

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES/MADRES
CON HIJOS ESCOLARES**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS CLINICAS
UAM - XOCHIMILCO**

BRANDON MIGUEL FIGUEROA ORTEGA

MATRÍCULA: 2173027731

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: 1 FEBRERO 2023–ENERO 2024

Febrero, 2024

ASESORAS

DRA. TERESA LEONOR SÁNCHEZ PÉREZ

M. M. S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTÍNEZ



DRA. TERESA LEONOR SÁNCHEZ PÉREZ
ASESORA INTERNA



M. M. S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTINEZ
ASESORA INTERNA

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



Karla Ivette Oliva Ovares

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Resumen del informe

Introducción: Los niños que sufren de enfermedades bucodentales desde temprana edad, pueden tener secuelas que disminuyen las oportunidades para un adecuado desarrollo social, que a su vez repercute en la calidad de vida en general, para ello es importante informar y orientar a los padres sobre los cuidados bucales y factores de riesgo que propicien las enfermedades bucodentales.

Objetivo: Establecer el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres/madres con hijos escolares.

Metodología: Tipo de investigación: cualitativa, observacional, descriptiva y transversal con un muestreo aleatorio simple. Universo: Madres/padres cuyos hijos o sus cuidadores asisten a la escuela Primaria “Cuauhtémoc” del Estado de México, conformando una muestra de 102 padres, madres o cuidadores. La información sobre conocimiento de salud bucal se recopiló a través de un cuestionario validado (Cupé) dividido en 4 rubros: caries dental, dieta, prevención e higiene. Análisis: Se creó una base de datos en la aplicación de SPSS versión 29.0 con los datos recopilados de los cuestionarios, analizando variables demográficas y los rubros de conocimiento de los encuestados, a través de medidas de tendencia central, dispersión y tablas cruzadas.

Resultados: La edad de la población estudiada se encontró entre 20 a 57 años con una media de 35.4+/-6.9 años. El “cuidador” presenta un porcentaje alto en el nivel de conocimiento “bueno” de “caries”, el grupo de edad con más relevancia fue de los 30 a 39 años, exponiendo un nivel de conocimiento “muy bueno” en el rubro “dieta”. Los adultos de 50 a 59 años obtuvieron un nivel alto en conocimiento “bueno” en “higiene”, y la escolaridad “preparatoria” obtuvo el nivel más alto “bueno” en “prevención”.

Conclusiones: El nivel de conocimiento que tienen los cuidadores en caries, prevención, dieta e higiene, fue mayor en relación al de los padres y madres. Los adultos de 50 a 59 años mostraron mayor información en casi todos los rubros. Es fundamental para preservar la integridad y el desarrollo de menores escolares, informar a padres/madres/cuidadores sobre la conservación de la salud bucal a través de la promoción de salud para ampliar la información y fortalecer prácticas adquiridas; pues su deficiencia en conocimientos sobre salud bucal genera una susceptibilidad al infante para contraer enfermedades bucodentales.

Palabras clave: Salud bucal, conocimiento, menores escolares, caries dental.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	7
Salud bucodental en niños	7
Importancia del cuidado bucal en menores	8
Caries dental y enfermedades frecuentes asociadas a malos hábitos	8
Causas de la caries dental	9
Dieta en niños	9
Cepillado dental y uso de pastas con flúor.....	9
Tipo de pasta dental	10
Cantidad de pasta	10
Aplicación profesional de flúor	11
Prevención e información de padres	11
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	53
ANEXOS	55
BIBLIOGRAFÍA	58
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	60
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	62
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	67
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	68

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Las enfermedades bucodentales, pese a ser en su mayoría prevenibles, suponen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a la población durante su vida, causando dolor, molestias, deformaciones e incluso la muerte.¹ En su informe mundial sobre el estado de la salud bucodental, la OMS estimó que las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3,500 millones de personas en todo el mundo, y que 3 de cada 4 de estas personas viven en países de ingresos medios.²

La salud bucal es primordial por la relevancia y afección que puede tener en la salud en general y en el bienestar del individuo. En el caso de los niños que sufren de problemas bucodentales desde muy temprana edad, ésta afecta en diversas formas produciendo dolor, baja autoestima, pérdida de capacidad funcional, como alteraciones masticatorias, fonéticas, masticación unilateral, deglución atípica, interposición lingual o labial entre otros.³ Esta situación puede tener secuelas que disminuyen las oportunidades para un adecuado desarrollo social, que más adelante repercute en el desempeño laboral, económico y la calidad de vida en general. Considerando todas las repercusiones que tiene una salud bucal deficiente y las secuelas que puede dejar en los niños si los afecta desde muy temprana edad, se debe educar a los padres sobre los cuidados orales de manera que conozcan los factores de riesgo de las enfermedades bucales.³

La Educación en salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida y esta a su vez, se encuentra directamente relacionado con el nivel de instrucción, con el nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado de salud bucal que presentan los individuos.⁴ El conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal puede influir en el estado de salud bucal de sus hijos menores de 10 años, siendo ellos los principales responsables de su cuidado en esa edad.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

El nivel de conocimiento que los padres y cuidadores tienen sobre prevención de las enfermedades bucales, así como la práctica de higiene diaria y la actitud que toman frente a las mismas son indicadores clínicos del niño. Los padres sensibilizan desde temprana edad a sus hijos para adquirir comportamientos, concientización y educación sobre hábitos de salud bucal, por lo que su colaboración y participación son cruciales para generar actitudes de prevención. Es fundamental que los padres de familia estén al tanto en cuestiones generales sobre la salud bucal de los niños, como el consumo de alimentos altos en azúcar, la higienización de dientes; así como en temas específicos como el origen bacteriano de caries dental, uso de dentífrico compuesto de flúor, la supervisión del cepillado por los padres y la importancia de la visita odontológica a temprana edad. La adquisición de esta información y las habilidades en el entorno socio-cognitivo de escolares, forma parte de su educación en salud, beneficiando al individuo en su estado de salud bucal y general mediante disciplina, cambio de actitudes y hábitos alimenticios potenciados con la colaboración de padres o tutores en el ámbito doméstico que van a determinar el estado de salud bucal de los menores.

MARCO TEÓRICO

Salud bucodental en niños

La salud bucodental se define como la ausencia de dolor bucofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales; disponer de una buena salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida y a veces puede llegar a ser olvidada. La patología bucal de mayor prevalencia es la caries dental que en los niños por su cronicidad es la más común, pero es prevenible y curable. Según la última Encuesta Nacional sobre Salud Bucal en 2015, la prevalencia de caries en niños de 5-6 años en dentición temporal fue del 25% y en dentición permanente del 1.8%; en niños de 12 años fue del 14.6% y en niños de 15 años del 18.6%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) la prevalencia de caries en la región de América se ha reducido del 85% en 2006 al 40% en 2017, gracias a las medidas adoptadas de integración de salud bucal en la atención de salud primaria, mayor acceso a la atención, la extensión y consolidación de programas exitosos como la fluoración y la prestación rentable comprobada de servicios de atención de salud bucal, utilizando tratamientos restaurativos atraumáticos.¹ Las enfermedades bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos, cuyos factores de riesgo son principalmente la mala alimentación, la falta de higiene bucodental y ciertos determinantes sociales como edad de padres, escolaridad y ámbito laboral de ambos.²

Importancia del cuidado bucal en menores

El entorno que rodea a los niños y niñas debe potenciar que éstos adquieran el conocimiento y habilidades necesarios que les permitan tener una buena salud en general y bucal. Los padres de familia son los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ya que ellos determinan si los niños y las niñas llevan a cabo una higiene bucal de manera sistemática (con un enfoque preventivo) o si acuden a la clínica odontológica cuando el problema dental está presente (con un enfoque curativo). Diversas investigaciones muestran que los problemas dentales infantiles están vinculados con las dificultades de acceso a los servicios odontológicos, así como las prácticas y conocimiento deficiente en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal y con una falta de empoderamiento, constituyendo un factor de riesgo de orden personal, familiar, social y educativo.²

El conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal, puede influir en sus hijos menores de 10 años, siendo ellos los principales responsables de su cuidado en esa edad. Al evaluar el conocimiento de los padres se han obtenido calificaciones de 4.6/10 en términos cuantitativos y un nivel regular en términos cualitativos. Se ha hallado relación entre el nivel de conocimiento de los padres y la presencia de caries dental y biopelícula en sus hijos, en el que se encuentra un nivel de conocimiento regular. Otros estudios han hallado que mayor conocimiento y mejor comportamiento en higiene dental, representan factores de protección.⁵

Caries dental y enfermedades frecuentes asociadas a malos hábitos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, lo que propicia el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad.⁶ La susceptibilidad cariogénica en niños de 6 a 12 años es creciente por diversos factores, como lo son; la cronología de la erupción (dientes permanentes), acumulación de biopelícula conductas de higiene bucal, apoyo de los padres, alimentación alta en carbohidratos fermentables y factor social.

La caries dental constituye un problema importante de salud pública en todo el mundo. En México, se destina una gran cantidad de recursos para la rehabilitación dental, que podrían prevenirse mediante hábitos de higiene bucal apropiados. Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se consideran los antecedentes de índices cariogénicos, que suelen ser el predictor más poderoso de caries en jóvenes. Así, el deterioro dental severo es un aspecto importante de atención en esta etapa, el cual es un reflejo de una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia, especialmente en condición socioeconómica menor y que afecta el crecimiento de los niños y las niñas, el peso corporal, la calidad de vida e incluso el desarrollo cognitivo y social.²

Dentro de las enfermedades gingivales en niños y adolescentes el cuadro clínico más prevalente es la gingivitis asociada a la placa bacteriana; más aún, es la afección más prevalente dentro de todas las enfermedades periodontales. Estudios epidemiológicos, clínicos e histológicos indican que existe una tendencia relacionada con la edad, hábitos y genética para el desarrollo de la gingivitis.⁷

Causas de la caries dental

El desequilibrio en hábitos alimenticios y de higiene que presentan los escolares, se manifiesta como una desmineralización acumulativa del diente que, si es desenfrenada, tiene el potencial de producir cavitación del esmalte y daño colateral a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente. Como consecuencia de ese deterioro, el proceso puede causar dolor, pérdida temprana de dientes, ausentismo escolar y recurrir a tratamientos costosos.⁸ Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables a problemas de salud general y bucal como la caries dental considerada como una enfermedad no transmisible de origen multifactorial, plenamente relacionada con higiene bucal defectuosa, alimentación nocturna, alto consumo de azúcares, colonización bacteriana y factores sociales de los padres. Ésta, puede presentar graves repercusiones como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como disminución en el desarrollo físico del infante, alto costo de tratamiento y disminución en la calidad de vida.⁹

Dieta en niños

La etiología de la caries dental es multifactorial, entre los factores encontramos un alto consumo de carbohidratos fermentables, una deficiente higiene oral y una baja capacidad amortiguadora de la saliva, entre otros.¹⁰ Es así que el estado nutricional de los niños no sólo depende de los alimentos ingeridos sino también del patrón de conducta alimentaria.⁹ Entre los factores que influyen en ésta encontramos el estilo de alimentación de los padres y el ritmo de vida familiar. Omitir comidas podría tener una influencia directa en el consumo de carbohidratos refinados.¹¹ Las bacterias cariogénicas necesitan carbohidratos simples para producir los ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del esmalte, a su vez el ayuno y la alimentación a un ritmo acelerado presente en la vida cotidiana, propician a una escasa autólisis y una menor producción de saliva; lo que favorece la formación de biopelícula.

A pesar de que la reducción de la incidencia y prevalencia de la caries dental en muchos países se relaciona en gran medida con el uso sistemático del flúor y con su adhesión en las pastas dentífricas, además de la mejora de la higiene dental, se debe tener presente la importancia de los hábitos alimentarios en la prevención de la caries dental. En este sentido, destacan los carbohidratos fermentables, determinadas características de los alimentos, la frecuencia de consumo, distintos tipos de alimentos, algunos como factores protectores, la cantidad y la calidad de la saliva, en tanto que ello determina el índice de remineralización de los dientes etc. Todos estos elementos son analizados a través de los factores sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos relacionados directa o indirectamente con dieta y caries.¹²

Cepillado dental y uso de pastas con flúor

Las buenas prácticas de higiene bucal son fundamentales para la prevención de caries y enfermedad periodontal. La eficacia en el cepillado dental es considerada relevante para conservar la salud de las encías y para la evaluación del riesgo de caries. Las dificultades en el cepillado dental en niños se vinculan con falta de

desarrollo psicomotriz asociado con la edad, poca motivación y supervisión. El nivel de educación de los padres, sus hábitos y actitudes con relación a la higiene bucal tienen influencia directa en la salud bucal de sus hijos.

Un complemento en la higiene bucal es el flúor, cuya acción es favorecer la remineralización del diente en cantidades apropiadas y prevenir la caries dental, su aplicación por vía tópica incorpora el fluoruro a la superficie del diente uniéndose a la hidroxiapatita y produciendo un nuevo compuesto, la fluorapatita. La fluorapatita le confiere una mayor dureza y protección al esmalte dental al inhibir el metabolismo de las bacterias sobre los carbohidratos, evitar la desmineralización del diente sano.¹⁴ El flúor es importante por su efecto en el aumento de remineralización dental y densidad ósea, por reducir el riesgo y prevalencia de caries (lesiones inicialmente desmineralizadas).¹⁵

El contenido de fluoruro de las pastas dentales ha sido reconocido como factor fundamental en la prevención de caries dental, recomendando el uso de pasta dental fluorada para el hogar. Otros factores relacionados con el cepillado dental tales como la frecuencia de cepillado, la cantidad de pasta utilizada, el tiempo utilizado para realizar el cepillado dental, el correcto acceso a todas las superficies dentarias y la supervisión por parte de los padres o tutores, pueden también influir en el efecto anti caries del cepillado en niños. Se encontró una relación significativa entre cepillado dental, edad y tiempo de cepillado en la población estudiada. A mayor edad, mayor tiempo de cepillado y mejor resultado en el índice de higiene bucal. Los niños que recibían supervisión o ayuda de los padres fueron los que presentaron menos lesiones de caries.¹³

Tipo de pasta dental

En las últimas décadas se han establecido una gran variedad de cambios en la composición de las pastas dentales. Uno de los principales cambios es la utilización de la pasta de dientes como un sistema de administración de agentes terapéuticos a la cavidad, entre las que se encuentran las empleadas para la prevención de caries, las cuales tienen una amplia gama de ingredientes, además de diversas sales de fluoruro como agentes anticaries. Entre estos se encuentran los humectantes, espumantes, conservantes, aglutinantes y edulcorantes.¹⁶

Cantidad de pasta

En personas menores de 6 años de edad se deben utilizar pastas dentales que contengan 550 ppm de fluoruro, y las pastas dentales que contengan de 0.551% a 1.5% (551 a 1,500 ppm) de fluoruro total y deben ser utilizadas por personas mayores de 6 años. En personas menores de esta edad, sólo podrán utilizarse bajo la supervisión de un adulto, evitando su ingestión y empleando como máximo 5 milímetros cúbicos (tamaño de un chicharo).¹⁷

A partir de la erupción del primer diente, la higiene bucal se realiza con cepillo dental adecuado a la etapa o con un dedal de silicona sin poner pasta dental hasta los 3 años, pero realizando la limpieza con cepillo dental infantil acorde a la edad. Enseñar y motivar al menor de 6 años en adelante, la técnica de cepillado dental, y supervisados por la madre, padre o responsable, utilizando una porción de pasta

dental del tamaño de un chicharo a la edad de 3 años y entre 4 y 5 años la cantidad de un chicharo y quela paste tenga 550 ppm de fluoruro.¹⁷

Aplicación profesional de flúor

Los agentes tópicos fluorurados de uso profesional pueden ser aplicados por el estomatólogo, pasante de estomatología en servicio social o personal técnico o auxiliar de la salud bucal, así como el estomatólogo quienes están capacitados para la aplicación profesional de: geles, pastas dentales profilácticas y barnices fluorados así como agentes de liberación lenta. Deben ser aplicados en el consultorio de estomatología, bajo aislamiento, uso de eyector de saliva y vigilancia permanente durante el procedimiento, a intervalos recomendados de acuerdo con el diagnóstico de caries del estomatólogo. El barniz fluorado y los selladores deben ser aplicados a partir de los 3 años, de acuerdo con los factores de riesgo de caries dental y bajo la vigilancia del profesional de la salud bucal capacitado.¹⁷

Prevención e información de padres

Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de sus hijos.¹⁸ Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser informados/educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud.¹⁹ La promoción de la visita odontológica, fortalece y prepara al niño para formar hábitos con el fin de mantener o mejorar su salud bucal para el resto de la vida, por lo tanto se debe capacitar a la madre, padre y/o cuidadores, acerca del desarrollo y cuidados bucales del menor.¹⁷ Empleando así, una visión integral sobre la salud bucal e incentivando a cambiar el paradigma con respecto a la necesidad de consulta y control por parte de un odontólogo.

OBJETIVO GENERAL

Establecer el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres/madres con hijos escolares o sus cuidadores de la primaria "Cuauhtémoc" ubicada en Los Reyes Acaquilpan, Municipio La Paz Edo. México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los conocimientos sobre caries dental, higiene, dieta y prevención bucodental, que poseen los padres y/o cuidadores primarios de escolares.
- Determinar el nivel de conocimiento con relación a la edad, escolaridad y ámbito laboral de padres y/o los cuidadores de escolares que asisten a la escuela primaria "Cuauhtémoc", Municipio La Paz Edo. México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: cualitativa, observacional, descriptiva y transversal en la Escuela Primaria "Cuauhtémoc" ubicada en Los Reyes Acaquilpan, Municipio La Paz, Edo. de México.

Población: Madres, padres o sus cuidadores con niños escolares del Estado de México a través de un muestreo aleatorio simple. La muestra fue de 102 padres, madres o cuidadores.

Recopilación de la información: Se recolectaron datos demográficos de los padres, madres o cuidadores (edad, lugar de residencia, escolaridad y ocupación) a través del cuestionario validado (Cupé) donde se consideró el nivel de conocimiento dividido en 4 rubros: caries dental, dieta, higiene y prevención. Dicho cuestionario presentó modificaciones de acuerdo al planteamiento de algunas preguntas y fue entregado personalmente a los responsables para su respectivo auto llenado.

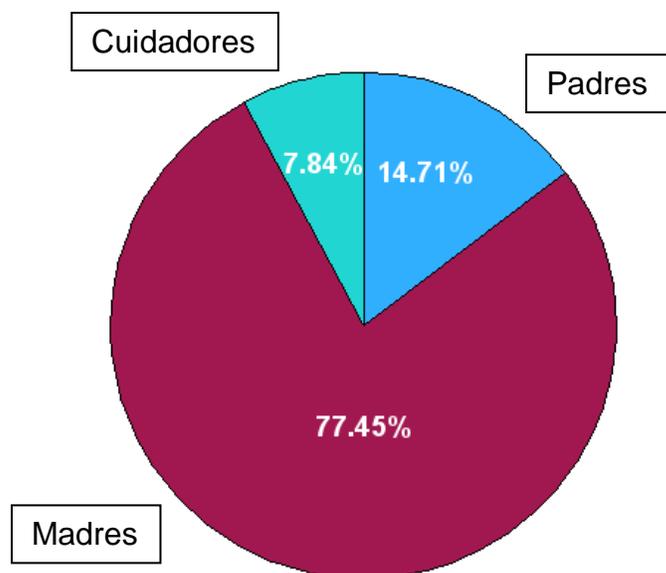
Los resultados se valoraron con un puntaje del 1 al 4 de acuerdo a la respuesta se agrupo el valor como un conocimiento malo, regular, bueno o muy bueno. Se emplearon un total de 21 preguntas cerradas y de opción múltiple divididas de la siguiente manera: 5 preguntas sobre conocimiento en caries dental, 6 preguntas para prevención, 3 de dieta y 7 de higiene bucal. Considerando su ocupación: obrero (8.8%), asalariado (16.7%), intendencia (4.9%), comerciante (16.7%), técnico (2.9%), profesionalista (7.8%), en casa/hogar (33.3%) o negocio familiar (8.8%) y escolaridad (sin escolaridad, pre-escolar, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica o licenciatura).

