Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica

Actitud hacia la salud oral y prevalencia de caries en niños escolares de Tijuana, BC y caso clínico.

Trabajo terminal para obtener el DIPLOMA de
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

CD José Luis Bustamante Reynoso

PRESIDENTE
Dr. Miguel Alberto Zamudio Gómez

SINODAL
Dra. Irma Alicia Verdugo Valenzuela

SINODAL
MO Carlos Alberto Fregoso Guevara

Tijuana, Baja California, Noviembre 2014

Índice

		Página
1. Introducción	…….	1
2. Planteamiento del problema	……...	25
3. Justificación	…..……	26
4. Objetivos	…..……	27
5. Materiales y métodos	…..……	28
6. Resultados	…..……	32
7. Discusión	…..……	52
8. Conclusión	…….	54
9. Recomendaciones	…..……	56
10. Anexos	…..……	57
11. Resumen de caso clínico	…..……	61
12. Introducción	…….	62
13. Presentación de caso clínico	…….	74
14. Resultado	…….	82
15. Discusión	……	84
16. Conclusión	……	85
17. Referencias bibliográficas	……	88

1. Introducción

Las actitudes forman parte de la vida y del comportamiento humano. Se posee múltiples actitudes, a favor o en contra del aborto, del divorcio, de la pena de muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos, etc. Todas ellas son aprendidas y se adquieren en el transcurso de la interacción social, a través de las distintas formas de socialización.

Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas las actitudes se modifican, ya que muchas de ellas son bastante estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, a lo largo de la vida, pero otras van a variar. La exposición a otra información, a otros grupos o a la experiencia personal pueden cambiar las actitudes, así como proporcionar otras nuevas.

Las enfermedades orales son uno de los problemas principales de salud pública debido a la alta prevalencia. Una forma de tratarla a largo plazo es identificar esas actitudes negativas o indiferentes y modificarlas brindando conocimientos, de cómo puede afectar la salud, para así tener una actitud positiva y mayor cantidad de pacientes sanos.

Los profesionales de la salud continuamente están intentando modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud. Conocer las actitudes del profesional, las de los pacientes y las familias que se van a atender, y las variables que favorecen su cambio son muy útiles por tres motivos, principalmente:

- Está demostrado que las actitudes del profesional repercuten en la de los pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal.
- Las actitudes de los pacientes están muy relacionadas con su salud y la adherencia a los tratamientos.

- Identificar las variables implicadas en el cambio de actitudes permite proporcionar información más persuasiva y eficaz.

A pesar de que se han realizado pocos estudios para medir las actitudes en niños, a continuación se enuncian los estudios más relevantes para medir las actitudes la mayoría de éstos en adultos:

En Taiwán, Chih-Chang Cheng y cols, realizaron un estudio concluyendo mediante la escala Likert una actitud positiva en un 95% en las madres nativas con respecto a las madres inmigrantes.[1]

En Praga, Republica Checa, Erika Lenčova y cols, realizaron un estudio para determinar las actitudes de los padres en la prevención de caries mediante la escala Likert dando como resultado mayor una actitud positiva del 78.6%.[2]

En chile, Alfredo Cueto y cols, realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años, encontrando un nivel de actitud buena o muy buena del 51.5% y el 48.5% restante regular o mala.[3]

En Colombia, Andrés Agudelo y cols, realizaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín, encontrando en el análisis de actitudes que el 95.11% de los niños tienen actitud positiva, ante un 4.89% con una actitud negativa.[4]

En Colombia, Farith González y cols, en un estudio realizado en la medición de conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal en padres y cuidadores en hogares infantiles se encontró mediante la escala Likert, una actitud favorable del 74.5 %.[5]

La caries dental constituye una de las enfermedades más importantes de la odontología, en la infancia, representa un importante desafío para la salud pública,

a continuación se mencionan los estudios sobresalientes sobre prevalencia de caries dental.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que entre el 60 y 90% de los niños del mundo presentan lesiones de caries con cavitación evidente.[6]

En Kenya en un estudio realizado concluyeron que es recomendable una intensiva promoción de la salud oral especialmente en áreas urbanas para reducir la alta prevalencia de caries dental. En el distrito de Nairobi West fue del 37.5% y en el distrito de Mathira West 24.0%.[7]

En Chile los últimos estudios de prevalencia, realizados por el Ministerio de Salud, mostraron la presencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia en niños (as) de 6 y 12 años de 70.3% y 62.5%, respectivamente.[8]

En Chile Carmen Gloria Aravena realizó un estudio con el tema estado de salud bucal, conocimientos, actitudes y prácticas en niños de 6 años, se encontró una alta prevalencia de caries del 68.9%.[9]

En Cuba Alicia Hernández Suarez encontró que la caries dental es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, pues daña a más del 90% de la población y la tendencia a padecerla en los menores de 15 años es un comportamiento similar al descrito por otros países. Afecta aproximadamente al 40% de los infantes y entre el 60 y el 80% de los adolescentes y jóvenes.[10]

México está considerado por la Organización Mundial de la Salud como un país con alta prevalencia de caries, la cual representa un serio problema de salud pública para nuestro país y un reto para las instituciones de salud.[11]

Entre 1997 y 2001 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Caries con el objetivo de obtener información de caries dental para la dentición primaria y permanente en la población escolar en las 32 entidades federativas obteniendo una prevalencia a nivel nacional del 58% a los 12 años de edad.[11]

Juana Jiménez Férez realizó un estudio comparativo de caries dental en cinco generaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se encontró una prevalencia de caries del 94.5%.[12]

En la ciudad de Tijuana, Baja California Zamudio-Gómez MA y cols realizaron un estudio para determinar la prevalencia de caries obteniendo una prevalencia del 67%.[13]

A continuación se fundamenta el presente estudio.

Actitud

Definición

Actualmente en la literatura hay múltiples definiciones de actitud, por lo cual se seleccionaron algunas de ellas para este estudio.

Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. Constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo.[14]

Es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.[15]

Se definió actitud como, estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce la influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.[16]

Partiendo de las definiciones de Katz, Zimbardo y Ebessen, se entiende por actitud una predisposición aprendida, no innata y estable

aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objeto (individuos, grupos, ideas, situaciones, etc.) Nunnally las describe más sencillamente como sentimientos hacia objetos.[16]

La actitud también puede ser definida como una tendencia para actuar de determinada manera, pero se compone de algunos elementos en los que se destacan los pensamientos y la emociones que son sus componentes centrales (las emociones están relacionadas con las actitudes pues son las que hacen reaccionar a las personas con agrado o desagrado ante una determinada situación).[17]

Para esta investigación se definió actitud como, predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto, sus símbolos o situación.[15, 16]

Teorías de las actitudes

Existen básicamente tres tipos de teorías sobre las actitudes, las del aprendizaje, las de la consistencia y el equilibrio, así como las de la disonancia cognoscitiva.[17]

Teorías del aprendizaje

Según estas teorías, las actitudes son aprendidas por refuerzos y castigos. Cuando se está en contacto con nueva información hay sentimientos y pensamientos que generan acciones, que si son recompensadas, entonces se volverán a repetir y eso constituirá un aprendizaje. La teoría conductista ve a los sujetos como entes pasivos, que están sujetos a situaciones positivas o negativas que influyen en su percepción. También, para esta teoría son importantes los aprendizajes previos que afectan en alguna medida a los nuevos.

Teorías de la consistencia y el equilibrio

Para este grupo teórico la falta de congruencia entre un pensamiento y una acción hace que las personas se sientan incomodas, lo cual las presiona para cambiar sus pensamientos, conductas o percepciones con el objetivo de que éstas estén acordes. Si el aparato mental entra en crisis por algún suceso, o bien por la posibilidad del mismo, entonces la persona intentara hacer modificaciones a través de acciones concretas, que de no ser posibles, provocaran que la persona cambie su forma de ver la realidad. Para Fritz Heider la mente busca vivir con orden las ideas, no le gusta complicarse las cosas, por eso las ideas simples son las que sustituyen a las complejas, por la tendencia a la claridad mental.

Teoría de la disonancia cognitiva

Esta teoría considera que cuando se tienen dos ideas que no concuerdan entre sí, se produce un estado incómodo. Esta situación presiona porque es un estado molesto que empuja a su resolución de alguna manera. Una forma de reducir la disonancia cognitiva es a través de tomar partido por una de las dos ideas y rechazar aquella que salga perdiendo. Éste propicia que se reaccione de manera positiva o negativa ante los fenómenos cotidianos.

Tipos de actitudes

Las actitudes pueden clasificarse según sean favorables, congruentes o dependientes de la situación.[16]

Favorables o desfavorables

Las actitudes pueden ser favorables o desfavorables, es decir, permiten manifestar sentimientos negativos o positivos, según la forma como se reaccione ante un fenómeno determinado. Es importante mencionar que no existen actitudes neutras, porque cada acontecimiento, situación o persona producen una reacción, y las reacciones siempre están polarizadas.[16]

Congruencia o incongruencia

Aunque un alumno puede tener una mala actitud ante un maestro, independientemente de valorar como positiva la materia o sus acciones, igualmente puede tener una actitud positiva a pesar de valorar inadecuadamente las acciones que realiza el maestro. Sin embargo, como ya se mencionó, las personas tienden a guardar pensamientos consonantes más que discordantes, por ese motivo la existencia de actitudes incongruentes es menos probable.[16]

Independientes o dependientes

Las actitudes pueden tener un componente interno, que dependa del propio sujeto, o pueden ser independientes e influidas por otras personas. Es decir, unas actitudes se presentan de manera ajena a la situación, mientras que otras son formadas por la influencia directa sobre el sujeto.[16]

Componentes de las actitudes

El modelo que ha tenido más impacto es el llamado modelo tridimensional, que considera que las actitudes están formadas por tres componentes: 1) cognitivo, 2) evaluativo y 3) conductual. Por componente cognitivo se entiende el conjunto de ideas o conocimientos que se tienen sobre el objeto; el componente evaluativo serían sentimientos positivos o negativos hacia el objeto en cuestión; y el conductual o conativo trataría la predisposición de actuar de determinada manera delante del objeto.

Así pues, según los modelos tridimensionales, las actitudes englobarían: 1) un conjunto organizado de convicciones o ideas, 2) que predispone favorablemente o desfavorablemente, 3) a actuar respecto a un objeto social.[16]

Medición de Actitudes

Pueden usarse distintos métodos para obtener información concerniente a la actitud de una persona hacia algo, incluyendo la observación directa, las técnicas proyectivas, los indicadores fisiológicos, las mediciones de las asociaciones implícitas y los inventarios o escalas de actitud.[18]

Técnicas proyectivas, fisiológicas e implícitas

La observación directa del comportamiento es informativa, en particular con niños pequeños o cuando otros métodos se consideran una intrusión. No obstante, obtener una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones pueden requerir un periodo prolongado y resultar costoso. Asimismo, las mediciones conductuales de las actitudes a menudo producen resultados de técnicas proyectivas y cuestionarios o escalas de actitudes.

- Técnicas proyectivas

  Las actitudes pueden evaluarse de manera proyectiva mostrando un conjunto de imágenes ambiguas de las personas e indicándoles que inventen una historia sobre cada imagen.

- Técnicas fisiológicas

  Consiste en vigilar las reacciones, tales como los cambios en la conducción eléctrica de la piel del individuo (GSR o respuesta galvánica de la piel) o las modificaciones en el diámetro de la pupila del ojo en respuesta a estímulos relacionados con actitudes.

