentista y última visita

(Pregunta 2. ¿Cuál fue el motivo de su última visita al dentista y cuándo fue?)

Respuestas variadas: por dolor hace 4 meses (6), por endodoncia hace 3 meses (4), por extracción de una muela hace 8 meses, limpieza hace 6 meses (3), hace un año 4 meses por picadura de dientes (2), experiencia:

Hace como tres años fui por limpieza, pero siento que me dolió demasiado, los utensilios del dentista eran muy antiguos. Caso1

C. Supervisión de niños durante el cepillado dental

(Pregunta 3. ¿Quiénes consideran que deben supervisar que los niños realicen el aseo bucal?)

Los papas (15).

Los abuelitos (12).

D. Asistencia a las consultas odontológicas

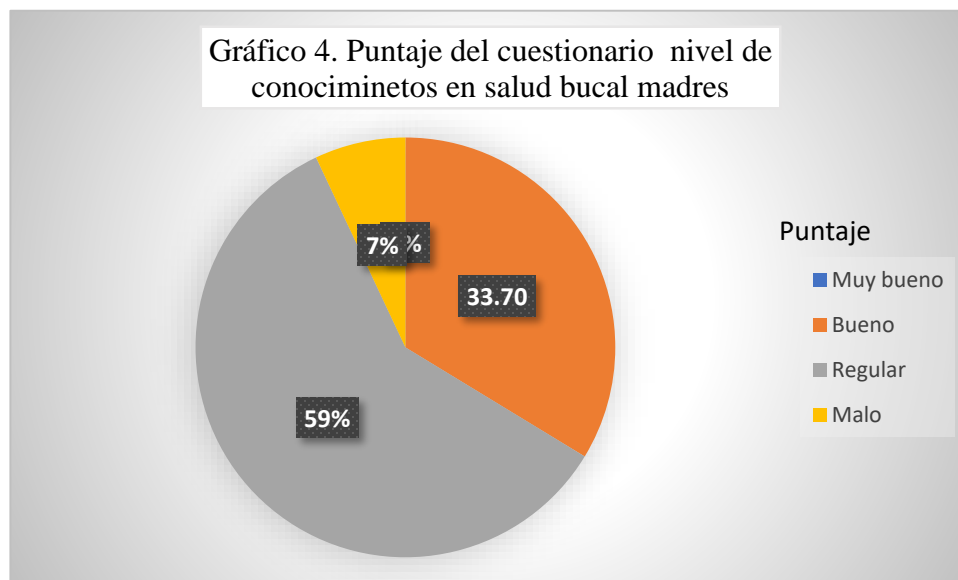
(Pregunta 4. ¿Quiénes no asisten una vez al año al dentista y por qué?)

Expresan que no se les da prioridad a los dientes (12), que no tienen confianza con el dentista (8), miedo (11), incomodidad (3), tiene que ver el trato del dentista (2), comentario de que no hay buenos dentistas en pueblos cercanos porque no tienen equipos dentales que no hagan ruido (3).

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MADRES SOBRE SALUD BUCAL

a. Nivel de conocimientos antes del taller de salud bucal

Gráfico No.4 Puntaje del cuestionario de nivel de conocimientos en salud bucal de madres



Al evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de hijos que acuden al programa de estimulación temprana aplicando un cuestionario compuesto por 20 preguntas, de un total de 22 madres se encontró que el nivel de conocimiento de mayor prevalencia fue regular obteniendo un 59.30% (24), seguido 33.70% (14) bueno y el 7% (2) fue malo. Gráfico 4. La calificación media obtenida por la población fue de 12.53.

Tabla No 2. Puntaje por subcategorías obtenidos del cuestionario de nivel de conocimientos en salud bucal de madres previo al taller educativo de salud oral

Subcategorías	Puntaje							
	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo	
	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>
Caries dental	3.80%	4	26.79%	11	34.94%	13	34.47%	14
Prevención bucal	9.30%	4	29.10%	12	31.40%	13	30.20%	13
Dieta	66.00%	28	26.20%	11	7.80%	3	0%	0
Higiene bucal	1.20%	1	11.60%	5	54.70%	23	32.50%	13

En la tabla No.2 se puede observar detalladamente la distribución de los puntajes de las subcategorías preguntadas en el cuestionario de conocimientos que se aplicó a las madres de familia. Las subcategorías que obtuvieron mayor número de respuestas correctas son dieta seguido de prevención bucal. Mientras que la subcategoría cuyas preguntas obtuvieron más respuestas incorrectas fue caries dental.

b. Nivel de conocimientos posterior al taller educativo

Tabla No 3. t de Student para el puntaje inicial y final del cuestionario

Etapa	N.	Media ± DE	IC (95%)	t	p
Inicial	42	12.53± 2,58	(6,76-8,31)		
Final	42	16.48 ± 2,03	(8,52 -9,74)	-5,69	<0,001
Diferencia	42	-3.95 ± 1,89	(-2,17- 1,03)		

DE: Desviación Estándar

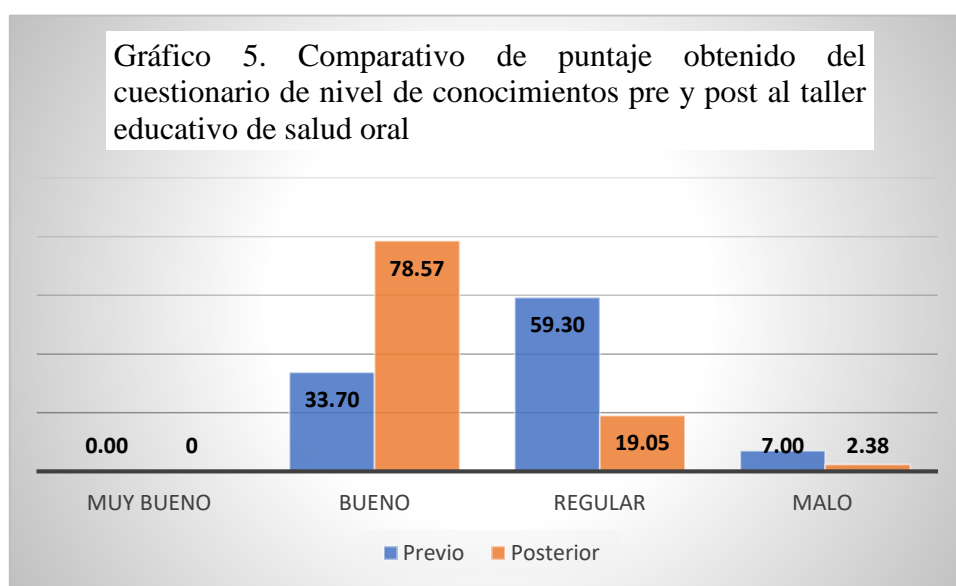
IC: Intervalo de Confianza

Tabla No 4. Puntaje por subcategorías obtenidos del cuestionario de nivel de conocimientos en salud bucal de madres posterior al taller educativo de salud oral

