



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA SALUD  
ORAL DE SUS HIJOS.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

NAXIHIELY BINISHA ANGULO GARCÍA

TUTOR: Dr. SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre.

Que sin su apoyo, comprensión y amor  
incondicional esto no hubiera podido ser posible.

A mi familia.

Por su apoyo y cariño y por estar siempre para mí.

A mis amigos.

Por su apoyo y amistad incondicional.

# Índice

1. Introducción.....	4
2. Propósito.....	5
3. Objetivo.....	5
4. Marco Teórico.....	6
4.1 Salud Oral.....	6
4.2 Caries Dental.....	7
4.3 Caries de la Infancia.....	10
4.4 Hábitos.....	14
4.4.1 Hábito de succión de chupón o biberón.....	15
4.4.2 Hábito de succión digital.....	15
4.4.3 Respiración bucal.....	16
4.4.4 Interposición lingual o deglución atípica.....	17
4.4.5 Succión labial (queilofagia).....	17
4.4.6 Onicofagia.....	17
4.5 Maloclusiones dentales.....	18
4.6 Enfermedades congénitas.....	20
4.6.1 Labio paladar hendido.....	21
4.6.2 Síndrome de Down.....	22
4.7 Etapas de la Infancia.....	22
4.8 Cuidadores.....	24
4.9 Percepción de la salud oral.....	27
4.9.1 Percepción de la salud oral de los hijos.....	28
4.10 Derechos y obligaciones.....	39
5. Conclusiones.....	44
6. Bibliografía.....	45

## **1. Introducción**

Las enfermedades orales se consideran uno de los principales problemas a nivel mundial que afectan sobre todo a los grupos marginados socialmente y más desfavorecidos, entre los cuales están los niños pequeños, ya que son completamente dependientes de otra persona, resulta entonces evidente que la salud oral de los niños está sujeta en gran medida a los conocimientos y percepción de los padres y/o cuidadores, los valores y la aplicación de prácticas preventivas, a la demanda de atención odontológica y a las condicionantes socioeconómicas que la pueden determinar. Estos factores podrían explicar una parte del problema del estado actual de salud oral en preescolares.

Los padres y cuidadores desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades orales de niños preescolares, pues son los principales transmisores de hábitos de salud oral; por esta razón es necesaria su instrucción en beneficio de la salud corporal y oral del niño, además de que su comprensión permitiría a los odontólogos mejorar la salud oral y la calidad de vida de sus pacientes, al informarles sobre el valor de la condición saludable de sus niños y cómo pueden construirla desde el hogar.

Aunque en las últimas décadas el nivel de caries dental ha disminuido, esto es más evidente en la dentición permanente que en la dentición primaria, demostrando entonces que a pesar de toda la información que existe sobre la salud oral, persiste un alto nivel de desconocimiento de los padres de lo importante que es conservar la salud de la dentición temporal.

## **2. Propósito**

Desarrollar y analizar la percepción que tienen los padres sobre la salud oral de sus hijos.

## **3. Objetivo**

Conocer la percepción que tienen los padres sobre la salud oral de sus hijos.

## 4. Marco Teórico

### 4.1 Salud Oral

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud oral como *“la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas orales, 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 oral”*<sup>1</sup>.

Las enfermedades orales, son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia en todo el mundo. Representan una carga para la población, afectando sobre todo a grupos marginados socialmente y más desfavorecidos. Los principales problemas orales en nuestra población son la caries dental y la enfermedad periodontal<sup>2</sup>.

La enfermedad gingival es considerada como la segunda alteración oral en cuanto a morbilidad, afectando a más de tres cuartas partes de la población. Esta es un proceso inflamatorio que comienza en la niñez temprana<sup>3-4</sup>, su prevalencia y severidad indica que esta enfermedad puede dar inicio a la edad de los cinco años llegando a su punto más alto en la pubertad<sup>5</sup>, con prevalencias de 2 a 34% en niños de dos años de edad y de 18 a 38% en niños de tres años de edad<sup>3</sup>.

De acuerdo con los datos de la OMS, México se encuentra entre los países de más alto rango de frecuencia de enfermedades orales, siendo la caries dental junto con la enfermedad periodontal y las maloclusiones los de mayor prevalencia<sup>6</sup>.

Las enfermedades orales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes, se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene oral deficiente<sup>1</sup>.

## **4.2 Caries Dental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 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"*; se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. Es también la enfermedad oral más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos<sup>7</sup>. Los niños preescolares y escolares son los principalmente afectados por esta enfermedad. Los periodos vulnerables son los principales factores para producir caries entre los cuatro a ocho años de edad cuando se presenta en primera dentición, y entre los 12 a 18 años en dentición permanentes<sup>8</sup>.

En México, en décadas pasadas la caries afectaba alrededor de 95% de los niños y 99% de los adultos, a partir del año 2000 se ha reportado en la Ciudad de México una disminución en la prevalencia e incidencia de caries<sup>9</sup>, siendo esto más evidente en la dentición permanente que en la dentición primaria<sup>10</sup>, Irigoyen y cols., en 1989, reportaron que en la Ciudad de México, el 64% de los niños, entre los cuatro y cinco años presentaron lesiones cariosas<sup>11</sup>.

La política de salud bucal en el periodo 2000- 2006 reconoce que en México las principales enfermedades orales se encuentran todavía con una alta prevalencia e incidencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres, se observa que la caries dental afecta al 90% de la población adulta<sup>12</sup>.

Al ser una enfermedad infectocontagiosa multifactorial<sup>13</sup> su aparición y desarrollo no depende exclusivamente de los llamados “factores determinantes”, sino más bien se requiere de la intervención adicional de otros que se presentan llamados “factores moduladores”, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas<sup>14</sup>.

Los factores determinantes en la triada ecológica de la caries dental de Keyes (Fig. 1) son la dieta, el huésped y microorganismos, cuya interacción se considera indispensable para vencer los mecanismos de defensa del esmalte y consecuentemente para que se provoque enfermedad, ya que de otro modo será imposible que ésta se produzca<sup>15</sup>, el factor tiempo también es importante y este fue introducido por Newbrum en 1988 (Fig. 2), Uribe-Echeverría y Prioto en 1990 agregaron un quinto factor, la edad<sup>13</sup> (Fig. 3).

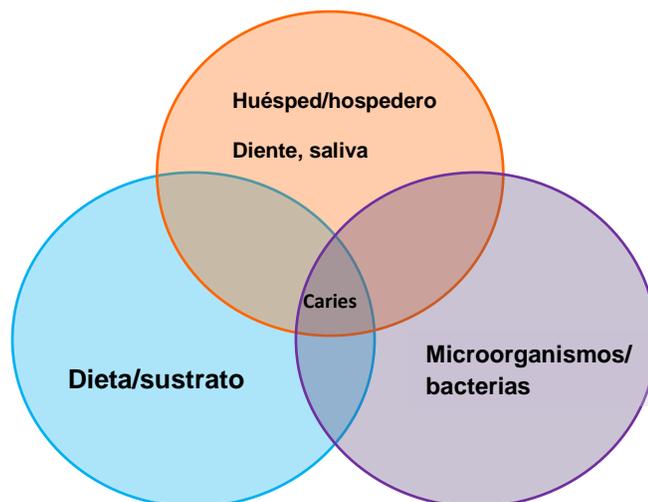


Fig. 1 Esquema Trifactorial de Keyes 1960<sup>14</sup>.

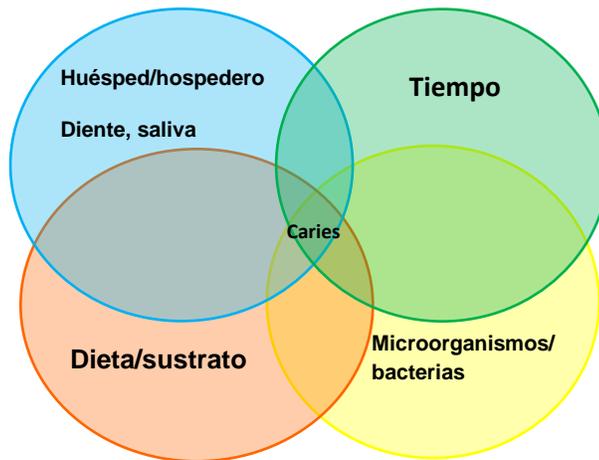


Fig. 2 Esquema Tetrafactorial de Newbrun, 1978<sup>14</sup>.

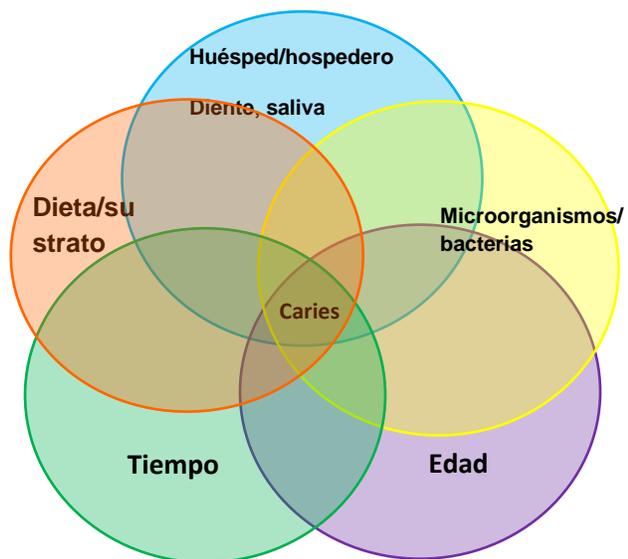


Fig. 3 Esquema Pentafactorial de Uribe Echeverría y Priotto, 1990<sup>16</sup>.

Los factores etiológicos moduladores: tiempo, edad, salud general, flúor presente, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento, también se

toman en cuenta los factores que se encuentran fuera de la cavidad oral<sup>15</sup> (Fig. 4).

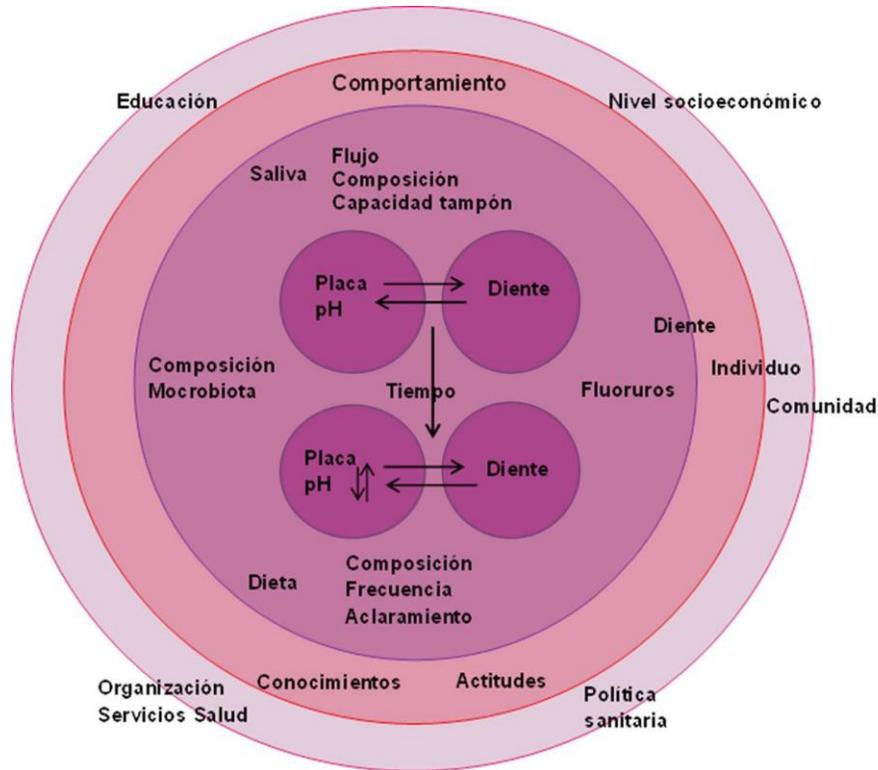


Fig. 4 Esquema multifactorial de la caries dental modificado por Fejerskov y Manj<sup>17</sup>.

