



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD Y SUS PADRES QUE ACUDAN A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de especialidad en

**ODONTOPEDIATRÍA**

**Presenta:**

C.D: Victor Hugo Sánchez López

**Dirigido por:**

M en C. Genaro Vega Malagón

**SINODALES**

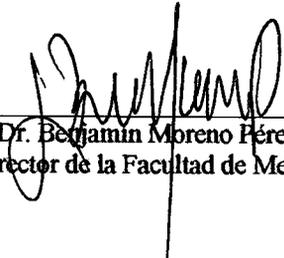
M en C. Genaro Vega Malagón  
PRESIDENTE

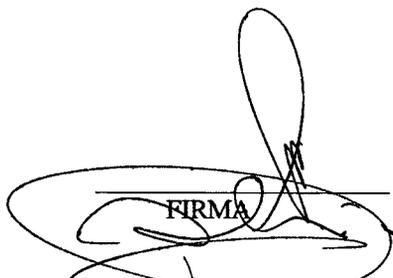
Dr en C. Agustín de la Isla L.  
SECRETARIO

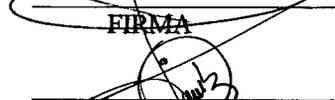
M en C. Ma. Teresita Ortiz O.  
VOCAL

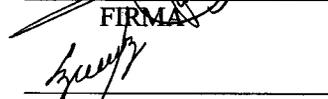
CDEO. Ma. Emma Lucía Zarazúa R.  
SUPLENTE

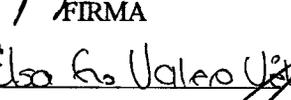
CDEE. Elsa G. Valero Vélez  
SUPLENTE

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Benjamín Moreno Pérez  
Director de la Facultad de Medicina

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

Elsa G. Valero Vélez  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Sergio Quesada Aldana  
Director de Investigación y Posgrado

No. Adq. 1769627

No. Título \_\_\_\_\_

Clas TS 617.6

S211g

Ej.1

\_\_\_\_\_

## i. RESUMEN

El grado de conocimientos básicos en salud oral es un parámetro que sirve para conocer la cultura del paciente con respecto a las prácticas odontológicas preventivas y para valorar la eficacia de los programas que hoy en día existen para fomentar esta cultura. En México no existen estudios que abarquen éste aspecto.

En este estudio se determinó el grado de conocimientos básicos acerca de salud oral en padres y niños de 8 a 12 años que acudieron a consulta a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ en el periodo Febrero-Julio del 2003. Se trató de un estudio Descriptivo y transversal, donde se valoró el grado de conocimientos básicos en salud oral por medio de un cuestionario indirecto que se aplicó a 300 niños y 300 padres que acudieron a consulta a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ en el periodo Febrero-Julio del 2003. En los resultados 161 niños (53.6%) obtuvieron un grado de conocimientos mínimos: 117 niños (39%) aceptable y 22 niños (7.3%) nulo. 145 padres de familia (48.3%) obtuvieron un grado de conocimientos mínimo; 93 (31%) aceptable y 62 (20.6%) nulo.

Como conclusión los resultados indican que es necesario mejorar las prácticas preventivas y educativas acerca de salud oral en niños y en sus padres.

Palabras Clave: Salud oral, Grado de conocimientos

## ii. SUMMARY

The amount of basic knowledge regarding oral health is a parameter that serves to identify the general health culture of a patient with respect to their preventative dental practices and to evaluate the degree of success programs that are designed to promote this culture are having. Currently within Mexico there are not studies that measure the effectiveness of these programs. The general objective was to determine the amount of basic knowledge regarding oral health in children that came to the post graduate clinic of the FMUQAQ for consultation ages 8 to 12 as well as their accompanying parents (February-July 2003).

A descriptive and transversal study to measure the degree of basic oral health knowledge was applied to 300 children and their parents (300) that came to the clinic for consultation by an indirect questionnaire. The results: 161 children (53.6%) displayed a minimal knowledge, 117 (39%) acceptable and 22 children (7.3%) none. 145 parents (48.3%) scored a minimal degree of knowledge; 93 (31%) acceptable and 62 (20.6%) none. As a conclusion the results indicate that it is necessary to improve preventive dental health care practices as well as education in children and their parents. Key words: Oral health, degree of knowledge.

### iii. DEDICATORIAS

A mi PADRE: Por su apoyo incondicional, por su interés y ayuda para concluir mis estudios de posgrado.

A mis tíos MARVA, MANUEL y JOSE por hacerme la vida más fácil; por su apoyo moral y económico.

A SELENE, por saber esperar, comprenderme y por ayudarme a concluir mis estudios de posgrado.

#### iv. AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por dejarme llegar hasta este punto de mi vida; por todas las bendiciones que me ha brindado.

A mis PADRES, por su comprensión, ayuda en todos los sentidos y por su apoyo incondicional especialmente a mi MADRE por creer en mi y alentarme día a día.

A mis HERMANAS, por su comprensión, por que esta vez se me brindo la oportunidad a mi.

Al DR. GENARO VEGA MALAGON por su paciencia, ayuda y por todas las facilidades para la realización de este trabajo.

A la DRA. MA TERESITA ORTIZ por que gracias a su entrega en las clases y asesorías he aprendido el valor de realizar las cosas con el mayor esfuerzo posible.

A la DRA. LUCIA ZARAZUA por dedicar parte de su valioso tiempo y por su amistad.

A mis amigas REYNA, MIRNA y ADRIANA, por hacerme la vida más fácil y llevadera estos dos años.

A todas las personas, familiares y amigos que hicieron posible la realización de este trabajo.

## CONTENIDO

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
CONTENIDO	v
INDICE DE CUADROS Y FIGURAS	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
III. METODOLOGÍA	11
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	35
VII. LITERATURA CITADA	37
VIII. APÉNDICE Y GLOSARIO DE TERMINOS	39

vi. INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

<b>CUADRO Y GRAFICA 1.</b> Distribución por grupo de edades	19
<b>CUADRO Y GRAFICA 2.</b> Distribución por género	20
<b>CUADRO Y GRAFICA 3.</b> Grado de conocimientos básicos en salud oral	21
<b>CUADRO Y GRAFICA 4.</b> Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencias de denticiones	22
<b>CUADRO Y GRAFICA 5.</b> Grado de conocimientos acerca de caries dental y gingivitis.	23
<b>CUADRO Y GRAFICA 6.</b> Grado de conocimientos acerca de malposiciones dentales	24
<b>CUADRO Y GRAFICA 7.</b> Grado de conocimientos acerca de higiene oral	25
<b>CUADRO Y GRAFICA 8.</b> Grado de conocimientos en cuanto a flúor.	26
<b>CUADRO Y GRAFICA 9.</b> Distribución por género de los padres	27
<b>CUADRO Y GRAFICA10.</b> Grado de conocimientos básicos en salud oral Global de los padres	28
<b>CUADRO Y GRAFICA 11.</b> Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencia entre denticiones.	29
<b>CUADRO Y GRAFICA 12.</b> Grado de conocimientos acerca de caries dental y gingivitis	30
<b>CUADRO Y GRAFICA 13.</b> Grado de conocimientos acerca de higiene oral	31
<b>CUADRO Y GRAFICA 14.</b> Grado de conocimientos acerca del flúor	32

## I. INTRODUCCIÓN

En México, la educación dental y la planeación para la formación de recursos humanos en odontología se encuentra en una encrucijada muy importante; aunque se ha educado a muchos profesionales dentales en los últimos 30 años, esta nueva fuerza de trabajo no ha incidido positivamente en la salud bucodental de la población. Aunque hay un número considerable de profesionales dentales, éstos están compitiendo por el mismo número limitado de pacientes que pueden pagar sus servicios, principalmente en las zonas urbanas y en las clases medias y altas de la población. Si bien este problema es conocido por la mayor parte del gremio odontológico y estimado subjetivamente como una fuente de problemas sociales, económicos y profesionales, no ha sido investigado con la profundidad que requiere ni por las instituciones académicas ni por las asociaciones profesionales.

El futuro de la educación dental estará determinado por factores científicos, tecnológicos, políticos y económicos que, en parte rebasan el ámbito de la profesión y están fuera de su control. Para que los académicos logren el cambio, necesitarán de la participación activa de toda la comunidad odontológica, así como el apoyo de las autoridades universitarias y de los gobiernos locales, estatales y nacionales.

Una de las principales labores del odontopediatra es la prevención, dentro de ella, la educación acerca de salud oral es un factor muy importante. La mayor parte de las enfermedades bucodentales se pueden prevenir, sin embargo, la mayoría de la gente acude al odontólogo-odontopediatra cuando la enfermedad está ya establecida. Partiendo de una buena higiene bucal se pueden prevenir la mayor parte de las enfermedades bucales, sin embargo, la población no está orientada de una manera adecuada para llevar acabo éste objetivo. Por medio de este estudio se pretende identificar cuáles son los temas en los cuales hay que dar mayor énfasis con respecto a la educación dental tanto en niños como en adultos, ya que hay pocos estudios que se enfoquen al tema de la educación dental en México.

## OBJETIVO GENERAL

Se determinaron cuáles fueron los conocimientos básicos de salud oral que tuvieron los padres y niños de 8 a 12 años de edad que acudieron a consulta a la clínica de Posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ del periodo Febrero-Julio del 2003.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los conocimientos básicos acerca de:

- a) Diferencia entre denticiones del ser humano
- b) Importancia de los dientes primarios o temporales.
- c) Importancia de la caries dental y sus repercusiones.
- d) Malposiciones dentarias.
- e) Importancia de la higiene oral y todo lo que ésta representa.
- f) Importancia de los métodos para prevención de caries (en éste estudio sólo se incluyó al flúor).

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pocos estudios han evaluado los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas relacionadas con la salud oral de niños escolares. Algunos de ellos han evaluado a adolescentes y niños más grandes. (Oliveira, 2000)

Woolfolk y col. Llevaron a cabo un estudio para valorar los conocimientos acerca de salud dental y fuentes de información de este respecto entre 848 niños escolares con edades de 9 a 12 años. Muchos de esos niños tenían los conocimientos acerca de los beneficios del flúor, pero no reconocían al agua como el mejor vehículo de este elemento en la prevención de la caries. Los niños con los niveles más altos de conocimientos acerca de salud oral identificaron a sus padres y familiares como las fuentes principales de información. (Oliveira, 2000)

Hamilton y col. examinaron a 6,329 niños de 11 años de edad en Ontario. Los niños con los mejores niveles de conocimientos en salud oral reportaron a los dentistas y a la escuela como las fuentes primarias de información. (Oliveira, 2000)

Como dentistas concientes, con las habilidades necesarias tanto intelectuales y clínicas requeridas para tratar niños, compartimos metas comunes con las padres de esos niños, ambos los queremos y tratamos de hacer todo lo posible para optimizar su salud y bienestar. ¿ Por que entonces tenemos dificultad cuando tratamos de comunicarle a los padres la importancia del cuidado dental temprano en la salud total y desarrollo de su hijo? (Berman, 2001)

“¿Por qué arreglar los dientes de un niño pequeño si se le van a caer? ; No quiero que le tomen radiografías a mi niño pequeño a menos que vea algo malo o sea absolutamente necesario; Si el niño no tiene caries, ¿ por qué colocarle selladores? ; Jamás había escuchado que se ponían coronas en dientes de leche, el dentista general me dijo que era necesaria la extracción?”

