

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRIA



“CONOCIMIENTO DE LOS PADRES QUE ACUDEN A CONSULTA AL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRIA DE LA U.A.N.L. DE MONTERREY SOBRE LA DENTICIÓN PRIMARIA, RELACIONANDOLO CON EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO”.

C.D. KATHIA IVONNE MENDOZA CERDA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

2011

ENERO 2012

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA



“CONOCIMIENTO DE LOS PADRES QUE ACUDEN A CONSULTA AL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UANL DE MONTERREY SOBRE LA DENTICIÓN PRIMARIA, RELACIONÁNDOLO CON EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO”.

Por:

C.D. KATHIA IVONNE MENDOZA CERDA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN  
2011

Como requisito para obtener el grado de:

*MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CON ORIENTACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA*

ENERO 2012

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES QUE ACUDEN A CONSULTA AL  
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRIA DE LA UANL DE MONTERREY SOBRE  
LA DENTICIÓN PRIMARIA, RELACIONANDOLO CON EL ESTRATO  
SOCIOECONÓMICO.

ASESORES

---

**DIRECTOR DE TESIS:**  
PhD. Marianela Garza Enríquez

---

**ASESOR ESTADÍSTICO:**  
MSP Gustavo Martínez González

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES QUE ACUDEN A CONSULTA AL  
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UANL DE MONTERREY SOBRE  
LA DENTICIÓN PRIMARIA, RELACIONÁNDOLO CON EL ESTRATO  
SOCIOECONÓMICO.

---

**COORDINADORA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA**  
PhD. Martha Elena García Martínez

---

**SUBDIRECTOR DE ESTUDIOS SUPERIORES**  
CD, MEO. PhD. Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda

## **APROBACIÓN DE TESIS**

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos los documentos que avalan la misma, como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría.

**HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO:**

---

**PRESIDENTE**

---

**SECRETARIO**

---

**VOCAL**

# I N D I C E

<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>8</b>
Almohadillas gingivales	<b>8</b>
Periodo postnatal: dentición primaria	<b>9</b>
Cronología de erupción	<b>10</b>
<b>Marco de referencia</b>	<b>12</b>
<b>Materiales y Métodos</b>	<b>20</b>
Diseño del estudio	<b>20</b>
Población	<b>20</b>
Determinación del tamaño de la muestra	<b>15</b>
Modo de selección	<b>22</b>
Formación de grupos	<b>23</b>
<b>Variables</b>	<b>23</b>
<b>Método estadístico</b>	<b>25</b>
<b>Resultados</b>	<b>26</b>
<b>Discusión</b>	<b>36</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>38</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>39</b>
<b>Cuestionario</b>	<b>40</b>
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>41</b>

## **INTRODUCCION**

Las técnica de prevención más conocida a nivel mundial es indudablemente el cepillado dental, sin embargo, en México puede decirse que es una técnica de prevención fallida ya que la población mexicana sigue presentando un alto índice de caries.

Partiendo de esto, como primer paso es dar a conocer a la población el significado de prevención: son las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

Teniendo como base este concepto es indispensable reforzar en los padres las técnicas de prevención no solo a nivel bucal sino a nivel de salud en general.

Es fundamental la participación de los padres para lograr nuestros objetivos y es aún más importante lograr que conozcan no solo los métodos de prevención, también que tengan conceptos básicos como caries, dentición primaria, dentición permanente, exfoliación, erupción dental.

Es de pensarse que el poco interés que muestran los padres hacia la dentadura de sus hijos es por la falta de conocimientos que tienen sobre los dientes, ya que no conocen las consecuencias que ocasionan los problemas dentales en edad temprana sobre la dentición permanente y en su estado de salud general.

Otro factor importante es el status socioeconómico en el que se encuentra el padre o tutor, sin las posibilidades económicas es muy difícil poder inculcar en la población hábitos de higiene bucal cuando estos no se encuentran a su alcance.

El objetivo general de esta investigación fue determinar los conocimientos de los padres sobre la dentición primaria en los tres estratos socioeconómicos de Monterrey, además se propuso:

- Evaluar el conocimiento de los padres sobre la dentición primaria.
- Determinar la importancia que los padres le dan a la dentición primaria.
- Identificar la edad en la que los niños comienzan el cepillado dental.
- Relacionar los objetivos anteriores por nivel socioeconómico

Así confirmar la hipótesis de que los padres de familia que acuden al Posgrado de Odontopediatría de la UANL ignoran la importancia de la dentición primaria de sus hijos, por tal motivo observamos tantos problemas en la salud bucal de los niños.

El estudio se clasificó en Abierto, observacional, comparativo, prospectivo

## **ANTECEDENTES**

El desarrollo de la oclusión dentaria es un proceso largo y complejo que abarca desde muy temprano en la vida embrionaria y se alarga prácticamente durante toda la vida, ya que sus condiciones no permanecen estables por factores de orden general y local que actúan sobre ella. (LIEGHTON, BC, 1971)

Hacia la séptima semana de vida intrauterina, surgen de la lámina dental las primeras yemas correspondientes a la dentición primaria.

### Las almohadillas gingivales.

Al nacer, los procesos alveolares están cubiertos por las almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes; Su forma está determinada en la vida intrauterina, tienen forma de herradura (semielíptica). (LIEGHTON, 1971)

Los procesos alveolares no son lisos: por el contrario, se hallan recubiertos de crestas y surcos. En sus lados externos se observan eminencias correspondientes a los gérmenes de los incisivos, y a menudo presentan una incurvación de modo que no contactan en su posición anterior cuando se cierran y el contacto se hace únicamente en la región posterior. En una vista oclusal, sobre las regiones de los incisivos y caninos y en los bordes libres de los rodetes, existe un cordón fibroso de Robin y Magilot, el cual está bien desarrollado en el recién nacido y desaparece en la época de la erupción dentaria, ellos cumplen la función de facilitar la deglución durante el amamantamiento. (LIEGHTON,1971)

## *PERIODO POSTNATAL: DENTICIÓN PRIMARIA.*

### Calcificación de la dentición primaria.

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).

Para el momento del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios en las siguientes condiciones:

- La corona del incisivo central superior primario está completamente formada y parte de su raíz se ha desarrollado. La formación del esmalte está casi completa y los gérmenes de los centrales permanentes están localizados hacia lingual, el incisivo permanente inferior yace lingual a los primarios. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).
- El incisivo lateral primario está tan desarrollado como el central y alrededor de los dos tercios del esmalte se han formado, el germen del permanente es un pequeño brote indiferenciado. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).
- Los caninos primarios están menos avanzados en su desarrollo, solamente se ha formado un tercio del esmalte y los gérmenes de los permanentes maxilares yacen en el ángulo entre la nariz y el seno maxilar. El inferior, ligeramente debajo de la corona de los caninos primarios. (LIEGHTON, BC 1971; MOYERS, R 1992).
- La corona del primer molar primario está completamente formada y se ha unido el esmalte en la cúspide. El germen del primer premolar es un pequeño brote epitelial. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).
- El segundo molar primario está algo menos calcificado que el primero, las puntas de las cúspides están aún aisladas y no ha comenzado la formación de su raíz. El germen del segundo premolar es un pequeño brote epitelial. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).

- El primer molar permanente está comenzando la formación de su tejido duro y el esmalte puede ser visto en las cúspides aisladas. Está localizado al lado de la tuberosidad y sobre el nivel del piso de la nariz y el primer molar permanente inferior está localizado cerca del ángulo interno de la rama. (MOYERS, 1992).

Se ha presentado a las 14 semanas de vida intrauterina la calcificación de los incisivos centrales, a las 15 semanas y media la de los primeros molares, los incisivos laterales a las 16 semanas, los caninos con 17 semanas y los segundos molares a las 18 semanas. Para el momento del nacimiento, se encuentran calcificadas la mayoría de las coronas de los dientes primarios, a los 6 meses de edad ya se ha completado su calcificación, la formación radicular es más lenta, completándose hacia los 3 o 4 años, después de la erupción dentaria. (LIEGHTON, 1971; MOYERS, 1992).

La primera tabla de la cronología de la calcificación de la dentición humana se publicó en el año de 1935 por Logan y Krofled, citados por Mayoral, sólo hacía referencia a los dientes primarios superiores. Para 1974 esa tabla es actualizada por Lunt y Law y muestra valores más exactos de ese proceso. (SALZMAN, 1993)

### *Cronología de erupción*

La exfoliación de los dientes primarios y la consecuente erupción de los permanentes es un fenómeno del desarrollo que forma parte del continuo proceso de crecimiento del cuerpo. La cronología de la erupción de las piezas primarias está sujeta a influencias genéticas de forma más acentuada que para la dentición permanente, y tanto la cronología como la secuencia tienen márgenes de variabilidad mucho más estrechos. (MAYORAL, G; MAYORAL, J)

Canut anota que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: en un primer grupo hacen erupción los centrales inferiores a los 6 meses, centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores (SADAKATUSU 1990). El intervalo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de 2 a 3 meses. Una vez que han hecho erupción los incisivos hay un periodo de descanso en la salida dentaria de 4 a 6 meses.

