



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES**



**“Nivel de conocimiento de los padres sobre los  
productos de higiene oral para sus hijos”**

**PRESENTADO PARA OBTENER EL GRADO DE MAestrÍA EN CIENCIAS  
ODONTOLÓGICAS CON ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**

**POR**

**CD. ADRIANA FLORES CHAPA**

**Junio del 2011**

**“Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de  
higiene oral para sus hijos”**

**Presentado por:**

Adriana Flores Chapa

**Director de tesis:** Dr. Miguel Ángel Quiroga García

**Co-Directora:** Dra. Hilda H. H. Torre Martínez

**Coordinador del Posgrado de Odontopediatría de la UANL:** Dra. Martha Elena  
García Martínez

**Asesor Estadístico:** Lic. Gustavo Martínez González M.S.P.

## **Agradecimientos**

A Dios

A mis padres Héctor y Coca y a mis hermanos Héctor y Alejandro, por su apoyo incondicional y por la confianza que depositaron en mí, gracias a ellos logré una meta más en mi vida!

A mis asesores Dra. Hilda Torre Martínez, al Dr. Miguel Ángel Quiroga y al Lic. Gustavo Martínez, por otorgar su valioso tiempo a mi proyecto y por su apoyo y amistad que me brindaron, Infinitas Gracias!!!!

A Jorge, gracias por tu apoyo.

A mis maestros de la UANL por compartir sus conocimientos, su tiempo, comprensión y todo el apoyo a lo largo de éstos dos años y medio.

Por todos los que directa o indirectamente me apoyaron y que por ahora no lo recuerdo.

A mis enemigos, si acaso los tengo, por darme motivos para superarme.

## Índice

<b>I.</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>1</b>
1.1	Caries	5
1.2	Placa dental	8
1.3	Cepillado dental	10
1.4	Seda dental	12
1.5	Enjuagatorios	13
1.6	Pastas dentífricas	14
<b>II.</b>	<b>Marco de referencia</b>	<b>16</b>
<b>III.</b>	<b>Justificación</b>	<b>18</b>
<b>IV.</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	<b>19</b>
<b>V.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>20</b>
5.1	Objetivo general	
5.2	Objetivos específicos	
<b>VI.</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>21</b>
6.1	Hipótesis de investigación	
6.2	Hipótesis nula	
<b>VII.</b>	<b>Materiales y métodos</b>	<b>22</b>
7.1	Tipo de estudio	22
7.2	Metodología	22
7.3	Diseño de muestra	23
7.4	Criterios de inclusión	25
7.5	Criterios de exclusión	26
7.6	Criterios de eliminación	26
7.7	Total de la prueba	26
7.8	Clasificación de variables	27
7.9	Diseño estadístico	27
7.10	Selección de la muestra	28
7.11	Recursos	28
7.11.1	Humanos	28
7.11.2	Físicos	29
7.11.3	Financieros	29
7.11.4	Cronograma de actividades	29

<b>VIII. Resultados</b>	<b>30</b>
8.1.1 Descripción de resultados	30
8.1.2 Discusión de resultados	42
<b>IX. Conclusiones</b>	<b>45</b>
<b>X. Recomendaciones</b>	<b>47</b>
<b>XI. Bibliografía</b>	<b>48</b>
<b>XII. Anexos</b>	<b>53</b>
12.1.1 Instrumento de medición	54

## Introducción

La odontología infantil es la especialidad odontológica que permite atender la salud bucal y las necesidades especiales de lactantes, niños y adolescentes, a través de ella es posible implementar hábitos dentales preventivos, que mantendrán a los niños, libres de padecimientos bucodentales y además, podrá enfocar su esfuerzo, en la prevención, la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades dentales.

La salud bucodental de los niños es una constante preocupación para el odontólogo infantil, ya que ésta, es parte importante de su salud general.

El odontólogo infantil puede brindar orientación sobre cómo fortalecer los dientes, cómo evitar que las bacterias formen colonias dañinas, cómo desarrollar hábitos alimentarios e higiénicos, etc., ayudando con esto, a un mayor conocimiento sobre la salud bucal infantil.

En cuanto a la prevención de la caries dental, se debe recordar que ésta es una enfermedad y las visitas tempranas con el especialista pueden evitarla, así como también tratamientos innecesarios.

La utilización de todos aquellos recursos preventivos en la higiene bucal, permitirán poder tener y conservar una óptima salud dental, así también para poder enseñar hábitos de higiene oral a los niños, que perduren durante toda su vida, es necesario el esfuerzo motivación y participación de padres, paciente y odontólogo.

El siguiente trabajo de investigación muestra un estudio realizado a 120 padres de familia del Colegio Anglo Español con hijos en edad preescolar.

Dicho estudio utilizó como instrumento de medición una encuesta de quince preguntas, en la cual se les pidió a los padres como datos demográficos la edad, género y grado máximo de escolaridad alcanzado.

Así mismo se les cuestionó como califican las salud bucal de sus hijos y la de ellos y si ésta puede mejorar además se cuestionó a los padres a qué edad consideran ellos sea adecuado que sus hijos visiten al dentista por primera vez. También se cuestionó cuales productos utilizan para las prácticas de higiene oral y su frecuencia tanto de los encuestados como de sus hijos.

Además también se les preguntó sobre el número de visitas al dentista y el motivo por el cual acudieron durante el último año ambos.

Por último se les interrogó a los padres si su dentista les ha recomendado algún procedimiento para el cuidado de su boca y si ellos siguen las indicaciones de su odontólogo.

## I. Antecedentes

La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces. Según la Organización Mundial de la Salud en 1946, definió en su carta constitucional a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.<sup>2</sup>

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables:

- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida (conductas de salud).
- El sistema de asistencia sanitaria.
- La biología humana (genética, envejecimiento).<sup>2</sup>

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión.<sup>2</sup>

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. La prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. La prevención terciaria es cuando la enfermedad está bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, ésta interviene.<sup>2</sup>

Entonces bien se puede definir Odontología Preventiva como “la suma total de esfuerzos, por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal.”<sup>4</sup>



La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) en su guía de cuidado oral del niño, menciona que la salud del mismo, es la base sobre la cual, la educación preventiva y el cuidado dental debe de ser construida para mejorar la calidad de vida, libre de enfermedades orales prevenibles, y su principal objetivo es obtener una población libre de caries, así como incrementar conciencia y educación respecto a las estrategias del cuidado oral pediátrico.<sup>31,35</sup>

Para los niños en la etapa escolar primaria, la principal motivación para las prácticas de higiene oral es el consejo de sus padres. Por ello, es necesario prestar una especial atención al desarrollo de prácticas adecuadas de higiene oral por parte de los padres. Los consejos de tipo nutricional y la educación de los pacientes deben ser habituales en las consultas dentales.<sup>40</sup>

La educación requiere por lo tanto, una mujer en cualquier época de su vida, pues al ser concientizada, ella transmitirá a sus hijos los conocimientos recibidos y, así, después de una generación, el ciclo de educación estará completado independientemente de cuándo ella comenzó o en qué período ocurre.<sup>39</sup>

El propósito de los odontólogos modernos debe de ser conservar poblaciones, comunidades, familias y personas, bucodentalmente sanas, por lo menos libres de las dos patologías más prevalentes a nivel mundial, como son la caries dental y las periodontopatías.<sup>8</sup>

Existen factores de riesgo de desarrollar enfermedad dental en el infante, entre los que destacan:

1. Embarazo de alto riesgo o parto complicado.
2. Presencia de defectos hereditarios o incapacidades de desarrollo.
3. Carencia de un tratamiento óptimo con fluoruros.
4. Historia familiar de enfermedad dental grave o moderada
5. Presencia de trastornos de alimentación (ejemplo, productos de biberón)

6. Alta concentración salival de s. mutans.
7. Factores sociales y del medio, (hogares de un solo padre, barreras para evaluar el tratamiento dental).
8. Poco interés o participación de los padres en las medidas de prevención.<sup>3</sup>

Los niños tienen una probabilidad mucho mayor de caries dentales subsecuentes, tanto en la dentición primaria como en la permanente. La etiología de la enfermedad es bacteriana y se caracteriza por prácticas fallidas de alimentación e higiene oral.<sup>1</sup>

Los padres controlan la dieta, la higiene oral y el acceso al fluoruro y a otros agentes de protección. Algunos padres no son conscientes de esos riesgos de salud que representan las prácticas que siguen en la crianza de sus hijos. A otros se les han señalado los riesgos pero no cambian sus conductas de la crianza.<sup>1</sup>

El cepillado es la práctica de higiene oral más ampliamente aceptada en las culturas occidentales. La edad a la que los padres prestan atención a la higiene oral de los niños varía ampliamente. Los padres que llevan a cabo las prácticas alimentarias inadecuadas, por lo regular, no les cepillan los dientes a los niños, no le prestan atención a los dientes de éstos o les permiten que se los limpien por su cuenta. Ésta última práctica es inefectiva, pues la calidad de la limpieza dental es más importante que la frecuencia. (Bellini, Arneberg y von der Ferh, 1981).<sup>1</sup>

Mientras más efectiva sea la limpieza habrá menos placa y menos caries, aunque todos los demás factores se comporten igualmente.<sup>1</sup>

La caries es una enfermedad relacionada con la pobreza y la ignorancia, con niveles educacionales bajos en general, con la obesidad y con la dificultad para mantener una dieta. Los padres de niños con caries no suelen tener ayuda

para el cuidado de sus hijos o, a menudo, delegan esta responsabilidad en otras personas. Las mujeres de bajos ingresos tienen menos apoyo social. Los niños que provienen de ambientes con una educación e ingresos más altos pueden tener caries de la niñez temprana (CNT), aunque la incidencia es comparativamente menor. Los padres de ésta clase social probablemente tiene una mejor higiene personal y pocas caries sin tratar. Es muy importante evaluar la disposición, no todos los padres y personas que cuidan niños responden positivamente a la misma vez.<sup>1</sup>

Cuando el niño es mayor, aproximadamente a los 16 meses, y le comienzan a salir los primeros molares, se debe usar un cepillo para limpiar las superficies oclusales. Pocos niños menores de 7 u 8 años tienen la capacidad de limpiarse con efectividad. Los padres y los que cuidan a los niños deben limpiarles los dientes al menos una vez al día. El tiempo dedicado a la limpieza de los dientes de los niños es poco, usualmente menos de dos minutos. El uso de un cepillo de tres lados Hugger o Superbrush o de un cepillo con cerdas curvas en la parte lateral de la cabeza del cepillo y con cerdas derechas en el centro puede ser eficiente y efectivo. Un cepillo pequeño de cerdas suaves también funciona, así como el uso de una toallita. Lo importante es que ambos padres trabajen con la limpieza de los dientes desde que el niño es bebé, especialmente al principio que es cuando el niño protesta.<sup>1</sup>