Análisis: Se elaboró una base de datos en la aplicación de SPSS versión 29.0 adaptada a Windows con los datos recopilados de los cuestionarios, agrupando las respuestas en conocimiento muy bueno (1), bueno (2), regular (3) y malo (4). También se analizaron las variables demográficas con el conocimiento que poseen los encuestados acerca de caries, prevención, dieta e higiene bucal incluidas en el cuestionario.

RESULTADOS

La edad de la población estudiada se encontró entre 20 a 57 años con un total de 102 padres, madres y cuidadores a las que les fue entregado el cuestionario sin distinción de género.

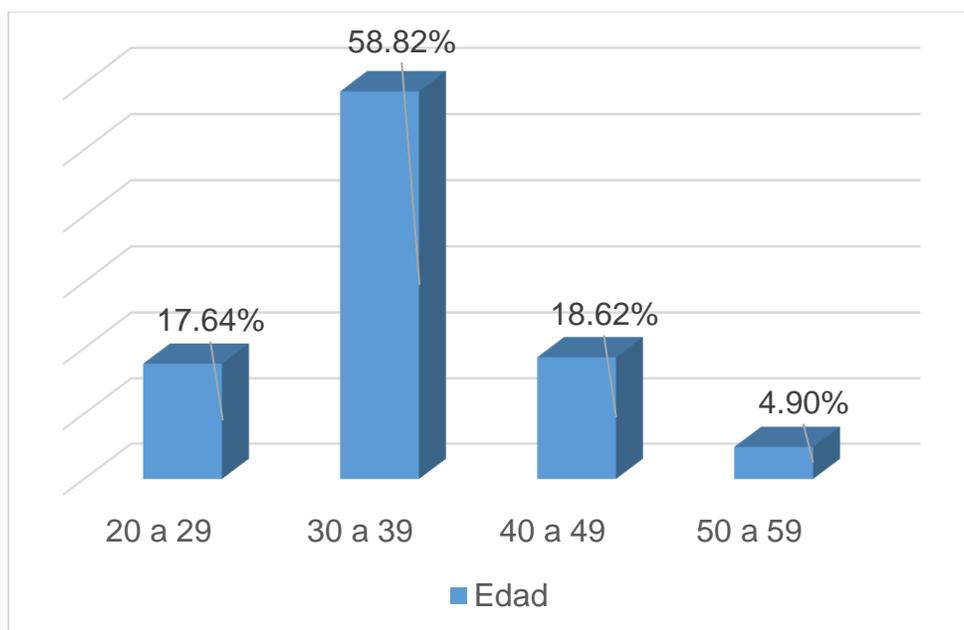
GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

Como se observa en la gráfica, la muestra quedó conformada por 102 personas responsables del llenado del cuestionario y de los menores escolares (79 madres (77.5%), 15 padres (14.7%) y 8 cuidadores (7.8%), predominando las madres.

GRÁFICA 2. EDAD DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

De los 102 encuestados, el rango mínimo de edad fue de 20 años y el máximo de 57 años con una media de 35.4 ± 6.9 años. En gráfica 2 se muestra la edad de los encuestados distribuidos en grupos, en el grupo de 30 a 39 años se presentó el número más alto de cuestionados con un total de 60 personas (58.8%) y el grupo de 40 a 49 años fue el segundo grupo con mayor número de cuestionados con 19 personas (18.6%).

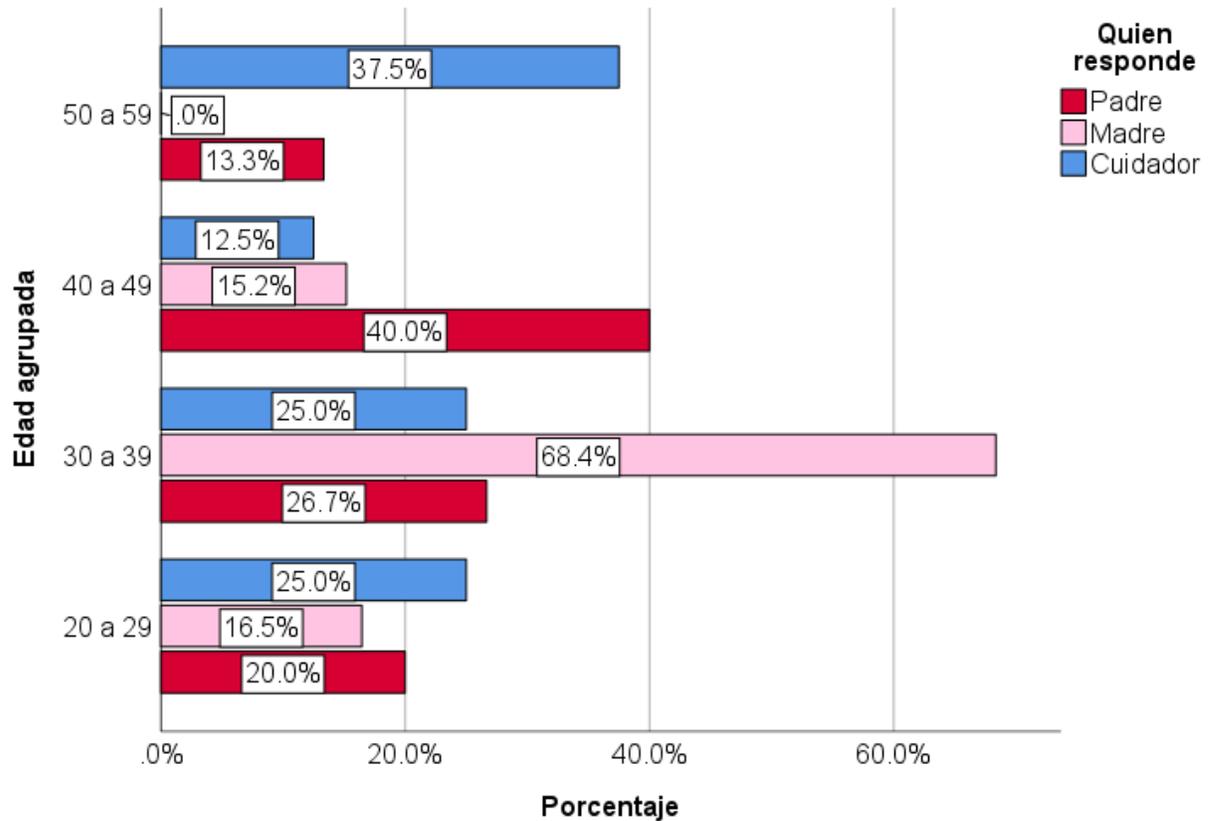
En la tabla 1 se puede observar con mayor especificidad que los 30 años edad tuvo son la frecuencia más alta con 9.8%, siguiendo la edad de 34 (8.8%) y 35 (7.8%).

TABLA 1. EDAD DE PERSONAS ENCUESTADAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	20	1	1.0
	23	1	1.0
	24	1	1.0
	25	2	2.0
	26	2	2.0
	27	4	3.9
	28	1	1.0
	29	6	5.9
	30	10	9.8
	31	5	4.9
	32	2	2.0
	33	5	4.9
	34	9	8.8
	35	8	7.8
	36	7	6.9
	37	4	3.9
	38	6	5.9
	39	4	3.9
	40	4	3.9
	41	5	4.9
	42	3	2.9
	43	2	2.0
	44	2	2.0
	45	1	1.0
	47	1	1.0
	48	1	1.0
	50	1	1.0
	52	1	1.0
55	2	2.0	
57	1	1.0	
	Total	102	100.0

Fuente: directa

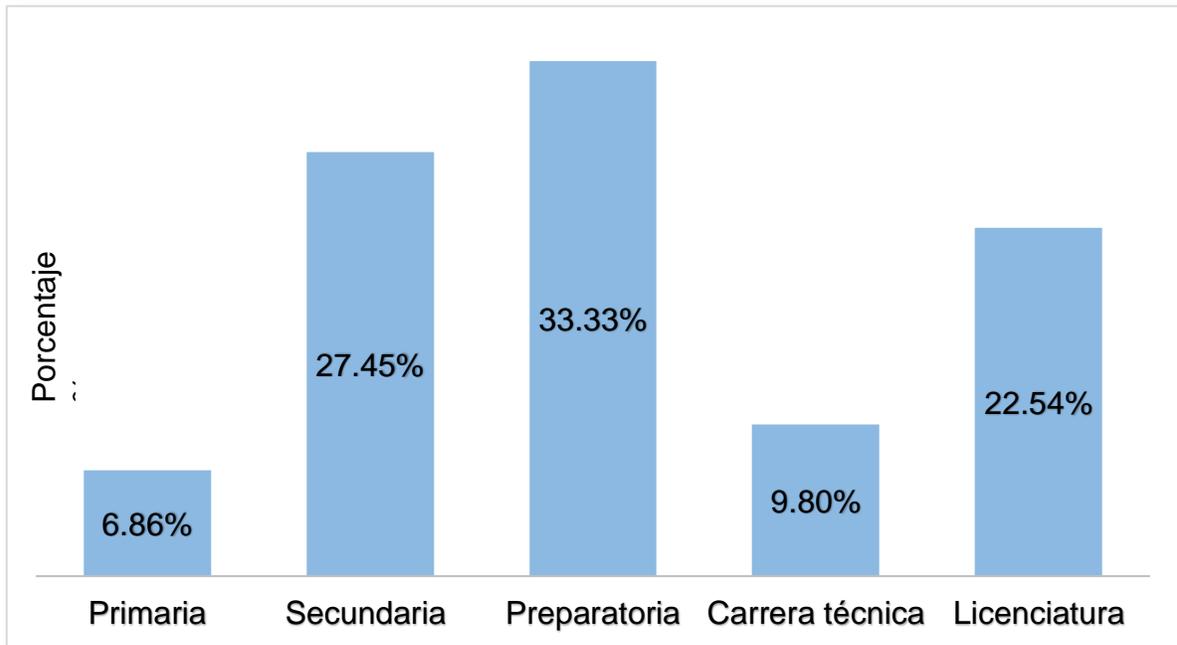
GRÁFICA 3. EDAD AGRUPADA DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

La gráfica 3 representa el porcentaje en la edad agrupada de los encuestados, el grupo de 30 a 39 años es el más grande con 54 (68.4%) del total de madres, mientras que el grupo más alto de padres está representado en el grupo de 40 a 49 años con 40%, respecto a los cuidadores éstos prevalecieron en el grupo de 50 a 59 años con 3 cuidadores (37.5%).

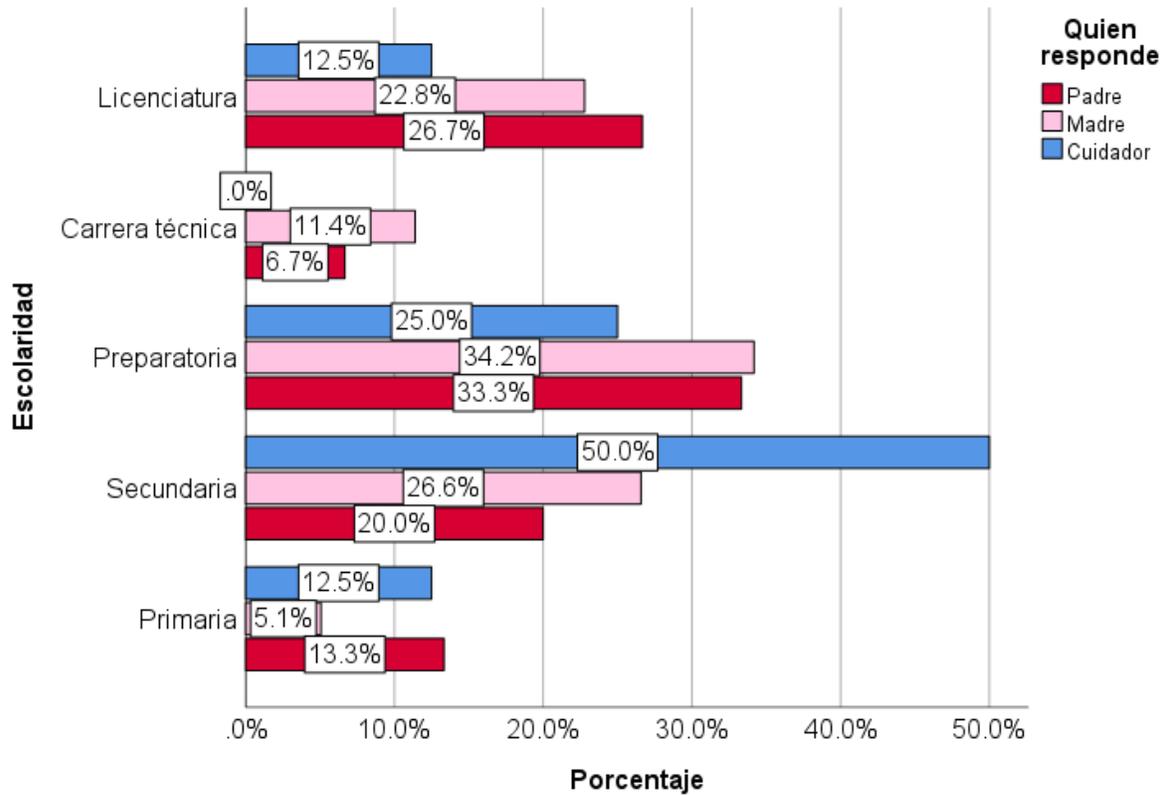
GRÁFICA 4. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

El nivel de estudios de las personas responsables de los menores escolares está representado en la gráfica 4, donde 7 personas (6.8%) presentan escolaridad “primaria”, 28 encuestados (27.5%) tienen un nivel de estudios “secundaria” siendo el segundo mayor grupo de cuestionados, el grupo más relevante correspondió al nivel “preparatoria” con 34 padres, madres o cuidadores.

GRÁFICA 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

En la gráfica 5 se describe el nivel de escolaridad entre los distintos encuestados, correspondiendo los mayores valores para los padres en “preparatoria” (33.3%), así mismo para las madres en “preparatoria” (34.2%) y para los cuidadores en “secundaria” (50%).

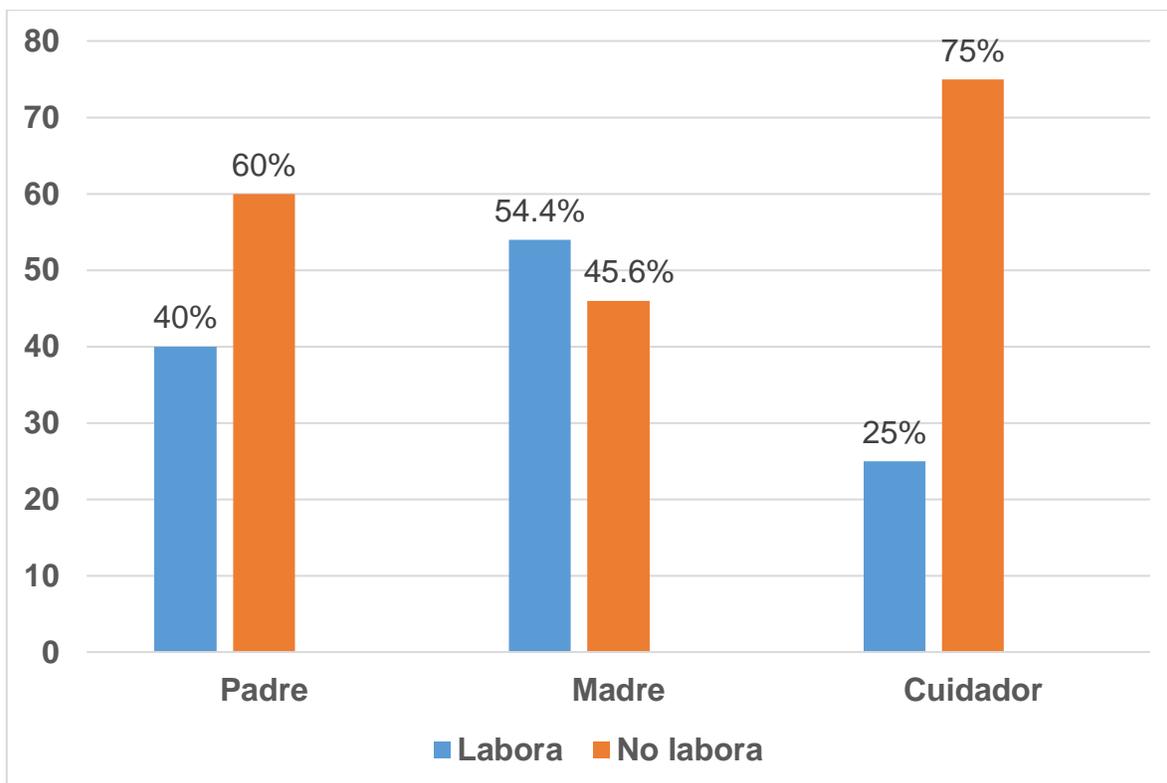
GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE PADRES Y MADRES QUE TRABAJAN



Fuente: directa

En la gráfica 6 se observa que el 50% de padres y madres se encuentra trabajando.

GRÁFICA 7. ACCIÓN LABORAL DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

En la gráfica 7 se muestra que los cuidadores son lo que menos laboran (25%) siguiendo las madres (54.4%).