En un segundo grupo erupcionan los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el período de erupción es de 6 meses y le sigue un período silente de 4-6 meses. En ésta fase de desarrollo de la dentición primaria, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida, el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en el cual un tercer grupo hacen erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos 4 meses. Aproximadamente a los dos años y medio ya se debería haber completado la dentición primaria. (LIEGHTON, MAYORAL, G).

Tabla de calcificación, formación, erupción y exfoliación según la AAPD:

Primary Dentition						
	Calcification begins at	Formation complete at	Eruption		Exfoliation	
			Maxillary	Mandibular	Maxillary	Mandibular
Central incisors	4 <sup>th</sup> fetal mo	18-24 mo	6-10 mo	5-8 mo	7-8 y	6-7 y
Lateral incisors	4 <sup>th</sup> fetal mo	18-24 mo	8-12 mo	7-10 mo	8-9 y	7-8 y
Canines	4 <sup>th</sup> fetal mo	30-39 mo	16-20 mo	16-20 mo	11-12 y	9-11 y
First molars	4 <sup>th</sup> fetal mo	24-30 mo	11-18 mo	11-18 mo	9-11 y	10-12 y
Second molars	4 <sup>th</sup> fetal mo	36 mo	20-30 mo	20-30 mo	9-12 y	11-13 y

## Permanent Dentition

	Calcification begins at	Crown (enamel) complete at	Roots complete at	Eruption*	
				Maxillary	Mandibular
Central incisors	3-4 mo	4-5 y	9-10 y	7-8 y (3)	6-7 y (2)
Lateral incisors	Maxilla: 10-12 mo	4-5 y	11 y	8-9 y (5)	7-8 y (4)
	Mandible: 3-4 mo	4-5 y	10 y		
Canines	4-5 y	6-7 y	12-15 y	11-12 y (11)	9-11 y (6)
First premolars	18-24 mo	5-6 y	12-13 y	10-11 y (7)	10-12 y (8)
Second premolars	24-30 mo	6-7 y	12-14 y	10-12 y (9)	11-13 y (10)
First molars	Birth	30-36 mo	9-10 y	5.5-7 y (1)	5.5-7 y (1a)
Second molars	30-36 mo	7-8 y	14-16 y	12-14 y (12)	12-14 y (12a)
Third molars	Maxilla: 7-9 y	4-5 y		17-30 y (13)	17-30 y (13a)
	Mandible: 8-10 y				

En general hay acuerdo en que los niños de un año de edad tengan seis a ocho dientes presentes y que la mayoría completan la primera dentición entre los dos y medio y tres años.

### **MARCO DE REFERENCIA**

La caries es una enfermedad conocida por adquirir un huésped, substrato alimenticio y bacterias productoras de ácido. La saliva en conjunto con el substrato y bacterias forman un biofilm que se adhiere a la superficie del diente ocasionando desmineralización del diente. (LOGAN).

Estrategias de tratamiento que interfieren con la colonización de *S. mutans* pueden tener un efecto positivo en la reducción de la incidencia de la caries. (LOESCHE, 1998)

La caries dental es considerada como un problema de salud pública mundial. Lo más increíble es que todos sabemos que debemos cepillarnos los dientes para evitar la aparición de la caries y para evitar futuros problemas periodontales. Sin embargo, la falta

de información sobre las medidas de prevención a nivel dental da como resultado índices altos en el riesgo de la caries. En Tijuana se determinó la prevalencia de la caries influenciada por la Cartilla de Salud Bucal, se realizaban revisiones dentales cada 3 meses y se obtuvo como resultado una disminución en la prevalencia de caries. (LOESCHE, 1998).

La cartilla de salud bucal es una herramienta que ayuda a la población a estar más alerta sobre las revisiones dentales desde edades tempranas. (LOESCHE, 1998).

La caries dental es un problema mayor en odontología infantil, siendo los inmigrantes y las poblaciones de escasos recursos las más afectadas. Este problema dental afecta en la educación del niño, en el habla e incluso al consumir alimentos. (ZAMUDIO-GÓMEZ Y COLS).

Las enfermedades orales afectan diversos aspectos de la vida diaria como la función masticatoria, fonación, estética. Influyendo en la autoestima de cada individuo desde edades tempranas. (SYRJALA Y COLS). Una buena salud bucal permite una buena nutrición desde edades tempranas. Las personas que presentan buena salud bucal no se ausentan de la escuela o del trabajo, teniendo un desarrollo y formación más satisfactoria (STA<sup>O</sup>HLNACKE Y COLS).

La población se encuentra satisfecha con su boca, aunque presente la necesidad de algún tratamiento dental o alguna molestia en su boca. (MONTERO, 2006).

Un estudio mostró que niños afro-americanos con seguro dental acudían a citas dentales 4 veces más que niños sin seguro dental. También se demostró que los niños que acudían a citas preventivas mostraban más agrado al ir al dentista que niños que iban para tratamiento restaurativos. (WOOSUNG, 2007).

La percepción acerca de la salud bucal influye y explica el escaso uso de los servicios dentales. (C. BEDOS1, 2009)

Se realizó un estudio en Arabia Saudita para evaluar el conocimiento que tenían los padres de esa región sobre la dentición primaria y los métodos de prevención de las enfermedades dentales. De la muestra estudiada el 71% no conocían el número total de los dientes primarios, el 33.9% no le dan importancia a los dientes primarios y el 45.1% prefieren la extracción de los dientes primarios cuando ocasionan dolor. Entre los métodos de prevención, mencionaron que la limpieza regular es el método más efectivo para prevenir la enfermedad periodontal. (SHAKER, 2002).

Informar a los padres sobre la administración de flúor y colocar selladores da como resultado una mayor concientización en los padres y los motiva a mantener una boca sana. (SOL E. ESPASA, 2001).

En un estudio realizado por Healthy People 2010 se mencionó que la pobreza es un determinante significativo en cuanto a la salud oral se refiere ya que dentro de los resultados se encontró que hubo un incremento de caries en niños de escasos recursos entre 2 y 4 años de un 19 -24% mientras que en niños sin problemas económicos solo incremento en un 10-15%. Healthy People 2010 también menciona que en el periodo de 1998 – 2004 en los ciudadanos americanos hubo una mejoría en la salud bucal o simplemente se mantuvieron igual. Healthy People nos sugiere planificar medidas de prevención enfocadas a la gente con status económico bajo para mantener una buena salud bucal. (DYE, 2010).

En un estudio realizado en el 2007 se mostró que los hombres con una menor percepción de salud oral, menor ingreso y menor grado de educación, reportaron mayor número de órganos dentales perdidos. (AFONSO – SOUZA, 2007).

Uno de los propósitos en Alemania es el proveer a la población de información sobre la salud oral. Se realizó un método llamado “SC-OHE” (Structured Comprehensive Health Education) el cual se aplicó en dos grupos de padres de niños de diferentes edades. Este artículo recalca que los conocimientos y las actitudes de los padres que tengan sobre la salud bucal de sus niños ayudaran a disminuir el riesgo de caries. SC-OHE mejorara el conocimiento de los padres o de los cuidadores sobre la salud bucal, pero las actitudes de los padres sobre la salud bucal tendrá que ser adoptada por ellos mismos. (STRIPPEL, 2010)

Los problemas dentales en niños están relacionados con la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos. (NÚÑEZ SOTO ILEANA Y COLS, 2006).

Estudios realizados han mostrado que los padres presentan un nivel de conocimiento escaso acerca de la primera visita dental. Los Odontopediatras tienen la responsabilidad de informar a los padres sobre las visitas dentales. (AL SHALAN Y COLS, 2002).

La visita al dentista antes del primer año de vida ayudara a detectar lesiones tempranas y servirá de asesoría para los padres en cuanto a la higiene bucal de sus hijos. (MEERA Y COLS).

En Trinidad se realizó una encuesta en 138 padres y cuidadores de niños preescolares para describir el punto de vista de los padres sobre la salud oral. El 80% tenía un escolaridad de secundaria terminada. La mitad de los padres mencionaba que los dientes primarios debían lavarse 3 veces al día con cepillo pequeño. La mayoría mencionaba que era importante vigilar a los niños al momento del cepillado. El 27% de los padres no sabía que la pasta que usaban sus hijos contenía flúor, mientras que el 82.6% no sabía que tanta cantidad de flúor debía de contener la pasta. La mayoría de los padres creían que la primera visita el dentista era cuando sus hijos presentaban todos los dientes primarios. El

42% preferían un empaste mientras que el 31.9% preferían la extracción de los dientes primarios. Estos resultados ayudan para realizar estrategias eficaces para promover la salud bucal en niños y proveer a los padres de información exacta sobre la dentición primaria. (NAIDU, 2008).