- Asociaciones implícitas

  Incluso cuando las actitudes, o bien otros pensamientos y creencias, no se revelan explícitamente en el comportamiento de una persona, pueden estar implícitas en lo que dice o hace. Métodos tales como la Prueba de Asociación Implícita de ventana de respuesta.[18]

Validez y seguridad de una escala

Seguridad

Aquella en que aplicada varias veces, en situaciones similares, proporciona resultados idénticos. Una escala es más segura cuanto más inalterables sean sus puntuaciones al ser aplicada en varias ocasiones al mismo grupo.[15, 18]

Principales métodos para el cálculo del coeficiente de seguridad:

- Aplicaciones repetidas de la escala.
- Aplicaciones en formas paralelas.
- División por mitad.

Una escala no tiene un sólo coeficiente de seguridad, sino tantos como aplicaciones se hagan.

Validez

Una medida es válida si realmente mide aquello que pretende medir. Se da cuando cumple el fin de medir aquello para lo que ha sido construida.

La validez tiene un límite, ya que cuando hemos aumentado la seguridad de modo que tienda a ser perfecta, la validez de una escala no se hace mayor por muchos ítems que le añadamos.[15, 18]

Escalas para la medición de Actitud

El método más popular de medición de actitudes es aplicar una escala de actitudes consistente en un conjunto de enunciados positivos y negativos concernientes a un concepto específico (un grupo de personas, una institución, un concepto). La calificación total de una escala de actitud se determina a partir de a respuestas agregadas de los examinados a los enunciados, con el método especifico de calificación que depende del tipo de escala.[16, 18]

Una de las primeras escalas de actitud fue la Escala de Distancia Social de Bogardus, en la que los examinados clasificaban varios grupos raciales y religiosos en orden de aceptación. Al aplicar esta escala acumulativa se indicaba a las personas que señalaran el grado en que aceptaban varios grupos sociales o religiosos en diversas habilidades. Los reactivos se ordenaban en una jerarquía tal, que una respuesta positiva a un reactivo dado implicaba respuestas positivas para todos los reactivos anteriores en la jerarquía. La escala Borgadus probó ser útil en la investigación sobre diferencias regionales y otras variables relacionadas con el prejuicio racial, pero permitía la medición de actitudes solo en una escala ordinal y era más bien cruda considerada según parámetros actuales. Se originaron mejores mediciones de actitud a partir de la investigación de Louis Thurstone, Rensis Likert, Louis Guttman y otros expertos en mediciones psicométricas.[16, 18]

Estas escalas suelen denominarse diferenciales, summativas y acumulativas, también conocidas por los nombres de sus autores: Thurstone (diferenciales), Likert (summativas) y Guttman (acumulativas) [15, 18]

Escala Thurstone:(escala experimental)

Este instrumento nos proporciona esta técnica que es la posibilidad de construir un instrumento (escala) que sirve para la medida y análisis de actitudes.

Lo que se intenta medir es la actitud que ha sido efectivamente manifestada a través de una opinión.[15, 18]

Construcción de la escala

- Preparación de los ítems originales.
- Evaluación de los ítems en la prueba de jueces.
- Selección de ítems.
- Presentación definitiva de la escala.

Aplicación y análisis

Sirven para la medición de actitudes tanto individuales como grupales. Mediante la aplicación de una escala de actitud, pueden analizarse o describirse los siguientes aspectos:

- La actitud particular del individuo hacia el tema en cuestión.
- La amplitud de opiniones que un sujeto está dispuesto a aceptar o rechazar.
- Aceptación o rechazo de la actitud para un grupo
- Grado de homogeneidad o heterogeneidad de las actitudes de un grupo.

Ventajas y desventajas

Ventajas

1) Permite hacer una calificación actitudinal de un grupo dado a lo largo de un continuo que va del polo positivo al negativo.
2) Supone un refinamiento en la medida.
3) Si el sistema de medida es el intervalo, proporciona un método adecuado para comparar puntajes actitudinales y cambios actitudinales en los individuos y en los grupos.

Desventajas

1) El proceso de elaboración de la escala es largo y complejo.
2) Su contenido y elaboración la convierte en una escala a nivel ordinaria.
3) Influencia que ejercen los jueces en la valoración de los ítems.

Escala de Guttman

Sólo se ocupa de la evaluación de reactivos una vez que han sido seleccionados mediante cualquier otro método.

Intenta la medición de una sola dimensión evitando la contaminación de otros factores. Desde el punto de vista práctico, su interés radica en la posibilidad de que el investigador pueda determinar en qué medida los atributos de una población pueden clasificarse sobre una escala y respecto de que criterios no es posible jerarquizar variables y sujetos.[15, 18]

Construcción

- Preparación de un conjunto de ítems sobre la actitud que se quiere medir.
- Administración de los ítems a los sujetos.
- Asignación de puntuaciones a los ítems.
- Análisis de los ítems para la formación de series escalogramadas.

Técnica Cornell para el análisis de escalogramas.

Procedimiento más usual en el análisis de escalograma.

Los reactivos originales en los primeros ensayos de Guttman eran de carácter dicotómico, las respuestas a los ítems se hacían en términos de si o no, favorable o desfavorable.

- Los ítems se someten a la consideración de una muestra de sujetos. Los ítems tienen varias alternativas de respuesta cada uno.
- Una vez administrados los ítems, el paso siguiente será establecer la puntuación total de cada sujeto en base a la ponderación efectuada.
- Corresponde ordenar a los sujetos y a los ítems según la puntuación total dada
- Los sujetos han sido ordenados en el escalograma. La ordenación no es perfecta (error de reproductividad).

- Según Guttman, estos errores pueden deberse a desviaciones auténticas de la actitud.
- Si se reduce las categorías de respuesta de los ítems mediante la fusión de las mismas se puede disminuir los errores. En esta nueva fusión hay que considerar la conveniencia de una distinta puntuación.

Ventajas y desventajas.

Ventajas

1) Se asegura con una gran precisión la unidimensionalidad de los enunciados que representan una actitud.
2) Su carácter predictivo es elevado y la aplicación del procedimiento pro escalograma de resultados sorprendentemente exactos a través de la reproductividad de las respuestas.
3) Permite ordenar y jerarquizar tanto a los ítems como a los sujetos, mientras que otras técnicas sólo llegan a la ordenación de unos u otros.

Desventajas

1) No está suficientemente aclarado que la unidimensionalidad sea real.
2) La jerarquización supone restricciones artificiales en las alternativas de respuesta y desperdicio marginal de las discordantes.

La técnica del escalograma proporciona información sobre la actitud individual de los miembros de un grupo, pero no dice nada respecto a la actitud colectiva.

Escala Tipo Likert

El más popular de todos los procedimientos de escalamiento de actitud, sin duda debido a su sencillez y versatilidad, es el procedimiento diseñado por Rensis Likert. Al igual que con el método Thurstone de intervalos de igual aparición, el método de rangos sumarizados empieza con la recopilación o elaboración de una gran cantidad de reactivos de enunciados que expresen diversas actitudes positivas y negativas hacia un objeto o acontecimiento especifico.[15]

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se les pide reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.[15, 18]

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de aproximadamente 20 palabras.[15]

Ejemplo:

Objeto de actitud medido	Afirmación
El voto	"Votar es una obligación de todo ciudadano responsable"

En este caso la afirmación incluye 8 palabras y expresa una sola relación lógica (X-Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y solo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

A continuación las alternativas más comunes.

Alternativa 1 Afirmación

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Alternativa 2 Afirmación

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Alternativa 3 Afirmación

Definitivamente si	Probablemente si	Indeciso	Probablemente no	Definitivamente no

Alternativa 4 Afirmación

Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso, ni verdadero	Falso	Completamente falso

Así mismo, pueden hacerse distintas combinaciones como "totalmente verdadero" o "completamente no".[15]

Construcción de la escala

- Preparación de los ítems iniciales.
- Administración de ítems a una muestra de sujetos.
- Asignación de los puntajes a los ítems.
- Asignación de las puntuaciones a los sujetos.
- Análisis y selección de los ítems.

Ventajas y desventajas

Ventajas

1) Permite la utilización de ítems que no están directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.
2) Su construcción es sencilla.
3) El nº de ítems que se necesitan para su confección suele ser menor que en las de Thurstone. Su fiabilidad suele ser elevada.

Desventajas

1) La magnitud comparativa no expresa en cuanto es más favorable un sujeto en la actitud respecto de otro.
2) La puntuación de un sujeto suele tener significado algo confuso.

Salud

Definición

Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.[7]

Historia natural de la enfermedad

El concepto “Historia Natural de la Enfermedad”, fue introducido por Sir MacFarlane Burnet en 1940, para enfermedades infecciosas. Posteriormente Leavell y Clark propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema de prevención (niveles de prevención). Historia natural de la enfermedad se define como un proceso de fenómenos que se inicia en un individuo al exponerse a una serie de factores de riesgo (período prepatogénico), que puede desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica. Se divide en periodo prepatogénico y patogénico.[19] (Ver Figura 1)

Periodo prepatogénico:

Es parte del estado aparente de salud, de equilibrio ecológico, anterior a las manifestaciones subclínicas, asintomático desde el punto de vista clínico. Se caracteriza por la interacción con los factores de riesgo. Influido por la triada ecológica: agente, huésped, medio ambiente.

a) Ambiente:

Es todo aquello que existe fuera de organismo vivo, es el medio biológico y social en el cual el organismo vive y todos los factores con que reacciona. (Ambiente geográfico, flora, fauna, sociedades humanas y su estratificación).

b) Huésped:

De quien hay que tomar en cuenta: factores biológicos, (edad, sexo, grupo étnico, herencia genética, nutrición, susceptibilidad, resistencia, inmunidad) factores psicológicos (carácter, temperamento, madurez mental y emocional factores sociales y culturales (ocupación, escolaridad, ingreso, hábitos y costumbres, acceso a servicios de salud, percepción del proceso salud-enfermedad, creencias y estilo de vida).

c) Agente:

Vía de transmisión, virulencia, infectividad, patogenicidad, mutabilidad, cantidad del inóculo (duración de la exposición y número).

Periodo patogénico

a) Etapa subclínica:

Fase de invasión, desarrollo y multiplicación del agente en el huésped con síntomas mínimos o generales inespecíficos: cambios anatómicos, fisiológicos,

bioquímicos y psicosociales. El diagnóstico sólo se confirmarse con exámenes de laboratorio/gabinete.

b) Horizonte clínico:

Momento que tiene lugar entre las atapas subclínica y clínica.

c) Etapa clínica:

Fase de evolución de la enfermedad en el huésped. Se presentan signos y síntomas clínicos de enfermedad. La evolución puede llegar a: cronicidad, invalidez, muerte o recuperación.

Niveles de prevención

a) Prevención Primaria

Se refiere a la promoción de la salud y la protección específica de las enfermedades.

Promoción de la salud: Pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental en equilibrio con su ambiente. Consiste en exámenes periódicos e higiene, nutrición, ejercicio y desarrollo.

Prevención específica: son medidas tomadas para cada enfermedad como inmunizaciones, para prevenir accidentes laborales, uso de nutrientes específicos, protección ambiental general.

b) Prevención Secundaria

Se refiere al diagnóstico precoz detectando los factores de riesgo o en los primeros estadios y dar tratamiento oportuno buscando la limitación del daño de una enfermedad en evolución tratando de retrasar los deterioros o y erradicar las causas.

c) Prevención Terciaria

Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica. Para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad o el daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad.