### 4.3 Caries de la Infancia

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define a la caries infantil como "La presencia de uno o más dientes cariados (lesiones cavitadas y no cavitadas), perdidos (por caries dental), o superficies dentales obturadas en niños menores de 71 meses (5 años, 8 meses) de edad o menores". Aclara la Academia que la presencia de cualquier signo de caries dental en niños menores de tres años se debe definir como "caries dental de la niñez temprana, severa". Mientras la caries dental rampante es definida como "la presencia de caries dental en todos los dientes primarios a la edad de tres años"<sup>18</sup>.

Es considerada la enfermedad crónica más prevalente en niños y adolescentes, está presente desde los primeros años de vida, esta dolencia tiene la tendencia de afectar a los niños menores de cinco años, y por su carácter crónico avanza con la edad si no se hacen esfuerzos para controlar su progresión<sup>10</sup>. El impacto de la enfermedad es más serio en niños más jóvenes, en niños con escaso acceso a adecuados servicios de salud dental, y en niños con condiciones de salud crónicas<sup>19</sup>.

El 77.8% de los niños entre uno y cinco años de edad tiene experiencia de caries dental, la enfermedad está presente desde el primer año de vida en un tercio de los niños y afecta al 73.3% a los cinco años de edad<sup>10</sup>. Al año de edad algunos niños ya han desarrollado lesiones de caries y a los 3 años de edad cerca del 30% tiene caries<sup>19</sup>. Las lesiones de caries dental de la niñez temprana aparecen desde los seis meses<sup>8</sup>.

En la Conferencia de Diagnóstico y Manejo de la Caries Dental a través de la vida (NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life) de 2001, se expuso que el 20% de los niños de 2 a 4 años presentaban caries dental<sup>20</sup>. En el estudio realizado por Rodríguez y cols., se observó que el grupo de niños de 1 a 2 años fue afectado solo en el 10.2% mientras que el de 3 a 5 años lo hizo en el 26.7%<sup>21</sup>. En general, la caries dental se considera un problema de salud pública, que aqueja en especial la salud de los preescolares y escolares<sup>8</sup>. La prevalencia fue más frecuente en niños de 3-5 años<sup>21</sup>.

En México la caries dental es una de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia causando la pérdida prematura de piezas dentales; en 2009, 72.6% de los niños de dos a cinco años presentaron caries de la infancia temprana y el 35.8% de los niños de tres a cinco años presentaron caries severa de la infancia temprana<sup>2</sup>. Se dice que los niños con caries de la

primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no las poseen<sup>21</sup>.

En América Latina y el Caribe, la salud oral sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud por la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad oral, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención<sup>8</sup>.

Se debe acentuar que la caries, como enfermedad, no se erradica sino que sólo se puede controlar hasta cierto grado<sup>22</sup>. Hoy en día se conceptualiza a la caries dental como enfermedad y a la lesión cariosa como su manifestación clínica<sup>14</sup>.

Existen diversos estudios que han reportado una gran cantidad de elementos para poder evidenciar a la caries dental como una gran problemática, sin embargo, todo el interés se ha generado a partir de los seis años, dejando a un lado a los niños de edad preescolar, los cuales presentan dentición temporal y tienen exposiciones diferente a los factores de riesgo para caries<sup>23</sup>.

La complejidad de caries dental en la primera infancia involucra factores socioeconómicos y culturales tales como pobreza, precarias condiciones de vida, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud<sup>10</sup>, insuficiente higiene oral, el estilo de vida y la cultura alimentaria, que predisponen a diferentes enfermedades, incluyendo la caries dental<sup>11</sup>. También la colonización bacteriana precoz y una función o flujo salival reducido son importantes<sup>24</sup>.

El rompimiento del núcleo familiar es un componente de mayor estrés psicosocial y este puede deberse a la muerte de alguno de los padres, separación o divorcio de la pareja, afectándose el comportamiento de los niños, viéndose reflejado en su salud<sup>23</sup>.

Hay razones para creer que algunos de los rasgos del estilo de vida moderno han llevado al comportamiento promotor de la caries, por ejemplo, comidas irregulares, "negociación democráticas entre el niño y el padre, indulgencia parental sobre las horas de acostarse de los niños, incremento en el consumo de refrigerios y refrescos, niñez institucionalizada (jardines de infancia) con ausencia de padres incapaces de controlar la dieta de los niños, entre otros<sup>19</sup>.

Numerosos autores coinciden al afirmar que el humo del tabaco ambiental es un factor de riesgo de caries, especialmente en dentición temporal; los niveles de nicotina son también un factor para que la caries dental se haga presente en infantes, ya que un nivel de nicotina similar al que se encuentra en boca de los fumadores favorece el crecimiento y multiplicación del *Streptococo mutans*. Ser madre fumadora se ha asociado significativamente con mayor prevalencia de caries en dentición temporal, muy contrario con el padre fumador, ya que no se ha podido observar esta relación<sup>25, 21</sup>.

La caries dental presenta graves repercusiones en la salud general del niño, tales como: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas de urgencia, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje, dificultades en el manejo ambulatorio y un elevado costo de tratamiento. Así mismo, un niño con caries en los dientes primarios, será probablemente un adulto con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente<sup>24</sup>.

Una serie de consecuencias bien documentadas de la caries severa con dolor, es la reducción de la calidad de vida del individuo, disminución de peso corporal por debajo del ideal, lo que trae como consecuencia efectos adversos sobre el crecimiento del niño, al parecer relacionados con alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, problemas en la concentración, interrupción en el juego y en las tareas escolares, pueden

inducir a estrés emocional con enojo e irritabilidad. Debido a la estética y/o problemas fonéticos, existe un riesgo a burlas de parte de sus compañeros de escuela o por parte de los niños cercanos a su vivienda, lo que puede influenciar también negativamente su autoestima, dando como resultado que el niño adquiera un comportamiento silencioso y evite sonreír y reír<sup>19</sup>.

La caries dental es más prevalente en población de bajo recursos socioeconómicos, tanto en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo<sup>8</sup>. Estos grupos marginados se encuentran más lejos de las metas de salud oral, razón por la cual hoy se plantea que la caries dental es un signo de exclusión social<sup>10</sup>.

#### **4.4 Hábitos**

Existen hábitos orales que afectan a la cavidad oral ocasionando maloclusiones, éstas se dan normalmente durante la etapa de desarrollo dental, generalmente se presentan desde los tres hasta los doce años de edad<sup>26</sup>.

Son patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden<sup>27</sup>; entre los cuales el uso de biberón es el hábito que más se practica, seguido de la succión digital y respiración bucal<sup>28</sup>, otros hábitos son deglución atípica, interposición lingual y empuje lingual, succión labial y onicofagia<sup>29-30</sup>.

Los hábitos mencionados son considerados factores de riesgo ambientales para el desarrollo de maloclusiones dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad, creando cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales<sup>31</sup>.

#### **4.4.1 Hábito de succión de chupón o biberón**

Carrascoza y cols., comentan que la succión anormal del biberón origina problemas similares a la succión digital, tales como atresia maxilar, interposición lingual y respiración oral. Su gravedad dependerá de la edad de abandono del hábito y el tipo de chupón, anatómico o tradicional<sup>32-33</sup>.

Aunque se ha mencionado el gran beneficio del amamantamiento materno, éste se ha asociado con maloclusiones como mordidas abiertas anteriores, cuando aquél se realiza por periodos prolongados<sup>31</sup>.

#### **4.4.2 Hábito de succión digital**

La succión digital, es habitual en los bebés e inicialmente debe tolerarse. Resultan esenciales el tipo y la intensidad pero, sobre todo, la duración de ésta<sup>26</sup>. Los niños que se chupan el dedo después de cumplir los 5 años tienen más probabilidades de desarrollar maloclusión<sup>28</sup>.

La gravedad y el tipo de anomalías producidas por este hábito está relacionado con: frecuencia, intensidad y duración, reconocidos por el Dr. Graber como el tridente de factores<sup>34</sup>. Este hábito puede ocasionar una deformación del maxilar superior caracterizada por la profundidad del paladar, mordida abierta, mordida cruzada posterior, retrusión mandibular, proinclinación de los dientes anteriores superiores y retroinclinación de los dientes anteriores inferiores<sup>35</sup>.

La perspectiva de una corrección espontánea y de una autorregulación de las alteraciones alveolares es buena si la succión se abandona como máximo a los tres años de edad<sup>36</sup>. No obstante, esto no es así cuando una posición anormal de la lengua o una interposición labial mantienen la deformación creada<sup>26</sup>.

Algunos autores sostienen que entre los 3 y 4 años de edad, el 45% de los niños se succionan uno o varios dedos<sup>35</sup>. La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes<sup>36</sup>.

#### **4.4.3 Respiración bucal**

Varela describe un conjunto de síntomas y signos en pacientes que respiraban por la boca. La etiología de la obstrucción de las vías aéreas superiores es múltiple, entre ellas podemos encontrar rinitis (alérgicas o vasomotoras), hipertrofia adenoidea y/o amigdalar, hipertrofia de cornetes nasales, desviación del tabique nasal, etc. En otros casos se produce debido a la remanencia de hábitos incorrectos en la función de los músculos respiratorios o debido al mantenimiento de posturas viciosas. La presencia de respiración bucal suele asociarse a un patrón facial específico<sup>38</sup>.

Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes e influir en su crecimiento y posición<sup>33</sup>.

La relación entre la respiración bucal y la maloclusión constituye un tema complejo y el problema principal radica en identificar de manera confiable las personas que respiran por la boca. Algunos individuos parecen hacerlo por la postura mandibular o por los labios incompetentes, es normal que el niño de tres a seis años de edad exhiba un grado ligero de incompetencia, mientras que hay otros que respiran por la boca debido a la obstrucción nasal y de las vías respiratorias. Pese a las dificultades para la identificación de quienes respiran por la boca, hay indicios de que existe cierta relación entre la respiración bucal y la maloclusión, caracterizada por un tercio facial inferior largo y constricción maxilar<sup>26</sup>.

#### **4.4.4 Interposición lingual o deglución atípica**

Es característica de las degluciones infantiles y transitorias, las cuáles se consideran normales en el neonato<sup>26</sup>, la mayoría de los pacientes completa la transición al patrón de deglución adulto entre los dos y 12 años; los niños con hábitos digitales, trastornos de las vías respiratorias, alergias crónicas, déficits neuromotores o anomalías esqueléticas orofaciales tienen un mayor riesgo de que persista este hábito con mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior<sup>33</sup>.