Subcategorías	Puntaje							
	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo	
	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%	<i>fx</i>
Caries dental	21.42%	9	45%	19	23.83%	10	9.52%	4
Prevención bucal	14.28%	6	54.76%	23	26.20%	11	4.76%	2
Dieta	73.80%	31	23.80%	10	2.40%	1	0%	0
Higiene bucal	7.14%	3	33.33%	14	54.77%	23	4.76%	2

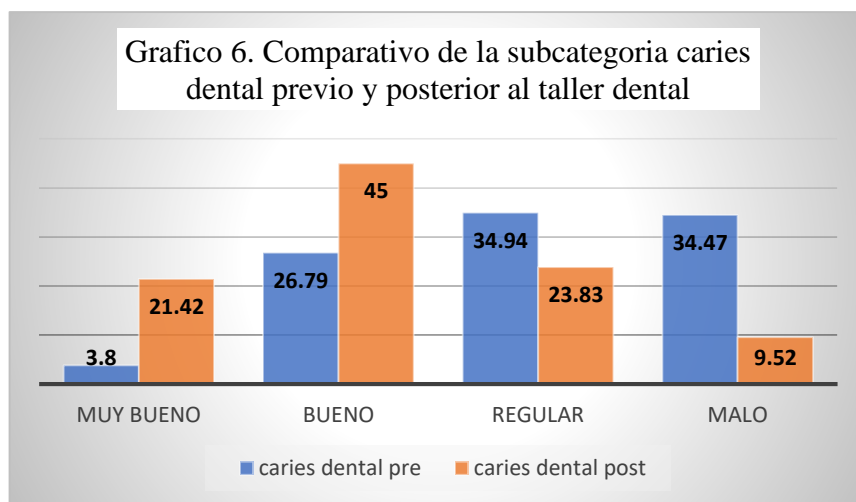
Posterior a la intervención educativa la calificación media obtenida en el cuestionario de conocimientos sobre salud bucal aplicado a las madres aumento de 12.53 a 16.48; observándose una diferencia estadísticamente significativa entre el antes y después de la intervención educativa (Tabla No. 3). Las subcategorías que obtuvieron un mejor puntaje posterior a la intervención educativa fueron dieta seguida de prevención bucal. Mientras que caries dental fue la subcategoría que obtuvo mayor número de respuestas incorrectas, seguida de prevención e higiene bucal. Tabla No. 4.

Gráfico No 5. Comparativo de la frecuencia general del cuestionario de nivel de conocimientos en salud bucal de madres previo y posterior al taller educativo de salud oral



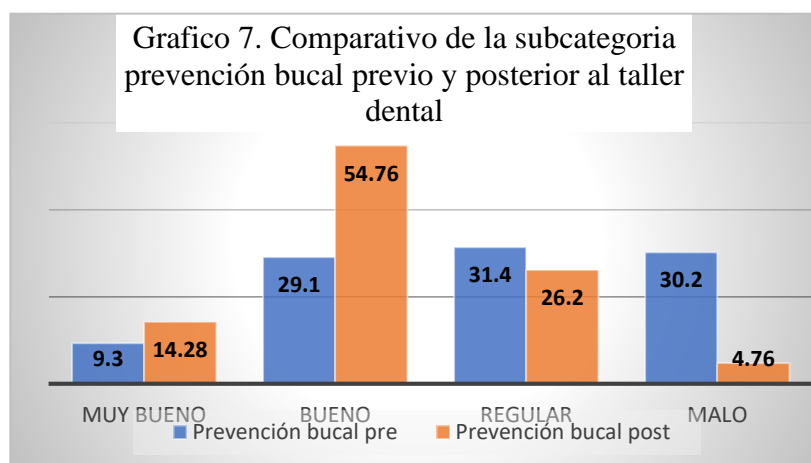
Antes de la intervención educativa el puntaje con mayor frecuencia el regular con 59.30% (25) de las madres participantes; al ser efectuada la intervención se logró mejorar el resultado obteniendo que el 78.57% (33) poseían conocimientos buenos. El nivel de conocimientos bueno logró mejorarse significativamente pasando de un 33.70% a 78.57%; los conocimientos regulares redujeron significativamente ($p < 0,01$) de 59.30% a 19.05 y finalmente los resultados categorizados como malos redujeron de 7.00% a 2.38% ($p < 0,01$). Gráfico 5.

Gráfico No 6. Comparativo de la subcategoría caries dental previo y posterior al taller de prevención bucal



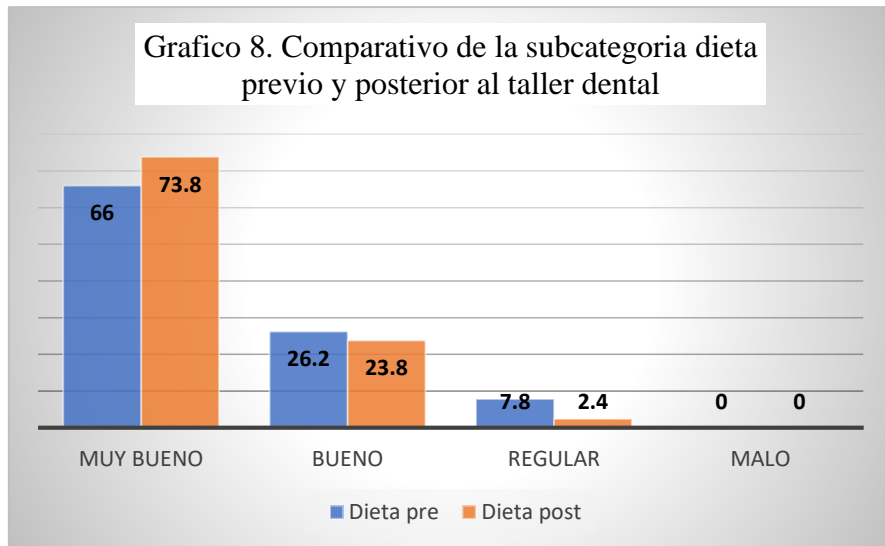
En el gráfico No. 6 se observa que, en cuanto al conocimiento de las madres sobre caries dental, la mayoría de las madres lograron mejorar sus resultados, logrando incrementar un resultado bueno de 26.79% a 45% y disminuir el resultado de 34.47% a 9.52%.

