



Universidad Autónoma del Estado de México

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA
DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO
DE MÉXICO EN EL CICLO ESCOLAR 2018-2019”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D. LILIANA ALCALÁ ARCE

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. EN C. M. PAOLA ARISELDA SÁNCHEZ REYNA

REVISORES DE TESIS:

M.EN EDUC. DEBORAH GARCÍA RIVAS PALMEROS.

M.S.H.O. MARÍA IVETTE CRUZ ABURTO

TOLUCA, MÉXICO



OCTUBRE 2019

FO

Facultad de Odontología

INDICE

I. MARCO TEORICO.....	3
A. DESARROLLO DENTAL.....	3
B. CRÓNLOGIA DE ERUPCION.....	7
C. ENFERMEDADES BUCALES	10
1.- Placa dentobacteriana	10
2.- Caries	12
3.- Enfermedad Periodontal	16
4.- Gingivitis.....	16
5.- Periodontitis	17
D. DIETA	20
E. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	22
F. TRATAMIENTOS INDICADOS POR PARTE DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO REGLAMENTADA POR LOS MINISTERIOS DE EDUCACIÓN Y DE SALUD PÚBLICA.....	25
II. ANTECEDENTES	29
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
IV. JUSTIFICACIÓN.....	40
V. OBJETIVOS	42
VI. HIPÓTESIS	43
VII. MARCO METODOLÓGICO.....	44
VIII. RESULTADOS.....	53
IX. DISCUSIÓN	86
X. CONCLUSIONES	90
XI. SUGERENCIAS	92
XII. ANEXOS	93
Anexo 1. Consentimiento informado paciente	93
Anexo 2. Instrumento de recolección de información.....	94
Anexo 3. Valores de evaluación del instrumento de recolección de información de nivel de conocimientos de la salud bucal de sus hijos	101
Anexo 4. Consideraciones bioéticas	102
XIII. REFERENCIAS.....	105

I. MARCO TEORICO

A. DESARROLLO DENTAL

La Odontogénesis es el principal proceso embriológico para formación del germen dental, intervienen los tejidos embrionarios del mesodermo y ectodermo, ambos se encuentran separados por una capa basal de origen epitelial. ¹

El Mesodermo junto con la cresta neuronal y sus células internas mesenquimales que darán origen a la lámina dental, a los odontoblastos, cementoblastos y fibroblastos; finalmente en el ectodermo realiza la formación del esmalte y ameloblastos. ¹

La maduración dental (MD) es un proceso de calcificación de la dentición temporal y permanente de un individuo, que comprende la formación de las primeras cúspides y bordes incisales de la dentición temporal hasta el cierre apical de los últimos molares en la dentición permanente. ²

Fases de la erupción

La erupción tiene lugar en tres fases, que, cronológicamente son:

1. Fase preeruptiva

Una vez iniciada la calcificación de la corona dentaria, el germen dentario en su conjunto se desplaza de modo centrífugo dentro de los maxilares. Toda vez que se inicia el crecimiento radicular, es cuando el germen se desplaza en sentido vertical hacia la encía. ³

2. Fase eruptiva prefuncional

Cuando ya está formado entre el 50 y el 75% de la raíz dentaria, se produce la emergencia clínica del diente a la boca. Se establece un área de enrojecimiento de la mucosa oral que luego se observa isquémica y, acto seguido, se produce la unión del

epitelio oral y dental. Hay un movimiento activo de salida del maxilar (erupción activa) a la par que se establece un movimiento apical de los tejidos blandos gingivales (erupción pasiva).³

3. Fase eruptiva funcional

Cuando el diente entra en contacto con su antagonista se detiene su desplazamiento vertical. Sin embargo, como ya se señaló, el diente continúa adaptándose durante el resto de su vida a las fuerzas que sobre él actúan y a su propio desgaste.³

Métodos para determinar la calcificación dental

Nolla en 1960, describió que durante la gestación y después del nacimiento, aparecen en distintos momentos y lugares, los centros de calcificación de diferentes piezas dentarias, cuyo desarrollo conduce a la maduración total de los dientes.⁴

La formación del esmalte de la corona, es lo primero que se observa radiográficamente. Al seguir la calcificación, la corona toma forma y es posible ver dentina y esmalte. El proceso de la formación de las raíces, se puede seguir radiográficamente.⁴

En los estadios de Nolla, se observan las diferentes etapas de calcificación y formación de las piezas dentarias, los movimientos eruptivos se inician en los estadios 6 y 7; y su formación radicular completa en el estadio 10, como se puede observar en la imagen1.⁴

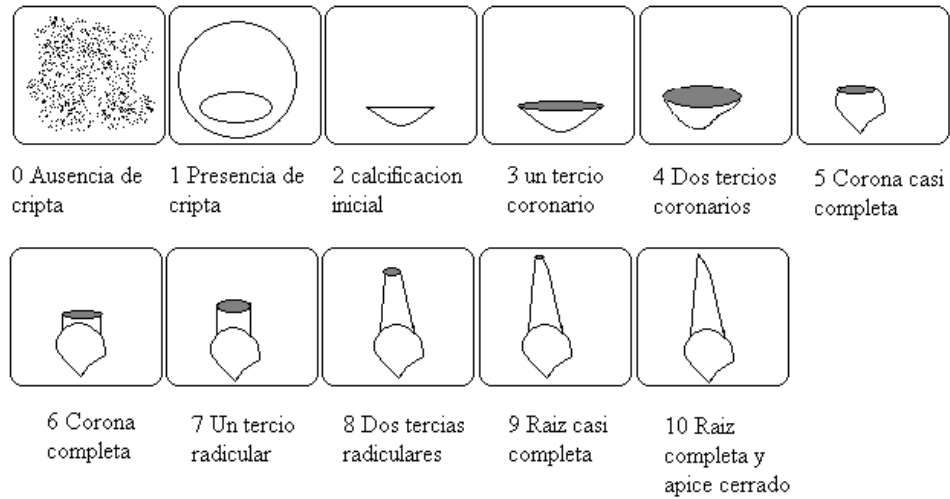


Imagen 1. Estadios de Nolla.

Fuente: internet

Otros métodos que evalúan la calcificación y la morfología de la cámara pulpar es el descrito por Demirjian et al., en el cual evalúa la magnitud de calcificación, morfología de la cámara pulpar y desarrollo radicular de los dientes del cuadrante inferior izquierdo excepto el tercer molar, utilizando como medio de diagnóstico una ortopantomografía, se describen 8 estadios madurativos para cada diente, ordenados alfabéticamente de la A hasta la H mediante criterios visuales y escritos, predominando en la valoración los criterios escritos sobre los visuales.³

Al nacer la cavidad bucal tiene forma de herradura tienden a extenderse bucal y labialmente más allá del hueso alveolar, y se desarrollan procesos alveolares que están cubiertos por almohadillas gingivales, tanto en superior e inferior contactan perfectamente las almohadillas en toda la circunferencia del arco, ya que son los que darán sitio a los dientes primarios.⁶

Órgano Dentario	Comienza formación de tejido duro	Cantidad de esmalte de nacimiento	Esmalte terminado	Erupción	Raíz terminada
Incisivo Central	4 meses v.i	5/6	1 ½ meses	7 ½ meses	1 ½ años
Incisivo Lateral	4 ½ m.v.i	2/3	2 ½	9 m.	2 a.
Canino	5 m.v.i	1/3	9 m.	18 m.	3 ¼ a.
Primer Molar	5 m.v.i	Cúspides unidad	6 m.	14 m.	2 ½ a.
Segundo Molar	6 m.v.i	Vértices cúspides aislados	11 m.	24m.	3 a.
INFERIOR					
Incisivo Central	4 ½ m.v.i	3/5	2 1/2	6 m.	1 ½ a.
Incisivo Lateral	4 ½ m.v.i	3/5	3 m.	7 m.	1 ½ a.
Canino	5 m.v.i	1/3	9 m.	16 m.	3 ¼ a.
Primer Molar	5 m.v.i	Cúspides unidad	5 ½	12 m.	2 ¼ a.
Segundo Molar	6m.v.i	Vértice cúspides aisladas	10 m.	20 m.	3 a.
Diente Primario	Comienza formación de tejido duro	Cantidad de esmalte de nacimiento	Esmalte terminado	Erupción	Raíz terminada
SUPERIOR					
Incisivo Central	4 meses v.i	5/6	1 ½ meses	7 ½ meses	1 ½ años
Incisivo Lateral	4 ½ m.v.i	2/3	2 ½	9 m.	2 a.
Canino	5 m.v.i	1/3	9 m.	18 m.	3 ¼ a.
Primer Molar	5 m.v.i	Cúspides unidad	6 m.	14 m.	2 ½ a.
Segundo Molar	6 m.v.i	Vértices cúspides aislados	11 m.	24m.	3 a.
INFERIOR					
Incisivo Central	4 ½ m.v.i	3/5	2 1/2	6 m.	1 ½ a.
Incisivo Lateral	4 ½ m.v.i	3/5	3 m.	7 m.	1 ½ a.
Canino	5 m.v.i	1/3	9 m.	16 m.	3 ¼ a.
Primer Molar	5 m.v.i	Cúspides unidad	5 ½	12 m.	2 ¼ a.
Segundo Molar	6m.v.i	Vértice cúspides aisladas	10 m.	20 m.	3 a.

Tabla 1. Modificación de la cronología de la dentición humana en dientes temporales de Logan y Kronfeld (Lunt y Law, 1974).⁷

	Estadios de desarrollo de los dientes permanentes según Demirjian			
	Molares	Premolares	Caninos	Incisivos
A) Calcificación inicial de la corona				
B) Superficie oclusal Fusionada.				
C) Superficie oclusal formada.				
D) Formación de la corona completa hasta la unión cemento-esmalte.				
E) Diente unirradicular: longitud radicular menor que el tamaño de la corona (en molares la bifurcación ya es visible).				
F) La longitud radicular es igual al largo de la corona.				
G) El ápice de los canales radiculares está parcialmente abierto.				
H) El ápice de los canales radiculares está cerrado.				

Imagen 2. Estadios de madurez de acuerdo al método de Demirjian
Fuente: internet

B. CRÓNLOGIA DE ERUPCION

La erupción dental se define como el proceso por el cual aparecen los dientes en boca; el movimiento fisiológico del diente comienza en dirección axial desde su posición original en el maxilar hasta su posición funcional en la cavidad bucal. El movimiento de los dientes en el proceso de erupción ocasiona un desarrollo en el hueso alveolar. A nivel de los arcos dentales se produce un crecimiento en sentido sagital, transversal y vertical.⁷

La secuencia de formación dental sigue de cerca la formación de los tejidos óseos que los rodean. El seguimiento del patrón de la erupción de los órganos dentarios comienza con los Incisivos, caninos y molares temporales.⁷

Erupción en la dentición temporal

Los dientes comienzan a salir en los maxilares a los seis meses de edad y se completa la dentición infantil hacia los treinta meses de vida, si bien se entiende como normal para tener completada la dentición decidua los 36 meses \pm 6 meses.

Por lo general, los dientes inferiores preceden a los superiores, quizá la excepción sería el incisivo lateral, sin que existan variaciones intersexuales. La dentición comienza por los incisivos centrales inferiores y continúa por los siguientes: incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, primer molar inferior, primer molar superior, canino inferior, canino superior, segundo molar inferior y segundo molar superior.⁵

La exfoliación de los dientes temporales se lleva a cabo por odontoclastos y se trata de un fenómeno intermitente, en el cual priman los periodos de calma. Se desconocen los mecanismos íntimos que desencadenan este proceso, pero tiene una relación directa con la erupción del diente permanente, así como con la fuerza masticatoria ejercida sobre el diente temporal.⁵



Imagen 3. Cronología de erupción de los dientes temporales.

Fuente: internet

Erupción en la dentición permanente

Se inicia a los seis años de edad con la erupción del primer molar permanente, que lo hace detrás (en el área retromolar) del segundo molar temporal, sin que suponga exfoliación alguna de diente temporal, lo que hace, en no pocos casos, que pase desapercibido para los padres. Se ha descrito que en las últimas décadas, sin embargo, hay una tendencia creciente a que el primer diente definitivo que erupciona sea el incisivo inferior. Sea como fuere, con esa erupción da comienzo la dentición mixta primera fase, que concluirá cuando todos los incisivos y los primeros molares permanentes hayan erupcionado.²

Al aproximarse la pubertad se produce la erupción de los restantes dientes, los de los sectores laterales, iniciándose la dentición mixta segunda fase, con grandes variaciones individuales, influidas hormonalmente y con un adelantamiento generalizado en las niñas de 6 a 12 meses respecto de los niños. También hay variaciones interarcadas, pues en la inferior la secuencia es canino, primer premolar, segundo premolar, en tanto que en la superior es el canino el que erupciona en segundo o en tercer lugar respecto a los premolares. En cualquier caso, se considerará patológico cualquier orden si el segundo molar definitivo erupciona antes de que se haya exfoliado el segundo molar temporal.²

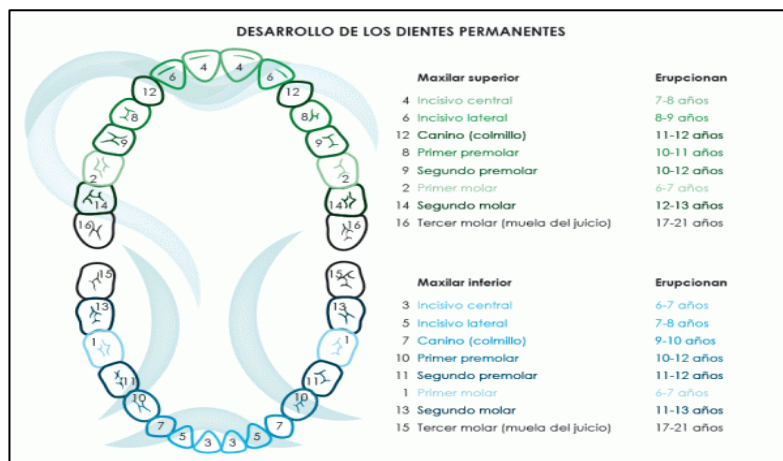


Imagen 4. Cronología de erupción de los dientes permanentes.
Fuente: Internet

Posteriormente el desarrollo de los órganos dentarios permanentes se llevará a cabo a partir de la lámina sucesora y el patrón de desarrollo de inervación de cada individuo. Este primer periodo es importante para la nueva oclusión, porque con la erupción del primer molar permanente se adquiere una nueva relación molar y al erupcionar los incisivos superiores e inferiores se establece la sobremordida horizontal y vertical, fundamentales para la oclusión dental.⁷

C. ENFERMEDADES BUCALES

El resultado del descuido de la salud dental y oral, por deficientes hábitos personales, puede ocasionar enfermedades bucales. Las enfermedades de la cavidad bucal más comunes, no solo afectan a la zona de la boca, sino que pueden estar directamente relacionadas con otras patologías, por lo que es importante conocer su etiología, prevención y tratamiento.⁸

1.- Placa dentobacteriana

Se define como una masa de consistencia blanda, tenaz y adherente con contenido bacteriano de glucoproteínas.⁸

Las bacterias de la placa forman una matriz orgánica, rica de proteínas y polisacáridos, con algunos lípidos inorgánicos como, potasio, sodio, fosfato, magnesio, flúor y calcio, de la saliva se producen las glucoproteína que se encuentra en la matriz intracelular y extracelular.⁸

Etiología

Cuando el ameloblasto termina su función formadora de la varilla de esmalte, secreta la membrana de Nasmyth o cutícula primaria del esmalte, que recubre el diente recién erupcionado, se desgastada por la masticación y la limpieza, mientras perdura

la membrana no existe contacto con la saliva, pero cuando esta desaparece queda cubierto por glucoproteínas, que se adhieren a la hidroxiapatita del esmalte, y así se forma la película adquirida.⁸

La película adquirida es una delgada cutícula de (10 µm de espesor) de naturaleza orgánica, estéril y acelular, que recubre todas las superficies dentarias expuestas al medio bucal.⁸

Interviene en la fisiopatología oral y dentaria, adherida la película al esmalte y a las superficies dentarias tales como los residuos alimentarios y la materia alba, durante la masticación de los alimentos, se forma la materia alba, que está compuesta por microorganismos, células epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales.⁸

A través del vínculo constituido entre la película adquirida, y los escasos medios mecánicos de autolimpieza bucal, los primeros microorganismos adherentes se forma la placa bacteriana y el sustrato dental, donde esto da inicio a las dos importantes enfermedades, la caries y la enfermedad periodontal.⁸

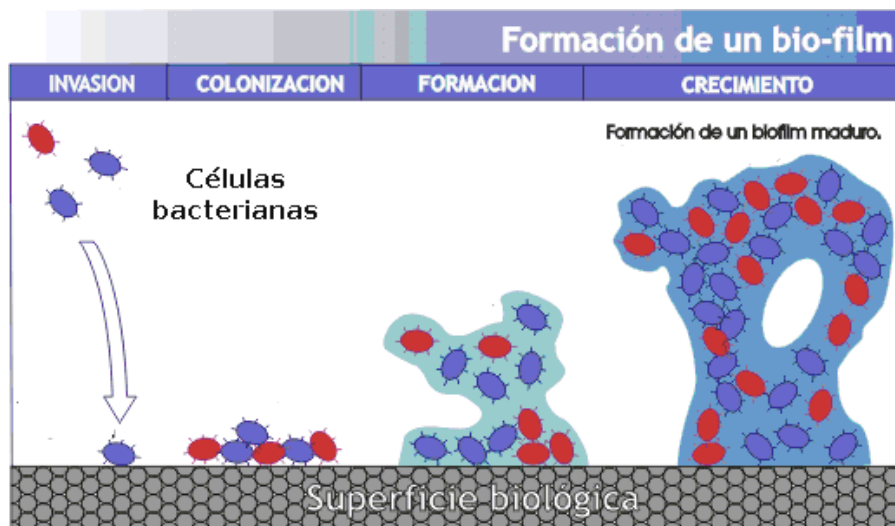


Imagen 5. formación de bio-film
Fuente: de internet⁸

La cronología de la placa dentobacteriana se forma en tres etapas:

- 1.- El depósito de la película adquirida
- 2.- Colonización de por diferentes especies bacterianas.
- 3.-Formación de la placa madura. ⁸

Áreas Retentivas de Placa Dentobacteriana

1. NATURALES

- a) Espacio Interproximales
- b) Hoyos y fisuras profundas
- c) Irregularidades de posición y alineación
- d) Dientes fuera de función
- e) Forma incorrecta o anormal de la corona dentaria
- f) Cavidades de caries ⁸

2. ARTIFICIALES

- a) Restauraciones con forma y contorno incorrectos y mal terminados
- b) Extensión inadecuada que no permite una buena terminación marginal
- c) Contactos defectuosos
- d) Ausencia de dientes y sus consecuencias
- e) Cambios dimensionales de desgaste, fractura y filtración marginal de los materiales de restauración.
- f) Retenedores de prótesis u otros aparatos removibles
- g) Tratamientos ortodónticos
- h) Mantenedores de espacio
- i) Prótesis fija con diseño inadecuado. ⁸

2.- Caries

Se considera una enfermedad infecciosa multifactorial que afecta a los tejidos de los dientes; según la OMS la define como un proceso patológico que se inicia tras la erupción de los órganos dentarios, y puede producir un reblandecimiento de los

tejidos duros de los dientes evolucionando tras formar una cavidad, y se produce por la ingesta de carbohidratos y el déficit higiene bucal.⁸

Etiología

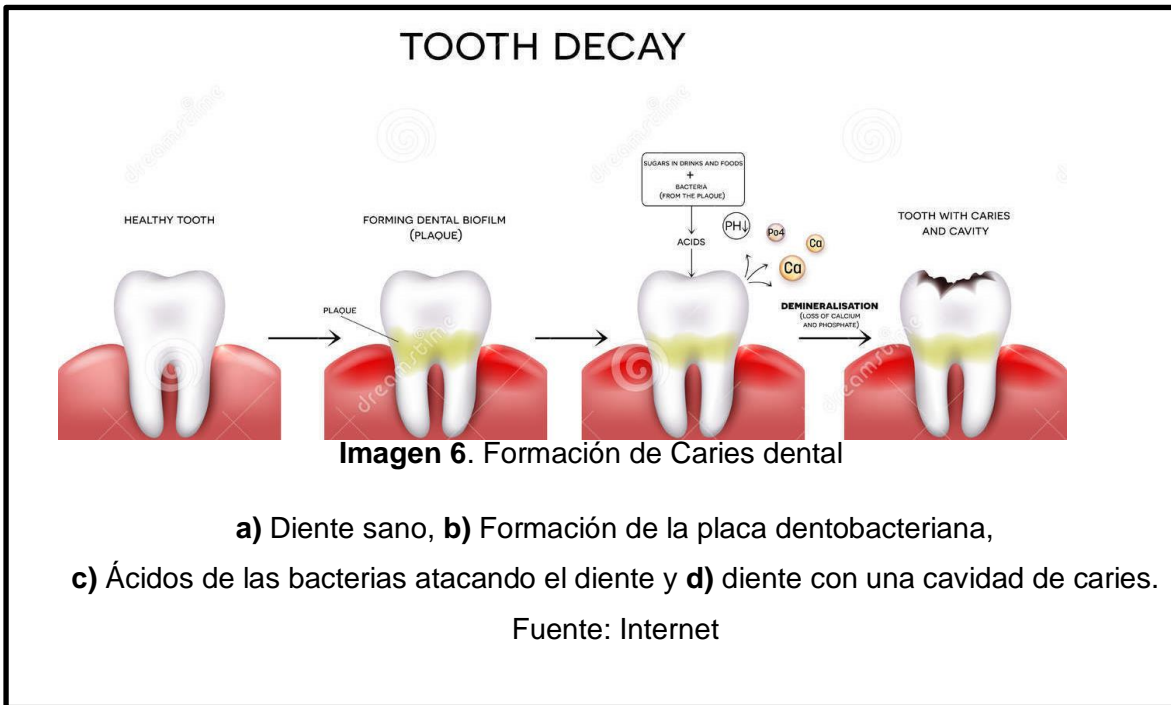
La caries existe por la integración de tres factores muy importantes en la etiología que son el huésped, el sustrato y el tiempo, así también como factores moduladores como la edad, el estado socioeconómico, nivel educativo, hábitos alimenticios y conocimiento de higiene bucal.⁸

Un importante punto para que se produzca la caries, es la adhesión inicial del *Streptococo mutans* a la parte superficial del diente. Esta adhesión está dada por la relación que entre una proteína del microorganismo (PAC) y otras de la saliva que son adsorbidas por el esmalte dental, y la acumulación de la placa, y la deficiencia de higiene, que es proceso que ocurre cuando el *Streptococo mutans* produce glucanos solubles e insolubles utilizando las enzimas glucosiltransferasas (GTF), a partir de los azúcares de la dieta.⁸