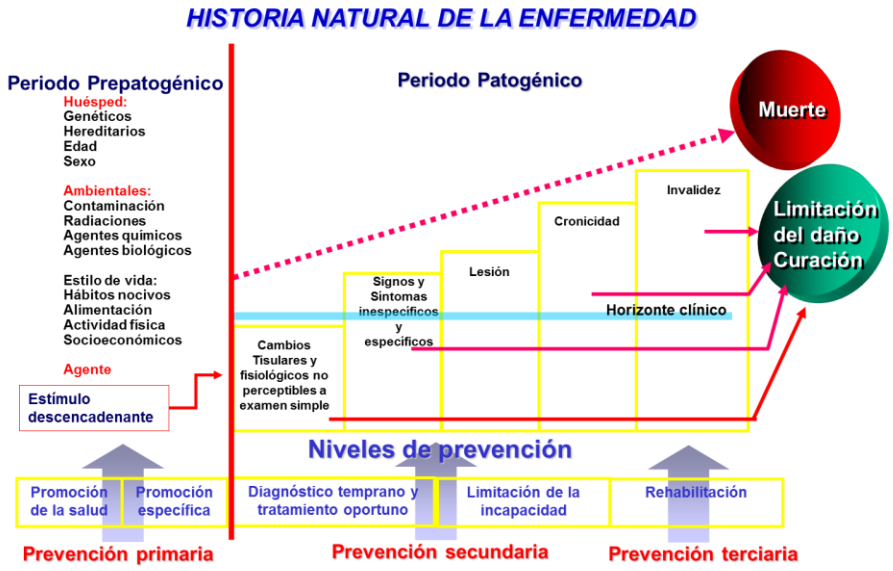

Figura 1. http://capacitacioncsdelasaludp31.wikispaces.com/

Salud Oral

La salud oral puede definirse como la ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.[7]

Historia natural de la caries dental

Periodo prepatogénico

Es una enfermedad multifactorial bacteriano-infecciosa que se caracteriza por la desmineralización de las porciones orgánicas del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas. Este proceso destructivo surge de las acciones de algunos microorganismos de la placa dentobacteriana sobre los carbohidratos fermentables, generando la producción de ácidos (principalmente láctico), como parte del metabolismo intracelular de las bacterias.[22]

a) Huésped:

Dientes susceptibles, edad, estado nutricional, factores inmunológicos.

b) Agentes:

Placa dentobacteriana, mucina o sustancias pegajosas, sustratos o restos de alimentos, procesos enzimático-ácidos.

Periodo patogénico

a) La lesión inicial de caries se denomina mancha blanca y es una alteración subsuperficial cubierta por esmalte clínicamente sano, pero en el que se pueden detectar poros de aproximadamente 200 amstrongs de diámetro, que comunican la superficie con el área desmineralizada donde se observa primero la perdida de iones magnesio y carbonato, seguido de la remoción de iones calcio y fosforo.
b) Destrucción del esmalte, daño a la dentina con ligeras molestias.
c) Erosión del esmalte y de la dentina teniendo molestias ante irritantes, inflamación pulpar y muerte de la pulpa.
d) La infección se disemina al resto del cuerpo a través del torrente sanguíneo, se puede dar también infección de las estructuras de soporte

del diente a nivel local además una infección sistémica en personas susceptibles.

e) Perdida del órgano dental.

Prevalencia de caries dental

La OMS ha definido a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende a oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos en todas las edades.[7]

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico.[22]

Índices de medición de salud dental

Cpod

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.[23]

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Solo se consideran 28 dientes.[23]

El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Signos:

C	Cariado
P	Perdido
O	Obturado

Figura 2. Índice CPO

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.[23]

ICDAS

Sistema Internacional de Detección y Medición de Caries, (por sus siglas en ingles), es un conjunto unificador de criterios que se puede utilizar para describir las características de las lesiones en el esmalte y dentina de dientes limpios, secos y evaluar su actividad. [23, 24]

La codificación de lesiones cariosas según el ICDAS II se determina de la siguiente forma: [23, 24]

Código	Estado
0	Sano
1	Opacidad, cambio visible en el esmalte al secar.
2	Opacidad, cambio visible en el esmalte sin necesidad de secar.
3	Ruptura localizada del esmalte, perdida de la integridad superficial.
4	Sombra obscura subyacente de dentina, perdida de la integridad superficial.
5	Cavidad definida con dentina visible.
6	Cavidad definida y extensa con dentina visible.

Figura 3. Sistema ICDAS

Knutson

Cuantifica en una población a todos aquellos que tienen uno o más dientes afectados, sin considerar el grado de severidad de la afección. Es muy poco específico.

Ejemplo: de un grupo de 100 escolares, 60 tienen caries, es decir, 60 % presenta la enfermedad.

No se establecen diferencias entre el número de dientes afectados ni entre los diferentes grados de severidad de la lesión. Se indica en poblaciones cuya prevalencia de caries es muy baja o cuando se quieren establecer simples diferencias entre grupos en cuanto a su prevalencia. Se expresa comúnmente en porcentajes.[22]

Sano	Enfermo

Figura 4. Índice de Knutson

2. Planteamiento del problema

Actualmente la OMS reporta entre un 60 al 90% de prevalencia de caries a nivel mundial, por lo que es considerado el principal problema dental.

En México Distrito Federal en el IMSS se realizó un estudio en el que se encontró una prevalencia de caries del 66.9% en niños de entre 3 y 12 años.

En la ciudad de Tijuana, Baja California se encontró una prevalencia del 67% en un estudio realizado.

En los pacientes pediátricos se presenta una gran cantidad de lesiones cariosas. Para el Odontopediátra es de suma importancia tomar en consideración la actitud de su paciente, así como la de los padres ya que esta puede favorecer o desfavorecer su salud oral debido a la perspectiva que tienen sus padres hacia el dentista.

Se presume que en la población mexicana no existen datos con los que se puedan comparar y tampoco en la población infantil de la ciudad de Tijuana BC ha sido un tema de investigación que aporte información de suma importancia.

Debido a esta gran cantidad de niños con órganos dentales cariados, es preocupante y de suma importancia saber si hay una relación entre la actitud hacia la salud oral y la prevalencia de caries, por lo cual se realizó la siguiente pregunta de ¿Cuál es la actitud hacia la salud oral y prevalencia de caries en niños de Tijuana BC?

3. Justificación

Este estudio tiene como propósito ayudar a los Odontólogos en general y Odontopediátras, para detectar en sus pacientes la actitud hacia la salud oral y con ello actuar a tiempo proporcionando información necesaria para una actitud positiva, creando consciencia de problemas orales para prevenirlos y hacer de ellos unos excelentes pacientes.

Con este estudio se podrá obtener un panorama actual sobre la prevalencia de caries dental y la actitud hacia la salud oral en los niños de la ciudad de Tijuana, Baja California.

La finalidad de este estudio es orientar a los odontólogos de Tijuana, Baja California a conocer los parámetros detectables para diagnosticar el tipo de actitud que tienen sus pacientes y así poder crear programas informativos de orientación para mejorar la salud oral de éstos.

4. Objetivos

General

Identificar la actitud hacia la salud oral y la prevalencia de caries en niños escolares de Tijuana, Baja California.

Específicos

Identificar por cada escuela la actitud hacia la salud oral en escolares de Tijuana.

Identificar por escuela la prevalencia de caries.

5. Materiales y métodos

Tipo de estudio

- Estudio transversal porque se realizó un solo corte en el diagnóstico de caries dental y mediante el índice de Knutson, la actitud mediante una encuesta en escala Likert.
- Prospectivo, porque los datos se obtuvieron a futuro.
- Comparativo porque se realizó la medición en diferentes escuelas primarias de Tijuana, Baja California.

Universo de estudio

Para este estudio se revisaron 562 niños, de 13 diferentes escuelas primarias y 1 escuela secundaria en la ciudad de Tijuana, Baja California, a los cuales se les observó la presencia o ausencia de caries mediante el índice epidemiológico de Knutson y se les aplicó la encuesta de actitud en escala Likert.

Criterios de inclusión

- De 6 – 12 años.
- Que estuvieron inscritos en alguna de la escuelas seleccionadas
- Que aceptaron consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Menores de 6 y mayores de 12 años.
- Que no pertenecieran a alguna de las escuelas seleccionadas.
- Que no aceptaran el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Con criterios de inclusión que por su conducta no participaron en el estudio.

Variables

Este estudio presenta las siguientes variables:

- Presencia de caries: cuantitativa.
- Actitud: cualitativa.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Actitud hacia la Salud Oral	Cualitativa	Se define como: Predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a la salud oral.	Se define actitud hacia la salud oral a la medición que se realice empleando un cuestionario con escala Likert	Likert
Prevalencia de Caries dental	Cuantitativa	Se define como: Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan caries dental en un momento o en un período determinado.	Se define prevalencia de caries a la medición que se hará mediante el índice de Knutson.	Knutson

Figura 4. Variables del estudio.

Método de recolección de datos

Previo el día de la revisión de los niños se entregó un consentimiento informado (Anexo 1) a las autoridades de los planteles escolares con los siguientes nombres: Escuela primaria Lázaro Cárdenas, primaria Aquiles Serdán, primaria Quetzalcóatl, primaria Emma A de Bustamante, primaria Leyes de

Reforma, primaria México, primaria Jose de Jesús López, primaria Rodolfo Salgado Pedrin, primaria Miguel F. Martínez, primaria Francisco Márquez, primaria Otto Murillo, primaria Valentín Gómez Farías, primaria Niño Artillero y secundaria Técnica 36, con información del procedimiento que se llevaría a cabo al revisar a los alumnos de los mismos.

Las autoridades de las escuelas primarias se lo comunicaron a los padres de familia mediante una circular. Al aceptar participar en el estudio estaban dispuestos a cooperar para obtener los datos necesarios para el proyecto.

Se les aplicó la encuesta de actitud de 13 preguntas en escala Likert a cada niño posterior a esto se procedió a revisar su boca. (Anexo 2)

Las revisiones se realizaron en las instalaciones de las diferentes escuelas primarias antes mencionadas dentro de cada salón de clases a cada niño sentado en su pupitre, con luz natural y la iluminación eléctrica utilizando un abatelenguas de madera y guantes de látex para el diagnóstico visual.

Durante la revisión el investigador responsable del presente estudio realizó el vaciado de los datos en los formatos de recolección de datos con la ayuda de alumnos del octavo semestre de la licenciatura en Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California. Se escribió en el formato el nombre la escuela primaria a la que pertenece el niño, la edad, el género, la fecha de la recolección, Si se encontraban lesiones cariosas se marcó como enfermo y si había ausencia de lesiones cariosas se marcó como sano de acuerdo al índice de Knutson. Posteriormente los datos fueron vaciados en la tabla de recolección de datos.

Recursos

Humanos

CD Jose Luis Bustamante Reynoso.

Asesores

Dr. Miguel Alberto Zamudio Gómez.

Dra. Irma Alicia Verdugo Valenzuela.

MO Carlos Alberto Fregoso Guevara.

Apoyo estadístico

MSP Rosendo Rojas.