Los padres pueden contribuir a la prevención contra la caries en el hogar al llevar al niño a la oficina dental para su tratamiento a una temprana edad. Las prácticas de los padres están influenciadas por variables culturales, el grupo étnico y los familiares. Weinstein, Oberg, Domoto, Jefcott y Leroux (1996) identificaron los patrones de las prácticas de madres caucásicas, afroamericanas, hispanas, norteamericanas nativas y asiáticas y de familias con uno o ambos padres.<sup>1</sup>

En un estudio piloto, Harrison and Wong reportaron que los niños los cuales sus madres asistieron por lo menos a dos citas de orientación tuvieron menos caries que los que estuvieron en el nivel base.<sup>25</sup>

## **1.1 Caries**

En 1990, la Organización Mundial de la Salud informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.<sup>4</sup>

Los dentistas deben de trata la caries como infecciosa y transmisible. Para esto se recomiendan agentes antimicrobianos.<sup>21</sup>

La caries constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta más o menos al 91% de la población mayor de cinco años de edad y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.<sup>4</sup>

La nutrición es más importante durante el período en que las piezas están experimentando formación de matriz y calcificación. También se ha demostrado que estos procesos podían ser influidos por la dieta materna y la del niño durante la lactancia y después. En estas circunstancias, las propiedades físicas y químicas del esmalte podrían alterarse favoreciendo la susceptibilidad a la caries dental.<sup>42</sup>

Por lo anterior, se define a la caries de la niñez temprana (CNT), como la presencia de 1 o más superficies dentarias deterioradas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en cualquier diente primario en niños de 71 meses o menos. En niños de más de 3 años de edad, cualquier superficie con caries de consistencia suave, es indicativo de severa CNT.<sup>32</sup>

En los países industrializados, la incidencia de caries ha disminuido mucho. En los países en vías de desarrollo, en cambio, crece. La prevalencia de caries en pueblos como hábitos alimentarios y de vidas sencillas y naturales es baja, pero cuando entran en contacto con la “civilización moderna” la incidencia aumenta. El índice de caries, por lo tanto, está determinado epidemiológicamente por factores externos. Sin embargo, en algunos casos concretos, las particularidades individuales pueden influir de forma determinante en la incidencia de la caries (ejemplo: xerostomía).<sup>36</sup>

En México hay prevalencia alta de caries con tendencia al aumento. La caries afectan al 48% de los menores de cinco años de edad y las sufre 93% de los niños de 15 años. En conjunto y según las estimaciones, el 99% de la población ha tenido caries dental y ésta enfermedad es la causa más importante de pérdida dental antes de los 35 años de edad.<sup>4</sup>

En estudios que se han realizado, sugieren como conclusión que la placa visible en las superficies vestibulares de incisivos superiores de un niño pequeño es un signo de riesgo de caries.<sup>50</sup>

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, en sus políticas del cuidado oral en infantes, niños y adolescentes, menciona que algunos de los factores que incrementan el riesgo de caries son los pacientes de cuidados especiales, pacientes con aparatos de ortodoncia u ortopedia, la posición económica, la calidad y cantidad del consumo de azúcares de cada paciente, la exposición al flúor sistémico, el uso de pasta dental con flúor sin la supervisión adecuada, las bacterias y la anatomía dental de cada individuo.<sup>33, 49</sup>

En un estudio del 2005 se concluye que tanto los factores de riesgo social y biológicos nocivos acumulados en los primeros años de vida contribuyen a un alto desarrollo de caries en la infancia.<sup>48</sup>

La sacarosa es el agente causal de la formación de placa particularmente adhesiva y muy acidógena. En presencia de tal placa, otros monosacáridos o disacáridos se convierten en buenos sustratos para la producción de ácido.<sup>11</sup> En la actualidad existe un azúcar de 5 carbonos llamado Xylitol, utilizado desde los años sesentas para terapias de infusión postoperativa, quemaduras, en pacientes con shock, en pacientes diabéticos y en la actualidad como endulzante de productos que ayudan a la prevención del desarrollo de la caries dental como es demostrado en diversos estudios desde 1970.<sup>34</sup>

El *Streptococcus mutans* es, la bacteria más cariógena en sistemas animales. En presencia de sacarosa, el *S. mutans* produce un glucano extracelular, que le permite establecerse sobre las superficies dentarias y formar una placa adhesiva y sumamente cariógena. El *S. mutans* no es patógeno de por sí, se convierte en patógeno cuando se agrega sacarosa a la dieta.<sup>11</sup> Estos microorganismos causantes de la caries son transmisibles. Estos son transferidos a los bebés por un beso, por alimentos compartidos en la misma cuchara por la madre y el bebé, o cuando la madre limpia el biberón en su boca antes de ofrecerlo al bebé.<sup>38</sup>

Los sitios predilectos en la dentición temporal para el desarrollo de caries por los azúcares son las fosas, fisuras, superficies proximales y partes gingivales de superficies lisas libres.<sup>11</sup>

Las estrategias de prevención de caries pueden ser dirigidas a la resistencia del huésped/dientes, en la dieta, en la microflora o los tres. Las intervenciones adecuadas de prevención dependen del nivel de riesgo de caries.<sup>22</sup>

## 1.2 Placa dental

La placa dental es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados.<sup>5</sup> La placa supra y sub gingival es la causante de la caries, la gingivitis y la periodontitis.<sup>36</sup>

La película adherida se forma a los treinta minutos de realizar la limpieza de las superficies dentales de forma mecánica, resultante de la mucina salival. Ésta película adherida afecta la solubilidad del esmalte, influyendo en la adherencia microbiana y hace variar la captación y salida de flúor de la superficie del esmalte. En las 4 horas siguientes a la formación de la película, se produce la colonización, formando una estructura cohesionada, si no se retira a las 24 horas, su espesor va aumentando hasta 2 mm.<sup>43</sup>

La placa dental está compuesta por bacterias y por una matriz intercelular que consta en gran medida de hidratos de carbono y proteínas que yacen no sólo entre las distintas colonias bacterianas, sino también entre las células individuales, y entre las células y la superficie de los dientes.<sup>5</sup>

Los estreptococos y las bacterias filamentosas grampositivas parecen estar entre los microorganismos más prominentes de la placa que se encuentra en la superficie coronaria de los dientes.<sup>5</sup> Pero las primeras bacterias en adherirse corresponden al estreptococo sanguis y mitis.<sup>43</sup>

La matriz interbacteriana de la placa dental consta principalmente de proteínas, cuya fuente es la saliva, y polisacáridos extracelulares sintetizados por diferentes bacterias de la placa. Estos polisacáridos pueden incluir polímeros de glucosa, polímeros de la fructuosa y los más complejos heteroglucanos.<sup>5</sup>

La formación de la placa no tiene lugar en forma casual, sino de una manera razonablemente ordenada.<sup>6</sup>

Factores que favorecen a la formación de placa:

1. Obturaciones desajustadas.
2. Contacto amplio o escaso entre los dientes.
3. Coronas de contornos desfavorables.
4. Cavidades cariosas en los dientes.
5. Cráteres gingivales por enfermedad gingival destructiva.
6. Inserciones de frenillo alto interfiriendo con la acción del cepillado.
7. Dientes mal alineados, volviendo algunas zonas difíciles de penetrar.
8. Dentaduras y aparatos ortodónticos mal ajustados o pobremente cepillados.
9. Labios entreabiertos.
10. Ingestión excesiva de sacarosa.<sup>6</sup>

Algunos agentes reveladores de placa utilizados en la práctica odontológica son:

1. Tabletas rosas reveladoras. Son tabletas de alimento con eritrosina, también existen en soluciones en presentación de colutorios.
2. Soluciones a base de yodo. Es de bajo costo, pero tiene la desventaja de que algunos pacientes pueden ser alérgicos a los productos basados en yodo y algunos pacientes objetan el sabor.<sup>6</sup>



### 1.3 Cepillado dental

El objetivo es la eliminación de la placa bacteriana sin dañar los tejidos orales duros o blandos.<sup>9</sup>

La valoración de la limpieza bucal del paciente provee un registro inicial contra el cual es posible valorar los efectos de la instrucción. Según la edad e inteligencia del niño se debe de dar una breve explicación del origen de la caries. Con un niño pequeño menor a 5-6 años de edad, se debe de mostrar al padre un método para cepillar los dientes del niño.<sup>7</sup> El tiempo de cepillado se considera de mínimo tres minutos y lo ideal es cepillarse después de cada comida.<sup>9</sup>

Una limpieza se puede realizar utilizando una gasa, tela, cepillo dental, o copa de hule solamente en los incisivos del infante. Cuando las molares empiezan a erupcionar, un cepillo manual o eléctrico, una copa de hule, o un instrumento manual, seguido del uso de hilo dental, se debe de utilizar.<sup>23</sup>

Un cepillo dental manual consta de una cabeza con cerdas y un mango. Al conjunto de cerdas se le conoce como penachos. Existen tamaños diferentes como grande, mediano o chico. Se clasifican las cerdas en duras, medianas, blandas o extra blandas.<sup>10</sup> Es recomendable que el cepillo sea pequeño, diseñado especialmente para niños, de cerdas suaves y que sus puntas formen un plano paralelo al mango del cepillo, es preferible que el mango sea recto.<sup>45</sup>

Los cepillos dentales eléctricos fueron anunciados por primera vez en 1986 en Harpers Weekly. El primero fue en la década de los 60s con el Broxodent, en la actualidad existen varias marcas comerciales como el Braun Oral-B plaque Remover, Interplak, Sonicare, Rotadent, Waterpik Sensonic, etc.<sup>10</sup>

Los cepillos dentales hay que mantenerlos limpios, asépticos, porque de lo contrario pueden ser causantes de problemas locales o sistémicos en el organismo. En 1997 Herazo y Del Río realizaron una investigación en los cepillos dentales de una familia y encontraron que además de las bacterias normales de la boca había bacterias gastroentéricas como la echerichia coli.<sup>37</sup>

La Federación Dental Internacional ha establecido que no hay una técnica mejor que otra para el cepillado dental personal, que no hay técnica ideal para el cepillado dental y cada una debe de adecuarlas a sus condiciones y capacidades psicomotoras.<sup>37</sup>

Los métodos de cepillado mas naturales empleados por los pacientes corresponden a una técnica de restregado horizontal recíprocante (técnica de Fones) a un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre los dientes maxilares y mandibulares (técnica de Leonard).<sup>10</sup>

La técnica de Fones, con los dientes en oclusión y el cepillo efectuando movimientos circulares amplios, con el plano de cepillado perpendicular al plano oclusal y movimientos circulares más pequeños para las caras linguales, parece ser adecuada para niños pequeños.<sup>13</sup>

Existen diferentes técnicas de cepillado:

Todas se colocan en el borde gingival, excepto la de Charters que inicia en las superficies oclusales de los dientes.