Los microorganismo cariogénico más importante, que se encuentran en la cavidad bucal es el *estreptococos mutans*, que son bacterias en forma de coco, crecen en cadenas no tiene movimiento, y es el primero en colonizarse en el diente. La bacteria obtiene su energía de los alimentos que ingerimos, su flexibilidad le permite romper una alta gama de hidratos de carbono como: sacarosa, glucosa, fructuosa, galactosa, maltosa y el almidón.⁸

PROCESOS OCURRIDOS DURANTE LA CARIES

1. Reblandecimiento
2. Cambio de coloración
3. Invasión bacteriana.⁹



FACTORES DE DEFENSA

En la Iniciación y el desarrollo de una lesión cariosa:

1. Los alimentos y los microorganismos atrapados en las áreas retentivas de la cavidad bucal forman placa.
2. La placa madura y comienza a producir ácidos.
3. Los ácidos atacan al esmalte, lo desmineralizan y se crea una cavidad.
4. Se produce la invasión microbiana masiva con ácidos y enzimas para destruir todo el diente. ⁹

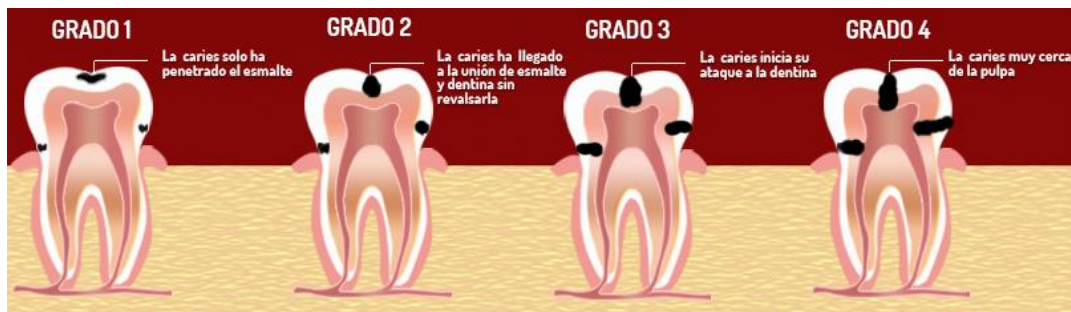
SIGNOS	AGUDA	CRONICA
---------------	--------------	----------------

Decoloración	Suave	Fuerte
Dureza en la frente de decoloración	Gran reblandecimiento	Reblandeciendo suave
Dentina reblandecida pero no decolorada	Gruesa	Delgada
Dureza en el frente microbiano	Gran reblandecimiento	Reblandeciendo suave
Dentina reblandecida pero no infectada	Gruesa	Delgada
Depósito de dentina esclerótica	Escasa	Frecuente

Tabla 2 .Características de Caries Aguda y Crónica

9

GRADO DE CARIES



<p>Grado 1</p> <p>Primero Comienza con la descalcificación del esmalte dental originando la aparición de manchas blancas o líneas blancas, pueden ser reversibles, por lo general es extensa y poco profunda.</p> <p>*Asintomática</p>	<p>Grado 2</p> <p>La caries ya atravesó la línea amelodentinaria y se ha intrudido en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, se forma una cavidad en el esmalte de color oscuro,</p> <p>*Asintomática</p>	<p>Grado 3</p> <p>La caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación su proceso continúa a la capa dentinaria y provoca dolor en los cambios térmicos.</p> <p>*Sintomático (dolor espontáneo y provocado)</p>	<p>Grado 4</p> <p>El avance de caries es destructivo, llega a la pulpa dental y causa dolor espontaneo, luego abscesos que indica lesión irreversible.</p>
---	--	---	---

Imagen 7. Grados de caries

Fuente: Internet

3.- Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías, es la causa principal de pérdida de dientes en los adultos, su principal causa es la interacción entre las bacterias que se encuentran en la placa dental existen varios tipos y etapas de la enfermedad, todas las cuales comienzan con una infección de la encía que puede moverse a los huesos y ligamentos que soportan el diente.

El inicio y progresión de las enfermedades periodontales está dado por una serie de factores locales y sistémicos.¹⁰

4.- Gingivitis

Es un proceso inflamatorio reversible de la encía que provoca cambios de decoloración en la encía, edema y sangrado evoluciona la enfermedad afectando al diente y sus estructuras de soporte. Sus principales factores etiológicos que la causa es la placa dentobacteriana al igual el inicio cariogénico, puede producir la gingivitis por la acumulación de placa que avanza apicalmente hacia la encía, apiñamiento dental, obturaciones defectuosas, ya que estos son los principales consecuencias por la deficiencia de la higiene bucal. Factores genéticos Es la causa por la ingesta en exceso de carbohidratos y dieta blanda que facilitan la formación de la placa dentobacteriana, enfermedades sistémicas crónicas, que modifican la inflamación del periodonto y garantiza el avance de la enfermedad ante los irritantes locales.¹¹

ENFERMEDADES GINGIVALES MODIFICADAS POR FACTORES SISTÉMICOS

Relacionadas con el sistema endocrino:

- Gingivitis asociada a la pubertad, asociada al ciclo menstrual, Asociada al embarazo y asociada a Diabetes mellitus.¹¹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presenta mayormente placa dentobacteriana en la parte superficial de los dientes, inflamación en las encías, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema, coloración azulada o roja, se clasifica la gingivitis depende de su localización de los signos en la encía, como generalizada o localizada, puede afectar todos los dientes de la boca, o sólo alterar la encía que rodea a un toda la cavidad o a un diente, la alteración al igual puede ser a nivel papilar, cuando afecta a las papilas; a nivel marginal, cuando altera el margen gingival; y si existe una afección difusa, puede llegar a extenderse hasta la encía insertada.¹¹

Para su exploración es necesaria la sonda periodontal, que ayudara a estimular el sangrado, a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Y el instrumento de la sonda periodontal descartara la existencia de pérdida de inserción, lo cual nos confirma el diagnóstico de alteración gingival.¹¹

5.- Periodontitis

El término de periodontitis, fue usado en 1989 y los Europeos en 1993 también lo adoptaron para enmarcar un grupo de enfermedades periodontales destructivas que afectaban a pacientes jóvenes, cronológicamente la periodontitis parecían contemplar las diversas etapas en el desarrollo de un individuo; prepuberal, juvenil y rápidamente progresiva, pero la relación temporal en el probable inicio, y el momento en que es detectada puede generar dilemas o confusiones para clasificarla.¹²

Epidemiológicamente no existe una edad determinada para que sea el factor que determine la susceptibilidad para desarrollar alguna enfermedad periodontal destructiva, no es detectada oportunamente, por lo que una lesión que inició a edad temprana, al no diagnosticarse, y tratarse, avanzada más la lesión periodontal mayor es la destrucción de los tejidos de soporte.¹²

No todas las periodontitis encontradas en un individuo son iguales, ya que pueden presentar un avance lento y otras presentarse con un avance rápidamente progresivo.¹²

En niños es más agresiva la enfermedad por la destrucción temprana de los tejidos de soporte dentario. Este tipo de periodontitis puede también no ser detectada oportunamente, y los cambios tan dramáticos dejan ver una notable destrucción en pacientes donde por lo regular no se correlaciona la cantidad de placa bacteriana a lo avanzado de la destrucción periodontal.¹²

Se clasifica en:

Periodontitis crónica

A. Localizada

B. Generalizada¹²

Periodontitis agresiva

A. Localizada

B. Generalizada¹²

Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas

A. Asociada con desordenes hematológicos

1. Neutropenia adquirida

2. Leucemias¹²

B. Asociada con desórdenes genéticos

1. Neutropenia cíclica y familiar

2. Síndrome de Down

3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos

4. Síndrome de Papillon-Lefevre

5. Síndrome de Chediak-Higashi

6. Síndrome de histiocitosis
7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
8. Agranulocitosis genética infantil
9. Síndrome de Cohen ⁷
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII) ¹²

Deformidades, condiciones del desarrollo y adquiridas

A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis

1. Factores de la anatomía dentaria
2. Restauraciones y aparatos dentales
3. Fracturas radiculares
4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias ¹²

B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

1. Recesión gingival y de tejidos blandos a. superficies vestibulares y linguales
2. Falta de encía queratinizada
3. Vestíbulo poco profundo
4. Posición aberrante de frenillo / muscular
5. Excesos gingivales a. bolsa gingival (pseudobolsa) b. margen gingival

inconsistente

6. Coloración anormal ¹²

C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos

1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso
2. Falta de tejido gingival queratinizado
3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales
4. Posición aberrante de frenillo /muscular
5. Vestíbulo poco profundo
6. Coloración anormal ¹²

D. Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario.¹²

D. DIETA

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.¹³

La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física).¹³

La salud oral, la dieta y el estado nutricional están relacionados ya que la nutrición es un factor importante para el crecimiento celular, desarrollo y mantenimiento de las estructuras orales y tejidos.¹³

Antes de la erupción dental la nutrición puede influir en la maduración y composición química del esmalte, así como la morfología y tamaño de los dientes. La desnutrición temprana incrementa la susceptibilidad del niño a la caries dental en los dientes temporales y durante lo largo de la vida, la toxicidad y la deficiencia nutricional puede afectar a la resistencia de huésped, su salud, función oral e integridad de los tejidos orales.¹³

Plato del buen comer
Grasas, aceites y dulces: CONSUMIR POCO
Grupo de leche, yogurt y queso: 2 A 3 RACIONES
Grupo de carne, pollo, pescado, leguminosas secas, huevos y nueces: 2 A 3 RACIONES
Grupo de vegetales: 3 A 4 RACIONES
Grupo de frutas : 2 A 4 RACIONES
Grupo de Pan, cereales, arroz y pasta: 6 A 11 RACIONES

Tabla 3. Plato del buen comer ¹³

Fuente: Internet



Imagen 8. Plato del buen comer ¹³

Fuente: de Internet.

NO ACIDÓGENO A POCO ACIDOGÉNICO		ACIDOGÉNICO
<ul style="list-style-type: none"> • Vegetales crudos • Brócoli • Coliflor • Pepino • Lechuga • Pepinillos • Zanahoria • Pimientos • Carne, pescado, aves • Frijoles, chicharos • Nueces, mantequilla de cacahuete natural • Leche, quesos • Grasas, aceites, mantequilla, margarina • Edulcorantes sin azúcar 	Más bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetales cocinados • Frutas frescas, en especial el plátano • Jugos de frutas, bebidas de frutas • Bebidas azucaradas • Sustitutos de crema para el café • Frutas azucaradas, cocinadas o ensaladas • Helados, sorbetes, pudines, gelatinas, yogurts saborizantes. • Papas fritas, pretzels • Frutas secas, rollos de frutas • Malvaviscos • Almidones, pan arroz, pasta, cereales endulzados • Galletas pasteles, pies (pastel con relleno), repostería • Galletas saladas • Dulces, en especial las mentas para el aliento o pastillas para la tos, que se disuelven lentamente
	Más alto	

Tabla 4. Escala de Peligrosidad de los alimentos.¹³

E. MEDIDAS PREVENTIVAS

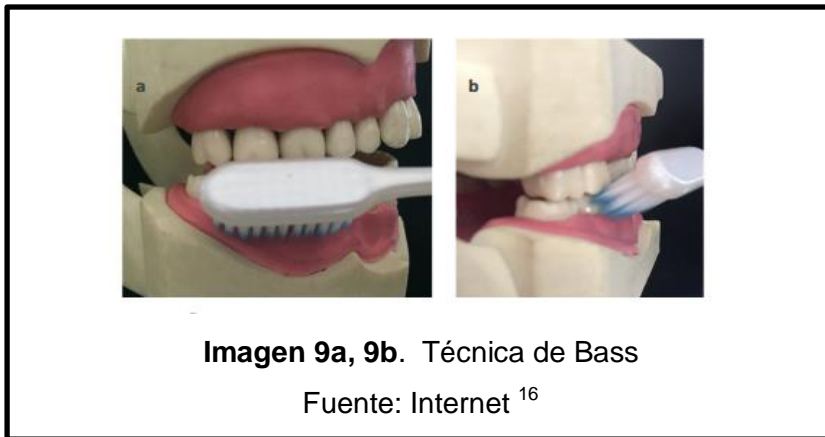
La Odontología moderna con el tiempo se ha orientado a la prevención de diferentes enfermedades, y a las personas vulnerables que son los niños, por la falta de conocimiento y responsabilidad de los padres como adultos.¹⁴

Sobre todo es importante promover la salud general y la salud bucal a través, de combinaciones, experiencias, enseñanzas, y aprendizajes para promover el interés a toda persona a cuidar, y valorar todas las estructuras que forman la cavidad bucal mediante pláticas y acciones; sobre los hábitos de higiene, evitando los factores de riesgo para las enfermedades bucodentales.¹⁴

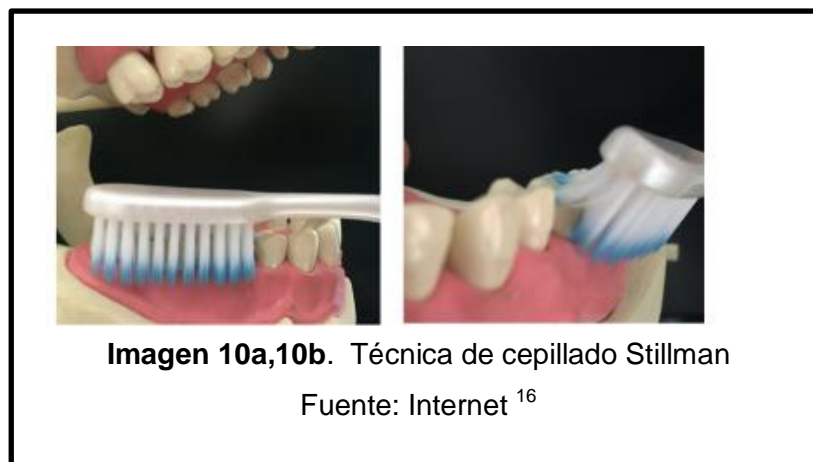
Los productos para llevar una correcta higiene bucal pueden ser mecánicos (cepillo, hilo dental), químicos (dentífricos, geles, y enjuagues).¹⁵

TECNICAS DE CEPILLADO

1.- Técnica de Bass: La técnica consiste en que el cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente (teniendo en cuenta que las cerdas van hacia la parte apical del diente); los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal.¹⁶



2.- Técnica de Stillman: Está indicada en pacientes adultos que no tienen enfermedad periodontal, semejante a la técnica de Bass pero las cerdas del cepillo se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza con movimientos vibratorios y se mantiene por 15 segundos por cada dos dientes y al finalizarla se realiza movimiento hacia oclusal de barrido.¹⁶



3.-Técnica de Fones: Está indicada para niños por la facilidad de manejo y aprendizaje se realiza comenzando con los dientes en posición de reposo, y las cerdas del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie bucal del diente. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realizan 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. En las caras oclusales, se realizan movimientos circulares y en las caras linguo/palatinas se coloca el cepillo en posición vertical y se realizan movimientos rotatorios. ¹⁶



Entre los métodos preventivos es importante:

- 1.-Una correcta técnica de cepillado con pasta dental completada con flúor.
- 2.-Cambiar el cepillo de dientes cada 3 meses.
- 3.- Acudir con el Odontólogo para aplicaciones tópicas de flúor, Para que exista una estimulación de los procesos de remineralización del esmalte descalcificado.
- 4.-Utilizar enjuagues bucales, emplear hilo dental y cepillos interdentaes para limpiar las zonas de difícil acceso y no pase las cerdas del cepillo.
- 5.- Control periódico. Se recomienda visitar al dentista cada 6 meses.
- 6.- Limitar el consumo de azúcares alimentarios como la glucosa, maltosa, fructosa, galactosa, sacarosa y lactosa. Ya que estos alimentos tienen una gran capacidad cariogénica. ¹⁰
- 7.- Prestar una atención especial a los grupos de riesgo: niños, embarazadas, pacientes con enfermedades sistémicas.
- 8.- Seguir una dieta variada y equilibrada. ¹⁷

F. TRATAMIENTOS INDICADOS POR PARTE DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO REGLAMENTADA POR LOS MINISTERIOS DE EDUCACIÓN Y DE SALUD PÚBLICA

CONTROLES DE PLACA DENTOBACTERIANA

El sector de salud pública orienta a la comunidad responsable en cada casa de saluda la prevención de patologías en sectores vulnerables con bajos recursos y zonas rurales como el infantil, donde cobra gran relevancia la supervisión, asistencia y ejemplo de los padres durante la práctica de los hábitos de higiene bucal.¹⁸

Se aplica en sus 3 fases:

- 1.-Educativa-preventiva-curativa
- 2 Ciclos: iniciales
- 3 Ciclos de mantenimiento.¹⁸

Para facilitar el control de la placa dentobacteriana se emplean pastillas reveladoras ya que si existe placa es clínicamente visible porque tiñen la zona afectada a menos que sea una persona con hábitos de higiene perfectos se encuentra transparente y clínicamente invisible., al igual que los dientes se hallan la pigmentación de placa reveladora en la superficie de los dientes, lengua y las encías, son excelentes elementos auxiliares de la higiene bucal, porque proporcionan al paciente una herramienta de educación y auto-motivación para mejorar su eficiencia en la técnica del cepillado y así un buen control de la placa.¹⁸

Existen dos tipos de formas para la mayor facilidad para la valoración de una buena higiene.

Tabletas: se le da uno al paciente y se le pide que la mastique y pase la lengua toda la boca y luego que haga fluir la saliva entorno a los dientes, y escupir.¹⁸

		
<p>Imagen 12. Revelador de placa dentobacteriana.</p> <p>Fuente: internet</p>	<p>Imagen 13a. Higiene oral, del revelador de placa con cepillo dental.</p> <p>Fuente: internet</p>	<p>Imagen 14b. Higiene oral con hilo dental.</p> <p>Fuente: internet</p>

Solución: se colocan 2 ó 3 gotas entre la lengua y la cara lingual de los dientes incisivos inferiores y con la lengua correr la saliva alrededor de los dientes.¹⁸

El uso de la pastilla reveladora contribuye a:

- Localizar zonas en que se sitúa la placa dentaria y en donde debemos esforzarnos durante el cepillado.
- Adquirir una perfecta técnica.
- Controlar la eficacia del cepillado.
- En los niños adquirir buenas costumbres, pues es más fácil pedirles que eliminen la coloración roja de la placa con un cepillo.¹⁸

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

Las estrategias preventivas de los selladores de fosetas y fisuras deben buscar el aumentar la resistencia al desplazamiento por fractura así como el de prevenir

filtraciones de sus márgenes. Ya que existe la posibilidad de que pueda ocurrir filtración y exista fractura donde permitirá la colonización de bacterias y aparición de lesiones cariosas debajo de ellos.¹⁹

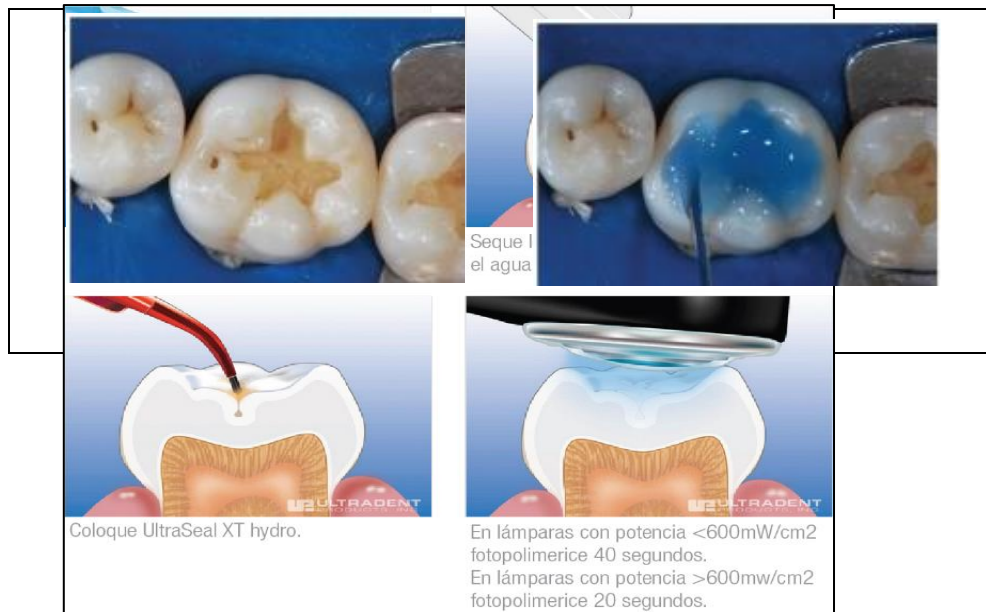


Imagen 15 Preparación para la aplicación de un sellador

Fuente: internet

RESINAS

Las resinas compuestas de baja viscosidad lo que las hace más fluidas que la resina compuesta convencional. En ellas está disminuido el porcentaje de relleno inorgánico y se han eliminado de su composición, cuyo principal objetivo es mejorar las características de manipulación.

Entre sus ventajas destacan: la alta humectabilidad de la superficie dental, lo que se traduce en el aseguramiento de penetración en todas las irregularidades de la misma, puede formar espesores de capa mínimos que mejora o elimina el atrapamiento o inclusiones de aire.²

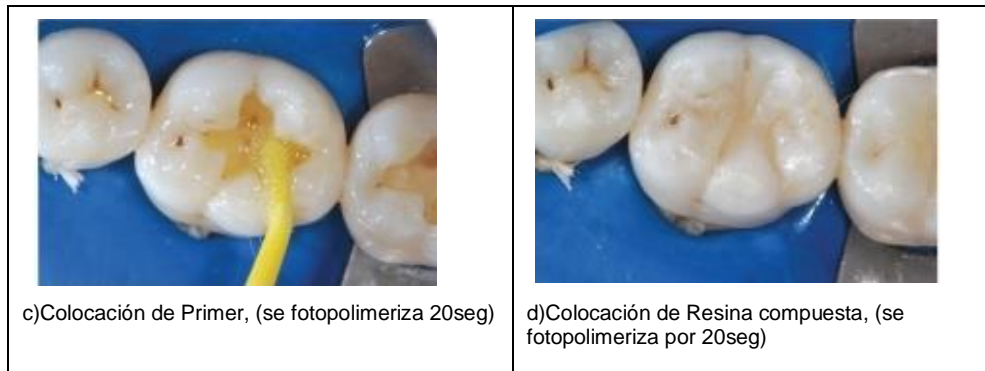


Imagen 16. Preparación para una Resinas compuestas. (a,b,c,d)

Fuente: internet

IONOMERO DE VIDRIO

El ionómero de vidrio es un material usado como base de restauraciones da protección contra la formación de caries recidiva, y contra la sensibilidad post-operatoria, que protege contra la contracción por polimerización de la resina compuesta, por todo esto es un material recomendado en cavidades profundas.