Es importante entender el valor que los padres y los cuidadores le dan a los dientes primarios. En Manitoba se les realizó una encuesta a padres y cuidadores de niños preescolares para evaluar el conocimiento y las actitudes sobre la salud bucal y la caries en edad temprana. La mayoría de los encuestados mencionan que los dientes primarios si son importantes, también mencionan que un problema dental puede ocasionar un problema de salud general y que la primera visita al dentista debe de ser al primer año de vida. (SCHROTH, 2007).

Aubrey menciona que la salud bucal afecta la salud en general.

En Illinois se realizó una encuesta a padres migrantes sobre la salud bucal de sus hijos. 77% de los padres reportaron que la salud bucal de sus hijos es buena y la de ellos también. El 79% tuvo una visita al dentista en el último año. Hubo discrepancias sobre la edad correcta para ya no dar biberón. Los migrantes son una población marginada y por ello tienen poco acceso a la información sobre la salud bucal, este estudio nos ayuda para aplicar métodos apropiados para lograr mantener una buena salud bucal en niños de padres migrantes. (LUKES).

En Arizona se estudiaron 5171 niños entre 5 meses y 4 años de edad, y se les aplicó una encuesta a los padres, cuidadores o tutores de estos niños. De 994 niños de 1 año de edad el 6.4% presentó caries, un 35% a los 3 años y un 49% a los años de edad. Niños con cuidadores con un nivel de estudios bajo presentaron DMFT 3 veces más que los cuidadores con un nivel de estudios más alto. La caries dental tiene alta prevalencia en

niños preescolares en Arizona, la falta de conocimiento en los padres es un factor importante en la prevalencia de caries dental en los niños. (TANG Y COLS, 1997).

Un estudio realizado en madres México-americanas sobre la higiene oral en casa muestra que son pocas las madres que empiezan la higiene bucal de sus hijos en la edad recomendada por la ADA. Dentro de los resultados se observó que las madres inician la higiene bucal de sus hijos en un promedio de 1.8 años. En este estudio se sugiere utilizar métodos preventivos más efectivos sobre el cuidado bucal de los hijos. (HOEFT).

Se realizó un programa dental educacional y preventivo en mujeres embarazadas y se evaluó ya que sus hijos tuvieran 5 – 6 años de edad. En total de examinaron 67 niños de madres que estuvieron dentro del programa y 69 niños de madres que no estuvieron dentro de este programa. Se obtuvo un 87% de niños libres de caries de 5 años de madres dentro del programa contra un 50% del grupo control. Y en niños de 6 años un 89% contra 62% del grupo control. Esto nos muestra que la falta de conocimiento da como resultado una higiene bucal deficiente y como consecuencia adquieren la caries desde pequeños. Este programa ayudó a la reducción significativa de la caries dental. (GOMEZ).

Visitas dentales prenatales y tratamiento de las madres para el S. mutans reducirá la carga bacteriana. (HIUTIN, 2009).

En otro estudio realizado en mujeres embarazadas muestra que de las 182 maternas solo el 54.9% no consulto al odontólogo durante su embarazo, el 62.6% acudió a revisión y limpieza. Para la mayoría de las gestantes la ausencia de caries es sinónimo de boca sana, atribuyendo la caries al mal cepillado o inflamación de encías. La totalidad de las gestantes utiliza cepillo dental. La mitad de las gestantes opinan que deben llevar a su hijo por primera vez al odontólogo entre 1 y 2 años. Nos deja muy claro que es de gran

importancia educar a las futuras madres sobre el cuidado dental de sus hijos, es de igual importancia identificar las creencias y costumbres, así como los hábitos de cada población para poder crear un vínculo y educar a los padres sobre los cuidados dentales que debieran tener con sus hijos desde pequeños. (SALDARRIAGA).

Un estudio en niños mexicanos entre 6 -15 años muestra que la clase socioeconómica más alta presenta una mejor higiene bucal que las clases media y baja. Este estudio muestra una relación importante entre el status socioeconómico y la incidencia de caries. (DE LA ROSA RAMÍREZ, 1978).

Taani concluye que los niños de escuelas privadas acudían con mayor frecuencia al dentista que niños que acudían a escuelas públicas.

En Venezuela, se realizó un programa educativo para los padres y sus hijos sobre el cuidado dental, en este programa se les explicó a los padres las causas sobre las enfermedades bucales y los diferentes tratamientos. Este programa ayudó a la población a mejorar su higiene bucal, tanto en niños como en los adultos. (NAVAS).

Hay diversos factores por los que los padres no muestran interés sobre la salud bucal de sus hijos, en un estudio realizado en el 2002 por Arnrup y cols observaron que las creencias y costumbres de los padres afectan sobre las actitudes de sus hijos hacia la salud bucal.

En Finlandia se estudiaron diversos factores que influyen sobre la aparición de caries en edad temprana, se encontró que los niños presentaron mayor incidencia de pérdida prematura de piezas dentales debido a la caries, hubo mayor incidencia de caries y la necesidad de tratamientos restaurativos en población con nivel económico bajo y se recomendó incrementar el cuidado dental en población con nivel socioeconómico bajo. (MILEN, 1981).

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial las comunidades más pobres. (OMS).

En México las enfermedades bucales son un problema de salud pública, ya que existe una alta prevalencia e incidencia, siendo estas de alto impacto en la población marginada. (PÉREZ- NÚÑEZ Y COLS., 2006).

Se recomienda a los odontopediatras y dentistas generales platicar con los padres acerca de la importancia de la dentición primaria previo a un tratamiento dental para aclarar sus dudas. Recomienda el uso de palabras apropiadas de acuerdo a las necesidades de los padres. (MARVIN, 2011).

América ha progresado en el cuidado bucal. En más de 43 países de la región se ha observado disminución del 35-83% en la prevalencia de caries. (ESTUPIÑAN-DAY Y COLS.)

Inculcar en la población medidas preventivas, aumenta la percepción sobre la salud oral y se motivan en el autocuidado. (BUGLAR Y COLS., 2009).

Una buena atención es necesaria para prevenir enfermedades bucales. (AAPD, 2009)

La base para una buena salud bucal debe ser inculcada desde edades tempranas. (AAPD, 2004).

## **MATERIALES Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento de padres que acudían a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL, padres de niños que acuden a escuelas públicas y privadas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León

### **POBLACIÓN**

Padres de niños que acudían a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL, padres de niños que acuden a escuelas públicas y privadas de la ciudad de Monterrey, NL.

### **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Los padres de familia y las instituciones educativas, serán elegidos bajo un método probabilístico, que cumpla con la aleatoriedad y sistematicidad planteada para el presente estudio.

Considerando que la variable a evaluar es conocimiento de los padres acerca de la dentición primaria de sus hijos, se consideró una determinación del tamaño de la muestra determinando 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:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Dónde:

n= número buscado de elementos de la muestra

z= nivel de confiabilidad

p= Proporción de padres que demuestren conocimiento

q= Proporción de padres que no demuestren conocimiento

e= error de estimación

Para el presente proyecto se han determinado los siguientes valores que serán aplicados para determinar el tamaño de la muestra

*Ecuación*

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

$z= 1.96$

$p= 30\%$

$q= 70\%$

$e= 5.75\%$

**n=246**

Estuvo constituido por 246 padres de familia dividido en padres que acudían a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL, padres de familia de escuelas públicas y privadas de Monterrey.

A los padres que acudían a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL se les pedía que llenaran la encuesta y al finalizar la firmaran.

Las escuelas públicas y privadas en base al listado se seleccionaron al azar.

Se acudió a escuelas públicas en las que se pidió la autorización de los Directivos de aplicar la encuesta a los padres de familia, informándoles acerca del estudio y datos que se necesitaban recolectar. También se les informo que no era necesario ninguna dirección, teléfono o datos personales de los padres de familia. De esta forma en escuelas públicas se autorizó la aplicación de la encuesta.

Para escuelas privadas se acudió de igual manera con los Directivos informándoles acerca del estudio, en estas escuelas se requirió de una carta del Posgrado de

Odontopediatría firmado por la Coordinación, de esta manera se logró encuestar a los padres de familia.

## **MODO DE SELECCIÓN**

### *Criterios de selección*

#### Criterios de inclusión

- Padres de niños que acuden a consulta en el posgrado de Odontopediatría de la UANL.
- Padres de familia de escuelas públicas y privadas de Monterrey, Nuevo León

#### Criterios de exclusión

- Padres que no permitan que se les realice la encuesta.

#### Criterios de eliminación

- Encuestas de padres que no estén bien contestadas
- Encuestas de padres no firmadas

Después de haber analizado las encuestas contestadas y de haber eliminado las encuestas que no estuvieran bien contestadas o firmadas, se procedió a la separación de acuerdo al estrato socioeconómico que los padres contestaron.