Físicos

Instalaciones de las siguientes 14 escuelas: Escuela primaria Lázaro Cárdenas, primaria Aquiles Serdán, primaria Quetzalcóatl, primaria Emma A de Bustamante, primaria Leyes de Reforma, primaria México, primaria Jose de Jesús López, primaria Rodolfo Salgado Pedrin, primaria Miguel F. Martínez, primaria Francisco Márquez, primaria Otto Murillo, primaria Valentín Gómez Farías, primaria Niño Artillero y secundaria Técnica 36.

Materiales

Los materiales utilizados para la realización de esta investigación fueron: abatelenguas, cubrebocas, resmas de hojas blancas, plumas, copiadora, computadora y automóvil para transporte.

Financieros

Se utilizaron recursos financieros por un total de 3000 pesos mexicanos.

6. Resultados

Se revisaron un total de 562 niños distribuidos en 13 escuelas primarias y 1 escuela secundaria en la ciudad de Tijuana, Baja California. A los cuales se les aplico una encuesta de actitud de 13 preguntas en escala Likert obteniendo resultados por pregunta por cada escuela. (Grafico 1)

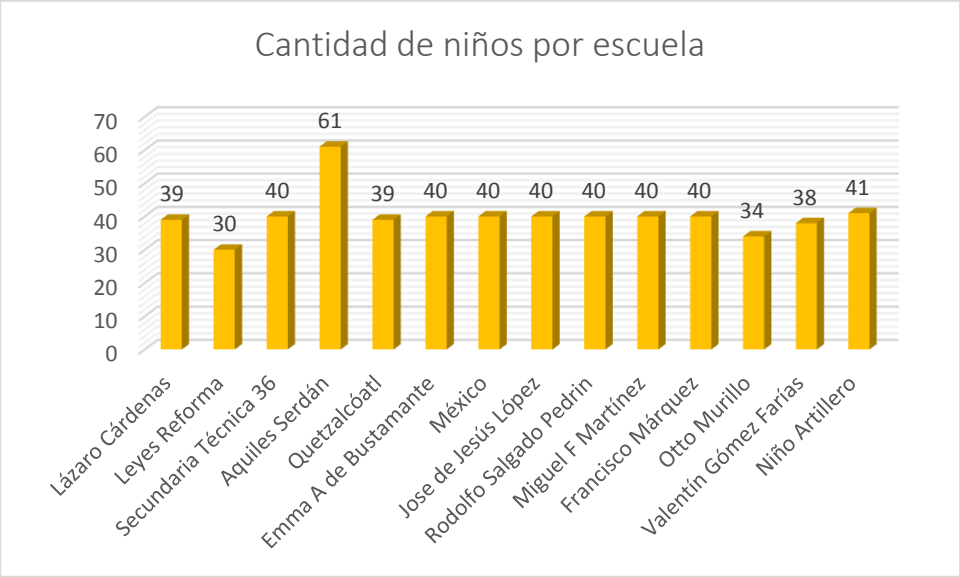

Grafico 1. Fuente: Actitud hacia la salud oral y prevalencia de caries en niños escolares de Tijuana, BC

Resultados de actitud

En los datos obtenidos en total de escuelas del presente estudio se observó la mayor frecuencia de respuesta de acuerdo en la escuela primaria Jose de Jesús López con el 94.4%, la escuela primaria Otto Murillo en la respuesta indeciso con el 50.6% y la escuela Leyes de Reforma con el 14.7% en la respuesta desacuerdo.

En la menor frecuencia en la respuesta de acuerdo se observó a la escuela primaria Lázaro Cárdenas con el 47.9%, en la respuesta indeciso la escuela

primaria José de Jesús López con el 5.4% y en la respuesta en desacuerdo también la escuela primaria José de Jesús López. (Ver tabla 1)

Escuela	indeciso	desacuerdo	de acuerdo
	%	%	%
Lázaro Cárdenas	40.5	11.7	47.9
Leyes Reforma	27.2	14.7	58.1
Secundaria Técnica 36	17.6	0.8	81.6
Aquiles Serdán	37.2	0.5	62.3
Quetzalcóatl	33.5	4.4	62.1
Emma A de Bustamante	17.3	2.1	80.6
México	24.1	6.8	69.1
Jose de Jesús López	5.4	0.2	94.4
Rodolfo Salgado Pedrin	30.1	14.6	55.3
Miguel F Martínez	24.5	8.3	67.2
Francisco Márquez	11.4	5.0	83.6
Otto Murillo	50.6	10.5	38.9
Valentín Gómez Farías	24.8	4.2	71.0
Niño Artillero	32.1	7.7	60.2
Total	26.9	6.5	66.6

Tabla 1. Resultados del total de respuestas analizadas por escuela.

Resultados de actitud por escuela

En la escuela primaria Lázaro Cárdenas, se observó que el 54% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 55% estuvo indeciso en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 64% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 42% estuvo indeciso en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 54% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 41% estuvo indeciso en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 51% estuvo indeciso en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 72% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 82% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 56%

estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 49% estuvo indeciso en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 67% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 51% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 2)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	28	36%	8	10%	42	54%
2	42	55%	9	12%	26	34%
3	50	64%	8	10%	20	26%
4	32	42%	20	26%	24	32%
5	42	54%	12	10%	24	31%
6	32	41%	18	23%	28	36%
7	40	51%	8	10%	30	38%
8	18	23%	4	5%	56	72%
9	12	15%	2	3%	64	82%
10	28	36%	6	8%	44	56%
11	38	49%	6	8%	34	44%
12	18	23%	8	10%	52	67%
13	29	37%	9	12%	40	51%

Tabla 2. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Lázaro Cárdenas.

En la escuela primaria Leyes de Reforma, se observó que el 57% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 53% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 47% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 43% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 57% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 40% estuvo indeciso en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 38% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 67% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me

ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 73% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 57% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 70% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 67% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 90% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 3)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	18	30%	8	13%	34	57%
2	14	23%	14	23%	32	53%
3	22	37%	10	17%	28	47%
4	24	40%	8	13%	26	43%
5	14	23%	12	20%	34	57%
6	24	40%	16	27%	20	33%
7	21	35%	16	27%	23	38%
8	14	23%	6	10%	40	67%
9	10	17%	6	10%	44	73%
10	20	33%	4	7%	34	57%
11	12	20%	6	10%	42	70%
12	12	20%	8	13%	40	67%
13	6	10%	0	0%	54	90%

Tabla 3. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Leyes de Reforma.

En la escuela Secundaria Técnica 36, se observó que el 88% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 79% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 78% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 75% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 75% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 80% está de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 68% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y

desechos de comida, el 95% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 87% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 90% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 92% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 83% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 75% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a

Pregunta	**Indeciso**		**Desacuerdo**		**De acuerdo**	
1	10	13%	0	0%	70	88%
2	17	21%	0	0%	63	79%
3	16	20%	2	3%	62	78%
4	18	23%	2	3%	60	75%
5	16	20%	4	5%	60	75%
6	16	20%	0	0%	64	80%
7	26	33%	0	0%	54	68%
8	4	5%	0	0%	76	95%
9	8	13%	0	0%	52	87%
10	8	10%	0	0%	70	90%
11	6	8%	0	0%	73	92%
12	14	18%	0	0%	66	83%
13	20	25%	0	0%	60	75%

revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 4)

En la escuela primaria Aquiles Serdán, se observó que el 62% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 56% estuvo indeciso en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 51% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 52% estuvo indeciso en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 56% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 57% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 69% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 72% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 69% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 74%

Tabla 4. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Secundaria Técnica 36.

estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 74% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 70% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 80% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 5)

Pregunta	**Indeciso**		**Desacuerdo**		**De acuerdo**	
1	23	38%	0	0%	38	62%
2	34	56%	1	2%	26	43%
3	31	51%	0	0%	30	49%

4	32	52%	0	0%	29	48%
5	34	56%	1	2%	26	43%
6	24	39%	2	3%	35	57%
7	19	31%	0	0%	42	69%
8	17	28%	0	0%	44	72%
9	19	31%	0	0%	42	69%
10	16	26%	0	0%	45	74%
11	16	26%	0	0%	45	74%
12	18	30%	0	0%	43	70%
13	12	20%	0	0%	49	80%

Tabla 5. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Aquiles Serdán.

En la escuela primaria Quetzalcóatl, se observó que el 62% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 56% estuvo indeciso en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 51% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 52% estuvo indeciso en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 56% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 57% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 69% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 72% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 69% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 74% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 74% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 70% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 80% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 6)

Pregunta	**Indeciso**	**Desacuerdo**	**De acuerdo**

1	5	13%	0	0%	34	87%
2	8	21%	0	0%	30	79%
3	21	54%	3	8%	15	38%
4	14	36%	0	0%	25	64%
5	10	26%	0	0%	29	74%
6	14	36%	0	0%	25	64%
7	22	56%	9	23%	8	21%
8	12	31%	1	3%	26	67%
9	7	18%	1	3%	30	79%
10	16	41%	1	3%	22	56%
11	16	41%	1	3%	22	56%
12	13	34%	5	13%	20	53%
13	11	28%	1	3%	27	69%

Tabla 6. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Quetzalcóatl.

En la escuela primaria Emma A de Bustamante, se observó que el 98% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 68% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 60% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 83% estuvo indeciso en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 83% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 53% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 73% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 95% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 98% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 88% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 93% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 60% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 100% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 7)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	1	3%	0	0%	39	98%
2	11	28%	2	5%	27	68%
3	15	38%	1	3%	24	60%
4	7	18%	0	0%	33	83%
5	7	18%	0	0%	33	83%
6	18	45%	1	3%	21	53%
7	11	28%	0	0%	29	73%
8	2	5%	0	0%	38	95%
9	1	3%	0	0%	39	98%
10	5	13%	0	0%	35	88%
11	2	5%	1	3%	37	93%
12	10	25%	6	15%	24	60%
13	0	0%	0	0%	40	100%

Tabla 7. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Emma A de Bustamante

En la escuela primaria México, se observó que el 98% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 58% estuvo indeciso en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 63% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 70% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 83% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 58% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 68% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 98% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 79% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 62% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 88% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 68% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 78% estuvo de acuerdo en que

puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 8)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	1	3%	0	0%	39	98%
2	23	58%	1	3%	16	40%
3	25	63%	10	25%	5	13%
4	12	30%	0	0%	28	70%
5	5	13%	2	5%	33	83%
6	14	35%	3	8%	23	58%
7	10	25%	3	8%	27	68%
8	0	0%	1	3%	39	98%
9	7	18%	1	3%	31	79%
10	10	26%	5	13%	24	62%
11	2	5%	3	8%	35	88%
12	9	23%	4	10%	27	68%
13	7	18%	2	5%	31	78%

Tabla 8. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela México.

En la escuela primaria José de Jesús López, se observó que el 100% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 90% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 60% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 98% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 100% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 95% está de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 90% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 100% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 100% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 98% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 100% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como

muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 98% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 100% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 9)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	0	0%	0	0%	40	100%
2	4	10%	0	0%	36	90%
3	16	40%	0	0%	24	60%
4	1	3%	0	0%	39	98%
5	0	0%	0	0%	39	100%
6	2	5%	0	0%	38	95%
7	4	10%	0	0%	36	90%
8	0	0%	0	0%	40	100%
9	0	0%	0	0%	40	100%
10	1	3%	0	0%	39	98%
11	0	0%	0	0%	40	100%
12	0	0%	1	3%	39	98%
13	0	0%	0	0%	40	100%

Tabla 9. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela José de Jesús López.