Las propiedades físicas de los ionómeros de vidrio híbridos son superiores a los convencionales, la retención de restauraciones de ionómero de vidrio híbrido, es mejor que la resinas compuestas algunos autores han reportado que tiene una mejor retención especialmente en tratamiento de órganos dentarios no cariosas.²¹





Imagen. 17 Preparación de ionómero de vidrio

Fuente: internet

CONOCIMIENTOS

Salud bucal

La salud bucal es multifacética e incluye la habilidad de hablar, sonreír, probar, tocar, masticar, tragar y transmitir emociones a través de las expresiones faciales con seguridad y sin dolor, incomodidad o enfermedad del complejo cráneo-facial.³⁵

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general y del bienestar físico, mental y social del individuo. Es influenciada por los valores y actitudes de las personas y las comunidades, así como los cambios de estas a través de las experiencias, percepciones, expectativas y la capacidad para adaptarse a las circunstancias. Asimismo, refleja atributos esenciales tanto fisiológicos, sociales como psicológicos.³⁵

Conocimiento sobre salud bucal

Se refiere a que el individuo posee la información necesaria para entender una determinada patología oral y cómo aparece esta; En teoría, conlleva a un cambio en la actitud, lo cual conducirá al individuo a realizar cambios en su diario vivir. En el caso de la caries, por ejemplo, el individuo sabe que un incorrecto cepillado puede causar caries, y esta información genera un cambio positivo de actitud hacia un hábito de cepillado diario y así un comportamiento de cepillado.³⁵

Los conocimientos de salud bucal no siempre están asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades bucales. Sin embargo, se ha propuesto que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y modificaciones del comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad.³⁵

Conocimientos de salud bucal y su relación con el estado de salud bucal

Poseer conocimientos sobre salud bucal no necesariamente se relaciona con un mejor comportamiento de salud, sin embargo, individuos que han asimilado y percibido una sensación de control personal sobre su salud oral son más propensos a adoptar prácticas de autocuidado.³⁵

Se ha reportado una relación entre la falta de educación (analfabetismo) en los padres o cuidadores y el estado de salud oral de los niños. Individuos adultos con bajo nivel educativo poseen pocos conocimientos sobre el estado de salud, comportamientos no saludables y utilizan muy poco las prácticas preventivas; Sin embargo, en algunos estudios la relación entre el conocimiento sobre salud bucal y el estado de salud bucal no es clara.³⁵

Los padres juegan un papel importante en la transmisión y estímulo de la información a sus hijos para obtener un estilo de vida saludable, su conocimiento juega un papel importante en la salud bucal y general de los niños. Sin un conocimiento básico de los factores de riesgo de la enfermedad buco-dental, importante para el mantenimiento de los dientes deciduos, será difícil implementar estrategias efectivas para la prevención de la enfermedad. Los niños menores a 5 años de edad, comparten la mayor parte del tiempo con sus padres o cuidadores, particularmente con sus madres.³⁵

El conocimiento en salud bucal de los padres o los cuidadores establece hábitos de salud bucal en los niños durante la infancia y esta se mantiene durante los años preescolares. Shetty et. al (2016) mediante su estudio en 386 madres e hijos menores de 5 años, evidenciaron que las madres que poseían conocimientos adecuados respecto a salud bucal, entendían cuáles son los principales factores de riesgo de transmisión bacteriana al niño, esto se reflejó en el estado de salud bucal de sus hijos, en el que más de la mitad poseían un buen estado de salud bucal. Además de estos hallazgos del estudio en mención, se observó una falta de

conocimiento respecto al papel del fluoruro de sodio en la prevención de la caries, así como los niveles de fluoruro en el agua y la concentración apropiada de fluoruro de sodio en las cremas dentales.³⁵

Las consultas frecuentes al Odontólogo en salud bucal representan un factor importante para la orientación y favorecen el conocimiento de los padres, lo cual a su vez mejora sus actitudes respecto a la salud bucal y con ello se benefician sus hijos. Las visitas programadas al menos cada seis meses son consideradas cruciales para realizar un refuerzo en los hábitos de higiene bucal, conocimiento que es transmitido de los padres a sus hijos.³⁵

Como padres es importante fomentar una correcta higiene bucal en los niños en edades de lactancia por parte de sus cuidadores, ya que con ello se prevé la aparición de enfermedades en la cavidad bucal, se ha reportado que la falta de la lactancia materna en este periodo puede estar relacionados con hábitos nocivos de succión y deglución, que puede conllevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares en el niño, y con ello afectar su estado de salud bucal. Asimismo, la aparición de caries de infancia temprana, representa un mayor riesgo para la aparición de caries dental en dentición permanente.³⁵

Conocimiento de salud bucal en madres

La salud bucal es un componente importante para el bienestar físico y psicológico de los niños. La caries dental afecta la salud bucal y reduce el nivel de calidad de vida relacionado a la salud bucal (CVRSB) de los niños en comparación con aquellos que no presentan caries dental.³⁵

La caries dental no solo afecta la salud bucal y calidad de vida de los niños, otras alteraciones como trauma dento-alveolar, disfunciones orofaciales y las maloclusiones también las afectan, debido a estas razones, el cuidado de la salud

bucal de los niños por parte de sus cuidadores, especialmente las madres, requiere de dedicación, sin embargo, este cuidado es directamente proporcional al nivel de conocimiento que poseen las madres sobre salud bucal. Estudios reportan que conocimientos y actitudes apropiados sobre salud bucal de las madres influyen positivamente la salud bucal de sus hijos, en adición, Rothnie (2012), en un estudio exploratorio realizado sobre el conocimiento del cuidado de la salud oral en niños en Nueva Zelanda, reportó que los conocimientos y actitudes de las madres influyen la salud oral de sus hijos desde tempranas edades.³⁵

Salud bucal en la primera infancia

La caries dental de infancia temprana se define como la presencia de uno o más dientes cariados (lesiones cavitacionales o no cavitacionales), perdidos (por caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo en un niño menor a seis años. La caries de infancia temprana no tratada causa dolor e incomodidad, lo cual puede conducir a alterar los hábitos de alimentación y sueño, infecciones agudas y crónicas, alteraciones de aprendizaje, deterioro del habla e incluso hospitalización, todo esto generando un impacto negativo en la calidad de vida del niño y es prevalente tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados, y representa un serio problema de salud pública.³⁵

Esta condición también puede afectar la calidad de vida de los padres o cuidadores. Para los niños en edad escolar la aparición de caries dental de infancia temprana es un problema de salud importante ya que afecta grupos con desventajas socioeconómicas y nutricionales, especialmente niños con bajos ingresos económicos, así como a minorías étnicas, raciales y culturales.³⁵

La etiología de la caries es multifactorial y conlleva a muchas interpretaciones de los cambios que se han observado respecto a la prevalencia tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo. Estas variaciones en las tasas de prevalencia

pueden deberse a cambios en los hábitos en la dieta y la higiene bucal, aumento de la exposición a fluoruro, modificaciones en la virulencia y ecología oral, y cambios en los factores de protección que incluyen al sistema inmune ³⁵

II. ANTECEDENTES

Estudios Mexicanos

En el año del 2008 en el Estado de México se realizó un estudio sobre la educación en salud bucal donde constituye uno de los principios fundamentales de la estomatología comunitaria, donde el principal objetivo es desarrollar hábitos de higiene bucal y de consumo racional de carbohidratos simples en niños de preescolar. Se realizó una investigación educativa en salud bucal durante 4 semanas dirigida a 32 preescolares entre 4 a 6 años de edad de una escuela pública en zona central de México basada en teorías sobre el aprendizaje (cognitivo-constructivista e inteligencias múltiples), madres y maestras participaron dentro del proceso de la investigación se tuvo un diagnóstico bucal, que se aplicó un cuestionario pre y pos intervención educativa basado en conocimientos y prácticas. Obtuvieron resultados de medidas de tendencia central y diferencias de proporciones con un nivel de significancia estadística de 0.05. Teniendo como resultados en cuanto al nivel de conocimientos adquiridos se obtuvo un aumento del 87% ($p = 0.001$) preescolares clasificados dentro de la categoría deficiente. Aumentó a un 84%, la ejecución del cepillado dental matutino, así mismo hubo un incremento del 69%, en la frecuencia diaria del cepillado. El 97% de los niños disminuyó la frecuencia en el consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos simples llegando a la conclusión que el aporte del estudio es mostrar que las intervenciones educativas basadas en teorías del aprendizaje y adaptadas al tipo de población considerando el nivel cognitivo, socioeconómico y cultural desarrollan hábitos de salud bucal.²⁴

Estudios Latinoamericanos

En el año 2012 en Perú, se realizó un estudio llamado “Programa educativo de salud oral, para evaluar el nivel de conocimiento e índice de higiene oral en adolescentes en la Institución Educativa Nacional N°1003 República de Colombia-Lima, Perú”. Donde su principal meta era que su estudio comprendiera de un ensayo clínico, prospectivo, analítico y longitudinal, en los adolescentes de una Institución Educativa. Se evaluaron 183 estudiantes sobre su higiene oral, de manera que fueron evaluados antes y después de la aplicación del programa sobre sus conocimientos

de salud oral. Para llevar a cabo el programa fue necesario utilizar materiales educativos didácticos para promover y motivarlos para mejorar el autocuidado y las medidas preventivas. El estudio constaba de 10 sesiones educativas desarrolladas aplicando las técnicas expositivas, participativas y prácticas, sobre las estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales más frecuentes, prevención en salud oral, y llevar una correcta alimentación balanceada. Para evaluar la higiene oral, fue empleado el índice simplificado de Greene-Vermillion y para medir los conocimientos adquiridos de los estudiantes fue aplicado un cuestionario validado. Donde los resultados promedio del índice de higiene oral, a los 90 días de la aplicación del programa el promedio del índice de higiene oral fueron de 1,77 y en el último control, que fue a los 180 días el promedio fue de 1,51. Al término del estudio observaron que llegando a la conclusión los índices de higiene oral y los conocimientos sobre salud oral fueron mejorados después del programa preventivo de salud oral, demostrando la gran importancia e influencia positiva de las actividades preventivas promocionales en los adolescentes, mejorando una gran prevalencia de enfermedades bucodentales.²⁵

En el año 2012 se realiza un estudio en la ciudad de Santa Clara, en Villa Clara, Cuba. Llamado “Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar se realizó a las madres con edades tempranas”. ya que son de gran importancia para el desarrollo inicial de higiene del niño, y a la familia y como primera e insustituible educadora, cuya influencia es primordial para la salud bucal de sus hijos determinar la posible influencia del nivel de información de las madres sobre la importancia de la dentición temporal, en el estado de salud bucal de los niños, su estudio fue observacional descriptivo de corte transversal en niños de las escuelas Ramón Ruiz del Sol y Batalla del Capiro, atendidos en la Clínica Estomatológica Celia Sánchez Manduley de la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre septiembre del 2012 y marzo del 2013. El universo lo constituyeron 82 niños entre 5-7 años de edad pertenecientes a dichas escuelas; la muestra quedó constituida por 70 de ellos, y fue seleccionada por muestreo

probabilístico aleatorio simple. Llegando a la cantidad de los resultados donde predominó la familia disfuncional y prevalecieron los niños con mal estado de salud bucal en familias severamente disfuncionales. Y sus conclusiones fueron que el desconocimiento de las madres repercutió desfavorablemente en la salud bucal de los infantes estudiados.²⁶

En el año 2015, en Perú, realizaron una investigación titulada “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento” donde su objeto de estudio fue validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012. Este estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. Como resultados encontraron que la validez de contenido se obtuvo 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. Finalmente, se evaluaron la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvieron una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el 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. La conclusión a la que llegaron fue que el instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.²⁷

En el año 2015 en la Habana Cuba se realiza un estudio denominado “Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres”. Para la adopción de estrategias de promoción de salud, y de prevención de riesgos y enfermedades bucales. Sus principales objetivos fue identificar la relación entre el

nivel de conocimientos básicos de salud bucal de los adolescentes y el de sus madres, su principal método de estudio fue una parte de etapa descriptiva y otra analítica de corte transversal, siendo un universo de 561 adolescentes de 12 a 14 años, de la Secundaria Básica "Angola", municipio Playa, donde fueron seleccionados 167 (de forma aleatoria simple) con sus madres respectivas. La información fue capturada mediante cuestionarios. Sus respectivos resultados, el 85,6 % de los adolescentes y el 91,6 %, de sus madres poseían un alto nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos en los hijos se asoció significativamente al de sus madres, llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento de las madres es un instrumento para identificar el de sus hijos, por lo que se refuerza el planteamiento de que las estrategias que se elaboren para preservar la salud bucal en adolescentes, deben incluir a sus madres.²⁸

RESUMEN DE ANTECEDENTES

Investigación por autor	Utilidad
-------------------------	----------

"Estudio sobre la educación en salud bucal donde constituye uno de los principios fundamentales de la estomatología comunitaria", año 2008 en el Estado de México.	.Se realizó un estudio a madres y maestras donde se aplicó un cuestionario pre y pos intervención educativa basado en conocimientos y prácticas
"Programa educativo de salud oral, para evaluar el nivel de conocimiento e índice de higiene oral en adolescentes en la Institución Educativa Nacional N°1003",2012 en Perú.	Para evaluar el nivel el conocimiento e índice de higiene oral en adolescentes, adquiriendo resultandos en base de un cuestionario valido
"Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar se realizó a las madres con edades tempranas" año 2012 Santa Clara, en Villa Clara, Cuba	Evaluar el nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños con madres de edad temprana, mediante un estudio observacional y descriptivo.
"Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento", año 2015, en Perú.	Mediante un instrumento validado poder saber el conocimiento de los pares sobre la salud bucal.
"Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres" año 2015 en la Habana Cuba.	Saber el nivel de conocimientos básicos de salud en adolescentes y sus madres, mediante información capturada por cuestionarios.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, para que un paciente tome la decisión de asistir a la consulta dental para la realización de un tratamiento restaurativo y/o el manejo de enfermedades bucales, no solo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los pacientes antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.

Los padres desempeñan un papel decisivo frente a enfermedades o tratamientos; de igual forma son quienes absorben cualquier gasto en la salud general y bucal de los niños, cuando el sistema de salud no lo cubre. Sí ellos no están conscientes del papel que desempeñan en el cuidado bucal, la salud de los niños se verá deteriorada. Por lo que, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de hábitos de salud bucal. Sin embargo, uno de los mayores problemas en la prevención bucal es que existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de medidas preventivas y la educación de la salud bucal de sus hijos.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019?

IV. JUSTIFICACIÓN

En el servicio social, siendo una zona rural, se observa la deficiencia de autocuidado e higiene bucal en los niños que asisten a la escuela donde presente mi servicios social, en el cual se llevó a cabo el Programa Preventivo Educativo, de igual manera se identificó la falta de interés de los padres de familia, en relación a la salud bucal de sus hijos.

En un estudio de intervenciones educativas basadas en teorías del aprendizaje de medidas preventivas encontraron un aumento de 84% en el cepillado dental matutino, así mismo hubo un incremento del 69%, en la frecuencia diaria del cepillado, por lo que los conocimientos en salud bucal adaptados al tipo de población considerando el nivel cognitivo, socioeconómico y cultural desarrollan hábitos de salud bucal.²⁴

Se realizará el estudio en una escuela rural, porque la mayoría de los estudios hechos en esta zona son de prevalencia de caries o de fluorosis, donde buscan las causas etiológicas de estas enfermedades, sin embargo no atacan el problema raíz en la prevención de esta, como son los conocimientos de prevención.

Con la aplicación de un instrumento sobre conocimientos en salud bucal, que se le realizara a los padres de familia, se obtendrá información sobre el nivel de conocimiento real que tienen sobre temas como: desarrollo dental, enfermedades principales de cavidad bucal, y medidas preventivas; por lo que se pretende concientizar la importancia que es entender sobre estos temas que con el tiempo pueden afectar en su ciclo de vida y el de sus hijos.

Al término de la aplicación del instrumento se pretende llegar a resultados congruentes y reales, para que sean dados a conocer a los padres de familia; de igual forma se les dará una plática para actualizar y responder sus dudas sobre el desarrollo dental, enfermedades bucales, medidas preventivas y otros temas, para

que puedan modificar su conducta sobre el cuidado bucal de sus hijos y de ellos mismos.

Por lo que es importante realizar el seguimiento de esta investigación, para obtener un mejor nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019; y con esto poder sugerir e implementar estrategias con las medidas preventivas para disminuir las enfermedades bucales, fortaleciendo el conocimiento de prevención y cuidado de la cavidad oral.

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019.

Objetivos específicos:

1. Identificar sobre el nivel de conocimientos de desarrollo dental de los padres de familia y alumnos de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019.
2. Conocer el nivel de conocimientos de enfermedades bucales de los padres de familia y alumnos de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019.
3. Analizar el nivel de conocimientos de medidas preventivas de los padres de familia y alumnos de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019.
4. 4.- Difundir los resultados obtenidos a los Padres de familia, al director de la escuela donde se realizó el estudio, al Odontólogo pasante en curso, y a toda la Unidad del Centro de Salud De San Pablo Tejalpa, sobre la importancia del conocimiento del estado de salud bucal de los menores así como de las enfermedades bucales y su prevención. Realizando un seguimiento en el proceso de investigación, empleando reforzamientos de los conocimientos en base a pláticas educativas, y las medidas preventivas necesarias, para el mejoramiento de una salud bucal. VI. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

El nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019 es deficiente, porque entre menor conocimiento de los padres, mayores enfermedades bucales de los hijos. *

Hipótesis alterna

El nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019 es regular, porque entre mayor conocimiento de los padres, menor enfermedades bucales de los hijos.*

Hipótesis nula

El nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019 es buena, porque no existe correlación de los conocimientos de los padres, a las enfermedades bucales de los alumnos *

*Basado en Hernández Sampieri Roberto, capítulo 6 Formulación de hipótesis y páginas 108-115.

VII. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio: Transversal, prospectivo y descriptivo.

2. Universo de estudio: Padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019.

3. Tipo de muestra: Probabilística. *

4. Selección y tamaño de la muestra:

Obtuvimos con la ayuda de la calculadora de tamaño de muestra QuestionPro el tamaño de la muestra, donde:

Tamaño del universo: 278 padres de familia.

Tamaño de la muestra: 162 padres de familia.

Error máximo aceptable: 5%

Porcentaje estimado de la muestra: 50%

Nivel deseado de confianza: 95%.

CALCULADORA DE TAMAÑO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza : 95% 99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

Imagen 1. Calculo del tamaño de la muestra con el programa QuestionPro

*Basado en Hernández Sampieri Roberto, capítulo 8 Selección de la muestra y páginas 177-180.

5. Criterios de Inclusión:

- Padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, que acepten participar en el estudio.

6. Criterios de Exclusión:

- Padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, que no acepten ser parte del estudio.

7. Criterios de Eliminación

- Padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, que no asistan el día de la aplicación del instrumento.
- Padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, que no realicen completo el instrumento.

8. Consentimiento Informado. Se les informará de forma oral y escrita el objetivo del estudio mediante el consentimiento informado los padres de los pacientes. (Anexo 1)

9. Permisos. Se solicitarán los permisos necesarios para poder realizar la investigación.

10. Variables

Variables dependientes:

Edad

Sexo

Escolaridad

Ingreso mensual

Estado civil

Variables Independientes:

Conocimiento en desarrollo dental

Conocimiento en enfermedades bucales

Conocimiento en medidas preventivas

Conocimiento de Dieta

Conocimiento de Tratamientos

11. Definición conceptual y operacional de las variables

VARIABLES DEPENDIENTES (ALUMNOS)				
Variables Dependientes				
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
Estado de salud	La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad.	Es el estado completo de bienestar salud del individuo	Cuantitativa	Continua Bueno 9-12 Regular 5-8 Deficiente 1-4

VARIABLES INDEPENDIENTES (PADRES DE FAMILIA)				
Variables dependientes				
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
Edad	Vocablo que hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Es el número de años vividos	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Identidad sexual de los seres vivos, distinción existente entre la sociedad.	Masculino/Femenino	Cuantitativa	Nominal
Estado civil	Es un espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria una reforma de la ley de educación ha ensanchado el período de escolaridad	Tipo de grado escolar que cursa la persona al realizar el estudio	Cuantitativa	Ordinal

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO EN EL CICLO ESOLAR 2018-2019

Facultad de Odontología, UAEMex.

Liliana Alcalá Arce.

Ingreso Mensual	Se refiere al conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia, aporten o no estos ingresos o parte de los mismos para sufragar los gastos.	Es la cantidad promedio mensual como sueldo o salario.	Cualitativa	Cuantitativa
Número de miembros de familia	Es el número de miembros promedio que existe en una familia.	Es el número que están bajo cargo y responsabilidad.	Cuantitativa	Intevalo
Grado de Escolaridad	Es un espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria una reforma de la ley de educación ha ensanchado el período de escolaridad	Tipo de grado escolar que cursa la persona al realizar el estudio	Cualitativa	Ordinal

VARIABLES DEPENDIENTES (PADRES DE FAMILIA)

Variables Independientes

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
Desarrollo Dental	Es un conjunto de procesos muy complejos que permiten la erupción de los dientes por modificación histológica y funcional de células totipotenciales.	Es el proceso de educación y cuidados bucales durante el embarazo y posterior en los hábitos bucales del padre y de los hijos.	Cualitativa	Nominal

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO EN EL CICLO ESOLAR 2018-2019

Facultad de Odontología, UAEMex.

Liliana Alcalá Arce.

Cronología de erupción	Es un conjunto de procesos fisiológicos, por el cual el diente se desplaza desde su posición inicial en los maxilares hasta su posición en boca. Este procedimiento se repite dos veces en todas las personas, la primera con los dientes temporales, (de los 6 a los 3 años) y la segunda con los dientes permanentes (a partir de los 6 años)	Es la prevención y atención primaria de salud bucal.	Cualitativa	Nominal
Placa Dentobacteriana	Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias.	Conjunto de conocimientos sobre las principales e importantes medidas preventivas, para evitar las principales enfermedades bucales	Cualitativa	Nominal
Caries Dental	Es una enfermedad multifactorial que implica una interacción entre los dientes, la saliva y la microbiota oral como factores del propio individuo y la dieta como factor externo	Enfermedad principal que perjudica a la población del estudio.	Cualitativa	Nominal
Gingivitis	Es una forma frecuente de enfermedad de las encías, que causa irritación, enrojecimiento e hinchazón de la parte de las encías que rodea la base de los dientes	Conjunto de signos y síntomas que presenta el alumnos por la falta de higiene bucal.	Cualitativa	Nominal

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO
TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO EN EL CICLO ESOLAR 2018-2019**

Facultad de Odontología, UAEMex.