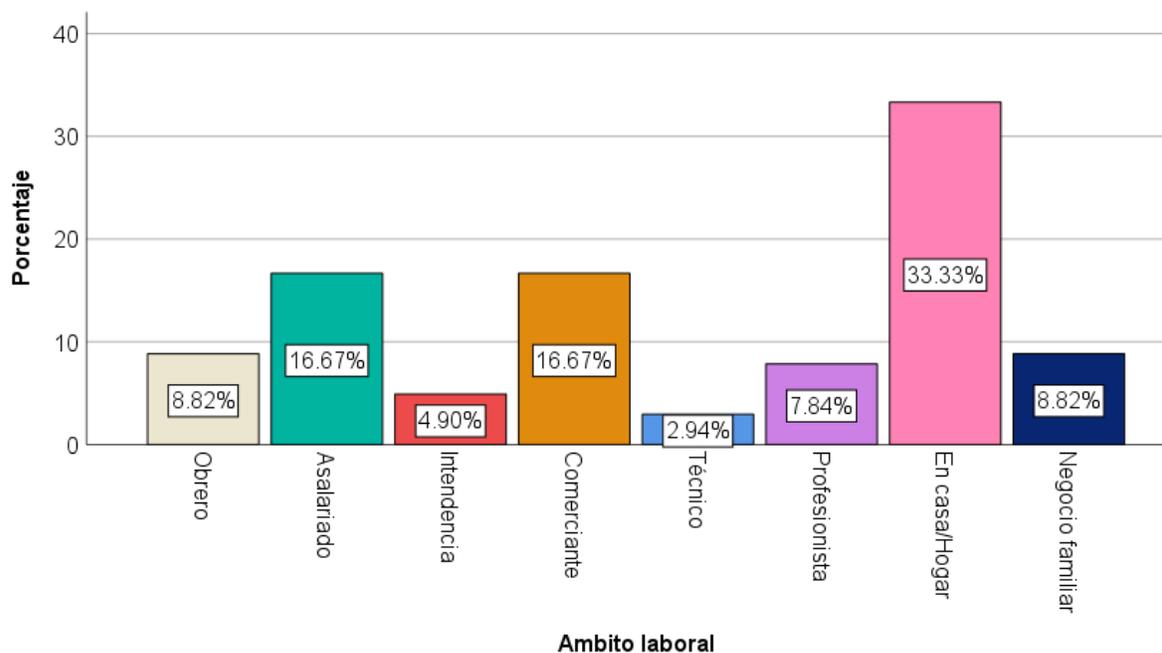
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL ÁMBITO LABORAL DONDE SE DESEMPEÑAN LOS ENCUESTADOS

Ámbito laboral	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	9	8.8
Asalariado	17	16.7
Intendencia	5	4.9
Comerciante	17	16.7
Técnico	3	2.9
Profesionista	8	7.8
En casa/Hogar	34	33.3
Negocio familiar	9	8.8
Total	102	100.0

Fuente: directa

La tabla 2 describe el ámbito laboral de los encuestados siendo “el hogar” el ámbito más recurrente con un total de 34 personas (33.3%), mientras que el ámbito técnico fue el más bajo 2.9%.

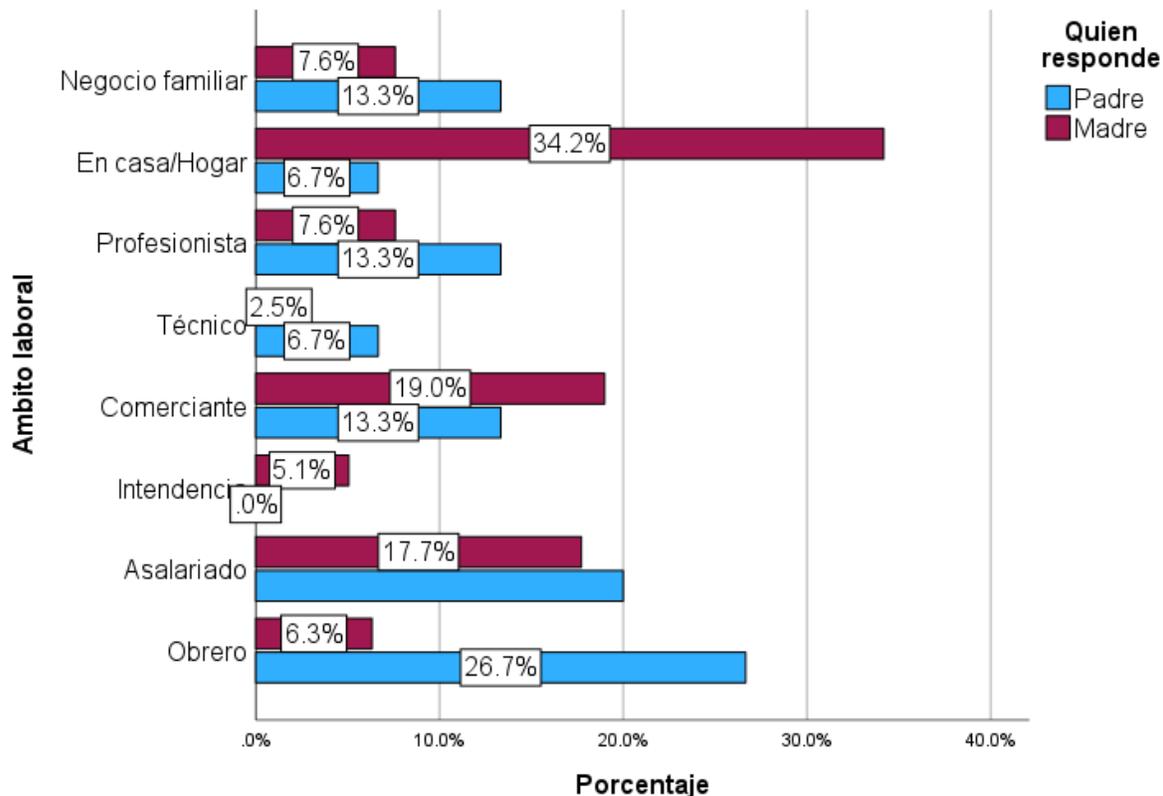
GRÁFICA 8. PORCENTAJE DEL ÁMBITO LABORAL DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: directa

En la gráfica 8 se representan en cantidad los responsables y sus respectivos ámbitos laborales donde el rubro “asalariado” representa el 16.7% de los encuestados, siendo éste el segundo grupo más relevante junto con “comerciantes” (16.7%) y el ámbito laboral más común fue la acción laboral “en el hogar” (33.3%).

GRÁFICA 9. ÁMBITO LABORAL DONDE SE DESEMPEÑA PADRE Y MADRE



Fuente: directa

En la gráfica 9 se representa el ámbito laboral en específico de padres y madres, donde el 34.2% de las madres se desempeñan en “casa/hogar”, siendo éste el rubro más grande, siguiendo el de “comerciante” con 19%. Respecto a los padres el ámbito laboral de mayor frecuencia fue el obrero con 26.7%, siguiendo el asalariado con 19%.

TABLA 3. CÓDIGO POSTAL DE RESIDENCIA DE LOS ENCUESTADOS

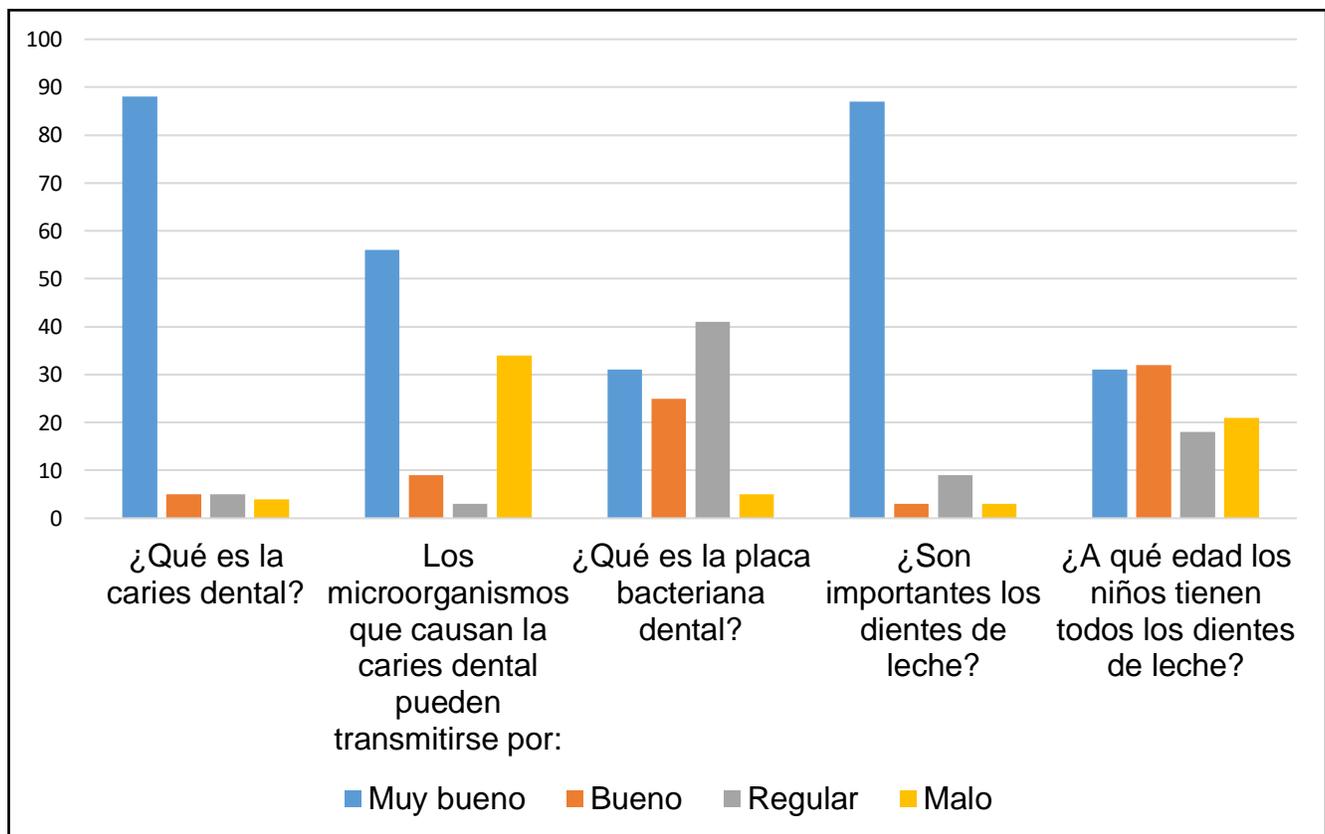
		Frecuencia	Porcentaje
Los encuestados provienen de:	56530	2	2.0
	54343	1	1.0
	56410	8	7.8
	56430	35	34.3
	56440	38	37.3
	56500	14	13.7
	56512	1	1.0
	56524	1	1.0
	56613	2	2.0
	Total	102	100.0

Fuente: directa

En la tabla 3 se muestra el Código Postal de los padres, madres o cuidadores encuestados, donde 35 personas residen en Colonia Valle de Los Reyes (34.3%) siendo el segundo mayor grupo de cuestionados, 38 personas residen en la Colonia Magdalena de Los Reyes (37.3%), siendo el primer y mayor grupo que participa en los cuestionarios, 14 personas de la Colonia Ampliación de Tecamachalco (13.7%), 8 personas de la Colonia Ancón de Los Reyes (7.8%), con 2 personas las colonias: Ixtapaluca Centro, San Miguel Xico Valle de Chalco y con 1 persona en las colonias: Los Pirules, El Salado y el Fraccionamiento San José Buenavista Chimalhuacán. Todos pertenecientes al Estado de México, los dos grupos más participativos (Valle de Los Reyes y Magdalena de Los Reyes) son aledaños a la Escuela Primaria "Cuauhtémoc". Los hogares de la zona tienen un nivel socioeconómico tipo D+, con un ingreso por hogar estimado en MXN \$15,500 y de MXN \$4,000 por persona.

Las primeras 5 preguntas del cuestionario realizadas a los encuestados sobre caries dental, se analizan de acuerdo al valor de nivel de conocimiento de las respuestas, donde 1 es “muy bueno”, 2 “bueno”, 3 “regular” y 4 es “malo”. En la gráfica 11 se observa en la pregunta: “¿Qué es la placa bacteriana dental?”, que fue la de mayor respuesta en el rubro “muy bueno” (86.3%) respecto a la comprensión sobre el proceso carioso, siguiendo en este rubro “Son importantes los dientes de leche” con 85.3%, sin embargo, en lo referente a “Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por:” generó diferidas respuestas destacando “muy bueno” con 54.9% pero a su vez presentó un número considerable de respuestas “malo” 33.3%. De igual forma la pregunta 3: “¿Qué es la placa bacteriana dental?” se destacó por presentar un mayor número de respuestas “regular” 41%.

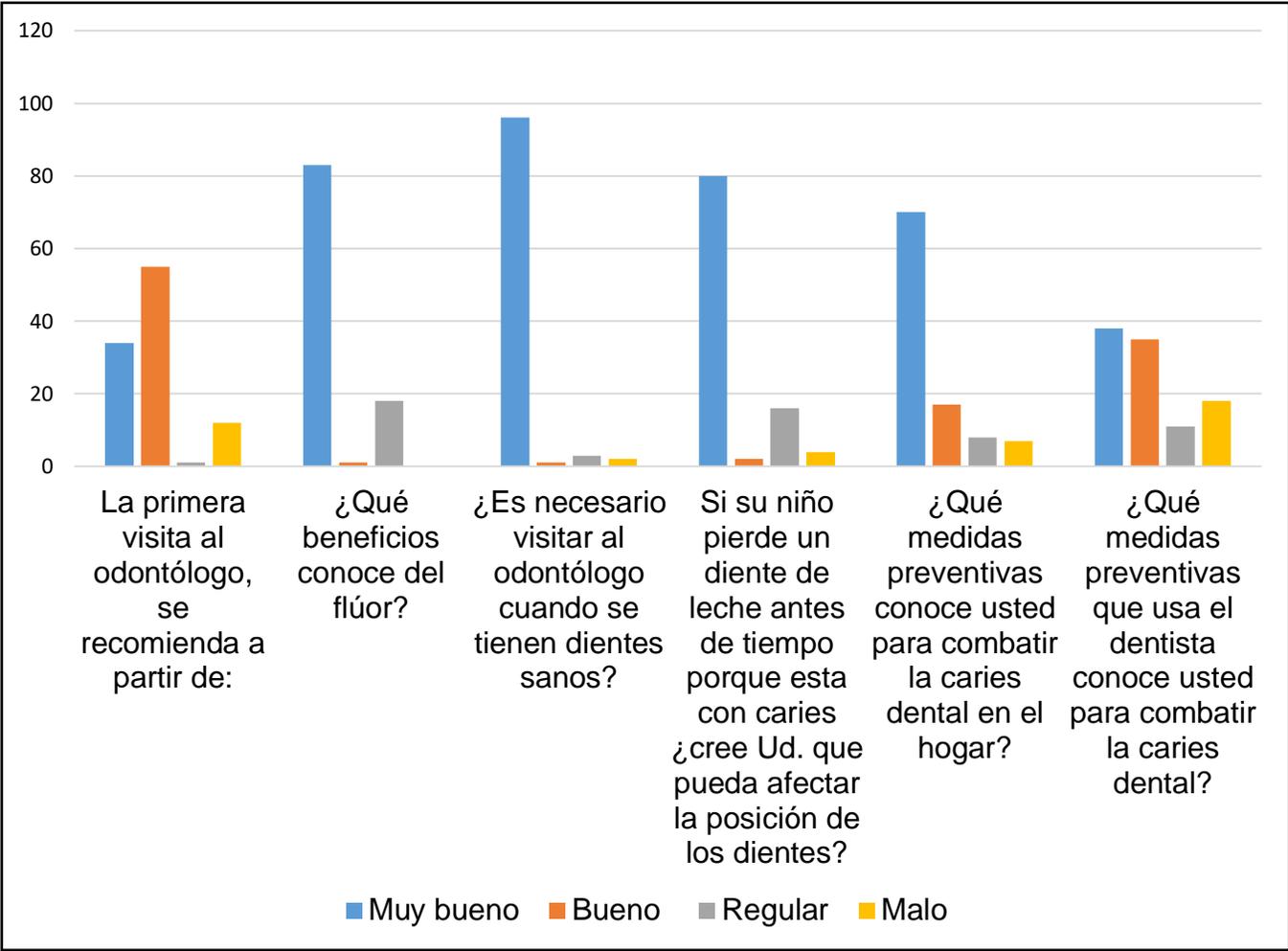
GRÁFICA 11. PREGUNTAS SOBRE CARIES DENTAL



Fuente: directa

En la gráfica 12 se presentan las preguntas referentes a prevención (preguntas 6 a 11), en donde sobresale la respuesta “muy bueno” en “¿Es necesario visitar al odontólogo cuando se tienen dientes sanos?” con 94.1%, así como “¿Qué beneficios conoce del flúor?” con 81.4%, destacando que los encuestados conocen sobre prevención dental.

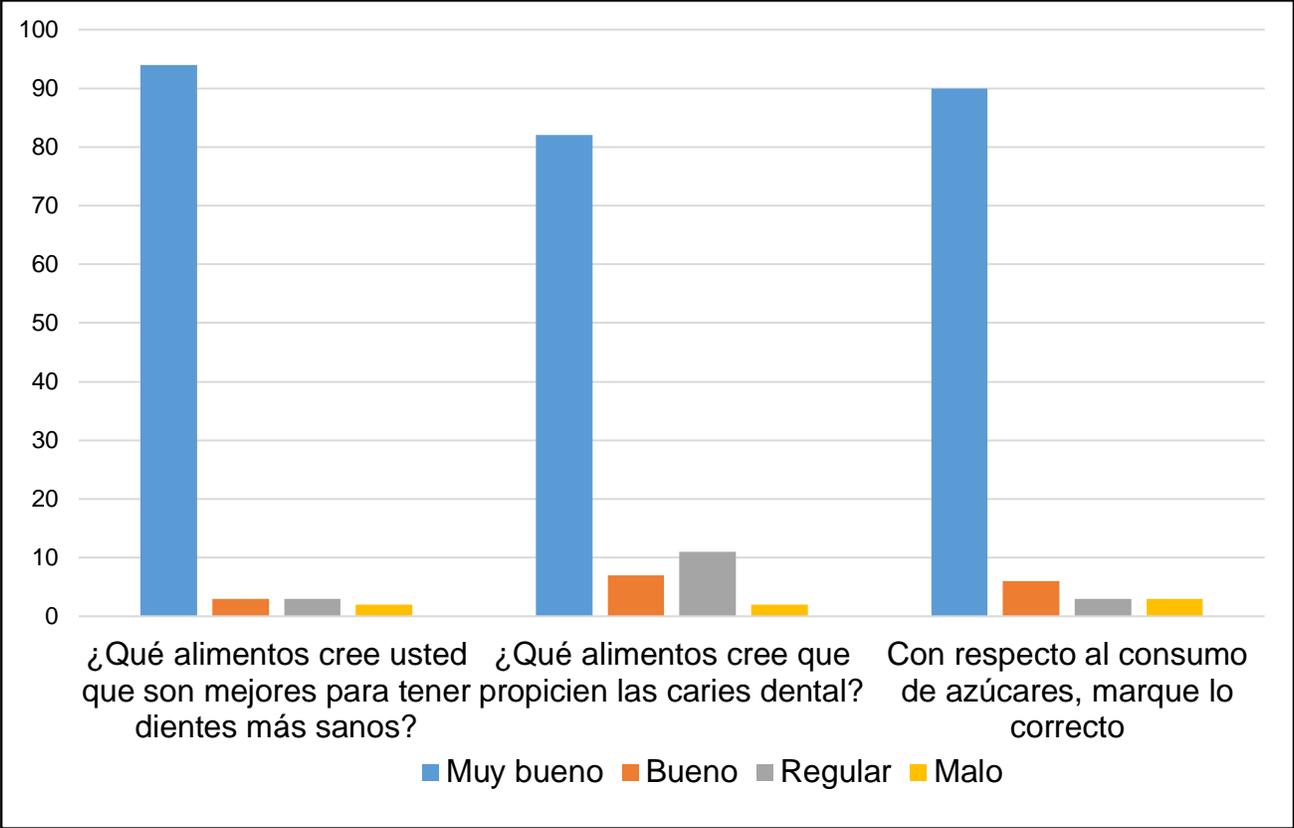
GRÁFICA 12. CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN



Fuente: directa

La gráfica 13 abarca las preguntas sobre dieta, donde la pregunta sobre: “¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?”, el 92.2% se ubicó en el rubro “muy bueno”, porcentajes similares a las otras dos preguntas.