En la escuela primaria Rodolfo Salgado Pedrin, se observó que el 48% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 43% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 58% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 38% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 43% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 45% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 54% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 80% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 65% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 63% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de

microbios y bacterias que se comen los dientes, el 60% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 58% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 68% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 10)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	15	38%	6	15%	19	48%
2	15	38%	8	20%	17	43%
3	9	23%	8	20%	23	58%
4	13	33%	12	30%	15	38%
5	13	33%	10	25%	17	43%
6	9	23%	13	33%	18	45%
7	13	33%	5	13%	21	54%
8	6	15%	2	5%	32	83%
9	11	28%	3	8%	26	65%
10	14	35%	1	3%	25	63%
11	13	33%	3	8%	24	60%
12	13	33%	4	10%	23	58%
13	12	30%	1	3%	27	68%

Tabla 10. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Rodolfo Salgado Pedrin.

En la escuela primaria Miguel F Martínez, se observó que el 65% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 48% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 49% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 58% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 68% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 53% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 58% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 93% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 95% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 65% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 80% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 80% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 78% estuvo

de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 11)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	13	33%	1	3%	26	65%
2	14	35%	7	18%	19	48%
3	19	49%	6	15%	14	36%
4	15	38%	2	5%	23	58%
5	9	23%	4	10%	27	68%
6	15	38%	4	10%	21	53%
7	13	33%	4	10%	23	58%
8	1	3%	2	5%	37	93%
9	2	5%	0	0%	38	95%
10	9	23%	5	13%	26	65%
11	4	10%	4	10%	32	80%
12	6	15%	2	5%	32	80%
13	7	18%	2	5%	31	78%

Tabla 11. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Miguel F Martínez.

En la escuela primaria Francisco Márquez, se observó que el 93% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 58% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 56% estuvo de acuerdo en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 69% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 90% estuvo de acuerdo en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 65% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 75% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 98% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 98% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 95% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 98% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos

dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 80% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 98% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 12)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	0	0%	3	8%	37	93%
2	12	30%	5	13%	23	58%
3	13	33%	4	10%	22	56%
4	4	10%	8	21%	27	69%
5	4	10%	0	0%	36	90%
6	12	30%	2	5%	26	65%
7	9	23%	1	3%	30	75%
8	1	3%	0	0%	39	98%
9	0	0%	1	3%	39	98%
10	0	0%	2	5%	38	95%
11	1	3%	0	0%	39	98%
12	6	15%	2	5%	32	80%
13	1	3%	0	0%	39	98%

Tabla 12. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Francisco Márquez.

En la escuela primaria Otto Murillo, se observó que el 79% de los niños estuvo indeciso que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 74% estuvo indeciso en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 53% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 44% estuvo indeciso en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 53% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 44% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 53% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 55% estuvo indeciso en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 75% estuvo indeciso que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 61% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se

comen los dientes, el 64% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 58% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 52% estuvo indeciso en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 13)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	27	79%	2	6%	5	15%
2	25	74%	1	3%	8	24%
3	18	53%	10	29%	6	18%
4	15	44%	8	24%	11	32%
5	18	53%	7	21%	9	26%
6	11	32%	8	24%	15	44%
7	14	41%	2	6%	18	53%
8	18	55%	3	9%	12	36%
9	12	75%	1	6%	3	19%
10	12	36%	1	3%	20	61%
11	11	33%	1	3%	21	64%
12	14	42%	0	0%	19	58%
13	17	52%	0	0%	16	48%

Tabla 13. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Otto Murillo.

En la escuela primaria Valentín Gómez Farías, se observó que el 76% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 55% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 41% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 66% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 50% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 55% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 58% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el 89% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y

evitar la caries, el 84% estuvo de acuerdo que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 92% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 92% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 84% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 92% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 14)

Pregunta	Indeciso		Desacuerdo		De acuerdo	
1	6	16%	3	8%	29	76%
2	15	39%	2	5%	21	55%
3	15	41%	8	22%	14	38%
4	12	32%	1	3%	25	66%
5	19	50%	1	3%	18	47%
6	16	42%	1	3%	21	55%
7	14	37%	2	5%	22	58%
8	4	11%	0	0%	34	89%
9	2	11%	1	5%	16	84%
10	3	8%	0	0%	34	92%
11	2	5%	1	3%	35	92%
12	6	16%	0	0%	32	84%
13	3	8%	0	0%	34	92%

Tabla 14. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Valentín Gómez Farías.

En la escuela primaria Niño Artillero, se observó que el 61% de los niños estuvo de acuerdo que masticar, tragar y hablar son funciones de la boca, el 54% estuvo de acuerdo en que las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones, el 61% estuvo indeciso en que 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca, el 54% estuvo de acuerdo en que los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos, el 54% estuvo indeciso en que moler los alimentos son las funciones de las muelas, el 49% estuvo de acuerdo en que los dientes caninos (colmillos) desgarran la comida, el 49% estuvo de acuerdo en que la placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida, el

73% estuvo de acuerdo en que el cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries, el 54% estuvo indeciso que tres veces al día me debo cepillar mis dientes, el 76% estuvo de acuerdo en que la caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes, el 80% estuvo de acuerdo en que la enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas, el 71% estuvo de acuerdo en que si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes, el 95% estuvo de acuerdo en que puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista. (Ver tabla 15)

Pregunta	**Indeciso**		**Desacuerdo**		**De acuerdo**	
1	15	37%	1	2%	25	61%
2	14	34%	5	12%	22	54%
3	25	61%	4	10%	12	29%
4	10	24%	9	22%	22	54%
5	22	54%	3	7%	16	39%
6	17	41%	4	10%	20	49%
7	18	44%	3	7%	20	49%
8	8	20%	3	7%	30	73%
9	7	54%	1	8%	5	38%
10	8	20%	2	5%	31	76%
11	8	20%	0	0%	33	80%
12	9	22%	3	7%	29	71%
13	1	2%	1	2%	39	95%

Tabla 15. Resultados de actitud de la encuesta aplicada en la escuela Niño Artillero.

Resultados de prevalencia de caries

En los datos obtenidos mediante el índice de Knutson se encontró una mayor frecuencia en la prevalencia de caries en la escuela primaria Lázaro Cárdenas con el 91% y una menor prevalencia de caries en la escuela primaria Emma A de Bustamante. (Ver tabla 16 y gráfico 2)

Escuela	Sano	Enfermo
Lázaro Cárdenas	9%	91%
Leyes de Reforma	58%	42%
Aquiles Serdán	62%	38%
Quetzalcóatl	61%	39%
Emma A. de Bustamante	80%	20%
México	69%	31%
José de Jesús López	45%	55%
Rodolfo Salgado Piedrín	51%	49%
Miguel F. Martínez	70%	30%
Francisco Márquez	54%	46%
Otto Murillo	28%	72%
Valentín Gómez Farías	47%	53%
Niño Artillero	64%	36%

Tabla 16 Resultados de prevalencia de caries mediante índice de Knutson.

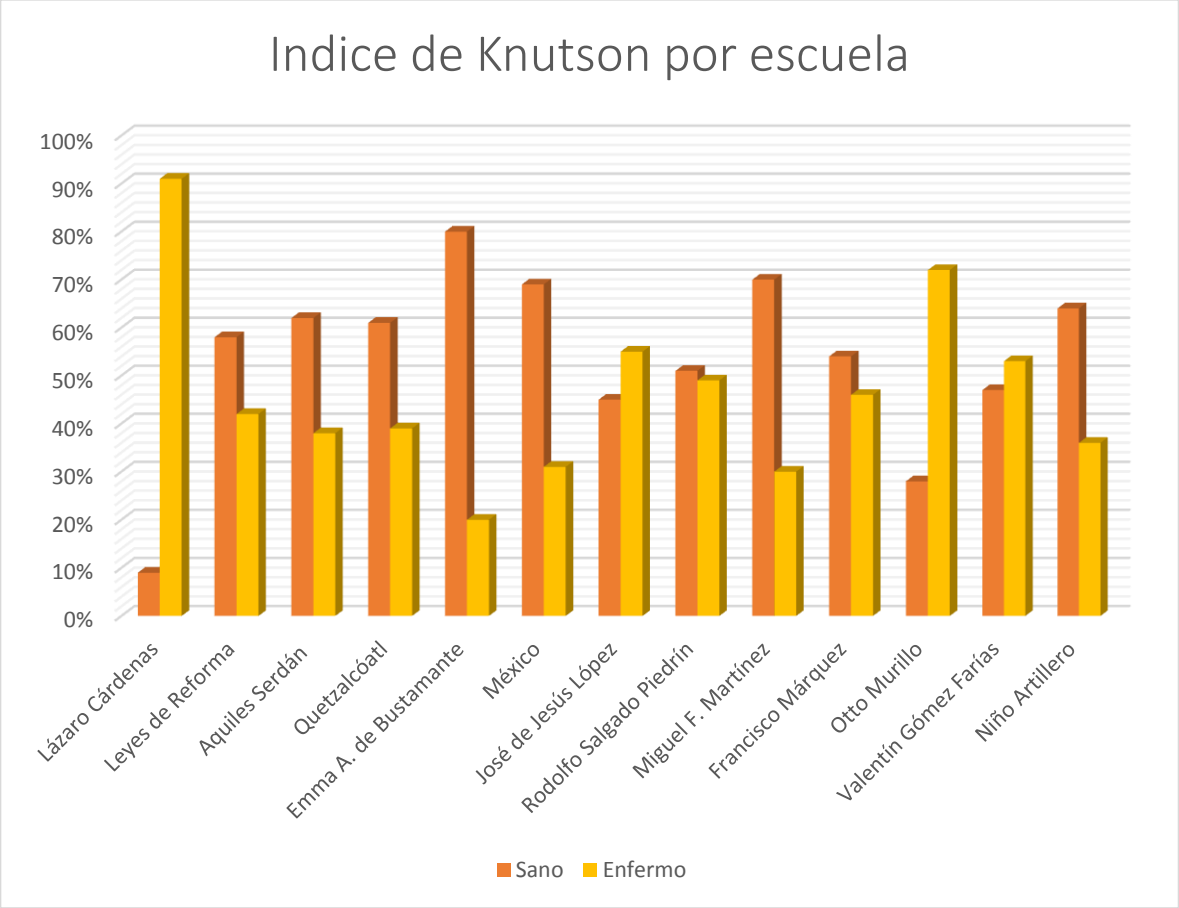

Grafico 2. Resultados de prevalencia de caries mediante índice de Knutson.

Los resultados obtenidos de actitud y prevalencia de caries del presente estudio coinciden que del 66.6% que estuvo de acuerdo y el porcentaje de pacientes sanos con el 55%. (Ver tabla 17)

Escuela	Actitud			Prevalencia	
	Indeciso	**Desacuerdo**	**De acuerdo**	**sano**	**Enfermos**
	%	%	%	%	%
Lázaro Cárdenas	40.5	11.7	47.9	9	91
Leyes Reforma	27.2	14.7	58.1	58	42
Secundaria Técnica 36	17.6	0.8	81.6	74	26
Aquiles Serdán	37.2	0.5	62.3	62	38
Quetzalcóatl	33.5	4.4	62.1	61	39
Emma A de Bustamante	17.3	2.1	80.6	80	20
México	24.1	6.8	69.1	69	31
Jose de Jesús López	5.4	0.2	94.4	45	55
Rodolfo Salgado Pedrin	30.1	14.6	55.3	51	49
Miguel F Martínez	24.5	8.3	67.2	70	30
Francisco Márquez	11.4	5.0	83.6	54	46
Otto Murillo	50.6	10.5	38.9	28	72
Valentín Gómez Farías	24.8	4.2	71.0	47	53
Niño Artillero	32.1	7.7	60.2	64	36
Promedio	26.9	6.5	66.6	55	45

Tabla 17. Resultados de Actitud hacia la salud oral y prevalencia de caries en niños escolares de Tijuana, BC.