- Frotación. La dirección de cerdas es horizontal con movimientos de frotación.
- Barrido. Las cerdas van paralelas al eje longitudinal del diente, el cepillo se debe de girar oclusalmente.
- Bass. Apuntando hacia apical, unos 54 grados al eje longitudinal de los dientes, se deben hacer movimientos vibratorios.

- Stillman. Igual que en la de Bass, sólo que aquí se aplica presión hasta dejar isquemia gingival, luego eliminarla, varias veces.
- Stillman modificada. Igualmente que en la de Bass y Stillman, se aplica la presión, pero al mismo tiempo vibrar el cepillo y moverlo de modo gradual hacia oclusal.
- Fones. Con los dientes en oclusión, desplazar el cepillo con movimientos rotatorios contra las superficies dentales superiores e inferiores y bordes gingivales.
- Charters. Con dirección oclusal, unos 45 grados al eje longitudinal de los dientes se debe de vibrar el cepillo mientras se desplaza apicalmente al borde gingival.<sup>7</sup>

#### **1.4 Seda Dental**

En los últimos años del período preescolar y al comienzo de la dentición mixta, las superficies interproximales de los dientes primarios están muy expuestas a la caries. Se puede enseñar a los padres a usar la seda dental en esas zonas cuando los dientes están en contacto y especialmente si existen signos de desmineralización.<sup>41</sup>

El objetivo es eliminar la placa bacteriana en las zonas interproximales inaccesibles al cepillo.

Existen distintos hilos de seda:

- Hilo dental (con cera o sin cera)
- Cinta dental (con cera o sin cera)
- Super-floss.
- Post-care.<sup>9</sup>

Las habilidades de los niños para usar correctamente el hilo dental varía considerablemente y se debe de realizar con cuidado para evitar dañar los tejidos periodontales. No se debe de esperar que los niños por debajo de los 8 años puedan limpiarse adecuadamente. Incluso en edades de 9 a 12 años se necesita de una supervisión para asegurar su uso adecuado.<sup>12</sup>

Las consecuencias del poco uso no son evidentes, hasta que la enfermedad periodontal aparece en los adultos.<sup>47</sup>

El uso del hilo de debe realizar por lo menos una vez al día seguido de la cena o antes de irse a dormir, o seguido del cepillado. La frecuencia debe de ser incrementada que se convierte en una rutina habitual seguido de una comida o un snack.<sup>12</sup>

## **1.5 Enjuagatorios**

El uso de colutorios o enjuagues con flúor para niños pequeños, se aconseja hasta que el niño tenga el dominio de los reflejos de deglución.<sup>17</sup>

Los enjuagatorios pueden empezar a la edad de 3 años, pero para obtener un buen efecto de la técnica de enjuagatorio, es mejor iniciar a la edad de 5 o 6 años.<sup>20</sup>

La dosis máxima actual para cada paciente debe individualizarse en función de factores como el tamaño, la edad o el estado físico, la habilidad para enjuagarse y escupir de un modo eficaz, la salud oral y la sensibilidad.<sup>44</sup> Por lo tanto, existen dos modos de uso, la de baja concentración/alta frecuencia y alta concentración/baja frecuencia. En la primera hay más seguridad, pero exige mayor cooperación de paciente, y a la inversa en la segunda.<sup>13</sup>

Las concentraciones bajas consisten en soluciones de fluoruro de sodio al 0,044-0.05% con las cuales los niños se enjuagan varias veces al día. Las altas, con una concentración de 0,2% de fluoruro de sodio, se han estudiado en programas supervisados en escuelas, donde los niños se enjuagan una vez a la semana.<sup>13</sup>

Ambas técnicas muestran índices de reducción de caries, existiendo actualmente una tendencia al uso de bajas concentraciones y alta frecuencia de aplicación, soluciones que estén en el mercado nacional y que en Estados Unidos pueden ser adquiridas por el público, sin prescripción.<sup>13</sup>

En 1975, el Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana reconoció los enjuagues de fluoruro de sodio neutro y fluoruro de fosfato acidulado como agentes efectivos contra la prevención de la caries.<sup>20</sup>

El uso diario o semanal con soluciones de fluoruro de sodio, da aproximadamente una reducción de caries del 40%.<sup>19</sup>

## **1.6 Pastas dentífricas**

Desde que las pastas dentífricas aparecieron en 1934, ha existido una interminable evolución, desde formulaciones ineficientes, o con sistemas abrasivos incompatibles con los elementos activos, a los actuales productos altamente efectivos con cambios en relación con el tipo de fluoruro y de los sistemas abrasivos para mejorar la estabilidad, compatibilidad y biodisponibilidad de los ingredientes activos. Como resultado, se ha establecido que existe una relación dosis-efecto entre 1.000-2.800 ppm de flúor, con insuficiente información sobre el efecto de concentraciones menores a 1.000 ppm.<sup>13</sup>

La gran mayoría de las pastas han probado concentraciones de aproximadamente 1.000 ppm, sea en la forma de 0.76% de monofluorofosfato de sodio, 0.24% de fluoruro de sodio, 0.4% de fluoruro de estaño.<sup>13</sup>

Desde mediados de los 80s, los dentífricos fluorados anti cálculo han sido comercializados, y han demostrado tener un potencial de reducción de caries similar a los que no son anti cálculo.<sup>18</sup>

El efecto preventivo de las pastas fluoradas está en el rango del 25% y ha sido demostrado en muchos estudios clínicos.<sup>15</sup>

Se recomienda a los padres empezar el cepillado de los dientes de los niños tan pronto erupcione el primer diente, de manera que el cepillado se acepte como parte de la rutina normal de baño.<sup>7</sup>

Es común recomendar en la práctica profesional el uso de una pequeña cantidad del tamaño de un “chícharo” para niños menores de 2 años para minimizar el riesgo de fluorosis.<sup>14, 24, 46</sup>

En muchos países europeos, el porcentaje de dentífricos fluorados en venta es del 90%.<sup>15</sup>

En un estudio realizado en Goa, India, donde se calificó el riesgo de fluorosis en una comunidad que su única fuente de flúor eran las pastas dentales, se observó como resultados que el iniciar el cepillado antes de la edad de dos años incrementaba la severidad de fluorosis significativamente. Como conclusiones se obtuvo que el inicio del cepillado con pastas fluoradas antes de los 6 años en ésa población, es un indicador de riesgo de fluorosis.<sup>16</sup>

## II. Marco de referencia

Rajab, Petersen, Bakaeen y Hamdan, en mayo del 2002, en Jordania, realizaron un estudio donde el objetivo era evaluar el nivel de conocimientos odontológicos y actitudes hacia el cuidado dental de los niños entre los padres en Jordania, analizar los hábitos de cuidado de la salud bucodental de los escolares y sus padres, y evaluar los hábitos de higiene oral y la utilización de los servicios profesionales dentales de los niños en relación con las condiciones socio-demográficas. Se llegó a la conclusión de que la discrepancia entre el conocimiento dental y actitudes de los padres y las prácticas de cuidado de la salud oral indican la necesidad de educación en salud oral. Los programas escolares de promoción de la salud bucal deben ser establecidos en Jordania para influir en el comportamiento de la salud bucal de los niños y los padres y para evitar un mayor deterioro en su salud oral.<sup>26</sup>

Rodríguez Vargas Martha Cecilia, en el 2002, en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, de la región Callao en Perú, realizó un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002, según grado de instrucción, trimestre de embarazo, edad y visita actual al odontólogo. En conclusión se obtiene de éste estudio que la mayoría de las encuestadas obtuvieron un regular conocimiento sobre Prevención en salud Bucal (60%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y asistencia odontológica.<sup>27</sup>

Naidu RS y Davis L, realizaron un estudio en Trinidad y Tobago en el 2008, tuvo como principal objetivo describir el punto de vista de los padres sobre la salud dental de los niños en edad escolar. Como conclusiones de ésta investigación se menciona que el conocimiento general de hechos inexactos y la poca conciencia de la atención preventiva a los padres sugieren la necesidad de información precisa sobre los factores que influyen en la salud dental de los

niños en edad preescolar. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la entrega efectiva de las estrategias de promoción de la salud y la precisión de los mensajes de educación para la salud en Trinidad y Tobago.<sup>28</sup>

Jiménez Uley Leslie Naynet, Miranda Naranjo Madeline, Quiros Aluija Yaneisis y Martín Perez Odalys, en el 2007 en Camagüey , Cuba, realizaron un estudio de intervención en 50 niños de seis a 13 años de edad del Consultorio # 40, los cuales constituyeron el universo de estudio en el período 2003-2005. Se le realizó una entrevista a los niños y padres para conocer el nivel de información sobre la salud bucal antes de recibir acciones educativas. Se determinó el estado de los factores de riesgo a caries dental modificable antes y después de la aplicación de las acciones educativas, así como la clasificación de los niños según caries dental. En dicho estudio se concluyó que hubo un predominio de evaluación no satisfactoria en los niños objetos de estudio en cuanto al nivel de información y actitud acerca de la salud bucal antes de aplicar las acciones educativas, el nivel de información de los padres acerca del cepillado dental y la dieta fue satisfactorio a diferencia del interés en la atención bucal del hijo que predominó el no satisfactorio, todos los factores de riesgos de caries dental fueron modificados luego de aplicadas las acciones educativas.<sup>29</sup>

Rojas Morales Thaís y Navas Rita, en el 2004, realizaron un estudio donde el objetivo era relacionar el nivel de instrucción de la madre con las condiciones de salud bucal de niños con cáncer, que asisten a la Fundación de Especialidades Pediátricas y Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Zulia. Venezuela. En este estudio se evidenció una relación significativa entre el nivel de instrucción de la madre y las condiciones de salud bucal, independientemente de su estado de salud general.<sup>30</sup>



### **III. Justificación**

Los padres de familia no siempre consideran la prevención de las enfermedades bucales de sus hijos como una prioridad. El uso de productos para la higiene oral, disponibles en el comercio, es una forma simple de prevenir dichas condiciones, ya que se ha observado de forma empírica que mucho de esos problemas pudieron haber sido evitados con el simple uso de productos comerciales que están a la venta.