Estos y muchos otros comentarios son las preguntas que diariamente escuchamos en la práctica y son el resultado de una mala información acerca de salud oral. (Berman, 2001)

Existe evidencia suficiente de que el equipo dental comienza inicialmente las prácticas preventivas, sin embargo son abandonadas rápidamente, algunas causas pueden ser las siguientes:

-Nuestro tratamiento se enfoca principalmente en la atención clínica. El ser un buen comunicador y el desarrollar técnicas de enseñanza son solo una parte muy pequeña en los programas de licenciatura y posgrado.

-Los dentistas tienden a centrarse en la enfermedad y no en el paciente (Blinjhorn, 1998)

Por otra parte se demuestra que los niños son aptos para desarrollar una conducta que mejore sus hábitos de higiene en cualquier aspecto, que muchas veces no lo hacen por falta de instrucción y motivación adecuados. (Paredes, 1990)

El asumir que la educación acerca de salud oral puede modificar los conocimientos de los niños acerca de salud oral y consecuentemente cambiar los hábitos de los mismos es un tema controversial. Los niños deben conocer no solo las causas de las enfermedades orales, si no también las medidas preventivas para evitarlas. Como lo puntualizan Frazier y Horowitz los programas de educación escolar pueden orientar a los niños a tomar decisiones acerca de salud oral en ellos o en el futuro en sus propios hijos(Oliveira, 2000) Por otra parte, la falta de orientación a los padres de familia, en lo que respecta a profilaxis dental, importancia y técnica de cepillado, cuidado de los dientes, retiro del biberón después de los 18-20 meses de edad, evitar los hábitos de chupón y dedo, beneficio de la alimentación al seno en los lactantes y el uso indiscriminado de leches industrializadas, son causa de muchas alteraciones dentales en niños.

Se presentan los siguientes puntos con los principios políticos y estratégicos para el futuro de la educación dental.

### PRINCIPIOS POLÍTICOS Y ESTRATÉGICOS PARA EL FUTURO DE LA EDUCACIÓN DENTAL

1.- La salud bucal es una parte integral de la salud total, y la atención a la primera es una parte integral de la atención total a la salud, incluyendo la atención primaria.

2.- El compromiso que hasta ahora dentistas e higienistas dentales han asumido con respecto de la prevención y la atención primaria deberá permanecer inalterable.

3.- Un enfoque a los resultados de la salud es esencial para los profesionales y las escuelas dentales.

4.- La educación dental deberá estar científicamente basada e inmersa en un contexto en el que la creación y la adquisición de nuevos conocimientos clínicos y científicos sean valorados y seguidos activamente.

5.- El aprendizaje es una empresa permanente para los profesionales dentales, la cual no termina con la obtención de un título o la finalización de un programa de residencia.

6.- Una fuerza calificada de trabajo dental es un recurso nacional valioso, y el apoyo para la educación de esta fuerza de trabajo debe continuar proviniendo de fuentes públicas y privadas.

7.- Las escuelas, al reclutar estudiantes y profesores, al diseñar e instaurar el plan de estudios, así como en la conducción de la investigación y en la provisión de servicios clínicos, tienen la responsabilidad de servir a toda la población y no solo a aquellos individuos con un nivel económico alto y relativamente saludable.

8.- Los esfuerzos para reducir las amplias disparidades en el estado de salud bucal y en el acceso a la atención deberá ser una alta prioridad para las autoridades, los clínicos y los académicos.

Para lograr el uso efectivo de los recursos de salud en el mejoramiento de la salud bucal, se ha hecho énfasis en cuatro objetivos generales.

Para lograr el uso efectivo de los recursos de salud en el mejoramiento de la salud bucal, se ha hecho énfasis en cuatro objetivos generales.

1.- Mejorar el conocimiento acerca de lo que funciona y lo que no funciona en la prevención o el tratamiento de los problemas de salud bucal.

2.- Reducir las diferencias producto de factores económicos, raciales y de otro tipo en cuanto a la salud bucal y a los servicios de salud.

3.- Fomentar la prevención tanto en el plano individual (p.e., prácticas alimenticias que prevengan la caries por Síndrome de Biberón) como en el comunitario (p.e., aplicación dental de fluor a nivel masivo y programas escolares para la prevención de la caries dental).

4.- Destacar la importancia de la salud bucal (incluyendo las manifestaciones bucales de otros problemas de salud), no solo entre los odontólogos clínicos, sino también entre los proveedores de atención primaria, geriatras, académicos y autoridades gubernamentales.

El Nuevo enfoque de la promoción de la salud recomienda hacer énfasis en tres puntos: a) ampliar la definición y el concepto de salud, de tal manera que se integren los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud; b) trascender la promoción de estilos de vida saludables y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política; c) promover la participación de la población en la identificación y el análisis de sus problemas y necesidades (Arroyo, 1998)

La educación dental debe desempeñar un papel central en cada una de éstas áreas. En particular, los académicos deberán estar involucrados en las ciencias básicas y clínicas y en la investigación en los servicios de salud, a fin de distinguir entre los servicios de salud bucal efectivos y los ineficaces. Esto debe tomar en cuenta los patrones y las tendencias de las enfermedades bucales y aquellos factores que las afecten, con la finalidad de desarrollar las estrategias (con una buena relación costo-beneficio) que favorezcan a personas con mala salud bucodental y a aquellos con acceso limitado a los servicios de salud bucal. También se debe continuar alentando a los médicos, al personal de sanatorios y a las autoridades gubernamentales para que estén alertas respecto de los problemas de salud bucal y proporcionen información a la población sobre hábitos efectivos de salud bucal.

De los factores relacionados a los eventos salud-enfermedad, la prevención es uno de los más importantes, ya que de ella depende la disminución de alteraciones que muchas veces el individuo no reconoce está en sus manos evitar. Las enfermedades orales, debido a la falta de información y a la mínima prevención se incrementan y acumulan seis veces más rápido de lo que pueden ser curadas.

La patología oral infantil, perteneciente al campo de la odontología es muy amplia y variada. La mayoría se puede prevenir, corregir y predecir (Bravo, 1995)

La caries en este país, es la patología más extendida, otra patología muy extendida, corresponde a las alteraciones de oclusión. Otra patología que se ha extendido de manera muy importante en los preescolares es la caries o síndrome de biberón, la cual es secundaria a uso de leches industrializadas, alimentos y líquidos endulzados, falta de aseo y fluoración dental, hábito de biberón prolongado y la participación de estreptococo mutans, entre otras (Bravo, 1995)

Dentro de los elementos involucrados en la producción de dichas enfermedades se encuentran la placa dentobacteriana (PDB), depósito blando y amorfo localizado en las superficies dentarias, y que representa el inicio de una serie de trastornos que van desde caries, hasta patología periodontal. No se ha determinado un método práctico para evitar la formación de placa, más que la higiene dental adecuada, de aquí la importancia de educar a los pacientes en lo que a auxiliares de aseo oral se refiere.

Los pacientes no saben en la mayoría de las ocasiones, lo que la odontología les ofrece a nivel preventivo, a menos que el odontólogo se lo muestre, a esto se le llama "educación del paciente". Dicha educación deberá planearse como un proceso de información continuo, general y específico sobre salud dental. Para esto, estudios realizados demuestran que las personas retienen hasta el 95% de lo que se les presenta de manera simultánea por la vía auditiva y visual, comparado con 65% de retención, cuando se lee.

Como medios auxiliares de información para desarrollar programas de prevención encontramos a la comunicación, la cual crea un ambiente de confianza y cooperación por parte del paciente, y a los recursos audiovisuales, que además de divertir, instruyen y motivan al paciente (Paredes, 1990)

De acuerdo con lo anterior se han establecido ciertos lineamientos para hacer más fácil la comprensión del paciente en materiales escritos y captar su atención:

- Colocar oraciones con no más de 10 palabras, se considera como óptimo.
- Utilizar una mezcla de letras claras y oscuras
- Uso de colores brillantes
- Utilizar tipo de letras comunes sin abreviaciones
- Utilizar subrayados, cuadros, flechas para enfatizar
- Utilizar gráficos o dibujos a quien vaya destinado el material
- Evitar el uso de términos técnicos o médicos (Alexander, 2000)

La manera más cuidadosamente dirigida de corregir los problemas de acceso en las primeras etapas de la vida sería subsidiar la atención preventiva y rehabilitadora en el periodo perinatal. Esto evitaría que los problemas de salud bucodental se establecieran en las primeras etapas de la vida. Las recientes clasificaciones de caries de edad temprana sugieren que cualquier experiencia de caries dental antes de los cuatro años de edad no solamente es excesiva, si no que debe ser evitada a toda costa. La Academia Americana de Odontopediatría desarrolló nuevos lineamientos en 1985 los cuales cambiaron las recomendaciones acerca de la primera visita de los niños al dentista que era de los 3 años a “ dentro de los 6 meses de la erupción de los primeros dientes y no después de los 12 meses de edad”.

Aunque no hay investigaciones científicas que soporten la visita a los 12 meses, el raciocinio se basa en la posibilidad de la prevención de enfermedades orales. Mientras que muy pocos infantes menores de un año que presentan problemas orales que requieran de intervención, casi todos ellos tienen el medio adecuado para presentar alguna alteración oral. Nowak describe que la meta de la primera revisión oral es observar el riesgo de enfermedad dental, la iniciación de un programa preventivo, proveer información a los padres y decidir la periodicidad de las visitas subsecuentes (Mcworther,2001). La prevención dental primaria con las primeras visitas están indicadas para monitorear la salud oral y prevenir la enfermedad antes que ocurra.

Si se detectan lesiones cariosas tempranamente tal vez puedan ser controladas (prevención secundaria), por el contrario los tratamientos de emergencia solo eliminan el dolor o la infección y esto no asegura que en le futuro el niño no tendrá caries (Watson, 2001)

Esto puede ser trasladado al tratamiento ortodóntico temprano cuyos beneficios pueden ser:

- Gran habilidad para modificar el crecimiento esquelético;
- Incrementar el autoestima del niño y la satisfacción de los padres;
- Mejores y resultados más estables;
- Menor tiempo si se requiere un tratamiento posterior;
- Se reduce el potencial iatrogénico como daño dental por trauma, resorción radicular y descalcificación (Kluemper, 2000)

Sin embargo se necesita mucha información al respecto: ¿cómo saben los padres cuándo llevar a su hijo con el dentista? ¿Los pediatras lo recomiendan? (Mcworther, 2001)

Un número importante de niños con patología bucodental, se pueden detectar en el consultorio pediátrico o médico de primer contacto; desafortunadamente, el escaso conocimiento de esta patología por el médico, la falta de exploración completa o bien al pasar por alto las recomendaciones de atención dental para sus pacientes, propician que éstos niños no sean atendidos adecuada y oportunamente, por lo que con frecuencia, los pacientes se atienden de forma tardía, con alteraciones avanzadas o incluso muchos pacientes no se atiendan en ningún momento. Por otra parte, la falta de orientación a los padres de familia, en lo que respecta a profilaxis dental, importancia y técnica de cepillado, cuidado de los dientes, retiro del biberón después de los 18-20 meses de edad, evitar los hábitos de chupón y dedo, beneficio de la alimentación al seno en los lactantes y el uso indiscriminado de leches industrializadas, son causa de muchas alteraciones dentales en niños.