Liliana Alcalá Arce.

Enfermedad Periodontal	Es un conjunto de infecciones periodontales crónicas localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival	Conjunto de conocimientos y signos y síntomas del proceso de una la enfermedad.	Cualitativa	Nominal
Periodontitis	Es una enfermedad infecciosa crónica que afecta al periodonto principalmente a los tejidos que rodean, soportan o sostienen y protegen los dientes, frente a diversas agresiones principalmente bacterianas.	Conjunto de una enfermedad progresiva provocando una irreversible destrucción de los tejidos y los órganos dentarios.	Cualitativa	Nominal
Dieta	Es la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal.	Es la pauta que una persona sigue en el consumo habitual de alimentos.	Cualitativa	Nominal
Medidas Preventivas	Campo importante son razones éticas a educar a la población sobre los problemas bucodentales y sus posibles causas y soluciones para prevenir y evitar las enfermedades.	Conjunto de principales conocimientos de la población y las medidas necesarias realizadas para tener una salud bucal.	Cualitativa	Nominal

12. Material

- Consentimiento Informado para cada paciente.
- Hoja de registro (instrumento de aplicación).
- Bolígrafo.
- Bata.
- Lapiceros
- Lápices
- Gomas de borrar
- Papel
- Libros
- Artículos

13. Método

1. Solicitud de participación del padre de familia por medio del consentimiento informado. Anexo 1.

A los padres de familia se les leyó el consentimiento informado y se les explicarán todas las dudas que tengan por medio del formato de consentimiento informado (Anexo 1). Para la encuesta se utilizará un instrumento validado por los autor González Prada Manuel ⁽³⁵⁾ y modificado por los investigadoras de este estudio, donde solo se adecuó el lenguaje para que fuera comprendido por los participantes de la investigación, además de que fue evaluado con una matriz por algunos profesores de la Facultad de Odontología. El “instrumento de recolección de información del nivel de conocimientos de la salud bucal de sus hijos” (ver Anexo 2). Se escogió este cuestionario ya que tenía los temas importantes para la recolección de información necesaria de dicha investigación.

Este instrumento contará con diversas interrogantes que evaluarán aspectos relacionados con el nivel de conocimientos de la salud bucal, el cual consiste en tres apartados, a) Desarrollo dental el cual incluye 12 ítems; b) Enfermedades

bucales el cual incluye 9 ítems; y c) Medidas preventivas el cual incluye 21 ítems. Se realizará una prueba piloto para determinar la confiabilidad estadística de los ítems. Se aplicará el instrumento a la muestra establecida, se registraran los resultados en una hoja de Excel, para después analizar los datos y se realizará una estadística descriptiva: medidas de tendencia central. La presentación gráfica y tabular la información se llevará a cabo mediante cuadros y gráficas de asociación de frecuencia y porcentajes. Esto se hará por medio del paquete estadístico IBM® SPSS® STATISTICS versión 20

2. Aplicación del instrumento de valoración. Anexo 2.
3. Captura de datos en programa Excel
4. Análisis estadístico de datos.
5. Interpretación de resultados.
6. Generación de discusión, conclusiones y sugerencias.

14. Análisis Estadístico

Se realizó una estadística descriptiva: medidas de tendencia central. La presentación gráfica y tabular la información se llevará a cabo mediante cuadros y gráficas de asociación de frecuencia y porcentajes. Esto se hará por medio del paquete estadístico IBM® SPSS® STATISTICS versión

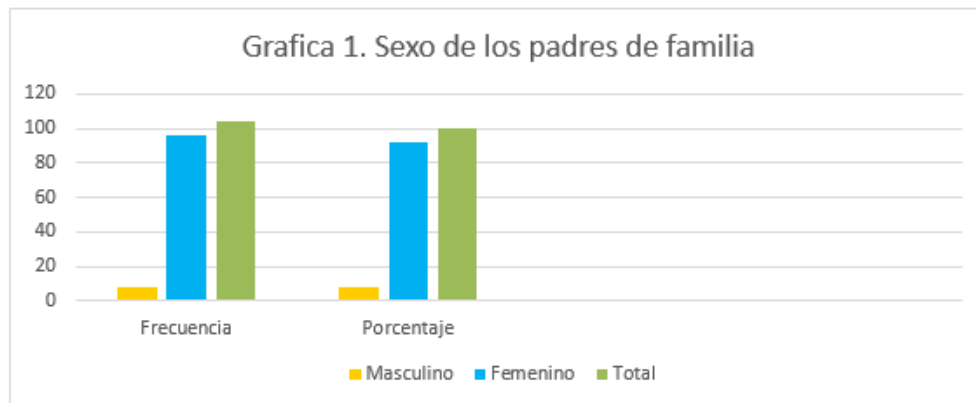
VIII. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 104 padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, de los cuales 92.3 % pertenecen al sexo femenino y 7.7% pertenecen al sexo masculino (Tabla y Gráfica 1). Respecto a la edad de los padres de familia fue en un rango de 20 a 57 años donde el promedio de estos tienen 34.63 años. Respecto al estado civil de los padres de familia el 60 % está casado, el 31.7% en unión libre y el 7.7 solteros (Tabla y Gráfica 2). El número de miembros de la familia comprende un rango de 2 a 8 integrantes. El ingreso mensual va 2500-5000 pesos.

Tabla 1. Sexo de los padres de familia

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	8	7,7
Femenino	96	92,3
Total	104	100,0

Fuente: Directa

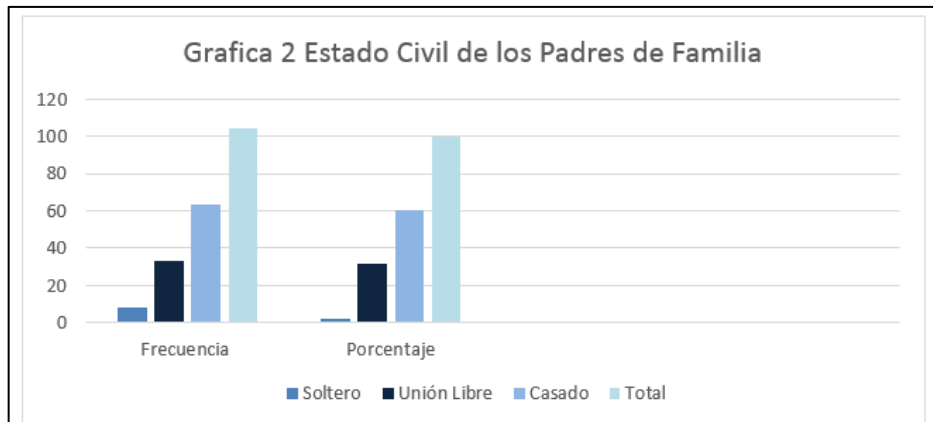


Fuente: Directa

Tabla 2. Estado civil de los padres de familia

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	7,7
Unión libre	33	31,7
Casado	63	60,6
Total	104	100,0

Fuente: Directa



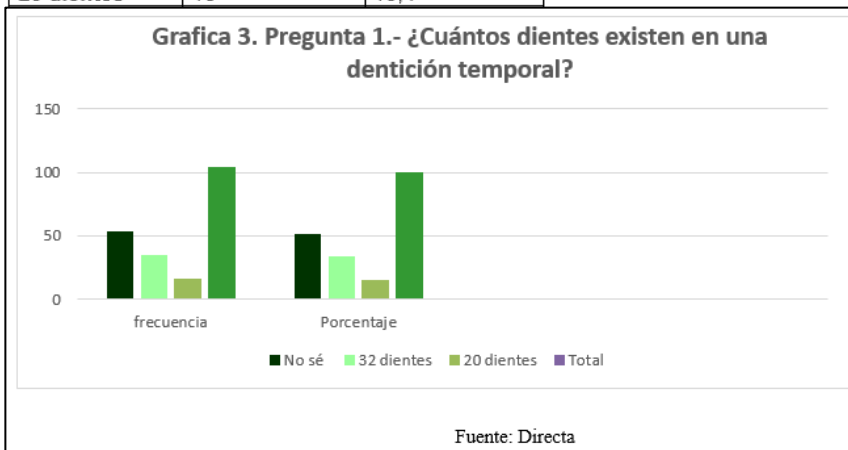
En el instrumento se cuenta con diversas interrogantes que evaluaron aspectos relacionados con el nivel de conocimientos de la salud bucal, el cual consistió en tres apartados, a) Desarrollo dental el cual incluye 12 ítems; b) Enfermedades bucales el cual incluye 9 ítems; y c) Medidas preventivas el cual incluye 21 ítems.

Desarrollo Dental

En la pregunta 1. Los padres de familia respondieron el 51% que no sabía cuántos dientes temporales son, mientras que solo el 15% obtuvieron una respuesta correcta al decir que son 20 dientes (Tabla y Gráfica 3).

Tabla 3. Pregunta 1.- ¿Cuántos dientes existen en una dentición temporal?

	Frecuencia	Porcentaje
No sé	53	51,0
32 dientes	35	33,7
20 dientes	16	15,4

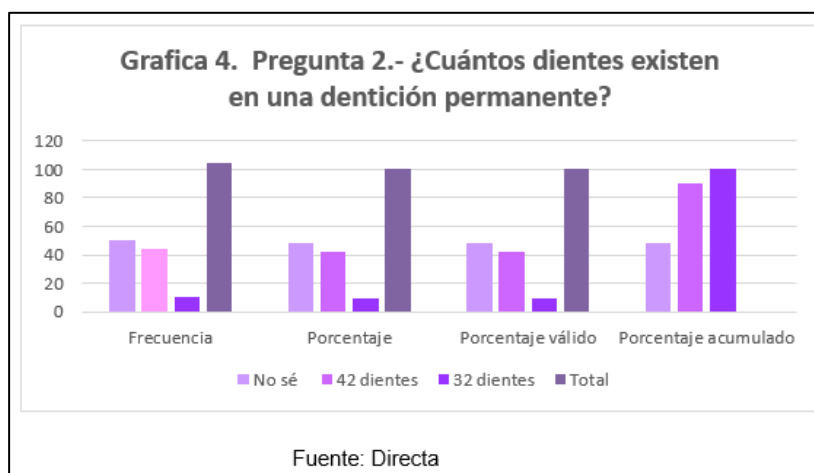


En la pregunta 2. Los padres de familia respondieron el 48.1% que no sabía cuántos dientes permanentes son, mientras que solo el 9.6% obtuvieron una respuesta correcta al decir que son 32 dientes (Tabla y Gráfica 4).

Tabla 4. Pregunta 2.- ¿Cuántos dientes existen en una dentición permanente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sé	50	48,1	48,1
	42 dientes	44	42,3	90,4
	32 dientes	10	9,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fuente: Directa

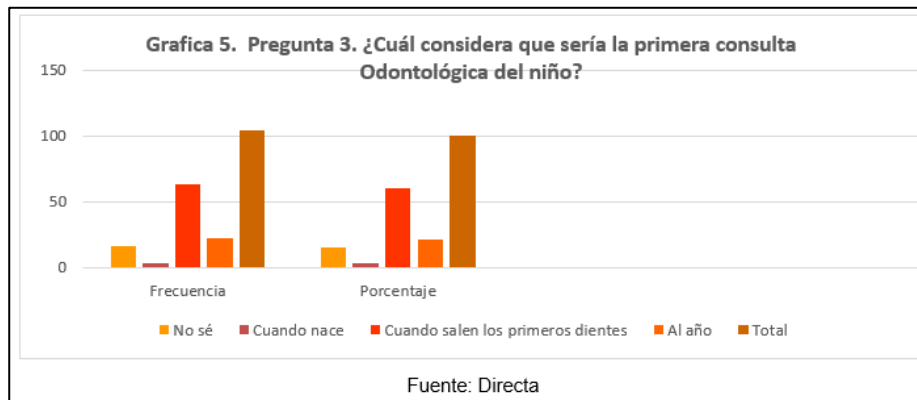


En la pregunta 3. Los padres de familia respondieron el 15.4% que no sabían cuando es la primera consulta odontológica, mientras que solo el 60.6% obtuvieron una respuesta correcta al decir que la primera consulta del niño es, cuando salen los primeros dientes (Tabla y Grafica 5).

Tabla 5. Pregunta 3. ¿Cuál considera que sería la primera consulta Odontológica del niño?

	Frecuencia	Porcentaje
No sé	16	15,4
Cuando nace	3	2,9
Cuando salen los primeros dientes	63	60,6
Al año	22	21,2
Total	104	100,0

Fuente: Directa



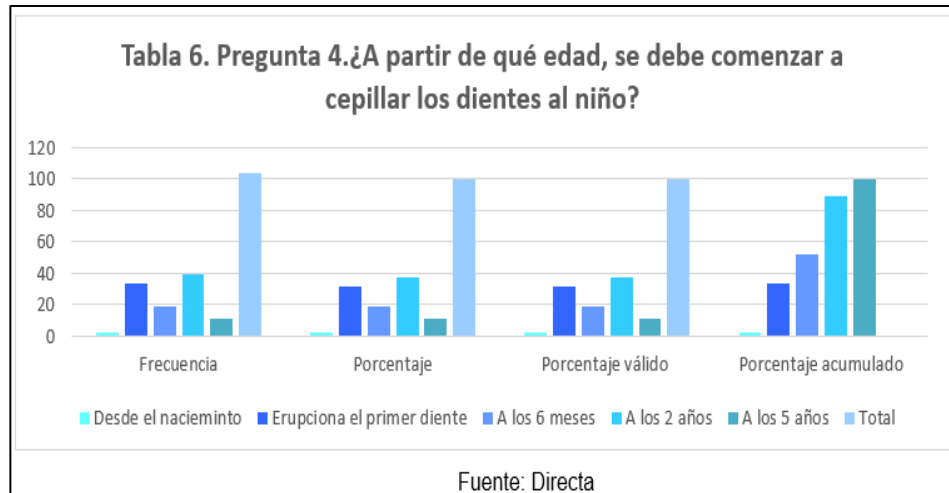
Fuente: Directa

En la pregunta 4. Los padres de familia respondieron el 1.9% que desde el nacimiento se deben cepillar los dientes al niño, mientras que solo el 31.7% obtuvieron una respuesta correcta al decir que al erupcionar el primer diente, se deben cepillar los al niño. (Tabla y Gráfica 6).

Tabla 6. Pregunta 4. ¿A partir de qué edad, se debe comenzar a cepillar los dientes al niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desde el nacimiento	2	1,9	1,9	1,9
Erupciona el primer diente	33	31,7	31,7	33,7
A los 6 meses	19	18,3	18,3	51,9
A los 2 años	39	37,5	37,5	89,4
A los 5 años	11	10,6	10,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

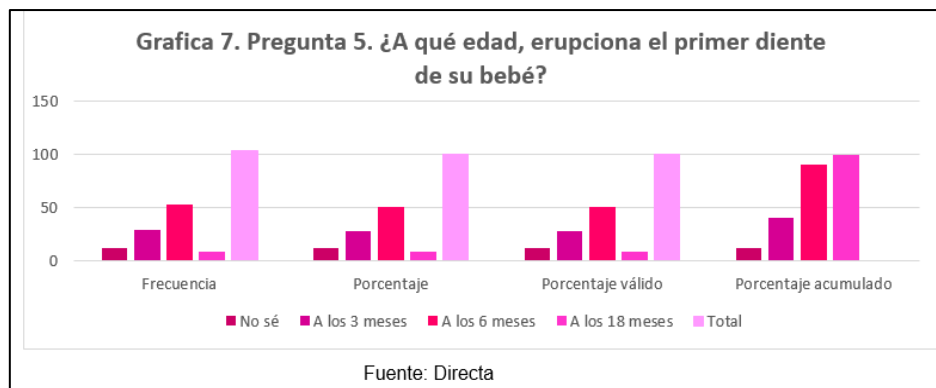


En la pregunta 5. Los padres de familia respondieron el 12.5 % que no saben cuando erupciona el primer diente de su bebe, mientras que solo el 51.0% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, a los 6 meses comienza el proceso de erupción de los dientes (Tabla y Gráfica 7).

Tabla 7. Pregunta 5. ¿A qué edad, erupciona el primer diente de su bebé?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	13	12,5	12,5	12,5
A los 3 meses	29	27,9	27,9	40,4
Válidos A los 6 meses	53	51,0	51,0	91,3
A los 18 meses	9	8,7	8,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

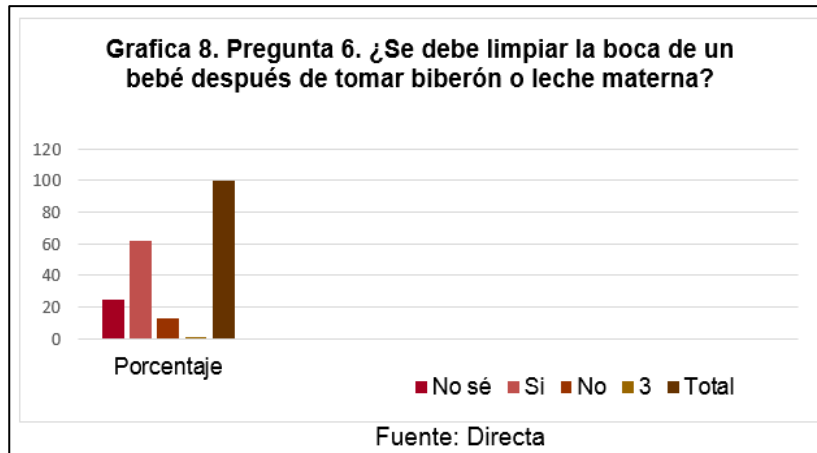


En la pregunta 6. Los padres de familia respondieron el 25.0% que no saben si deben limpiar la boca de su bebe, después de tomar biberón o leche materna, mientras que solo el 61.5% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, si se debe limpiar la boca de su bebe, después de tomar biberón o leche materna (Tabla y Gráfica 8).

Tabla 8. Pregunta 6. ¿Se debe limpiar la boca de un bebé después de tomar biberón o leche materna?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	26	25,0	25,0	25,0
Si	64	61,5	61,5	86,5
No	13	12,5	12,5	99,0
3	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

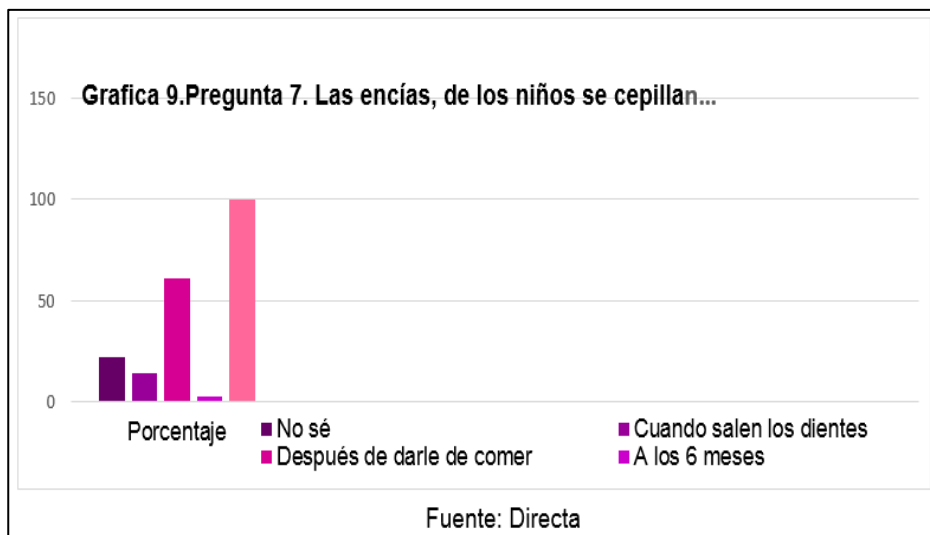


En la pregunta 7. Los padres de familia respondieron el 21.1% que no saben si deben cepillar las encías de sus hijos, mientras que solo el 63% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, si se debe cepillar las encías del niño, después de darle de comer (Tabla y Gráfica 9).

Tabla 9. Pregunta 7. Las encías, de los niños se cepillan...

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	23	22,1	22,1	22,1
Cuando salen los dientes	15	14,4	14,4	36,5
Después de darle de comer	63	60,6	60,6	97,1
A los 6 meses	3	2,9	2,9	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

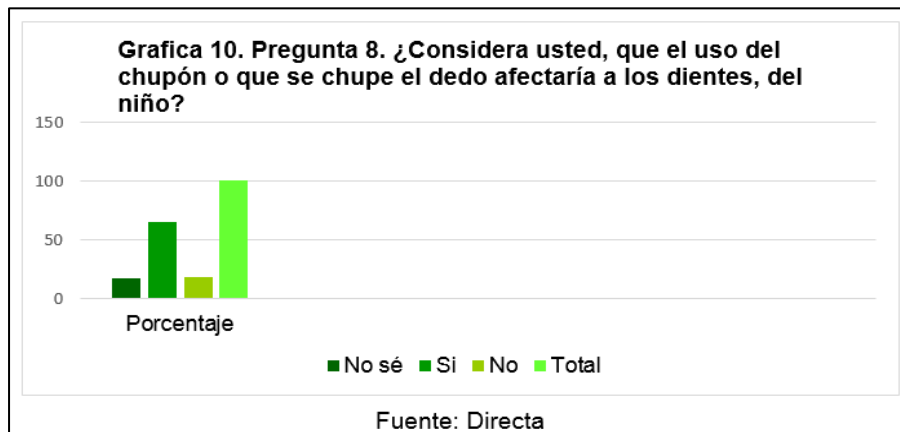


En la pregunta 8. Los padres de familia respondieron el 17.3 % que no saben si el uso del chupón o que se chupe el dedo afectara a los dientes de sus hijo, mientras que solo el 67% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, el uso del chupón o que se chupe el dedo si afecta a los dientes del niño (Tabla y Gráfica 10).