#### **4.4.5 Succión labial (queilofagia)**

Está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios<sup>37</sup>. Es la presentación más frecuente de hábitos labiales, esta es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular sobre los superiores. Ello ocasiona inclinación vestibular de los dientes superiores, y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobremordida horizontal<sup>26</sup>. Puede aparecer tras el hábito de succión digital. En dentición primaria estos hábitos de succión tienen efectos escasos o nulos a largo plazo, pero si persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión<sup>32</sup>.

#### **4.4.6 Onicofagia**

Es considerado como el hábito morboso de roerse las uñas<sup>37</sup>, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de infecciones bacterianas y víricas en labio y mucosa oral, también puede complicarse con verrugas periungueales y padrastrós, así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, y malposición. La

mordedura de uñas coincide habitualmente con la succión de los dedos de modo que aquella sucede a esta en el tiempo. Generalmente los afectados se muerden todas la uñas<sup>39</sup>.

Este hábito es poco usual antes de los tres a seis años de edad, sin embargo el número de personas con este hábito incrementa hasta la adolescencia. Algunos consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional. No se aconseja tratamiento, sin embargo, debido a que es esta costumbre puede lesionar los lechos ungueales, en ocasiones es preciso usar productos especiales para proteger las uñas<sup>26</sup>.

Los otros hábitos orales parafuncionales como la protracción lingual, la mordedura de objetos y el bruxismo no son tan comunes como los anteriormente descritos; sin embargo deben ser tomados en cuenta por su comportamiento y distribución y por su posible repercusión en el desarrollo de la oclusión y con el propósito de no desestimar su presencia y acción nociva<sup>40</sup>.

En México los hábitos orales nocivos de mayor prevalencia presentes en niños ha correspondido a la interposición lingual con un 66.2%, 49.3% succión labial, 41.9% onicofagia y 31.8% respiración bucal. En menor proporción se presentaron malposición corporal con 25.7% y succión digital con 23.6%, sólo el 2% refirió utilizar el biberón<sup>31</sup>.

#### **4.5 Maloclusiones dentales**

Angle define maloclusión como la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura, y la clasifica en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, ya que la maloclusión no solo afecta a los dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial<sup>41</sup>.

La prevalencia de esta patología a nivel mundial se reporta con alta frecuencia que va desde el 65 al 89% de la población afectada<sup>42</sup>; en México, Murrieta y cols., encontraron que nueve de cada diez niños de nivel escolar presentaban dicha patología<sup>41</sup>, siendo la clase I y sus subdivisiones del sistema propuesto por Dewey-Anderson, la maloclusión más frecuentemente observada. Con relación a la edad, no todos los grupos muestran una distribución similar, ya que, conforme avanza la edad, la probabilidad de experimentar alguna alteración en la oclusión se va incrementando. Su importancia se establece no solo por el número de personas que la presentan, sino también, por los efectos nocivos que puede generar su presencia en la cavidad oral, ya que afecta las funciones de la masticación, la deglución y el habla, y su impacto en la estética devalúa la autoestima de los sujetos y su calidad de vida<sup>41-42</sup>.

Existen diversos estudios sobre la prevalencia de este problema en comunidades de alto y bajo nivel socioeconómico; un estudio llevado a cabo en Venezuela donde las maloclusiones ocupan el 2do lugar en cuanto a problema de salud pública bucal en la población pediátrica, presentando una prevalencia de 47,9%<sup>43</sup>, en niños de 3 a 5 años de edad en el área de salud policlínica Pedro del Toro Saad, indicó que el 47.39% presentó alguna maloclusión<sup>44</sup>. En México las investigaciones en niños de 4 a 5 años reportan prevalencias de 70 a 80%, que evolucionan hasta encontrar tasas de prevalencia de 96.4% en adolescentes<sup>45</sup>.

Las maloclusiones son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, en la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sin embargo se puede definir dos factores principales, la disposición genética y los factores externos o ambientales, una de las causas intrínsecas más importantes son los hábitos parafuncionales del larga duración, otros factores son la pérdida prematura de dientes, caries dental, traumatismos, anomalías dentales de número, tamaño, forma, posición y erupción, así

como frenillos labiales con inserción atípica y otras patologías que interactuando entre ellas da como resultando diversas implicaciones como la insatisfacción estética, alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial<sup>6</sup>.

Las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, lo que motiva irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos y predispone a caries y lesiones del periodonto<sup>46</sup>.

Frecuentemente se llegan a asociar a problemas respiratorios, que predisponen la acumulación de placa dentobacteriana y al desarrollo de enfermedad periodontal, especialmente cuando se acompañan de alteraciones dentales de posición, número, forma o con apiñamiento, ya que es más complicado el cepillado en dientes mal alineados<sup>6</sup>.

Hay causas que son prevenibles y en las que la educación sanitaria puede ser importante: evitar el empleo prolongado del chupón y evitar la succión del pulgar o la succión labial con algunas<sup>47</sup>.

Es mucho más importante la influencia que tiene el nivel socioeconómico en la producción de la enfermedad, que su raza, o bien su condición de edad y de sexo<sup>42</sup>.

#### **4.6 Enfermedades congénitas**

Del gran número de anomalías genéticas que están descritas solo se tomaran en cuenta algunas de las patologías más representativas en cuanto a manifestaciones en la cavidad oral<sup>48</sup>.

#### 4.6.1 Labio paladar hendido

La fisura labio palatina es una de las malformaciones congénitas más frecuentes e importantes de todas las afecciones de la cara, con incidencia de alrededor de 1 por cada 800 o 1, 000 nacidos vivos registrados en México, ocupando el primer lugar entre todas las malformaciones congénitas<sup>49</sup>. Se produce por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario. El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados, el labio hendido es más común en el sexo masculino mientras que el paladar hendido es más común en el sexo femenino. De los pacientes que nacen con labio y paladar hendido en el 25% de los casos, se conoce la causa, 75% de los casos la causa es multifactorial y en el 20 al 25% de los casos existe algún antecedente familiar<sup>50</sup>.

Los pacientes se ven afectados de manera variable dependiendo del tipo y magnitud de la afección, entre los problemas destacan<sup>49</sup>:

- Dificultad durante la lactancia (materna o artificial), sobre todo cuando hay comunicación nasopalatina<sup>49</sup>.
- Fonación nasal por la arquitectura anormal del paladar; situación que se acentúa cuando hay reducción en la audición<sup>49</sup>.
- Infecciones del oído debidas al desarrollo incompleto del paladar y de los músculos palatinos, que son necesarios para abrir las trompas de Eustaquio<sup>49</sup>.
- Rechazo familiar, sobre todo cuando se desconocen antecedentes familiares<sup>49</sup>.

En México en el periodo del 2003 al 2006 en promedio, se reportaron 1,462 nacimientos anuales con estas patologías, con 32.02% mayor incidencia en hombres que en mujeres<sup>49</sup>.

#### **4.6.2 Síndrome de Down**

Las posibles causas para el síndrome de Down (trisomía 21) incluye trisomía regular, que es la variante más frecuente, trisomía por translocación, puede ser espontánea o heredada, y mosaicismo<sup>51</sup>, progenitores de cualquier edad que hayan tenido un hijo con trisomía 21, poseen un riesgo significativo de tener otro hijo afectado<sup>48</sup>:

Las manifestaciones orales de este síndrome incluyen: lengua fisurada, macroglosia, protrusión de la lengua, úvula bífida, la erupción de los dientes primarios y permanentes se retrasa en un 75% de los casos. Son frecuentes anomalías de los dientes, incluyendo corona y raíz, hipocalcificación del esmalte, prognatismo relativo y respiración bucal. El tratamiento odontológico se centra en prevenir las caries y enfermedad periodontal<sup>48</sup>.

Ocurre aproximadamente en uno de cada 773 nacimientos y constituye la causa de discapacidad intelectual de origen genético más común en todo el mundo<sup>51</sup>.

#### **4.7 Etapas de la Infancia**

Existen múltiples definiciones para el término infancia. La Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo primero entiende por “niño” a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad<sup>52</sup>. En México, según la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, “niño” es toda persona menor de doce años, y adolescentes, quienes tienen entre doce años y son menores de dieciocho años<sup>53</sup>.

Los conceptos de “primera infancia” o de “años iniciales” o de “educación inicial” son suficientemente ambiguos como para tener un significado diferente en distintos países o en distintos momentos históricos dentro de un

mismo país pero principalmente se hace referencia a los primeros seis años de vida<sup>54</sup>.

La niñez propiamente es uno de los períodos de desarrollo humano mejor estudiado y, por tanto, existe ya un consenso en que el diferente ritmo crecimiento observable en pocos años dentro de la población que la conforma, requiere diferentes satisfactores a sus necesidades en relación inversa a su edad, por lo que se puede señalar dos grupos claramente perfilados<sup>55</sup>:

- La primera infancia, de los 0 a los 5 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento. En esta fase se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales<sup>56</sup>. El grupo de 0 a 1 año es calificado como de muy alto riesgo para padecer ciertas enfermedades; el grupo de 2 a 3 años de alto riesgo; y el grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos, como de menor riesgo<sup>55</sup>.
- La Segunda Infancia, de los 6 a los 11 años, se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. En este período los niños tienen un riesgo menor que en la primera infancia; la denominan “edad crítica”, por la falta de satisfactores apropiados a sus necesidades psicosociales<sup>55</sup>.

La Naciones Unidas definen adolescencia como la segunda década de la vida, personas entre 10 y 19 años, esto permite reunir datos basados en la

edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia a una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto no fue así durante la mayor parte de la historia humana<sup>57</sup>.

## 4.8 Cuidadores

En México, al hablar del cuidador, con frecuencia se asocia al familiar de un enfermo crónico quien dedica su tiempo a servirlo, sin embargo la revisión de literatura permitió identificar que existen una serie de términos que se utilizan como sinónimos<sup>58</sup>, como niñera o persona que cuida de los niños<sup>59</sup>.

Dentro de la definición de padres de la UNICEF incluye a los padres genéticos y a los de nacimiento, es decir la madre que da a luz y el padre que reclama la paternidad por la relación que tiene con la madre en el momento del nacimiento, o cualquiera que sea la definición social de padre en la cultura de la que se trate, ya que estas definiciones sociales son importantes para la identidad del niño. Asimismo, se incluye una tercera categoría, la de los padres psicológicos del niño, los que han cuidado de él durante los periodos significativos de su infancia y su niñez que están íntimamente ligados a la identidad del niño<sup>60</sup>.

Por lo anterior, algunos autores han definido a los padres como, “varón o hembra que han engendrado o que han adoptado una función parental, la función de los padres, por lo tanto, excede la cuestión meramente biológica o la reproducción, se trata de una figura clave en el desarrollo de un niño ya que debe protegerlo, educarlo y ayudarlo en las distintas etapas de su crecimiento”<sup>61</sup>.