La falta de cultura y educación odontológica impide en los individuos el acercarse a esos instrumentos que les servirían para evitar enfermedades bucales en sus hijos. Es por ello que en éste estudio se dio a la tarea de investigar acerca del conocimiento de los padres de familia sobre salud oral y de los productos comerciales utilizados para la higiene oral infantil y de ésta manera saber si dichos auxiliares son los adecuados para sus hijos y si ellos realizan las practicas adecuadas para cuida la salud bucal de los mismos.

#### **IV. Planteamiento del problema**

Por lo anteriormente expuesto en este trabajo se plantea el siguiente problema: ¿Qué relación existe entre el conocimiento de los padres sobre el uso correcto de los productos de higiene oral disponibles en el mercado y la aplicación de estos para el cuidado de la salud oral de sus hijos en el municipio de Monterrey N.L. en el Jardín de niños del Colegio Anglo Español?

## **V. Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

Identificar el nivel de conocimiento que los padres de familia tienen acerca de los productos que ayudan en la salud oral de sus hijos.

### **5.2 Objetivos específicos**

1. Identificar el grado de percepción del nivel de la salud oral de los padres y de sus hijos a través de una escala de Likert.
2. Determinar la edad en que los padres consideran que deben de llevar por primera vez al dentista a sus hijos.
3. Determinar el número de visitas que realizan los padres y los hijos durante el último año y el motivo de la consulta.
4. Identificar que productos de higiene oral son los más utilizados tanto por los padres como por sus hijos y cuantas veces al día los utilizan.
5. Determinar si los padres de familia han sido educados en el área de la salud oral por su odontólogo.
6. Identificar si los padres de familia siguen las instrucciones preventivas señaladas por su odontólogo.

## **VI. Hipótesis**

### **6.1 Hipótesis de investigación**

Existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre los productos de higiene oral de acuerdo a su edad y grado de escolaridad.

### **6.2 Hipótesis nula**

No existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre los productos de higiene oral de acuerdo a su edad y grado de escolaridad.

## **VII. Materiales y métodos**

### **7.1 Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo, transversal y analítico.

Descriptivo. Buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.<sup>51</sup>

Transversal. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su prevalencia en un momento dado.<sup>51</sup>

Analítico. Tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.<sup>51</sup>

### **7.2 Metodología**

Se analizó el nivel de conocimiento que los padres tienen acerca de los productos de higiene oral que se comercializan para el cuidado de la salud oral de sus hijos. Utilizando para su clasificación una escala de Likert en donde la respuestas de los padres se tabularon en base al número de productos utilizados para la higiene oral, siendo un producto conocimiento nulo, dos productos conocimiento regular, tres productos conocimiento bueno cuatro productos excelente nivel de conocimiento.

El presente trabajo se basa en un diseño descriptivo, transversal y analítico con una muestra aleatoria simple del total de padres de familia del Jardín de niños del Colegio Anglo Español.

Se realizaron encuestas en forma personal con los padres de familia del Jardín de niños Colegio Anglo Español, ubicado en el municipio de Monterrey N.L., que tengan hijos inscritos en los años de primero, segundo y tercer año del período escolar de agosto 2010 a junio 2011. El número total de alumnos inscritos es de 232 alumnos.

Se realizó una encuesta basada en 15 preguntas, en ella se solicitó que la persona encuestada contestara de manera anónima la recolección de datos demográficos como la edad, género, grado que cursa el hijo y grado de escolaridad máximo alcanzado por el encuestado. A manera general se preguntó a los padres como calificaban su estado de salud bucal y el del sus hijos y si éste podía mejorar, a qué edad consideraban la primera visita de su hijo al dentista, cuáles eran y con qué frecuencia utilizaban los productos de higiene oral existentes en el mercado tanto por ellos como por sus hijos, la frecuencia de visitas al dentista durante el último año de ambos y el motivo de la misma, identificar si el dentista recomendó procedimientos preventivos y por último si los encuestados siguieron las indicaciones de su odontólogo. Ésta fue contestada por los padres seleccionados en base al número de muestra. Dicha encuesta se aplicó a la salida de los niños del Colegio, siguiendo el orden cronológico ya planteado.

### **7.3 Diseño de muestra**

Al determinar la cantidad de elementos que conforme la muestra final para el presente estudio se ha pretendió que reuniera todas las condiciones o características de la población, específicamente las de aquellas variables mencionadas en el instrumento de recolección de datos, se requirió que la muestra fuera determinada de tal manera que fuera lo más pequeña posible sin sacrificar exactitud ni precisión, aplicando la variable del conocimiento de los padres del jardín de niños con referencia a los productos de higiene bucal.

Considerando que la variable a evaluar es conocimiento de los productos de higiene bucal por parte de los padres de familia del del jardín de niños se consideró una determinación del tamaño de la muestra considerando el tipo cualitativo categórico, posterior a ello se aplicó la siguiente fórmula:

Fórmula para determinar el tamaño de la muestra de pacientes para población finita y variable cualitativa.

$$n = \frac{Nz^2pq}{e^2(N-1) + z^2pq}$$

Donde:

n= número buscado de elementos de la muestra

z= nivel de confiabilidad

p= Proporción de padres que demuestren conocimiento de los productos

q= Proporción de padres que no demuestren conocimiento de los productos

e= error de estimación

N= Tamaño de la población o número total alumnos del jardín de niños

Para el presente trabajo se determinaron los siguientes valores que serán aplicados para determinar el tamaño de la muestra.

### **Ecuación**

$1-\alpha$ = 95 % de nivel de confiabilidad

z= 1.96

p= 80 %

q= 20 %

e= 5 %

N=232

$$n = \frac{Nz^2 pq}{e^2(N-1) + z^2 pq} \quad n = \frac{(232)(1.96)^2(0.8)(0.2)}{(0.05)^2(232-1) + (1.96)^2(0.8)(0.2)}$$

$n = 119.62 \approx 120$

Se estratificó este tamaño de muestra a la proporción por grado escolar de los alumnos, de esta distribución se obtuvo el siguiente número de encuestas para cada grupo:

### Tamaño de muestra

Grupo	Alumnos		No. Encuestas
	Frecuencia	Porcentaje	
Primero	64	27.59	33
Segundo	68	29.31	35
Tercero	100	43.10	52
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	<b>120</b>

### 7.4 Criterios de inclusión

- Padres o tutores de los niños que están inscritos como alumnos regulares del Jardín de niños del Colegio Anglo Español de primero, segundo y tercer año.



## 7.5 Criterios de exclusión

- Padres o tutores de los niños que están inscritos como alumnos regulares del Jardín de niños del Colegio Anglo Español de primero, segundo y tercer año, que no quieran participar en el estudio.

## 7.6 Criterios de eliminación

- Padres o tutores de los niños que están inscritos como alumnos regulares del Jardín de niños del Colegio Anglo Español de primero, segundo y tercer año, que no hallan contestado completamente la encuesta.

## 7.7 Total de la prueba

<b>Grado escolar</b>	<b>Total</b>
<b>Primer grado</b>	64
<b>Segundo grado</b>	68
<b>Tercer grado</b>	100
<b>Número total de alumnos</b>	232

El investigador se coordinó de acuerdo con la directora del plantel y docentes de cada grupo para acudir a la junta mensual de calificaciones e invitar personalmente a los padres de familia a la participación en este estudio, realizando una lista con todos aquellos padres de familia que aceptaron esta invitación procediendo a la recopilación de los datos personales para confirmar posteriormente una cita para la elaboración de la encuesta.

## 7.8 Clasificación de variables

Las variables independientes a considerar fueron:

- Género.
- Edad.
- Grado de escolaridad.

Las variables dependientes a considerar fueron:

- Conocimiento de productos para salud oral.
- Frecuencia con que la madre/padre los usan.
- Frecuencia de uso en el niño.
- Frecuencia de visitas al dentista.
- Edad de la primera visita.
- Actitud hacia el cuidado bucal por parte de los padres.

## 7.9 Diseño estadístico

El diseño estadístico empleado para el siguiente estudio consistió en la elaboración de tablas de frecuencia de una y dos variables así como un modelo de estadística descriptiva para las variables cuantitativas.

Se realizaron pruebas de chi cuadrada con un 95% de confiabilidad para determinar la relación entre las variables estudiadas. Fueron realizados coeficientes de correlación con un 95% de confiabilidad para comprobar la dependencia entre las variables cuantitativas.

En base a esto se estableció la aceptación de la hipótesis de nulidad que dice: No existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre los productos de higiene oral de acuerdo a su edad y grado de escolaridad.

El método estadístico se realizó utilizando los programas Microsoft Excell 2007 y el PASW versión 18.

## **7.10 Selección de la muestra**

Las personas participantes en el estudio fueron elegidas bajo un método probabilístico, que cumplió con la aleatoriedad y sistematicidad planteada para el presente trabajo, donde fueron elegidos con base al listado de alumnos de cada uno de los grupos.

## **7.11 Recursos**

### **7.11.1 Humanos**

- **Padres de familia** de los alumnos de primero, segundo y tercer año de Jardín de Niños Colegio Anglo Español inscritos en el año Agosto 2010 junio 2011.
- **Tesista:** C.D. Adriana Flores Chapa
- **Director de Tesis:** Dr. Miguel Ángel Quiroga García
- **Codirector de tesis:** M. en C. Dra. Hilda Torre Martínez
- **Coordinador del Posgrado de Odontopediatría de la UANL:** Dra. Martha Elena García Martínez
- **Asesor Estadístico:** Lic. Gustavo Martínez González, MSP.

### 7.11.2 Recursos físicos

Jardín de Niños de Colegio Anglo Español

### 7.11.3 Recursos financieros

Equipo	Cantidad	Descripción	Precio unitario	Precio total	Cargo al proyecto
Computadora Gateway roja	1	Equipo de computo	4,500 pesos	4,500	0*
Material de oficina	2	Paquetes de hojas Faccia Bond	70.00 pesos	140.00 pesos	0*
<b>Total</b>				<b>4,640</b>	<b>0*</b>

\* Proporcionado por el tesista.