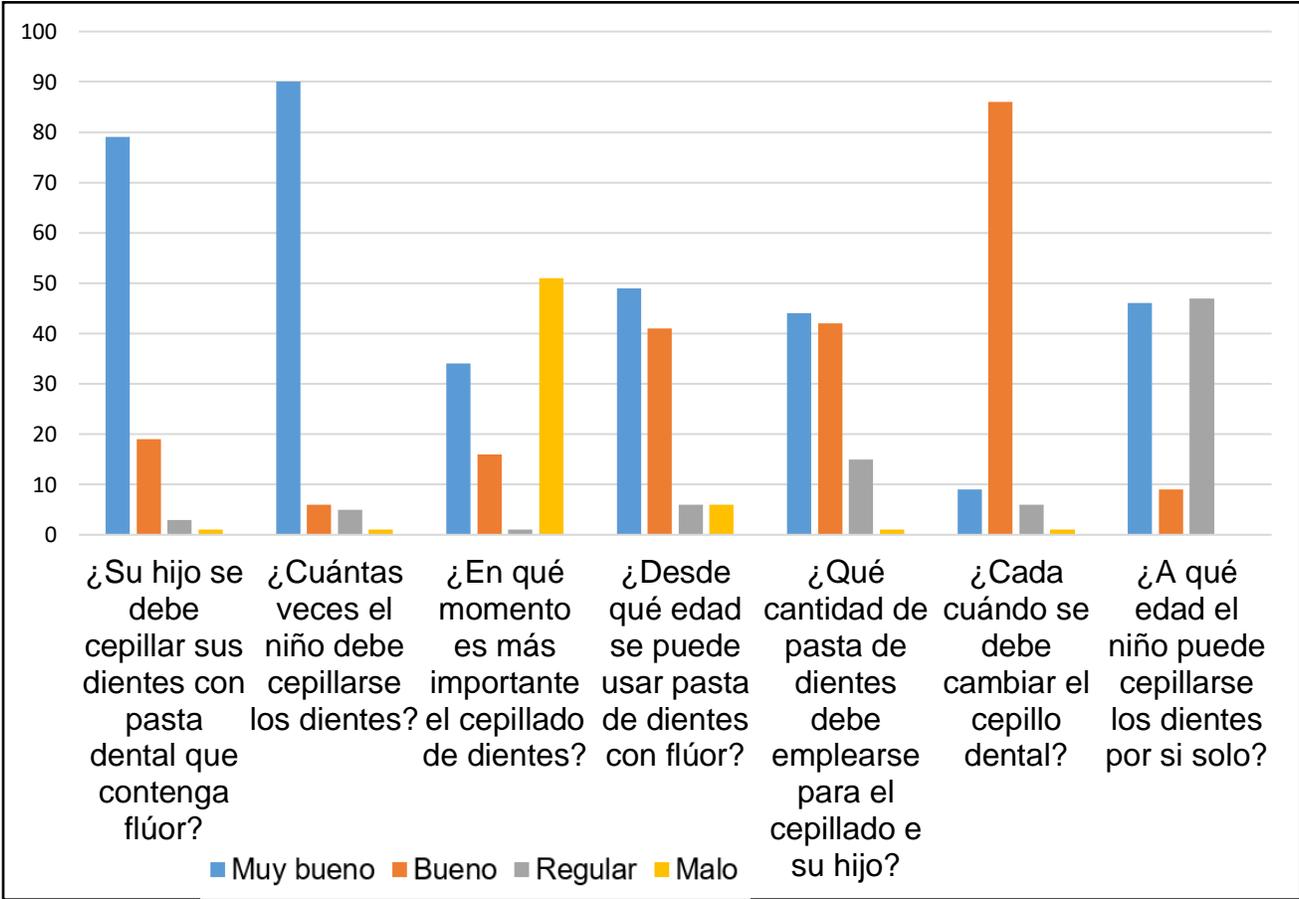
GRÁFICA 13. CONOCIMIENTO SOBRE DIETA



Fuente: directa

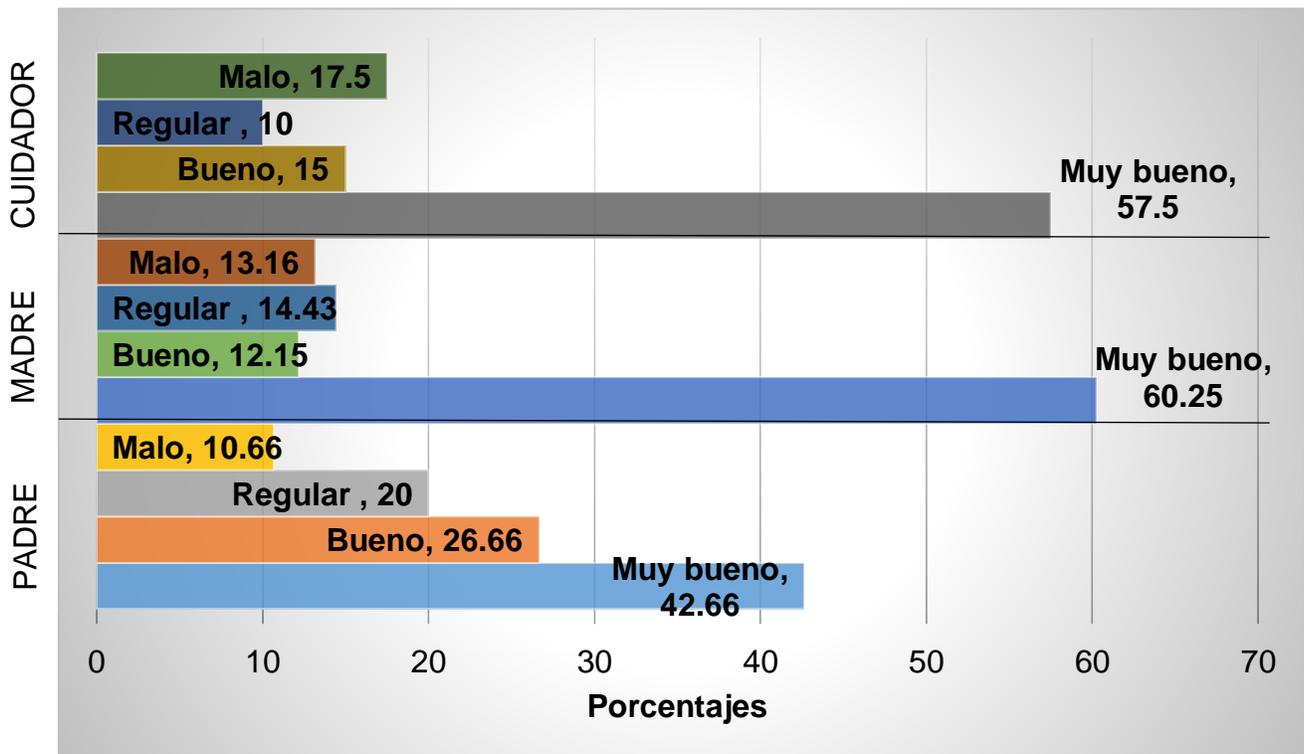
En la gráfica 14 se analizan los niveles de conocimiento acerca de higiene bucal de los encuestados, donde las más altas respuestas en el nivel “Muy bueno” correspondieron a: ¿Cuántas veces el niño debe cepillarse los dientes? con 88.2% y la pregunta respecto a: ¿Su hijo se debe cepillar sus dientes con pasta dental que contenga fluor?, obtuvo un 77.5%. La única respuesta que presentó un nivel “malo” con 50% fue “¿En qué momento es más importante el cepillado dental?”

GRÁFICA 14. PREGUNTAS SOBRE HIGIENE BUCAL



Fuente: directa

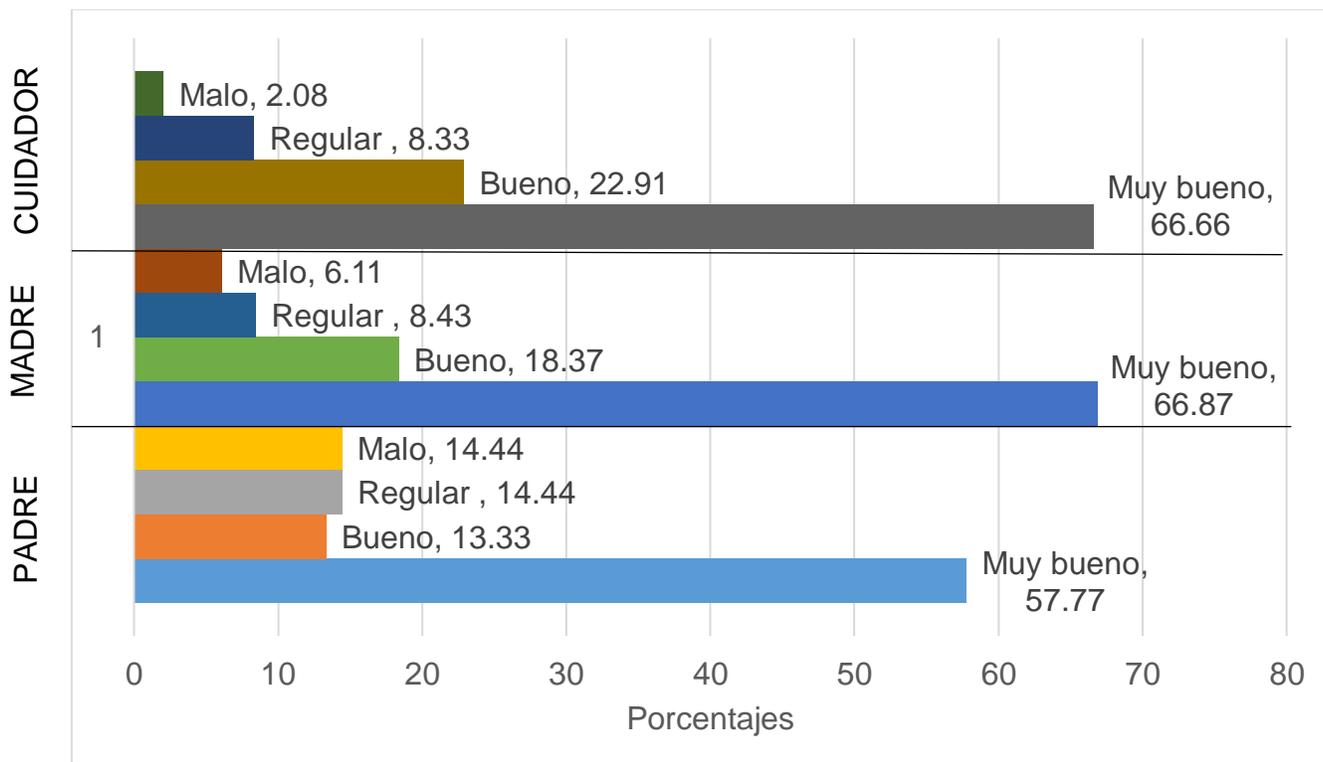
GRÁFICA 15. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARIES DENTAL ENTRE PADRES, MADRES Y CUIDADORES



Fuente: directa

En la gráfica 15 se muestra el nivel de conocimiento de los padres, madres y cuidadores con respecto a la caries dental, en el cual obtuvieron los más altos valores con nivel “muy bueno” madres (60.2%) y cuidadores (57.5%).

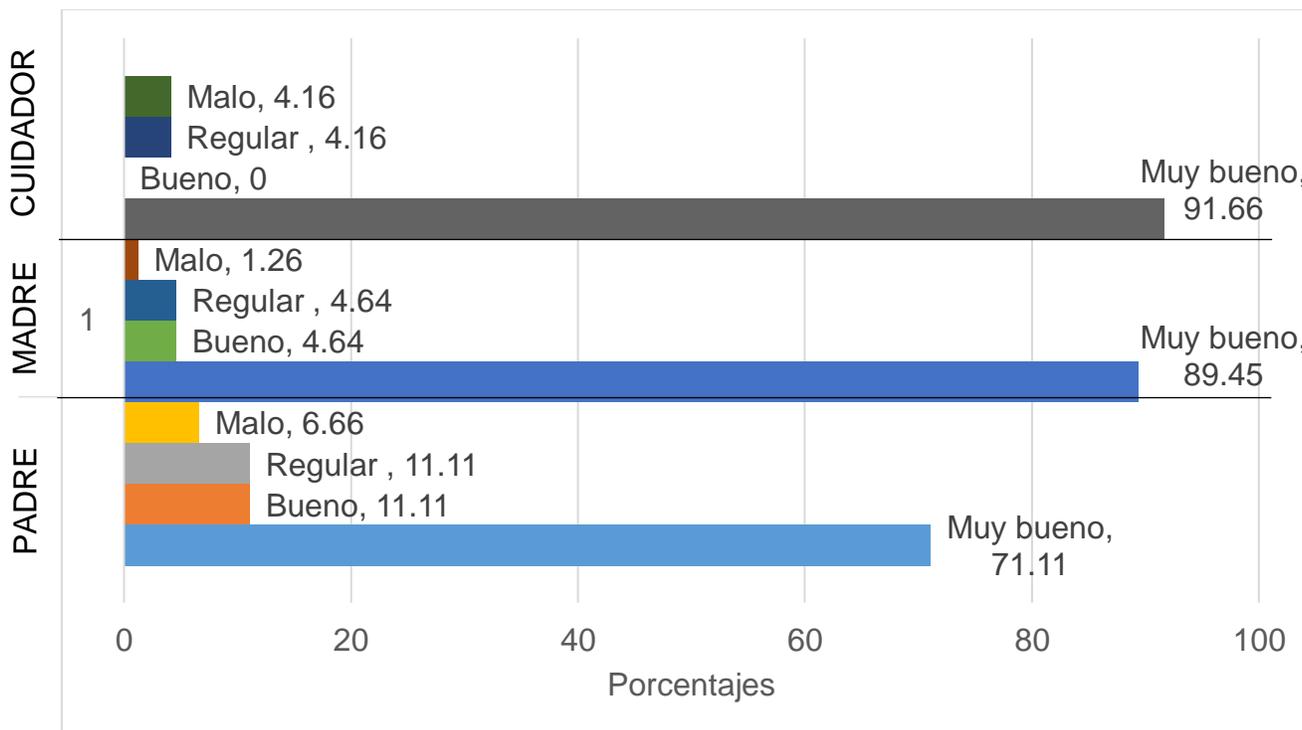
GRÁFICA 16. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN ENTRE PADRES, MADRES Y CUIDADORES



Fuente: directa

Se representa en la gráfica 16 el nivel de conocimiento de los encuestados acerca de prevención, sobresaliendo primeramente con un conocimiento “muy bueno” tanto las madres como los cuidadores con 66.8 y 66.6% respectivamente, siendo el porcentaje más bajo el de los padres con 57.7%.

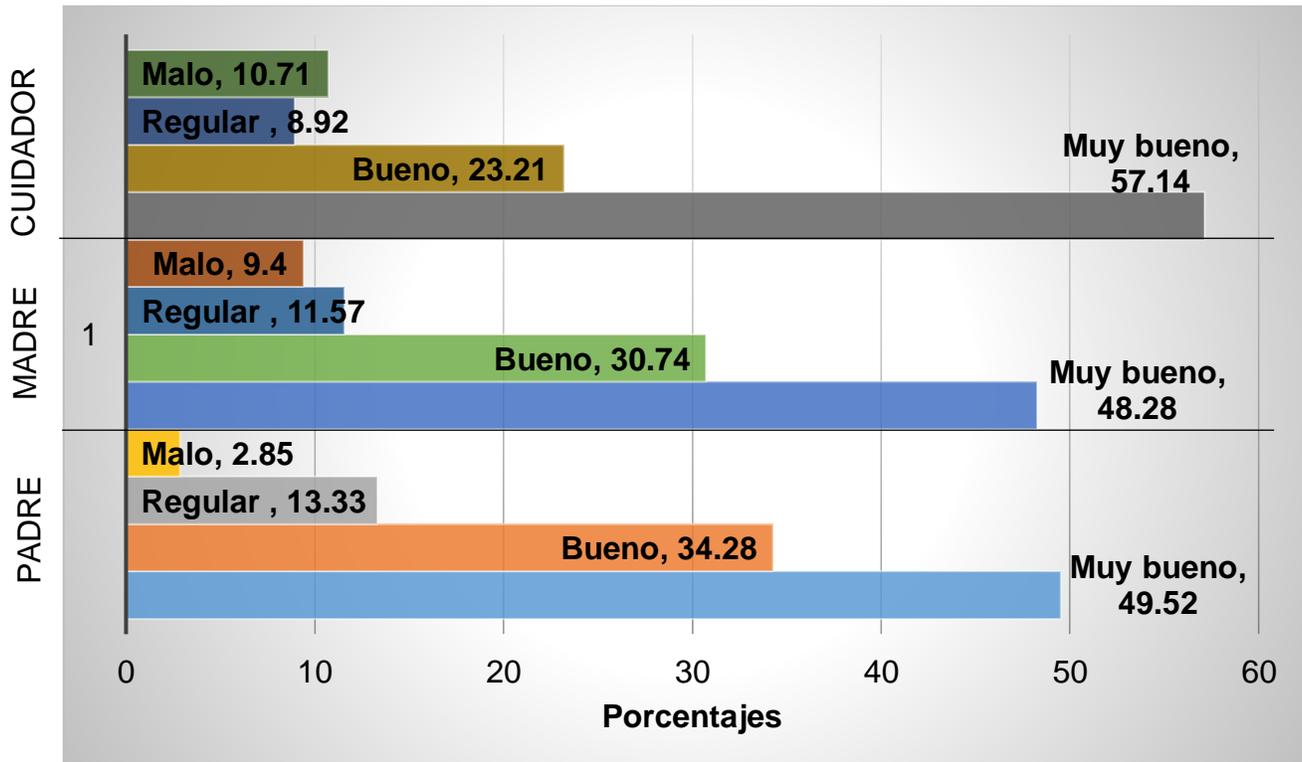
GRÁFICA 17. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIETA ENTRE PADRES, MADRES Y CUIDADORES



Fuente: directa

En la gráfica 17 se aprecia el nivel de conocimiento que poseen los padres, madres y cuidadores con respecto a dieta, donde el resultado fue principalmente en el nivel “muy bueno”, sobresaliendo los cuidadores con 91.6%, siguiendo las madres con 89.4% y los padres con 71.1%.