## FORMACION DE GRUPOS

De acuerdo al ingreso mensual familiar determinado por la INEGI, se clasifico el estrato socioeconómico:

1. **BAJO:** Ingreso mensual mayor de 1,800
2. **MEDIO:** Ingreso mensual mayor de 9,000
3. **ALTO:** Ingreso mensual mayor de 18,000

## VARIABLES DE ESTUDIO

### *DEPENDIENTE*

1. *Conocimiento:* Se evaluó el conocimiento que tienen los padres acerca de la dentición primaria y permanente mediante la aplicación del cuestionario.

### *INDEPEDNIENTES*

1. *Edad del padre:* Número de años cumplidos al momento de la encuesta.
2. *Género:* Masculino/femenino mediante a la respuesta que le padre seleccione en el cuestionario.
3. *Escolaridad:* La escolaridad del padre al momento de realizársele la encuesta.
4. *Ingreso Familiar:* Según la INEGI: **BAJO:** Ingreso mensual mayor de 1,800, **MEDIO:** Ingreso mensual mayor de 9,000, **ALTO:** Ingreso mensual mayor de 18,000
5. *Inicio de la higiene dental:* Edad en la que se inicie la higiene bucal del niño.

Todos los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo de Excel.

<b>P1</b>	<b>1.</b>	<b>&lt;20; 2. 21-30; 3. 31-40; 4. 41-50; 5. &gt;50</b>
<b>P2</b>	<b>1.</b>	<b>Femenino; 2. Masculino</b>
<b>P3</b>	<b>1.</b>	<b>Primaria; 2. Secundaria; 3. Preparatoria; 4. Técnica 5. Licenciatura 6. Otro.</b>
<b>P4</b>	<b>1.</b>	<b>&gt;18mil pesos; 2. &gt;9mil pesos; 3. &gt;1,800 pesos</b>
<b>P5</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P6</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P7</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P8</b>	<b>1.</b>	<b>Comer; 2. Se vea bonito; 3. Mantener espacio; 4. No sé; 5. Todas</b>
<b>P9</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P10</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P11</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P12</b>	<b>1.</b>	<b>Cepillado dental; 2. Hilo dental; 3. Enjuagues; 4. Otros</b>
<b>P13</b>	<b>1.</b>	<b>Sí; 2. No</b>
<b>P14</b>	<b>1.</b>	<b>1 año; 2. 3 años; 3. 6 años; 4. Otro</b>

## METODO ESTADISTICO

El presente estudio contó con un modelo descriptivo de presentación de datos mediante el uso de tablas de frecuencias absolutas y porcentuales, a las variables cuantitativas se les realizó una descripción mediante el uso de media, mediana, desviación estándar e intervalos de confianza con 95% de confiabilidad.

Posteriormente se procedió a realizar un modelo analítico para la verificación de pruebas de hipótesis, considerando los datos presentados en el objetivo general e hipótesis, el modelo corresponde a la aplicación de prueba de Chi cuadrada.

Dicha prueba, la cual se evaluó con un 95% de confiabilidad se utilizó para determinar la relación entre el conocimiento de los padres con la escolaridad e ingreso mensual y se realizó bajo la siguiente estadística de prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_{io} - f_{ie})^2}{f_{ie}}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(|f_{io} - f_{ie}| - 0.5)^2}{f_{ie}}$$

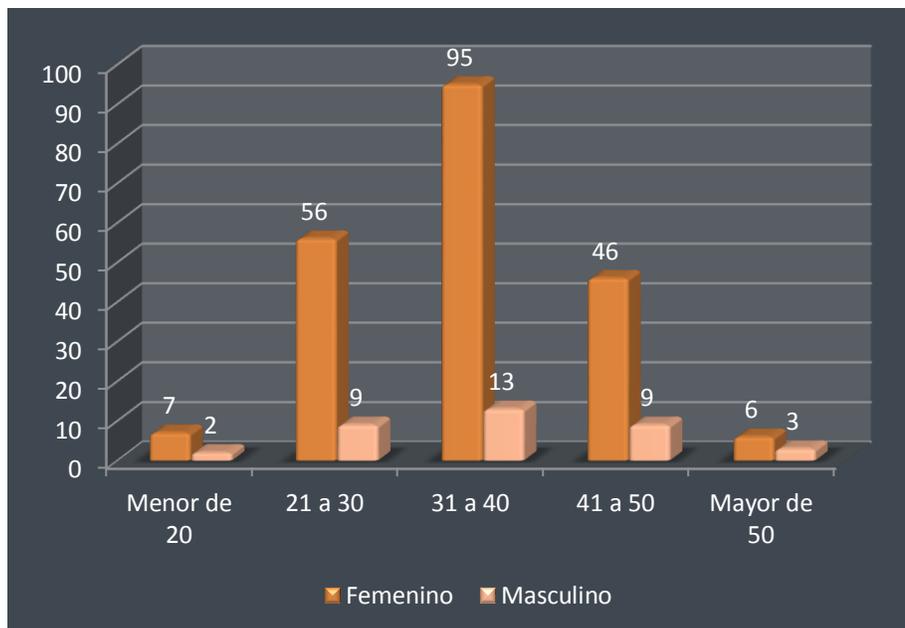
$$c = \sqrt{\frac{\chi^2 c}{\chi^2 c + n}}$$

## RESULTADOS

**TABLA 1**

Edad y Género de los padres						Octubre 2011	
	Femenino		Masculino		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Menor de 20</b>	7	2.85	2	0.81	9	3.66	
<b>21 a 30</b>	56	22.76	9	3.66	65	26.42	
<b>31 a 40</b>	95	38.62	13	5.28	108	43.90	
<b>41 a 50</b>	46	18.70	9	3.66	55	22.36	
<b>Mayor de 50</b>	6	2.44	3	1.22	9	3.66	
<b>Total</b>	210	85.37	36	14.63	246	100	

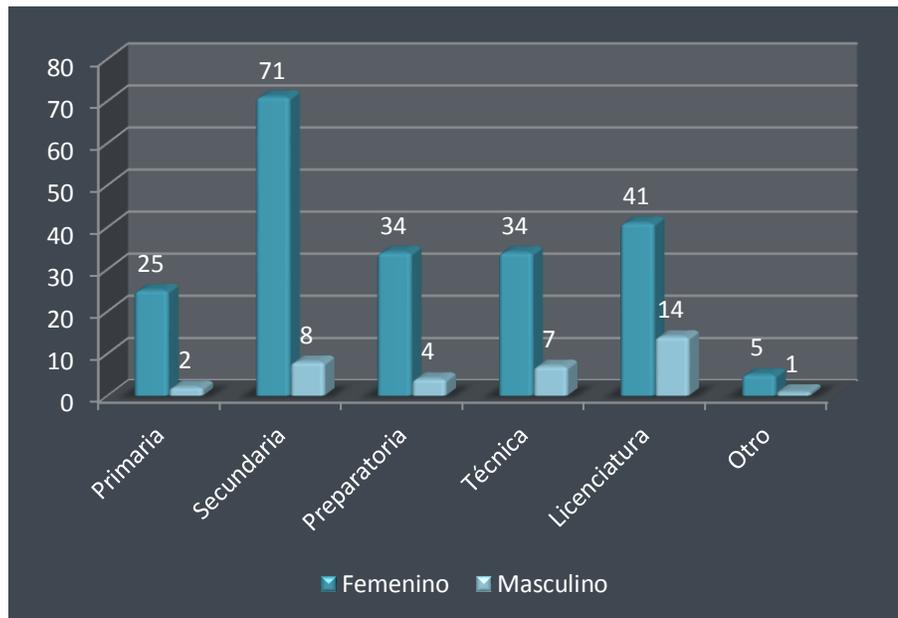
De acuerdo a la edad y genero de los padres que fueron contemplados para conformar la muestra se obtuvo un total de 246 padres encuestados, de los cuales 210 fueron femeninos (85.37%) y 36 masculinos (14.63%). La mayoría de los padres encuestados tenían edad entre 31 – 40 años.



**TABLA 2**

Escolaridad de los padres					Octubre 2011	
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
<b>Primaria</b>	25	10.16	2	0.81	27	10.98
<b>Secundaria</b>	71	28.86	8	3.25	79	32.11
<b>Preparatoria</b>	34	13.82	4	1.63	38	15.45
<b>Técnica</b>	34	13.82	7	2.85	41	16.67
<b>Licenciatura</b>	41	16.67	14	5.69	55	22.36
<b>Otro</b>	5	2.03	1	0.41	6	2.44
<b>Total</b>	210	85.37	36	14.63	246	100

De acuerdo a los datos obtenidos referentes a la escolaridad de los padres se puede observar que la mayoría solo estudió hasta la secundaria siendo un 32.11% de los encuestados, el segundo lugar lo ocupan las personas que estudiaron una licenciatura siendo el 22.36% de los encuestados.