Cierto que la caries es el padecimiento más extendido en la población infantil, sin embargo, la exploración médica bucal se centra en la garganta y aunque se observen piezas dentales cariadas, no se insiste en el tratamiento oportuno, al contrario, es frecuente la idea de que el niño no cooperará con el odontólogo y que finalmente se trata de dientes temporales que en breve serán reemplazados por los definitivos. Si esto sucede con la caries, menos se detectan las alteraciones en la oclusión, salvo en casos muy notorios y avanzados y menos otro tipo de patología bucodental más compleja.

Por su parte el odontólogo de práctica general, participa también en favorecer algunas patologías, toda vez que es frecuente la práctica de extracciones sin procurar rehabilitar piezas temporales y sin aplicar mantenedores de espacio, lo cual es común observar en la práctica institucional.

En las escuelas de medicina y odontología nacionales, no se tienen en sus respectivos planes de estudio, materias específicas de pediatría médica para el odontólogo ni odontológicas para el médico, de ahí que en el contexto general, ambas profesiones caminen de manera paralela, conjuntándose en muy pocos casos.

De forma sucinta se puede afirmar que la clínica dental tradicional no está enfocada hacia el paciente. El modelo prevaleciente de atención orientado a realizar procedimientos debe ser reemplazado por uno que se enfoque al paciente y la comunidad; que esté fundamentado en la evaluación científica y tecnológica de los resultados clínicos, que propicie el trabajo en equipo, y que sea eficiente. (Maupomé, 1997)

Existe evidencia suficiente de que el equipo dental comienza inicialmente las prácticas preventivas, sin embargo son abandonadas rápidamente, algunas causas pueden ser las siguientes:

-Nuestro tratamiento se enfoca principalmente en la atención clínica. El ser un buen comunicador y el desarrollar técnicas de enseñanza son solo una parte muy pequeña en los programas de licenciatura y posgrado.

La educación acerca de salud dental es un método muy efectivo en cuanto costo-efectos se refiere, y uno de los mejores lugares para este tipo de promoción son las escuelas, donde todos los niños, independientemente de su estatus socioeconómico o grupo étnico, pueden ser instruidos. Además el hacer intentos para prevenir la caries dental puede conducir a la obtención de hábitos favorables, y estos resultados ofrecen un mejor costo-efecto cuando se aplican a edades tempranas.

En el nivel de la población general la reducida capacidad adquisitiva para acceder a la atención dental es uno de los elementos más conflictivos ya que no existen alternativas de financiamiento para estos servicios bajo el esquema actual en México, en el que se carece de una planeación central, no hay respuestas que tengan un impacto real en la población.

Por esto se consideran como necesidades importantes, incrementar en los programas oficiales de salud, mayor educación odontológica preventiva, incrementar la atención especializada institucional, implementar la enseñanza de aspectos odontológicos en la carrera de medicina y pediatría, a su vez que aspectos médico-pediátricos en la carrera de odontología, fomentando actividades académicas de actualización en conjunto. Sensibilizar al pediatra para el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de las afecciones buco-dentales y al odontólogo de práctica general a preservar lo más posible la dentadura infantil (Bravo, 1995)

La importancia estética de los dientes temporales es indudable. La normalidad de la forma, el color y la colocación de los dientes da lugar a una armonía que influye positivamente en el desarrollo de la autoestima del niño.

La erupción de los dientes temporales marca la frontera entre una alimentación exclusivamente líquida y otra que progresivamente va incorporando texturas más consistentes. El deterioro muy temprano de los dientes por un cuadro de caries de biberón u otra razón interferirá en el aprendizaje de la función masticatoria, persistiendo un alimentación demasiado blanda.

El crecimiento craneofacial también ocurre, en su mayor parte, durante estos años y está directamente influida por el normal funcionamiento del aparato estomatognático.

La intercuspidación correcta, unas fuerzas musculares balanceadas y un funcionamiento suficiente favorecerán el crecimiento óseo y el desarrollo de la articulación temporomandibular (Barberia, 1985)

También se tiende a olvidar la importancia de los dientes primarios en el desarrollo de la fonación. La dentición primaria es la que da la capacidad para usar los dientes para pronunciar. La pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores puede llevar a dificultades para pronunciar los sonidos "f", "v", "s" y "z" (Finn, 1983)

El esquema de compensación que parece más viable en este momento es el de un sistema comunitario de salud bucodental que gire alrededor de las escuelas primarias del país: Un servicio dental escolar. La apremiante necesidad de instaurar un servicio dental en las escuelas primarias del país bajo un esquema de trabajo asalariado de los servicios de salud ha sido sugerida con anterioridad. Al introducir un sistema de terapeutas o enfermeras dentales en las escuelas primarias del país se tendría por lo menos una persona adscrita en cada escuela. Esta persona proveería el contacto temprano para que los niños fueran atendidos tanto preventiva como restaurativamente (Maupomé, 2001)

Doykos sugiere que una temprana relación con un dentista tiene el beneficio de reducir los costos de la atención, ya que los niños tienen acceso a tratamientos preventivos que a la larga mejorarán su calidad de vida (Nowark, 2002)

### III. METODOLOGÍA

Es un estudio Descriptivo en el cual se incluyeron pacientes infantiles de 8 a 12 años de edad y sus padres que acudieron a consulta a la Clínica del posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ en el periodo Febrero-Julio del 2003; Por medio del paquete estadístico STATS™ se obtuvo una población total o universo de 5600 pacientes con un error máximo aceptable de 5%, un porcentaje estimado de la muestra del 50% y un nivel de confianza del 95%, considerando entonces un tamaño de muestra de 300 niños y 300 padres los cuales fueron encuestados de manera indirecta a través de un cuestionario, uno para los niños, otro para los padres elaborado por el investigador para valorar el grado de conocimientos básicos en salud oral. (Ver apéndice)

Previa validación de los cuestionarios, al ingresar los padres junto con sus hijos a solicitar el servicio a la Clínica del Posgrado de Odontopediatría, se les proporcionó una hoja de consentimiento, en la cual se informaban los detalles de la investigación, así como la autorización para ingresar al estudio. Se les facilitaron lápices o lapiceros para el llenado del cuestionario, el investigador no influyó en ninguna respuesta, sólo se les indicó la forma de llenado de la encuesta.

El cuestionario para niños estuvo compuesto por una cantidad de 24 items; el cuestionario de los padres estuvo compuesto por una cantidad de 23 items.

Después de obtener las encuestas contestadas y aceptadas para entrar en el estudio se procedió al análisis de los datos. Para obtener el grado de conocimientos básicos en salud oral de los niños se calificó cada encuesta basándose en un total de 17 items o reactivos calificables y se les asignó un valor o calificación de acuerdo al número de reactivos contestados correctamente como sigue:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-6	NULO
7-12	MINIMO
13-17	ACEPTABLE

Para cumplir o reportar las variables se subdividieron esos reactivos en varios apartados como fueron: Conocimiento e importancia de los dientes temporales y diferencia entre denticiones, los cuales se calificaron de la manera siguiente:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0 A 1	NULO
2 A 3	MINIMO
4	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de caries y gingivitis, el cual se calificó de la siguiente manera:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0 A 1	NULO
2 A 3	MINIMO
4 A 5	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de mal posiciones dentales, el cual se calificó de la siguiente manera:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0	NULO
1	MINIMO
2	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de higiene oral, el cual se calificó de la siguiente manera:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0 A 1	NULO
2 A 3	MINIMO
4	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de flúor, el cual se calificó de la manera siguiente:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0	NULO
1	MINIMO
2	ACEPTABLE

De la misma manera se calificaron las encuestas de los padres basándose en un total de 18 items que de acuerdo a los reactivos contestados acertadamente se calificaron de la manera que sigue:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-6	NULO
7-12	MINIMO
13-18	ACEPTABLE

Y se subdividieron en los mismos apartados de la sección para niños, que son:

Conocimiento e importancia de los dientes temporales y diferencia entre denticiones que se calificó de la manera siguiente:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-1	NULO
2-3	MINIMO
4-5	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de caries y gingivitis, que se calificó de la siguiente manera:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-1	NULO
2-3	MINIMO
4	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de malposiciones dentales, que se calificó como sigue:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

Conocimiento acerca de higiene oral:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

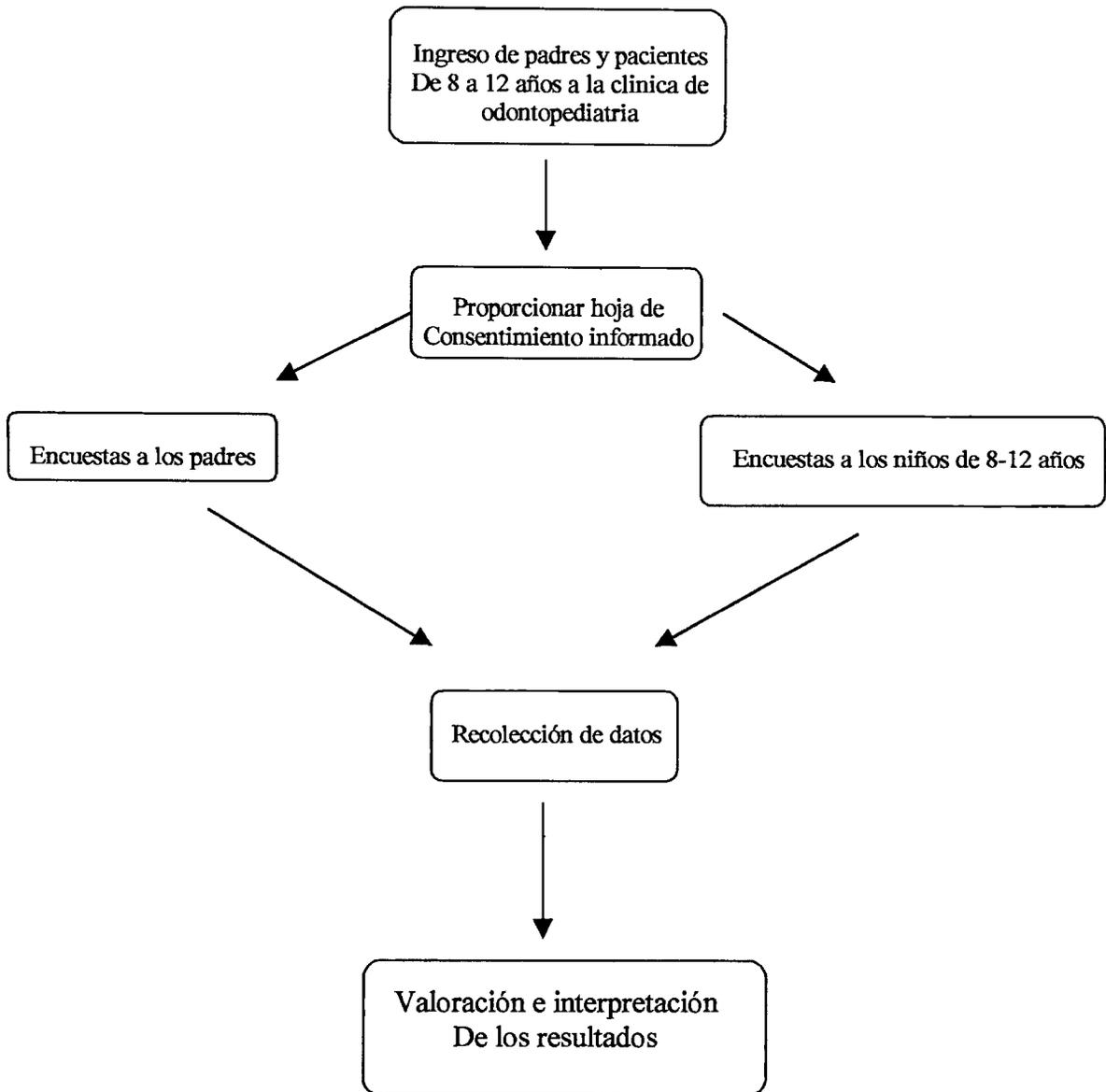
Conocimiento acerca de Flúor:

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

En el anexo se muestran los reactivos calificables para ambos cuestionarios.