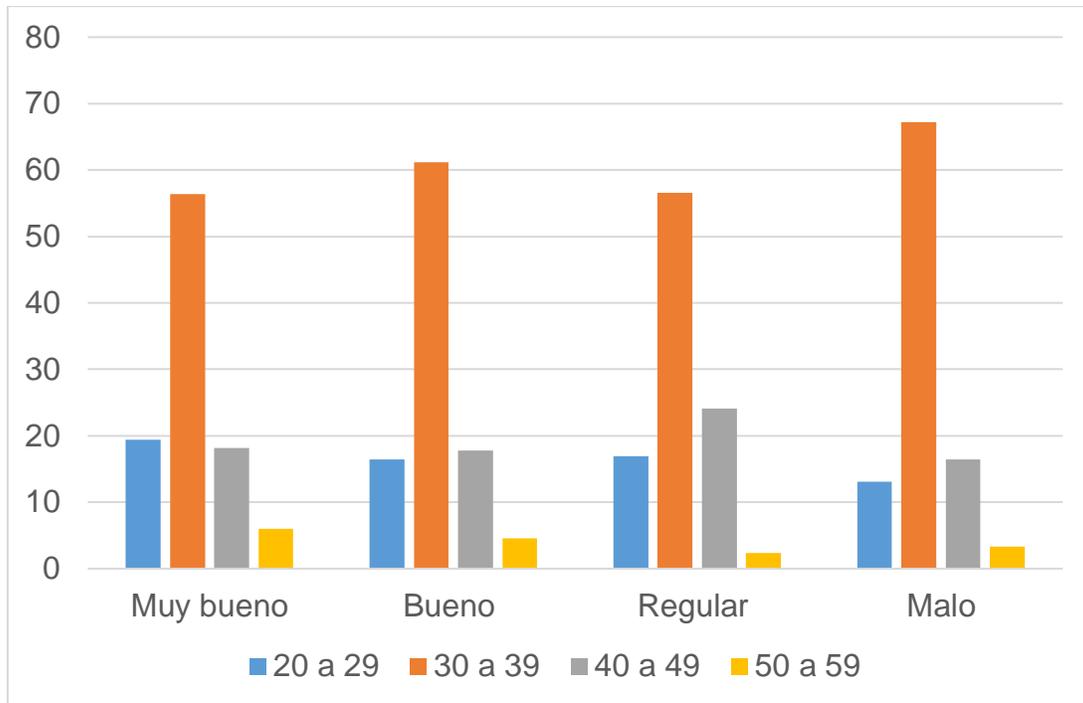
GRÁFICA 18. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL ENTRE PADRES, MADRES Y CUIDADORES



Fuente: directa

En la gráfica 18 se ve el nivel de conocimiento en higiene bucal que poseen padres, madres y cuidadores, donde en los tres grupos prevalece el conocimiento “muy bueno”, correspondiendo para los cuidadores 57.1%, para las madres 48.2% y para los padres 49.5%.

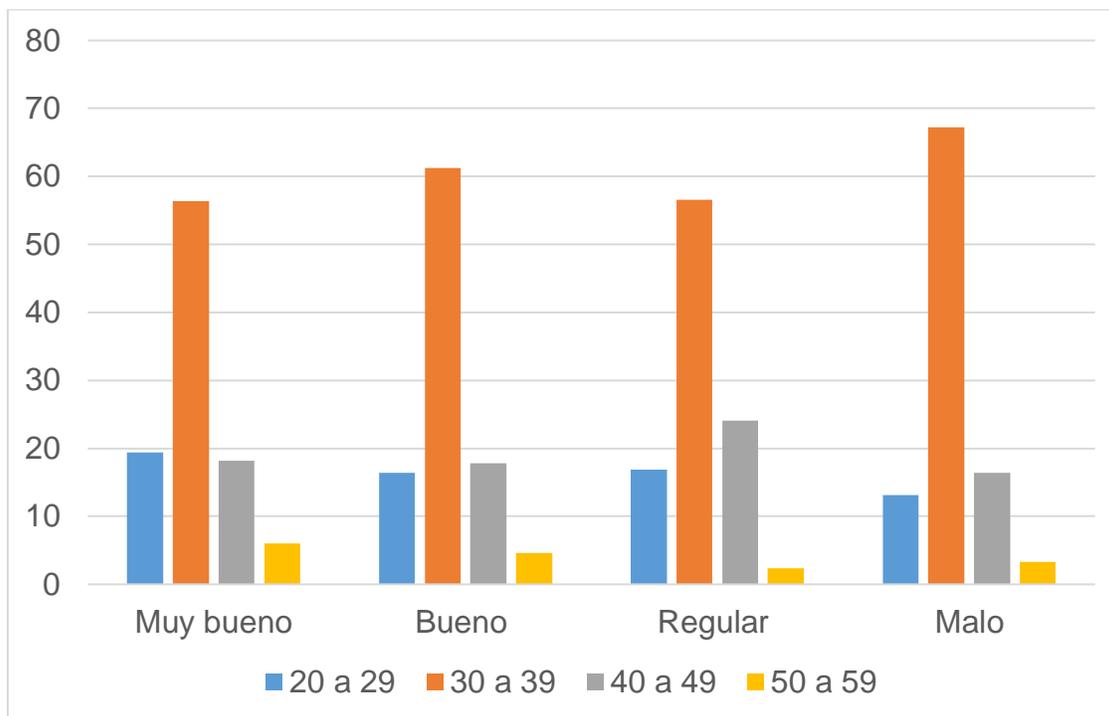
**GRÁFICA 19. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CARIES DENTAL
DE ACUERDO A LA EDAD**



Fuente: directa

La representa una tabla cruzada de respuestas múltiples y establece la edad de los encuestados que más prevalece referente a caries dental, así como la categoría o calificación de respuesta, obteniendo un porcentaje alto en conocimiento “Muy bueno” (58.7%), “Bueno” (54.1%), “Regular” (64.5%) y “Malo” (58.2%) en adultos de 30 a 39 años, destacando el nivel de conocimiento “Regular” en el rubro de caries dental.

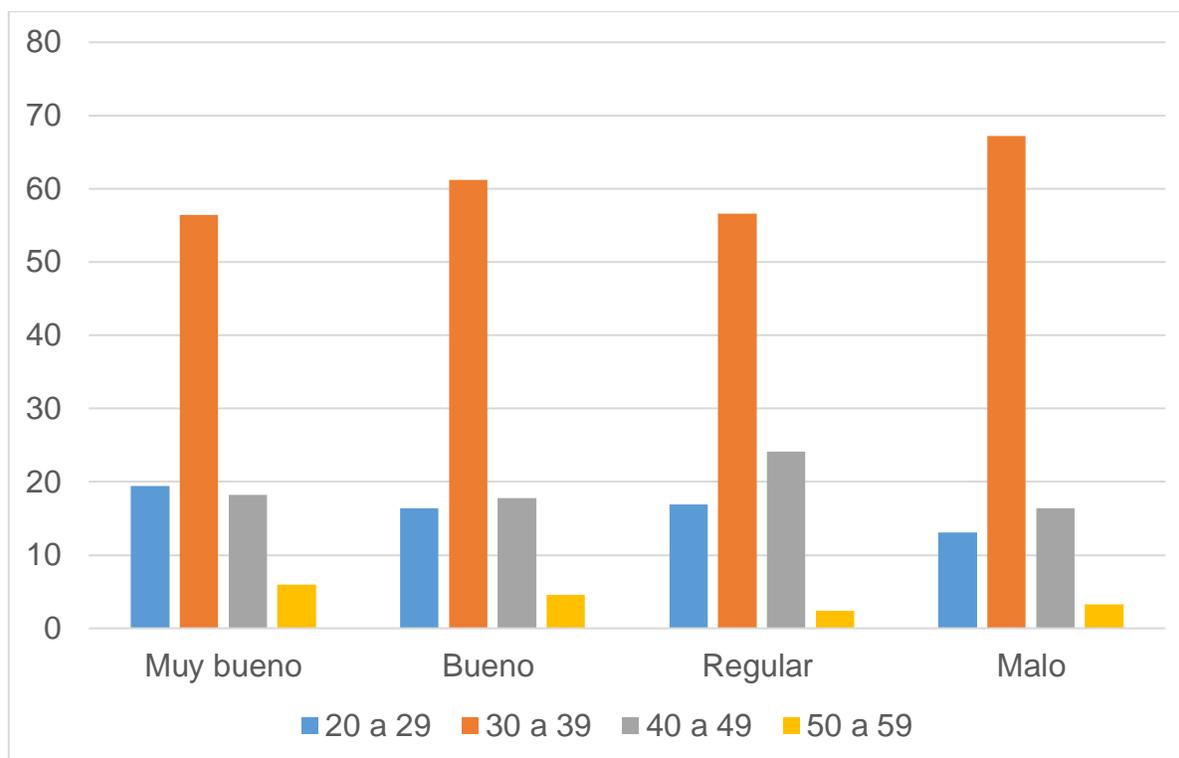
**GRÁFICA 20. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN
DE ACUERDO A LA EDAD**



Fuente: directa

En la gráfica 20 se representa las edades en porcentajes en relación a las respuestas del rubro de prevención mostrando así un rango dominante de edad de entre 30 a 39 años, donde obtuvieron como valor más alto “bueno” (63.1%) en sus respuestas, siguiendo un conocimiento “muy bueno” con el mismo grupo de edad (59.6%). Finalmente, se mostró también en respuestas “Regular” (50.9%) y “Malo” (51.2%).

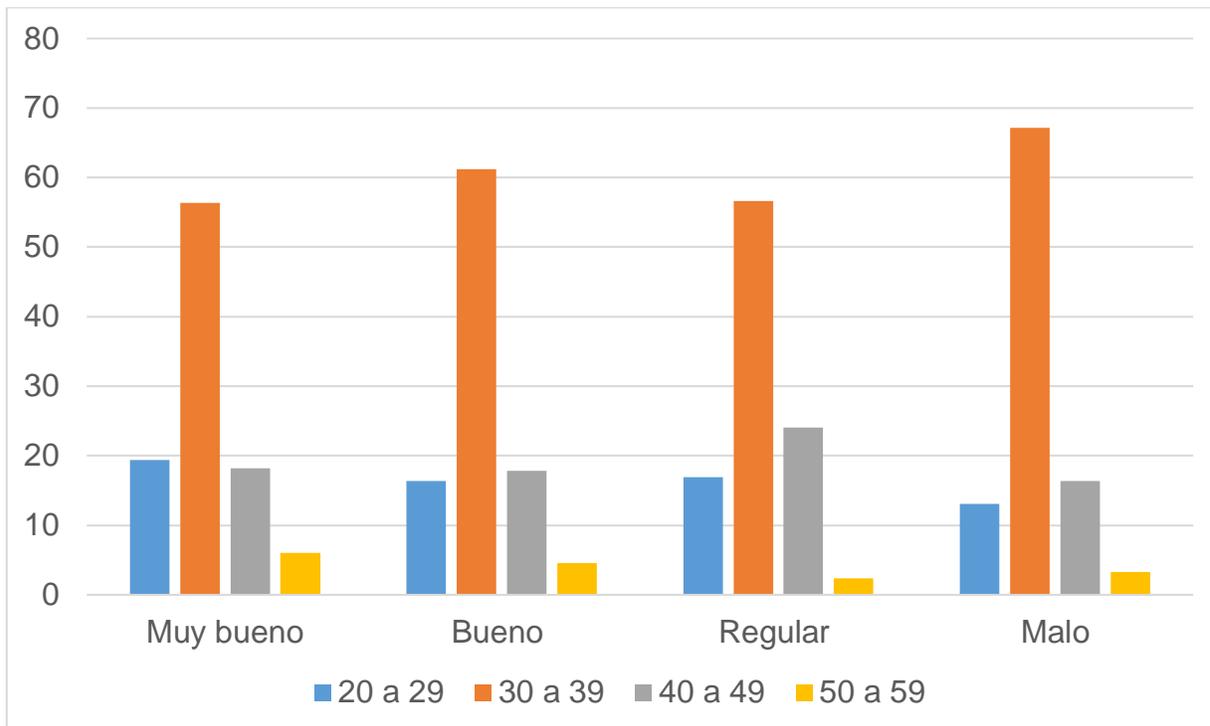
GRÁFICA 21. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIETA DE ACUERDO A EDAD



Fuente: directa

En la gráfica 21 se muestra la edad de los encuestados de los cuales se obtuvieron altos números de respuesta, en este caso en la categoría de dieta, mostrando así un nivel de conocimiento “Muy bueno” (59.8%), “Bueno” (56.3%), “Regular” (52.9%) y “Malo” (42.9%) en un rango de edad de 30 a 39 años. La edad de 30 años tuvo más participación en respuestas “Muy bueno” en la categoría de dieta.

**GRÁFICA 22. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL
DE ACUERDO A EDAD**



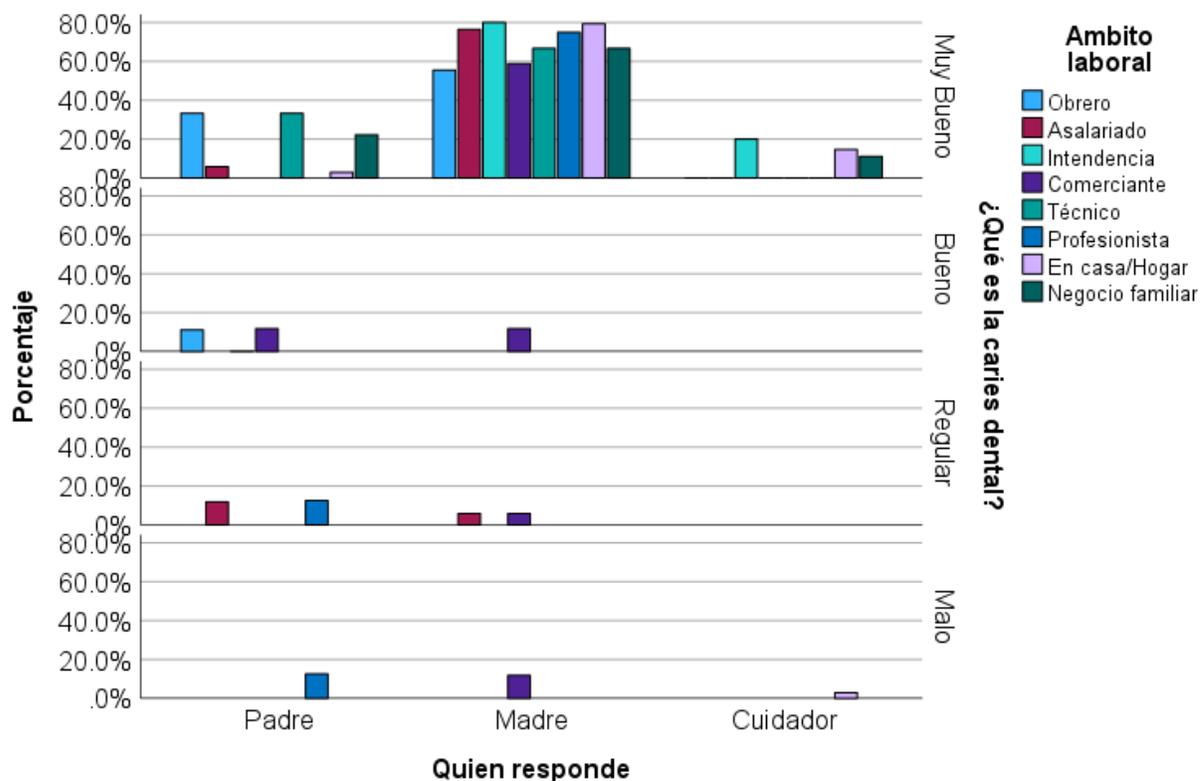
Fuente: directa

En la gráfica 22 se observan los niveles de conocimiento en higiene bucal que obtuvieron los encuestados con respecto a su edad, se obtuvo un porcentaje alto en el rango de edad de 30 a 39 años, Predomino el nivel de conocimiento “Malo” (67.2%), siguiendo una respuesta “Bueno” (61.2%), una “Regular” (56.6%) y finalmente “Muy bueno” (56.4%). La categoría de higiene bucal mostro un nivel de conocimiento “Malo” en el grupo de 30 a 39 años en comparación a las demás categorías de caries, prevención y dieta. Sin embargo, las personas de 30 años mostraron un nivel de conocimiento “muy bueno” en todas las categorías.

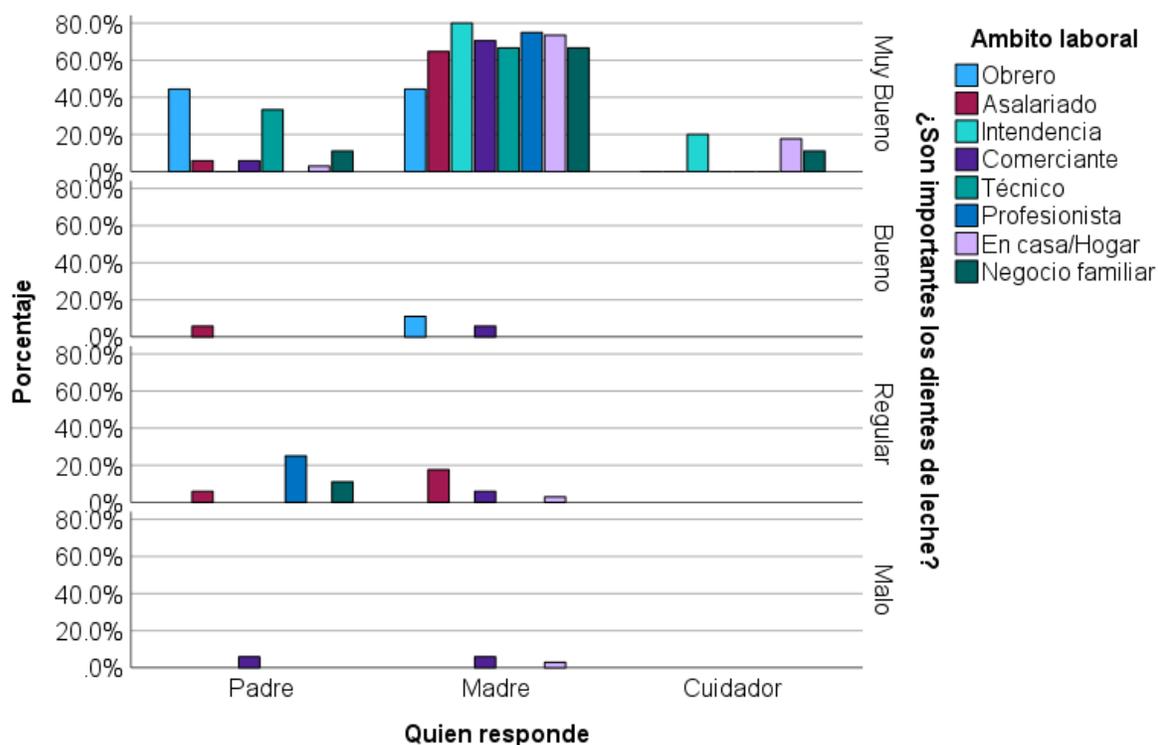
A continuación, se desglosan algunas de las preguntas de cada rubro que presentaron mayor discrepancia en el ámbito laboral con relación al nivel de conocimiento en caries, prevención, dieta e higiene de los encuestados.