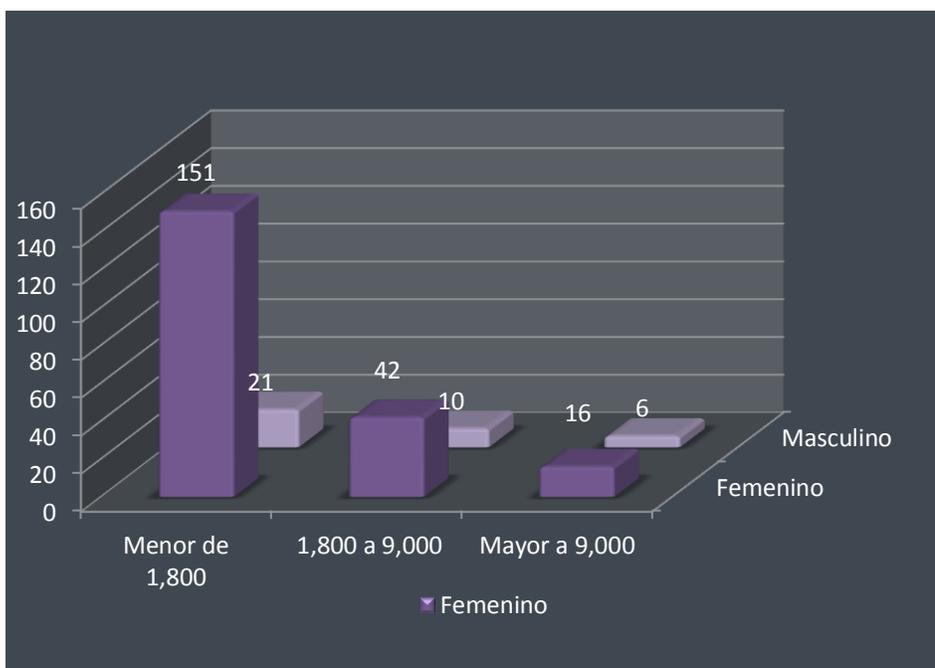


**TABLA  
3**

Ingreso económico y Género						Octubre de 2011
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Menor de 1,800</b>	151	61.38	21	8.13	172	69.51
<b>1,800 a 9,000</b>	42	17.07	10	4.07	52	21.14
<b>Mayor a 9,000</b>	16	6.50	6	2.44	22	8.94
<b>Total</b>	209	84.96	36	14.63	246	100

De los datos obtenidos referente a los ingresos económicos y género de los padres se obtuvo que del total de la muestra el 61.38% (151) de las personas del género femenino mencionaron recibir un ingreso menor a 1800, en ese mismo valor de ingreso lo recibe un 8.13% (20) del género masculino.

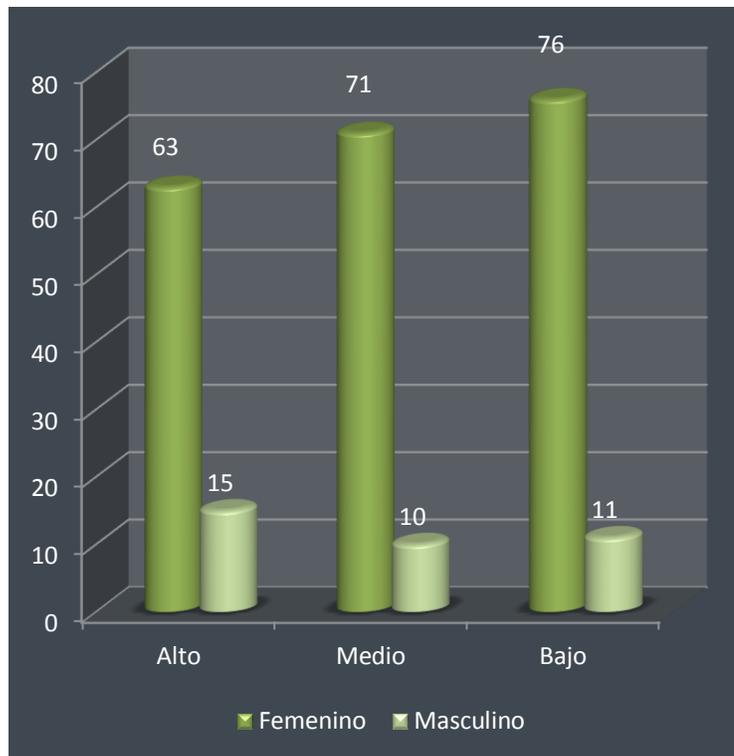
En cuanto a los ingresos recibidos de 1800 a 9000 se observó que el 17.07% de mujeres reciben esta cantidad y el 4.07% de hombres. Quienes obtienen un ingreso mayor a 9000 en cuanto a mujeres es el 6.50% y 2.44% hombres.



**TABLA  
4**

<b>Estrato socioeconómico y Género de los padres</b>						
<b>Octubre de 2011</b>						
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alto</b>	63	25.61	15	6.10	78	31.71
<b>Medio</b>	71	28.86	10	4.07	81	32.93
<b>Bajo</b>	76	30.89	11	4.47	87	35.37
<b>Total</b>	210	85.37	36	14.63	246	100

Observando los datos obtenidos en cuanto al estrato socioeconómico y género de los pacientes se puede notar que en su mayoría son pacientes de nivel bajo ocupando un 35.37%, después el nivel medio representa un 32.93% y el alto 31.71%



**Tabla 5**

**Conocimiento de los padres**

**Octubre 2011**

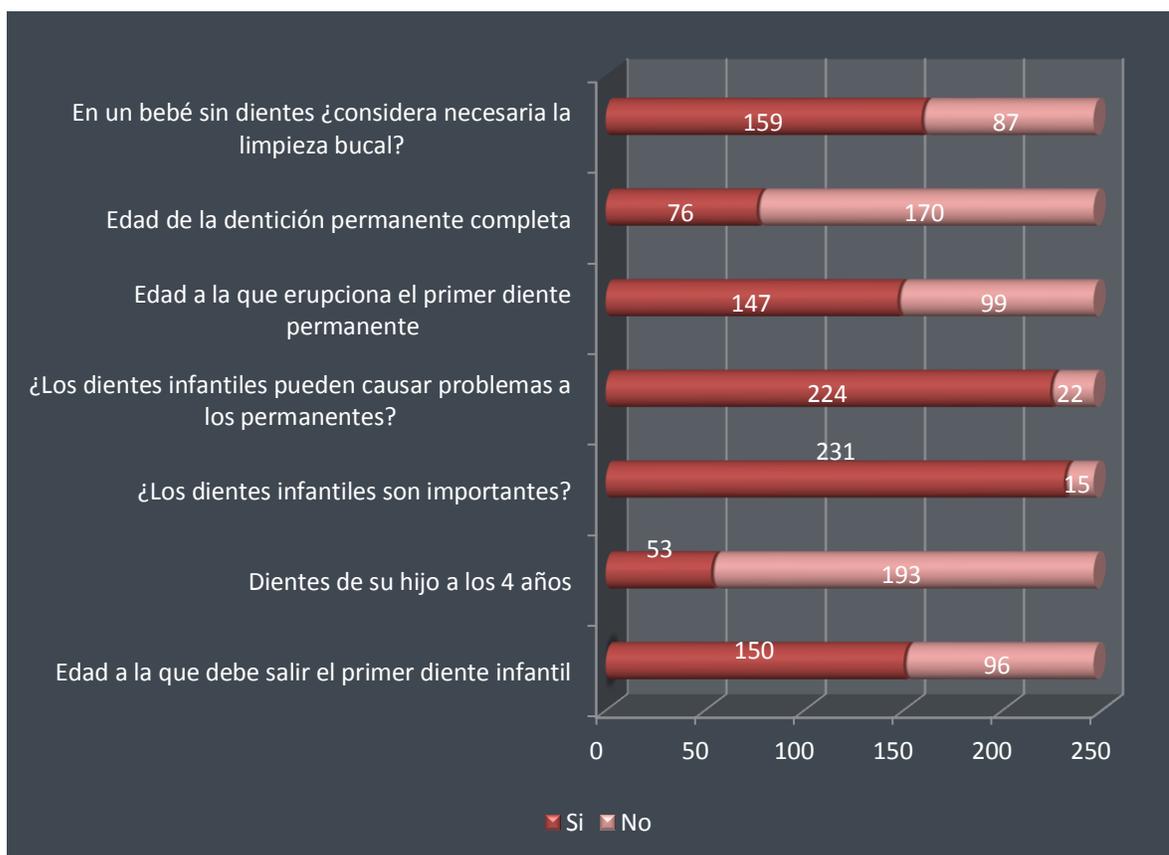
Conocimiento de los padres	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿Conoce usted a que edad debe salir el primer diente infantil?	150	60.98	96	39.02	246	100
¿Sabe cuántos dientes debe tener su hijo a los 4 años?	53	21.54	193	78.46	246	100
¿Piensa usted que los dientes infantiles son importantes?	231	93.90	15	6.10	246	100
¿Cree usted que los dientes infantiles pueden causar problemas en los dientes permanentes?	224	91.06	22	8.94	246	100
¿Conoce la edad a la que erupciona el primer diente permanente?	147	59.76	99	40.24	246	100
¿Conoce a que edad debe tener su hijo la dentición permanente completa?	76	30.89	170	69.11	246	100
En un bebé sin dientes ¿considera necesaria la limpieza bucal?	159	64.63	87	35.37	246	100

De los padres encuestados un 60.98% conoce la edad en la que el primer diente infantil erupciona y un 59.76% conoce la edad en la que erupciona el primer diente permanente. Mientras que un 78.46% desconoce el número total de dientes infantiles y un 69.11% no sabe a qué edad debe tener un niño la dentición permanente completa.