En este estudio se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión como son: Media, mediana y Desviación estándar para reportar los resultados

# FLUJOGRAMA



#### IV. RESULTADOS

I. Se revisaron 300 encuestas de niños con un rango de edades de 8 a 12 años que acudieron a consulta a la clínica del posgrado de odontopediatría de la FMUAQ.

1. La distribución por grupo de edades estuvo establecida de la siguiente manera (Ver cuadro y gráfica 1) :

El promedio de edad fue de 9 años con una desviación estándar de 1.41. La edad predominante fue de 8 años con 126 niños (42%); le siguió la edad de 9 años con 84 niños (28%); 10 años, 40 niños (13%); 11 años, 40 niños (13%) y finalmente 12 años, 10 personas (10%).

2. La distribución por género se estableció de la siguiente manera (Ver cuadro y gráfica 2) :

El sexo predominante fue el femenino con 155 niñas (52%) en comparación con el sexo masculino que estuvo representado por 145 niños (48%)

3. Los resultados obtenidos para determinar el Grado de Conocimientos Básicos en salud oral global fueron los siguientes (Ver cuadro y gráfica 3) :

El grado de conocimientos básicos predominante fue el **Mínimo** con 161 niños (53%), le siguió en orden el grado **Aceptable** con 117 niños (39%) y por último, 22 niños obtuvieron un grado **Nulo** (7%)

Este grado de conocimientos globales se subdividieron en varios apartados que fueron los siguientes:

- a) Grado de conocimientos acerca de la importancia de dientes temporales y diferencia entre denticiones que estuvo representado de la siguiente manera (Ver cuadro y gráfica 4):

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 198 niños (66%), seguido por un grado **Nulo** con 61 niños (20 %) y por último un grado de conocimientos **Aceptable** con 34 niños (13%).

- b) Grado de conocimientos acerca de caries dental y gingivitis (Ver cuadro y gráfica 5) :

El grado de conocimientos predominante fue el **Aceptable** con 180 niños (60%), seguido por el grado **Mínimo** con 108 niños (36%) y finalmente el grado **Nulo** con 12 niños (4%).

- c) Grado de conocimientos acerca de malposiciones dentales (Ver cuadro y gráfica 6):

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 120 niños (42%), seguido por el grado **Aceptable** con 120 niños (40%) y finalmente el grado **Nulo** con 53 niños (17%).

- d) Grado de conocimientos acerca de higiene oral (Ver cuadro y gráfica 7)

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 182 niños (60%), seguido por el grado **Aceptable** con 94 niños (31%) y finalmente el grado **Nulo** con 24 niños (8%).

- e) Grado de conocimientos acerca del Flúor (Ver cuadro y gráfica 8) :

El grado de conocimientos predominante fue el **Aceptable** con 117 niños (39%), seguido por el grado **Mínimo** con 112 niños (37%) y finalmente el grado **Nulo** con 71 niños (23%).

II. Se revisaron 300 encuestas a los padres de los niños que acudieron a consulta a la clínica del posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ. Los resultados se presentaron de la siguiente manera:

1. La distribución por género se estableció de la siguiente manera (Ver cuadro y gráfico 9) :

El sexo predominante de los padres fue el femenino con 192 personas (64%) y el masculino con 108 personas (36%)

2. Los resultados obtenidos para determinar el grado de conocimientos básicos en salud oral global fueron los siguientes (Ver cuadro y gráfica 10) :

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 145 personas (48%), seguido por el **Aceptable** con 93 personas (31%) y finalmente el **Nulo** con 62 personas (20%)

Al igual que en la ocasión anterior, este grado de conocimientos globales se dividieron en varios apartados como sigue:

- a) Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencia entre denticiones (Ver cuadro y gráfica 11)

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 161 personas (53%), seguido por el **Aceptable** (25%) y finalmente el **Nulo** con 62 personas (20%).

b) Grado de conocimientos acerca de caries y gingivitis (Ver cuadro y gráfica 12) :

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 144 personas (48%), seguido por el grado **Aceptable** con 113 personas (37%) y finalmente el **Nulo** con 43 personas (14%).

c) Grado de conocimiento acerca de malposiciones dentales (Ver cuadro y gráfica 13) :

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 125 personas (41%), seguido por el grado **Aceptable** con 110 personas (36%) y finalmente el **Nulo** con 65 personas (21%).

d) Grado de conocimientos acerca de higiene oral (Ver cuadro y gráfica 13):

El grado de conocimientos predominante fue el **Mínimo** con 164 personas (54%), seguido por el grado **Aceptable** con 81 personas (27%) y finalmente el **Nulo** con 55 personas (18%).

e) Grado de conocimientos acerca del flúor (Ver cuadro y gráfica 14) :

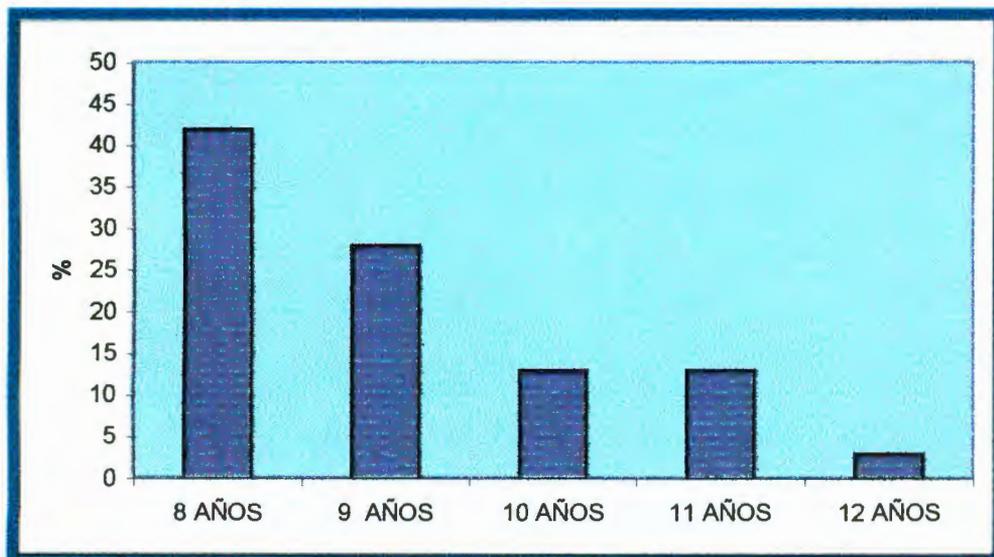
El grado predominante fue el **Mínimo** con 156 personas (52%), seguido por el **Nulo** con 123 personas (41%) y finalmente el **Aceptable** con 21 personas (7%).

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 1. Distribución por grupo de edades

EDAD (AÑOS)	NUMERO	%
8	126	42
9	84	28
10	40	13.3
11	40	13.3
12	10	3.3
TOTAL	300	100

Gráfico 1. Distribución por grupo de edades



n= 300

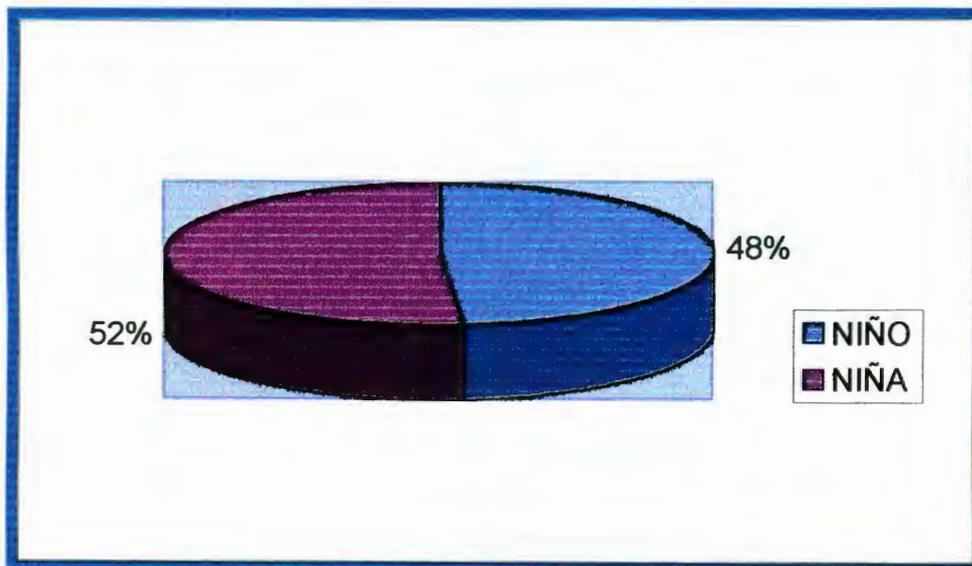
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 2. Distribución por género.