7. Discusión

En el presente estudio se muestran datos de información transversal obtenida a partir de una encuesta en Escala Likert y la revisión de caries mediante el índice epidemiológico de Knutson, estos datos se consideran importantes ya que no se encontró información en México y pueden ser de gran ayuda para el odontólogo para detectar este factor de riesgo que es la actitud negativa que a su vez repercute en la salud oral y general del paciente.

En la presente investigación se encontró que el 66.6% de los niños encuestados estuvo de acuerdo en comparación con el estudio de Chih-Chang Cheng[1], donde se encontró que estuvo de acuerdo el 95% que un factor de diferencia puede ser que el estudio de ellos fue en madres y este en niños, sin embargo es muy similar a los resultados del estudio de Alfredo Cueto[3] en Chile donde el encontró una actitud positiva del 51.5% en niños de 12 años.

También se encontró en la escuela primaria José de Jesús López el 94.4% estuvo de acuerdo y un 5.6% estuvo en desacuerdo, donde los resultados fueron muy similares a los de Agudelo[4] en Colombia donde reportó el 95.11% estuvo de acuerdo y el 4.89% en desacuerdo, en una institución de niños de 7 a 12 años.

También el presente estudio arrojó resultados similares al de Farith González en Colombia[5] en el cual obtuvieron que el 74.5% estuvo de acuerdo, comparado con el presente estudio de 66.6%, un factor que se cree pudo ser determinante es que el estudio de González se realizó en adultos.

En la prevalencia de caries se observó en los resultados una similitud en comparación con el estudio realizado en Kenya[8] donde los resultados fueron del 37.5% comparado con el presente estudio con el 45%, al igual que con el estudio realizado en Cuba[10] donde informan que la prevalencia de caries se encuentra en el 40% en la población infantil.

Se encontró una diferencia de los resultados obtenidos en comparación al de Zamudio realizado en Tijuana, lo cual indica que hubo una reducción de la prevalencia de caries dental.

Un dato importante es el de la escuela Emma A de Bustamante donde se observó que el 80.6% estuvo de acuerdo y un 80% de escolares sanos.

En relación a la actitud hacia la salud oral y la prevalencia de caries se observó que la mayor cantidad de encuestados tiene una relación con la disminución de la prevalencia.

El identificar actitudes es un factor importante para crear programas de educación para la salud y seguir disminuyendo la prevalencia de caries.

8. Conclusión

- Se concluyó que el 66.6% de los escolares de Tijuana, estuvo de acuerdo con la encuesta pero lo alarmante son los datos observados entre los indecisos con el 26.9%, así, como los que presentaron estar desacuerdo con el 6.5%.
- En la escuela primaria Lázaro Cárdenas la actitud fue en desacuerdo con el 52.2%, en la primaria Leyes de Reforma el 58.1% de actitud de acuerdo, en la escuela Secundaria Técnica 36 la actitud fue de acuerdo con el 81.6%, en la escuela primaria Aquiles Serdán el 62.3% mostró una actitud en desacuerdo, en la escuela primaria Quetzalcóatl la actitud fue de acuerdo con el 62.1%, en la escuela primaria Emma A de Bustamante la actitud fue de acuerdo con el 80.6%, en la escuela primaria México la actitud fue de acuerdo con el 69.1%, en la escuela primaria José de Jesús López la actitud fue de acuerdo con el 94.4%, en la escuela primaria Rodolfo Salgado Pedrin la actitud fue de acuerdo con el 55.3%, en la escuela primaria Miguel F Martínez la actitud fue de acuerdo con el 67.2%, en la escuela primaria Francisco Márquez la actitud fue de acuerdo con el 83.6%, en la escuela primaria Otto Murillo la actitud fue en desacuerdo con el 61.2%, en la escuela primaria Valentín Gómez Farías la actitud fue de acuerdo con el 71%, en la escuela primaria Niño Artillero la actitud fue de acuerdo con el 60.2%.
- En la escuela primaria Lázaro Cárdenas la prevalencia de caries fue del 91%, en la primaria Leyes de Reforma la prevalencia de caries fue del 42%, en la escuela Secundaria Técnica 36 la prevalencia de caries fue del 26%, en la escuela primaria Aquiles Serdán la prevalencia de caries fue del 38%, en la escuela primaria Quetzalcóatl la prevalencia de caries fue del 39%, en la escuela primaria Emma A de Bustamante la prevalencia de caries fue del 20%, en la escuela primaria México la prevalencia de caries fue del 31%, en la escuela primaria José de Jesús López la prevalencia de caries fue del 55%, en la escuela primaria Rodolfo Salgado Pedrin la prevalencia de caries fue del 49%, en la escuela primaria Miguel F Martínez la prevalencia de

caries fue del 30%, en la escuela primaria Francisco Márquez la prevalencia de caries fue del 46%, en la escuela primaria Otto Murillo la prevalencia de caries fue del 72%, en la escuela primaria Valentín Gómez Farías la prevalencia de caries fue del 53%, en la escuela primaria Niño Artillero la prevalencia de caries fue del 36%.

9. Recomendaciones

- Se recomienda realizar más estudios similares en otros estados de la República Mexicana.
- Ampliar la muestra en Tijuana, Baja California.
- Publicar estudios relacionados con éste para ayudar al odontólogo a identificar actitudes.

10. Anexos

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tijuana B.C. ____ de _____ de 2013.

Estoy de acuerdo en que mis hijo(a) del grupo _____ de la escuela primaria _____ participe en la investigación titulada Actitud hacia la salud oral y prevalencia de caries en niños de Tijuana BC realizada por el alumno CD Jose Luis Bustamante Reynoso de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California.

De igual manera autorizo que el CD Jose Luis Bustamante Reynoso realice todos los procedimientos técnicos necesarios o aconsejables necesarios para dicha investigación.

Acepto cooperar en todos los sentidos con los cirujanos dentistas que sean asignados.

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor:

_____

Escuela: Fecha:

Nombre del niño:

Edad:

Ubicación Tijuana ( ) Cuenca ( ) Tepic ( )

Instrucciones: Conteste con una cruz X cada una de las preguntas enunciadas a continuación:

1. Masticar, Tragar y Hablar son funciones de la boca.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

2. Las funciones de la saliva son humedecer alimentos, la digestión y combatir infecciones

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

3. 32 son el total de los dientes permanentes que tenemos en nuestra boca

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

4. Los incisivos (dientes de enfrente) son los dientes encargados de cortar los alimentos

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

5. Moler los alimentos son las funciones de las muelas

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

6. Los dientes caninos(colmillos) desgarran la comida

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

7. La placa dentobacteriana es una masita que cubre los dientes, contiene bacterias y desechos de comida.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

8. El cepillado dental me ayuda a eliminar la placa dentobacteriana para que mis dientes estén limpios y evitar la caries.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

9. Tres veces al día me debo cepillar mis dientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10. La caries son manchitas negras de microbios y bacterias que se comen los dientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11. La enfermedad de caries aparece por no lavarme los dientes cuando como muchos dulces, golosinas y comida chatarra entre comidas

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

12. Si tengo caries puedo tener dolor y pueden quebrar los dientes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13. Puedo prevenir la enfermedad de caries asistiendo a revisiones regularmente con el dentista

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Caso clínico

11. Resumen de caso clínico

La actitud es un factor importante para el odontopediatra, ya que el saber identificarla es de gran ayuda para lograr la cooperación del paciente, con la finalidad del tratamiento exitoso, así como lograr un efecto a futuro creando una actitud positiva hacia la odontología y una adecuada salud en el adulto.

El presente trabajo muestra el caso clínico de un paciente femenino de 4.7 años, que acudió a la clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica acompañada de sus abuelos que manifiestan la necesidad de atención odontológica por lesiones cariosas, al interactuar con la paciente se observó de acuerdo a la escala de comportamiento de Frankl Tipo 1: definitivamente negativo.

Se identificó la actitud de la paciente con la Escala de Frankl, pasando del Tipo 1 al Tipo 4, mediante las técnicas de manejo de conducta, así como su rehabilitación oral en 10 citas.

12. Introducción

Uno de los aspectos más importantes en odontopediatría es el control de la conducta, pues sin cooperación por parte del paciente no es posible realizar con éxito su tratamiento dental. Además, no sólo es un requisito para llevar a cabo las necesidades dentales del niño, sino su efecto a largo plazo ayudaría a promover una actitud positiva frente a la odontología así como una adecuada salud dental en el adulto.

Las actitudes forman parte de la vida y del ser humano. Todas ellas son aprendidas y se adquirieren en el transcurso de la interacción social.

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal actitud pone en riesgo la salud oral de esas personas. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca. Por otro lado es relevante evaluar el significado que reviste la relación paciente-dentista.

Desde el momento que el paciente elige a un determinado odontólogo ya está poniendo en juego su actitud hacia las figuras significativas. Cuando ingresa al consultorio dental lleva consigo toda una forma de reaccionar frente a los procedimientos odontológicos que comprometen su boca, como al dentista, en cuanto figura de autoridad.

A pesar de que la actitud es de suma importancia en la conducta de los pacientes para facilitar los tratamientos y mantenerse en salud, en México no se han encontrado estudios relacionados, y en Tijuana no se ha realizado ninguna investigación.

Escala conductual de Frankl

El Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores en 1962, después de una revisión literaria crearon una escala del comportamiento de pre-escolares que es simple y objetiva.[25]

Es una escala que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta odontológica; tiene cuatro escalas: tipo 1, 2, 3, 4 que están representadas por los signos (- -, -, +, ++) y tienen las siguientes características: [26, 27, 28]

Tipo 1 (- -) Definitivamente negativo

- Rechaza el tratamiento.
- Grita fuerte.
- Esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Tipo 2 (-) Negativo

- Difícilmente acepta el tratamiento.
- No coopera.
- Tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.

Tipo 3 (+) Positivo

- Acepta el tratamiento.
- A veces es cauteloso.
- Muestra voluntad para acatar órdenes.
- A veces con reservas pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

Tipo 4 (++) Definitivamente positivo

- Buena relación y armonía con el odontólogo.

- Interesado en los procesos odontológicos.
- Ríe, disfruta.

Control de la conducta en el paciente odontopediátrico

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para que su actitud sea la adecuada frente al tratamiento. La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad, los que puede atribuirse a distintos factores como la edad, la personalidad, la atención de los padres o la habilidad del profesional, sin embargo algunos requieren una atención especial. Desde el momento que entra a consulta, es necesario no solo establecer una empatía con el sino también emplear las técnicas de control de conducta adecuadas.[26, 27]

Estas técnicas son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, por ello estas se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Las técnicas de control de la conducta se pueden clasificar en 4 apartados: [26, 27, 28]

1. Técnicas de comunicación.
2. Técnicas de modificación de la conducta.
3. Técnicas de limitación.
4. Técnicas prohibidas.