Gráfico No 7. Comparativo de la subcategoría prevención bucal previo y posterior al taller de prevención bucal



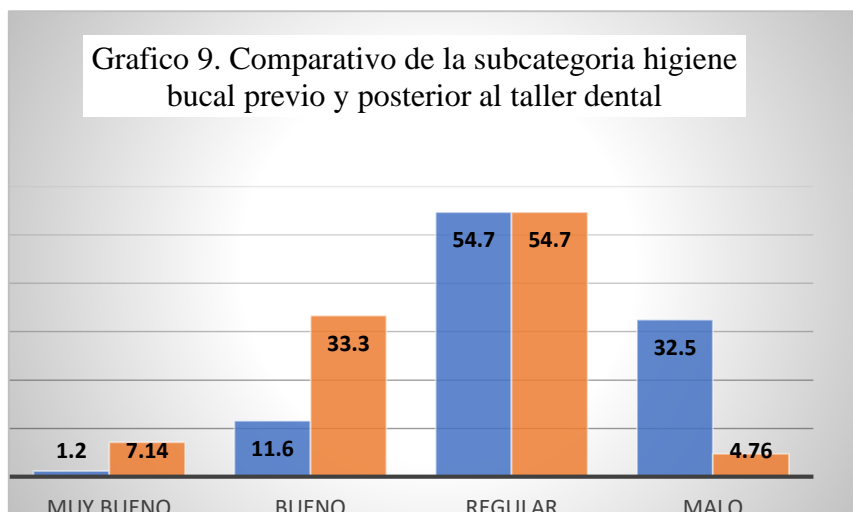
El conocimiento de las madres sobre prevención bucal, la mayoría de las madres lograron mejorar sus resultados, logrando incrementar un resultado bueno de 29.1% a 54.76% y disminuir el resultado de 30.2% a 4.76%. Gráfico 7.

Gráfico No 8. Comparativo de la subcategoría dieta previo y posterior al taller de prevención bucal



El conocimiento de las madres sobre dieta, la mayoría de las madres lograron mejorar sus resultados, logrando incrementar un resultado muy bueno de 66% a 73.8% y el resultado de bueno 26.2% a 23.8%. Gráfico 8.

Gráfico No 9. Comparativo de la subcategoría higiene bucal previo y posterior al taller de prevención bucal



En cuanto al conocimiento de las madres sobre higiene bucal, la mayoría de las madres lograron mejorar sus resultados, incrementando un resultado muy bueno de 1.2% a 7.14, bueno de 11.6% a 33.3%, se mantuvo en regular y se disminuyó de 34.47% a 9.52%. Gráfico 9.

Tabla No 5. Comparación de puntajes por subcategorías del cuestionario de conocimientos en salud bucal dirigido a madres previo y posterior a la intervención educativa.

Subcategorías	Puntaje							
	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo	
	Previo %	Posterior %	previo %	posterior %	previo %	posterior %	previo %	posterior %
caries dental	3.80%	21.42%	26.79%	45%	34.94%	23.83%	34.47%	9.52%
prevención bucal	9.30%	14.28%	29.10%	54.76%	31.40%	26.20%	30.20%	4.76%
dieta	66.00%	73.80%	26.20%	23.80%	7.80%	2.40%	0%	0%
higiene bucal	1.20%	7.14%	11.60%	33.33%	54.70%	54.77%	32.50%	4.76%

Prevención bucal e higiene bucal fueron las subcategorías que lograron mejorar significativamente sus resultados ($p < 0,01$) ya que ambas aumentaron 11 madres con respuestas correctas posterior a la intervención educativa. Tabla 5.

CONDICIONES DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS

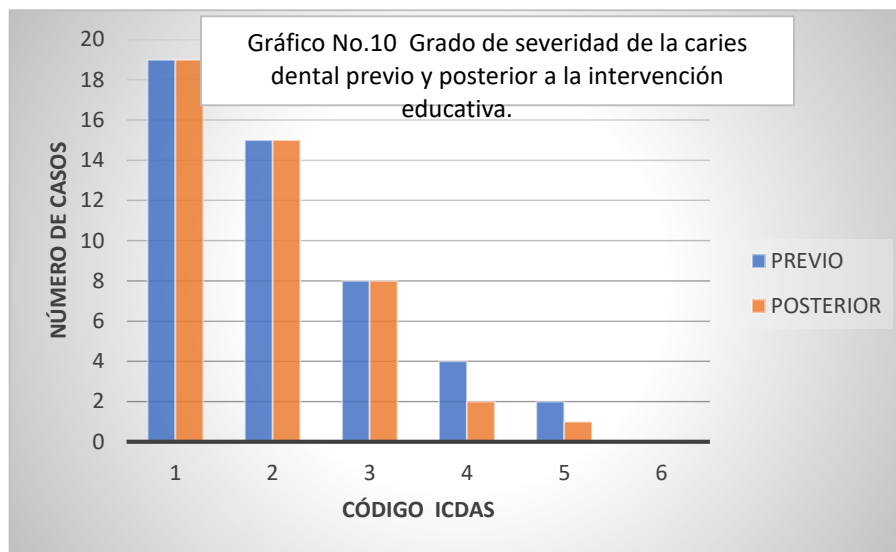
Al realizar el examen clínico inicial a los niños se encontró que, de los 46 niños examinados, 24 presentaban caries, representando al 52.17%; mientras que 22 se encontraban libres de ellas con el 47.83%. Al finalizar el estudio no se mostró ningún caso de incidencia.

Tabla No. 6 Distribución de pacientes sanos, con caries e índice ceo-d por edades.

Rango de edad	Niños sanos	Niños caries	ceo-d
!2 a 24	8	5	0.38
25 a 36	10	9	1.00
37 a 48	4	10	1.19

El índice ceo-d grupal fue de 1.22 ± 1.87 , con una media de 1.53 para los niños y 2.06 para las niñas, siendo predominante el componente cariado en ambos sexos; 1.84 para mujeres y 1.69 para los hombres. Se observó que conforme aumenta la edad se incrementa el índice ceo-d. ya que el mayor índice fue encontrado en el rango de 37 a 48 meses de edad con ceo-d de 1.86 ± 1.98 como se observa en la Tabla No.6

Gráfico 10. Severidad de caries dental previo y posterior a la intervención educativa



De los 46 pacientes examinados inicialmente en el 52.17% (24) se encontraron lesiones cariosas en 48 órganos dentarios, de esas lesiones el 68.42% (34) fueron mancha blanca código 1 y 2 de acuerdo con ICDAS, 21.05% (8) fueron caries en esmalte código 3 y 10.53% caries en dentina (4) código 4 y (2) código 5, de la misma manera no se encontró lesión alguna con compromiso pulpar. Al finalizar la intervención educativa se realizó la revalorización de las superficies cariadas se encontró que el código 1, 2 y 4 se mantuvieron; mientras que los códigos 3 y 5 redujeron observándose la aparición de 3 obturaciones de ionomero de vidrio (Gráfico No.10) Al realizar la prueba de T pareada no se encontró diferencia significativa para caries código 3, 5 y las obturaciones siendo $T=-1.36$ y $P=0.184$ respectivamente.