Gráfica 23 y 24

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE “QUÉ ES LA CARIES” E “IMPORTANCIA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL” EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN ÁMBITO LABORAL



Fuente: directa

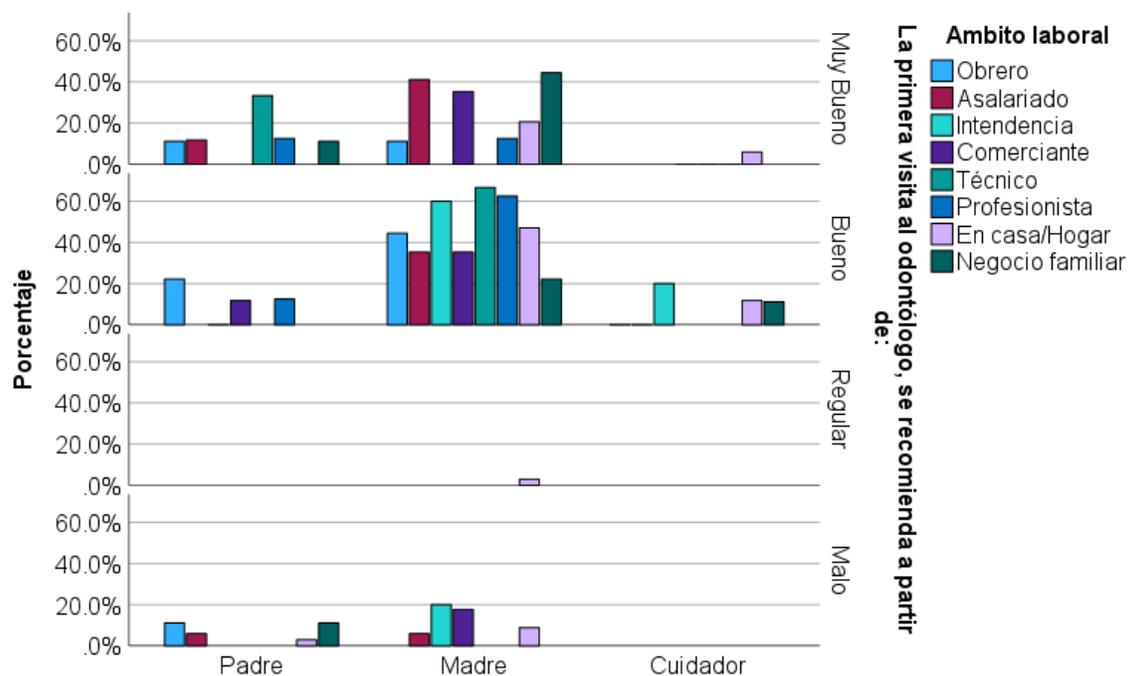


Fuente: directa

En las gráficas 23 y 24 “qué es la caries” e “importancia de la dentición temporal” se aprecia la mayor relevancia en la categoría “muy bueno” y centrado en las madres en el ámbito laboral “intendencia” donde abarcan el porcentaje más alto con 80% en ambas preguntas, siguiendo la acción laboral “en el hogar” (79.4%).

GRÁFICA 25

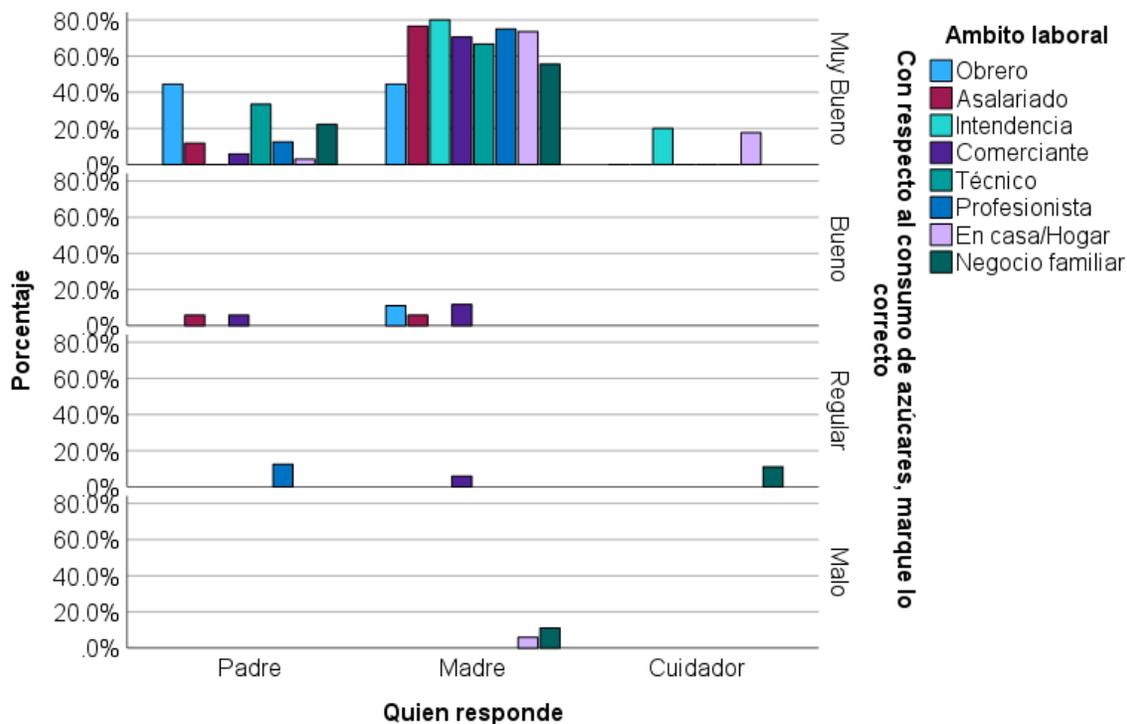
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO Y SU RELACIÓN CON EL ÁMBITO LABORAL



Fuente: directa

En la gráfica 25 se muestra que el mayor conocimiento se ubica en el nivel “bueno” y específicamente en las madres, centrado en el ámbito laboral en “técnico” (66.7%), siguiendo “profesionista” (62.5%).

GRÁFICA 26
CONOCIMIENTO SOBRE CONSUMO DE AZUCARES EN LA DIETA SEGÚN
ÁMBITO LABORAL

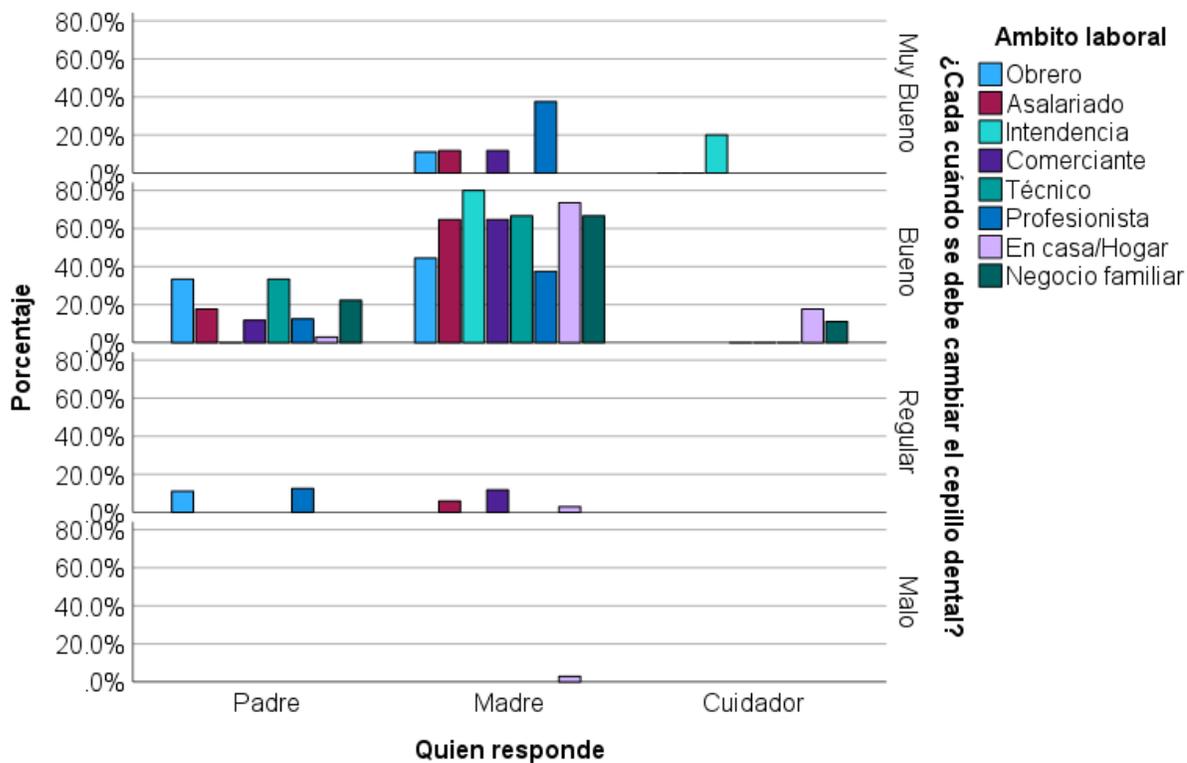


Fuente: directa

En la gráfica 26 se observa con mayor frecuencia el nivel de conocimiento “muy bueno” y que prevalece las madres en el ámbito de “intendencia” (80%), le sigue “asalariado” (76.5%).

GRÁFICA 27

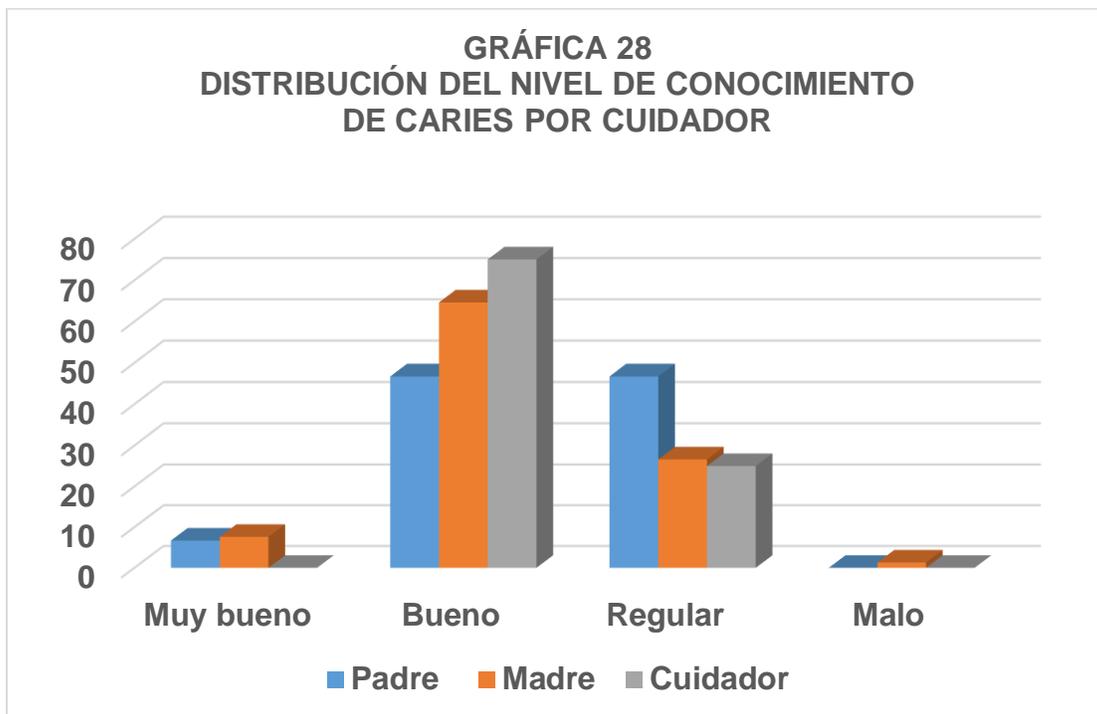
CONOCIMIENTO SOBRE MOMENTO DE CAMBIO DEL CEPILLO DENTAL SEGÚN ÁMBITO LABORAL



Fuente: directa

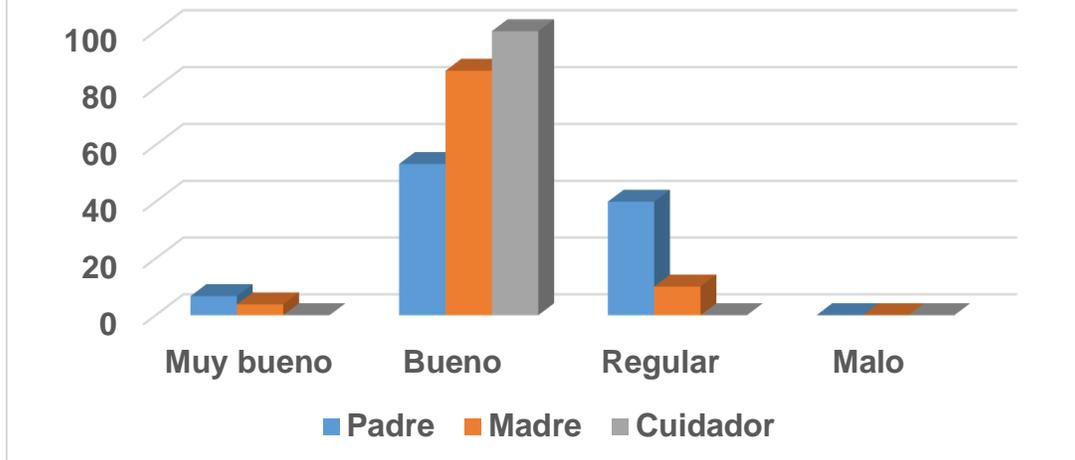
En la gráfica 27 se muestra con mayor frecuencia el nivel de conocimiento “bueno” en las madres que se desempeñan en “intendencia” (80%), siguiendo “en el hogar” (73.5%).

Las siguientes gráficas muestran por tipo de cuidador y nivel de conocimiento la integración de las preguntas de cada rubro.



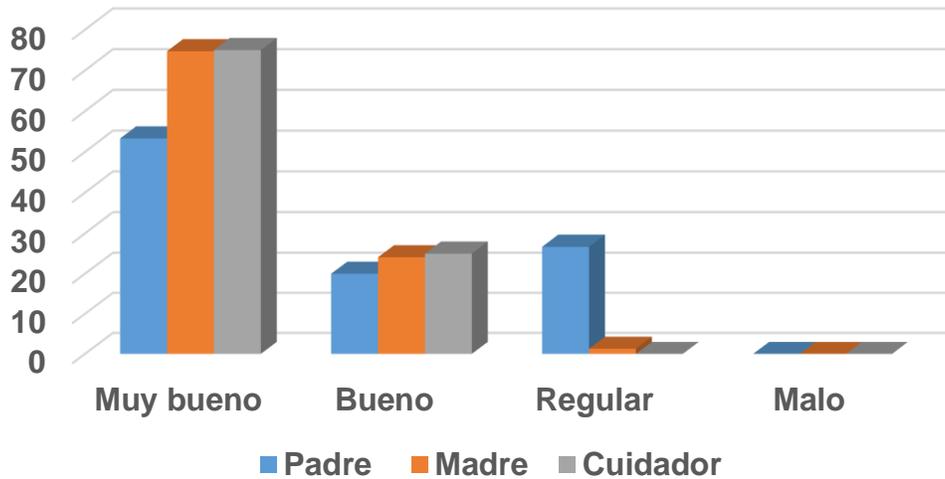
En la gráfica 28 se presenta la distribución del conocimiento acerca de caries por cuidador, donde los cuidadores presentan el nivel más alto de conocimiento “bueno” (75%).

**GRÁFICA 29
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE PREVENCIÓN POR CUIDADOR**



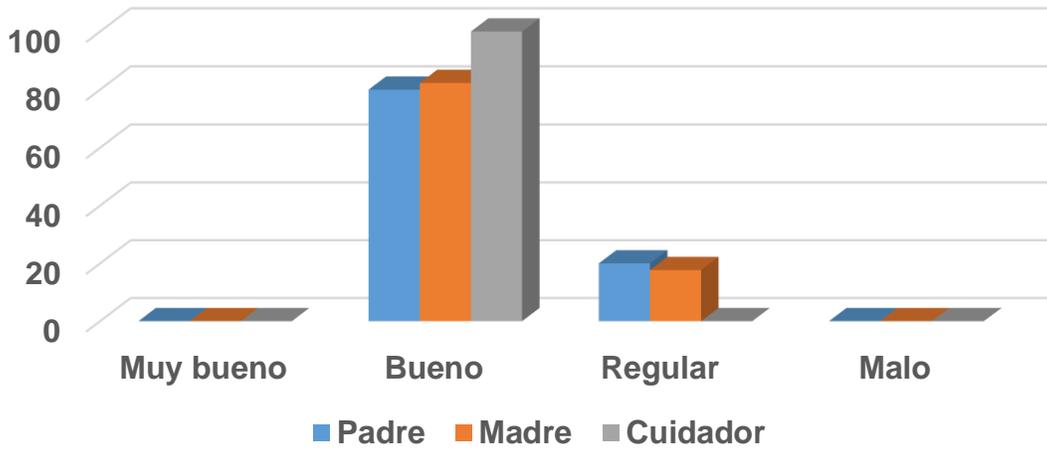
En la gráfica 29 se describe la distribución del nivel de conocimiento en prevención del cuidador, donde los cuidadores obtuvieron un total (100%) en nivel de conocimiento “bueno”, Es importante mencionar que no hay encuestados con nivel de conocimiento “malo” en este rubro.

GRÁFICA 30
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE DIETA POR CUIDADOR



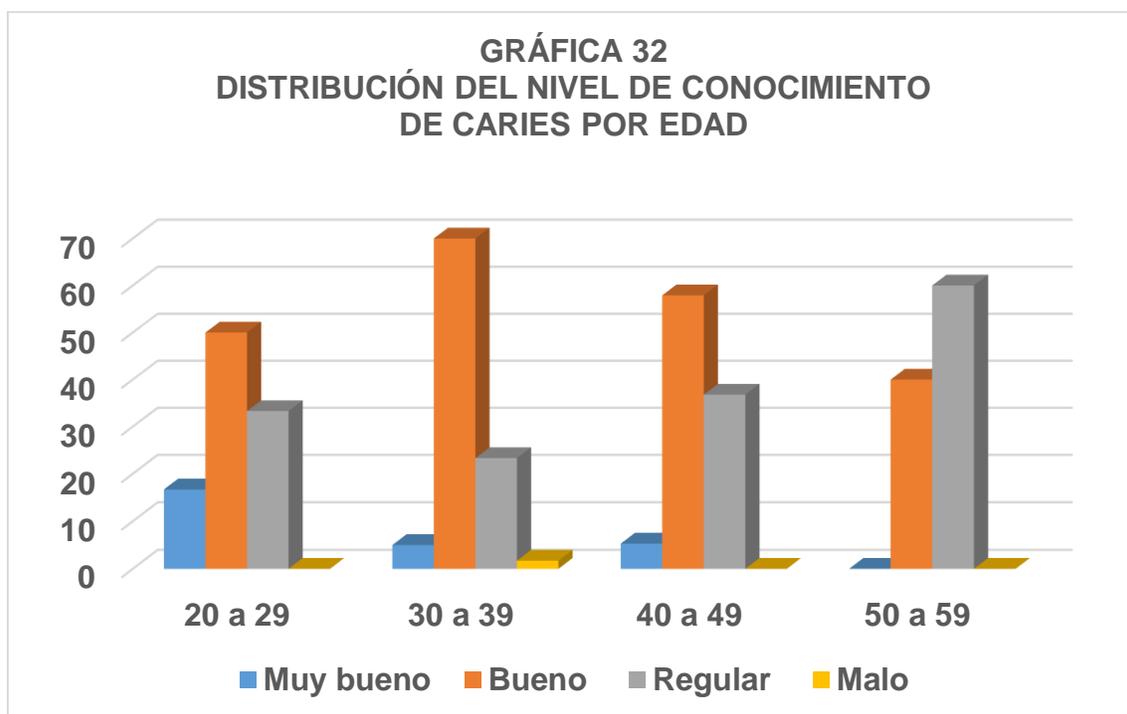
La grafica 30 describe la distribución del nivel de conocimiento en dieta, se muestra un nivel muy alto en el nivel de conocimiento “muy bueno” entre cuidadores (75%) y madres (74.7%), no hay nivel de conocimiento “malo”.