GENERO	NUMERO	%
MASCULINO	145	48.33
FEMENINO	155	52
TOTAL	300	100

Gráfico 2. Distribución por género



n= 300

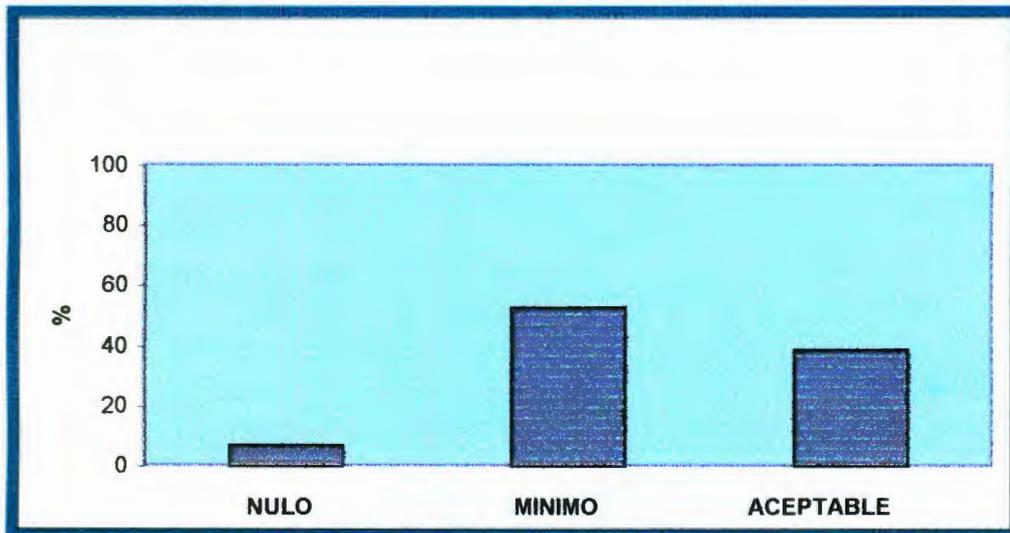
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 3. Grado de conocimientos básicos en salud oral**

GRADO DE CONOCIMIENTO	NUMERO	%
NULO	22	7.3
MINIMO	161	53.6
ACEPTABLE	117	39
TOTAL	300	100

**Gráfico 3. Grado de conocimientos básicos en salud oral**



Base: 17 items

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-6	NULO
7-12	MINIMO
13-1	ACEPTABLE

n= 300

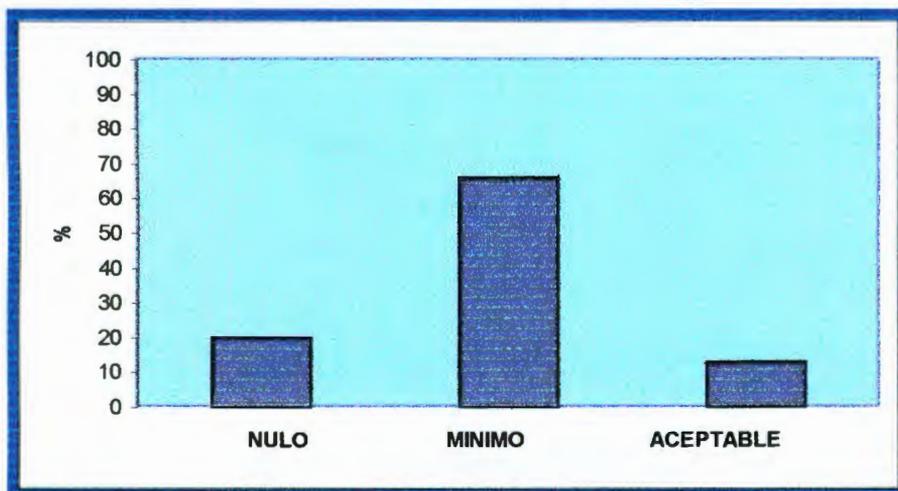
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron a la clínica del posgrado de Odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 4. Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencia entre denticiones**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	61	20.3
MINIMO	198	66
ACEPTABLE	34	13.6
TOTAL	300	100

**Grafico 4. Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencias de denticiones**



Base: 4 ítems

ACIERTOS  
0 A 1  
2 A 3  
4

ESCALA  
NULO  
MINIMO  
ACEPTABLE

n= 300

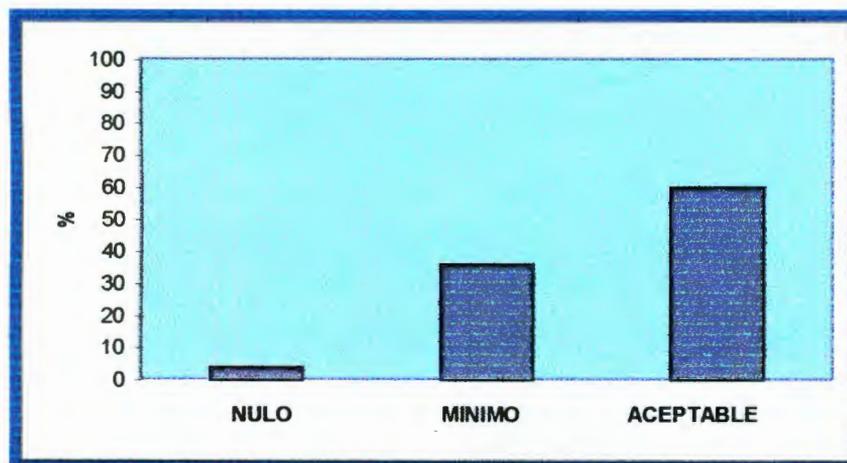
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 5. Grado de conocimientos acerca de caries dental y gingivitis**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	PORCENTAJE
NULO	12	4
MINIMO	108	36
ACEPTABLE	180	60
TOTAL	300	100

**Gráfico 5 Grado de conocimientos en cuanto a caries y gingivitis.**



Base: 5 ítems

<b>ACIERTOS</b> 0 A 1 2 A 3 4 A 5	<b>ESCALA</b> NULO MINIMO ACEPTABLE
--	--

n= 300

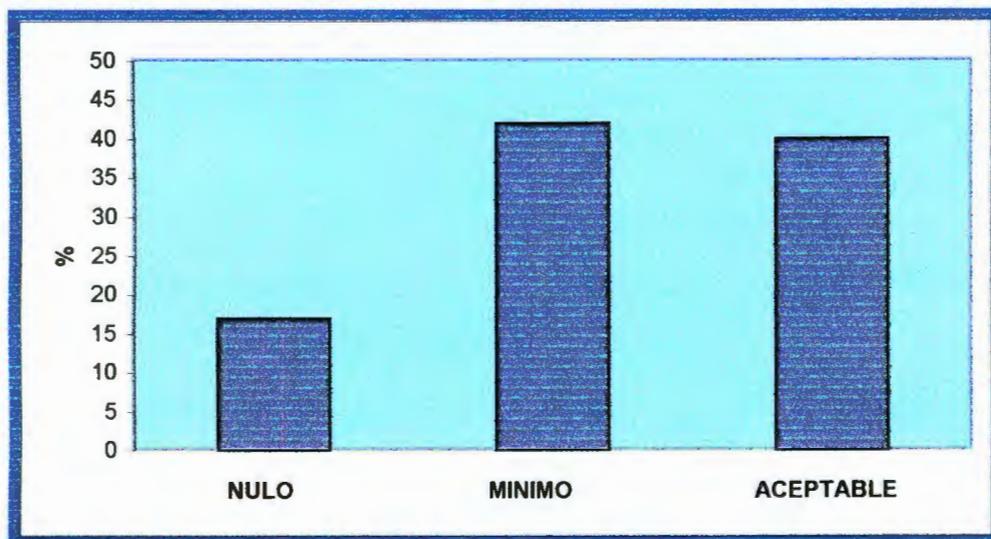
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 6. Grado de conocimientos acerca de mal posiciones dentales**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	53	17.6
MINIMO	127	42.3
ACEPTABLE	120	40
TOTAL	300	100

**Gráfico 6. Grado de conocimientos acerca de malposiciones dentales**



Base: 2 items

ACIERTOS	ESCALA
0	NULO
1	MINIMO
2	ACEPTABLE

n= 300

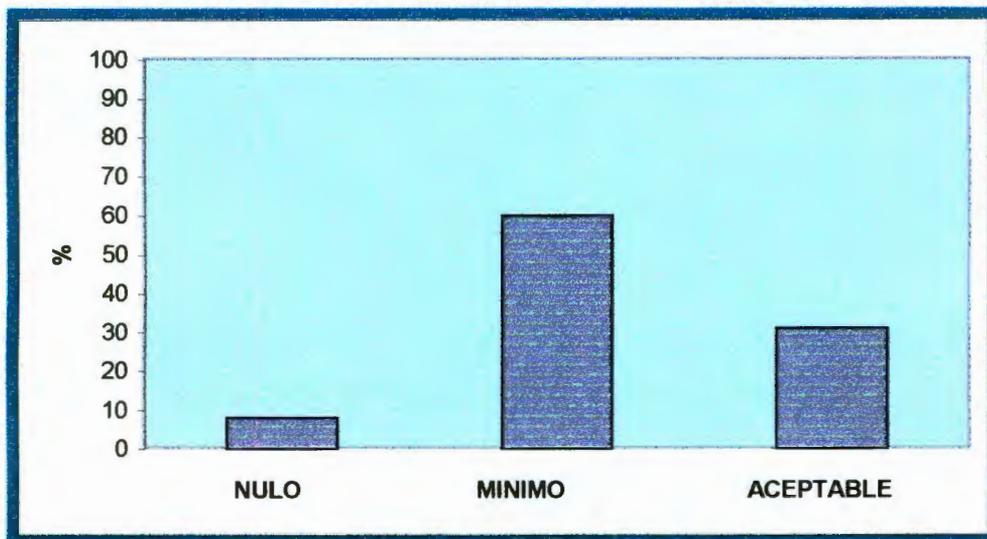
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de Odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 7. Grado de conocimientos acerca de higiene oral.

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	24	8
MINIMO	182	60.6
ACEPTABLE	94	31.3
TOTAL	300	100

Gráfico 7. Grado de conocimiento acerca de higiene oral



Base: 4 ítems

<b>ACIERTOS</b> 0 A 1 2 A 3 4	<b>ESCALA</b> NULO MINIMO ACEPTABLE
--	--

n= 300

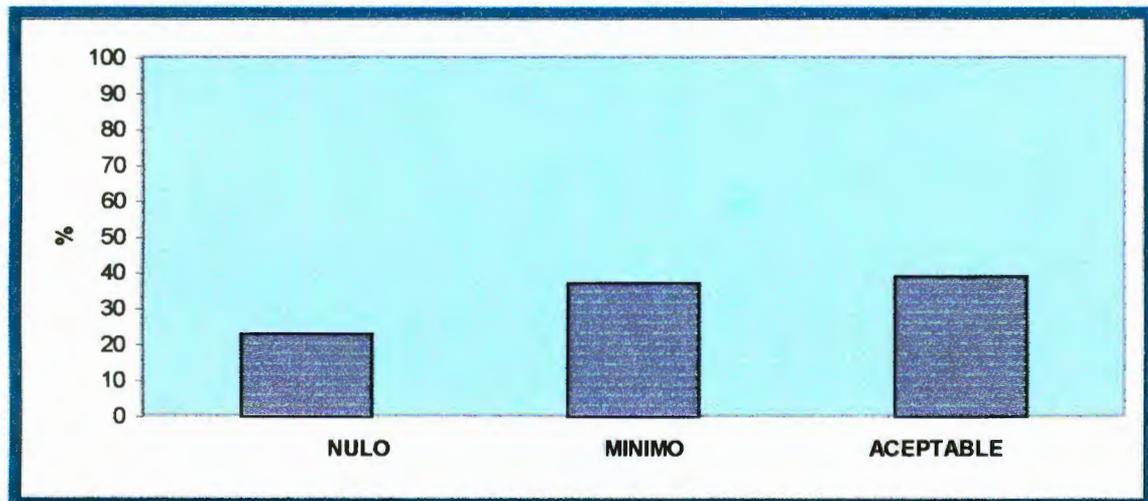
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 8. Grado de conocimientos en cuanto a flúor.