Tabla 10. Pregunta 8. ¿Considera usted, que el uso del chupón o que se chupe el dedo afectaría a los dientes, del niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	18	17,3	17,3	17,3
Si	67	64,4	64,4	81,7
No	19	18,3	18,3	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

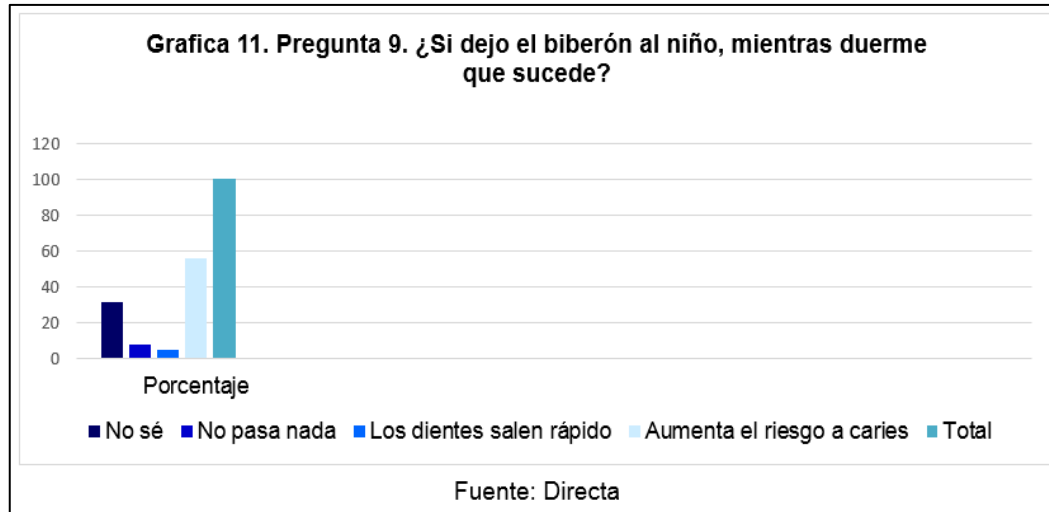


En la pregunta 9. Los padres de familia respondieron el 31.7 % si sucederá algún problema si se deja el biberón a sus hijos mientras duermen, mientras que el 55.8% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, aumenta el riesgo de caries si se deja el biberón al niño mientras duerme. (Tabla y Gráfica 11)

Tabla 11. Pregunta 9. ¿Si dejo el biberón al niño, mientras duerme que sucede?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	33	31,7	31,7	31,7
No pasa nada	8	7,7	7,7	39,4
Los dientes salen rápido	5	4,8	4,8	44,2
Aumenta el riesgo a caries	58	55,8	55,8	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

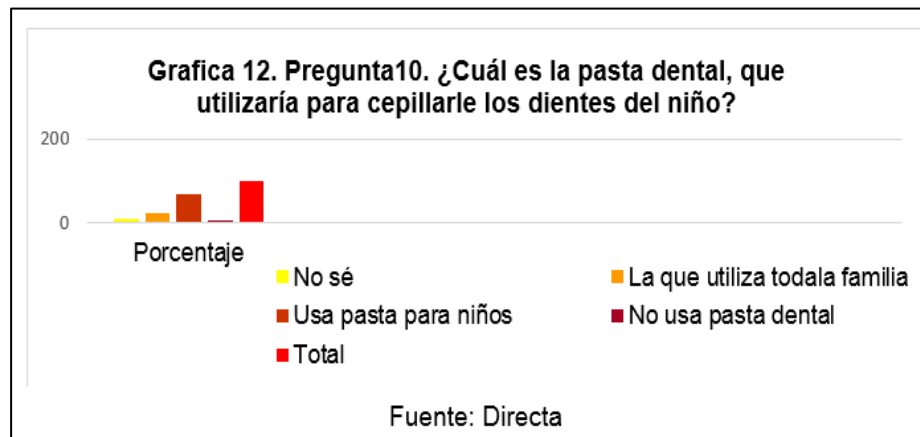


En la pregunta **10**. Los padres de familia respondieron el 6.7% que no saben cuál es la pasta dental que deben utilizar sus hijos, mientras que solo el 68.3% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, la pasta esencial para tener un buen de cepillado es utilizando pasta para niños (Tabla y Gráfica 12).

Tabla 12. Pregunta 10. ¿Cuál es la pasta dental, que utilizaría para cepillarle los dientes del niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	7	6,7	6,7	6,7
La que utiliza toda la familia	22	21,2	21,2	27,9
Usa pasta para niños	71	68,3	68,3	96,2
No usa pasta dental	4	3,8	3,8	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

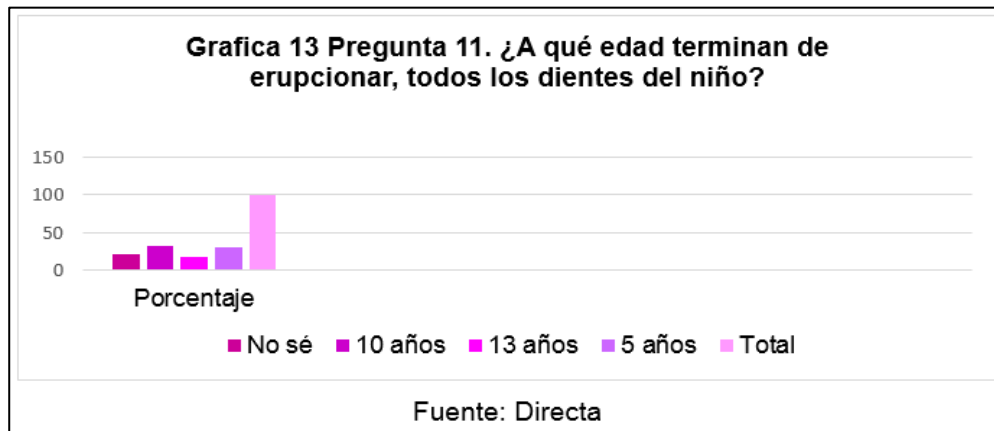


En la pregunta 11. Los padres de familia respondieron el 20.2 % que no saben cuándo terminan de erupcionar los dientes de sus hijos, mientras que solo el 17.3% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, a los 13 años terminan de erupcionar todos los dientes del niño. (Tabla y Gráfica 13)

Tabla 13 Pregunta 11. ¿A qué edad terminan de erupcionar, todos los dientes del niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	21	20,2	20,2	20,2
10 años	34	32,7	32,7	52,9
13 años	18	17,3	17,3	70,2
5 años	31	29,8	29,8	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

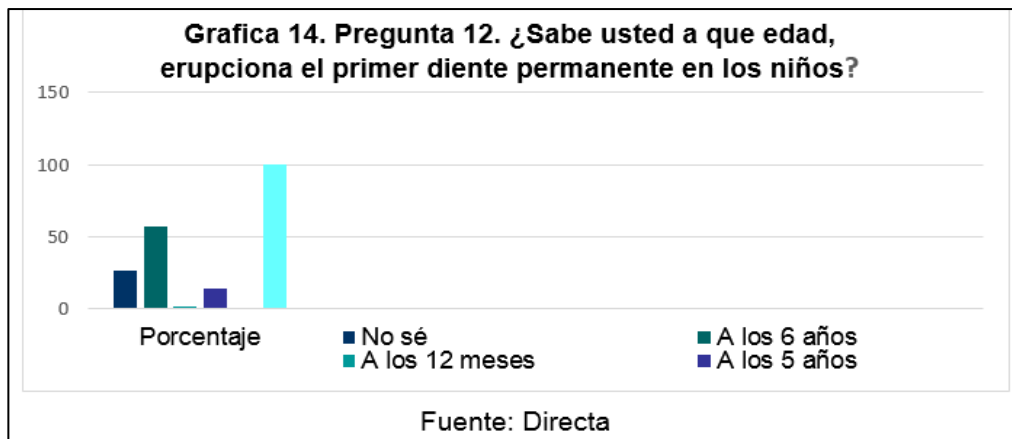


En la pregunta 12. Los padres de familia respondieron el 26.0 % que no saben cuándo erupciona el primer diente permanente de sus hijos, mientras que solo el 56.7% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, a los 6 años erupciona el primer diente permanente del niño. (Tabla y Gráfica 14)

Tabla 14. Pregunta 12. ¿Sabe usted a qué edad, erupciona el primer diente permanente en los niños?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	27	26,0	26,0	26,0
A los 6 años	59	56,7	56,7	82,7
A los 12 meses	2	1,9	1,9	84,6
A los 5 años	15	14,4	14,4	99,0
A los 12 años	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa



Enfermedades bucales

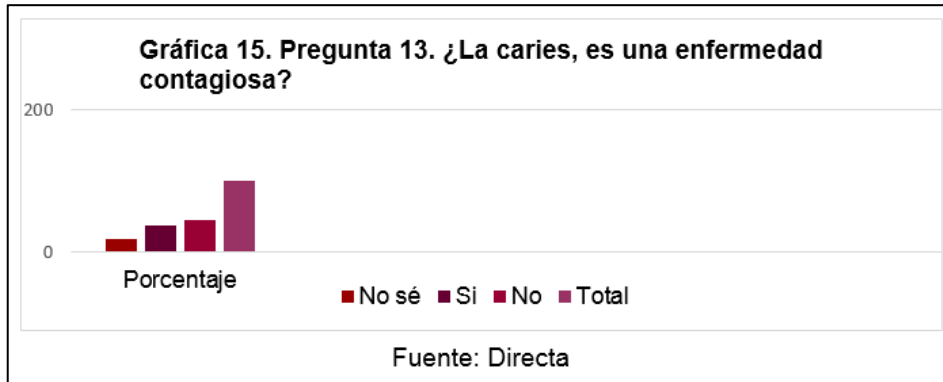
Caries

En la pregunta **13**. Los padres de familia respondieron el 18.3% no saben si la caries es una enfermedad contagiosa, mientras que solo el 44.2% obtuvieron una respuesta correcta al decir que la caries no es una enfermedad contagiosa (Tabla y Gráfica 15).

Tabla 15. Pregunta 13. ¿La caries, es una enfermedad contagiosa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	19	18,3	18,3	18,3
Si	39	37,5	37,5	55,8
No	46	44,2	44,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

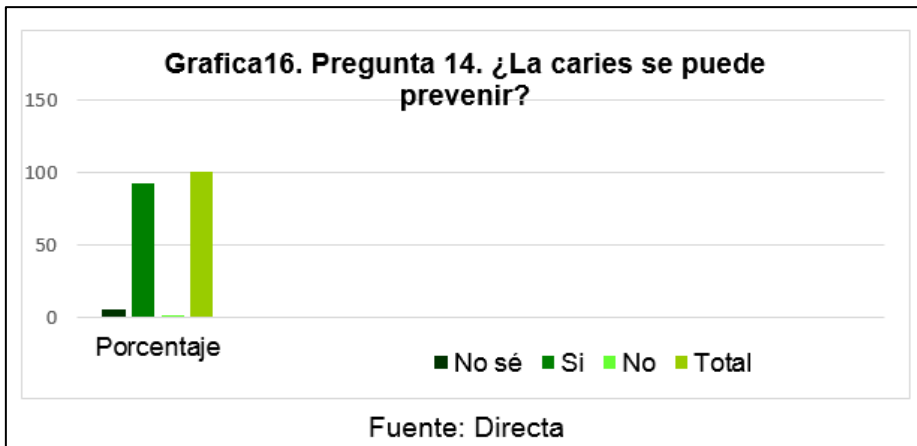


En la pregunta **14**. Los padres de familia respondieron el 5.8 % que no saben si se puede prevenir la caries dental, mientras que solo el 92.3% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, si se puede prevenir la caries dental. (Tabla y Gráfica 16)

Tabla16. Pregunta 14. ¿La caries se puede prevenir?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sé	6	5,8	5,8
	Si	96	92,3	98,1
	No	2	1,9	100,0
	Total	104	100,0	

Fuente: Directa

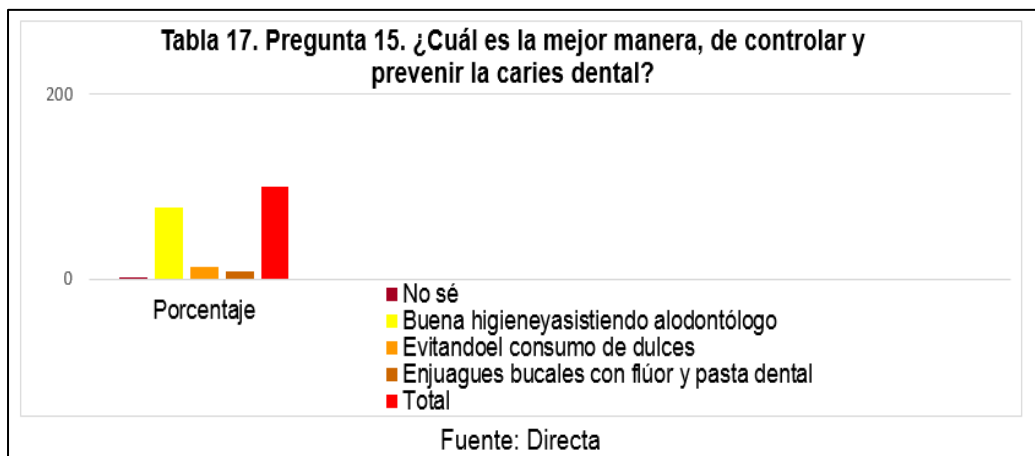


Pregunta 15. Los padres de familia respondieron el 1.0% que no saben si se puede controlar y prevenir la caries dental, mientras que solo el 76.9% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, si se puede controlar y prevenir la caries dental, con una buena higiene y asistiendo al odontólogo (Tabla y Gráfica 17).

Tabla 17. Pregunta 15. ¿Cuál es la mejor manera, de controlar y prevenir la caries dental?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	1	1,0	1,0	1,0
Buena higiene y asistiendo al odontólogo	80	76,9	76,9	77,9
Evitando el consumo de dulces	14	13,5	13,5	91,3
Enjuagues bucales con flúor y pasta dental	9	8,7	8,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

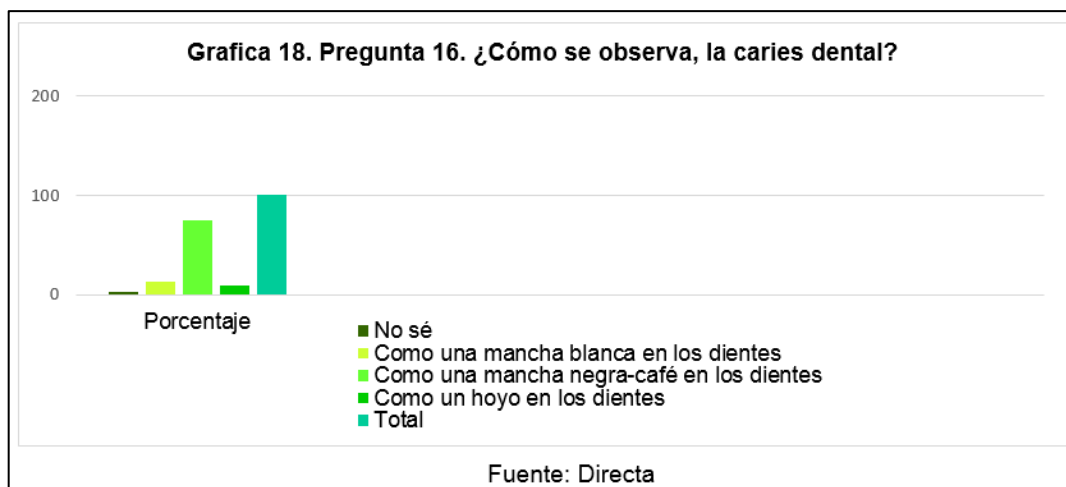


Pregunta 16. Los padres de familia respondieron el 2.9 % que no saben cómo se observa la caries dental, mientras que solo el 75% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, la caries dental se observa como una mancha negra-café en los dientes.. (Tabla y Gráfica 18)

Tabla 18. Pregunta 16. ¿Cómo se observa, la caries dental?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	3	2,9	2,9	2,9
Como una mancha blanca en los dientes	13	12,5	12,5	15,4
Como una mancha negra-café en los dientes	78	75,0	75,0	90,4
Como un hoyo en los dientes	10	9,6	9,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa



Gingivitis

En la Pregunta 17. Los padres de familia respondieron el 37.5% que no saben que es la gingivitis, mientras que solo el 51.9% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, la gingivitis es una enfermedad de las encías (Tabla y Gráfica 19).

Tabla 19. Pregunta 17. ¿Qué es la Gingivitis?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	39	37,5	37,5	37,5
El dolor del diente	4	3,8	3,8	41,3
La enfermedad de las encías	54	51,9	51,9	93,3
La inflamación del labio	7	6,7	6,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

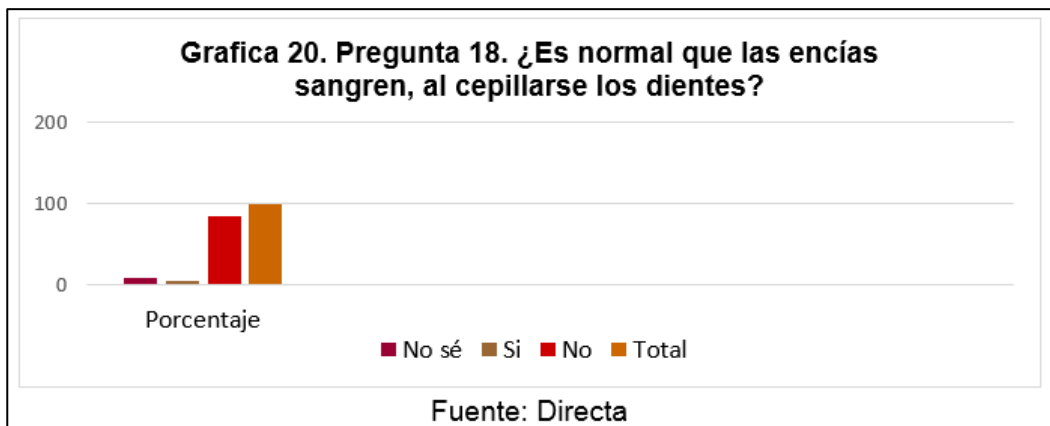


En la Pregunta 18. Los padres de familia respondieron el 9.6% que no saben si es normal que sangren las encías al cepillarse la, mientras que solo el 85.6% obtuvieron una respuesta correcta al decir que, no es norma que sangren las encías al cepillarse. (Tabla y Gráfica 20)

Tabla 20. Pregunta 18. ¿Es normal que las encías sangren, al cepillarse los dientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sé	10	9,6	9,6	9,6
	Si	5	4,8	4,8	14,4
	No	89	85,6	85,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

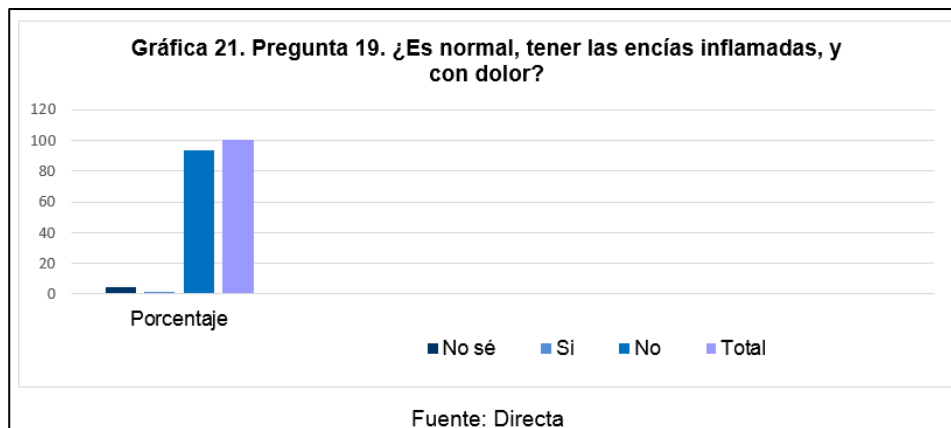


En la Pregunta **19**. Los padres de familia respondieron el 4.8% que no saben si es normal tener las encías inflamadas y con dolor, mientras que solo el 93.3% obtuvieron una respuesta correcta al decir que no, es normal tener las encías inflamadas y con dolor (Tabla y Gráfica 21)

Tabla 21. Pregunta 19. ¿Es normal, tener las encías inflamadas, y con dolor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	5	4,8	4,8	4,8
Si	2	1,9	1,9	6,7
No	97	93,3	93,3	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa



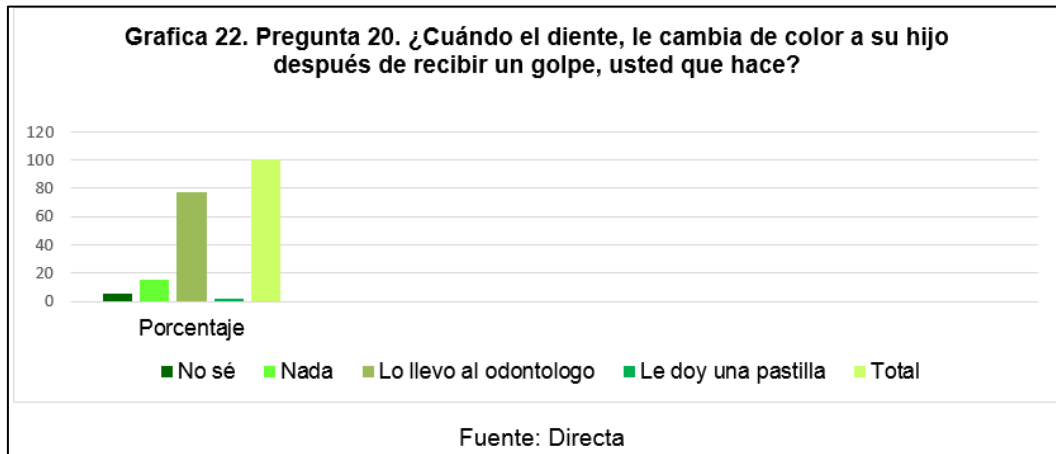
Traumatismos

En la Pregunta **20**. Los padres de familia respondieron el 5.8% que no saben qué hacer en la situación cuando el diente, le cambia de color a su hijo después de recibir un golpe, mientras que solo el 76.9% obtuvieron una respuesta correcta al decir que al estar en una situación cuando el diente, le cambie de color a su hijo después de recibir un golpe, debe acudir al Odontólogo (Tabla y Gráfica 22).