### 7.11.4 Cronograma de actividades

Mayo 2010	Agosto 2010	Septiembre 2010	Octubre 2010	Febrero 2011
Presentación de protocolo	Aplicación de encuestas a padres de familia con alumnos en primer año de jardín de niños.	Aplicación de encuestas a padres de familia con alumnos en segundo año de jardín de niños.	Aplicación de encuestas a padres de familia con alumnos en tercer año de jardín de niños.	Presentación de Tesis

## VIII. Resultados

### 8.1 Descripción de tablas y gráficas

**Tabla 1. Resultados de las encuestas aplicadas a los padres de familia**

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estandar
Edad	120	26	62	37.01	5.592
Grado que cursa	120	1	3	2.17	.833
Grado de escolaridad del padre	120	1	5	1.43	.994
Salud bucal padre	120	1	10	7.51	1.883
Considera mejoría	120	1	5	1.08	.413
Salud bucal hijo	120	1	10	8.05	1.704
Considera mejoría	120	1	7	1.09	.580
Edad adecuada de primera visita al dentista	120	1	4	2.38	.724
Productos que usa el padre	120	1	4	2.80	.763
Frecuencia de uso diario de los padres	120	1	4	2.80	.763
Productos usados por el hijo	120	0	4	2.37	.829
Frecuencia de uso diario en los hijos	120	1	4	2.42	.826
Número de visitas durante el último año	120	0	4	1.81	1.132
Número de visitas del hijo durante el último año	120	0	4	1.38	1.039
Motivo	120	0	3	1.41	1.025
Recomendación del dentista	120	1	2	1.41	1.025
Sigue indicaciones del dentista	120	1	2	1.28	.448

En esta tabla se describe la edad promedio de los padres encuestados siendo del 37.01. También se describe la edad adecuada en la que los padres consideran llevar a sus hijos por primera vez al dentista siendo en promedio de 2.38 años. Además se obtuvo el promedio de la frecuencia con la que los padres e hijos utilizan los productos de higiene oral siendo de 2.80 y 2.42 respectivamente y el número de visitas al dentista de padres e hijos durante el último año siendo de 1.81 de los padres y 1.38 de los hijos.

**Tabla 2. Total de encuestados por género**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>F</b>	87	72.5
<b>M</b>	33	27.5
<b>Total</b>	120	100

La tabla describe el número de encuestados por género, siendo del 72.5% mujeres y 27.5% hombres.

**Tabla 3. Total de encuestas asignadas a los padres de familia de acuerdo al número de alumnos por grado**

<b>Grados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	33	27.5
<b>2</b>	34	28.3
<b>3</b>	53	44.2
<b>Total</b>	120	100

La tabla describe el porcentaje representativo de encuestas realizadas a los padres de familia de acuerdo al número total de alumnos por cada año, siendo de 44.2% para tercer año, 28.3% para segundo año y 27.5% para primer año de preescolar.

**Tabla 4. Grado de escolaridad alcanzado por los padres de familia que contestaron las encuestas**

<b>Grado de escolaridad del padre</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Licenciatura</b>	97	80.8
<b>Especialidad</b>	4	3.3
<b>Maestría</b>	14	11.7
<b>Doctorado</b>	0	0
<b>Otros</b>	5	4.2
<b>Total</b>	120	100

La tabla muestra el grado de escolaridad máximo alcanzado por los padres, demostrando que en su mayoría (80.8%) terminaron una carrera universitaria, seguido por el 11.7% terminaron una maestría y demostrando que ningún padre de familia, obtuvo grado de doctor.

**Tabla 5. Calificación asignada por los padres de familia respecto a su salud bucal**

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
7	16	13.3
8	38	31.7
9	20	16.7
10	16	13.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla describe que la mayoría de los padres, consideran su salud bucal en una calificación del 7 al 10. El 31.7% se calificaron con 8, seguido de un 16.7% con 9 y sin diferencia entre el 10 y 7 siendo del 13.3% para ambos.

**Tabla 6. Actitud de los padres respecto a la mejoría de su salud bucal**

La salud de los padres puede mejorar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	114	95.0
No	5	4.2
No sabe/ No contesto	1	.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La mayoría de los padres (95 %), mencionó que su salud bucal puede mejorar.

**Tabla 7. Calificación asignada por los padres hacia la salud bucal de sus hijos**

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
7	15	12.5
8	34	28.3
9	30	25.0
10	23	12.2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Aquí se describe la calificación asignada por los padres a la salud bucal de sus hijos, siendo un 8 con un 28.3% la calificación más frecuente seguido de un 9 con 25%.

**Tabla 8. Actitud de los padres respecto a la mejoría de la salud bucal de sus hijos**

La salud de su hijo puede mejorar	Frecuencia	Porcentaje
Sí	114	95.0
No	5	4.2
No sabe/ no contestó	1	.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Al igual que en la tabla 4, la mayoría de los padres (95%), contesto que la salud de su hijo puede mejorar.

**Tabla 9. Consideración de los padres hacia la primera visita de su hijo al dentista**

Desde cuando considera llevar a su hijo al dentista	Frecuencia	Porcentaje
Desde el nacimiento	7	5.8
Cuando salga el primer diente	70	58.3
Cuando empiece a mudar de dientes	33	27.5
Cuando tenga algún problema	10	8.3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla muestra que en un 58.3% de los padres considera llevar a su hijo al dentista cuando le salga el primer diente, un 27.5% considera llevarlo cuando mude de dentadura y el menor porcentaje (5.8%) se obtuvo al mencionar los padres que se deben llevar al odontólogo a sus hijos desde el nacimiento.

**Tabla 10. Total de productos utilizados por los padres para el cuidado de su salud oral**

Productos usados por los padres	Frecuencia	Porcentaje
1 Producto	6	5.0
2 Productos	24	20.0
3 Productos	47	39.2
4 o más productos	43	35.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla describe la cantidad de productos utilizados por los padres durante su práctica de higiene oral, demostrando que en un 39.2% utilizan tres productos y en un 35.8% utilizan 4 o más productos para la higiene oral. Solo en un 5% utilizan un solo producto.

**Tabla 11. Frecuencia con la que los padres realizan sus prácticas de higiene oral por día**

Frecuencia de uso diario	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	5	4.2
2 veces	34	28.3
3 veces	61	50.8
Después de cada comida	20	16.7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Se describe la frecuencia con la que los padres suelen cepillarse los dientes durante el día, siendo 3 veces la más realizada (50.8%), seguido de 2 veces al día (28.3%) y siendo la menos popular, 1 vez al día con un porcentaje del 4.2%.



**Tabla 12. Total de productos utilizados por los hijos para el cuidado de su salud oral**

Productos usados por los hijos	Frecuencia	Porcentaje
Un producto	11	9.2
Dos productos	64	53.3
Tres productos	31	25.8
4 o más productos	13	10.8
No sabe/No contesto	1	.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla demuestra que la mayoría de los niños (53.3%), utilizan por lo menos dos productos para sus prácticas de higiene oral. El porcentaje más pequeño (9.2%) utiliza un solo un producto para el cuidado de su boca.

**Tabla 13. Frecuencia con la que los hijos realizan sus prácticas de higiene oral por día**

Frecuencia de uso diario	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	13	10.8
2 veces al día	57	47.5
3 veces al día	37	30.8
Después de cada comida	13	10.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Describe la frecuencia con la que los hijos se cepillan los dientes al día, demostrando que el 47.5% se los cepilla mínimo dos veces al día y sin diferencia entre 1 vez al día y después de cada comida, siendo para ambas de un 10.8%.

**Tabla 14. Total de visitas realizadas al dentista por los padres durante el último año**

Frecuencia de visitas al dentista del padre durante el último año	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	6	5.0
1 vez	55	45.8
2 veces	32	26.7
3 veces	10	8.3
4 o más	17	14.2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla describe el número de visitas al dentista por parte de los padres durante el último año, siendo 1 vez la más frecuente (45.8%), le sigue 2 veces con un 26.7% y con el porcentaje más pequeño de 5% ninguna vez.

**Tabla 15. Motivo por el cual los padres realizaron alguna vista al dentista durante el último año**

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	6	5.0
Revisión (profiláctico, diagnóstico etc.)	59	49.2
Dolor	25	20.8
Consulta normal (porque está bajo algún tratamiento)	30	25.0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla describe la causa por la cual los padres acudieron al dentista durante el último año, siendo una revisión (49.2%) la más común, seguido de un 25% por seguir un tratamiento y en tercer lugar por dolor en un 20.8%.

**Tabla 16. Total de visitas realizadas al dentista por los hijos durante el último año**

Frecuencia de visitas de los hijos al dentista durante el último año	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	17	14.2
1 vez	64	53.3
Dos veces	24	20.0
Tres veces	6	5.0
Más de tres veces	9	7.5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La tabla describe el número de visitas de los hijos, al dentista durante el último año, siendo 1 vez (53.3%), la más frecuente, seguida de, 2 veces con un 20% y ninguna vez en un 14.2%.

**Tabla 17. Motivo por el cual los hijos realizaron alguna vista al dentista durante el último año**

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	17	14.2
Revisión (profiláctico, diagnóstico)	68	56.7
Dolor	4	3.3
Consulta normal (porque está bajo algún tratamiento)	31	25.8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Describe la razón por la cual el hijo visito al dentista durante el último año, siendo por una revisión (56.7%) la más frecuente, seguida por consulta normal, dando seguimiento a un tratamiento en un 25.8% y la menor frecuencia dada por dolor en un 3.3%.

**Tabla 18. Actitud de los padres respecto a las recomendaciones de su odontólogo a recibir procedimientos de prevención oral**

¿Su odontólogo le ha recomendado algún procedimiento preventivo?	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	87	72.5
<b>No</b>	33	27.5
<b>Total</b>	120	100

La tabla menciona que en su mayoría (72.5%) de los padres encuestados, su odontólogo le ha recomendado algún procedimiento preventivo para el cuidado de su boca.

**Tabla 19. Actitud de los padres a recibir las indicaciones de prevención de su odontólogo**

¿Sigue las indicaciones de su odontólogo?	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	106	88.3
<b>No</b>	14	11.7
<b>Total</b>	120	100

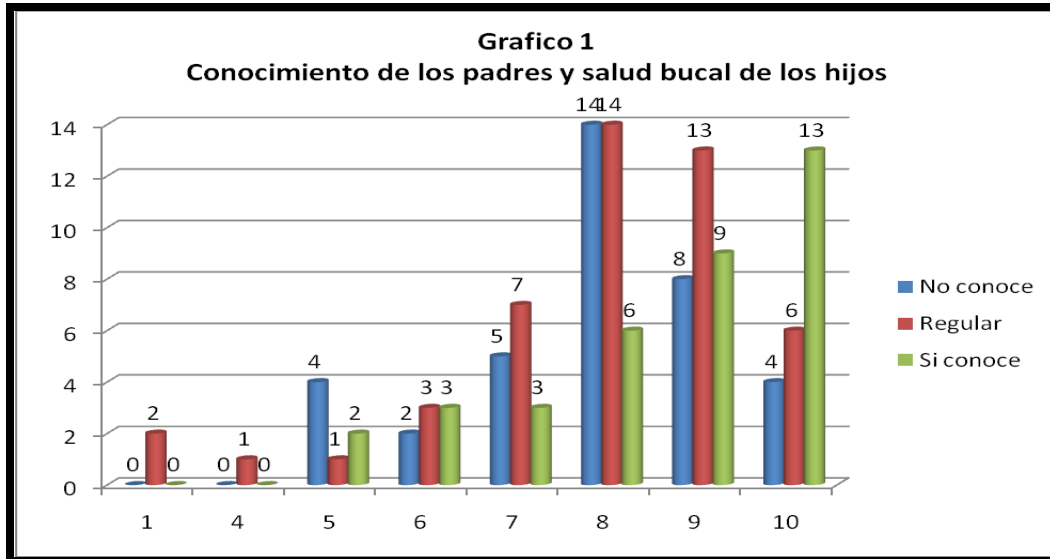
Describe que el 88.3% de los padres, afirma seguir las indicaciones que le da su odontólogo.