Técnicas de comunicación

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal; establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. La conversación debe ser natural y agradable, interesándose sobre sus gustos y actividades. [26, 27]

Es importante conocer al niño antes de tratarlo, los padres pueden informar acerca de sus miedos o experiencias anteriores. También orientara sobre su actitud en la sala de espera. La valoración de la actividad motora del niño refleja su respuesta frente a una nueva situación pues una mayor actividad puede considerarse un marcador de seguridad y menor desconfianza. Por otra parte no hay duda de la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta, y en ocasiones la observación de la actitud de un padre en la consulta dará una pista de la conducta a esperar en el niño. [26, 27]

Instrucciones

Una vez que se establezca el contacto con el niño se puede continuar con la explicación ordenada de los procedimientos. Durante la conversación el mensaje debe ser claro y adecuado a la edad del paciente para que fácilmente sea comprendido. El profesional debe evitar implicar directamente al niño, pues origina en determinados pacientes una actitud de rechazo, en su lugar desviaremos el foco del mensaje a través del mismo profesional; por ejemplo decir “necesito contar tus dientes y no podré hacerlo si no te sientas en esta silla tan cómoda”, en lugar de un simple y tajante “siéntate en esta silla”.[28]

Por otra parte, no solo es importante lo que se dice y como se dice, sino también los mensajes no verbales que el paciente recibe. El simple apoyo de la mano del dentista sobre el hombro del niño puede reforzar su sentimiento de confianza. De igual forma, el contacto visual es importante. El niño que lo evita, no se encuentra preparado para cooperar.[27, 28]

Lenguaje pediátrico

Es el nombre que le da el profesional al hablar con el niño en odontopediatría. Este debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por presiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño. Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entiendan pero no engañar o mentir con las explicaciones.

En general es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado.[26, 27]

Distracción

La distracción se puede definir como un elemento activo y que al igual que el lenguaje pediátrico debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño. Un ejemplo de ello puede ser interesarse o preguntar por temas ajenos durante la preparación de la anestesia “como te fue en vacaciones”, “que deporte te gusta”, siempre intentando captar la atención del niño. Algunos profesionales susurran canciones como un elemento de distracción para el niño, además de ser una herramienta de relajación para el propio dentista.[26, 27]

Control de voz

Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento que se inician y lo es menos cuando éstas ya están muy establecidas.

Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. Es más importante el tono de voz que lo que se dice en concreto. La expresión facial debe transmitir esta misma intención. El mensaje verbal y el paraverbal han de trasmitir la misma información.

Cuando de nuevo el profesional capta la atención del niño, se le agradece su colaboración e interrupción de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable.[26, 27, 28]

Decir-Mostrar-Hacer

Esta técnica se basa en una recopilación de conceptos de la Teoría del Aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo, 2) mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica, 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.[26, 27, 28]

Ejemplo; realización de una radiografía dental. Decir: Voy a tomar una foto de tus dientes, con esta cámara de fotos (aparato de RX). Tendrás que estar quieto unos momentos para hacer la foto y después ya podrás moverte. Mostrar: Puedes, si quieres, tocar este papel (película de RX) que es blando y como ves es pequeño para solo tomar la foto de tus dientes. Hacer: Bien ahora deja que tome esta foto, gracias.[28]

Técnicas de modificación de la conducta

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas y se basa en principios ya establecidos en la Teoría del Aprendizaje Social. Por definición consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre

el profesional y el paciente marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para lograrlo.[26, 27]

Para aplicar exitosamente las técnicas de modificación de conducta se requiere tiempo y paciencia.[27]

Visitas previas

Puede programarse una visita preliminar con los padres, donde el dentista les da las instrucciones y consejos para incrementar las probabilidades de éxito en la primera visita del niño a nuestra consulta. A continuación se planificará una visita observacional consistente en llevar al niño a la consulta para realizar un recorrido y una orientación. De antemano se le explica al paciente que ese día no se le realizara ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de un primer contacto y conocer al equipo humano de la consulta, además de observar el tratamiento que se le realiza a otro niño que colabore.[26, 27]

Esta visita debe ser tan agradable como simple sea posible. En la actualidad estas experiencias previas no se aplican mucho por limitaciones de tiempo.[27]

Visita introductoria

Es recomendable una primer visita para planificar una visita que se le llama “visita introductoria”, donde se realiza un procedimiento simple como puede ser una profilaxis dental, que permite una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera agradable, pudiendo el dentista obtener más información acerca de la colaboración de su paciente.[26, 27]

Desensibilización

Es una de las técnicas usadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de los temores, fobias o ansiedad innecesarias. La técnica incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que

guardan relación con sus miedos. La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.[26, 27]

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en la odontología infantil. Ni la presentación de situaciones imaginarias ni la total relajación son necesarias para obtener desensibilización. Un niño puede haber sufrido una experiencia previa no agradable en una consulta y acudir a otra de igual modo generalizar su temor a la nueva situación, al menos que se cambie el estímulo que lo genera, no solo en la actitud del profesional sino también del equipo dental.[26, 27, 28]

Refuerzo positivo

Los psicólogos que defienden la Teoría del Aprendizaje Social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos en su medio, y que la aprobación primero obtenida de sus padres y después de su entorno son formas importantes de recompensa. [26, 27, 28]

Estos refuerzos pueden ser: [28, 29]

- Materiales y tangibles, como regalos pequeños y calcomanías.
- Sociales, pueden ser verbales como elogios o felicitaciones, y no verbales como abrazos y sonrisas.

Una de las recompensas más buscada por el niño es la aprobación de su odontólogo. [29]

Confusión

Esta técnica ayuda en la descontextualización de las peticiones. Funciona mejor con humor y se puede desarrollar mediante juegos de palabras, comentarios de cosas insignificantes, o desarrollar por parte del profesional una conducta no esperada. Con ello se agota la defensa del niño y se evita una respuesta

disruptiva. Un elemento que puede ser de utilidad con esta técnica es el silencio; no solo confunde al niño, pues no lo espera, sino que permite ignorar aquellas conductas negativas[26, 27, 29].

Sugestión

Esta técnica consiste en la selección de palabras adecuadas y su utilización con un tono positivo y de confianza, sin prisas y con suavidad, puede producir la respuesta deseada en el paciente infantil, así como un efecto calmante en su ánimo. [26, 27]

Tiempo

En ocasiones la técnica solo es el tiempo, pues muchos de los pacientes lo precisan; no solo el niño si no también los padres. Las prisas no permitirían al profesional realizar el plan de tratamiento. [26, 27]

Silencio

En algunos momentos el dentista tiene que callar ante preguntas del niño o de padres que intervienen en momentos no adecuados pues se interrumpe la marcha del tratamiento. De esta manera se consigue centrar la atención de nuevo y mantener en puesto tanto a los padres como al niño. [26, 27]

Técnicas de limitación

Se definen como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar tratamientos dentales. No son técnicas que se utilizan como castigo sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones perfectamente tipificadas y específicas; es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente y nunca deben entenderse como una forma punitiva. [26, 27, 28]

Los objetivos básicos son: [27]

- Ganarse la atención del niño.
- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlarle sus movimientos.
- Protegerlo de lesiones.
- Hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el clínico.

Estas técnicas deben aplicarse en una atmosfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás con connotaciones de castigo. Se le debe explicar que él puede y debe cooperar con el profesional, pero que va a necesitar un poco de ayuda para que él pueda trabajar, estando protegido para no sufrir lesiones por movimientos que él no pueda controlar. [28, 29]

Bloques de mordida, abrebocas

Se emplean para el control de la apertura de la boca. Con estos dispositivos se limita el cierre de la boca. Estaría indicado para algunos niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla. [28, 29]

Inmovilización médica

Término empleado para sustituir el de restricción física, utilizando esta técnica para atender ciertas urgencias pediátricas en hospitales. Esta inmovilización puede ser por parte de equipo dental, mediante dispositivos específicos o preferentemente por parte de los padres.

Por parte del equipo dental consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño por parte del profesional y sus auxiliares, en determinados procedimientos como la anestesia local.[28, 29]

Por medio de dispositivos específicos cuando el personal ya no puede controlar los movimientos de los niños, se recurre al uso de dispositivos de limitación física como el Papoose Board o el Pedi Wrapa.[28, 29]

Por parte de los padres se puede aplicar cuando los padres comprenden la necesidad y se sienten capaces de ayudar, simplemente evitando los movimientos de las piernas mediante si sujeción a nivel de las rodillas, o dando la mano al niño. Con su ayuda no solo evitamos movimientos no deseados, sino que el niño se siente más tranquilo.[28, 29]

Técnicas prohibidas

Mano sobre boca

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello no podría aplicarse en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos.

Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando este se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento que esté dispuesto a cooperar. Generalmente mediante la comunicación para verbal, el niño indica que está dispuesto a ayudar, entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta. [26, 27, 29]

13. Presentación de caso clínico

Anamnesis

Paciente femenino de 4.7 años de edad, nació por parto natural a los 9 meses, la abuela informa que fue un embarazo de alto riesgo, con amenaza de aborto, convulsionó al año de edad, fue alimentada por seno materno durante 3 meses y 8 meses por biberón, actualmente su alimentación es balanceada. Presenta un esquema completo de vacunación, así como antecedentes heredofamiliares de diabetes por la abuela paterna.

Valoración de comportamiento

De acuerdo a la escala de comportamiento de Frankl, se clasificó a la paciente en un Tipo 1 Definitivamente negativo, ya que presentaba llanto, gritos, falta de interés en interactuar y rechazo total.

Examen extraoral

Frente (Foto 1)

- Biotipo: Dólicofacial.
- Asimetría facial.
- Línea bipupilar no paralela al piso.
- Línea comisural paralela al piso.
- Tercio inferior aumentado.
- Falta de sellado labial.

Foto 1

Perfil (Foto 2)

- Convexo.
- Ángulo frontonasal abierto.
- Ángulo nasolabial abierto.
- Falta de sellado labial.
- Pabellón auricular normal.

Foto 2

Examen intraoral

Frente (Foto 3)

- Línea media centrada.
- Restos radiculares en OD 51, 52, 61 y 62.
- Lesión cariosa en OD 72 y 82.
- Encía retraída en OD 71 y 81.

Arco superior (Foto 4)

- Arco en forma de U.
- Restos radiculares en OD 51, 52, 61 y 62.
- Lesiones cariosas en OD 54, 55, 64 y 65.
- Rugas palatinas pronunciadas.

Arco inferior (Foto 5)

- Arco en forma de U.
- Lesiones cariosas en OD 72, 74, 75, 82, 84 y 85.

Lado derecho (Foto 6)

- Escalón mesial.
- Relación canina CI.
- Restos radiculares en OD 61, 22 y 51.
- Lesiones cariosas en OD 72, 74 y 75.

Lado izquierdo (Foto 7)

- Escalón mesial.
- Relación canina CI.
- Restos radiculares en OD 61, 22 y 51.
- Lesiones cariosas en OD 72, 74 y 75.