Un tutor se define como la persona que se encarga de la tutela de una persona, en especial la nombrada para encargarse de los bienes de un menor o de una persona con incapacidad mental y para representarlos en los

actos jurídicos<sup>62</sup>. Por lo tanto, el tutor tiene hacia el niño las mismas obligaciones que un padre, como educarle y procurarle una formación integral, el vestido, casa, alimentos, asistencia médica, apoyo moral y promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad. Si el tutor no se ocupa de su cargo tiene la misma responsabilidad penal que el abandono<sup>63</sup>.

Pinto y cols., mencionan que el cuidador es aquel que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Él o ella, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la difusión existente en la persona con la enfermedad<sup>64</sup>.

La personalidad funcional del cuidador, padres o tutor, hace referencia a las características concretas que debería tener un cuidador, ha de tener capacidad de tomar decisiones, equilibrio emocional, seguridad en sí mismo, firmeza, autoestima, paciencia, sensibilidad, capacidad de comunicar verbal y no verbalmente, empatía, capacidad de escucha y de observación<sup>63</sup>.

En una visita odontológica no siempre es fácil entender el comportamiento de los padres, a veces las actitudes ante esta están muy arraigadas; el nivel socioeconómico está muy relacionado también con la aceptación de métodos del tratamiento y con el número de tratamientos realizados, pues el grupo menos favorecido no puede costear los gastos que conlleva. La higiene oral de estos niños presenta también un patrón de abandono<sup>65</sup>.

Estas generalizaciones deben hacerse con cautela ya que en ocasiones padres de nivel socioeconómico más favorecido están demasiado ocupados con sus actividades cotidianas para ayudar en la salud oral o llevarlos a consulta odontológica<sup>65</sup>.

Es necesario conocer el carácter individual de cada uno de los padres; Whrigh y cols., describieron las actitudes problemáticas de los padres ante el dentista en la atención dental de los niños, mencionando que existen distintos tipos de padres, los cuales se mencionan a continuación<sup>65-66</sup>.

- Padres que protegen en exceso al niño: muestran una protección excesiva hacia su hijo, impidiendo con frecuencia una evolución natural hacia la independencia, insiste en permanecer junto al niño<sup>65-66</sup>.
- Padres manipuladores: Se manifiestan por una actitud de demanda exagerada, estas demandas pueden ser desde la hora de la consulta hasta pretender orientar el diagnóstico y tratamiento del niño<sup>65-66</sup>.
- Padres hostiles: dudan de la necesidad de un tratamiento, generalmente no es solo la cuestión de desconocimiento sino también de desconfianza<sup>65-66</sup>.
- Padres negligentes: a este tipo de padres no se les identifica inmediatamente, se descubren ante el incumplimiento repetido de las citas, no supervisan la higiene de su hijo. A algunos padres no están conscientes de la importancia de una higiene oral, reconocen la importancia de visitar al odontólogo pero son descuidados o están muy ocupados para dar prioridad al odontólogo. Se clasifican como poco motivados o negligentes<sup>65, 67</sup>.

La elevada prevalencia de citas dentales perdidas entre los niños que han tenido tratamiento dental relacionado a dolor dental también se ha documentado. La salud oral descuidada puede ser la consecuencia, lo cual también significa incremento de los costos económicos del tratamiento más adelante en vida<sup>19, 68</sup>.

## 4.9 Percepción de la salud oral

Los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad forman parte de un cuerpo integral de creencias compartidas por la mayoría de la población. Las creencias sobre el origen de la enfermedad y las acciones terapéuticas, forman parte de la cultura popular. Dentro del campo de la cultura popular, las creencias, los conocimientos, los valores y las prácticas, conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan, a su vez, con factores biológicos, económicos y sociales. Las conductas sociales y culturales son factores importantes en la etiología, predominio y distribución de muchas enfermedades. La forma en que vive, lo que come lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispones, son determinantes significativos de la salud individual y colectiva<sup>69</sup>.

Una menor percepción de la salud oral es con frecuencia reportada en las minorías raciales y étnicas. Es decir, la percepción de la salud puede variar en grupos étnicos y pueden determinar la forma en que cada paciente ve la enfermedad y la capacidad de hacer frente a ella o evitarla y la prioridad que se le da, las escuelas con población de bajos ingresos reveló prácticas y actitudes menos saludables para todas las edades y una falta de percepción de prevención de la salud en pacientes adultos<sup>70</sup>.

Se ha encontrado que las personas saben cómo se previene la enfermedad oral, pero utilizan muy pocas herramientas preventivas, posiblemente porque no interiorizan este conocimiento para utilizarlo, o no toman conciencia de los beneficios que obtendrían dentro de su salud general<sup>71</sup>.

En algunos estudios se ha podido observar que los padres que tienen un buen conocimiento y prácticas, y le dan una importancia significativa a la salud general de sus hijos generalmente tienen buen conocimiento y prácticas para la salud oral de sus hijos<sup>72-73</sup>.

Algunos otros estudios, refieren que los padres tienen la percepción de que siempre van a ser cuestionados por el profesional de la salud por lo que hacen o dejan de hacer, y es por esta razón que descuidan la salud general y oral tanto de ellos como de su familia<sup>74</sup>.

La importancia de la salud oral se vuelve prioritaria en la existencia de un dolor insoportable, no por las consecuencias que esto trae a nivel general del componente oral. La percepción de los padres hacia la atención adecuada por parte de un profesional, evitará el deterioro de su salud. Sin embargo en algunos discursos encontrados, los patrones de estética y belleza, son importantes e influyentes en la opinión de los adultos pese a sus prioridades fundamentales sociales, económicas y políticas y sus expectativas previas<sup>75</sup>.

Tiene sentido entonces recoger la percepción de calidad de vida del preescolar que tienen las personas responsables del menor en el caso de los niños más pequeños, existe un nivel de dependencia que hace necesario que sean las personas responsables de la familia quienes decidan cuándo buscar ayuda en el sistema sanitario<sup>76</sup>.

#### **4.9.1 Percepción de la salud oral de los hijos**

La percepción que tienen los padres a la salud oral de sus hijos podría considerarse uno de los factores externos asociados con la presencia de caries dental; esta se define como la forma de interpretar la información que se recibe, ya sea en el ámbito visual, oral o dactilar, varía de acuerdo con el comportamiento de otra persona, y se puede ver afectada por las circunstancias que rodea al individuo<sup>77</sup>.

La percepción que se tiene de lo que es estar sano o enfermo tiene una directa relación con los comportamientos que se despliegan ante un padecimiento. Una molestia pasa a ser una enfermedad solo cuando inhabilita para el trabajo o las actividades cotidianas como juegos o estudio

en caso de los niños y jóvenes, aunque en el caso de los niños por su carácter amoroso y juguetón los responsables tienden a interpretar que el bienestar podría estar poco perjudicado por los problemas de salud oral<sup>74, 78</sup>.

A pesar de toda la información que existe sobre la salud oral, persiste el desconocimiento de los padres de lo importante que es conservar la salud de la dentición temporal, no se le da la importancia necesaria porque aún hay padres que consideran que estos dientes se recambian y no es necesaria su vigilancia o atención, dando solo importancia a la dentición permanente, pues son ya los definitivos y no creen que el descuido de los primeros afecte la salud de los segundos<sup>71, 79</sup>.

Aunque en las últimas décadas se ha observado una disminución de la caries dental en niños pequeños, la atención o tratamiento odontológico que los padres le brinda a esta dentición es considerada todavía de baja prioridad por su carácter temporal<sup>80-81</sup>, este concepto es limitado, si tomamos en cuenta las consecuencias que la caries dental tiene en los preescolares como las molestias que el proceso infeccioso produce, los trastornos ocasionados por pérdida de espacio debido a la extracción temprana de dientes deciduos; las dificultades para realizar una buena masticación, la instauración de hábitos orales perniciosos, y la posible asociación entre una prevalencia alta de caries en la dentición primaria y por consecuencia en la dentición permanente<sup>82</sup>.

En el caso de los niños más pequeños, existe un nivel de dependencia hacia las personas responsables de la familia por la incapacidad para verbalizar sus emociones y su angustia, es necesario que sean estas quienes decidan cuándo buscar ayuda con el profesional<sup>76, 83-86</sup>. Los niños en este grupo de edad no están en posición para referirse a sí mismos para el tratamiento, incluso cuando están experimentando síntomas de gran alcance y dolor<sup>87</sup>; son muy susceptibles a las enfermedades orales, que podrían prevenirse si

sus cuidadores están suficientemente motivados e informados acerca de sus causas y tratamientos<sup>88</sup>.

Las actitudes dentales de los padres hacia la salud oral de los niños se considera que pueden ser afectadas por la diversidad cultural y étnica<sup>84, 89</sup>, en algunos grupos minoritarios y culturas, al cuidado dental no se le da siempre prioridad, especialmente el cuidado dental de la dentición primaria<sup>19</sup>, sin embargo, dentro de esos límites, los comportamientos adoptados por los individuos pueden hacer una contribución positiva o negativa a la salud, para los niños, la influencia de los padres y de los familiares en la salud oral en particular es central<sup>15, 71, 89</sup>. Según sus conocimientos tradicionales, tratan a su manera de asumir los retos saludables que se presenten, con autocuidados aprendidos desde la infancia, que se corresponden a su difícil situación pero que no los desvincula de sus representaciones de bienestar. Reconocen la boca como una estructura vital para las funciones básicas del individuo, y se vincula la higiene oral en las prácticas cotidianas de higiene personal, esto se transmite por los adultos significativos; se demuestra por lo tanto, la influencia de los padres y/o adultos en los significados de la salud y el cuidado de los hijos, teniendo lugar diferentes contextos sociales<sup>74-75, 81</sup>.

Los padres de familia pueden favorecer la adquisición y transmisión generacional de mitos y creencias sobre los cuidados orales, algunas costumbres como lavarse los dientes con sal o jabón de tocador, utilizar clavo de olor como apósito en las caries dolorosas, la creencia de que sin crema dental o ante sangrado gingival no se pueden cepillar los dientes; creer que es mejor tener una dieta blanda para no dañar los dientes; creer que los dientes “de leche” no deben cuidarse porque son eventuales, la costumbre de las madres de dormir a los niños con el biberón<sup>72, 90</sup>, la creencia de que la calidad de los dientes se debe a la herencia “tener buena o mala dentadura es de nacimiento”, otra creencia es la edad a la que

erupcionan los dientes temporales “mejor tardíos porque salen más firmes”, son algunas de las creencias que se han podido observar<sup>69</sup>.

Algunos contextos sociales pueden afectar las percepciones de los padres acerca de la salud de sus hijos en edad preescolar, comúnmente consideran la caries dental como una enfermedad grave, sin embargo también están los que piensan que no lo es<sup>84-85, 89</sup>.

Muchos de los problemas en el ámbito de la salud infantil están relacionados con el estilo de vida, en los cuales los niños más pequeños es el sector más vulnerable por su completa dependencia, es decir, con patrones o formas de vivir que se conforman por el contexto social como: bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas, la autoridad de los padres sobre sus hijos, padres separados y padres que nunca han asistido a consulta dental, entre otros, aunque las disparidades pueden encontrarse en casi cualquier indicador de salud, las de la salud oral son particularmente preocupantes ya que no son percibidas como amenazas importantes, porque son comunes y rara vez hacen peligrar la vida. Es por esto que es poco probable que las personas adopten conductas favorables para su salud oral<sup>72, 76, 84, 91-96</sup>.