**Tabla 20. Grado de conocimiento de los padres acerca de la salud bucal de sus hijos**

Salud bucal del hijo Calificación	CONOCIMIENTO							
	No conoce		Regular		Si conoce		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1	0	0.00	2	4.26	0	0.00	2	1.67
4	0	0.00	1	2.13	0	0.00	1	.83
5	4	10.81	1	2.13	2	5.56	7	5.83
6	2	5.41	3	6.38	3	8.33	8	6.67
7	5	13.51	7	14.89	3	8.33	15	12.50
8	14	37.84	14	29.79	6	16.67	34	28.33
9	8	21.62	13	27.66	9	25.00	30	25.00
10	4	10.81	6	12.77	13	36.11	23	19.17
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Chi<sup>2</sup><sub>c</sub>: 17.13      Chi<sup>2</sup><sub>t</sub>: 23.68      p>0.05

En esta tabla se menciona que el 37.84% de los padre que no tienen conocimiento califico a sus hijos con un 8. Los padre que obtuvieron un regular conocimiento el 29.79% los calificaron a sus hijos con 8 y el 27.66% con un 9. Por último los padres que si obtuvieron conocimiento el 36.1%1 califico a sus hijos con un 10 mientras que el 25% con un 9.



**Tabla 21. Consideración de los padres acerca de la mejora en la salud bucal de sus hijos**

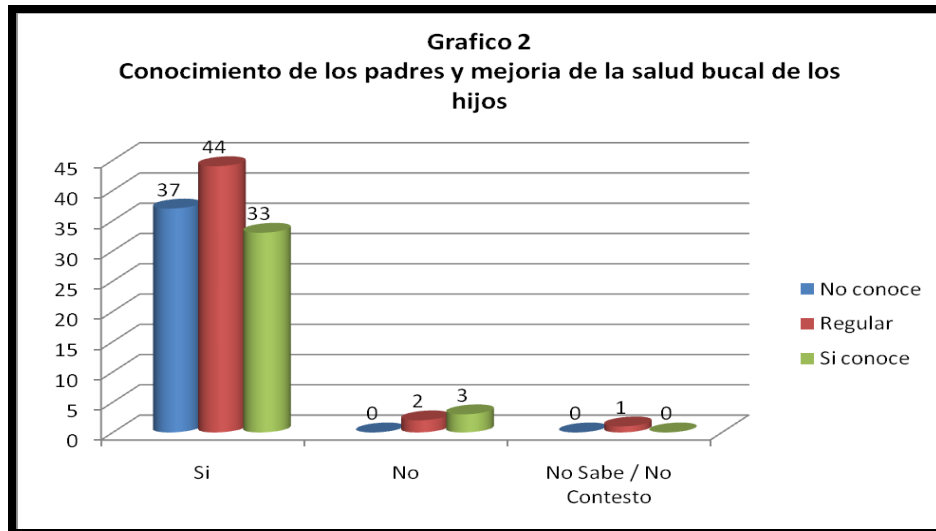
¿Considera una mejora en hijo?	CONOCIMIENTO							
	No conoce		Regular		Si conoce		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	37	100	44	93.62	33	91.67	114	95.00
<b>No</b>	0	0	2	4.26	3	8.33	5	4.17
<b>No sabe/No contesto</b>	0	0	1	2.13	0	0.00	1	0.83
<b>Total</b>	37	100	47	100	36	100	120	100

$\chi^2_c: 0.46$

$\chi^2_t: 9.98$

$p > 0.05$

Para los tres niveles de conocimiento que se obtuvieron, los tres mencionaron en su mayoría que la salud de su hijo podría mejorar, siendo para los que no obtuvieron conocimiento un 100%, un 93.62% para los de conocimiento regular y un 91.67% para los padres que si obtuvieron conocimiento.



**Tabla 22. Conocimiento de los padres acerca del número de productos de higiene oral utilizados por sus hijos**

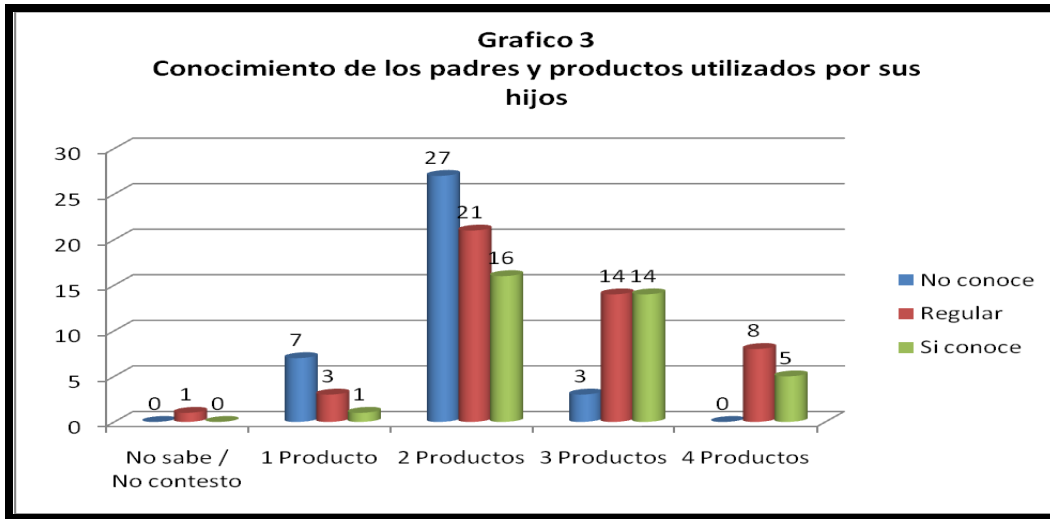
Productos utilizados por el hijo	CONOCIMIENTO							
	No conoce		Regular		Si conoce		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No sabe/ No contesto	0	0.00	1	2.13	0	0.00	1	0.83
1 Producto	7	18.92	3	6.38	1	2.78	11	9.17
2 Productos	27	72.97	21	44.68	16	44.44	64	53.33
3 Productos	3	8.11	14	29.79	14	38.89	31	25.83
4 Productos o más	0	0.00	8	17.02	5	13.89	13	10.83
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Chi<sup>2</sup>: 28.97

Chi<sup>2</sup>: 15.50

p < 0.05

De acuerdo al conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral que se venden en el mercado, los que no obtuvieron conocimiento mencionan que el 72.97% sus hijos utilizan dos productos al realizar sus hábitos de higiene oral, mientras los de conocimiento regular el 44.68% utilizan dos productos igualmente. De los padres que si obtuvieron conocimiento el 44.44% utilizan dos productos, mientras que el 38.89% utilizan tres para realizar las prácticas de higiene oral a sus hijos.



**Tabla 23. Conocimiento de los padres acerca del número de visitas del hijo al consultorio dental en el último año**

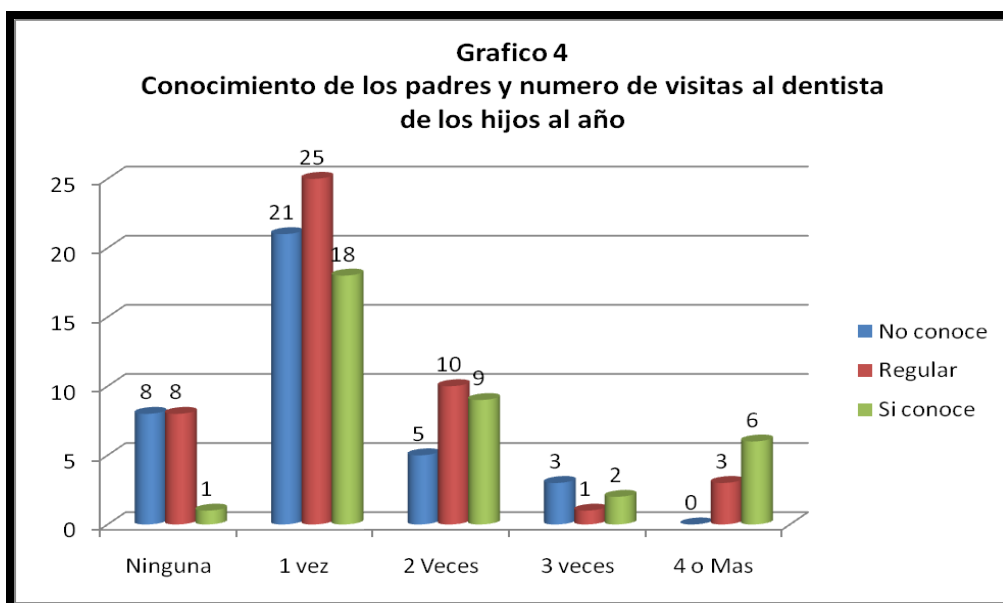
Número de visitas del hijo al dentista durante el último año	Conocimiento							
	No conoce		Regular		Si conoce		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>0 (ninguna)</b>	8	21.62	8	17.02	1	2.78	1	0.83
<b>1 (una vez)</b>	21	56.76	25	53.19	18	50.00	11	9.17
<b>2 (dos veces)</b>	5	13.51	10	21.28	9	25.00	64	53.33
<b>3 (tres veces)</b>	3	8.11	1	2.13	2	5.56	31	25.83
<b>4 (cuatro veces o más)</b>	0	0.00	3	6.38	6	16.67	13	10.83
<b>Total</b>	37	100	47	100	36	100	120	100

Chi<sup>2</sup>: 304.17

Chi<sup>2</sup>: 15.50

p<0.05

De acuerdo al conocimiento de los padres, el número de visitas de su hijo al dentista durante el último año para todos los niveles de conocimiento fue en su mayoría una vez, dando en total un 56.76%, 53.19% y 50% para los padres que no obtuvieron conocimiento, los de conocimiento regular y los padres que obtuvieron conocimiento respectivamente.