Tabla 22. Pregunta 20. ¿Cuándo el diente, le cambia de color a su hijo después de recibir un golpe, usted que hace?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	6	5,8	5,8	5,8
Nada	16	15,4	15,4	21,2
Lo llevo al odontólogo	80	76,9	76,9	98,1
Le doy una pastilla	2	1,9	1,9	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

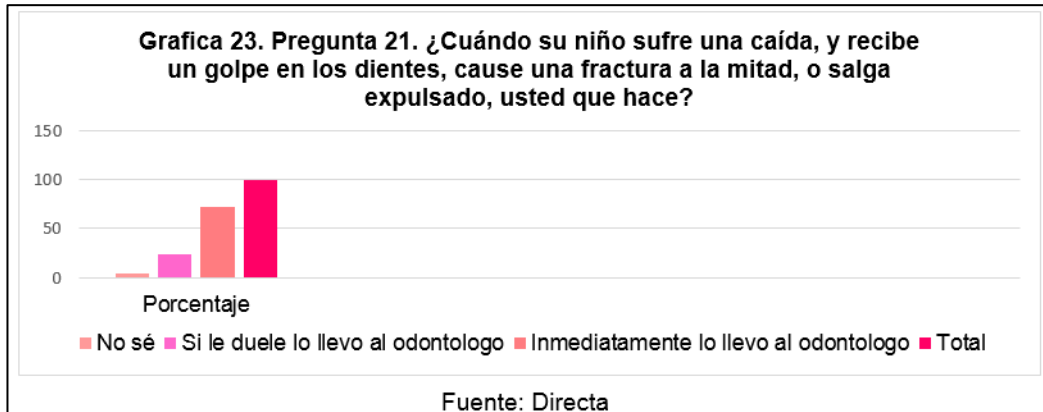


En la pregunta **21**. Los padres de familia respondieron el 3.8% que no saben qué hacer en la situación cuando su niño sufre una caída, y recibe un golpe en los dientes, cause una fractura a la mitad, o salga expulsado, mientras que el 72.1% obtuvieron una respuesta correcta al decir que al estar en una situación, cuando el niño sufre una caída, y recibe un golpe en los dientes, cause una fractura a la mitad, o salga expulsado, debe ser llevado a su hijo inmediatamente al Odontólogo (Tabla y Gráfica 23).

Tabla 23. Pregunta 21. ¿Cuándo su niño sufre una caída, y recibe un golpe en los dientes, cause una fractura a la mitad, o salga expulsado, usted que hace?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	4	3,8	3,8	3,8
Si le duele lo llevo al odontólogo	25	24,0	24,0	27,9
Inmediatamente lo llevo al odontólogo	75	72,1	72,1	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa



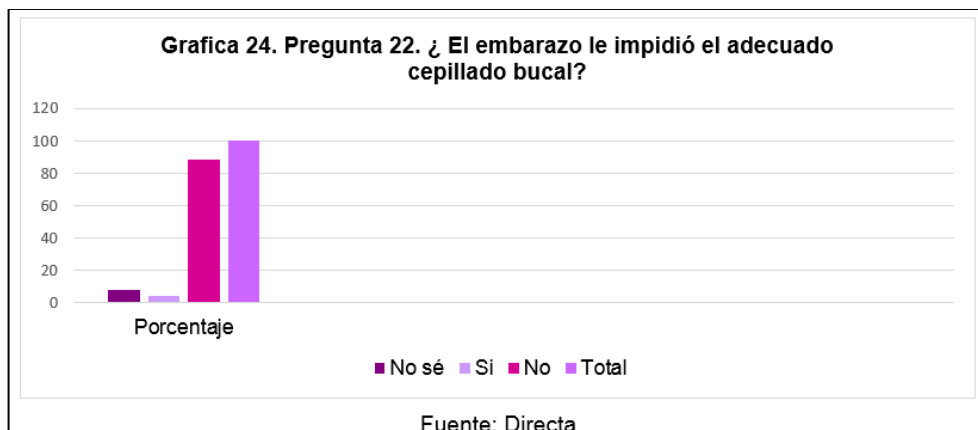
Medidas preventivas

En la Pregunta 22. Las madres de familia que participaron en el cuestionario respondieron el 7.7% que no saben si el embarazo impidió, mientras que solo el 76.9% obtuvieron una respuesta correcta al decir que al estar en una situación cuando el diente, le cambie de color a su hijo después de recibir un golpe, debe acudir al Odontólogo (Tabla y Gráfica 24).

Tabla 24. Pregunta 22. El embarazo le impidió el adecuado cepillado bucal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sé	8	7,7	7,7
	Si	4	3,8	11,5
	No	92	88,5	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fuente: Directa



En la pregunta 23. Las madres de familia que participaron en el cuestionario respondieron el 5.8% que no acudieron al odontólogo durante el embarazo, mientras que el 34.6% obtuvieron una respuesta al decir que si acudieron al odontólogo durante el embarazo, y el 59.6% obtuvieron una respuestas al decir que no acudieron al odontólogo. (Tabla y Gráfica 25)

Tabla 25. Pregunta 23. ¿Acudió al Odontólogo durante el embarazo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	6	5,8	5,8	5,8
Si	36	34,6	34,6	40,4
No	62	59,6	59,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

Gráfica 25. Pregunta 23. ¿Acudió al Odontólogo durante el embarazo?



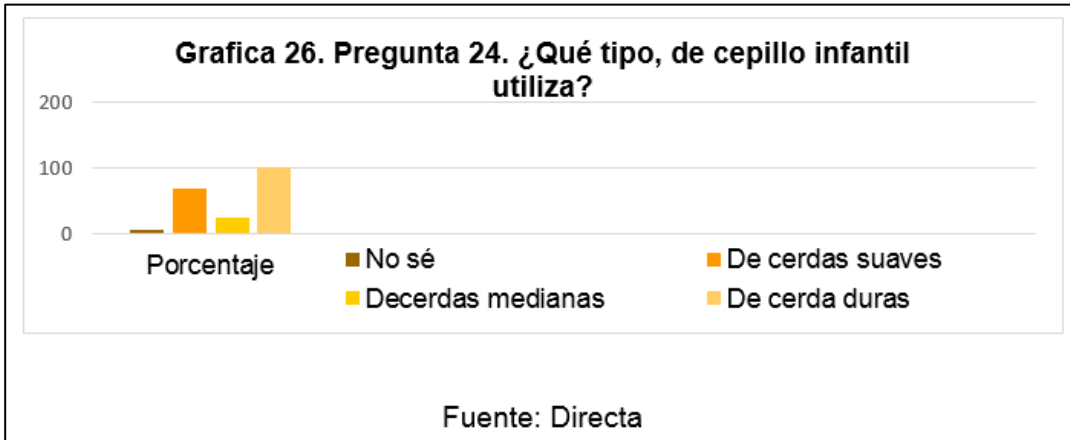
Fuente: Directa

En la pregunta 24. Los padres de familia respondieron el 11.5% que no sabe que cepillo infantil utiliza su hijo, mientras que el 61.5% obtuvieron una respuesta correcta al decir que sus hijos utilizan cepillo infantil con cerdas suaves (Tabla Y Gráfica 26).

Tabla 26- Pregunta 24. ¿Qué tipo, de cepillo infantil utiliza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	12	11,5	11,5	11,5
De cerdas suaves	64	61,5	61,5	73,1
De cerdas medianas	27	26,0	26,0	99,0
De cerdas duras	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

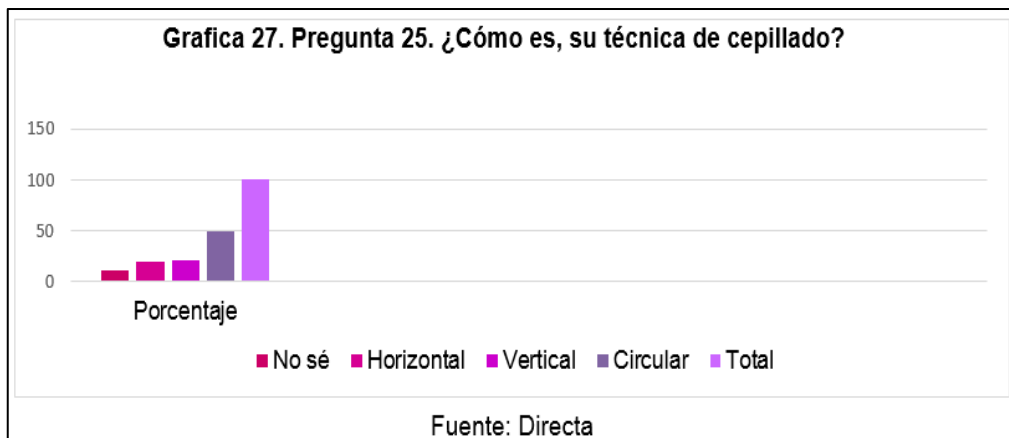


En la pregunta 25. Los padres de familia respondieron el 11.5% que no saben que técnica de cepillado es la correcta para una buena higiene, mientras que el 19.2% obtuvieron una respuesta correcta al decir que sus hijos realizan su técnica de cepillado horizontal (Tabla y Gráfica 27).

Tabla 27. Pregunta.25. ¿Cómo es, su técnica de cepillado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	12	11,5	11,5	11,5
Horizontal	20	19,2	19,2	30,8
Vertical	21	20,2	20,2	51,0
Circular	51	49,0	49,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

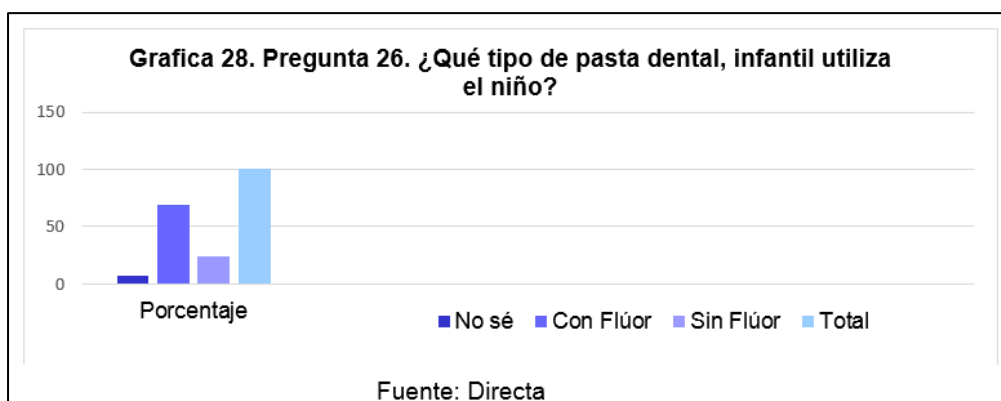


En la pregunta 26. Los padres de familia respondieron el 6.7% que no saben que pasta infantil debe utilizar sus hijos, mientras que el 24.0% obtuvieron una respuesta correcta al decir que sus hijos deben utilizar una pasta infantil sin flúor (Tabla y Gráfica 28).

Tabla 28. Pregunta 26. ¿Qué tipo de pasta dental, infantil utiliza el niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	7	6,7	6,7	6,7
Con Flúor	72	69,2	69,2	76,0
Sin Flúor	25	24,0	24,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

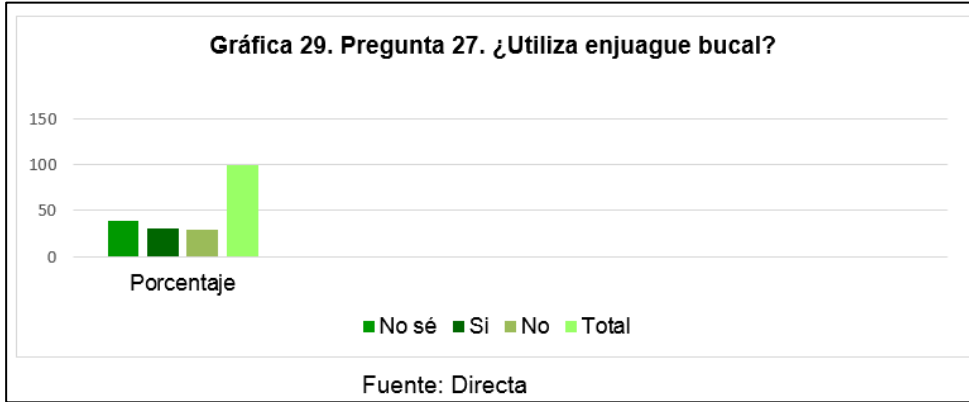


En la pregunta 27. Los padres de familia respondieron el 39.4% que no sabe si utiliza su hijo, enjuague bucal, el 30.8% si utiliza enjuague bucal, mientras que el 29.8% respondieron que no utilizan enjuague bucal. (Tabla y Gráfica 29)

Tabla 29. Pregunta 27. ¿Utiliza enjuague bucal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	41	39,4	39,4	39,4
Si	32	30,8	30,8	70,2
No	31	29,8	29,8	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

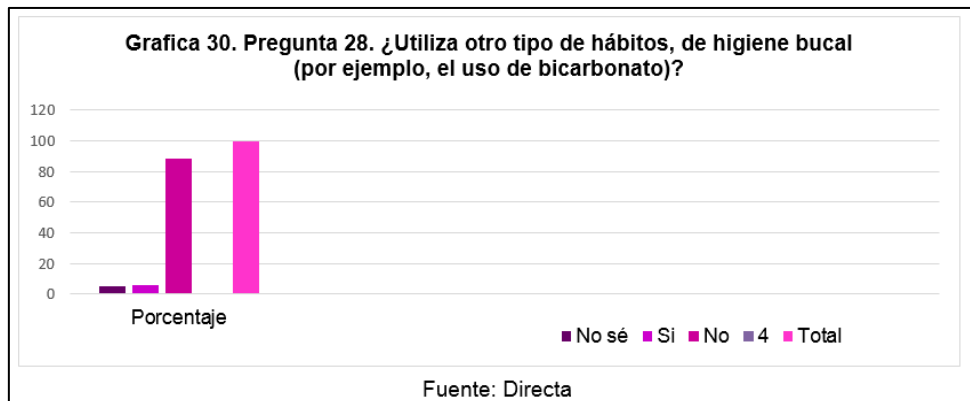


En la pregunta **28**. Los padres de familia respondieron el 4.8% que no saben si utilizan otro hábito aparte del cepillado, el 5.8% si utilizan otro hábito aparte del cepillado y el 88.5% No utilizan otro habito más que solo el cepillado dental. (Tabla y Gráfica 30)

Tabla 30. Pregunta 28. ¿Utiliza otro tipo de hábitos, de higiene bucal (por ejemplo, el uso de bicarbonato)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	5	4,8	4,8	4,8
Si	6	5,8	5,8	10,6
No	92	88,5	88,5	99,0
4	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

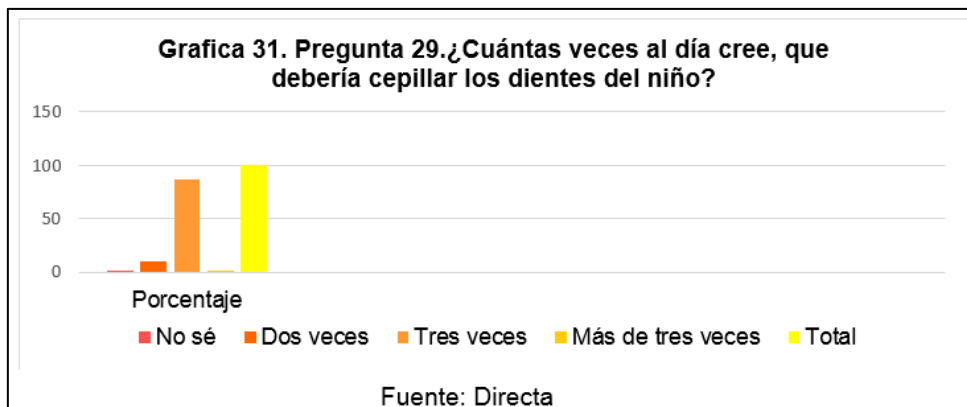


En la pregunta **29**. Los padres de familia respondieron el 1.9% no saben cuántas veces se deben cepillar los dientes sus hijos, 9.6% se cepilla dos veces los dientes, 86.5% se cepilla tres veces los dientes, y el 1.9% se cepilla más de tres veces. (Tabla y Gráfica 31)

Tabla 30. Pregunta 29. ¿Cuántas veces al día cree, que debería cepillar los dientes del niño?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	2	1,9	1,9	1,9
Dos veces	10	9,6	9,6	11,5
Tres veces	90	86,5	86,5	98,1
Más de tres veces	2	1,9	1,9	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

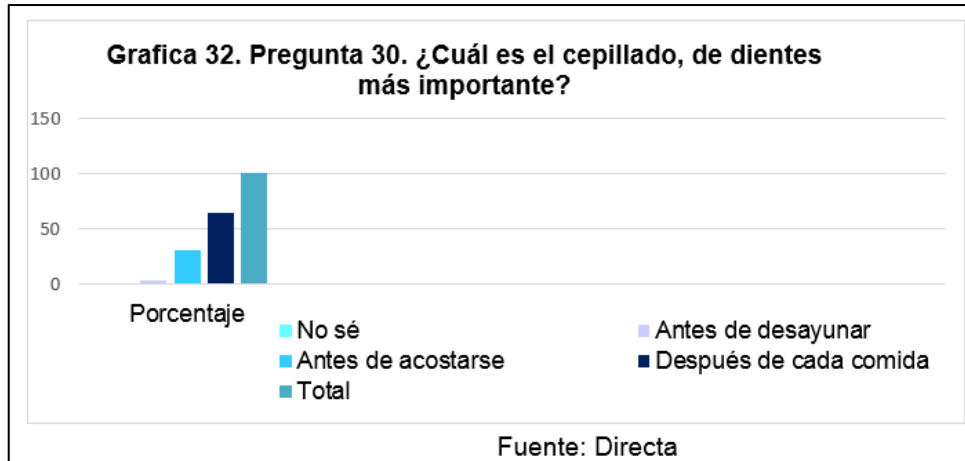


En la pregunta **30**. Los padres de familia respondieron el 1.0% que no saben cuál es el cepillado más importante, mientras que el 30.8% respondieron la respuesta correcta que el cepillado dental más importante es antes de acostarse (Tabla y Gráfica 32).

Tabla 32. Pregunta 30. ¿Cuál es el cepillado, de dientes más importante?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	1	1,0	1,0	1,0
Antes de desayunar	4	3,8	3,8	4,8
Antes de acostarse	32	30,8	30,8	35,6
Después de cada comida	67	64,4	64,4	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

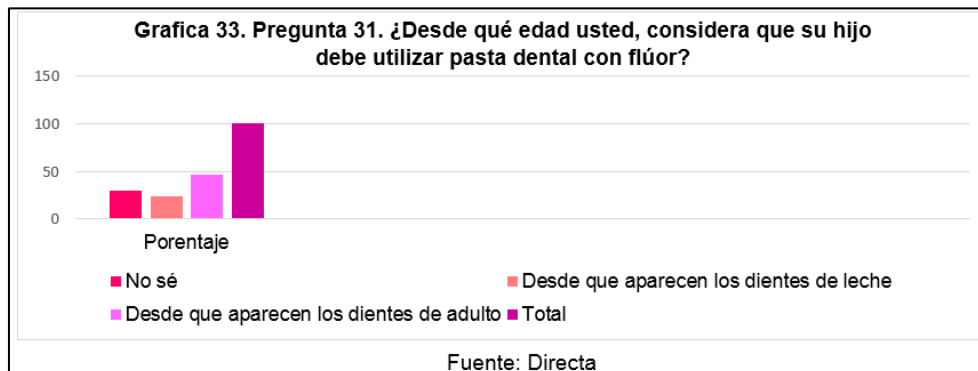


En la pregunta 31. Los padres de familia respondieron el 29.8% que no saben a qué edad sus hijos deben utilizar pasta con flúor, mientras que el 46.2% respondieron la respuesta correcta, que deben utilizar los niños pasta dental con flúor hasta que erupcionen completamente los dientes de adulto (Tabla y Gráfica 33).

Tabla 33. Pregunta 31. ¿Desde qué edad usted, considera que su hijo debe utilizar pasta dental con flúor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	31	29,8	29,8	29,8
Desde que aparecen los dientes de leche	25	24,0	24,0	53,8
Desde que aparecen los dientes de adulto	48	46,2	46,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

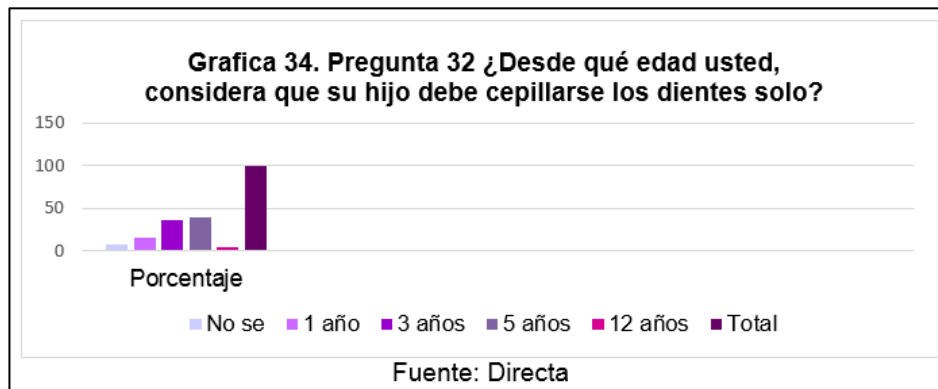


En la pregunta 32. Los padres de familia respondieron el 6.7% que no saben a qué edad deben dejar a sus hijos cepillarse los dientes solos, mientras que el 3.8% respondieron la respuesta correcta, que hasta los 12 años deben dejar a sus hijos cepillarse los dientes solos (Tabla y Gráfica 34).