Fotografías intraorales

Foto 3

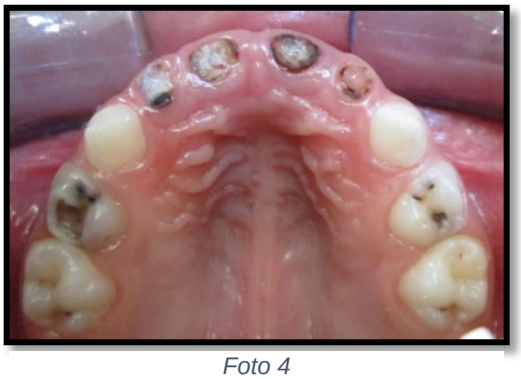

Foto 4

Foto 5

Foto 6

Foto 7

Diagnóstico dental

18					28
17					27
16					26
15	*55	LCGIIg2	LCGIg2	*65	25
14	*54	LCGIIg2	LCGIIg4	*64	24
13	*53	LCGVg1 Mancha blanca	LCGVg1 Mancha blanca	*63	23
12	*52	Resto radicular	Resto radicular	*62	22
11	*51	Resto radicular	Resto radicular	*61	21
41	*81	Sano	Sano	*71	31
42	*82	LCGVg2	LCGVg2	*72	32
43	*83	LCGVg1 Mancha blanca	LCGVg1 Mancha blanca	*73	33
44	*84	LCGIVg3	LCGIg2	*74	34
45	*85	LCGIg2	LCGIg3	*75	35
46					36
47					37
48					38

En el diagnóstico de las lesiones cariosas se utilizó la combinación de la clasificación de Black para describir los grupos y el diagrama de Pitts para describir el grado de profundidad de la lesión cariosa.[30]

Grupo	Descripción
I	Cavidades en surcos y fosas de los dientes posteriores. Surcos y cíngulo de los dientes anteriores.
II	Cavidades proximales de molares y premolares.
III	Cavidades proximales de incisivos y caninos sin afectación del ángulo incisivo.
IV	Cavidades proximales de incisivos y caninos sin afectación del ángulo incisivo.
V	Cavidades que afectan el tercio gingival vestibular o lingual de todos los dientes.
VI	Cavidades en la parte más alta de las cúspides de los dientes posteriores y en el margen incisivo de los dientes anteriores.

Grado	Descripción
1	La profundidad de la lesión cariosa afecta esmalte.
2	La profundidad de la lesión cariosa afecta esmalte y dentina.
3	La profundidad de la lesión cariosa afecta esmalte, dentina y pulpa.
4	La profundidad de la lesión cariosa involucra esmalte, dentina, pulpa dental, además de tejidos de soporte y zona perirradicular.

Plan de tratamiento

18					28
17					27
16					26
15	*55	Recubrimiento pulpar y corona acero	Recubrimiento pulpar y corona acero	*65	25
14	*54	Pulpotomía y corona acero	Pulpectomía y corona acero	*64	24
13	*53	Barniz de flúor	Barniz de flúor	*63	23
12	*52	Extracción y frente estético	Extracción y frente estético	*62	22
11	*51	Extracción y frente estético	Extracción y frente estético	*61	21
41	*81	Restauración con ionómero y barniz de flúor	Restauración con ionómero y barniz de flúor	*71	31
42	*82	Pulpectomía y corona acero	Pulpectomía y corona acero	*72	32
43	*83	Barniz de flúor	Resina y barniz de flúor	*73	33
44	*84	Pulpotomía y corona acero	Pulpotomía y corona acero	*74	34
45	*85	Pulpotomía y corona acero	Pulpectomía y corona acero	*75	35
46					36
47					37
48					38

14. Tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo durante 10 citas debido al comportamiento de la paciente. En la cita 1, la paciente rechazaba por completo toda indicación, lloraba, buscaba salirse de la clínica, se realizó la historia clínica y toma de radiografías. En la cita 2, la paciente se negaba a ingresar a la clínica se agarraba del abuelo, lloraba, finalmente entró forzada, se aplicó la técnica decir-mostrar-hacer, a lo que la paciente cooperó y se autorizó la historia clínica. En la cita 3, la paciente lloraba pero ya cooperó para ingresar a la clínica, en la cual se realizó una profilaxis mediante la técnica decir-mostrar-hacer, así como refuerzo positivo. En la cita 4, la paciente llego con una actitud neutra, con ansiedad pero no lloraba se aplicó anestesia local a lo que la paciente aumento su ansiedad, por lo que se usó el control de voz y se procedió al tratamiento de pulpotomias y coronas acero cromo. En la cita 5, 6 y 7, la paciente llegó temerosa por la anestesia, pero su actitud era neutra, ya obedecía instrucciones e interactuaba con el odontopediatra y sonreía, por lo que se usó nuevamente el control de voz, seguido de refuerzos positivos y se procedió al tratamiento restaurador.

La paciente se ausentó de la consulta durante 3 meses, por lo que en la cita 8, volvió temerosa, ansiosa al grado de orinarse en el sillón dental, por lo que se volvió a aplicar la técnica decir-mostrar-hacer y control de voz, para lograr su cooperación y realizar el tratamiento. En la cita 9, volvió ya con una actitud positiva, sonreía, platicaba con el odontopediatra sobre cosas que le gustaban y acepto de buena manera el tratamiento dental y se procedió a reforzar su actitud.

En la cita 10, la paciente llegó a consulta con una actitud completamente positiva, sonriendo, ansiosa por entrar a la clínica, preguntando por su doctor para invitarlo a su fiesta de cumpleaños, por lo que se realizó el tratamiento dental, y se le dio las gracias y se reforzó su comportamiento.

Fotografías finales

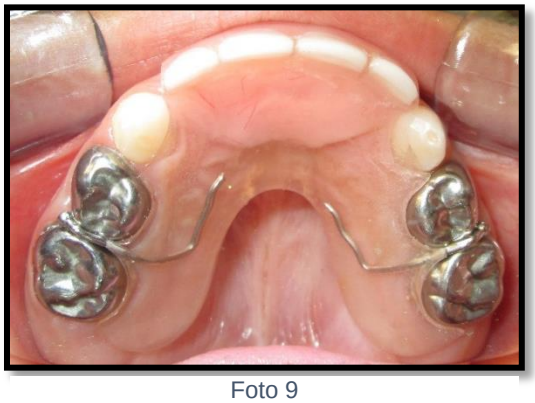

Foto 9

Foto 8

Foto 10

Foto 11

Foto 12

15. Resultado

La actitud de la paciente pasó de ser definitivamente negativa, a una actitud definitivamente positiva, mediante la ayuda de técnicas de manejo de conducta y empatía, logrando la cooperación de la niña, para un tratamiento restaurador exitoso.

16. Discusión

Debido a que no se encontró casos clínicos similares al de este estudio, ya que la mayoría de ellos se realizan bajo sedación o anestesia general, no es posible comparar la cantidad de citas necesarias para lograr el cambio de actitud en el paciente.

17. Conclusión

Identificar la actitud en el paciente pediátrico, es de suma importancia ya que esta influye en el comportamiento del niño ante el odontólogo, por lo que mediante las técnicas de manejo de conducta, se puede modificar una actitud negativa en positiva logrando la cooperación del niño y un tratamiento exitoso.

18. Referencias bibliográficas

1. Chih-Chang Cheng y cols, Inmigrant-native differences in caries-related knowledge, attitude, and oral health behaviors: a cross-sectional study in Taiwan. BMC Oral Health 2014; 14 (3): 2-9.
2. Erika Lenčová y cols, Oral health attitudes and caries-preventive behaviour of Czech parents of preschool children. Acta Médica Académica 2013; 42:209-215.
3. Alfredo Cueto Urbina y cols, Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. Revista Chilena de Salud Publica 2010; 14 (2-3): 363-371.
4. Andrés A. Agudelo y cols, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2005; 16(1-2): 81-93.
5. Farith González y cols, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Publica de México 2011; 53 (3): 247-257.
6. OMS: Salud Bucodental [internet] Organización Mundial de la Salud; 2007 Nota informativa [citado 2012 Dic 10] disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/
7. Gladwell Gathecha y cols, Dental caries and oral health practices among 12 year old children in Nairobi West and Mathira West Districts, Kenya. Pan African Medical Journal, 2012; 12: 42.
8. María Angélica Cereceda M. y cols, Prevalencia de Caries en Alumnos de Educación Básica y su Asociación con el Estado Nutricional. Revista Chilena de Pediatría, 2010; 81 (1):28-36.
9. Carmen G. Aravena, Estado de salud bucal, conocimientos, actitudes y prácticas en niños de 6 años del sector rural de la comuna de San Javier. Universidad de Talca, Chile 2010.

10. Hernández Suarez Alicia y cols, Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Archivo Medico de Camaguey, 2010; 14 (6): 1-11.
11. Jesús Pérez Domínguez y cols, Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010; 48 (1): 25-29.
12. Juana Jiménez Férez y cols, Estudio comparativo de caries dental en cinco generaciones de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. Revista ADM 2011; LXVIII (2): 67-72.
13. Zamudio Gómez Miguel Alberto y cols, Impacto a corto plazo de la cartilla de salud bucal sobre la prevalencia de caries en niños de Tijuana, Baja California, México. Revista Odontológica Mexicana 2005; 9 (3): 137-140.
14. Ibáñez T., Botella M., Domenech M., Samuel J., editores. Introducción a la Psicología Social. 1era Edición. Barcelona: UOC; 2004.
15. Hernández Sampieri R., Metodología de la Investigación. 1er Edición. México: McGraw-Hill; 1990.
16. Morales P., Medición de actitudes en psicología y educación. 3er Edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2006.
17. Hogg M., Vaughan G., Haro M., editores. Psicología Social. 5ta Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2010.
18. Aiken L., Tests Psicológicos y Evaluación. 11 Edición. México: Pearson Educación; 2003.
19. Ma. del Consuelo Chapela y cols, La Salud en México.1er Edición. Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
20. Universidad Autónoma de Zacatecas: Historia Natural de la Enfermedad [internet] Facultad de Odontología [citado 2014 Ene 24] disponible en: http://www.uaz.edu.mx/odontologia/segunda%20fase/HISTORIA%20NATURAL%20DE%20LA%20ENFERMEDAD.HTM
21. OMS: Salud Bucodental [internet] Organización Mundial de la Salud; 2007 Nota informativa [citado 2012 Dic 10] disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

22. Ecured: Principales índices de caries dental [internet] Epidemiologia de la Carie dental [citado 2013 Ene 20] disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Epidemiolog%C3%ADa_de_la_carie_dental
23. Piovano y cols, Estado en el arte de indicadores para la medición de caries dental. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) 2010; 15 (58): 29-43.
24. Jose Rogelio Hernández y cols, Determinación de la especificidad y sensibilidad del ICDAS y fluorescencia Laser en la detección de caries in vitro. Revista ADM 2012; LXIX (3): 120-124.
25. Frankl SN, y cols Should the parent remain in the operatory?. J Dent Child. 1962; (29): 150-163.
26. J. R. Boj y cols, Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1er Edición. Madrid: Riopano S. A. 2011.
27. Barbería E. y cols, Odontopediatría. 2da Edición. Barcelona: Masson; 2001.
28. Aguirre Aguilar AA y cols. La práctica restaurativa atraumática: una alternativa dental bien recibida por los niños. RevPanam Salud Pública. 2012; 31(2):148–52.
29. Cordero N y cols. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Rev. CES Odont. 2012; 25(2) 24-32
30. Brenna F, Breschi L, Cavalli G, Odontología restauradora: procedimientos terapéuticos y perspectivas de futuro. Elsevier, 1ra. Ed. Pp 30-41. España 2010.
31. Aguirre Aguilar AA, y cols. La práctica restaurativa atraumática: una alternativa dental bien recibida por los niños. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(2):148–52.