Al considerar el conocimiento de los padres sobre la dentición de sus hijos se encontró que el 91.06% creen que los dientes infantiles pueden causar problemas a los dientes permanentes, mientras que el 6.10% no lo consideran así.

Otro de los datos obtenidos con un alto porcentaje de 93.905 si consideran importantes los dientes infantiles, sin embargo, los pacientes que acuden a consulta al Posgrado de Odontopediatría de la UANL presentan un alto índice de caries, acuden con molestia e incluso se han presentado pacientes con un gran número de piezas perdidas en edad temprana.

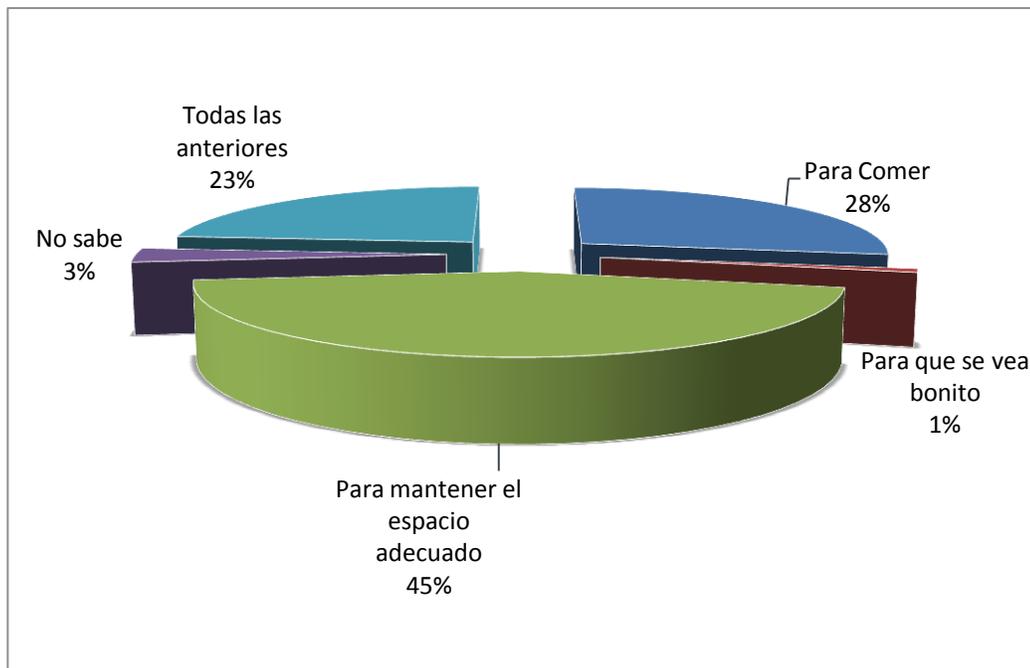
Un 64.63% de los padres consideran necesaria la higiene bucal en un bebe que aún no presenta dientes, mientras que un 35.37% no lo considera adecuado.



**TABLA 6**  
**Tabla 6**

<b>Utilidad de los dientes infantiles</b>		
<b>Octubre de 2011</b>		
	n	%
<b>Para Comer</b>	68	27.64
<b>Para que se vea bonito</b>	2	0.81
<b>Para mantener el espacio adecuado</b>	110	44.72
<b>No sabe</b>	8	3.25
<b>Todas las anteriores</b>	58	23.58
<b>Total</b>	246	100.00

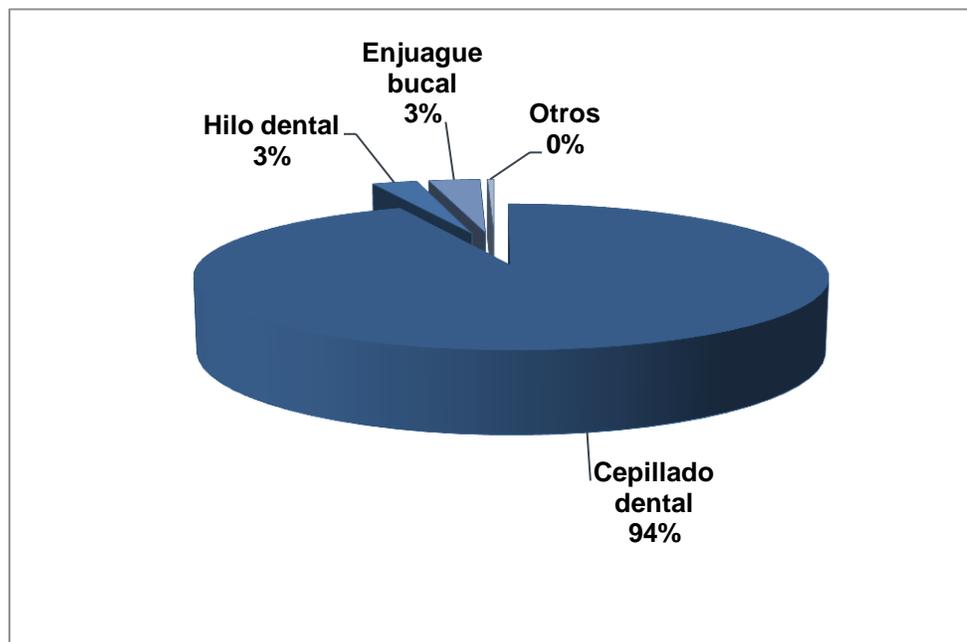
En relación a la utilidad de los dientes infantiles del total de los padres encuestados, un 44.725% considera que la utilidad es para mantener el espacio adecuado, un 27.64% menciona que son para comer y el 0.81% considera que es para que se vea bonito. Se obtiene que el 3.25% no sabe de su utilidad.



<b>Tabla 7</b>		
<b>Métodos de higiene bucal que conocen los padres</b>		
	<b>Octubre de 2011</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cepillado dental</b>	230	93.50
<b>Hilo dental</b>	7	2.85
<b>Enjuague bucal</b>	8	3.25
<b>Otros</b>	1	0.41
<b>Total</b>	246	100.00

Dentro de los métodos de higiene bucal que conocen los padres encuestados se encontró que el método más conocido con un 93.50% es el cepillado dental, el 3.25% lo ocupa el enjuague bucal y 2.85% de conocimiento por parte de los padres es el hilo dental.

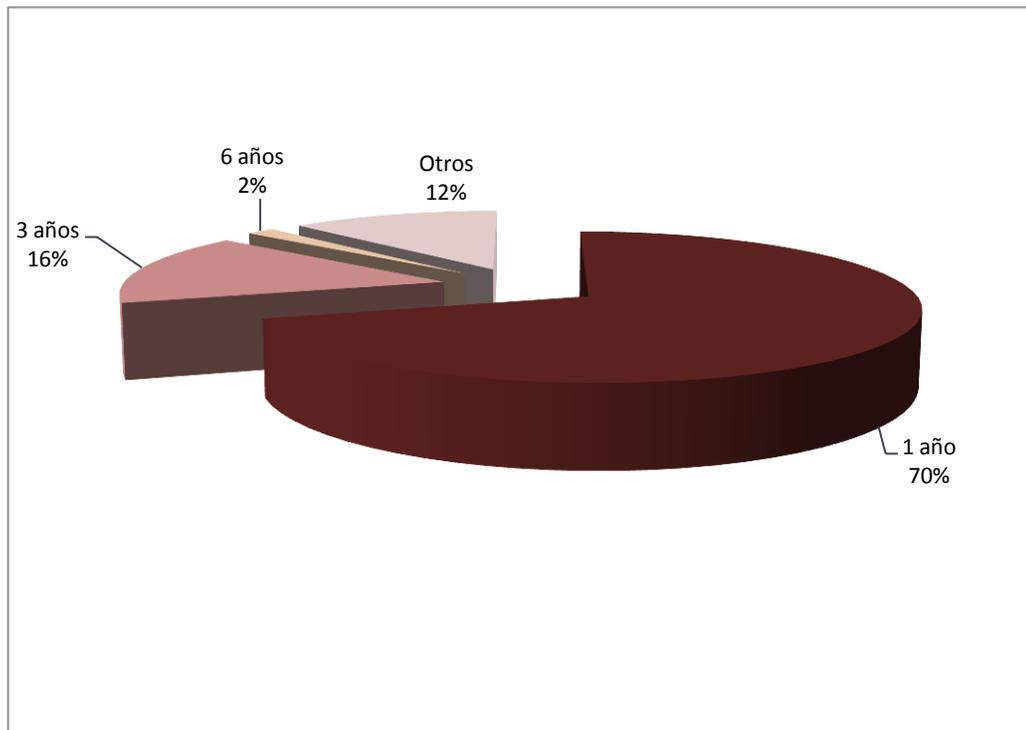
El presente estudio muestra que los padres tienen conocimiento adecuado en cuanto a la higiene bucal, sin embargo, es necesario darles a conocer los diferentes métodos de higiene que complementan el cuidado dental.