Se ha demostrado que las madres u otros cuidadores primarios suelen ser responsables de enseñar a sus hijos las habilidades adecuadas de higiene porque ningún niño nace con los conocimientos ni aptitudes necesarias para cuidar de su propia higiene y salud oral, así que depende de su entorno para que éste cuide de él<sup>84-85, 87, 94</sup>.

Desde una perspectiva de género el rol del cuidado de la salud ha sido asumido por las mujeres (madres, hijas, abuelas) que son las encargadas de evaluar la gravedad o levedad de un problema, y de realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de acudir o no al profesional; suele

ser una decisión cargada de una enorme responsabilidad por las consecuencias que implica<sup>74</sup>. Las madres son de gran relevancia en la educación para la salud oral de los hogares, pero no todas están preparadas para poder realizar la tarea correctamente, ya que transmiten a sus hijos la cultura que ellas recibieron, con conceptos y hábitos frecuentemente equivocados, muchas veces perjudiciales para la salud del niño, considerándose como factor de riesgo<sup>98</sup>.

Existe otro tipo de cuidadoras como niñeras, profesoras, etc., que por su estrecha relación con los niños logran percibir o identificar anormalidades y problemas, y se atreven incluso a calificar la situación y fácilmente identificar a aquellos que tienen problemas evidentes<sup>72</sup>, estas juegan un papel de “detectoras” de problemas de salud del niño, tanto en salud general como oral. En el caso de problemas de salud oral, por lo general se dan cuenta por algunos síntomas como que el niño se niega a recibir el alimento, o se queja durante la comida, esto implica que muchas veces se dan cuenta de los problemas de salud oral antes que la propia madre o son ellas quienes los hacen notar. En ocasiones se presentan conflictos con los padres de familia pues ellas deben estar pendientes en que se lleve al niño a consulta y hay algunos casos en que los padres se descuidan y no llevan a los niños a revisión<sup>73, 97</sup>. Hay algunos padres que creen que por estar los menores gran parte del día dentro del centro infantil, los cuidadores deberían contribuir en la tarea de cepillarse los dientes, complementado y fortaleciendo su destreza para una adecuada higiene<sup>71</sup>.

Estas mismas cuidadoras son las que llegan a señalar a los padres como los principales responsables para que el niño desarrolle enfermedades orales antes de los cinco años ya que no le dan la suficiente importancia. Además, se considera que los padres deben ser responsables de la asistencia odontológica frecuente del menor, por lo menos una vez al año, a fin de atender tempranamente cualquier indicio de enfermedad, o de buscar

orientación sobre dicho evento si se desconoce; para prevenir o disminuir este problema, se considera que la educación al padre de familia es la medida más importante, ya que a través de él se pueden crear hábitos de higiene oral desde muy temprana edad además de la ayuda necesaria para llevar a cabo una limpieza oral<sup>71</sup>.

Sobre la demanda de la atención, comentan que todavía es frecuente oír decir a los padres que “el niño está muy pequeño para llevarlo a la consulta odontológica”, incluso algunas de ellas comparten esta misma idea, además de que en muchos casos son los mismos profesionales los que han contribuido a difundir esta idea entre las madres, muchos de ellos no muestran interés en atender a los niños antes de los tres años<sup>97</sup>.

En diversos estudios se ha observado que el nivel de escolaridad de la madre juega un rol muy importante, pues entre más prioridad den las mujeres a terminar sus estudios y alcanzar una mejor educación, mayor es la edad de comienzo de la maternidad y mayores conocimientos tendrán; se considera que las madres con bajos estudios que dan a luz a su primer hijo en edades menores a los 23 años son un factor de riesgo directo para desarrollar caries temprana del niño, esto puede deberse a que las madres jóvenes son inexpertas en el cuidado infantil o en su manejo, puesto que aún no se sienten cómodas al forzar al niño al cepillado dental, así también, los padres que no tienen hábitos de limpieza dental no suelen generar este hábito en sus hijos, además de que las madres muy jóvenes suelen tener poca cultura y conocimiento de higiene oral. Se observó que los hijos de las madres que son empleadas presentaron un mejor estado de salud oral comparado con las madres que se dedican solo al hogar<sup>94</sup>. Los altos niveles de ansiedad dental en las madres pueden dar lugar a la ignorancia acerca de la conducta relacionada con la salud oral y la evitación de los servicios de salud oral no sólo hacia ellas, sino también hacia sus hijos<sup>87</sup>.

Talekar y cols., han observado que la percepción de los padres sobre la salud oral de los niños menores de cinco años, es errada pues la mayoría supone que los niños a esa edad no tienen enfermedad alguna, tienen también la percepción de que la salud oral de los niños es igual a la de ellos, calificándola como buena<sup>85</sup>, si bien perciben que la salud es igual a la de ellos en general no existe relación entre la percepción parental de salud oral y el estado dental de los hijos, el síntoma más percibido por los padres es el dolor, se evidencia también que la percepción de los padres respecto de los problemas de los dientes de sus hijos es que nunca o casi nunca han tenido problemas<sup>99</sup>, la percepción de salud oral de los hijos disminuida puede reflejar el porqué del acumulativo de las enfermedades dentales en los niños. Algunos de ellos sentían tener menos capacidad para tener accesibilidad a la atención dental, aunque también se observó que muchos de los padres mantenían una evaluación precisa del estado de salud oral de sus hijos<sup>85</sup>. Entre las madres hubo una tendencia a afirmar sin vacilación que conocen la situación oral de sus hijos, teniendo una buena valoración de la dentición y salud oral. Esta aseveración, se basa, según las propias mujeres, en lo que pueden ver durante el cepillado que le hacen al niño en la casa y en lo que les informan los odontólogos cuando los llevan a consulta<sup>73, 97</sup>.

Existen estudios en lo que se ha podido observar que hay un gran número de padres que aún no tiene la capacidad de informar de algún problema de salud oral de sus hijos y menos del impacto en la calidad de vida; tampoco saben relacionar los efectos de la enfermedad oral, sin embargo pueden dar informes válidos sobre la salud oral de sus hijos en edad preescolar siempre y cuando sean observables. Existe un gran número de padres que se preocupan por el estado de la salud oral de sus hijos, pero no le dan la debida importancia, generalmente es por la idea de que los dientes de los niños son temporales<sup>78, 101</sup>. La salud oral de los hijos es mala, ya que no se le da la importancia necesaria, revelando la ausencia de asociación entre el

nivel de conocimientos de salud oral con el estado de salud oral de sus hijos menores de cinco años<sup>98</sup>, esto puede deberse al desconocimiento o conocimiento inexacto de los padres sobre las medidas preventivas en salud oral, así como con la falta de orientación y supervisión de hábitos en sus hijos, como el inicio, técnicas y momentos del cepillado dental<sup>72, 84</sup>.

La calidad de vida de los niños es afectada por la percepción de los padres de la salud general y la salud oral: los padres indicaron que en sus culturas la caries dental no se perciben como una enfermedad que afecte de forma permanente a los niños preescolares y su acción o falta de esta se basa en esta, llegando a no buscar el cuidado dental profesional, aunque algunos percibían que era importante llevar a sus hijos a visitar a un dentista para una revisión general, estaban renuentes a hacerlo<sup>102</sup>.

Algunos padres cuyos hijos han tenido caries de la infancia temprana consideraban la calidad de vida relacionada con la salud oral de sus hijos como peor que los padres de los niños sin caries de la infancia temprana<sup>88</sup>, otros padres no perciben que la baja calidad de vida del niño está afectada por una disminución en la salud oral del niño<sup>103-104</sup>, sin embargo los padres y madres de niños que recibieron tratamiento percibieron que tuvo un impacto social positivo en sus niños: más sonrisas, mejor desempeño escolar y mayor interacción social, los padres a los que les preocupa que su niño tenga menores oportunidades en su vida futura (asociadas al aspecto físico), consideraban que sus niños requieren mayor atención para aliviar el dolor y molestias, y se sentían culpables por la salud dental de sus niños<sup>78, 81, 88</sup>. Las condiciones orales no tienen sólo impacto directo en los niños, sino también un efecto indirecto en los padres y miembros de la familia, los cuadros de caries resulta en pérdidas de días laborables o gastar tiempo y dinero en el acceso a los cuidados dentarios<sup>105</sup>.

Se ha podido observar en algunos estudios, que ciertos padres muestran un comportamiento positivo hacia la importancia del cepillado de los dientes de los niños, su capacidad para mantener el hábito, y el valor que este representa en la prevención de la caries dental, además desean que en los menores no se repitan los errores que ellos han tenido en sus hábitos de limpieza oral, por otra parte, también se ha podido observar que, son menos propensos a creer en su capacidad para poner en práctica estos comportamientos<sup>71, 89</sup>.

A pesar de la poca información e importancia hacia la salud oral de los niños más pequeños se sabe que algunos padres que se preocupan por su cepillado y el uso de hilo dental es más probable que promuevan estos comportamientos en sus hijos, además algunas percepciones culturales sobre que la caries dental y la halitosis acarrearán vergüenza a la familia esto sirve para estimular a los padres de familia a supervisar el cepillado dental de sus hijos<sup>87, 102</sup>, sin embargo por la edad de los niños y la falta de cooperación este proceso se vuelve complicado además el tiempo que es requerido para llevar a cabo esta labor es más mayor al esperado, es por esto que no les cepillan los dientes a los niños, no prestan atención a los dientes de estos o les permiten que los limpien por su cuenta, esto último inefectivo pues es más importante la calidad que la frecuencia<sup>69, 84</sup> y a la edad de tres a cinco años es una época en la cual el niño tiene poca destreza manual para poder realizar sola la higiene oral y por lo tanto son los padres quienes deben realizar la higiene oral de sus hijos<sup>77, 91, 106</sup>.

La edad a la que los padres prestan atención a la higiene oral de los niños varía ampliamente<sup>79</sup>. En el estudio realizado por González y cols., se le preguntó a las madres que fueron entrevistadas sobre el inicio tardío del cepillado dental de sus hijos, expresaron diferentes motivos como la madurez del niño (empezaron su cepillado hasta que el niño pudiera hacerlo solo), la edad en la que ellos creían que debía comenzar la limpieza dental y hubo

madres mal informadas que consideraban que las piezas deciduas no importaban ya que pronto exfoliarían y darían paso a las piezas permanentes<sup>94</sup>, sin embargo hay algunas madres que consideran que el no cepillar los dientes antes de dormir o después de consumir bebidas azucaradas puede producir enfermedades en la cavidad oral como la caries dental<sup>71</sup>.

La importancia que le dan al consumo de carbohidratos es menor a la que se le debería dar<sup>89</sup>, en la actualidad los padres tienden a no controlar o descuidar lo que sus hijos consumen en el día, lo que está directamente relacionado con el descuido de la higiene oral y enfermedades orales, que en teoría es algo fácil de monitorear, pero en la práctica muchos padres, ya sea por ignorancia o por estar atareados con otras cosas no le dan la suficiente importancia y para cuando se dan cuenta es tarde<sup>94</sup>.