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	71	23.6
MINIMO	112	37.3
ACEPTABLE	117	39
TOTAL	300	100

Gráfico 8. Grado de conocimientos en cuanto al flúor



Base: 2 ítems

ACIERTOS	ESCALA
0	NULO
1	MINIMO
2	ACEPTABLE

n= 300

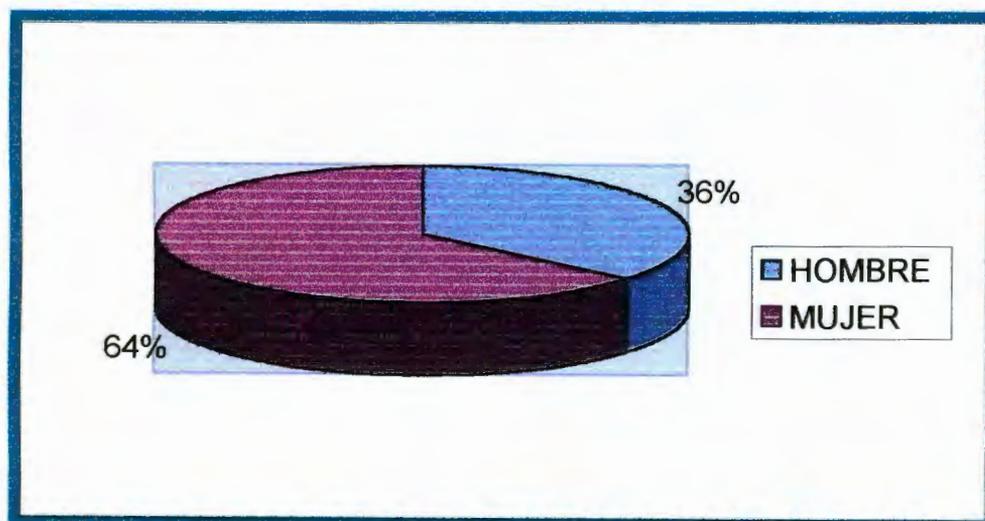
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 9. Distribución por género de los padres**

GENERO	NUMERO	%
MASCULINO	108	36
FEMENINO	192	64
TOTAL	300	100

**Gráfico 9. Distribución por género de los padres**



n= 300

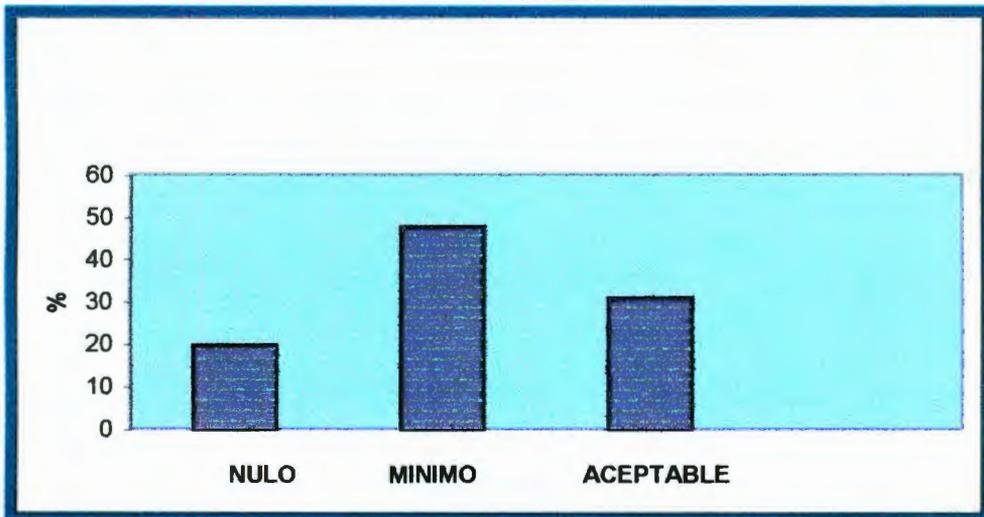
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 10. Grado de conocimientos básicos en salud oral global de los padres**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	62	20.6
MINIMO	145	48.3
ACEPTABLE	93	31
TOTAL	300	100

**Gráfico 10. Grado de conocimientos básicos en salud oral de los padres que acudieron con sus hijos a consulta a la Clínica del Posgrado de Odontopediatria de la FMUAQ**



Base: 18 items

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-6	NULO
7-12	MINIMO
13-18	ACEPTABLE

n= 300

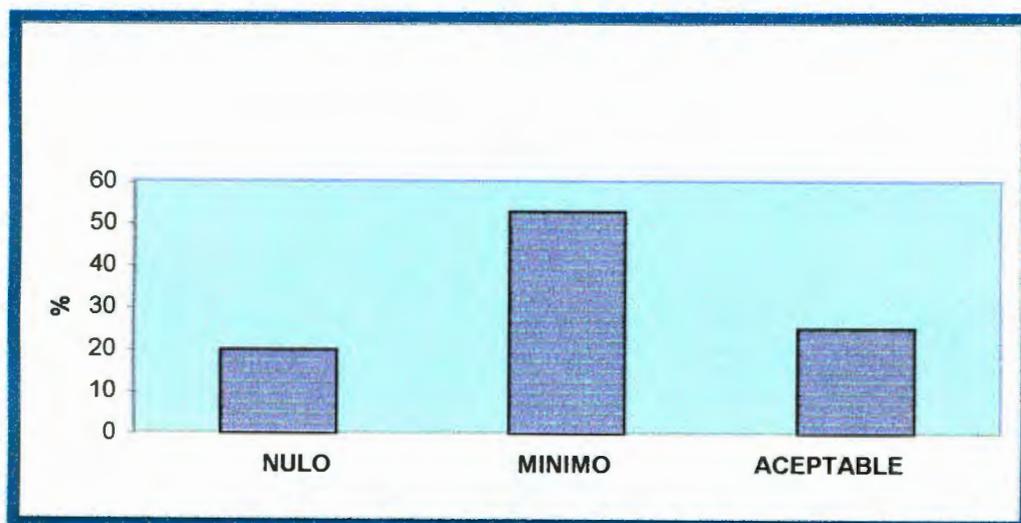
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 11. Grado de conocimientos acerca de importancia de dientes temporales y diferencia entre denticiones.

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	62	20.6
MINIMO	161	53.6
ACEPTABLE	77	25.6
TOTAL	300	100

Gráfico 11. Grado de conocimientos en cuanto a importancia de dientes temporales y diferencias de denticiones



Base: 5 items

**ACIERTOS**

0-1

2-3

4-5

**ESCALA**

NULO

MINIMO

ACEPTABLE

n= 300

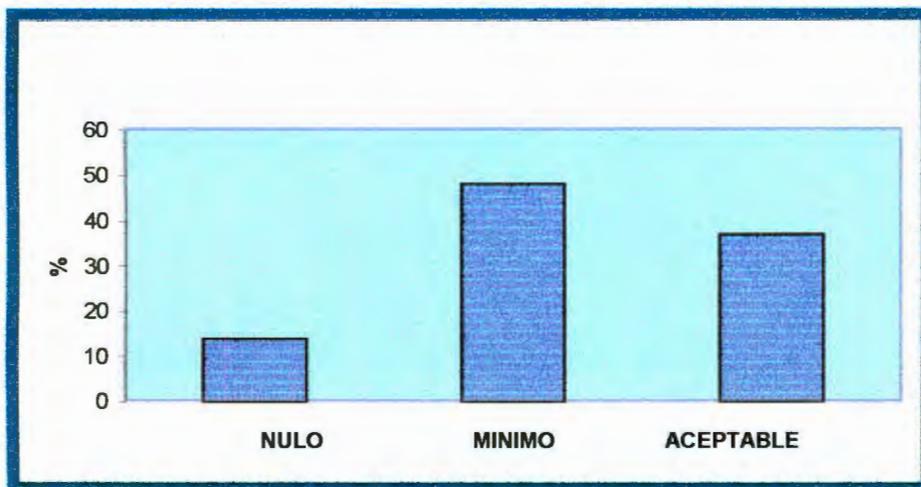
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 12. Grado de conocimientos acerca de caries dental y gingivitis**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	43	14.3
MINIMO	144	48
ACEPTABLE	113	37.6
TOTAL	300	100

**Gráfico 10. Grado de conocimientos en cuanto a caries y gingivitis.**



Base: 4 ítems

<b>ACIERTOS</b>	<b>ESCALA</b>
0-1	NULO
2-3	MINIMO
4	ACEPTABLE

n= 300

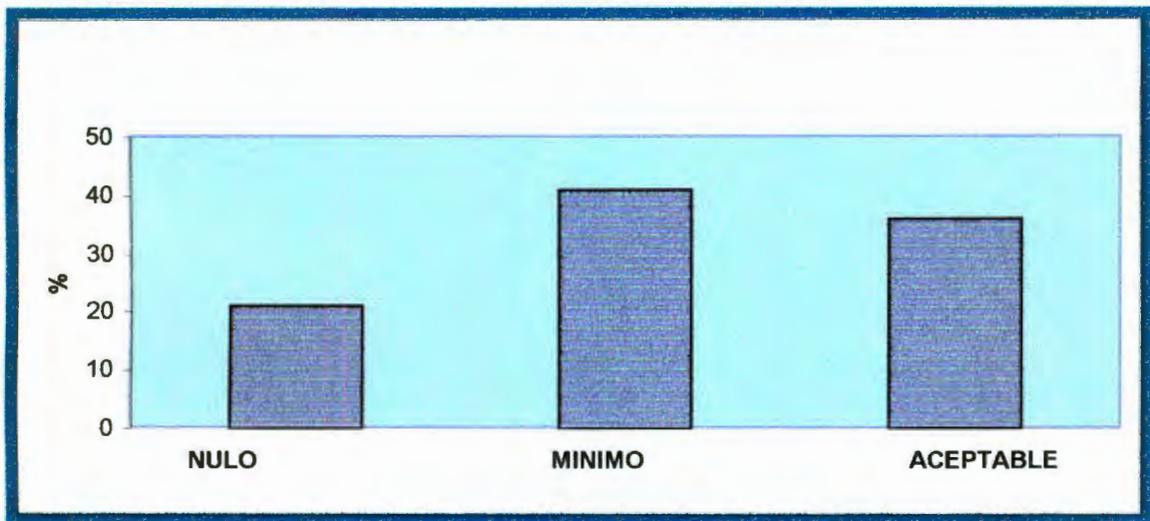
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 12. Grado de conocimientos acerca de malposiciones dentales**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	65	21.6
MINIMO	125	41.6
ACEPTABLE	110	36.6
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Gráfico 11. Grado de conocimientos en cuanto a malposiciones dentales**