Un valor agregado a los objetivos a este estudio fue lo que se encontró con relación a los órganos dentarios mas afectados siendo estos los centrales superiores, seguido de los molares superior e inferior respectivamente.

Tabla No. 7 t de student para IHO-S inicial y final

Etapa	N.	Media ± DE	IC (95%)	t	p<0,05
		1,86 ±			
Inicial	46	0,39	(1,74-1,98)	13,40	<0,001
Final	46	0,85 ± 0,31	(0,76-0,95)		
Diferencia	46	1,00 ± 0,50	(0,85-1,15))		

Al evaluar el nivel de higiene dental, se observó que el de mayor prevalencia es regular. No se encontraron niños con nivel de higiene bueno. El índice IHO-S medio fue de 1,86. Luego de la intervención educativa, el IHO-S medio de los niños se redujo de 1.86 a 0.85; hallándose una diferencia estadísticamente significativa entre el antes y después de la presencia de biofilm en los niños.

Tabla No. 8 Porcentaje de superficies dentales con presencia de biofilm por grupos etarios previo y posterior a la intervención educativa.

EDAD		Est.		Est.
8-20 meses	14.88%	±7.56	1.04%	±1.73
21-33 meses	19.96%	±6.89	2.17%	±2.89
34-47 meses	21.51%	±6.93	5.57%	±2.49

El grupo etario que presentó el porcentaje más elevado de superficies dentales con presencia de biofilm fue el de los 34 a 47 meses de edad, con un 21.51% inicial y un 5.57% de las superficies dentales con PDB final. Al aplicar la prueba estadística de T pareada se encontró diferencia significativa siendo T=13.90 y P=0.005. Como se observa en la Tabla No. 6.

DISCUSIÓN

Según los resultados encontrados en este estudio, el índice ceo-d de los niños que acuden al programa de estimulación temprana de la UUIS se encuentra en un promedio de 1.22 similar a la media nacional 1.33 (8) de acuerdo a su edad, lo cual es considerado de bajo riesgo dentro de la clasificación de niveles de severidad poblacional establecido por la OMS⁷.

En cuanto a la distribución de la población de estudio por sexo, en las niñas se encontró un promedio de CPOD ligeramente mayor al de los niños (U= 1159.5, P= 0.03), concuerda con lo reportado por otros estudios realizados en nuestro país (9, 35, 43, 52). Este hallazgo se puede deber a la erupción temprana de los dientes permanentes en las niñas, lo cual se relaciona con un mayor tiempo de exposición al medio cariogénico; la literatura también reporta que esta diferencia por sexo, puede deberse a otros factores involucrados como el bajo flujo salival y una mayor actividad hormonal de las niñas⁴³.

De acuerdo al ceo-d el componente que predominó fue el cariado, lo que se podría asociar a una falta de atención odontológica oportuna o una pobre cultura preventiva. Un factor que se considera de riesgo para esta población es la deficiente información que tienen los padres respecto a la caries dental, ya que refirieron solamente tener nociones acerca de la etiología, tal es el caso de lo explicado en los resultados producto de los grupos focales en el que mencionan que: *la caries principalmente es ocasionada por golosinas, bebidas azucaradas y la falta de cepillado dental*, sin embargo es necesario profundizar al respecto y complementarlo con medidas de prevención y diversos productos de higiene bucal. Por ejemplo, la gran mayoría desconocía: el número de veces que debe realizarse la higiene bucal en los niños, la edad de inicio para el cuidado de los dientes y la cantidad de pasta necesaria de acuerdo a la edad. También refirieron desconocer la manera de identificar lesiones de caries en sus etapas iniciales así como el acudir al odontólogo solamente cuando el dolor estaba presente; resultados similares encontrados en el estudio realizado por González obtenidos por medio de encuestas y entrevistas de grupos focales, en los cuales los

padres manifestaron falta de conocimiento acerca del cepillado de dientes, uso de crema dental y consumo de alimentos cariogénicos⁴³.

Los resultados encontrados por Muñoz Cabrera quienes realizaron una investigación para mejorar los conocimientos de salud bucal de las madres para disminuir el índice de higiene oral en pre-escolares, realizando un estudio cuasiexperimental y aplicando un cuestionario validado sobre conocimientos de salud bucal a 84 madres y después de la aplicación de métodos educativos. Se analizó la higiene oral de sus hijos al inicio y 30 días posteriores, utilizando el IHOS. Al inicio el promedio del IHOS fue de 1.74 y al finalizar de 0.73³⁹, coincidiendo con los resultados encontrados en esta investigación donde el índice de higiene oral encontrado en los niños previo a la intervención educativa fue de 1.86, esto es considerado como una higiene oral regular, lo que aumenta el riesgo de caries y enfermedad gingival. El índice más elevado se observó en el rango de entre 34 y 47 meses de edad, con un 21.51% de las superficies dentales con placa. Al término de la intervención educativa se observó un cambio significativo y una disminución generalizada de este índice, encontrando un promedio de 0.86 logrando así reducir uno de los principales factores de riesgo a caries dental; este cambio se fue posible debido a la instrucción de higiene oral proporcionada a las madres de familia tanto en su cavidad bucal como en la de los niños.

Con relación a lo anterior, los padres del presente estudio expresaron en los grupos focales, respecto a que *“los niños son los que deben estar encargados por sí mismos de su cuidado bucal”*, mostrando cierta actitud de indiferencia ya que en su opinión aún siendo los niños de corta edad no deben supervisar el aseo/cepillado de los dientes porque éstos no cooperan. Lo anterior contrasta con los conocimientos que emitieron referente a que consideran importante el cuidado bucal ya que *“al no haber cepillado se pueden padecer diferentes enfermedades bucales a lo largo del tiempo”* pues a pesar de que lo sepan no lo vigilan en los niños.

Los hallazgos obtenidos al terminar este estudio nos permiten observar que es posible lograr una disminución de algunos indicadores de salud oral en niños menores de 4 años,

luego de una intervención educativa dirigida a madres. Estos resultados demuestran que los padres son los principales transmisores de los hábitos de salud y creadores de patrones de comportamiento durante los primeros años de vida de sus hijos; lo cual concuerda con lo planteado por González, Giraldo y Varela quienes demuestran que promover actitudes para el cuidado de la salud oral en padres durante los primeros años de vida de sus hijos fomentará buenos hábitos y costumbres en sus hijos²¹.