Los dulces son considerados como negativos para la salud dental pero solo si son duros y se mastican, esto es por el efecto mecánico que ejercen sobre los dientes al masticarlos, pero no se observó una conciencia de que los alimentos que contienen harinas y otros carbohidratos, además de que se seña la que “las muelas de los niños son blanditas”. Cabe seña lar que si bien el consumo de dulces se considera destructivo para la dentadura del niño, éste constituye una práctica diaria siendo las madres, en mayor parte, las principales proveedoras al proporcionar el dinero para su adquisición<sup>69, 71, 92</sup>.

En cuanto a la demanda del servicio de salud, existen barreras generadas por los mismos padres, proveedores de salud y el sistema. Los factores que han influido sobre la decisión de demandar atención odontológica para sus hijos, varían mucho de una madre a otra unas de ellas son la motivación por parte del sector salud, por iniciativa propia o por exigencia que les hace en la institución educativa. Las que no han buscado la atención, argumentan que

están seguras de que sus hijos no tienen caries ni otro problema que amerite pedir la cita, están las que no sienten la necesidad de llevarlos a consulta por la edad del niño, algunas encuentran rechazo en las instituciones por la edad del niño o demoras, ya que la atención es negada a los niños menores de tres años, o por su propia experiencia. Las distancias entre su casa y la institución es otro tema por el cual no llevan a revisión a los niños, ya que se les hace mucha la distancia que hay que recorrer y mucho el tiempo perdido<sup>73, 97</sup>. Se ha observado una alta prevalencia de caries dental sin que haya habido una alta demanda de atención odontológica<sup>99</sup>.

El nivel socioeconómico es otra barrera para el acceso a los servicios odontológicos, la mayoría con limitada capacidad adquisitiva para desplazarse o acceder a los sitios de atención, y con padres, que ocupados en buscar el sustento para sus hijos, disponen de poco tiempo para atender otras necesidades que no son vistas como prioritarias<sup>73, 97</sup>. Se tiene conciencia respecto al acudir a consulta odontológica y que las piezas dentales, aunque sean temporales, deben cuidarse, sin embargo, el costo de los tratamientos es una de las principales razones por las que las familias no visitan al odontólogo frecuentemente<sup>107</sup>, algunos consideraban que se perdería dinero llevando a niños a tan temprana edad al dentista pues los dientes de leche serían reemplazados por los permanentes y no sería apropiado malgastar los recursos financieros escasos para cuidarlos, además se creían que si un niño pequeño visitaba al dentista era muy posible que contrajera enfermedades en la oficina del dentista, la acción de ver a un dentista para una revisión se percibía como culturalmente inapropiada, tal percepción servía para justificar la decisión de dejar que el cuidado dental recibiera muy poca prioridad en comparación con las crisis verdaderas de la salud que exigían la atención inmediata<sup>72, 102, 108</sup>.

Se encontró que el estrato socioeconómico no es un factor influyente en la salud oral de los niños, ya que la salud oral se trata de hábitos que se deben

aprender en casa y esto no tiene ningún costo, además existen programas de salud que se aplican en las comunidades y oportunidades para acudir a las instituciones de salud públicas y mantener un buen control odontológico<sup>71</sup>.

Resulta entonces evidente que la salud oral de los niños está sujeta en gran medida a los conocimientos y percepción de los padres, los valores y la aplicación de prácticas preventivas, a la demanda de atención odontológica y a las condicionantes socioeconómicas que la pueden determinar; esto permitirá explicar una parte del problema del estado actual de salud oral en preescolares<sup>68, 83, 94, 99</sup>, sin embargo se encontró que cada vez más se le da importancia a la salud oral de los niños más pequeños<sup>73, 97</sup>.

Los padres y cuidadores pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades de sus hijos, pues son los principales transmisores de hábitos de salud oral por esta razón es necesaria su instrucción en beneficio de la salud corporal y oral del niño<sup>71-72</sup>, además de que su comprensión permitiría a los odontólogos mejorar la salud oral y la calidad de vida de sus pacientes<sup>71, 85</sup>, al informarles sobre el valor de la condición saludable de sus hijos y cómo podían construirla desde el hogar<sup>107</sup>.

#### **4.10 Derechos y obligaciones**

La infancia es una construcción social, es decir, que el grupo social en su momento histórico define lo que considera es un niño. Actualmente se considera al niño como un sujeto de derechos, un ciudadano y un consumidor. Como resultado de esto, los niños como grupo adquieren o no privilegios, formas de educarse, roles sociales, y expresa las pautas, normas y hábitos sociales vigentes que a su vez, redefinen políticas públicas, lógicas familiares y sistemas educativos. El desarrollo del niño para ser integral se da en tres rubros: físico, cognitivo y emocional. En cada etapa de la vida el niño

desarrolla habilidades y destrezas como resultado de su proceso de desarrollo<sup>108</sup>.

La literatura del desarrollo del niño y la psicología indica que los niños menores de seis años de edad no son capaces de recordar con precisión los acontecimientos cotidianos y únicos más allá de 24 horas<sup>85, 100</sup>. En los niños menores de cinco años la susceptibilidad es clara, debido a que por su corta edad aun no son autónomos en la utilización de herramientas preventivas. Por otra parte, se ha reportado que para esta edad el niño incrementa las exposiciones a factores de riesgo como la ingesta de dulces y además los padres terminan delegándoles la responsabilidad del cepillado dental como medida para generar autonomía e interés en su higiene oral, aunque, la higiene oral infantil es responsabilidad de un adulto, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los cinco años<sup>23</sup>.

Resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en el seno de la familia en el correcto mantenimiento de la salud, tanto general como oral, pues es precisamente ella la encargada de crear en el seno de la familia desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras de salud, las cuales van a ser acatadas por los integrantes del grupo familiar y van a ser integradas a su sistema de conocimientos sobre qué hacer para conservar la salud, aunque este trabajo no es exclusivo de la madre, en la sociedad actual, tanto padre como madre cumplen labores iguales, ya sea de trabajo para ganar sustento, como cuidado del hogar y de los hijos, por lo que no podemos achacarle completamente esta responsabilidad a la mujer, pero si en la mayoría de los casos es la que toma la batuta en el cuidado de la salud de sus hijos<sup>94</sup>.

La negligencia o abandono físico en el cuidado odontológico<sup>17</sup> “negligencia de la limpieza dental”<sup>68</sup> o “negligencia dental” , es un subtipo de la

negligencia física, definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como “una falla por parte del padre o tutor para buscar y obtener un tratamiento apropiado y disponible para la caries dental, infecciones orales, o cualquier otra condición anormal de los dientes y estructuras de soporte, que en el niño: haga difícil o imposible la alimentación de rutina, cause dolor crónico, retrase el crecimiento o desarrollo, haga difícil o imposible la realización de actividades diarias, tales como caminar, jugar o ir a la escuela”<sup>68, 96, 109</sup>.

La identificación de casos de esta índole, a excepción de las situaciones más severas, es en ocasiones una tarea difícil, ya sea por la escasez de información, o la incapacidad e indiferencia por parte del odontólogo. En el artículo de Durán-Ibarra menciona que Davies y col. refieren indicadores de posible negligencia dental, los cuales son<sup>96</sup>:

- Caries rampante no tratada, fácilmente detectada por cualquier persona<sup>96</sup>.
- Dolor, infección, sangrado o trauma no tratados, que afectan la región orofacial<sup>96</sup>.
- Historia de falta de continuidad de atención odontológica, en presencia de morbilidad dental identificada<sup>96</sup>.

La negligencia o abandono se puede tomar como factor de riesgo indirecto que trae como consecuencias las enfermedades mencionadas; esto no se mide con un índice directamente ya que es percibido en el transcurso de la consulta odontológica<sup>17</sup>.

Este término es de uso poco común, pero en las últimas décadas se le ha otorgado mayor importancia, debido al incremento en 63% de los casos reportados de abuso o negligencia entre los años 1985 y 1994 en Estados Unidos, según The National Comite to Prevent Child Abuse<sup>68</sup>. En México durante el período de 1999 a 2004 los maltratos más frecuentes detectados

en menores por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia fueron el físico 29.7% (poco más de 43 mil), le sigue en importancia la omisión de cuidados con 25.2% (37 mil) y el maltrato emocional, 22.9% (un poco más de 33 mil)<sup>110</sup>.

En México se tiene registro de maltrato infantil desde hace 20 años. Se ha tipificado el maltrato infantil en dos grandes rubros: activo y pasivo, se entiende como activo al maltrato por acción y como pasivo al maltrato por omisión o negligencia, la negligencia odontológica es clasificado como maltrato pasivo, las consecuencias del maltrato en cavidad oral son múltiples y pueden manifestarse a corto, largo y mediano plazo<sup>111</sup>.

Las Naciones Unidas plantearon que uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es alcanzar el más alto nivel de salud, siendo esta un derecho y se ha planteado la necesidad de priorizar la atención en salud de la población escolar con el fin de mejorar su calidad de vida futura<sup>17</sup>.

El derecho a la salud está reconocido por la Constitución Mexicana en su artículo cuarto, así como en la Convención sobre los Derechos del Niño en su Artículo 24, el cual establece que “los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”<sup>112</sup>.

En los artículos 10 y 11 de los derechos de los niños se menciona que las autoridades promoverán las acciones conducentes a proporcionar la asistencia apropiada a madres, padres, tutores o personas responsables para el desempeño de sus facultades. Es obligación de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes: Proporcionarles una vida digna, alimentación que comprende esencialmente la satisfacción de las necesidades de comida, habitación, educación, vestido,

asistencia en caso de enfermedad y recreación, protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicio, daño, agresión, abuso, trata y explotación<sup>113</sup>.

## **5. Conclusiones**

Las enfermedades orales son condiciones que perjudican el desarrollo integral de los niños, alterando las de vías respiratorias, la nutrición, incluso algunas funciones psicológicas, así como repercusiones en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental; esto es en parte, porque no son capaces de comunicar algún malestar de forma directa, al igual de que los padres carecen del conocimiento o le dan una mínima importancia a una evaluación del estado de salud del niño.

Es necesario enfatizar a los padres la importancia de la salud oral y sobretodo de hacerlos responsables de las enfermedades que puedan a llegar a presentar los niños durante su desarrollo. Por otra parte, es necesario apoyar o crear programas de prevención de la salud oral para reducir los índices actuales en patologías orales.