GRÁFICA 31
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE HIGIENE POR CUIDADOR



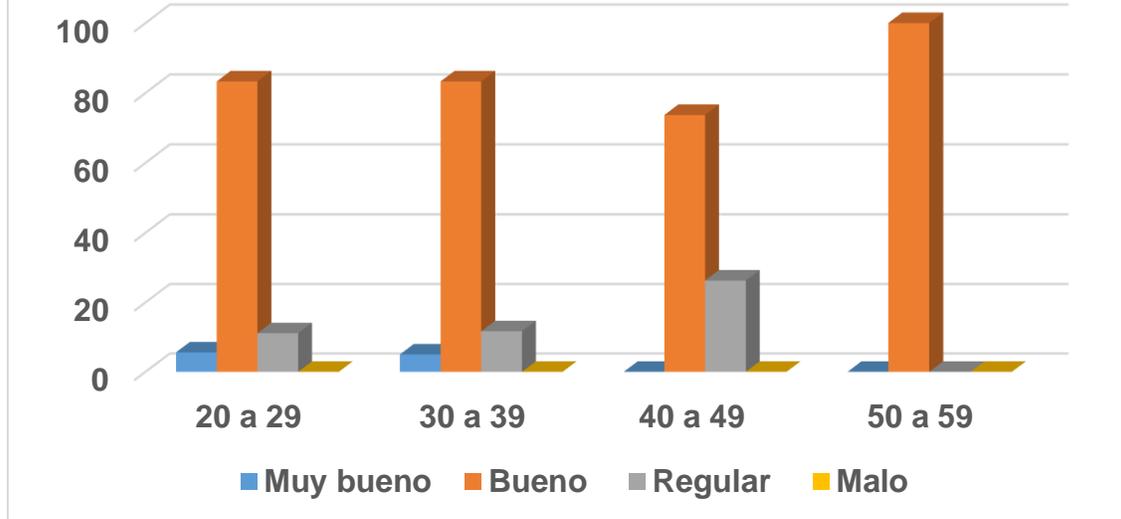
En la gráfica 31 se muestra la distribución de conocimiento de higiene por cuidador, los cuidadores obtuvieron el nivel más alto en la categoría “bueno” (100%), a su vez no hay ninguna respuesta “muy bueno” y “malo” entre los encuestados.

Las siguientes gráficas muestran por edad y nivel de conocimiento la integración de las preguntas de cada rubro.



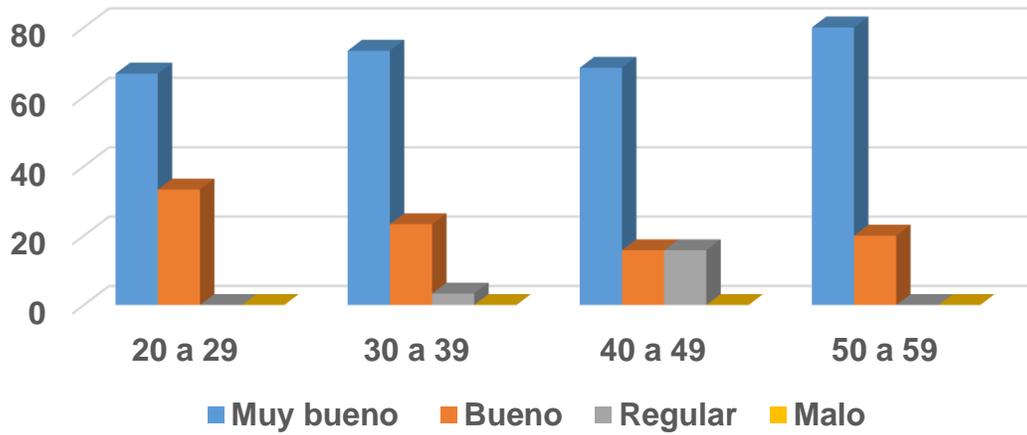
La gráfica 32 representa la distribución del nivel de conocimiento de caries por edad, donde el nivel más alto de conocimiento es “bueno” en el grupo de edad de 30 a 39 años (70%).

GRÁFICA 33
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE PREVENCIÓN POR EDAD



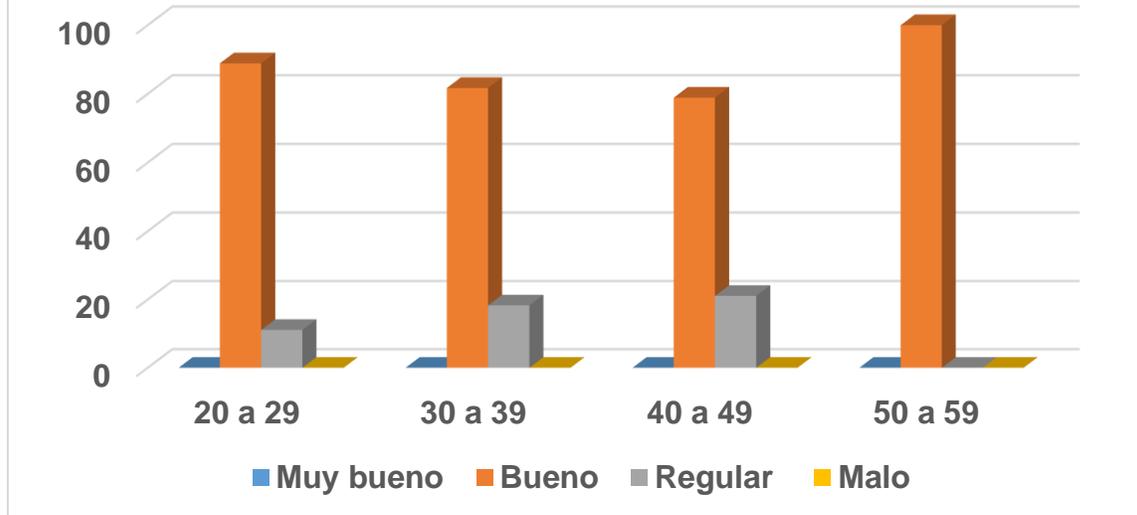
En la gráfica 33 se muestra la distribución del nivel de conocimiento de prevención por edad, el nivel de conocimiento “bueno” fue el más alto en el grupo de edad de 50 a 59 años (100%).

GRÁFICA 34
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE DIETA POR EDAD



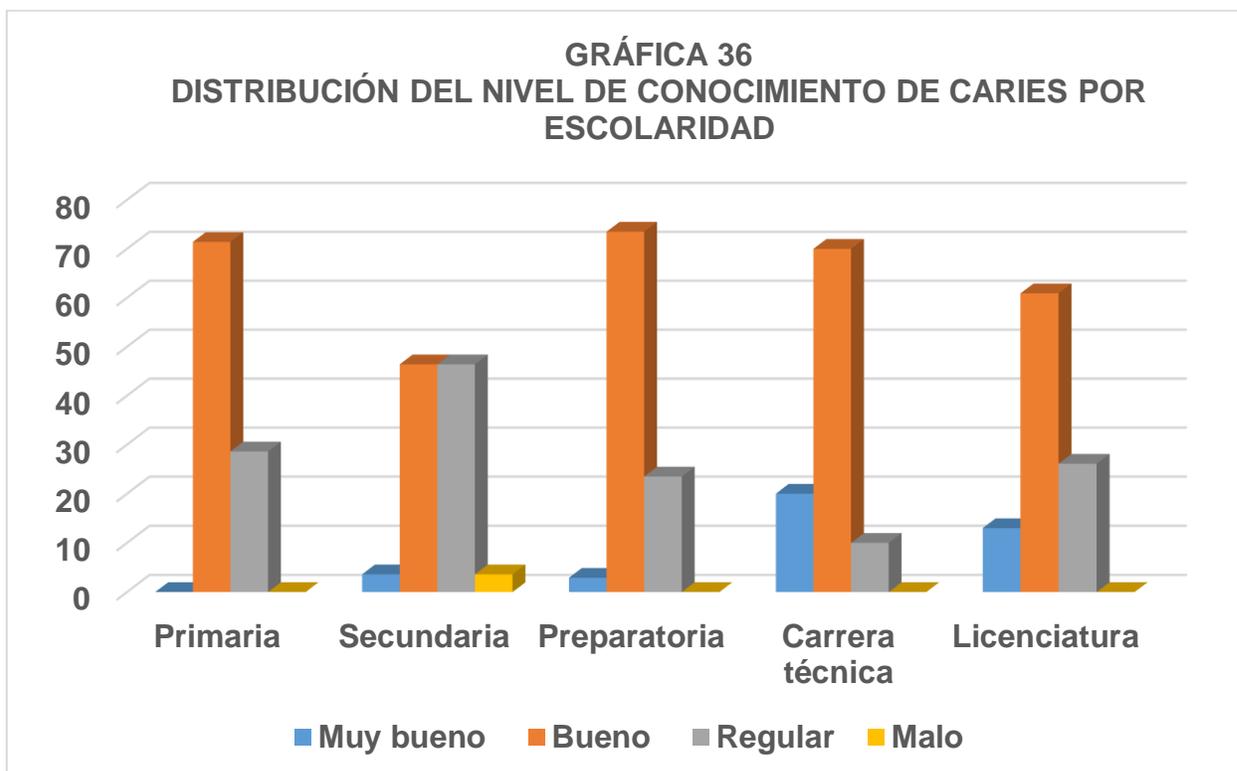
En la gráfica 34 se encuentra la distribución del nivel de conocimiento de dieta por edad, donde se predomina un nivel de conocimiento “Muy bueno” en todos los grupos de edad, específicamente prevalece en el grupo de 50 a 59 años (80%).

GRÁFICA 35
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE HIGIENE POR EDAD



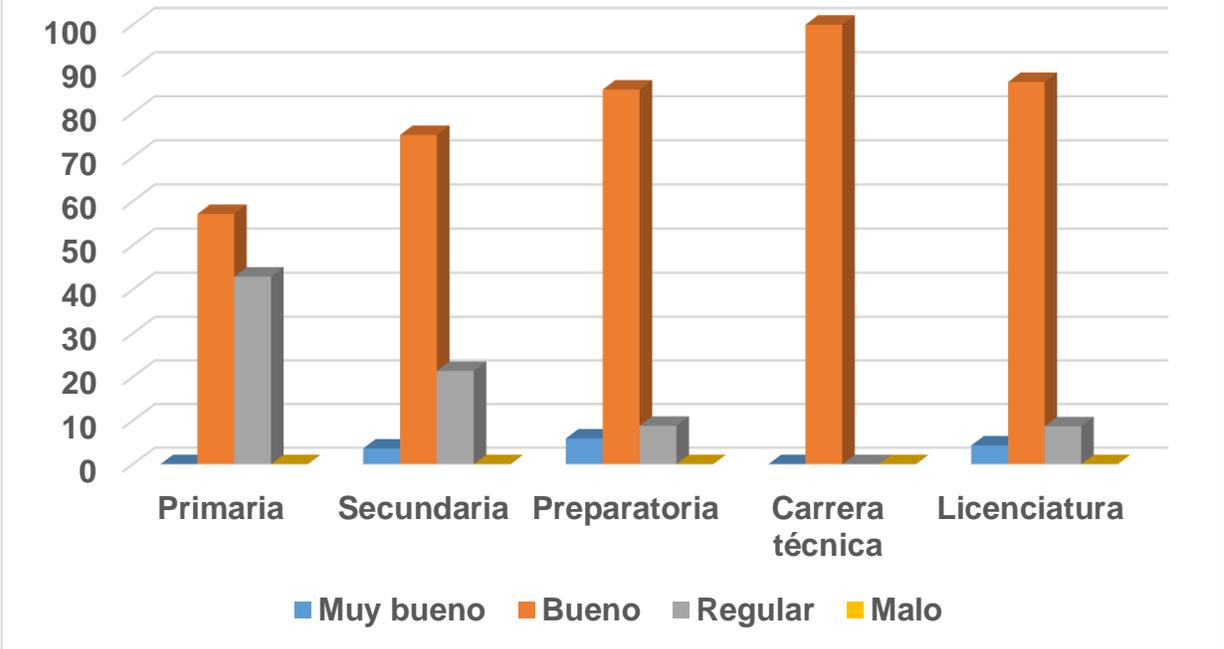
En la gráfica 35 se muestra la distribución del nivel de conocimiento de higiene por edad, donde el nivel “bueno” predomina en todos los grupos de edad, específicamente prevalece en el grupo de 50 a 59 años (100%).

Las siguientes gráficas muestran por escolaridad y nivel de conocimiento la integración de las preguntas de cada rubro.



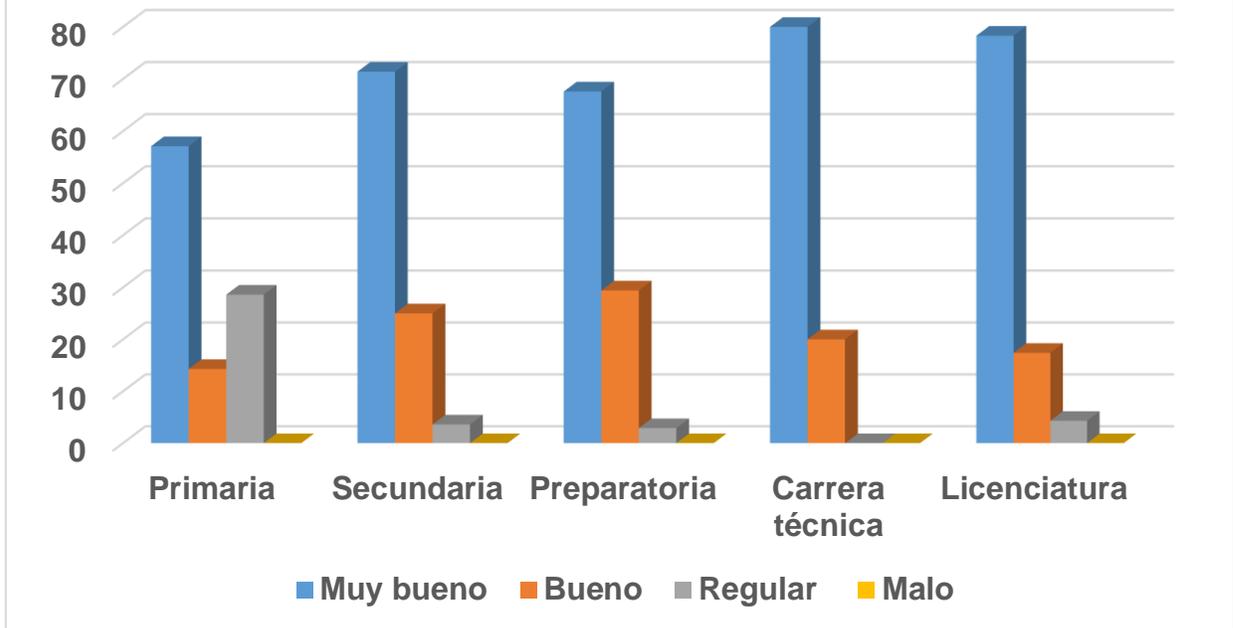
En la gráfica 35 se representa la distribución del nivel de conocimiento de caries por escolaridad, se observa que la escolaridad que prevalece es “preparatoria” con un nivel de conocimiento “bueno” (73.5%), siguiendo “primaria” con nivel de conocimiento “bueno” (71.4%).

GRÁFICA 37
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
PREVENCIÓN POR ESCOLARIDAD



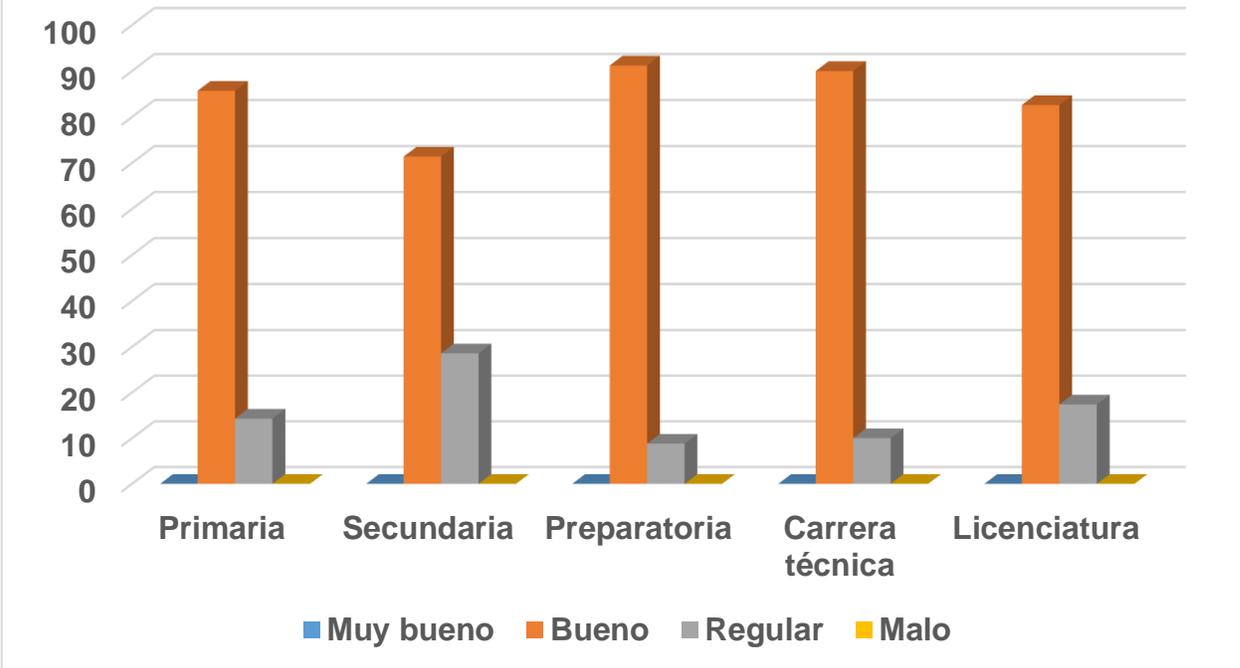
Se muestra en la gráfica 37 la distribución del nivel de conocimiento de prevención por escolaridad, donde “carrera técnica” es el que presenta un porcentaje mayor entre los encuestados con un nivel de conocimiento “bueno” (100%).

GRÁFICA 38
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIETA POR
ESCOLARIDAD



Se presenta la distribución del nivel de conocimiento en dieta por escolaridad, presenciando la escolaridad “carrera técnica” como el rubro más alto con conocimiento “muy bueno” (80%).

GRÁFICA 39
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIGIENE
POR ESCOLARIDAD



La distribución del nivel de conocimiento de higiene por escolaridad se muestra en la gráfica 39, prevaleciendo marcadamente “preparatoria” con un nivel de conocimiento “bueno” (91.2%).

DISCUSIÓN

Según los resultados que este trabajo de investigación presentó, el nivel de conocimiento de los cuidadores es mayor que el de padres y madres en los 4 rubros, catalogado como “muy bueno” en “dieta”. Por otro lado, el rubro “dieta” es el conocimiento dominante de padres, madres y cuidadores; y de todos los grupos de edad en general, con un nivel de conocimiento “muy bueno”, destacando principalmente el grupo de 50 a 59 años. Estos hallazgos permiten comparar los resultados obtenidos con el trabajo de Narváez (2017) donde describe un conocimiento regular de padres sobre salud bucal, y relaciona el nivel de conocimiento de padres con la aparición de caries dental y otras enfermedades. De forma similar, Gaeta (2017) afirma que los problemas dentales infantiles están vinculados con la práctica y conocimiento deficiente en salud bucal de los padres de familia, asociadas a su vez por una escasa motivación hacia la misma. Cabe resaltar que el conocimiento en “prevención” de padres, madres y cuidadores en el presente trabajo fue “bueno”, siendo un rubro importante para la odontología actual, a falta de extender promoción a la salud a padres con hijos escolares, el resultado queda por debajo del rubro “dieta”.