De igual manera la motivación, el conocimiento, las instrucciones de higiene oral, la destreza manual y el acceso a los productos básicos de higiene oral, pueden explicar el resultado de la disminución del número de dientes con mancha blanca activa, en este sentido Cárdenas explica que una superficie dental limpia no se enferma, indicando que la remoción cuidadosa de la PDB acumulada en la unión dento-gingival previene la inflamación de encías y la formación de caries ⁴¹.

Así mismo el nivel de conocimientos sobre atención odontológica en esta población fue regular, lo cual coincide con lo descrito por Holldings quien menciona que la visita temprana al dentista establece una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud bucal de niños y padres, así también permite establecer decisiones oportunas respecto a los patrones alimenticios, complementación con flúor y programas de higiene bucal. En contraste con los resultados obtenidos por Chambi quien reportó un nivel de conocimiento malo ⁴⁴. Así mismo, Pachas encontró que la consulta odontológica en niños menores de 6 años es muy baja y ocurría sólo cuando existían molestias y necesidades restauradoras, observándose una carencia de medidas preventivo-promocionales durante los primeros años de vida. Coincidiendo con Podadera y Madeiros mencionan la importancia y la relación entre la orientación del profesional odontólogo y la buena información de la población así como sus repercusiones en salud bucal ⁴⁵.

El nivel de conocimiento sobre higiene oral fue regular en este estudio, lo que indica que se deben mejorar las estrategias de promoción y prevención al respecto. Estos resultados coinciden con Contreras quien reportó que sólo la mitad de los encuestados tuvieron prácticas adecuadas de higiene buca ⁴⁶. En contraste con los resultados de Melgar y Chambi⁴⁷ quienes obtuvieron un nivel de información malo, concordando con Texeira quien obtuvo que la mayoría de las madres no reciben información sobre cómo realizar la higiene bucal de su

bebé y que no conocen adecuadamente cuándo se debe empezar la higiene dental en el bebé
48.

González *et al.* describe que después de una intervención educativa a padres de niños entre 2 y 4 años, lograron una reducción del IHOS de los niños en un 18.3%, con respecto al primer examen²⁹. Ortiz *et al.* también evidenciaron que hay una asociación entre el antes y después de la capacitación a madres, pues encontraron que el índice de PDB final en niños de 4 años tiene un nivel inferior obtenido a la inicial⁴⁹. Estos resultados son similares a los de esta investigación donde se demostró que hay disminución del IHOS en un 17.9%.

Vale la pena añadir que, con respecto al nivel socioeconómico, ha sido reconocido por Martignon, González y Pachás, ha sido reconocido como uno de los factores determinantes en el desarrollo de la caries dental; la cuál es más frecuente en grupos de estratos socioeconómicos bajos en comparación de los más favorecidos, coincidiendo con las características de la población estudiada⁵⁰. A su vez la escolaridad de los padres muestra una asociación a la presencia de caries, ya que altos niveles educativos generalmente son predictores de buenos hábitos, altos ingresos, mejor estilo de vida y mayor probabilidad de acceso a los implementos de higiene oral⁴¹⁻⁴³.

El rol que desempeñan las madres en el cuidado de sus hijos también depende de las percepciones y hábitos que ellas tengan, por lo que resultará sumamente importante conocer las creencias, hábitos, actitudes y prácticas para poder diseñar una estrategia personalizada en el proceso de educación en salud bucal, en este caso la técnica ideal resulta ser los grupos focales ya que nos permite conocer todas estas vivencias y tomarlas a favor para el diseño de dicha estrategia⁵¹.

Al analizar los resultados se encontró que, al intervenir con un programa de salud bucal por un periodo considerable, se logró modifica hábitos y adquirir conocimientos. Se obtuvieron mejores resultados aplicando el programa “Educar en salud” a través del uso de una metodología en la cual se promueve la participación activa de las madres y se aprende a través de estrategias dinámicas y participativas, disminuyendo la incidencia de caries dental

y mantener la salud bucal. Coincidiendo con lo expresado por Crespo quien realizó una revisión bibliográfica y concluyó que la intervención educativa es un método eficaz y adecuado para adquirir e incrementar conocimientos sobre salud bucal que transmitan estas enseñanzas y el valor de la salud bucal a su familia, convirtiéndose en verdaderos promotores de la salud bucal de su comunidad⁵².

En esta investigación se establece la ineludible responsabilidad de los profesionales de la odontopediatría para fomentar el interés de los padres de familia para el cuidado de salud bucal de sus hijos. Aprovechando de esta manera el establecimiento de una estrategia sanitaria nacional de salud bucal que enmarca un modelo de atención integral de la persona, familia y comunidad, considerando a la salud bucal como una prioridad sanitaria, en donde la pieza clave es el odontólogo quien deberá ayudar a disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales.

Por los resultados y razones expuestas el odontopediatra debe estar capacitado no solo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también el de ser competente en el manejo de estrategias educativas como una herramienta de prevención de enfermedades bucales, tal como lo es la caries dental y enfermedades periodontales, principales causas de morbilidad bucodental, principalmente cuando se trata de educar a niños en las primeras etapas importantes para la instalación de hábitos de salud bucal.

CONCLUSIONES

Es un hecho que las acciones preventivas demuestran ser estrategias eficaces en el control de las principales enfermedades orales (caries dental y gingivitis) que afectan a los niños; las cuales pueden ser modificables con una adecuada higiene oral, alimentación adecuada y uso de flúor. Por lo que la utilización de una intervención educativa a corto plazo dirigida a madres permite lograr una disminución en algunos indicadores que evalúan condiciones de salud bucal.

Al analizar los cambios en el IHOS, se observa una diferencia significativa ($P=0.005$) entre el 1.86 observado inicialmente y el 0.85 final. La higiene oral paso de ser cuestionable y considerada como un factor de riesgo, a ser aceptable.

De acuerdo a la severidad de las superficies cariadas se encontró que el código 1, 2 y 4 se mantuvieron; mientras que los códigos 3 y 5 redujeron observándose la aparición de 3 obturaciones de ionomero de vidrio ($T=-1.36$ y $P=0.184$).

Inicialmente solo en el 58% de los casos se realizaba higiene bucal 2 o más veces al día, al finalizar el programa se realizaba en el 74% de los casos, con una diferencia significativa ($P=0.065$), mejorando la higiene y disminuyendo el riesgo de caries.

De los pacientes que ingerían alimentos previos al sueño, inicialmente solo en el 39% de ellos se realizaba higiene bucal, después del programa el 97% de los casos ya la realizaba, observando un cambio significativo ($P=0.000$) y la reducción de este factor de riesgo.