## 6. Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N° 318, febrero 2007. [consultado 20 de noviembre 2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 2) SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_BUCAL\\_EN\\_MEXICO\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf)
- 3) Taboada-Aranza O, Talavera-Peña I. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex 2011;68(1):21-25.
- 4) Juárez-López MLA, Murrieta-Pruneda JF, Teodosio-Procopio E. Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gac Méd Méx 2005;141(3):185-189.
- 5) Pareja-Vásquez M, García-Vega L, Gutiérrez-Romero F, Castañeda-Cornejo C, Ysla-Chée R, Cartolini-Loo S. Prevalencia y necesidad de tratamiento periodontal en escolares de la institución educativa “Andrés Bello”. Kiru [serie en internet] 2009 [consultado 2014 noviembre 10];6(1):36-38. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1812-88622009000100006&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1812-88622009000100006&script=sci_arttext)
- 6) Padilla-Díaz M, Díaz-Guzmán LM, Escobar-Frías MA, Hernández-Guardado NM. Factores intrínsecos de maloclusión dental en pacientes con dentición permanente. Rev ADM 2013;70(2):61-67.
- 7) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de la enfermedades bucodentales, Ginebra, 2004. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> [consultado 20 Noviembre 2014]

- 8) Bordoni Noemí, Escobar A. Odontología pediátrica. La salud bucal de niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica-Panamericana, 2010: 184-189, 886-891.
- 9) Oropeza-Oropeza A, Molina-Frechero N, Castañeda-Castaneira E, Zaragoza-Rosado Y, Cruz-Leyva D. Caries dental en primeros molares permanentes de escolares de la delegación Tláhuac. Rev ADM 2012;69(2):63-68.
- 10) Escobar-Paucar G, Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés ÁM, Tamayo-Posada ÁM, Castro-Aguirre JF. Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos Medellín Colombia. Rev CES Odontol 2009;22(1):21-28.
- 11) Juárez-López MLA, Villa-Ramos A. Prevalencia de caries en preescolares con sobre peso y obesidad. Rev Inv Clínica 2010;62(2):115-120.
- 12) Medina-Solís CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Pérez-Nuñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola AP. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades Una descripción. Rev Biomed 2006;17(4):269-286.
- 13) Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva-Esteves F. Estomatología pediátrica. Madrid: Ripano, 2011;94-110.
- 14) Podesta M, Arellano C. Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Madrid: Ripano, 2013:155.
- 15) Iguarán I. Factores biológicos asociados a la caries dental. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2012 [consultado 2015 febrero 26] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2766/1/FACTORES%20BIOLÓGICOS%20ASOCIADOS%20A%20LA%20CARIES%20DENTAL.pdf>
- 16) Capa J. Prevalencia de caries dental en niños de la escuela Francisco Javier Salazar de la parroquia de Chaltura de la provincia de Imbabura. [Tesis]. Quito: Universidad central del Ecuador, 2012 [consultado 2015

en:<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/521>

- 17) Díaz S. Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una institución educativa de la ciudad de Cartagena de Indias. [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8781/>
- 18).Council on clinical affairs. Definition of early childhood caries (ECC). American Academy of Pediatric Dentistry. 2008. Disponible en: <http://www.aapd.org/search/?Keywords=caries%2bchildhood&pg=2>
- 19)Koch G, Poulsen S. Odontopediatria. Abordaje Clínico. 2a. edición Colombia: Almoca, 2011:61-70.
- 20)National Institutes of Health. Diagnosis and management of dental caries throughout life. NIH Consensus Statement 2001;18(1):1-30.
- 21)Rodríguez-Llanes R, Traviesas-Herrera E, Lavandera-Carballido E, Duque-Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cub Estomato 2009;46(2):1-9.
- 22)Quesada J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatria la evolución de niños al adulto joven. Madrid: Ripano, S. A., 2011:835
- 23)González-Martínez F, Sánchez-Pedraza R, Carmona-Arango L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de La Boquilla, Cartagena. Rev Salud Pública 2009;11(4):620-630.
- 24)Palma C, Cahuana A. Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida. Rev Odontol Pediatr 2010;9(2):179-189.
- 25)Carbajosa-García S, Llena-Puy C. El humo del tabaco y su asociación con la caries dental en niños y niñas de 10 a 15 años atendidos en la unidad de odontología del departamento 9 de la Comunidad Valenciana. Rev Esp Salud Pública 2011;85(2):218-225.
- 26)Manzanilla-Ortiz NHM. Hábitos bucales más comunes que causan caries y maloclusiones. Rev ADM Estudiantil 2012; 0: 32-35.

- 27) Buitrago-López AM, Gómez-Mancilla JR, Salazar-Sandoval S, Morón-Cotes L, Perilla-Reyes JC, Barrera-Chaparro JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Rev Col Inv Odontol* 2013;4(10):43-55.
- 28) León-Caballero KM, Maya-Hernández B, Vega-Galindo M, Mora-Pérez C. Factores de riesgo asociado con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. *Rev Cub Estoma* [serie en internet] 2007; [consultada 2015 febrero 27]44(4): [aprox. 10 pp]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_4\\_07/est03407.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est03407.htm)
- 29) Santiso-Cepero A, Torres-Ulloa M, Álvarez-Curbelo M, Cubero-González R, López-Martín D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde dentición temporal. Revisión bibliográfica. *Medi Ciego* 2010; 16(supl1).
- 30) Álvarez-Páucar MA, Quiroz-Gonzales K, Chamilco-Gamarra AS, Vásquez-Tokuchi CA, Luza-Yaranga L, Huanca-Sánchez J, Medina-Gutti KW, Delgado-Llancari R. Estudio piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. *Odontol Sanmarquina* 2011;14(2):13-16.
- 31) Mendoza-Oropeza L, Meléndez-Ocampo AF, Ortiz-Sánchez R, Fernández-López A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev Mex Orto* 2014;2(4):220-227.
- 32) Estrella A. Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar. [Tesis]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2007. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>
- 33) Aguilar-Roldán M, Villaizán-Pérez C, Nieto-Sánchez I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Rev Latinoamericana Orto y Odontoped* [serie en internet] 2009 [consultado

- 2014 diciembre 13]:1-11. Disponible en:  
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>
- 34) Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Casanova-Rosado AJ. Malos hábitos orales en infantes de guarderías del IMSS. Rev Med IMSS 2001;39(5):435-440.
- 35) Vázquez-Amoroso LM, González-Luna S, Antelo-Vázquez L. Alteraciones clínicas bucales en niños con hábito de succión digital. [consultado 2014 diciembre 13]:1-10. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a1\\_v11\\_supl205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a1_v11_supl205.htm)
- 36) Medina CT, Laboren ML, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. Rev Latinoamericana Orto y Odontoped [serie en internet] 2010 [consultado 2014 diciembre 13]: 1-29. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
- 37) Cepero-Sánchez ZJ, Hidalgo-Gato-Fuentes I., Duque de Estrada-Riverón J, Pérez-Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cub Estoma [serie en internet]. 2007 [consultado 2014 noviembre 19];44(4). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es)
- 38) Pérez-Quiñonez JA, Luis-Martínez J, Moure-Ibarra M, Pérez-Padrón A. Respiración bucal en niños de 3-5 años. Parroquia Catiala Mar Vargas. Rev Méd Electrón [serie en internet] 2010 [consultado 2014 noviembre 20]; 32(5). Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol5%202010/tema03.htm>
- 39) Miranda-Cruz J, Villanueva-Nandayapa E, Sánchez-Aldama M. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar. Iztacala

UNAM [serie en internet] 2003 [consultado 2014 noviembre 20]. Disponible en:

[http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitos\\_oral58.htm](http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitos_oral58.htm)

- 40) Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua-Bello RI, Pérez-Silva LE, Juárez-López LA, Linares-Vieyra C, Meléndez-Ocampo AF, Zurita-Murillo V, Solleiro-Rebolledo MG. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [serie en la Internet]. 2011 [consultado 2014 Diciembre 12]; 68(1): 26-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es)
- 41) Murrieta-Pruneda JF, Cruz-Díaz PA, López-Aguilar J, Marques-Dos Santos MJ, Zurita-Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y género. Rev Odontol Venez 2007;45(1):74-78.
- 42) Murrieta-Pruneda JF, Arrieta-Ortega CL, Juárez-López LA, Linares-Vieyra C, González-Guevara MB, Meléndez-Ocampo A. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, 2009. Rev Fac Odontol Univer Antioquia 2012; 24(1): 121-132.
- 43) Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontol. Venez [serie en Internet] 2010 [consultado 2014 diciembre 12];48(1):1-6. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/pdf/art9.pdf>
- 44) Ramírez-Mendoza J, Rueda-Ventura MH, Morales-García MH, Gallegos-Ramírez A. Prevalencia de Caries Dental y Maloclusiones en Escolares de Tabasco, México. Horizonte sanitario 2014;11(1):13-23.
- 45) Taboada-Aranza O, Torres-Zurita A, Cazares-Martínez CE, Orozco-Cuanalo L. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una

- población preescolar del oriente de la Ciudad de México. Bol Méd Hosp Infant Méx 2011;68(6):425-430.
- 46) Duque de Estrada-Riverón J, Rodríguez-Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cub Estomatol 2001;38(2):111-119.
- 47) Miñana V, Grupo PrevInfed/PAPPS Infancia y Adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [serie en la Internet] 2011 [consultado 2014 Diciembre 13]; 13(51):435-458. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es)
- 48) Moret Y. Enfermedades genéticas que afectan la cavidad bucal. Acta Odontol Venez [serie en internet] 2004 [consultado 2014 Diciembre 13];42(1):[aprox. 11pp.] Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/1/enfermedades\\_geneticas\\_cavidad\\_bucal.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/1/enfermedades_geneticas_cavidad_bucal.asp)
- 49) Gómez-García R, Lara-Navarro R. Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2008. Rev ADM 2008;65(6):309-313.
- 50) Bedón-Rodríguez M, Villota-González LG. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. Arch Med [serie en internet] 2012 [consultado 2015 Febrero 10]; 12(1):107-119. Disponible en: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos\\_medicina/html/publicaciones/edicion\\_12-1/10\\_labio.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_12-1/10_labio.pdf)
- 51) Fundación John Langdon Down A.C. Ciudad de México: Fundación John Langdon Down A.C. [Consultado 2015 enero 20] ¿Qué es el síndrome de Down? Disponible en: [http://www.fjldown.org.mx/sindrome\\_de\\_down/info\\_general/generalidades](http://www.fjldown.org.mx/sindrome_de_down/info_general/generalidades)
- 52) UNICEF. Protocolo para la procuración de justicia especializada a niños, niñas y adolescente en el estado de Oaxaca [serie en internet]. Oaxaca: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2014 [consultado 2015

- enero 15]: 6 Disponible en:  
[http://www.unicef.org/mexico/spanish/17054\\_28554.htm](http://www.unicef.org/mexico/spanish/17054_28554.htm)
- 53) UNICEF. Una mirada a la infancia y la adolescencia en México [serie en internet]. México: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2010 [consultado 2015 enero 15]: 15. Disponible en:  
<http://www.unicef.org/mexico/spanish/PremioUnicef2010baja.pdf>
- 54) Palacios J, Catañeda E. La primera infancia (0-6 años) y su futuro. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos (OEI)- Fundación Santillana, 2009:11.
- 55) Mansilla ME. Etapas del desarrollo humano. Rev Inv Psicol 2000;3(2):105-116.
- 56) UNICEF México [sitio de internet]. México [consultado 2015 enero 15]. Los primeros años de vida [aprox. 2 pp.]. Disponible en:  
<http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
- 57) UNICEF. La adolescencia. Una época de oportunidades [monografía en internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2011 [consultado 2015 enero 15]: 10 Disponible en:  
[http://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf)
- 58) Rivas-Herrera JC, Ostiguín-Meléndez RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Rev Enf Univer ENEO-UNAM 2011;8(8):49-54.
- 59) Diccionario enciclopédico Lexis/22 Vox. Barcelona: Círculo de lectores; 1976, Vol. 6; p. 1539.
- 60) Cornieles C, Morais MG. Tercera ley de vigencia de la Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente. Caracas. Texto C.A., 2003: 67.
- 61) Ronzón A. Tamizaje para detección de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en escolares de 6 a 12 años. [protocolo de investigación]. Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. Disponible en:  
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Abel.pdf>