Según González (2017) afirma que para que exista salud bucal, los padres deben ser informados/educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal y que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento que tienen los padres, madres de familia y cuidadores es fundamental para el desarrollo de los escolares, pues un conocimiento deficiente repercute en la integridad de los niños, a su vez el informar a padres/madres mediante promoción de salud para ampliar y fortalecer la información y prácticas adquiridas es de suma relevancia pues su deficiencia en conocimientos sobre salud bucal respecto a: caries, prevención, dieta e higiene generan una susceptibilidad al infante para contraer enfermedades bucodentales.

Los padres y madres de familia fungen una función importante y responsable hacia la salud de sus hijos, son un modelo de los cuidados, hábitos y comportamientos que el menor escolar puede adquirir. La educación que implementan los padres, aunado al conocimiento que el escolar adquiera, son factores preventivos y de

protección que favorecen a la salud bucodental de los menores. A su vez el tiempo y disposición que tomen hacia los hijos es la mejor forma de motivar a un cuidado preventivo y no curativo.

Por otro lado, los niveles altos de conocimiento del presente trabajo yacen en parte de los cuidadores, personas que cuidan, educan e informan a los menores de forma similar que los padres de familia.

Se destaca que en algunos rubros el nivel de conocimiento “bueno” fue el más frecuente, mientras que “dieta” fue la categoría con mayor nivel de conocimiento “muy bueno” entre padres, madres y cuidadores.

La edad de “50 a 59 años” fue la que más se destacó en el nivel de conocimiento “muy bueno” en dieta y para la escolaridad de “carrera técnica” correspondió al nivel de conocimiento “muy bueno” de igual forma en la dieta.

ANEXOS

Cuestionario

El siguiente cuestionario es anónimo y confidencial, tiene como propósito recopilar información sobre el conocimiento de salud bucal. Favor de llenarlo completamente.

Fecha: día ____ mes ____ año ____

Edad del padre/madre o quien responda este cuestionario: _____

¿Ambos padres trabajan?: Si () No ()

En que ámbito laboral se desempeña:

Padre	Madre
a) Obrero	a) Obrero
b) Asalariado	b) Asalariado
c) Intendencia	c) Intendencia
d) Comerciante	d) Comerciante
e) Técnico	e) Técnico
f) Profesionista	f) Profesionista
g) En casa/hogar	g) En casa/hogar
h) Negocio familiar	h) Negocio familiar

Instrucciones:

El cuestionario está elaborado para que quien lo llene, de acuerdo a su criterio, indique una respuesta mediante un tache (X).

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

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

C.P. en que vive: _____

¿Quién responde al cuestionario?

- a) Padre b) Madre c) Cuidador

Escolaridad:

(Marque con un * frente a la escolaridad que no concluyó, en caso de que no haya terminado dichos estudios)

- a) Sin escolaridad
 - b) Pre-escolar
 - c) Primaria
 - d) Secundaria
 - e) Preparatoria
 - f) Carrera técnica
 - g) Licenciatura
- _____

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

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

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes.
- b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes.
- c.- Es el sarro que se forma en los dientes.

d.- Es una masa que sólo se encuentra en los dientes de los adultos.

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

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

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 2 años
- b) 3 años
- c) 4 años
- d) 6 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) Los 2 años de edad
- b) Cuando aparece el primer diente de leche.
- c) Cuando tienen los dientes permanentes.
- d) Sólo cuando existe dolor.

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries.
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones.
- c) Tiene acción blanqueadora en los dientes.
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte.

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

a) Sí, para un examen clínico de rutina.

b) Solo si tiene dientes chuecos.

c) No, ya que como no hay molestias no es necesario.

d) Sólo si mi hijo tiene molestias en la boca.

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

a) Si

b) Depende, sólo si pierde las muelas de leche.

c) No

d) Los dientes de leche no son importantes.

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental en el hogar?

a) Usar pasta dental con flúor.

b) Realizar higiene bucal.

c) Evitar consumo excesivo de azúcares.

d) Todas las anteriores.

11.- ¿Qué medidas preventivas que usa el dentista conoce usted para combatir la caries dental?

a) Flúor en barniz o en gel.

b) Sellador de fosetas y fisuras.

c) Profilaxis o limpieza profesional.

d) Todas las anteriores.

DIETA

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

a) Frutas y vegetales.

b) Refrescos y frutas.

c) Jugos y galletas.

d) Todas las anteriores.

13.- ¿Qué alimentos cree que propicien la caries dental?

- a) Bebidas azucaradas.
- b) Galletas y golosinas.
- c) Pastel y pan.
- e) Todas las anteriores.

14.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto.

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

HIGIENE BUCAL

15.- ¿Su hijo se debe cepillar sus dientes con pasta dental que contenga flúor?

- a) Si
- b) No
- c) De vez en cuando.
- d) Nunca

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

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

17.- ¿En qué momento es más importante el cepillado de dientes? a) En la mañana.

b) En la tarde.

c) Entre comidas.

d) En la noche.

e) a y d son correctas.

18.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta de dientes con flúor?

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

19.- ¿Qué cantidad de pasta de dientes debe emplearse para el cepillado de su hijo?

- a) Cubrir todo el cepillo.
- b) Cubrir la mitad del cepillo.
- c) El equivalente al tamaño de un chícharo.
- d) No debe usar pasta dental.

20.- ¿Cada cuándo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses.
- b) Cada 8 meses.
- c) Al año.
- d) Cuando se vean las cerdas desgastadas.

21.- ¿A qué edad el niño puede cepillarse los dientes por si solo?

- a.- A los 3 años.
- b.- A los 6 años.
- c.- A los 8 años.
- d.- A cualquier edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morata AJ, Morata AL. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? *Rev Pediatr Aten Prim.* 2019; 21: 173-178.
2. Gaeta M, Cavazos J, Cabrera M. Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Rev Latinoam Cienc Soc, Ninez Juv.* 2017; 15(2): 965-978.
3. Benítez F. Salud Bucal en Pediatría. *Pediatr.*, 2018; 45(3):199-200.
4. Lourdes A, Benavente L, Sylvia A, Chein V, Carlos H. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. *Rev Odontol Sanmarquina.* 2012; 15(1): 14-18.
5. Narváez CA, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. *Odontología* 2017; 19(1): 5-21.
6. Martínez PK, Monjarás AA, Patino MN, Loyola RJ, Mandeville P, Medina SC, Islas MA. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. *Rev Invest Clín.* 2010; 62(3): 206-213.
7. Castro Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2018; 11(1): 36-38.
8. Ramírez V, Casillas G, Tello L. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad de la comunidad de La Curva, Nayarit. *Tamé* 2016; 5(13): 463-465.
9. Aguilar FJ, Duarte CG, Rejón ME, Serrano PR. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta pediatr Méx.* 2014; 35(4): 259-266.
10. Borrell GC, García ME, Marqués ML. Asociación entre el patrón de conducta alimentaria y la caries en una población de niños de 3 a 9 años de la provincia de Alicante. *Nutr Hosp.* 2022;39(1): 33-38.
11. Paglia L, Scaglioni S, Torchia V, De Cosmi V, Moretti M, Marzo G, Giuca MR. Familial and dietary risk factors in Early Childhood Caries. *Eur J Paediatr Dent* 2016; 17(2): 93-9.

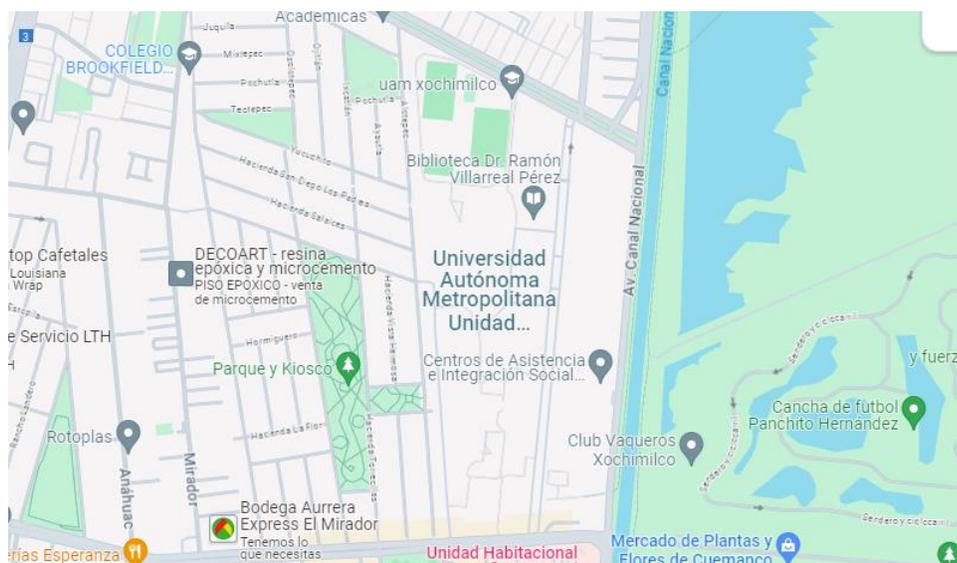
12. Sanz AM, González BA, González NE. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp* 2013; 28(4): 64-71.
13. Hermida ML, Blanco BJ, Larrique MN, Puig MF, Volfovicz LR. Relación entre edad, cepillado dental y experiencia de caries en niños. *Rev Odontopediatr Latinoam.* 2022; 12 página final.
14. Javier PR, Rubio AC, Gutiérrez AJ, Paz MS, Hardisson A. Niveles de fluoruro en dentífricos y colutorios. *JONNPR.* 2020; 5(5): 491-503.
15. Miñana V. El flúor oral para la prevención de caries ¿cómo, cuándo y a quién? *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012; 5(2): 108-13.
16. Contreras RJ, De la Cruz CD, Castillo CI, Arteaga MM. Dentífricos fluorurados: composición. *Rev Espec Cienc Salud.* 2014; 17(2):114-119.
17. NOM-013. Norma Oficial Mexicana, Para la prevención y control de enfermedades bucales. 2016. 1-27.
18. Cupé AC, García CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Hered.* 2015; 25(2): 112-121.
19. González FM, Rocha ML, González AC. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. *Rev ADM* 2017; 74(2): 64-68.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

a. Ubicación

Xochimilco. Es una de las 16 delegaciones del Distrito Federal de México. Se localiza en el sureste de esta entidad federativa, y posee una superficie de 122 kilómetros cuadrados. En 2020, la población en Xochimilco fue de 442,178 habitantes (48.7% hombres y 51.3% mujeres). En comparación a 2010, la población en Xochimilco creció un 6.55%.

La delegación limita al norte con los territorios de Coyoacán e Iztapalapa; al oriente, con Tláhuac; al sur, con Milpa Alta; y al poniente, con Tlalpan. La Universidad Autónoma Metropolitana se encuentra en Calzada del Hueso 1100, Coapa, Villa Quietud, Coyoacán, 04960 Ciudad de México. La plaza designada se ubica en el Área de investigación de ciencias clínicas, Edificio H, primer piso.



Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Fuente: UAM Xochimilco - Google Maps

b. Organización

El Área de investigación de ciencias clínicas ubicado en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco se organiza primeramente con Sánchez Pérez (Jefa de Área), seguido de los integrantes profesores, en el proyecto “Factores de riesgo en la experiencia cariogénica” están a cargo la Dra. Sánchez Pérez Teresa Leonor (asesora interna) y MMS. Sáenz Martínez Laura Patricia (asesora interna), responsables de la supervisión en investigaciones efectuados en el área.

Los pasantes forman parte de la organización, participando en investigación y labores en el área, cada pasante está adscrito a un proyecto interno con asesores del área de investigación de ciencias clínicas.

c. Recursos

Los recursos del Área de investigación de ciencias clínicas son proporcionados en su totalidad por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

d. Programas de servicio

Investigación sobre factores de riesgo criogénicos

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2023

Actividades	No.	%
- Levantamiento de índice de caries en Primaria "Espartaco"	1	8.33%
- Elaboración de cuadros y cartel sobre conocimiento de padres sobre caries, dieta, higiene y prevención.	1	8.33%
- Traducción de artículos	5	41.66%
- Búsqueda de artículos	5	41.66%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2023

Actividades	No.	%
- Impresión y ponencia del cartel realizado	1	7.14%
- Actualización sobre Caries Dental	3	21.42%
- Revisión y propuestas del cuestionario de conocimiento de padres en Salud Bucal	2	14.28%
- Actualización sobre factores de riesgo a patologías bucales	3	21.42%
- Práctica de laboratorio (preparación de medios de cultivo para identificación de microorganismos)	1	7.14%
- Búsqueda de artículos	4	28.56%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2023

Actividades	No.	%
- Búsqueda de artículos	3	30%
- Traducción de artículos	4	40%
- Revisión de Proyecto de investigación	2	20%
- Modificaciones cuestionario Cupe	2	20%
- Ajuste de Proyecto de investigación	1	10%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2023

Actividades	No.	%
- Búsqueda de artículos	2	28.57%
- Traducción de artículos	2	28.57%
- Revisión de Proyecto de investigación	1	14.28%
- Modificaciones cuestionario Cupe	1	14.28%
- Ajuste de Proyecto de investigación	1	14.28%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2023

Actividades	No.	%
- Búsqueda de artículos	5	62.5%
- Elaboración y modificación cuestionario Cupe	1	12.5%
- Revisión de Proyecto de investigación	1	12.5%
- Ajuste de Proyecto de investigación	1	12.5%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2023

Actividades	No.	%
- Elaboración de lista para separar alumnado de clínicas estomatológicas	1	25%
- Revisión cuestionario Cupe	1	25%
- Revisión de Proyecto de investigación	1	25%
- Ajuste de Proyecto de investigación	1	25%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2023

Actividades	No.	%
- Revisión cuestionario Cupe	1	11.11%
- Revisión de Proyecto de investigación	1	11.11%
- Búsqueda de artículos	6	66.66%
- Ajuste de Proyecto de investigación	1	11.11%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2023

Actividades	No.	%
- Revisión cuestionario Cupe	1	9.09%
- Revisión de Proyecto de investigación	2	18.18%
- Búsqueda de artículos	3	27.27%
- Revisión de expedientes	1	9.09%
- Creación de base de datos	1	9.09%
- Análisis de artículos y resúmenes	3	27.27%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2023

Actividades	No.	%
- Autorización y aplicación de cuestionario Cupe	1	5%
- Revisión de Proyecto de investigación	1	5%
- Búsqueda de artículos	5	25%
- Traducción de artículos	3	15%
- Revisión de expedientes	2	10%
- Creación de base de datos	2	10%
- Alimentación de base de datos	2	10%
- Análisis de base de datos	2	10%
- Aplicación de cuestionarios a Padres con niños escolares en Primaria "Cuauhtémoc"	1	5%
- Plática sobre Salud Bucal con alumnado de Primaria "Cuauhtémoc"	1	5%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2023

Actividades	No.	%
- Búsqueda de artículos	2	40%
- Recopilación de cuestionarios en Primaria "Cuauhtémoc"	1	20%
- Apoyo presencial en diagnóstico de caries en Primaria "Espartaco"	1	20%
- Ajuste en la base de datos	1	20%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2023

Actividades	No.	%
- Revisión de Proyecto de investigación	2	25%
- Ajuste de Proyecto de investigación	2	25%
- Análisis de resultados	2	25%
- Elaboración de resultados	2	25%
		Total: 100%

Fuente: directa

ACTIVIDADES REALZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2024

Actividades	No.	%
- Alimentación de base de datos y elaboración de gráfica	1	7.69%
- Revisión de Proyecto de investigación	3	23%
- Ajuste de Proyecto de investigación	3	23%
- Traducción y resumen de artículos	6	46.14%
		Total: 100%

Fuente: directa

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades realizadas durante el periodo del servicio social fueron acudir a exploraciones clínicas de campo en la escuela primaria “Espartaco” donde se levantaron índices de caries, así como recopilación de datos de niños escolares, la finalidad es ofrecer la atención a los niños para participar en la obtención de índices con prevalencia a caries de dientes deciduos y permanentes, así como identificar a niños con restauraciones, ortodoncia, ausencia de dientes, anomalías y variantes de la normalidad. Se seleccionaron alumnos de grupos distintos y de diferentes grados, con previo consentimiento de los padres y de los mismos alumnos, participando horas antes de su receso en un día acordado con dirigentes de la primaria.

Para la cita en la escuela primaria se acudió con medidas de bioseguridad y en un espacio amplio con instrumental estéril, guantes estériles, cubre bocas y con la notificación de los alumnos, así como la explicación concisa de su consentimiento, donde tenían total libertad de decidir ser examinados o no, de igual forma por su cooperación se le fue otorgado un premio.

Se crearon y alimentaron base de datos en SPSS con la información que se recopiló en levantamientos de índices de caries anteriores, enlistando nombres, edad, localidad, código de caries con respecto a dentición, etc. En diferentes ocasiones se trabajaron con diversos expedientes e información relacionada a estadística, el espacio de trabajo fue en la oficina en el Área de investigación de ciencias clínicas.

Para la obtención de información para evaluar el nivel de conocimiento de padres de familia responsables de menores escolares, se elaboró el cuestionario (Cupe) y se presentó en la primaria “Cuauhtémoc” donde se entregó un cronograma de actividades a la directora en turno, para agendar las visitas necesarias, de igual forma se realizó promoción a la salud en diferentes salones destinadas para todo alumno escolar, se realizó días posteriores entregas de cepillos dentales. Se acudió a la primaria con, pijama, filipina, bata de la con logo de la Universidad Autónoma Metropolitana, tipodonto, cepillos desechables, espejo explorador estéril para exposición y premios para los infantes que participaron a practicar la técnica de cepillado.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

En la actualidad el conocimiento de las enfermedades bucodentales, como su etiología, métodos de prevención, hábitos de higiene y alimenticios son fundamentales para generar una educación en salud y bienestar. Los conceptos que podrían adoptar los padres de familia o cuidadores pueden prescindir enfermedades que afecten a niños en edades tempranas, la información es basta y se manifiesta en diferentes medios o por diversos canales, sin embargo, el conocimiento no se transmite de forma clara y contundente, pues los niveles de conocimiento no son muy buenos, de igual forma los receptores padres de familia muestran falta de interés o motivación para ampliar los conocimientos de salud bucal.

El nivel de conocimiento en dieta es marcadamente presente, precisamente en la gente adulta, el estado de salud general permite que los padres concienticen su alimentación y la de su familia, se precisa énfasis en los medios de comunicación sobre el consumo de azúcares y de alimentos grasos, así como sus repercusiones. Sin embargo, en la odontología se prioriza la prevención bucodental para mantener salud de dientes, encías y lengua. La falta de conocimiento en esta categoría requiere de promoción al sector de salud y la visita al odontólogo desde temprana edad, para informar a padres y niños que requieren atención clínica, promoviendo odontología mínimamente invasiva y educación en salud dental.

Los factores de riesgo aumentan con la desinformación de padres y la falta de hábitos de higiene y alimenticios, las conductas que toman son las mismas que emprenderán los hijos, el nivel de conocimiento adquirido por padres se ha convertido en un factor de prevención y protector. Implementar programas para incentivar la motivación de los adultos a informarse sobre salud pública puede generar un conocimiento marcado en ellos y en sus hijos, la práctica y la conciencia en el ámbito bucodental evita tratamientos curativos y de mayor costo, y favorece los tratamientos preventivos y de menor costo.