La intervención educativa en salud buccal dirigida a madres de menores de 4 años influyen significativamente logrando el incremento de conocimientos de las madres además de la disminución del IHOS y un mantenimiento de las lesiones cariosas. Se recomienda realizar programas educativos en salud bucal con metodología diversa que contemple temas de higiene bucal, alimentación y conocimientos generales de salud bucal, aplicados por un

periodo de minimo 4 meses dirigido a padres desde los primeros años de vida de sus hijos, evaluando la intervención periódicamente para determinar la utilidad e influencia y asi ayudar a estebaaccer o reforzar hábitos de salud buccal, estos programas deberían ser impartidos principalmente en instituciones educativas iniciales.

En la educación para la salud se debe analizar al individuo como un todo y como un ser que tiene un bagaje de experiencias previo, por lo que se debe partir de los conocimientos que ya tiene y tomar en cuenta sus prácticas y actitudes ante el tema de la salud bucal, ya que solo de esta manera se podrá comprender desde dónde partir, cómo abordarlo y cuáles son sus expectativas para la adopción de nuevos saberes y hábitos benéficos.

Por otro lado, es necesario por parte del odontopediatra el estudio de los componentes culturales de determinada región para desarrollar actividades que realmente generen un impacto en la población.

RECOMENDACIONES

Los resultados de la evaluación de este programa educativo-preventivo, indican un inicio temprano y lento desarrollo de la CIT, en los niños 1 a 4 años de edad del programa de “Estimulación Temprana” de la UUIS de San José Tecoh.

Sería recomendable complementar este tipo de programas siempre con una fase restaurativa-preventiva, en la que se pueden utilizar técnicas mínimamente invasivas como el Tratamiento Restaurado Atraumático y aplicaciones de barniz de flúor en los estadios iniciales de CIT con lesiones de mancha blanca.

Es importante la creación de programas en prevención sostenibles por parte del gobierno, de las autoridades en salud oral y de la comunidad, los cuales inicien antes o inmediatamente después de la erupción dental, para continuar creando y promoviendo la salud oral en niños menores de 4 años de edad.

Como se mencionó con anterioridad, se debe incluir en los programas de salud bucal a aquellas personas que están en contacto con los niños desde edades tempranas para reforzar buenos hábitos. En este sentido, Maritza Sosa menciona que la promoción de la salud debe recurrir a su herramienta clave: la educación para la salud, la cual pretende fomentar el conocimiento del cuidado de la salud a partir de lo que el individuo ya sabe, a fin de generar un aprendizaje y con ello facilitar cambios de comportamiento adecuados⁴⁹.

Además, hay que tomar en cuenta que cuando se incide en las comunidades, las actividades educativas en salud bucal se deben realizar a través de un enfoque intercultural, es decir, se dirige la apropiación del conocimiento por parte de la población considerando sus propias experiencias. Esto implica la promoción de la independencia y autonomía en el análisis de su situación, la toma de decisiones, el planteamiento de sus necesidades y las acciones conjuntas en la interacción con otros sujetos, así como con el personal de servicios de salud.

El trabajo multi e interdisciplinario es elemental en el éxito de este tipo de programas educativo-preventivo, así como el apoyo y compromiso prestado por el personal que labora en estas instituciones de salud, generalmente integrado por pasantes de psicología, rehabilitación, trabajadores sociales, odontología, enfermería, entre otros. Todos ellos contribuyen tanto a promocionar la participación de los binomios madre-hijo, como cediendo su tiempo y espacio para las pláticas y prácticas, reforzando así que el trabajo multi e interdisciplinario da lugar a resultados positivos.

El cuidado de la salud del niño debe ser realizado desde el nacimiento en donde se efectuaran consultas periódicas con el odontopediatra, teniendo así a un especialista para reforzar buenos hábitos higiénicos y alimentación adecuada, que realizará tratamientos preventivos o restaurativos en caso de ser necesario. Para esto es sumamente importante que los odontopediatras trabajemos en conjunto con otros especialistas de la salud como médicos generales, pediatras, enfermeras o trabajadoras sociales, sobre todo haciéndolos consientes de esta enfermedad y de que es totalmente prevenible. Incluso ginecólogos podrían trabajar en conjunto para educar a los futuros padres sobre el riesgo a que sus hijos puedan padecer caries. Por ello es necesario que los odontopediatras se responsabilicen y trabajen en generar el conocimiento y propagar esta información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 3ª sesión plenaria [monografía en internet] ONU, 2011 [consultado Junio 2017]. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>.
2. Bordoni N, Escobar A, Castillo M. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
3. Maheswari SU, Raja J, Kumar A, Seelan RG. Caries management by risk assessment: A review on current strategies for caries prevention and management. Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences. 2015; 7(Suppl 2):S320-S324.
4. Sanabria-Castellanos CM, Suárez-Robles MA, Estrada-Montoya JH. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2015; 14(28): 161-189.
5. Wernek RI, Lázaro FP, Cobat AG, Xabier MB, Abel L, Alcaïs A et al. A major gene effect controls resistance to caries. J Dent Res. 2011 Jun; 90(6): 735-9. 19.
6. Gutiérrez SJ, García DA, Santacoloma S, Mejía JP. Caries dental: ¿influyen la genética y la epigenética en su etiología?. Univ Odontol. 2013; 32(69): 83-92.
7. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental: Nota informativa No. 318 2007 [consultado en Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
8. Secretaría de Salud, México. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2014 [consultado en Octubre 2017] en línea: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_sivepab.html.
9. Sánchez-Pérez L, Alanís-Tavirab J, Vera-Hermosillo H, Rodríguez-Gurza M, Arjona-Serrano J, Sáenz-Martínez L. Factores de riesgo para caries en escolares rurales y urbanos de Yucatán. Ciencias Clínicas. 2013; 14 (1):3-11.

10. Jiménez-Farfán D, Macario-Hernández A, Hernández-Guerrero J, Viveros-Amador C, Juárez López L. Caries y fluorosis dental en niños y adolescentes del sur de México: análisis retrospectivo. *Rev Salud Odont* 2015; 1(1): 10-19.
11. Franco A, Martínez C, Álvarez M, Coutin I, Larrea I, Otero M, et al. Los niños tienen la palabra: nuestras bocas sanas para una vida sana. *Revista CES Odontología*. 2008; 21(1): 9-16.
12. Navarrete C. Estudio comparativo de prevalencia de caries dental de los años 2010 Vs 2014 por Entidad Federativa de los Estados Unidos Mexicanos en la población de 12 años. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. 2016; 1(1): 1-12.
13. Leavell HR, Clark EG: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, New York, McGraw-Hill, 1953.
14. Leavell and Clark: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community, An Epidemiologic Approach*, 3red. NY, RE Dreges, 1997.
15. Plan Nacional de desarrollo, México. Programa sectorial de salud 2013-2018. [Consultado septiembre 2017]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf.
16. Ramírez A, Suárez S, De la Fuente J, Shimada H, Reyes J, Acosta-Torres L. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Siic Salud* 2015; 3(1):1-8.
17. Mehta A, Kaur G. Oral health-related knowledge, attitude, and practices among 12-year-old schoolchildren studying in rural areas of Panchkula, India. *Indian J Dent Res* 2012; 23(2):293-299.
18. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud 2009, 94-95.
19. Gumucio S. Data collection: Quantitative methods, The KAP survey model (knowledge, attitude & practices). *Médecins du Monde*, Francia, 73 p., 2011.
20. González F, Hernández L, Correa K. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(1) 59-68.
21. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Rev. Ciencias Médicas*. 2013; 17(5):51-63.

