

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES Y RIESGO A
CARIES EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE”**

**Tesis que para obtener el diploma de la Especialidad en Odontología
Infantil**

Presenta:

C.D. ALEJANDRO JOSÉ ARGÁEZ OSORIO

Director:

M.E.M. JEANNETTE RAMÍREZ MENDOZA

Codirector:

M. EN. C. JUAN CARLOS MIRANDA ORTIZ

VILLAHERMOSA TABASCO

OCTUBRE, 2023



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 10 de octubre de 2023

Of. No. 0539/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Alejandro José Argaéz Osorio

Especialidad en Odontología Infantil

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES Y RIESGO A CARIES EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE"** con índice de similitud **12%** y registro del proyecto **No. JI-PG-209**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C. E. Karina Esther Hernández Abreu, C.D.E.O. Alicia Gallegos Ramírez, M.C.E. Landy Vianey Limonchi Palacio, C.D.E.O Elizabeth Pérez Frías y Dra. Mariana Estela Rodríguez Bustamante. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Odontología Infantil**, donde fungen como Directores de Tesis: la M.E.M. Jeannette Ramírez Mendoza y el M. en C. Juan Carlos Miranda Ortiz.

Atentamente

(Firma manuscrita)
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- M.E.M. Jeannette Ramírez Mendoza.- Director de tesis
C.c.p.- M. en C. Juan Carlos Miranda Ortiz. - Director de tesis
C.c.p.- M.C.E. Karina Esther Hernández Abreu.- Sinodal
C.c.p.- C.D.E.O. Alicia Gallegos Ramírez. - Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Landy Vianey Limonchi Palacio - sinodal
C.c.p.- C.D.E.O Elizabeth Pérez Frías Ortiz - Sinodal
C.c.p.- Dra. Mariana Estela Rodríguez Bustamante. - sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/DC/OGMF/ypc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **12:00** horas del día **25** del mes de **septiembre de 2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES Y RIESGO A CARIES EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE

Presentada por el alumno (a):

Argáez Osorio Alejandro José
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	1	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Odontología Infantil

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.EM. Jeannette Ramírez Mendoza
M. en C. Juan Carlos Miranda Ortiz
Directores

M.C.E. Karina Esther Hernández Abreu

C.D.E.O. Alicia Gallegos Ramírez

M.C.E. Landy Vianey Jimonchi Palacio

C.D.E.O. Elizabeth Pérez Frías

Dra. Mariana Estela Rodríguez Bustamante

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 07 del mes de julio del año 2023, el que suscribe, Alejandro José Argáez Osorio, alumno del programa de la Especialidad en Odontología Infantil, con número de matrícula 211E71004 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Prevalencia de alteraciones bucodentales y riesgo a caries en niños en situación de calle”**, bajo la Dirección del Dra. Jeannette Ramírez Mendoza, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: alejandroargaezosorio@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Alejandro José Argáez Osorio

Nombre y Firma

Sello

D. Reconocimientos institucionales

Agradezco a el CONACYT por el apoyo económico que me brindo durante la realización de este proyecto.

Agradezco a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Institución de enorme calidad que me brindo todo el apoyo durante mi carrera.

E. Dedicatorias

El presente trabajo de investigación se lo dedico a mis padres Silvia Osorio y Elmer Argáez quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y dedicación, de no temer las adversidades porque Dios siempre está conmigo.

A mi novia por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis compañeros, por apoyarme cuando más los necesite, por extender su mano en momentos difíciles y ofrecerme su amistad, siempre los llevare en mi corazón.

F. Agradecimientos

En estas líneas quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres, y tristes.

Agradezco a los docentes de la especialidad de odontología infantil de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichoso y contento. En especial a mis directores de tesis la Dra. Jeannette Ramírez y el Dr. Juan Carlos Miranda que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo y formar parte de otro objetivo alcanzado, pero sobre todo agradezco a todos los niños encuestados que me brindaron un poco de su tiempo y su confianza brindándome la información necesaria para realizar este trabajo.

Índice

1. Introducción:	10
2. Marco Teórico Referencial y conceptual:	11
3. Planteamiento del problema:	22
4. Hipótesis:	23
5. Justificación:	24
6. Objetivos:	25
7. Materiales y Métodos:	26
7.1. Tipo de estudio:	26
7.2. Población, Lugar y tiempo de estudio:	26
7.3. Tipo de muestra y tamaño de muestra:	26
7.3.1 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación:	26
7.4 Variables de estudio:	27
7.4.1 Procedimiento para capturar la información y análisis de datos:	29
7.4.2. Consideraciones éticas:	30
8. Resultados:	31
9. Discusión:	35
10. Conclusiones:	36
11. Perspectivas:	37
12. Literatura científica citada:	38
Anexos:	42