**Tabla 24. Respuesta de los padres de familia acerca del número de productos de higiene oral utilizados**

Productos utilizados por los padres	Productos utilizados por los hijos											
	0 (ninguno)		1(un producto)		2(dos productos)		3(tres productos)		4(cuatro o más productos)		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
<b>1 (un producto)</b>	0	0.00	6	54.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	5.00
<b>2(dos productos)</b>	0	0.00	3	27.27	21	32.81	0	0.00	0	0.00	24	20.00
<b>3(tres productos)</b>	1	100.00	1	9.09	28	43.75	16	51.61	1	7.69	47	39.17
<b>4(cuatro o más productos)</b>	0	0.00	1	9.09	15	23.44	15	48.39	12	92.31	43	35.83
<b>Total</b>	1	100	11	100	64	100	31	100	13	100	120	100

Chi<sup>2</sup>:100.63

Chi<sup>2</sup>:21.02

p<0.05

Esta tabla describe que el solo 1 niño que no utiliza ningún producto para sus prácticas de higiene oral, su padre utiliza 3 productos, los niños que utilizan un producto en un 54.55% sus padres también utilizan solo un producto, los niños que utilizan dos, en un 43.75% de los padres utilizan tres productos, en los niños que utilizan tres productos, sus padres en su gran mayoría (51.61%) también utilizan tres productos y para los niños que utilizan cuatro o más productos, sus padres en un 92.31% indican utilizar la misma cantidad.

**Tabla 25. Respuesta de los padres de familia acerca del número de visitas al consultorio dental realizadas en el último año**

Visitas del padre al dentista durante el último año	Número de visitas del hijo al dentista durante el último año											
	0 (ninguna)		1 (una vez)		2 (dos veces)		3 (tres veces)		4 (cuatro veces)		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 (ninguna)	4	23.53	1	1.56	1	4.17	0	0.00	0	0.00	6	5.00
1 (una vez)	10	58.82	35	54.69	7	29.17	2	33.33	1	11.11	55	45.83
2 (dos veces)	2	11.76	16	25.00	11	45.83	2	33.33	1	11.11	32	26.67
3 (tres veces)	0	0.00	4	6.25	4	16.67	1	16.67	1	11.11	10	8.33
4 (cuatro o más veces)	1	5.88	8	12.50	1	4.17	1	16.67	6	66.67	17	14.17
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

$\chi^2_c: 816.76$

$\chi^2_i: 21.02$

$p < 0.05$

La tabla describe la relación que existe entre el número de visitas al dentista de los padres y los hijos durante el último año a su odontólogo. Siendo los promedios más significativos para los hijos que no asistieron ninguna vez, el 58.82% de sus padres asistieron una vez, para los niños que asistieron 1 vez, sus padres asistieron en un 54.69% una vez. Los niños que asistían por lo menos dos veces al año, sus padres en un 45.83% también asistían dos veces por año, mientras que los niños que asistieron tres veces al año, sus padres en el mismo porcentaje de 33.33% asistieron una y dos veces por año. Finalmente se obtuvo que los niños que asistieron 4 o más veces durante el año al dentista, sus padres asistieron de igual manera 4 o más veces con un porcentaje del 66.67%.



## 8.2 Discusión

La falta de cultura y educación odontológica impide en los individuos el acercarse a aquellos instrumentos que les servirían para evitar enfermedades bucales en sus hijos, es por ello que en éste estudio se investigó acerca del conocimiento de los padres de familia sobre salud oral y de los productos comerciales utilizados para la higiene oral infantil y de ésta manera saber si dichos auxiliares son los adecuados para sus hijos y si ellos realizan las practicas adecuadas para cuidar la salud bucal de los mismos. En discordancia con el estudio realizado por Rojas Morales Thaís y Navas Rita, en el 2004, en donde se evidenció una relación significativa entre el nivel de instrucción de la madre y las condiciones de salud bucal, independientemente de su estado de salud general;<sup>30</sup> en este trabajo no se encontró dicha relación.

El cepillado es la práctica de higiene oral más ampliamente aceptada en las culturas occidentales. La edad a la que los padres prestan atención a la higiene oral de los niños varía ampliamente. Los padres tienen prácticas alimentarias inadecuadas, por lo regular, no les cepillan los dientes a los niños, no le prestan atención a los dientes de éstos o les permiten que se los limpien por su cuenta siendo esto último infectivo en realidad, pues la calidad de la limpieza dental es más importante que la frecuencia, (Bellini, Arneberg y von der Ferh, 1981).

En éste trabajo se concuerda con éste autor ya que los resultados indican que los niños tienen una higiene regular o aceptable.

En concordancia con Rodríguez Vargas Martha Cecilia, que en el 2002, realizó un estudio en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, de la región Callao en Perú, cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes de dicho Hospital, según grado de instrucción, trimestre de embarazo, edad y visita actual al odontólogo y obtuvo en éste que la

mayoría de las encuestadas tenían un regular conocimiento sobre Prevención en salud Bucal (60%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y asistencia odontológica;<sup>27</sup> en éste trabajo éstas variables tampoco tuvieron una diferencia significativa.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, en sus políticas del cuidado oral en infantes, niños y adolescentes, menciona que algunos de los factores que incrementan el riesgo de caries son los pacientes de cuidados especiales, pacientes con aparatos de ortodoncia u ortopedia, la posición económica, la calidad y cantidad del consumo de azúcares de cada paciente, la exposición al flúor sistémico, el uso de pasta dental con flúor sin la supervisión adecuada, las bacterias y la anatomía dental de cada individuo.<sup>33, 49</sup> En un estudio del 2005 se concluye que tanto los factores de riesgo social y biológicos nocivos acumulados en los primeros años de vida contribuyen a un alto desarrollo de caries en la infancia.<sup>48</sup> . en éste estudio según los resultados encontrados no se observa una diferencia significativa entre el grado de conocimiento de los padres acerca de los cuidados de higiene oral y la salud dental de sus hijos.

En lo referente a la relación entre las visitas del padre al dentista y las de su hijo se muestra un poco inconsistente, los padres controlan la dieta, la higiene oral y el acceso al fluoruro y a otros agentes de protección. Algunos padres no son conscientes de esos riesgos de salud que representan las prácticas que siguen en la crianza de sus hijos. A otros se les han señalado los riesgos pero no cambian sus conductas de la crianza.<sup>1</sup> Los padres pueden contribuir a la prevención contra la caries en el hogar al llevar al niño al consultorio dental para su tratamiento a una temprana edad. Las prácticas de los padres están influenciadas por variables culturales, el grupo étnico y los familiares. Weinsten, Oberg, Domoto, Jecott y Leroux (1996) identificaron los patrones de las prácticas de madres caucásicas, afroamericanas, hispanas, norteamericanas

nativas y asiáticas y de familias con uno o ambos padres.<sup>1</sup> La caries es una enfermedad relacionada con la pobreza y la ignorancia, con niveles educacionales bajos en general, con la obesidad y con la dificultad para mantener una dieta. Los padres de niños con caries no suelen tener ayuda para el cuidado de sus hijos o, a menudo, delegan esta responsabilidad en otras personas. Las mujeres de bajos ingresos tienen menos apoyo social. Los niños que provienen de ambientes con una educación e ingresos más altos pueden tener caries de la niñez temprana (CNT), aunque la incidencia es comparativamente menor. Los padres de ésta clase social probablemente tiene una mejor higiene personal y pocas caries sin tratar. Es muy importante evaluar la disposición, no todos los padres y personas que cuidan niños responden positivamente a la misma vez.<sup>1</sup>

Naidu RS y Davis L, realizaron un estudio en Trinidad y Tobago en el 2008, tuvo como principal objetivo describir el punto de vista de los padres sobre la salud dental de los niños en edad escolar. Como conclusiones de ésta investigación se menciona que el conocimiento general de hechos inexactos y la poca conciencia de la atención preventiva a los padres sugieren la necesidad de información precisa sobre los factores que influyen en la salud dental de los niños en edad preescolar. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la entrega efectiva de las estrategias de promoción de la salud y la precisión de los mensajes de educación para la salud en Trinidad y Tobago.<sup>28</sup> De igual forma en este estudio se observó similitud con el estudio realizado por Naidu RS y Davis L, donde no existe relación entre el conocimiento de los padres y la salud bucal de su hijo.

## IX. Conclusiones

- No existe relación entre el conocimiento de los padres y la salud bucal del hijo, es decir, que no tiene relevancia significativa si los padres de familia tienen educación odontológica o no.
- No existe relación entre el conocimiento de los padres y la mejoría de la salud bucal de su hijo, esto es, que no importa que tanto conocimiento posean los padres de familia, eso no mejorará la salud bucal del hijo o de cierta manera no hace que mejore.
- Existe relación entre el conocimiento de los padres y el número de productos de higiene oral utilizados por su hijo, en otras palabras, mientras más conocimiento obtengan los padres de familia, más productos para la higiene oral adquirirán para sus hijos.
- Existe relación entre las visitas del padre al dentista y las visitas del hijo, esto quiere decir que, probablemente cuando los padres asisten a la consulta odontológica, la realiza con toda su familia.
- Existe relación entre el número de productos de higiene oral utilizados por los padres y número de productos de higiene oral utilizados por sus hijos, por consiguiente, en la medida en que los padres utilizan ciertos productos para su higiene oral, éstos, serán los mismos que utilizarán sus hijos.
- Existe relación entre el conocimiento de los padres y el número visitas del hijo al dentista en el último año, en pocas palabras, quiere decir que en la medida en que los padres adquieren conocimientos sobre salud oral, será la medida en que lleven a sus hijos al odontólogo.
- No existe correlación entre el número de productos de higiene oral utilizados por el padre y el número de productos de higiene oral utilizados por el hijo, de manera que, no necesariamente el hijo utilizará los mismos productos de higiene oral utilizados por sus padres.

- No existe correlación entre las visitas del padre al dentista y las visitas realizadas por el hijo, o sea, no necesariamente las veces que el padre acude al odontólogo, el hijo tenga que ir también.
- Existe correlación directa baja entre la edad del padre y la salud bucal del hijo, esto se refiere a que entre más edad tengan los padres, más veces acudirán con su odontólogo y a la inversa, esto se debe probablemente a que con el incremento de la edad el sentido de la responsabilidad aumenta.
- Existe correlación inversa baja entre la escolaridad del padre y la salud bucal del hijo, es decir, si los padres tienen más educación odontológica, los problemas de salud bucal de sus hijos disminuyen, al menos en teoría.