22. Cruz N. El gusano de las muelas: medicina y magia simpatética entre los mayas. *Estudios de cultura Maya*. 2012; 40: 167-189.
23. Jiménez R, Castañeda M, Corona M, Estrada G, Quinzán A. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *MEDISAN* 2016;20 (5):605-610.
24. Khamaiseh A, Al Bashtawy M. Oral health knowledge, attitudes, and practices among secondary school students. *British Journal of School Nursing*. 2013; 8(4):194-199.
25. Suprabha B, Rao A, Shenoy R, Khanal S. Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11-to 13-year-old children in an urban community in India. *Glob Health Action*. 2013; 6: 20750.
26. Hilton I, Stephen S, Barker J. Cultural factors and children's oral health care, a qualitative study of carers of young children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35 (6):429- 438.
27. Butani Y, Weintraub J, Barker J. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: Assessment of the literature. *BMC Oral Health* 2008; 8(1): 26-29.
28. Chandra BR, Babu P. Cultural factors in health and oral health. *IJDA* 2009; 1(1): 24-30.
29. Pérez S, Gutiérrez M, Soto L, Vallejos A, Casanova J. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. *Rev Cubana Estomatol* 2006; 39(3): 265-281.
30. Herrera S, Lucas Rincón S, Medina-Solís C, Maupomé G, Márquez-Corona M, Islas-Granillo H. et al. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en escolares nicaragüenses. *Rev Invest Clin*. 2009; 61(6): 489-496.
31. Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Avila-Burgos L, Vallejos-Sánchez A, Casanova-Rosado A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Rev Invest Clin*. 2006; 58(4): 296-304.
32. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. *Rev Cub Med Mil*. 2012; 41 (4): 379-384.

33. Segovia-Villanueva A, Estrella-Rodríguez R, Medina Solís CE, Maupomé G. Dental caries experience and factors among preschoolers in Southeastern México: A brief communication. *J Public Health Dent.* 2006; 66: 88-91.
34. Villalobos-Rodelo J, Medina-Solís CE, Maupomé G, Pontigo-Loyola AP, Lau-Rojo L, Verdugo Barraza L. Caries dental en escolares de una comunidad del noroeste de México con dentición mixta, y su asociación con algunas variables clínicas socioeconómicas y sociodemográficas. *Rev Invest Clin* 2007; 59: 256-67.
35. Romo-Pinales R, Herrera M, Bribiesca-García M, Rubio-Cisneros J, Hernández-Zavala M, Murrieta J. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2006; 62: 125-135.
36. Capote M, Campello E. Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología.* 2012; 49 (1):47-54.
37. Limaylla R, Chein S. Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. *Odontol. Sanmarquina* 2009; 12(2):57-61.
38. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Salud Pública Méx.* 2010; 52(1):46-51.
39. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral : una mirada desde la salud pública. *Univ Odontol.* 2011;30(64):101–8.
40. Sanz M, Antoniazzi JH. Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educacion Odontologica (PLACEO). 1era ed. Sao Paulo; 2010: 195-196.
41. Cajamarca M de SDR de S. Metodología para el Trabajo Comunitario en Salud. Primera. Cajamarca; 51-59.
42. [Dye BA](#), [Vargas CM](#), [Lee J](#), [Magder L](#), [Tinanoff N](#). Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc.* 2011 Feb; 142(2):173-83.
43. Díaz-Cárdenas S, González-Martínez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. salud pública.* 2010; 12(5): 843-851.
44. Molouk T, Hami P, Jahangir H, Mohammad G, Fatemeh S. *Sch. J. Dent. Sci.* Enero

2016; 3 (1):31-36.

45. Benavente L, Chein S, Campodónico C, Palacios E, Ventocilla M, Huasupoma A et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1): 14-18.
46. García M, Fredemir P, Zanetti M, Garcia C. Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19 (1):1-9.
47. Ortiz E, Sánchez-Borjas P, Delgado-Angulo E. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. *Rev Med Hered* 2006; 17 (3):170-176.
48. Salinas A. Efecto del nivel de streptococcus mutans salival, índice de higiene oral e índice de comportamiento en higiene oral sobre el índice ceod en niños y niñas de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana. Chile, Universidad Autónoma de Chile 2013: 1-50.
49. Chávez G. La orientación docente y su relación con el desarrollo de hábitos de higiene bucal en educación primaria. Morelia, Michoacán 2008: 1-80.
50. Díaz Y, Gato I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. *Revista Médica Electrónica*. 2011; 33(1): 52-59.
51. Ochoa-Acosta EM, Roldán-Vargas O, Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Mejía-Pineda OL. El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales. *Rev Nac Odontol*. 2014;10(19):47-54.
52. González S, Giraldo M, Torres M, Tamayo C, Arias M. Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta – Antioquia, 2006. *Revista CES Odontología*. 2007; 20 (2): 9-15.
53. González S, Álvarez L, Amaya A, Atuesta C, Betancur G, Múnera T. Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología* 2012; 1(1):82-89.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Autónoma de Yucatán

Facultad de Odontología



Estimado padre de familia de la manera más atenta nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar el consentimiento para que a su hijo(a)_____ se le realice una revisión bucal breve con la finalidad de poder conocer el estado de salud oral y así poder proporcionarle consejería y educación sobre la higiene bucal de sus hijo (a), prevención, acciones de diagnóstico y promoción de la salud. El consentimiento es de forma voluntaria, sin costo que afecte a su economía y con la seguridad de que los procedimientos que se realicen contribuirán a la salud de sus hijos.