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Frecuencia por edad y sexo:	31
Tabla 2. Cantidad de dientes cariados con respecto al sexo:	32
Tabla 3. Frecuencia del riesgo a caries:	32
Tabla 4. Frecuencia del riesgo de acuerdo con el Factor:	32
Tabla 5. Tabla cruzada entre la activadas desempeñada y factores de riesgo:	33
Tabla 6. Descripción de tejidos blandos:	34
Graficas 1: Total de menores encuestados:	48
Grafica 2: Incidencia de menores con lesiones cariosa:	48
Grafica 3: Descripción de tejidos blandos:	49
Grafica 4: Incidencia de menores sin vivienda y sin padres:	50
Grafica 5: Comparación sobre el nivel de estudio y el tipo de actividad:	50
Grafica 6: Identificación del riesgo a caries según la ADA:	51
Grafica 7: Frecuencia sobre la experiencia de dolor dental:	51

Abreviaturas:

- **ADA:** Asociación Dental Americana.
- **CONEVAL:** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- **CPOD:** Dientes con Caries, Perdidos y Obturados.
- **ICDAS:** International Caries Detection and Assessment System.

Glosario de términos:

- **Abandono:** Dejar solo algo o a alguien alejándose de ellos o dejando de cuidarlo.
- **Alimentación:** Acción y efecto de alimentar o alimentarse.
- **Calidad de vida:** Relación global, dentro de la cual establece aspectos positivos, pero también pueden existir eventos en forma adversa en el curso de la vida individual.
- **Caries:** Destrucción localizada de tejidos duros.
- **Desnutrición:** Afección que se presenta cuando no se obtienen calorías suficientes o la cantidad adecuada de nutrientes principales, como las vitaminas y los minerales, que se necesitan para una buena salud
- **Educación:** Proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas.
- **Frecuencia:** Medida del número de veces que se repite un fenómeno por unidad de tiempo
- **Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado
- **Inmadurez:** Aquella persona que no ha alcanzado el grado de desarrollo físico o mental.
- **Población:** Conjunto de personas que habitan una determinada área geográfica.
- **Pobreza:** Situación en la cual no es posible satisfacer las necesidades físicas y psicológicas básicas de una persona.
- **Riesgo:** Probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre.
- **Susceptible:** que tiene las condiciones necesarias para que suceda o se realice aquello que se indica.

Resumen:

Objetivo: Evaluar el riesgo de caries dental y estado de salud oral en niños que se encuentran en las calles de una población tabasqueña.

Material y Métodos: Estudio cualitativo, observacional y transversal. Se realiza en niños con una dentición infantil y mixta no mayores de 15 años que se encuentren trabajando en la calle de diferentes localidades de Villahermosa, Tabasco, México. Se realizó a través de un instrumento y el modelo de identificación de riesgo a caries establecido por la ADA, las exploraciones intraorales se realizaron con la luz del día utilizando abatelenguas y guantes, con una revisión con un promedio de 5 a 10 min por menor. Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 24.

Resultados: Se realizó un estudio en 150 menores, en donde 127 otorgaron su consentimiento, siendo 90 masculinos y 37 femeninos, En cuanto a la cantidad de lesiones cariosas se encontró que el 29.9% tiene de 5 a 7 lesiones cariosas, siendo estas las de mayor frecuencia, seguida por 8 o más dientes con caries ocupando está el 24.4%.

Conclusiones: El 61.4% de la población infantil tabasqueña estudiada presentó un alto riesgo a caries dental, debido a los pobres hábitos de higiene, nivel económico y el abuso de alimentos con alto contenido de azúcar.

Palabras claves: Riesgo a caries, Niños de la calle, Trabajo infantil, Lesiones cariosas, Vulnerabilidad.

Abstract:

Objective: To evaluate the risk of dental caries and oral health status in children who are on the streets of a Tabasco population.

Material and Methods: Qualitative, observational and transversal study. It is performed on children with infantile and mixed dentition no older than 15 years who are working on the streets in different locations in Villahermosa, Tabasco, Mexico. It was carried out through an instrument and the caries risk identification model established by the ADA, the intraoral examinations were carried out in daylight using tongue depressors and gloves, with a review with an average of 5 to 10 minutes per minor. The data were captured and analyzed in the statistical package SPSS version 24.

Results: A study was carried out on 150 minors, where 127 gave their consent, 90 being male and 37 being female. Regarding the number of carious lesions, it was found that 29.9% have 5 to 7 carious lesions, these being the Most frequently, followed by 8 or more teeth with cavities, occupying 24.4%.

Conclusions: 61.4% of the Tabasco child population studied presented a high risk of dental caries, due to poor hygiene habits, economic level and the abuse of foods with high sugar content.

Keywords: Risk of caries, Street children, Child labor, Carious lesions, Vulnerability.