Tabla 34. Pregunta 32. ¿Desde qué edad usted, considera que su hijo debe cepillarse los dientes solo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se	7	6,7	6,7	6,7
1 año	15	14,4	14,4	21,2
3 años	38	36,5	36,5	57,7
5 años	40	38,5	38,5	96,2
12 años	4	3,8	3,8	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

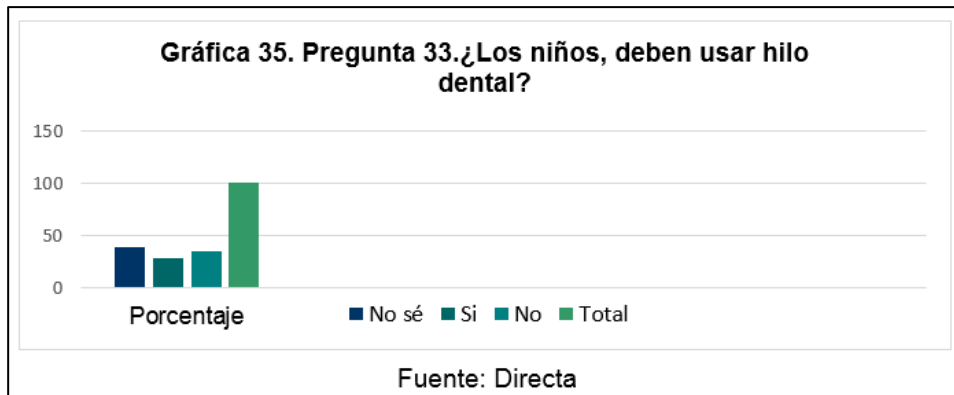


En la Pregunta 33. Los padres de familia respondieron el 38.5% que no saben si sus hijos deben usar el hilo dental mientras que el 27.9% respondieron la respuesta correcta, que si deben usar los niños hilo dental, después de su cepillado. (Tabla y Gráfica 35)

Tabla 35. Pregunta 33. ¿Los niños, deben usar hilo dental?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	40	38,5	38,5	38,5
Si	29	27,9	27,9	66,3
No	35	33,7	33,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

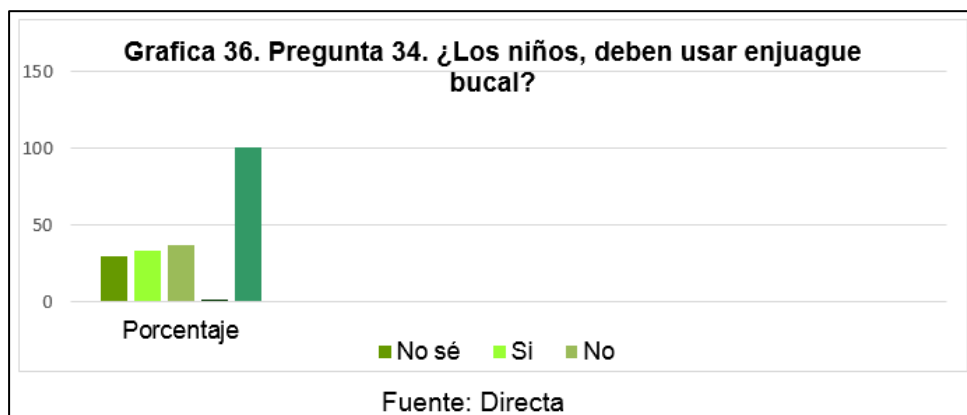


En la pregunta 34. Los padres de familia respondieron el 29.8% que no saben si sus hijos deben usar enjuague bucal, mientras que el 32.7% respondieron la respuesta correcta, que si deben usar los niños enjuague bucal después de su cepillado. (Tabla y Gráfica 36)

Tabla 36. Pregunta 34. ¿Los niños, deben usar enjuague bucal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	31	29,8	29,8	29,8
Si	34	32,7	32,7	62,5
No	38	36,5	36,5	99,0
3	1	1,0	1,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

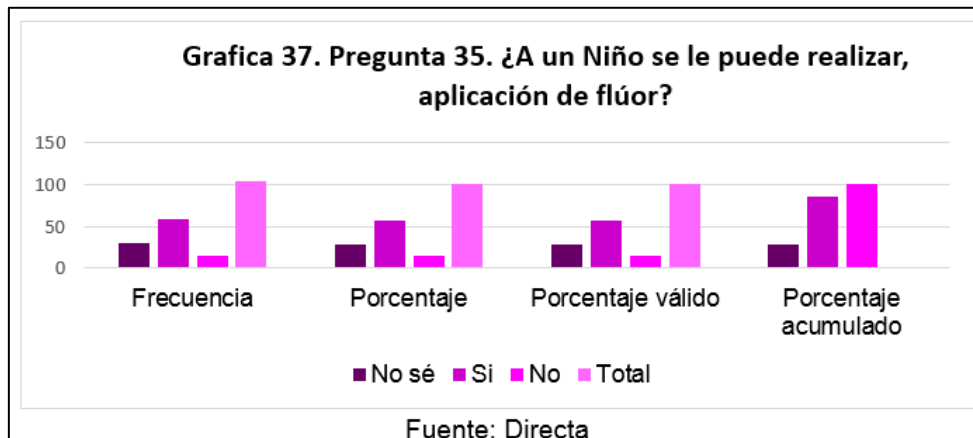


En la pregunta 35. Los padres de familia respondieron el 28.8% que no saben si a sus hijos se les debe aplicar flúor, mientras que el 56.7% respondieron la respuesta correcta, que si a los niños se le debe realizar aplicación de flúor. Tabla y Gráfica 37)

Tabla 37. Pregunta 35. ¿A un Niño se le puede realizar, aplicación de flúor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	30	28,8	28,8	28,8
Si	59	56,7	56,7	85,6
No	15	14,4	14,4	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

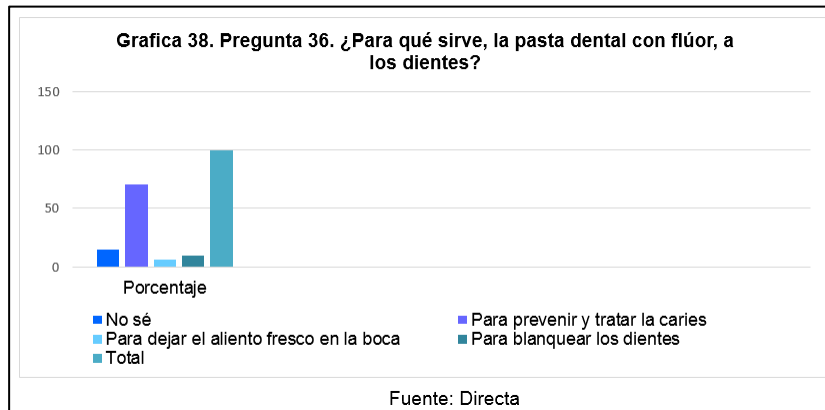


En la pregunta 36. Los padres de familia respondieron el 14.4% que no saben para qué sirve la pasta dental con flúor, mientras que el 70.2% respondieron la respuesta correcta, que la pasta dental sirve para prevenir y tratar la caries (Tabla y Gráfica 38).

Tabla 38. Pregunta 36. ¿Para qué sirve, la pasta dental con flúor, a los dientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se	15	14,4	14,4	14,4
Para prevenir y tratar la caries	73	70,2	70,2	84,6
Para dejar el aliento fresco en la boca	6	5,8	5,8	90,4
Para blanquear los dientes	10	9,6	9,6	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

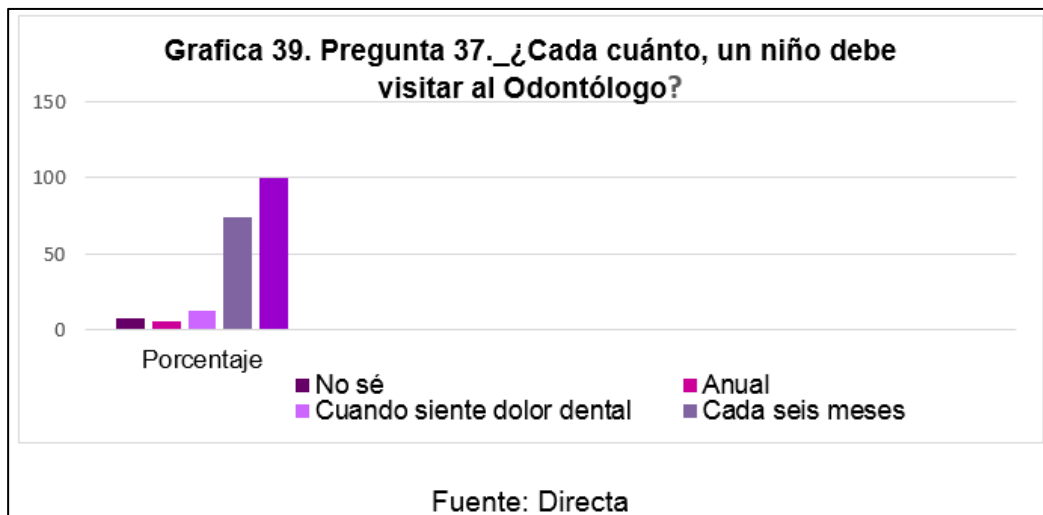


En la pregunta **37**. Los padres de familia respondieron el 7.7% que no saben cada cuánto deben visitar al odontólogo, mientras que el 74.0% respondieron la respuesta correcta, que deben visitar al odontólogo cada seis meses. Tabla y Gráfica 39)

Tabla 39. Pregunta 37. ¿Cada cuánto, un niño debe visitar al Odontólogo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se	8	7,7	7,7	7,7
Anual	6	5,8	5,8	13,5
Cuando siente dolor dental	13	12,5	12,5	26,0
Cada seis meses	77	74,0	74,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

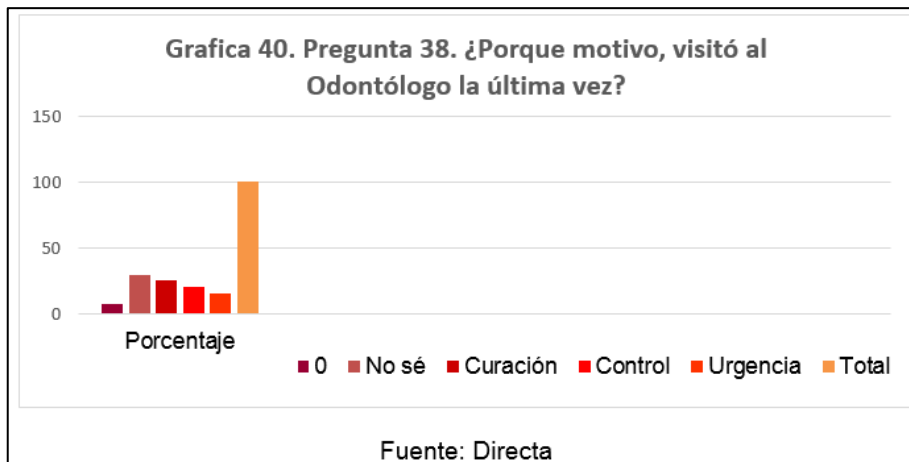


En la pregunta **38**. Los padres de familia respondieron el 29.8% que no saben cuándo fue la última vez que llevaron a sus hijos al odontólogo, el 26.0% respondieron que acudieron por última vez al Odontólogo por curación, el 21.2% acudieron al odontólogo por control y prevención, y el 15.4% llevaron a sus hijos por urgencia dental. (Tabla y Gráfica 40).

Tabla 40. Pregunta 38. ¿Porque motivo, visitó al Odontólogo la última vez?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	8	7,7	7,7	7,7
No se	31	29,8	29,8	37,5
Curación	27	26,0	26,0	63,5
Control	22	21,2	21,2	84,6
Urgencia	16	15,4	15,4	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

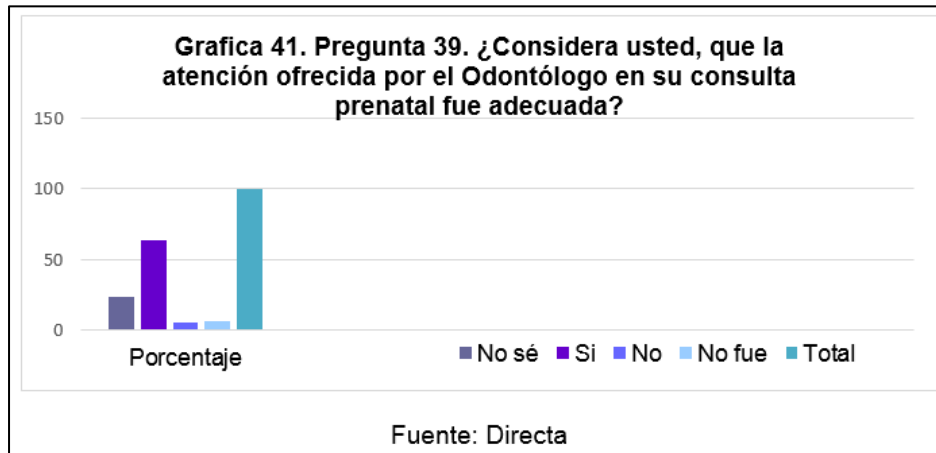


En la pregunta **39**. Las madres de familia que participaron en el cuestionario respondieron el 6.7% que no fueron durante el embarazo al odontólogo, el 24.0% no recuerdan si tuvieron atención Odontológica durante el embarazo, el 5.8% no tuvieron atención Odontológica durante el embarazo y el 63.5% si asistieron y fue una adecuada atención odontológica durante el embarazo. (Tabla y Gráfica 41)

Tabla 41. Pregunta 39. ¿Considera usted, que la atención ofrecida por el Odontólogo en su consulta prenatal fue adecuada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	25	24,0	24,0	24,0
Si	66	63,5	63,5	87,5
No	6	5,8	5,8	93,3
No fue	7	6,7	6,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

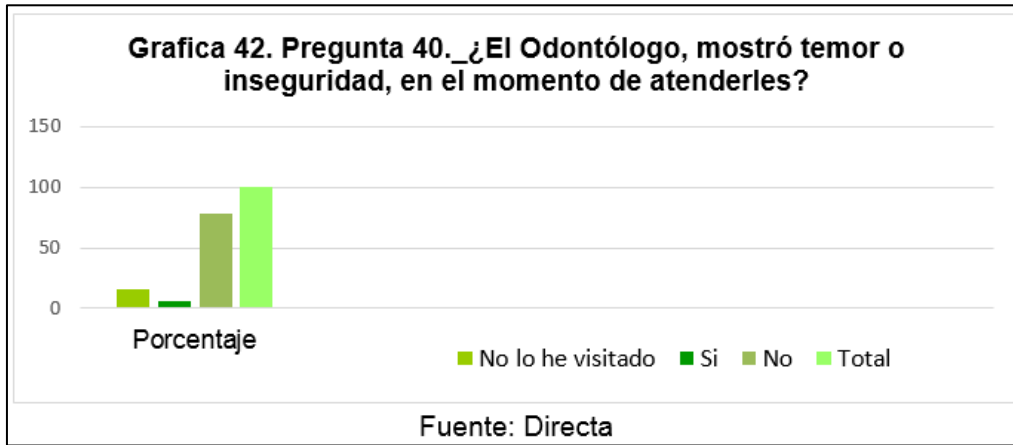


En la pregunta **40**. Las madres de familia que participaron en el cuestionario respondieron el 16.3% no visitaron al odontólogo durante el embarazo, el 77.7% el odontólogo no mostró temor o inseguridad en el momento de atenderles durante el embarazo, y el 5.8% el odontólogo si mostró temor o inseguridad en el momento de atenderles durante el embarazo. (Tabla y Gráfica 42)

Tabla 42. Pregunta 40. ¿El Odontólogo, mostró temor o inseguridad, en el momento de atenderles?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No lo he visitado	17	16,3	16,3	16,3
Si	6	5,8	5,8	22,1
No	81	77,9	77,9	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

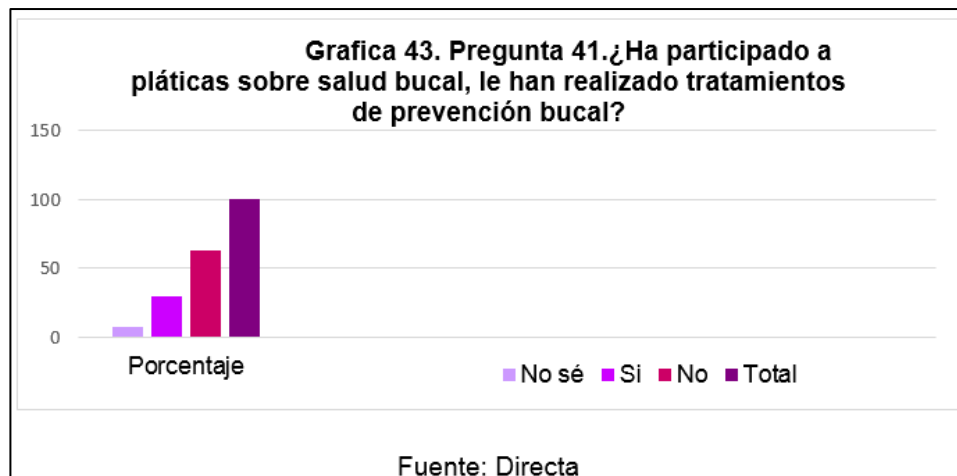


En la pregunta 41. Los padres de familia respondieron el 7.7% que no saben si le han participado a pláticas sobre salud bucal y realizado tratamientos de prevención bucal, el 62.5% no han participado a pláticas sobre salud bucal ni realizado tratamientos de prevención bucal, y el 29.8% si le han participado a pláticas sobre salud bucal y realizado tratamientos de prevención bucal. (Tabla y Gráfica 43)

Tabla 43. Pregunta 41. ¿Ha participado a pláticas sobre salud bucal, le han realizado tratamientos de prevención bucal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sé	8	7,7	7,7	7,7
Si	31	29,8	29,8	37,5
No	65	62,5	62,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa

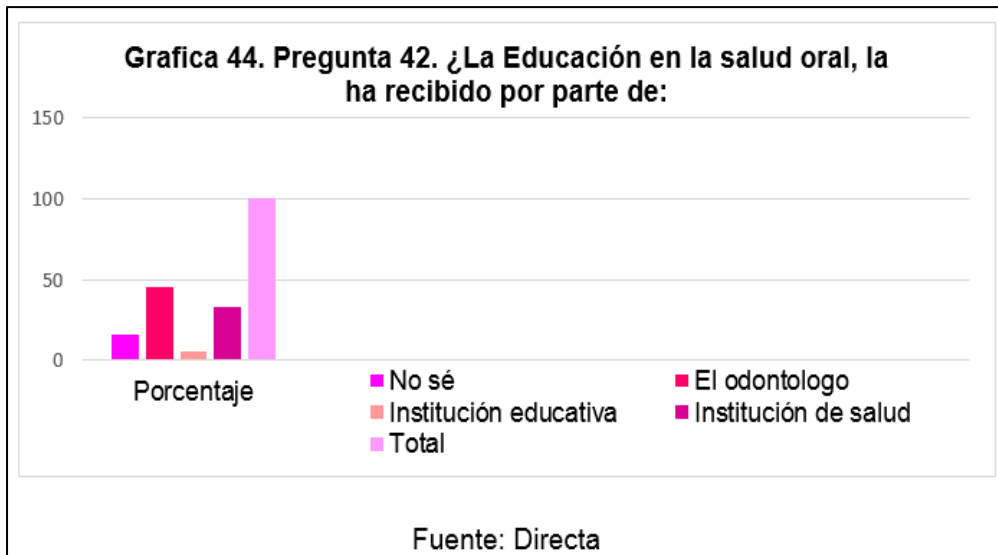


En la pregunta **42**. Los padres de familia respondieron el 16.3% que no saben si han recibido educación en la salud oral, el 45.2% si han recibido educación en la salud oral por parte del odontólogo, el 5.8% han recibido educación en la salud oral por parte de la Institución Educativa, y el 32.7% han recibido educación en la salud oral por parte de la Institución de salud

Tabla 44. Pregunta 42. ¿La Educación en la salud oral, la ha recibido por parte de:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se	17	16,3	16,3	16,3
El odontólogo	47	45,2	45,2	61,5
Institución educativa	6	5,8	5,8	67,3
Institución de Salud	34	32,7	32,7	100,0
Total	104	100,0	100,0	

Fuente: Directa



RESULTADOS GENERALES

Medidas Preventivas

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	19	18,3
Regular	72	69,2
Bueno	13	12,5
Total	104	100,0

Desarrollo Dental

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	27	26,0
Regular	48	46,2
Bueno	29	27,9
Total	104	100,0

Enfermedades Bucales

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	4	3,8
Regular	28	26,9
Bueno	72	69,2
Total	104	100,0

IX. DISCUSIÓN

En un estudio realizado de intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México, interrogaron a las madres de familia el desarrollo de sus hábitos higiénicos, cuya intervención mostraron un mayor aprendizaje y control del cepillado dental. Mientras que en nuestro estudio se tomó en cuenta al padre, madre o tutor del niño sobre el desarrollo de sus hábitos higiénicos, cuyos resultados mostraron un menor aprendizaje y medio control del cepillado dental.²⁴

En el mismo estudio de intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México, respecto a la frecuencia que realizaban su cepillado, hubo buena respuesta por parte de las madres de familia ya que el 69% de los alumnos realizaban el cepillado 3 veces al día. En nuestro estudio la frecuencia de cepillado que realizaban, obtuvo un resultado regular ya que el 29% de los alumnos realizaban el cepillado 3 veces al día.²⁴

En el estudio que se realizó en Cuba llamado Intervención educativa sobre salud bucal “Por una blanca sonrisa” en estudiantes de la Escuela Primaria Rodney Coutin Correa, donde aplicaron un cuestionario que se basaba en diferentes subtemas uno de ellos era el conocimiento que tenían sobre la higiene bucal y el 12.5% tenían el dominio insuficiente en el tema, mientras que nuestro estudio de Nivel de Conocimientos de los Padres de Familia, también se realizó con los diferentes subtemas y uno de ellos fue de medidas preventivas donde pertenecía el apartado de la higiene bucal y el 7.7% tenían el dominio insuficiente de la higiene bucal lo cual coincide con el anterior estudio mencionado.³⁷

En el mismo estudio de la Intervención educativa sobre salud bucal “Por una blanca sonrisa” en estudiantes de la Escuela Primaria Rodney Coutin Correa, en el mismo cuestionario, en otro apartado sobre el conocimiento que tenían de las enfermedades bucales encontraron que un 20% tenía desconocimiento del concepto previamente;

En nuestro estudio se analizó sobre el tema de las enfermedades bucales, encontrando que el 18.3% tenía el desconocimiento sobre las preguntas relacionadas del tema, siendo similares los resultados de ambos estudios.³⁷

En Cuba, se realizó un estudio observacional descriptivo llamado Nivel de información de la madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar, basado en un instrumento de preguntas, donde empleaban los siguientes criterios para agrupar a los pacientes de acuerdo con el estado de salud bucal, en Bueno, Regular y Malo. En sus resultados encontraron que el porcentaje del mal estado de salud bucal representó 24,3 % y el estado de salud bucal bueno en el cual fue de 28.6 %. En nuestro estudio de igual manera se realizó un instrumento basado en preguntas sobre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia sobre la salud bucal de sus hijos de nivel primaria, también se clasificaron en tres valores de evaluación, en Bueno, Regular y Malo. Nuestros resultados son muy diferentes al anterior estudio ya que el porcentaje que presentaban mal estado de salud bucal es de 7.7 % y el estado de salud bucal bueno es de 88.5%.³⁸

En Perú, se realizó un estudio basado en la validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos, lo clasificaron en tres etapas que dependían de los resultados basados en las respuestas de padres de familia, y fue clasificado en malo, pobre y bueno. Respecto a sus resultados la mayoría de los padres de familia tenía un nivel pobre en el área de salud bucal. En nuestro estudio de igual manera se realizó un cuestionario sobre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia sobre la salud bucal de sus hijos, también se clasificó en tres etapas de evaluación, en Bueno, Regular y Malo. Nuestros resultados son muy diferentes en comparación con el anterior estudio, debido a que los padres de familia tenían un nivel Regular en el área de salud bucal.