Fecha: _____

Firma, nombre o huella del padre, madre o tutor

ANEXO 2

CUESTIONARIO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL

Universidad Autónoma de Yucatán

Facultad de Odontología



- 1. ¿Qué es la caries dental?**
 - a. Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
 - b. No es una enfermedad
 - c. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
 - d. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

- 2. Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:**
 - a. Compartir utensilios
 - b. Compartir cepillos dentales
 - c. Besos en la boca
 - d. Todas las anteriores

- 3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?**
 - a. Es una capa 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. Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
 - b. No, porque no cumplen ninguna función
 - c. No, porque al final se van a caer
 - d. No, porque no son los dientes 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

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. Solo 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. El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- 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, ya que como no tiene nada no es necesario
- d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9. Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree

Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a. Si
- b. Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c. No
- d. Los dientes de leche no son importantes

- 10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?**
- a. El flúor
 - b. Una correcta higiene bucal
 - c. Evitar consumo excesivo de azúcares
 - d. Todas las anteriores
- 11. ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?**
- a. Frutas y vegetales
 - b. Gaseosas y frutas
 - c. Juguitos y galletas
 - d. Todas las anteriores
- 12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?**
- a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
 - b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja
 - c. Juguitos, leche chocolatada, sabritas
 - d. Todas las anteriores
- 13. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto**
- a. El niño nunca debe consumir azúcar
 - b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
 - c. El niño puede consumir azúcar 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 mes 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 más expuesto a tener caries
 - d. No pasa nada

- 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 5 años
 - c. A partir de la adolescencia
 - d. En niños menores de 2 años
- 18. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?**
- a. No
 - b. Solo antes de dormir
 - c. Solo con usar un enjuagatorio basta
 - d. Si
- 19. ¿Cada qué 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 supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.
 - c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
 - d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

ANEXO 3

GUIÓN DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES DE PADRES

Universidad Autónoma de Yucatán

Facultad de Odontología



SABERES ACERCA DE TEMÁTICAS GENERALES DE SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Qué opinan de la importancia del cuidado de sus dientes?

Pregunta 2. ¿Qué piensan acerca de la higiene de sus dientes y la boca?

Pregunta 3. ¿Qué piensan acerca de cómo se ven sus dientes al ser cepillados?

Pregunta 4. ¿Qué utilizan para la limpieza de sus dientes?

Pregunta 5. ¿Qué es lo que normalmente hacen cuando tienen dolor dental?

Pregunta 6. ¿Cómo considera el estado de salud de sus dientes?

Pregunta 7. ¿Cómo considera el estado de salud de los dientes de sus hijos?

Pregunta 8. ¿Consideran que en la UUIS está resuelto el problema de atención dental de su familia?

Pregunta 9. ¿Cuál es su opinión respecto al apoyo por parte del gobierno para la atención a la promoción de la salud bucal?

Pregunta 10. ¿Qué piensan ustedes como padres para apoyar la salud bucal de sus hijos?

SABERES ACERCA DE CARIES

Pregunta 1. ¿Por qué se produce la caries dental?

Pregunta 2. ¿Cómo se ve una lesión inicial de caries?

Pregunta 3. ¿A qué edad le salen los primeros dientes a los niños?

Pregunta 4. ¿Qué piensa acerca del cuidado de los dientes de leche (temporales)?

Pregunta 5. ¿A qué edad creen que comienza la limpieza de la boca de un niño?

Pregunta 6. ¿Por qué consideran que es importante la utilización de pasta dental para la limpieza de sus dientes?

Pregunta 7. ¿Por qué consideran que es importante controlar la cantidad de pasta dental de los niños?

Pregunta 8. ¿Cuál consideran que es la edad en la que el niño debe iniciar a usar pasta dental?

Pregunta 9. ¿Qué es el flúor?

Pregunta 10. ¿En donde lo pueda encontrar el flúor?

Pregunta 11. De acuerdo al dibujo de pasta de dientes.



a. Según su opinión ¿cuál de las tres figuras es la que utiliza para el aseo de los dientes de sus hijos?

b. ¿Es la misma cantidad para los niños que para los adultos? (En caso de ser diferente, ¿cuánto utilizarían para los niños?)

Pregunta 11. ¿Quién es el encargo de colocar la pasta dental en el cepillo del niño?

Pregunta 12 En su opinión, ¿para qué sirve el flúor sobre los dientes?

Pregunta 13. Existe información aquí en la colonia acerca de cómo cuidar los dientes de los niños?

Pregunta 14. ¿Cuál creen que es la principal función del cepillado dental?

Pregunta 15 En su opinión ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?

Pregunta 16. ¿Cómo se observa una lesión inicial de caries?

ACTITUDES EN SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Quiénes consideran que son los responsables de que el niño/a tenga los dientes limpios?

Pregunta 2. En su opinión ¿quiénes son responsables de que el niño/a no vaya al dentista?

Pregunta 3. Para ustedes ¿quiénes son los responsables de que el niño/a tenga caries o dolor dental?

Pregunta 4. Los dientes de sus niños ¿Por qué consideran que deben de ser cepillados aún en los días que usted se siente cansado?

Pregunta 5. En el caso de que sus niños ya estuvieran dormidos ¿Por qué lo despertarían para que se laven los dientes por la noche?

Pregunta 6. ¿Han presentado alguna vez dolor dental sus hijos?

PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

Pregunta 1. ¿Cuántas veces asisten al odontólogo al año?

Pregunta 2. ¿Cuál fue el motivo de su última visita al dentista?

Pregunta 3. ¿Qué sugieren para recibir información acerca de la salud bucal a los niños?

Pregunta 4. ¿Por qué consideran que los niños debe de salir de su casa con los dientes aseados ?

ANEXO 5

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL ÍNDICE DE ICDAS

Universidad Autónoma de Yucatán

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **FOLIO:** _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ANEXO 6

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Universidad Autónoma de Yucatán
 Facultad de Odontología

FOLIO _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

IHOS en niños

Órgano dentario y superficie						
	56 Superficie Vestibular	51 Superficie Labial	66 Superficie Vestibular	76 Superficie Lingual	61 Superficie Labial	86 Superficie Lingual
PDB						
Calculo dental						

Promedio de cálculo dentario =

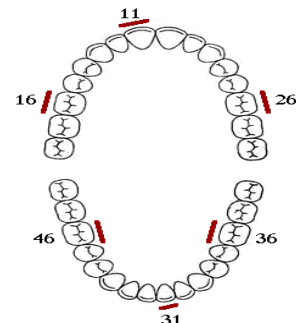
Suma del índice de detritos / número de dientes examinados

_____ / _____ = _____

Promedio de cálculo dentario =

Suma del índice de cálculo / número de dientes examinados

_____ / _____ = _____



IHOS =

Promedio de detritos bucales + Promedio de cálculo dentario

___ + ___ = ___

Clasificación	Puntuación
Excelente	0
Buena	0.1 – 1.2
Regular	1.3 - 3.0
Mala	3.1 – 6.0