Base: 3 ítems

ACIERTOS	ESCALA
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

n= 300

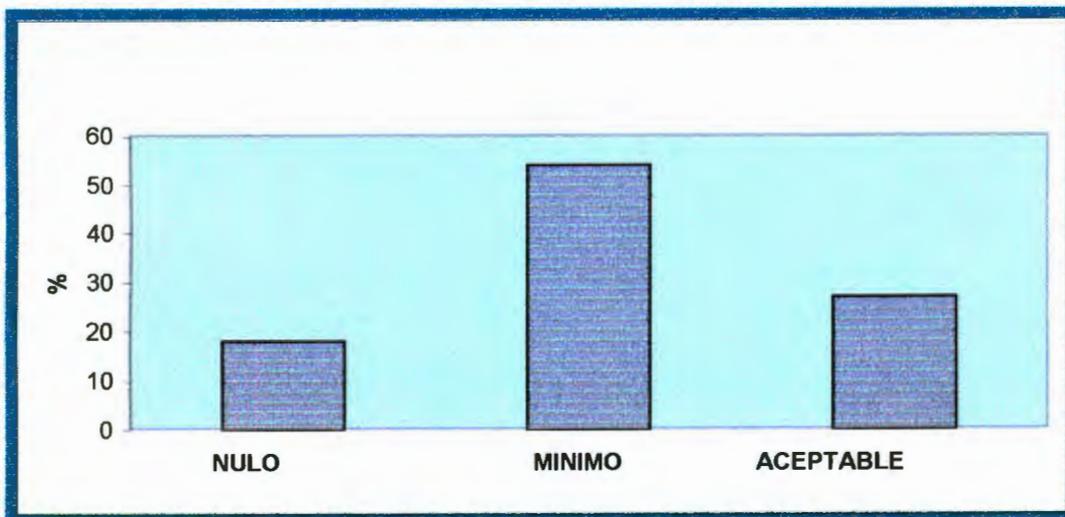
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

Cuadro 13. Grado de conocimientos acerca de higiene oral

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	55	18.3
MINIMO	164	54.6
ACEPTABLE	81	27
TOTAL	300	100

Gráfico 12. Grado de conocimiento en cuanto a higiene oral



Base: 3 ítems

ACIERTOS	ESCALA
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

n= 300

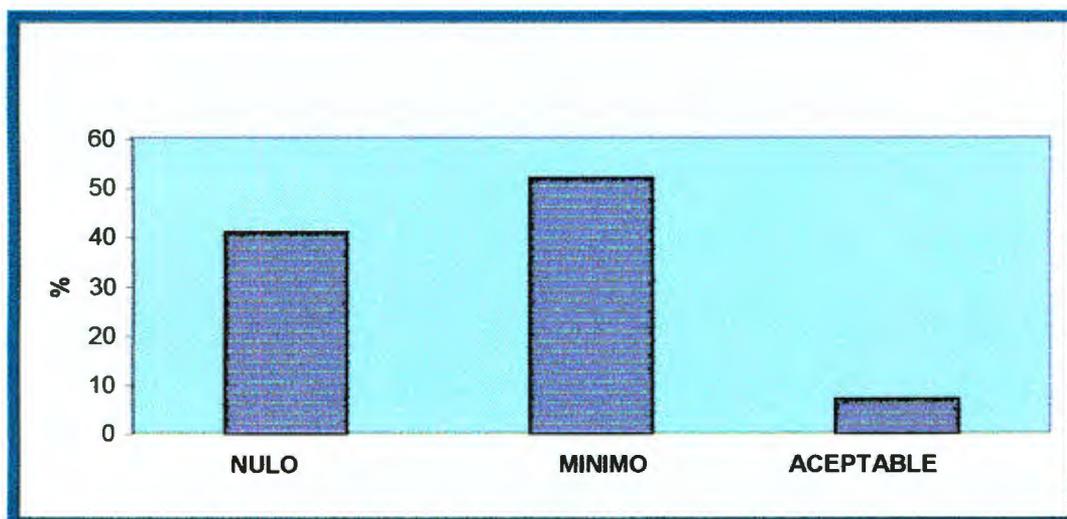
FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

**GRADO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y SUS PADRES QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ DEL PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2003**

**Cuadro 14. Grado de conocimientos acerca del flúor**

GRADO DE CONOCIMIENTOS	NUMERO	%
NULO	123	41
MINIMO	156	52
ACEPTABLE	21	7
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Gráfico 14. Grado de conocimientos acerca del flúor**



Base: 3 ítems

ACIERTOS	ESCALA
0	NULO
1-2	MINIMO
3	ACEPTABLE

n= 300

FUENTE: Encuestas realizadas a pacientes que acudieron al posgrado de odontopediatria de la FMUAQ

## V. DISCUSION

Dentro de los estudios previos se menciona el de Woolfolk y col (1989); el de Hamilton y col (1991) y el de la misma Oliveira cuyo cuestionario se tomó como base para la realización de este estudio (Oliveira,2000). Estos estudios se realizaron en escolares de 9 a 12 , 11 años y niños de tercer grado escolar respectivamente, tanto en los estudios de Woolfolk y Oliveira como en el presente se concuerda con que la mayoría de los niños conocían el efecto benéfico del flúor, pero en los tres casos desconocían la fluoración del agua como el vehículo más importante para la prevención de la caries; en el caso del presente estudio la mayoría de los niños reconoce a las pastas dentales como fuente principal de este elemento. Por otra parte en el presente estudio se obtuvo que las fuentes principales de información acerca de salud oral fueron los maestros de sus escuelas y los medios de comunicación contrastando así los resultados de Woolfolk y col quienes colocan a los padres y familiares como las principales fuentes y sobretodo distando de los resultados de Hamilton y col. Y Oliveira quienes en primer lugar mencionan a los dentistas como la fuente primaria de información acerca de salud oral.

Por otra parte según los resultados mostrados por Oliveira sugieren que el nivel de conocimientos acerca de salud oral fue catalogado como “moderado” y aunque los reactivos son diferentes concuerdan con los resultados obtenidos en el presente estudio ya que el nivel de conocimientos básicos fue catalogado como Mínimo.

Hablando concretamente del presente estudio se incluyeron en el cuestionario reactivos acerca de los elementos indispensables para realizar una correcta higiene oral en donde se encontró que 166 niños (55%) reconocen que para realizar una correcta higiene oral se necesitan cepillo, pasta dental, hilo dental y algún enjuague, contrastando con que 179 niños (59%) solamente utilizan cepillo y pasta para realizar su higiene bucal; 195 niños (65%) afirman conocer el hilo dental, sin embargo, 196 niños (65%) no lo usan.

Dentro de los resultados de los padres encuestados se obtuvo que el Grado de Conocimientos Básicos en salud oral también es el Mínimo con 145 personas (48%), sin embargo, en todos los apartados se obtuvieron un grado de conocimientos Mínimos, lo que refleja según su percepción que los dientes primarios (de leche) sólo sirven para comer y que sólo se deben hacer tratamientos fáciles o temporales ya que según ellos, pronto se les van a caer; no saben cuántos dientes primarios tiene su hijo (a) y aunque sí han oído hablar del flúor, definitivamente no saben que papel tiene en la prevención ante la caries. De la misma manera reconocen que para realizar una correcta higiene bucal se necesitan cepillo, pasta dental, hilo dental y algún enjuague, sin embargo, 159 personas (53%), sólo utilizan cepillo y pasta dental.

Actualmente solo dos veces al año se realiza la Semana de Salud Bucal por parte de la secretaría de salud, esto considerando los altos niveles de maloclusiones y caries no es suficiente para combatir estos problemas.

Se deja claro la falsa creencia de que los pacientes no saben nada acerca de salud bucal, si bien es cierto que en algunos aspectos no saben lo básico, en otras áreas conocen lo mínimo.

## VI. CONCLUSIONES

Por medio de este estudio, se concluye que para ambos casos el Grado de Conocimientos Básicos en Salud Oral es el **Mínimo**, sin embargo, los resultados de los niños indican que éstos tienen mayor grado de conocimientos en cuanto a caries dental y gingivitis y acerca de flúor, en comparación con sus padres.

Este estudio puede servir como base para otros que ayuden a evaluar la calidad de la educación que se imparte, ya sea por la misma Secretaría de salud, en las escuelas donde acuden los niños y sobre todo en las escuelas de Odontología, ya que se menciona que existe una sobrepoblación de odontólogos, lo que no correspondería a los niveles tan bajos de conocimientos acerca de salud oral que se tienen.

Ahora bien, cabe destacar que en México por las razones económicas ya conocidas, la prevención, que dentro de ella se incluye la educación dental, está marginada, formándose un círculo vicioso, si el paciente no paga, no hay prevención: También habría que formar una cultura del odontólogo para normar este aspecto.

En este caso, el Odontopediatra u Odontólogo de práctica general pueden llegar a ser los primeros que tenga contacto con un niño, de ellos depende que el niño adquiera esa cultura y antes que los niños, los padres de familia.

De esta manera en este estudio se ponen de manifiesto los aspectos en los que hay que hacer énfasis para mejorar y promover una cultura dental adecuada, como son:

- 1.- Diferencia entre denticiones del ser humano.
- 2.- Importancia de los dientes temporales en la vida del ser humano
- 3.- Importancia de la caries dental y sus repercusiones.
- 4.- Importancia de la higiene oral y todo lo que ésta representa.
- 5.- Importancia de los métodos para prevención de caries (en este estudio sólo se incluyó al flúor)

## VII. LITERATURA CITADA

Alexander, R; julio del 2000, "Readability of published dental educational materials", Jada, vol 131.

Arroyo, C., mayo-junio de 1998, "La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina". Salud Publica de México, Vol. 40, no. 3.

Baerberia Leache E., 2001, Odontopediatria, 2a. edicion, Edit. Mason.

Berman, Marvin H., Junio del 2001, "How can dentists and parents communicate effectively about children's dental health needs?" Jada, vol 132.

Blinkhorn a.s. Enero 24 de 1998 "Dental health education: what lessons have we ignored?", British dental journal volumen 184, no. 2.

Bravo Matus Carlos a., Flores z. de Bravo Rosa Ma., sept-oct de 1995, "Participación del pediatra en la salud dental infantil"., Revista ADM, volumen 111.

Cuenca E., C. Manau, I. Serra., Manual de odontología preventiva y comunitaria, Editorial Masón.

Finn, s., 1983, Odontología Pediátrica, pag. 40, cuarta edición, Editorial Interamericana.

Kluemper, g. Thomas, Beeman Cynthia, Preston Hicks E., Mayo del 2000, "Early orthodontic treatment: what are the imperatives?", Clinical Practice, Jada, vol. 131.

Luengas Aguirre Ma. Isabel de Fátima, 2000, "Tendencias en el desarrollo de la practica odontológica en México. al inicio de un nuevo milenio" , Revista de México ADM, vol57 .

Mc. Donald / Avery. 1990, Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5ta edición, Edit. Panamericana.

Maupome Gerardo, nov-dic de 1997 " La educación dental en un momento critico. consideraciones generales en el entorno profesional de América del norte", Salud Publica de México vol. 39 no. 6.

Maupome Gerardo, Ramírez-Mireles I. Elizabethl., Abril del 2001, "Por que es necesario un servicio dental escolar" Segunda parte. Consideraciones sobre una política de salud", Practica Odontológica, Vol 22, No. 4.

Mc Worther, 2001, A nfant o heat education in U. S. Dental School, Curricula. Pediatric Dent 23: 407-409,

Mojon Philippe., Junio del 2001 "Oral health and respiratory infection", Journal of the canadian dental association vol. 68 no. 6

Nowak, A., January 2002, "The dental home, a primary care oral health concept" Jada, Vol. 133.

Oliveira, E., 2000, "Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade shool children", Peditr dent 22: 395-400.