1. Introducción:

La caries y los problemas de salud bucodental a pesar de los años, los nuevos métodos y la ayuda de instituciones de gobierno continúan siendo un problema de salud bucal actualmente, afecta a gran parte de la población en general, pero las personas con poco o nulo ingreso presentan mayor riesgo a presentar problemas de salud bucodental, debido a que no cuentan con empleos estables que les asegure un salario, dificultándoles el acceso a la atención dental por los altos costos, falta de información y muchos no cuenta con servicios médicos federal o gubernamental.

Los que presentan mayor riesgo son los menores de estos grupos debido a que son completamente dependientes de personas mayores e incluso muchos de ellos se encuentran sin un adulto que los provea, estos menores desconocen de programas gratuito que proporcionar el Sector Salud en México, no cuentan con algún registro, no acuden a la escuela y por no tener casa o domicilio estable dicho sector no puede llegar a ellos. Debido a esto, no se les puede educar sobre la técnica del cepillado, otorgar cepillo gratuito y hasta el servicio de odontología o revisiones de control en las unidades médicas comunitarias de su sector.

En Tabasco contamos con programas a través del DIF, pero estos están dirigidos a su integridad física y psicológica, o bien ofreciéndoles techo y alimentos en centros de orfanato mismo que los niños de la calle rechaza por diversos motivos, haciendo la calle de su hogar, también contamos con un hospital del niño, Centros de Referencia de Especialidades Odontológicas (CREO), asociaciones privadas, así como universidades que ofrecen los servicios de odontología a muy bajos costos.

Debido a que la ley establece que los menores deberán acudir al servicio médico acompañado por lo menos con unos de sus padres o tutor, muchos de ellos no pueden ser atendidos, aunque se les ofrezca gratuitamente.

Es importante reconocer que este grupo es completamente hermético y que difícilmente acuda voluntariamente a un centro de salud, o a un especialista en la salud dental, para llevar a cabo medidas preventivas, pues no considera importante su cuidado bucal, y solo acudirá cuando la infección sea grave o bien buscará alternativa que en vez de ayudar complicarán su situación.

Por lo tanto, considero que es necesario un nuevo proyecto que permita ayudar a esta población que ha quedado marginada durante varios años. Este trabajo tiene como objetivo evaluar las características bucodentales y riesgo a caries en niños en situación vulnerable en las calles, concientizarnos a los odontólogos a bajar los índices de caries y enfermedades bucales y al mismo tiempo darles alternativa para acudir a los servicios de atención, con esperanza que este grupo pueda influir a otros niños de iguales condiciones.

2. Marco Teórico Referencial y conceptual:

A lo largo de los años de la odontología general y la odontopediatría se han realizado diversos estudios sobre el estado de salud bucodental, si bien las caries son un tema que muchos abordan en la población en general son pocos los estudios que se han realizado en niños en situación de calle o de casa hogar, es así como varios estudios dan sus diferentes aportaciones y describen lo que ellos en su experiencia encontraron al salir a las calles y revisar a los niños en lo que para ellos es su hogar, tal es el caso:

La Dra. Alicia Sanabria Vázquez, et al¹ pretendía describir cual era la experiencia de caries en niños en situación de pobreza, tomando en cuenta el tipo de caries, estilo de vida y demografía de vivienda. Descubrió que realizaban 5 comidas de bajo aporte nutricional y alta frecuencia de consumo de refresco.

Por su parte el Dr. Víctor Alfonso Vélez Vázquez et al² en su estudio donde de igual forma relaciono como la calidad de vida interviene sobre la experiencia de caries, apoyado a través del índice CPOD para medir la experiencia y el índice Child- oidp para medir el impacto que tuvo en su calidad de vida. Encontraron una incidencia de caries activas con un 83.1% los malos hábitos relacionados con mayor frecuencia fueron el abuso de alimentos entre comidas y la falta de limpieza dental después de esta.

La alimentación y el grado nutricional en los niños se ha estudiado por algunos investigadores, como posibles factores desencadenantes que contribuyen en la presencia de lesiones cariosas a temprana edad, derivado de ello, se ha observado que los sustratos, carbohidratos, azúcares u otros alimentos que se consumen hoy en día en la sociedad son causa y origen de una alimentación desbalanceada y por ende de alteraciones nutricionales propias de un niño, es decir que, así como un paciente infantil requiere de una adecuada alimentación para obtener ciertos nutrientes que favorecen su crecimiento, desarrollo, estado físico y emocional, se ha demostrado que la mala alimentación es un factor que contribuye a la presencia de desajustes fisiológicos propios de la edad como por ejemplo la presencia de obesidad, desnutrición y otras enfermedades poco comunes que un menor puede presentar.