## **X. Recomendaciones**

- Realizar conferencias sobre educación higiénica bucal a los padres de familia de las escuelas, para que se conviertan de los asesores de ésta actividad en sus hijos.
- Realizar un estudio comparativo por nivel socioeconómico.
- Realizar índices epidemiológicos de las enfermedades orales y compararlos con el grado de conocimiento de los padres acerca de los productos de higiene oral.
- Realizar estudio comparativo de acuerdo al lugar que ocupa el hijo en la familia.

## **XI. Bibliografía**

1. Milgrom Peter y Cols. "Caries de la Niñez temprana: una perspectiva Multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición", primera edición, Publicaciones puertorriqueñas Editores, edición 2006.
2. Cuenca Sala Emili, Baca García Pilar "Odontología preventiva y comunitaria" tercera edición, Editorial Masson, 2006.
3. Pinkham, Casamassimo, Fields, Mctigue, Nowak, "Odontología Pediátrica", segunda edición, Mc Graw-Hill Interamericana, 2001.
4. Higashida, "Odontología Preventiva", segunda edición, Mc Graw-Hill, 2009.
5. Katz, Mc Donald, Stookey, "Odontología Preventiva en acción", tercera edición, Edición médica Panamericana, 1989.
6. Forrest John O., "Odontología Preventiva", segunda edición, Manual Moderno, 1983.
7. Andlaw R. J. , Rock W. P., "Manual de Odontopediatría", tercera edición, Interamericana Mc Graw-Hill, 1994.
8. Fonseca Ch. Martha Esperanza y Cols. "Odontología Preventiva y Social", primera edición, Eco Ediciones.
9. Fernández Sanchez Jesus y cols, "Manual de Prácticas de Odontopediatría, Ortodoncia y Odontología Preventiva", primera edición, Ripano Editorial Médica, 2006.
10. Norman O. Harris, Franklin García-Godoy, "Odontología preventiva primaria", segunda edición, Manual Moderno, 2005.
11. Koch, Modeer, Poulsen, Rasmussen, "Odontopediatría, Enfoque clínico", Editorial Médica Panamericana, 1994.
12. Wei Stephen H.Y., "Pediatric Dentistry total patient care", Lea and Febiger Philadelphia, 1988.
13. Escobar Muñoz Fernando, "Odontología Pediátrica", Amolca Editores, 2004.

14. Pang Dorothy T. Y., Vann William F., Jr., "The use of fluoride-containing toothpastes in Young children: the scientific evidence for recommending a small quantity", *Pediatric Dentistry*, November – December, 1992, Vol. 14, number 6.
15. Zimmer Stefan, "Caries- Preventive effects of fluoride products when used in conjunction with fluoride dentifrice", *Caries Research*, 2001; 35(suppl1):18-21.
16. Mascarenhas AK, Burt BA, "Fluorosis risk from early exposure to fluoride toothpaste", *Community Dent Oral Epidemiology* 1998; 26: 241-48.
17. Adair Steven M., "The role of fluoride mouth rinses in the control of dental caries: a brief review", *American Academy of Pediatric Dentistry, Pediatric Dentistry*-20:2, 1998.
18. K. W. Sthepen, "Fluoride toothpastes, rinses, and tablets", *Adv Dent Research* 8(2): 185-189, July, 1994.
19. Birkeland Jan Magne, Torell Peter, "Caries Preventive Fluoride Mouth rinses" *Caries Research* 12 (suppl. 1): 38-51, 1978.
20. Ripa Louis W., "Fluoride rinsing: what dentist should know", *JADA*, Vol. 102, April 1961.
21. Newbrun Ernest, "Preventing dental caries: breaking the chain of transmission", *JADA*, Vol. 123, June 1992.
22. Newbrun Ernest, "Preventing dental caries: current and prospective strategies", *JADA*, Vol. 123, May, 1992.
23. "Guideline on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry", *Reference Manual* 2005-2006.
24. Spolsky Vladimir W, Black Brian P., Jenson Larry, "Products- Old, new, and emerging", *CDA Journal*, Vol. 35, número 10, octubre 2007.
25. Weinstein Philip, "Provider versus Patient-centered approaches to health promotion with parents of young children: What works/Does not work and why", *Conference paper, Pediatric Dentistry*- 28:2 2006.



26. Rajab, Petersen, Bakaeen y Hamdan, "Oral health behavior of schoolchildren and parents in Jordan", *International Journal of Pediatric Dentistry*, 12(3):168-176, Mayo 2002.
27. Rodríguez Vargas Martha Cecilia," Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002", Tesis para Cirujano Dentista, Lima 2002.
28. Naidu RS y Davis L, "Parents views on factors influencing the dental health of Trinidadian pre-school children", *Community Dent Health*,(1):44-9, Marzo 2008.
29. Jiménez Uley Leslie Naynet, Miranda Naranjo Madeline, Quiros Alujia Yaneisis y Martín Perez Odalys, "Aplicación de acciones educativas para modificar factores de riesgo de caries dental en niños del consultorio # 40", *Archivo Médico de Camagüey*, 11(4) ISSN 1025-0255, 2007.
30. Rojas Morales Thaís y Navas Rita, "Nivel de instrucción de la madre y su relación con las condiciones de salud bucal en niños con cáncer", *Ciencia Odontológica*, vol.1 n.1 Maracaibo, Enero 2004.
31. American Academy of Pediatric Dentistry "Guideline of infant Oral Health Care", 2004.
32. American Academy of Pediatric Dentistry "Definition of Early Childhood Caries (ECC)", reference manual, 2005-2006.
33. American Academy of Pediatric dentistry, "Policy on Use of a Caries-risk Assessment Tool (CAT) for infants, children, and Adolescents", *Oral Health Policy*, 2006.
34. Oral Health Policies, "Policy on the use of Xylitol in caries prevention", *Reference Manual* 2006-2007.
35. American Academy of Pediatric Dentistry "AAPD 2006-09 Strategic Plan", *Introducción*, 2006.
36. Van Waes Hubertus J.M., Stockli Paul W. "Atlas de odontología pediátrica", Editorial Masson, 2002.
37. Herazo Acuña Benjamín, "Clínica del sano en odontología", editorial ECOE, Mayo 2003.

38. Sada Assed, "Tratado de Odontopediatría", Tomo 2, Editorial Amolca, 2008.
39. Figueiredo Walter Luiz Reynaldo, "Odontología para el bebé", Ediciones Amolca, Primera edición, 2000.
40. E. McDonald Ralph, Avery David R., "Odontología pediátrica y del adolescente", Mosby/ Doyma Libros, sexta edición, 1995.
41. Cameron A., Widmer R., "Manual de odontología pediátrica", Ediciones Harcourt Brace de España, 1998.
42. Finn Sidney B, "Odontología Pediátrica", Editorial Interamericana, cuarta edición, 1985.
43. Jiménez Romera María Amelia, "Odontopediatría en atención primaria", Editorial Vértice.
44. American Dental Association, "Terapéutica dental", Editorial Masson, Primera edición, 2003.
45. Heredia Azerrat Carlos y Cols, "Odontología Preventiva en el niño y en el adolescente, Manual de procedimientos clínicos". Universidad Peruana Cayetano Heredia.
46. Shelov Steven P., Hannemann Robert E., Gonzalez-de-Rivas M. Rosario, "El cuidado de su pequeño hijo", American Academy of Pediatrics, segunda edición.
47. Dalnquist Lynnda M., M. Gil Karen "Using parents to maintain improved dental flossing skills in children", Journal of applied behavior analysis, número 3, 1986.
48. Peres Marco Aurelio y cols, "Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years" Community dentistry and oral epidemiology, Vol. 33, Febrero 2005.
49. Selwitz R., Ismail A., Pitts N., "The Lancet", Editorial Elsevier, Vol. 369, Enero 2005.
50. S. Alaluusua, R. Malmivirta, "Early plaque accumulation- a sign for caries risk in young children. Departament os pedodontics and Orthodontics",

Department of pedodontics and orthodontics, Community dental oral epidemiology, Octubre 2004

51. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio, "Metodología de la investigación", ediciones Mc Graw-Hill, 2010.

# **XII. Anexos**

## 13.1 Instrumento de medición



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES



Edad:                      Genero: M / F                      Grado que cursa: 1 / 2 / 3

Grado de escolaridad del padre o tutor:

- Licenciatura
- Especialidad
- Maestría
- Doctorado
- Otros \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo considera la salud de su boca?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 😊

2. ¿Considera que su salud bucal puede mejorar?

SI / NO

3. ¿Cómo considera la salud de la boca de su hijo?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 😊

4. ¿Considera que la salud bucal de su hijo puede mejorar?

SI / NO

5. ¿A qué edad considera adecuado que su hijo visite al dentista por primera ocasión?

- a. Desde el nacimiento
- b. Cuando le comiencen a salir dientes de leche
- c. Cuando comience a cambiar dientes de leche
- d. Cuando tenga algún problema

6. De los siguientes productos, ¿cuales utiliza usted?

- a. Cepillo dental
- b. Pasta dental
- c. Hilo dental
- d. Enjuague bucal
- e. Todos
- f. otros \_\_\_\_\_

Describe:

---

---

---

7. ¿Cuántas veces al día los utiliza?

- a. Una vez   b. Dos veces   c. Tres veces   d. Después de cada comida.

8. De los siguientes productos, ¿cuales utiliza su hijo?

- a. Cepillos dentales  
b. Pastas dentales  
c. Hilo dental  
d. Enjuagues bucales  
e. Todos  
f. otros \_\_\_\_\_

Describa:

---

---

---

9. ¿Cuántas veces al día los utiliza el niño?

- a. Una vez   b. Dos veces   c. Tres veces   d. Después de cada comida.

10. ¿Cuántas veces ha visitado usted al dentista durante el último año?

- a. Una vez   b. Dos veces   c. Tres veces   d. Más de tres veces   e. Ninguna  
(si su respuesta fue ninguna favor de no contestar la pregunta 11)

11. Motivo de la visita:

- a. Revisión (Limpieza)   b. Dolor   c. Consulta normal (seguimiento de algún tratamiento)

12. ¿Cuántas veces ha llevado a su hijo al dentista durante el último año?

- a. Una vez   b. Dos veces   c. Tres veces   d. Más de tres veces.   e. Ninguna  
(si su respuesta fue ninguna favor de no contestar la pregunta 13)

13. Motivo de la visita al odontólogo del niño:

- a. Revisión (Limpieza)   b. Dolor   c. Consulta normal (seguimiento de algún tratamiento)

14. ¿Su dentista le ha recomendado algún procedimiento para el cuidado de su boca?

SI / NO

15. ¿Sigue usted las indicaciones del dentista?

SI / NO