**Tabla 8**

<b>Conocimiento de los padres referente a la edad apropiada para empezar con la higiene bucal de sus hijos</b>		
<b>Octubre de 2011</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1 año</b>	173	70.33
<b>3 años</b>	39	15.85
<b>6 años</b>	4	1.63
<b>Otros</b>	30	12.20
<b>Total</b>	246	100.00

Al cuestionar el conocimiento de los padres referente a la edad apropiada para empezar con la higiene bucal de sus hijos el 70.33% considera que al año se debe comenzar con la limpieza dental, un 15.85% menciona que a los 3 años y el 1.63% considera que a los 6 años es lo apropiado.



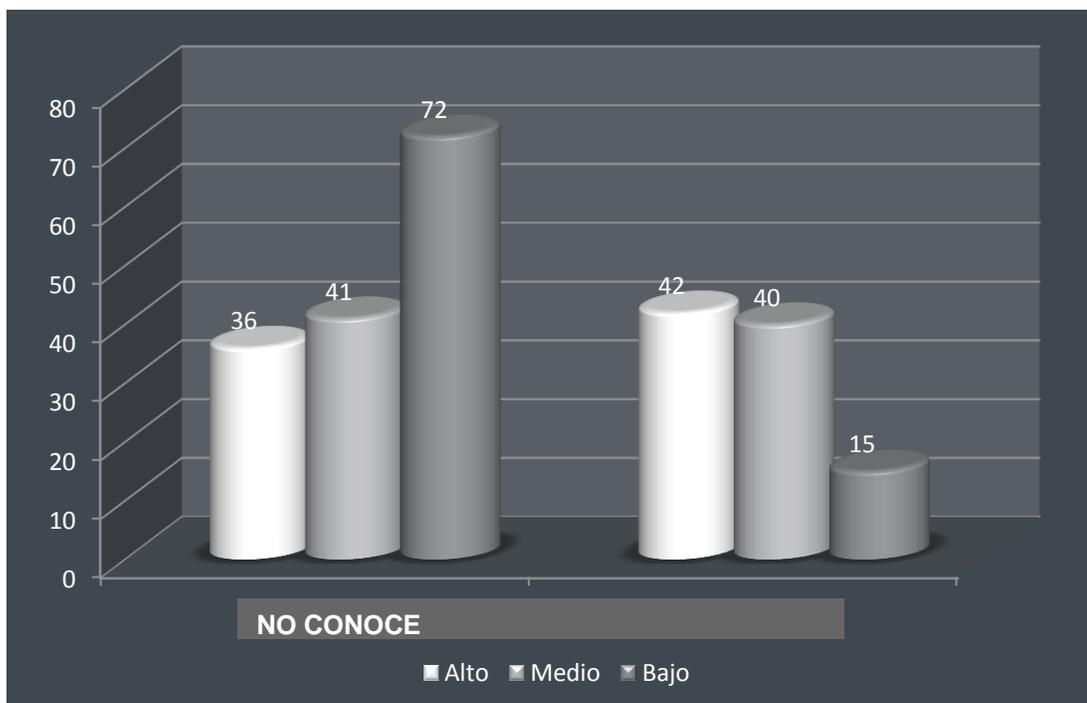
**Tabla 9**

Estrato socioeconómico y conocimiento de los padres						Octubre de 2011
	No Conoce		Conoce		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alto</b>	36	24,16	42	43,30	78	31,71
<b>Medio</b>	41	27,52	40	41,24	81	32,93
<b>Bajo</b>	72	48,32	15	15,46	87	35,37
<b>Total</b>	149	100	97	100	246	100

P<0.001

Al analizar los datos referentes al estrato socioeconómico con el conocimiento de los padres se observó que de los padres encuestados con un adecuado conocimiento el 43.30% pertenecían a un estrato socioeconómico alto, mientras que la siguiente proporción en importancia eran aquellos padres que pertenecían al estrato medio (41.24%). En cuanto a los padres que no demostraron un conocimiento adecuado, la mayoría pertenecían al estrato socioeconómico bajo (48.32%).

Al realizar una prueba con el coeficiente de Chi cuadrada calculada se observó evidencia suficiente para determinar una relación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico al que pertenecen los padres con conocimiento adecuado. (p<0.001).



## DISCUSION

El presente estudio mostró que la mayoría de los padres encuestados tienen un nivel escolar terminado hasta secundaria, mientras que en un segundo lugar los padres terminaron alguna licenciatura, AFONSO-SOUZA en el 2007 mostró que los hombres con una menor percepción de salud oral, menor ingreso y menor grado de educación, reportaron mayor número de órganos dentales perdidos.

SHAKER en el 2002 realizó un estudio en el que se mostró la falta de conocimientos sobre la dentición primaria que tuvieron los padres de Arabia Saudita, en este estudio se muestra que un 93.90% de los padres encuestados creen que los dientes infantiles son importantes y un 93.50% conoce el cepillado dental como método de higiene bucal.

SCHROTH en el 2007 realizó un estudio en el que mostró que la mayoría de los padres encuestados mencionan que los dientes primarios son importantes, en este estudio se coincide con los resultados del autor antes mencionado.

HOEFT concluyó que la mayoría de las madres inicia el cepillado dental de sus hijos en un promedio de edad de 1.8 años, mientras que en este estudio un 70.33% de los padres inicia la higiene bucal de sus hijos al primer año de vida.

DYE en el 2010 menciona que la pobreza es un determinante significativo en cuanto a salud oral, LUKES concluye que la población marginada tiene poco acceso a la información sobre salud bucal, TANG Y COLS en 1997 obtienen en sus resultados que los padres con conocimiento insuficiente son un factor importante en la prevalencia de caries dental en niños, DE LA ROSA RAMIREZ en 1978 mostró que el estrato socioeconómico alto presentó una mejor higiene bucal que las clases media o baja, TAANI comprobó que niños de escuelas privadas acudían con mayor frecuencia al dentista que niños de escuelas públicas, MILEN 1981 nos muestra que la población con

estrato socioeconómico bajo presentaron mayor cantidad de tratamientos restaurativos, PEREZ-NUNEZ Y COLS en 2006 mencionan que en México las enfermedades bucales son de alto impacto en la población marginada, en este estudio se muestra que el estrato socioeconómico influye en el conocimiento que tienen los padres sobre la dentición de sus hijos y los métodos de higiene que conocen.

El estrato socioeconómico es un factor determinante que influye de manera significativa en el cuidado dental que los padres tienen en sus hijos, el conocimiento que ellos presentan esta en relación al nivel económico que presentan ya que los padres que presentaron mayor conocimiento pertenecían a un estrato socioeconómico alto en un 43.30%.

## **CONCLUSIONES**

- La hipótesis se rechaza. Ya que la mayoría de los padres saben que los dientes infantiles son importantes e identifican la utilidad de la dentición primaria, así como también conocen el daño que esta puede causarle a la dentición permanente en caso de no ser atendido el problema dental.
- Los padres encuestados tiene conocimiento sobre la edad en que erupciona el primer diente infantil, así como la erupción de los dientes permanentes, sin embargo desconocen la cantidad de dientes que debieran tener a los 4 años y a los 12 años.
- El método de higiene más popular fue el cepillado dental.
- Los padres empiezan el cepillado dental en sus hijos al primer año de vida.
- El conocimiento que presentan los padres esta en completa relación con el estrato socioeconómico, a mayor estrato socioeconómico mayor conocimiento.

## **RECOMENDACIONES**

Ya que la mayoría de los encuestados fueron madres encargadas de las actividades diarias de sus hijos, se recomienda crear un método educativo enfocado principalmente a las amas de casa, ya que si se logra cambiar la percepción de las madres hacia la salud bucal tanto de ellas como la de su familia, tendría gran repercusión en la población infantil logrando inculcar la higiene dental desde edades tempranas.

Establecer en la cartilla de vacunación visitas dentales obligatorias con los especialistas en niños cada 3 meses, para inculcarles las visitas dentales frecuentes y disminuir el índice de caries, evitando futuras enfermedades bucales.

Como especialistas en niños, debemos fomentar en la población que somos los indicados en diagnosticar y tratar la conducta de los niños, orientada principalmente a la prevención ya que somos capaces de lograr la cooperación de ellos desde edades muy tempranas.