En Cuba, se realizó una intervención educativa en alumnos de la Escuela Politécnica Pedro Díaz Coello del municipio Holguín, donde aplicaron un cuestionario de diagnóstico para medir el nivel de conocimientos obteniendo el 72.4 % de los encuestados con un conocimiento inadecuado. Mientras que nuestro estudio de igual manera se aplicó un cuestionario, pero este se realizó a los padres de familia para saber el nivel de conocimiento que les proyectan a sus hijos de educación primaria, obteniendo el 18.3 % de los encuestados con un conocimiento inadecuado, por lo que nuestros resultados son similares al estudio mencionado.³⁹

En un estudio que se realice en la Habana Cuba llamado **Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres, donde aplicaron un cuestionario. Los resultados que obtuvieron fueron que el nivel de conocimientos en las madres sobre las acciones para mantener los dientes y encías sanos fue alto de 91.6 %, con relación al momento del cepillado de 92.8 %, respecto a la dieta beneficiosa a la salud bucal de 81.4 %, referente a los hábitos bucales deformantes de 84.4 %, y en lo que concierne a las medidas protectoras contra la caries dental de 87.4 %.** Mientras que en nuestro estudio también se analizó el nivel de conocimientos de los padres de familia sobre la salud bucal, sobre las acciones para mantener los dientes y encías sanos fue del 30.8 %, con relación al momento del cepillado del 85.6 %, referente a los hábitos bucales deformantes del 74.0 % y en lo que concierne a las medidas protectoras contra la caries dental de 37.5 %, por lo que algunos resultados son similares y otros difieren respectivamente al anterior estudio.

28

En un estudio que se realizó en Perú, llamado Características Socioeconómicas y Salud bucal de Escolares de Instituciones Educativas Públicas, de igual manera realizaron encuestas, sus condiciones económicas en el caso de las madres, se observa que casi la mitad de ellas se dedican a las labores domésticas, donde el sustento económico de la familia proviene principalmente del padre, y reciben apoyo del gobierno, mediante esto contribuye al Nivel de conocimientos de las enfermedades bucales, se considera que la atención y revisión odontológica debe

ser cada 6 meses pero en la localidad donde se realizó el estudio fue que solo el 43 % de los niños había recibido atención dental en los últimos 12 meses, y la cuarta parte de los escolares refieren haber visitado al dentista antes de los 6 meses. Mientras que en nuestro estudio se realizó el estudio en una comunidad Rural donde también las posibilidades económicas son muy pocas, las mamás se dedican al hogar y los padres de familia al trabajo, la mayor parte eran madres solteras, por lo cual su índice de conocimientos respecto a la atención odontológica respondió en la encuesta que llevan a sus hijos en dependencia de la salud del gobierno cada 6 meses el 74.0 %, y no sabe cada cuando lo lleva el 7.7%, datos muy diferentes al anterior estudio.⁴⁰

X. CONCLUSIONES

Su resultado fue Regular, en el Nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la Escuela rural de san pablo Tejalpa, Tenancingo, estado de México en el ciclo escolar 2018-2019, porque la comunidad a la que se le aplicó el estudio, no se les concientizo de fomentar la higiene bucal y una revisión periódica con su odontólogo.

- Este estudio fue aplicado durante mi estancia de servicio social, la cual fue en una comunidad Rural, donde la mayoría de las familias son de escasos recursos económicos, lo que me llamó la atención fue lo afectados que estaban los niños sus dientes y en su estado de salud bucal, por eso se optó por realizar una encuesta donde se obtuvieran resultados certeros, debido a que en el caso de ser menor de edad, la responsabilidad del estado de salud bucal es de los padres de familia o tutores del menor, y también conocer por qué se encuentran tan afectados la mayoría de los niños de la comunidad de San Pablo Tejalpa.
- Este estudio fue realizado para saber el nivel de conocimientos de los padres de salud bucal y para identificar sí se preocupan por tener los conocimientos necesarios para mantener en el estado de salud bucal de sus hijos.
- La escuela como la comunidad en general, poseen escasos conocimientos y prácticas inadecuadas de cuidado bucal, tiene acceso mínimo a la atención médica odontológica en su mismo Centro de Salud, que se encuentra en su comunidad de San Pablo Tejalpa, ofrecido por la Institución del ISEM donde la mayoría de los que asisten presentan una alta prevalencia de caries dental y una regular higiene oral.
- Cuando se realizó el aviso en la escuela Primaria para que los padres de familia acudieran para explicarles sobre el estudio, los primeros en asistir fueron los padres de familia de los alumnos de primer grado, los cuales tenían el interés de saber sobre

la salud bucal de sus hijos, por lo tanto estaban interesados en realizar el instrumento aplicado, algunos padres de familia se rehusaron a responder el instrumento dando como respuesta que ya sabían lo que era y que no tenían el tiempo para contestarlo porque trabajaban, se puede concluir que entre más grandes de edad son los escolares es menor el interés de asistir y conocer temas relacionados a la escuela y salud bucal de los niños.

- Se logró identificar que existe una relación estadísticamente que entre menor es el conocimiento de los padres de familia sobre la salud bucal, mayor es la problemática de que los escolares padezcan enfermedad bucales.

XI. SUGERENCIAS

- Realizar como parte del plan de estudios en la educación primaria, sesiones educativas y demostrativas sobre la higiene bucal, las enfermedades bucales, tanto a maestros como a los padres de familia junto a los alumnos.
- Compartir los resultados del estudio para que se den cuenta que sus conocimientos sobre la salud bucal son inadecuados y realizar un reforzamiento sobre los temas y así responder sus dudas que se presentan para que puedan aplicar lo aprendido con sus hijos y con ellos mismos.
- Proponer en las Instituciones de salud bucal, que son las de dependencia de gobierno, que se puedan realizar campañas en las escuelas, en los parques, en las ferias, etc; para brindar una atención preventiva en la salud bucal y prevenir la caries dental.
- Emplear consecuentemente las sesiones educativas porque entre mayor conocimiento tengan en general la comunidad, se encuentran menor número de enfermedades bucales.
- Identificar la información necesaria con las Instituciones de Salud, y Educativas para que puedan tener un punto focal y de prevención, y se puedan seguir realizando más de estas opciones para establecer un mejoramiento, tanto no sólo en esta comunidad donde se realizó dicha investigación sino en general, en toda la localidad.
- Las siguientes investigaciones podrían tomar en cuenta otras variables tales como nivel socioeconómico para poder observar la influencia que esta tiene sobre el nivel de conocimiento en salud bucal.

XII. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado paciente

Número de identificación: _____

A quien corresponda

Por medio de la presente yo: _____
declaro libre y voluntariamente participar en el estudio denominado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO EN EL CICLO ESCOLAR 2018-2019”** que se realizara **ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO**. En el periodo **2018-2019**; como parte para el trabajo de tesis de la *PCD. LILIANA ALCALÁ ARCE*, el cual tiene por objetivo, **Conocer el nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia de la escuela rural de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo escolar 2018-2019**

Se me ha informado que en los procedimientos y pruebas que participaré consisten en la observación y análisis de los datos proporcionados en el instrumento de aplicación.

Es de mi conocimiento que seré libre de no permitir que utilicen los datos vertidos en la el instrumento de aplicación en la presente investigación en el momento que yo lo desee, esto no afectara al curso de mi tratamiento.

Nombre del padre o tutor: _____

Firma: Participo: _____ No participo _____

Edad: _____

Anexo 2. Instrumento de recolección de información.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA RURAL DE SAN PABLO TEJALPA, TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO EN EL CICLO ESCOLAR 2018-2019

*Cuestionario modificado por el autor González Prada Manuel.

INFORMACION PERSONAL DE PADRE O TUTOR		
NOMBRE:	EDAD:	CÓDIGO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:	
NÚMERO DE MIEMBROS DE FAMILIA:	INGRESO MENSUAL:	
NIVEL DE ESCOLARIDAD:		

INFORMACION PERSONAL DEL HIJO		
NOMBRE:	EDAD:	CÓDIGO:
SEXO:	GRADO ESCOLAR:	

Consentimiento Informado

<p>NOMBRE Y FIRMA DE PADRE O TUTOR</p> <p>Acepto contestar el cuestionario que se me informó de manera verbal</p>

INSTRUCCIONES: Para contestar cada pregunta deberá escoger una respuesta que será la que usted considere más adecuada y marcada con una equis (X).

Dentición y cronología de erupción

1.- ¿Cuántos dientes existen en una dentición temporal?

20 X 32 _____ No sé _____

2._ **¿Cuántos dientes existen en una dentición permanente?**

32 **X** 42 _____ No sé _____

3._ **¿Cuál considera que sería la primera consulta Odontológica del niño?**

Cuando Nace _____ Cuando salen los primeros dientes **X**

Al año _____ No sé _____

4._ **¿A partir de qué edad, se debe comenzar a cepillar los dientes al niño?**

Desde el nacimiento _____ Desde la erupción del primer diente **X**

A los 6 meses _____ A los 2 años _____ A los 5 años _____

5._ **¿A qué edad, erupciona el primer diente de su bebé?**

A los 3 meses _____ A los 6 meses **X**

A los 12 meses _____ No sé _____

6._ **¿Se debe limpiar la boca de un bebé después de tomar biberón o leche materna?**

Sí **X** No _____ No sé _____

7._ **¿Cuándo se cepillan las encías de los niños?**

Cuando salen los dientes _____ Después de darles de comer **X**

A los 6 meses _____ No sé _____

8._ **¿Considera usted, que el uso del chupón o que se chupe el dedo afecta a los dientes, del niño?**

Sí. **X** No _____ No sé _____

9._ **¿Qué sucede si se deja el biberón al niño mientras duerme que sucede?**

No para nada _____ Los dientes salen más rápido _____

Aumenta el riesgo a caries **X** No sé _____

10._ **¿Cuál es la pasta dental que utilizaría para cepillarle los dientes del niño?**

La pasta que utiliza toda la familia en casa _____ Una pasta para niños **X**

No usaría pasta dental _____ No sé _____

11._ ¿A qué edad terminan de erupcionar todos los dientes del niño?

10 años _____ 13 años X 5 años _____ No sé _____

12._ ¿Sabe usted a que edad erupciona el primer diente permanente en los niños?

A los 6 años X A los 12 meses _____ A los 5 años _____

A los 12 años _____ No sé _____

Enfermedades bucales

Caries

13._ ¿Cree usted que la caries, es una enfermedad contagiosa?

Sí. _____ No X No sé _____

14._ ¿Cree usted que la caries se puede prevenir?

Sí X No _____ No sé _____

15._ ¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental?

Con una buena higiene y asistiendo al Odontólogo, cada 6 meses X

Evitando el consumo de dulces _____

Usando enjuagues bucales, con flúor y pasta dental _____

No sé _____

16._ ¿Cómo se observa la caries dental?

Como una mancha, blanca en el diente _____

Como una mancha, negra café en el diente X

Como un hoyo, en el diente _____

No sé _____

Gingivitis

17._ ¿Qué es la Gingivitis?

El dolor del diente _____ La enfermedad de las encías **X**

Inflamación del labio _____ No sé _____

18._ ¿Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes?

Sí _____ No **X** No sé _____

19._ ¿Es normal tener las encías inflamadas y con dolor?

Si. _____ No **X** No sé _____

Traumatismos

20._ ¿Qué haría si el diente de su hijo cambia de color después de recibir un golpe?

Nada _____ Lo llevó al Odontólogo **X**

Le doy una pastilla _____ No sé _____

21._ ¿Qué haría si su hijo sufre una caída y recibe un golpe en los dientes?

Si le duele, lo llevo al Odontólogo _____

Lo llevó inmediatamente, al Odontólogo **X**

Le hago, un remedio casero _____ No sé _____

Medidas preventivas

22.- ¿El embarazo le impidió el adecuado cepillado bucal?

Sí **X** No _____ No sé _____

23._ ¿Acudió al Odontólogo durante el embarazo?

Sí No _____ No sé _____

24._ ¿El niño utiliza cepillo y pasta dental infantil?

Sí No _____ No sé _____

25._ ¿Cuántas veces se cepilla al día 3 VECES _____

Veces. Duración (tiempo) _____

26._ ¿Qué tipo de cepillo infantil utiliza?

De cerdas suaves De cerdas medianas _____

De cerdas duras _____ No sé _____

27._ ¿Cómo es, su técnica de cepillado?

Horizontal Vertical _____ Circular. _____ No sé _____

28._ ¿Utiliza otro tipo de hábitos, de higiene bucal (por ejemplo, el uso de bicarbonato)?

Sí _____ No No sé _____

29._ ¿Cuantas veces al día cree, que debería cepillar los dientes del niño?

Una _____ Dos _____ Tres

Más de tres _____ No sé _____

30._ ¿Cuál es el cepillado, de dientes más importante?

Antes de desayuno _____ Antes de acostarme

Después de cada comida _____ No sé _____

31._ ¿Desde qué edad usted, considera que su hijo debe utilizar pasta dental con flúor?

Desde que aparecen, los dientes de leche _____

Desde que tiene, todos los dientes de adulto

No sé _____

32 ¿Desde qué edad usted, considera que su hijo debe cepillarse los dientes

solo?

1 año _____ 3 años _____ 5 Años _____

12 años No sé _____

33._ ¿Los niños, deben usar hilo dental?

Sí No _____ No sé _____

34._ ¿Los niños, deben usar enjuague bucal?

Sí No. _____ No sé _____

35._ ¿A un Niño se le puede realizar, aplicación de flúor?

Sí No _____ No sé _____

36._ ¿Para qué sirve, la pasta dental con flúor, a los dientes?

Para prevenir y tratar la caries

Para dejar un aliento fresco en la boca _____

Para blanquear los dientes _____

No sé _____

37._ ¿Cada cuánto, un niño debe visitar al Odontólogo?

Anual _____ Cuando siente dolor dental _____

Cada 6 meses No sé _____

38._ ¿Porque motivo, visitó al Odontólogo la última vez?

Curación _____ Control Urgencia _____

No lo he visitado _____ No sé _____

39._ ¿Considera usted, que la atención ofrecida por el Odontólogo en su consulta prenatal fue adecuada?

Sí No _____ No fue _____ No sé _____

40._ ¿El Odontólogo, mostró temor o inseguridad, en el momento de atenderles?

Sí _____ No **X** No lo he visitado _____

41._ ¿Ha participado a pláticas sobre salud bucal, le han realizado tratamientos de prevención bucal?

Sí **X** No _____ No sé _____

42._ ¿La Educación en la salud oral, la ha recibido por parte de :

El Odontólogo **X**

Institución Educativa _____

La institución de Salud _____

No sé _____

Anexo 3. Valores de evaluación del instrumento de recolección de información de nivel de conocimientos de la salud bucal de sus hijos

Desarrollo Dental (12)
9-12 Bueno
5-8 Regular
1-4 Deficiente
Enfermedades bucales (9)
7-9 Bueno
4-6 Regular
1-3 Deficiente
Medidas preventivas (21)
15-21 Buena
8-14 Regular
1-7 Deficiente

Anexo 4. Consideraciones bioéticas

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título 2do. Cap. I establece los siguientes artículos:

Art. 16: Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17, Inciso II Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Art. 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 21: para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Art. 22: El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Además de los artículos 16 y 21, Inciso II del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su Título 2do. Cap. I, para este estudio se respetaron las disposiciones de la declaración de Helsinki

XIII. REFERENCIAS

- 1.- Lucas-Rincón, Salvador Eduardo, et al. "Dientes natales y neonatales: una revisión de la literatura." *Pediatría (Asunción)*44.1 (2017): 62-70.
2. Leache, Barbería, and Elena Barbería Leache. *Odontopediatría*.Cap.3. Anomalías de la dentición, numero, tamaño y forma, No. 616.314-053.2. Masson,, 2001. Pag 54-64.
3. Demirjian, A.; Goldstein, H. & Tanner, J. M. A new system of dental age assessment. *Hum. Biol.*, 45(2):211-27, 1973.
4. Castillo Talancón, Adriana del. Relación entre edad cronológica con los estadios de maduración dental de Nolla. Diss. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2014.
- 5.Canut JA.Fisiología de erupción. en erupción En:ortodoncia Clinica Barcelona.Salvat; 8-8;1988
- 6.- Carvajal, M. "Desarrollo de la dentición. La dentición primaria." *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Ortodoncia. ws edición electrónica]* (2009).
- 7.- Alzate-García, Flor de Luna, et al. "Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional." *CES Odontología*29.1 (2016): 57-69.
- 8.- Agullo, MJ Aguilar, et al. "Periodoncia para el higienista dental." *Periodoncia* 2003.13 (2003): 3.
- 9.- Mooney, Julio Barrancos, and Patricio J. Barrancos. *Operatoria dental: integración clínica*. Ed. Médica Panamericana, 2006
- 10.- Rioboo Crespo, M., and A. Bascones. "Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos." *Avances en periodoncia e implantología oral* 17.2 (2005): 69-77.
- 11.- Matesanz-Pérez, P., R. Matos-Cruz, and A. Bascones-Martínez. "Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura." *Avances en periodoncia e implantología oral* 20.1 (2008): 11-25.
- 12.-Zerón, Agustín. "Nueva clasificación de las enfermedades periodontales." *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 58.1 (2001): 16-20.

- 13.-Carole A Palmer y Linda D. Boyd. Nutricion, Dieta y estado oral. En: Dr. Alfredo R. Boyd Filós /Norman O. Harris, Franklin García-Godoy Odontología Preventiva Primaria. Cap. 15. Ed. 2ª .México: Editorial El Manual Moderno, 2005, 305-325.
- 14.- Soria-Hernández, Ma Alejandra, Nelly Molina, and Raúl Rodríguez. "Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental." *Acta pediátrica de México* 29.1 (2008): 21-24.
- 16.- Rizzo-Rubio, Lina María, Ana María Torres-Cadavid, and Cecilia María Martínez-Delgado. "Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal." *CES Odontología* 29.2 (2016): 52-64
- 17.-Esteva Espinosa E. (2008, Julio) Higiene bucodental. Prevención de la caries y la enfermedad periodontal. Revista Elsevier, Vol.27; (Nº7), pág. 11-92
- 18.-García del Prado, Gemma Lauzardo, et al. "La Bixa orellana L como posible sustancia reveladora de placa dentobacteriana: a potential substance for detection of dentobacterial plaque." *Revista Cubana de Estomatología* 46.2 (2009): 0-0.
- 19.-Valencia, R., et al. "Metodología para la evaluación de selladores de fosetas y fisuras in vivo, y su comparación con la desprotección del esmalte." *RODYB* 3.2 (2014): 33-42.
- 20.- Hervás García, Adela, et al. "Resinas compuestas: Revisión de los materiales e indicaciones clínicas." *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)* 11.2 (2006): 215-220.
- 21.-Carvajal, Mónica, Isabel Ferreto, and David Lafuente. "Adhesión de resina compuesta a ionómeros de vidrio con nanorelleno." *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 69.6 (2012): 277-281.
- 22.-Sarduy Bermúdez L. (2016 Julio). La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista Scielo, Vol. 20; (Nº 3
- 23.- González Sanz, Ángel Miguel, Blanca Aurora González Nieto, and Esther González Nieto. "Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos." *Nutrición hospitalaria* 28 (2013): 64-71
- 24.-Iglesias-Padrón, Claudia V., et al. "Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México." *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 65.5 (2008): 247-252.

- 25.- Goche, Katherine Rufasto, and Bernabé Saavedra Alvarado. "Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana." *Revista Estomatológica Herediana* 22.2 (2012): 82-90.
- 26.- Cárdenas, Yanet Díaz, et al. "Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar." *Medicentro* 19.4 (2015): 233-239.
- 27.- Cupé-Araujo, Ana Cecilia, and Carmen Rosa García-Rupaya. "Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento." *Revista Estomatológica Herediana* 25.2 (2015): 112-121.
- 28.- Lavastida Fernández, Mirella Alejandra, and Estela de los Ángeles Gispert Abreu. "Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres." *Revista Cubana de Estomatología* 52 (2015): 30-41.
- 29 Navarro, Ana María Nicot, et al. "Intervención educativa sobre salud bucal en estudiantes de la escuela primaria "Rodney Coutin Correa". " *Revista de Información Científica* 97.2 (2018): 457-465.
- 30.- Campos, Rosa Sence. "Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos." *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres* 6.1 (2015)..
- 31.- Medina-Solis, Carlo E., et al. "Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción." *Revista Biomédica* 17.4 (2006): 269-286.
- 32.- Duque de Estrada Riverón, Johany, et al. "Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños." *Revista Cubana de Estomatología* 40.2 (2003): 0-0.
- 33.- Ramón Jimenez, Ruth, et al. "Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años." *Medisan* 20.5 (2016): 604-610.
- 34.- Hernández Sampieri Roberto et. Cols. Metodología de la investigación. 6° edición. México D.F. Mac Graw Hill Education- DE SALUD, Ley General; único, capitulo. Ley General de Salud. México: Editorial ISEF, 2013.
- 35.- Cordero Arroyo, Luzmayra, et al. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en madres adolescentes y estado de salud bucal en la primera infancia de una fundación social de la ciudad de Cartagena. Un estudio piloto. Diss. Universidad de Cartagena, 2018.

- 36.- Instrumento modificado de la tesis nivel de conocimientos sobre salud bucal en docentes de primaria de la institución educativa n° 89004 Manuel González Prada, del distrito de Chimbote, región Áncash, septiembre- 2015, de la Universidad Católica los Ángeles Chimbote.
- 37.- Nicot Navarro, Ana María, et al. "Intervención educativa sobre salud bucal en estudiantes de la escuela primaria "Rodney Coutin Correa"." *Revista Información Científica* 97 (2018): 457-465.
- 38.- Díaz Cárdenas, Yanet, et al. "Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar." *Medicentro Electrónica* 19.4 (2015): 233-239.
- 39.- Enríquez, Sandra Parra, and Carlos Armando Pacheco. "Intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal en adolescentes de la Escuela Pedro Díaz Coello." *Correo Científico Médico de Holguín* 15.2 (2011): 2.
- 40.- Loyola, Milagros Carrasco. "Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas." *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres* 6.2 (2015).