Paredes, P., 1990, "Analisis de la eficiencia de una técnica de educación para la salud de niños mexicanos". Practica Odontológica, 11 (6).

Rivera Paredes Mirna Patricia, Rivera Paredes Minerva, Sandoval Navarrete Avier., 1998, "Análisis de la eficiencia de una técnica de educación para la salud en niños mexicanos"., Practica Odontológica, vol. 11 no. 6.

Warren, John J. y Col., Dic del 2001, "Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition", Jada, vol 132.

Watson Maria Rosa y Col., Nov del 2001, "The impact of in come on children's and adolescent's preventive dental visits". Jada, Vol 132.

## VIII. APENDICE

### HOJA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Señor (a) padre de familia o tutor:

Por medio de la presente se le pretende incluir tanto a usted como a su hijo (a) en un estudio de Investigación con el título "Grado de conocimientos básicos de salud oral en niños de 8 a 12 años de edad y sus padres que acuden a consulta a la clínica del posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ del periodo Febrero-Julio del 2003", por cual motivo se pide su aprobación para contestar tanto usted como su hijo (a) un cuestionario con preguntas generales y acerca de salud oral, el cual no representa ninguna responsabilidad ni interferirá con el tratamiento dental de su hijo(a) si decide no participar, así como tampoco le confiere ningún riesgo o compromiso con esta institución y cuyo fin es mejorar el aspecto educativo hacia los pacientes que acuden a esta clínica.

De antemano agradezco su atención y cooperación.

C.D. Víctor Hugo Sánchez López.

Autorizo:

Señor(a) o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

## CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio y colonia: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las siguientes preguntas eligiendo solo una respuesta subrayando o marcando la que crea más conveniente:

1.- Los dientes de leche son importantes para:

- a) Guardar el espacio de los dientes permanentes cuando broten o erupcionen en la boca.
- b) Para masticar y comer.
- c) No son importantes por que se van a caer.
- d) No se.

2.- Los dientes de leche de mi hijo se deben atender por que:

- a) Se pican muy rápido y les duelen a los niños.
- b) Para que no se les caigan y los dientes permanentes les salgan sanos.
- c) Pienso que sólo se deben hacer tratamientos fáciles, pues de cualquier modo se van a caer.
- d) No se.

3.- Los dientes primarios o de "leche" son en total:

- a) 20
- b) 15
- c) 30
- d) No se.

4.- Los primeros dientes que le brotaron o erupcionaron a mi hijo fueron:

- a) Las muelas
- b) Los incisivos (los de enfrente)
- c) Los colmillos (los caninos)
- d) No se.

5.- La caries es:

- a) Una enfermedad de las encías que hace que sangren.
- b) Una enfermedad que debilita a los dientes haciendo que se rompan (pequeños agujeritos)
- c) Una enfermedad que afecta al nervio del diente haciendo que duela.
- d) No se.

6.- La caries es producida por:

- a) Meterse objetos a la boca
- b) No comer bien
- c) Bacterias que están en la boca
- d) No se.

7.- La caries es producida por:

- a) Comer muchos dulces
- b) Comer muchos dulces y lavarse los dientes
- c) Comer muchos dulces y no lavarte los dientes
- d) No se

8.- A esta edad (8 a 12 años) mi hijo(a) tiene dientes:

- a) Sólo permanentes
- b) Primarios (de leche) y permanentes
- c) Sólo primarios o de leche.
- d) No se.

9.- Las encías normalmente:

- a) Sangran
- b) No sangran
- c) No se

10.- En palabras comunes, las malposiciones dentales son:

- a) Falta de dientes
- b) Dientes flojos
- c) Dientes encimados o chuecos
- d) No se

11.- Una posible causa de malposiciones dentales es:

- a) No cepillarse bien los dientes
- b) Herencia familiar
- c) Falta de espacio en el hueso donde se anclan los dientes.
- d) No se.

12.- Yo creo que para solucionar las malposiciones dentales de mis hijos se deben:

- a) Extraer los dientes que estorben
- b) Arreglar las caries
- c) Utilizar algún aparato para tratar de corregirlo.
- d) No se

13.- La Salud Bucal se refiere a:

- a) Mantener mi boca sana
- b) Arreglar o curar los problemas dentales que se tengan
- c) Mantener mi boca sana y prevenir que ocurra alguna enfermedad en ella
- d) No se

14.- Una adecuada higiene bucal se realiza con:

- a) Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagues bucales
- b) Cepillo y pasta dental
- c) Cepillo e hilo dental
- d) No se

15.- Pero en realidad yo solamente utilizo:

- a) Cepillo y pasta
- b) Cepillo, pasta e hilo dental
- c) Cepillo, pasta, hilo dental y algún enjuague
- d) Ninguno

16.- Sé que mis hijos tienen muelas o dientes “picados” , pero no los había llevado al dentista por que:

- a) No lo creí necesario, pues son dientes de leche y se les van a caer
- b) No tenía dolor
- c) Por que mis hijos están muy pequeños y pensé que debía esperar a que crecieran un poco más.
- d) Por otras causas (falta de dinero, no me había fijado que tenía dientes picados, etc).

17.- Comencé a notar que los dientes de mi hijo (a) se empezaron a enchuecar hace tiempo, sin embargo no los había llevado al dentista por que:

- a) Pensé que al erupcionarle o brotarle todos los dientes se le iban a enderezar
- b) Pensé que era normal, pues casi todos los niños de su edad están igual
- c) No creí que debía llevarlos cuando detecté el problema por que apenas se estaban encimando o “enchuecando”
- d) No se

18.- ¿Cuál considera la mejor edad para la revisión dental?

- a) 6 meses de edad
- b) 4 años de edad
- c) 6 años de edad
- d) 8 años de edad
- e) 10 años de edad

19.- Tomando en cuenta la pregunta anterior, entonces:

- a) Se deben revisar a los niños desde que le erupcione o le brote el primer diente en su boca para ver si no hay o habrá algún problema después
- b) Cuando ya le hayan erupcionado todos los dientes para poder valorarlo adecuadamente
- c) Sólo cuando exista algún problema, antes No.
- d) No se

20.- Sabe ¿Que es el flúor?

- a) Si
- b) No

21.- Se ha relacionado al Flúor con las salud dental, esto es debido a que:

- a) Fortalece a los dientes y los hace resistentes a la caries
- b) Hace que los dientes erupcionen o broten más rápido
- c) Hace que los dientes no se hagan amarillos
- d) No se

22.- El flúor lo obtenemos principalmente de:

- a) De los alimentos
- b) Del agua de consumo
- c) De las pastas dentales
- d) No se

23.- Pienso que hay que visitar al dentista:

- a) Sólo cuando tenga problemas dentales
- b) Una vez al año
- c) Dos veces al año
- d) Cada cinco años

## CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

Este es un cuestionario **Sólo para niños**, No dejes que tus papás contesten por ti.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Por favor contesta las siguientes preguntas eligiendo **solo una respuesta**, escoge la que creas que está correcta o se aplica en tu caso.

- 1.- En cuanto a dientes, el ser humano en su vida tiene:
  - a) Dientes de leche
  - b) Dientes de leche y dientes permanentes
  - c) Sólo dientes permanentes
  - d) No se.
  
- 2.- ¿Cuántos dientes de leche en total tiene el ser humano?
  - a) 20
  - b) 15
  - c) 10
  - d) No se
  
- 3.- Mis dientes de leche son importantes para:
  - e) Guardar el espacio de los dientes permanentes cuando broten o erupcionen en mi boca
  - f) Para comer
  - g) No son importantes por que se me van a caer
  - h) No se
  
- 4.- A mi edad (8 a 12 años), yo tengo:
  - a) Dientes de leche
  - b) Dientes de leche y permanentes
  - c) Sólo dientes de leche
  - d) Sólo dientes permanentes
  
- 5.- La caries dental es:
  - a) Una enfermedad de las encías que hace que sangren
  - b) Una enfermedad que debilita a los dientes ocasionando que se rompan(pequeños agujeritos)
  - c) Una enfermedad que afecta al nervio del diente haciendo que duela
  - d) No se

- 6.- La caries dental es producida por:
- a) Bacterias o gérmenes que están en la boca
  - b) Por meterme objetos a la boca
  - c) Por no comer bien
  - d) No se
- 7.- La caries dental es producida por:
- a) Comer muchos dulces y no lavarme los dientes
  - b) Comer muchos dulces y lavarme los dientes
  - c) Comer muchos dulces
  - d) No se
- 8.- La caries dental se ve como:
- a) Puntos o agujeritos negros en mis muelas y dientes
  - b) Mis dientes se ponen amarillos
  - c) Se mueven o se aflojan mis dientes
  - d) No se
- 9.- Las encías normalmente:
- a) Deben de sangrar
  - b) No deben sangrar
- 10.- Creo que las malposiciones dentales son:
- a) Dientes flojos
  - b) Dientes picados
  - c) Dientes encimados o chuecos
- 11.- Creo que los dientes encimados o chuecos son provocados por:
- a) Por meterme cosas en la boca
  - b) No lavarme los dientes
  - c) Por que no tengo espacio en mi boca para que broten o erupcionen los dientes permanentes
  - d) No se
- 12.- Por Higiene bucal, yo entiendo:
- a) Lavarme los dientes cuando los tengo sucios
  - b) Lavarme los dientes para mantenerlos limpios y evitar que se "piquen"
  - c) No comer dulces
  - d) No se
- 13.- Para realizar una correcta higiene bucal se deben usar:
- a) Cepillo y pasta dental
  - b) Cepillo, pasta e hilo dental
  - c) Cepillo, pasta, hilo dental y enjuague
  - d) Sólo pasta dental

14.- Pero Tú solamente utilizas:

- a) Cepillo y pasta dental
- b) Cepillo, pasta e hilo dental
- c) Cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal
- d) Solo cepillo

15.- ¿Conoces o sabes qué es el hilo dental?

- a) Si
- b) No

16.- ¿Lo usas en tu casa?

- a) Si
- b) No

17.- ¿Cuántas veces al día me debo de cepillar los dientes?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) 5 veces

18.- Todo lo que sé acerca de mi boca y su higiene me lo enseñaron principalmente:

- a) Mis papás
- b) Mis maestros
- c) Mis papás y maestros
- d) En el radio, la televisión, etc.

19.- Con respecto a la visita al dentista:

- a) Me siento temeroso
- b) Me siento bien por que me van a curar
- c) Me da igual

20.- Pienso que los papás deberían llevar a sus hijos con el dentista:

- a) Cuando son pequeños y tienen dientes de leche para revisar si hay o no problemas
- b) Cuando estén grandes y ya tengan todos los dientes
- c) Sólo cuando tengan dolor de muelas

21.- Se debe visitar al dentista:

- a) Cada año
- b) Cada seis meses
- c) Cada tres años
- d) Cada que me duelan las muelas

22.- ¿Sabes qué es el flúor?

- a) Si
- b) No

23.- Se ha relacionado al flúor con la salud dental, yo creo que es por:

- a) Por que hace más fuertes a los dientes y los hace resistentes a la caries
- b) Por que evita que mis dientes se pongan amarillos
- c) Por que hace que mis dientes no se aflojen
- d) No se

24.- Realmente considero que tengo:

- a) Buena salud bucal
- b) Mala salud bucal