## CUESTIONARIO

1. Edad del padre:
2. <20 años    2. 21-30 años    3. 31-40 años    4. 41-50 años    5. >50 años
3. Género de quien contesta:
4. Femenino    2. Masculino
5. Escolaridad del padre:
6. Primaria    2. Secundaria    3. Preparatoria    4. Técnica    5. Licenciatura    6. Otro
7. Ingreso familiar mensual:
8. Mayor a 18 mil pesos    2. Mayor a 9 mil pesos    3. Mayor a 1,800
9. ¿Conoce usted a qué edad debe salir el primer diente infantil?
10. Si    2. No    Mencione la edad \_\_\_\_\_
11. ¿Sabe cuántos dientes debe tener su hijo a los 4 años?
12. Si    2. No    Mencione el numero \_\_\_\_\_
13. ¿Piensa usted que los dientes infantiles son importantes?
14. Si    2. No
15. ¿Para qué cree que sirvan los dientes infantiles?
16. Comer    2. Para que se vea bonito el niño    3. Para mantener el espacio adecuado para la erupción de los dientes permanentes    4. No sé    5. Todas las anteriores
17. ¿Piensa usted que los problemas en los dientes infantiles puede ocasionar daño en los dientes permanentes?
18. Si    2. No
19. ¿Conoce la edad en la que erupciona el primer diente permanente?
20. Si    2. No    Mencione la edad \_\_\_\_\_
21. ¿Conoce a qué edad debe tener su hijo la dentición permanente completa?
22. Si    2. No    Mencione la edad \_\_\_\_\_
23. Métodos de higiene bucal que conozca
24. Cepillado dental    2. Hilo dental    3. Enjuagues bucal    4. Otros
25. En un bebé sin dientes, ¿considera necesaria la limpieza bucal?
26. Si    2. No
27. Edad apropiada para empezar la higiene bucal de sus hijos
28. 1 año    2. 3 años    3. 6 años    4. otro

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Franco Angela Maria, Jimenez Juliana, Saldarriaga Catalina, Zapata Laura, Saldarriaga Alexandra, Gonzalez Maria Clara, Ocampo Alvarado** “Conocimientos y prácticas de cuidados bucales de madres de niños menores de 6 años.”
2. **Liehton, BC.** The biology of occlusal development monograph number 7 craniofacial growth series, Michigan 1971.
3. **Moyers, R.,** Manual de ortodoncia. 4a. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1992.
4. **Salzman, J.A.,** Practice of orthodontics JB Lippincott CO Monterreal y Philadelphia 1993.
5. **Mayoral, G; Mayoral, J.** Ortodoncia principios fundamentales y práctica. Ed Labor. Barcelona.
6. **Sadakatusu, S.; Parson, P.** Eruption of permanent teeth. Euro. Amer. Inc. Ishiyaku Japón 1990.
7. **Canut, J A.** Ortodoncia clínica. 1era. Edición. Salvat. Barcelona.1988.
8. **Logan WHG, Kronfeld R.** Development of the human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years.
9. **Cárdenas Sotelo O de, Sala Adam M.** “Educación para la salud en estomatología.” Cd. De la Habana 1998
10. **Loesche WJ:** “Role of Streptococcus mutans human dental decay.” 1998
11. **Miguel Alberto Zamudio-Gómez, Luis Alberto Gaitán-Cepeda, Manuel Bravo-Pérez, Haydeé Gómez-Llanos** Impacto a corto plazo de la cartilla de salud bucal sobre la prevalencia de caries en niños de Tijuana, Baja California, México.
12. **Ruth M. Brown, RN, MSN; Daryl Canham, RN, EdD, C; and Virginia Young Cureton, RN, DrPH** An Oral Health Education Program for Latino Immigrant Parents.

13. **Syrjala, Anna-Maija Hannele, Knuuttila, Natti Lauri Edvard and Syrjala Leena Kyllikki** “Auto-percepción de eficacia en el comportamiento de la salud oral” Acta odontológica Scandinavica.
14. **Sta°hlnacke K, So”derfeldt B, Unell L.** “Percepción de la salud bucal: los cambios de más de 5 años en una cohorte de edad de Suecia.” Community Dentistry Oral Epidemiology.
15. **Montero Martin, Bravo Pérez.** “Calidad de vida oral en la población en general.” Universidad de Granada 2006.
16. **Woosung Sohn, DDS, PhD, DrPH; Amid Ismail, BDS, MPH, MBA, DrPH; Ashley Amaya, MS; James Lepkowski, PhD** Determinants of dental care visits among low-income African-American. Marzo 2007.
17. **C. Bedos<sup>1</sup>, A Levine<sup>1</sup>, J-M Brodeur<sup>2</sup>.** “How People on social Assistance perceive, experience and improve oral health. 2009.
18. **Shaker Al Saad, Mohammed Al Bokhamseen, Thakib A Al Shalan,** Saudi parent`s knowledge about the importance of children`s primary teeth and prevention of dental diseases in Al-Ahsa region, Saudi Arabia. Pak Orthodont Ped and Comm Dentistry. Jun 2002.
19. **Sol E. Espasa J.R.** “Prevención y cuidados bucodentales en la infancia y adolescencia” 2001
20. **Dye BA, Thornton-Evans G.** Trends in oral health by proverty status as measured by Healthy People 2010 objectives. Public Health Rep. 2010 Nov-Dec.
21. **Afonso – Souza G., Nadanovsky P, Chor B, Faerstein E, Werneck GI, Lopez CS\_DE.** “Asociación entre las visitas de rutina para los exámenes dentales y auto-percepción de salud bucal en la población adulta en Rio de Janeiro.” 2007

22. **Strippel H.**, Effectiveness of structured comprehensive paediatric oral health education. for parents of children less than two years of age in Germany. Community Dent Health. Junio 2010.
23. **Núñez Soto Ileana, Pérez Vidrio Gustavo, López Pérez Rubén.** “Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos.” 2006.
24. **Al Shalan TA, Al-Musa BA, Al-Khamis AM.** “Parent’s attitude towards children’s first dental visit in the college of Dentistry. Saudi Arabia 2002.
25. **Meera R, Mutha M, Phanibabu M, Rathnaprabhi.** “First dental visit of a child.”
26. **Naidu R. S.; Davis L.,** Parents' views on factors influencing the dental health of Trinidadian pre-school children. Community Dent Health 2008.
27. **Robert J Schroth, Douglas J Brothwell, Michael EK Moffatt.,** Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries. 2007.
28. **Aubrey Sheiham** “Oral health, general health and quality of life bulletin of world health organization. Septiembre 2005.
29. **Lukes SM,** Oral health knowledge attitudes and behaviors of migrant preschooler parents. Southern Illinois University Carbondale, USA.
30. **Tang JM y cols,** Dental caries prevalence and treatments levels in Arizona preschool children. Public Health 1997.
31. **Hoelt KS, Masterson EE, Barker JC.,** Mexican American mother’s initiation and understanding of home oral hygiene for young children. Department of Preventive and Restorative Dental Sciences, San Francisco.
32. **Gomez SS, Weber AA, Emilson CG.,** A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. Department of Preventive Dentistry, University of Valparaiso, Chile.

33. **Hiutin Alan, Lee Hyejn, Erbireanu Frederick, Na Meena, Saeed Jaforpour.** “At what age should a child’s first dental visit be? An evidence –based report.” 2009
34. **Saldarriaga O J, Sánchez M, Avedano L.,** Conocimiento y prácticas de salud bucal de los gestantes vinculadas al programa de control prenatal.
35. **De la Rosa Ramírez M.,** Dental caries and socioeconomic status in Mexican children. March 1978.
36. **Taani DQ.** “Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan”. International Journal 2002.
37. **Navas P Rita, Carmen Julia Álvarez THAIS, Rojas-Morales y Olga Zambrano.,** Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares.
38. **Arnrup K, Berggren U, Broberg AG, Lundin SA, Hakeberg M.,** Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs cooperative child dental patients. 2002.
39. **Milen A, Hausen H, Heinonen O, Paunio I.,** Caries in primary dentition related to age, sex, social status and county of residence in Finland. 1981.
40. **OMS** <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
41. **Pérez- Núñez R, Medina – Solís CE, Maupome G, Vargas Palacios.** “Factores asociados con la salud dental en México y su cobertura evaluación.” Community Dentistry Oral Epidemiology 2006.
42. **Marvin H. Berman** How can dentists and parents communicate effectively about children’s dental health needs? JADA Marzo 2011.
43. **Estupiñan-Day Saskia, Sosa Maritza.** “Un llamado a la acción para lograr comunidades libres de caries en las poblaciones más vulnerables de la región de las Américas memorias.” Organización de la salud OMS.
44. **Buglar ME, White KM, Robinson NG.** “The role of self-efficacy in dental patient’s brushing and flossing. Testing on extended health belief model.” 2009

45. **AAPD** Guideline on infant oral health 2009.
46. **AAPD** Policy on dental home, oral health policies 2004
47. **Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH-2000)** 2009