- 62)Oxforddictionaries [Internet]. Oxford University Press, [2015; 2015 Febrero 10]. Disponible en:<http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/tutor>
- 63)García-Medina MI, Estévez-Hernández I, Letamendía-Buceta P. El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Interv Psicosoc* 2007;16(3):393-407.
- 64)García BC. Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Ramón Llull, 2011. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/32141>
- 65)McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y adolescente. 6°ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995: 39-41.
- 66)Amambal J, Barrios D, Chinchay L, Chirri W, Cuzcano M, Sosa L, cols. Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física. [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009. Disponible en: [http://200.62.146.19/bibvirtualdata/monografias/alumnos/quintana\\_sc.pdf](http://200.62.146.19/bibvirtualdata/monografias/alumnos/quintana_sc.pdf)
- 67)Hernández-Victoria NA, Castillas del Llano D. Actitud de los padres en el tratamiento odontológico de los pacientes pediátricos. *Med Oral* 2004;6(1):28-30.
- 68)Gudiño-Fernández S. Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. *RevOdovtos*2006; 8:39-45.
- 69)Misrachi C, Sáez M. Valores creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. *CuadMédSoc* 1989; 30(2): 27-33.
- 70)Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, School and socioeconomic level. *Acta OdontolLatinoam* [serie en internet] 2012 [consultado 2014 Noviembre

- 15]; 25(1):138-147. Disponible en:<http://actaodontologica.com/archivo/v25n1/fulltext/art21.pdf>
- 71)González Martínez F, Hernández-Saravia L, Correa-Mulett K. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. Rev Cub Salud Pública 2013;39(1):59-68.
- 72)Sence-Campos R, Sanchez-Huamán Y. Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. Kiru [serie en internet] 2009 [consultado 2014 noviembre 20];6(1):13-20. Disponible en: <http://usmp-lug.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2009/Kiru2009v6n1/Kiru2009v6n1art2.pdf>
- 73)Timiș T, Dănilă I. Socioeconomic status and oral health. The Journ Prev Med 2005;13(1-2):116-121.
- 74)Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colect 2007; 3(3):271-283.
- 75)Agudelo AA, Zapata DC, Martínez E, Gómez IM, Camargo DM, Vanegas JD, cols. La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas. Rev CES Odontol 2007;20(2):23-30.
- 76)Urzúa A, Méndez F, Acuña C, Astudillo J. Calidad de vida relacionada con la salud en edad preescolar. Rev Chil Pediatr 2010;81(2):129-138.
- 77)Cuartas JC, Alvarspina AM, Maya AM, Cárdenas JM, Arias MI, Jaramillo A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Rev CES Odontol 2002;15(1):13-18.
- 78)Raymundo de Andrade LH, Buczynski AK, Raggio-Luiz R, Castro GF, Pomarico-Ribeiro de Souza G. Impacto de la salud oral en la calidad de

vida de los niños preescolares: percepción de los responsables. Act Odontol Venez [serie en internet] 2011[consultado 2014 Noviembre 15]; 49(4): [aprox. 9pp.]. Disponible en:

[www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art7.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art7.asp)

- 79) Cárdenas A. Estado de salud de la dentición temporal en escolares de 6 años y su relación con el primer molar permanente. Estudio a doce meses. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2009. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18065235.pdf>
- 80) Medina-Solís CE, Herrera MS, Rosado-Vila G, Minaya-Sánchez M, Vallegos-Sánchez AA, Casanova-Rosado JF. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. Act Odontol Venez [serie en internet] 2004 [consultado 2014 Noviembre 15];42(3):[aprox. 7pp.]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/42\\_3\\_2004/perdida\\_dental\\_patrones\\_caries\\_preescolares.asp](http://www.actaodontologica.com/42_3_2004/perdida_dental_patrones_caries_preescolares.asp)
- 81) Farfán C. Programa de educación para la salud bucodental infantil en madres y padres de niños entre 0 y 6 años de edad en Pamplona y Comarca-Navarra, España. [Tesis Máster]. Navarra: Universidad Pública de Navarra. 2012-2013. Disponible en: <http://academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7823/Master%20Salud%20Publica%20Cecilia%20Farfan.pdf?sequence=1>
- 82) Montero-Canseco D, López-Morales P, Castrejón-Pérez RC. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev Odontol Mex 2011;15(2):96-102.
- 83) Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Castro-Aguirre JF, Franco-Cortés AM. Necesidad de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, 2006. Rev Fac Odontol Univer Antioquia 2009;20(2):129-137.

- 84) Flores A. Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. [Tesis Maestría]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. 2011. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080049400.pdf>
- 85) Talekar BS, Rozier G, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. JADA [serie en internet] 2005 [consultado 2015 Febrero 5];136(3):364-372. Disponible en: [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)64447-0/fulltext](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64447-0/fulltext)
- 86) Peñaranda-Correa F. La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. Rev Latinoamer Cien Soc Niñez y Juv [serie en internet] 2003 [consultado 2014 Diciembre 15]; 1(1): 1-15 Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cinde/revis1/08.pdf>
- 87) Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early Childhood Caries and Quality of Life: Child and Parent Perspectives. Pediatric Dent 2003;25(5):431-440.
- 88) Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR, Habil P. Mothers'/Guardians' Knowledge about Promoting Children's Oral Health. Jour Dent Hygien 2008;82(1):12-23.
- 89) Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, cols. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. Community Dent Health 2004;21(supl):102-111.
- 90) Caudillo-Joya T, Adriano-Anaya MP. Caries dental y hábitos bucales en población preescolar. Rev ADM 2009;65(4):46-54.
- 91) González-Castro GE. Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia. Univ Odontol [serie en internet] 2012 [consultado 2014 diciembre 15];31(66):59-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231224425007>

- 92) Misrachi C, Fredes J, Flores M. Influencia de la educación del escolar en las conductas de salud de sus madres. Cuad Méd Soc 1994;35(2):6-12.
- 93) Saucedo MC. Caries de biberón en una población preescolar del municipio de Navolato, Sinaloa (México). [Tesis Doctoral] Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2293/1/17720850.pdf>
- 94) Jaik DA. Nivel de atención de los padres hacia la salud bucal de sus hijos en edad preescolar según cronología familiar, identificando los factores que la determinan. [Tesis Maestría] Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2012. Disponible en: [http://200.0.207.91/vufind/Record/MX\\_8edca10e849fad80d557581b562ebba1/Details](http://200.0.207.91/vufind/Record/MX_8edca10e849fad80d557581b562ebba1/Details)
- 95) Romo-Pinales MR, Herrera MIJ, Bribiesca-García ME, Rubio-Cisneros J, Hernández-Zavala MS, Francisco J. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. Bol Méd Hosp Inf Méx 2005;62 (2):124-135.
- 96) Durán-Ibarra G, Rosales-Berber MA, Ruíz-Rodríguez MS, Pozos-Guillén AJ, Martínez-Zumarán A, Garrocho-Rangel JA. Caries de la infancia temprana: ¿negligencia o ignorancia? Reporte de un caso. Odontol Pediatr 2011;10(2):140-147.
- 97) Quintero-Valencia CA, Robledo-Bermúdez DP, Vásquez-Hernández A, Delgado-Restrepo O, Franco-Cortés AM. Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq [serie en internet] 2014 [consultado 2014 Noviembre 15];25(2):325-341. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2014000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000100007)
- 98) Benavent-Lipae LA, Chein-Villacampa SA, Campodónico-Reátegui CH, Palacios-Alva E, Ventoncilla-Hua supoma MS, Castro-Rodríguez A, cols. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el

- estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol Sanmarquina* 2012;15(1):14-18.
- 99) Fernández CN, Cambría-Ronda S, Vuoto ER, Borjas MI, Giamportone V, Cabrera D, cols. Caries de la infancia temprana, demanda de atención odontológica y percepción parental de salud bucal en preescolares de riesgo social del Gran Mendoza. *Fac Odontol UNCuyo* 2010;4(2):29-37.
- 100) Bhavna-Talekar P; Rozier RG; Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes* [serie en internet] 2007 [consultado 2015 Diciembre 15]; 5:1-10. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/5/1/6>
- 101) Obeng CS. Cuestiones del cuidado dental de familias inmigrantes africanas con hijos preescolares. *Inv Prác Niñez Tem* [serie en internet] 2008 [consultado 2014 Diciembre 10]; 15(2): [aprox. 12pp.]. Disponible en: <http://ecrp.uiuc.edu/v10n2/obeng-sp.html>
- 102) Echeverría-López S, Henríquez-D'Aquino E, Sepúlveda-Ramírez R, Barra-Pérez M. Caries temprana de la infancia severa: Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares. *Rev Dent Chil* 2010;101(2):16-21.
- 103) Herranz-Barbero A, Reyes-López de Mesa M, Azcona-San Julián C. Percepción de padres e hijos de la calidad de vida relacionada con la salud de niños según el estado ponderal en Navarra, España. *Arch Argent Pediatr* [serie en internet] 2013 [consultado 2015 Enero 15];111(6):508-515. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n6a08.pdf?\\_360safeparam=208003262](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2013/v111n6a08.pdf?_360safeparam=208003262)
- 104) Abato-Alvarez J, Bönecker M, Prócida-Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herendiana* 2010;20(1):38-43.

- 105) Campos-Arias FM. Estado de salud bucodental y sus determinantes en la población escolar de dos distritos de Poás, 2010. Rev Odovtos 2012;4:19-26.
- 106) Franco ÁM, Jiménez J, Saldarriaga C, Zapata L, Saldarriaga A, Martigon S, cols. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. Rev CES Odontol 2003;16(1): 27-33.
- 107) Squassi A, Mauro S, Mauro MJ, Sánchez G, Bordoni N. Relationship between oral health in children and poverty related factors. Acta Odontol Latinoam [serie en internet] 2008 [consultado 2014 Diciembre 20];21(1):49-56. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/login?source=%2Findex.php%2FOdontos%2Farticle%2Fdownload%2F14312%2F13585>
- 108) UNICEF. Derechos de los niños y espacios jugables. [Tesis Doctoral] Puebla: UNICEF, 2013 [consultado 2015 Enero 10]. Disponible en: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_179I-Derechos\\_de\\_los\\_ninos\\_y\\_espacios...pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_179I-Derechos_de_los_ninos_y_espacios...pdf)
- 109) Morales-Chávez MC. Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. Rev Odontol Venez [serie en internet] 2009 [consultado 2015 Febrero 5]; 47(3): 1-6. Disponible en: [www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art24.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art24.asp)
- 110) Moreno-Pérez S. Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil en México. CESOP [serie en internet] 2013 [consultado 2014 Enero 10];146. Disponible en: <http://cesop.blogspot.mx/2013/03/algunas-consideraciones-sobre-el.html>
- 111) Requena-Mendoza A, Robles-Bermeo NL, Lara-Carrillo E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. J Odontostomat 2014;8(1):167-173.
- 112) CONEVAL. Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010. [serie de internet]. México: Fondo de las Naciones

Unidas para la infancia 2013 [consultado 2015 Enero 10]; Disponible en:  
[http://www.unicef.org/mexico/spanish/UnicefPobreza\\_web\\_ene22%282%29.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/UnicefPobreza_web_ene22%282%29.pdf)

- 113) Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Nueva Ley DOF. Diario Oficial de la Federación, 29-05-2000.