Si esto se toma en cuenta en nuestro ámbito profesional como parte de la presencia o no de lesiones cariosas en esta población, es importante señalar que este grupo vulnerable “niños de la calle” son los más propensos a presentar problemas de salud en general y lesiones cariosas, por ejemplo, un niño con un nivel de desnutrición será susceptible a presentar alteraciones por la ausencia de

ciertos minerales importantes en el crecimiento y desarrollo de los dientes como es el calcio, si hablamos de la relación de la ingesta de carbohidratos y de alimentos azucarados es sabido por muchos estudios que son el factor causal más importante en la presencia de las lesiones cariosas por ello algunos autores han aportado en sus estudios la relevancia de considerar la alimentación, calidad de vida, grado de nutrición, nivel económico y zona demográfica de la vivienda.

La aportación más relevante que ellos encontraron en la realización de sus investigaciones es que este grupo vulnerable es y sigue siendo afectado como el resto de la población infantil por problemas de salud bucodental con mayor recurrencia de lesiones cariosas y otras enfermedades intraorales que requieren atención a temprana edad como se describe a continuación:

La Dra., A. Alcaina Lorente et al³ estudio los hábitos alimenticios de los niños y la relación que esta misma guardaba con la aparición de lesiones cariosas, encontró que existe una relación alta entre ciertos hábitos y la caries dental.

Mientras que el Dr. Carlos Zaror S. et al⁴ estudio el grado nutricional midiendo el peso corporal de los niños con presencia de lesiones cariosas observando que este grupo de población presentaba dificultad en el aumento de peso corporal acorde a su edad.

Ambos concluyen que la educación infantil sobre los cuidados de salud oral es fundamental para que los menores desarrollen una buena salud bucodental, tanto las caries como la malnutrición comparten ciertos factores de riesgo, como tener pobres hábitos dietéticos y un nivel socioeconómico bajo.

Por otro lado, otros autores han estudiado la calidad y el estilo de vida asociados a aspectos del rol familiar, el estado de salud en general y salud bucodental, así como los aspectos sociales, económicos, educativos, edad y otros factores que contribuyen en el estado de salud del individuo es decir que muchas veces el estado de salud de un paciente deriva de ciertos factores externos que nos rigen como sociedad, por ello se ha hecho necesario que ciertos investigadores los tomen en cuenta de acuerdo a la población de estudio, por ejemplo:

La Dra. Ximena Cerón⁵ menciona que la calidad de vida deberá ser tomada desde una perspectiva personal y desde un punto de vista sobre el lugar que ocupa en la vida, en donde se relaciona con la salud bucal, siendo parte de la salud integral del individuo. Considera que los más vulnerables son los adolescentes esto debido a que atraviesan diferentes factores que pueden afectar su calidad de vida, como la violencia, falta de empleo, bajos ingresos económicos, exclusión social, abuso

de sustancias psicoactivas, falta de vivienda, malos accesos a la educación y a los servicios de salud en especial zonas rurales.

Sin duda alguna las acciones o actividades que nosotros desempeñemos tendrán cierta repercusión en nosotros e incluso en terceros, es por ello que si un menor crece dentro de una familia de bajos recursos, muy posiblemente estén presentes dificultades alimentarias afectando en su crecimiento, como consecuencia a esto tendrá pobres hábitos tanto alimenticios como higiénicos debido a la falta de interés posible de los tutores, afectando su calidad de vida y trayendo consigo diferentes enfermedades generales repercutiendo hasta la edad adulta, es por ello que si nosotros queremos atender a este grupo vulnerable no se lograra únicamente revisando su boca, si no tener en cuenta diferentes factores como mencionan los autores como su tipo de alimentación, hábitos de higiene tanto personal como oral, aspectos psicológicos y no ver solo cantidad de caries si no ver al paciente como un conjunto debido a que pudieran presentar ausencia de caries pero presentar otras anomalías, sin olvidar que realmente continuamos teniendo un problema serio de salud bucal en la población infantil.

Si bien el estudio de la caries dental ha sido un tema de interés social para muchos autores a nivel nacional e internacional, este sigue siendo un tema de investigación dado el índice prevalencia y frecuencia con la que esta afecta a la población infantil y a la población adulta en general. Por ejemplo en la revisión de la literatura y algunas investigaciones hemos apreciado que la caries dental sigue siendo un problema de salud pública sin importar raza o condición social esta afecta en menor y mayor grado a la población infantil y adulta por ello ciertos investigadores siguen haciendo hincapié sobre el estudio de la caries dental desde sus diferentes perspectivas como es el caso de esta investigación que tiene como objetivo estudiar la presencia de lesiones cariosas y sus factores predisponentes en niños en situación de calle, pudiéramos pensar que este grupo de la población es más vulnerable que otros que tienen una condición y estatus social diferente sin embargo en la práctica profesional así como en diferentes estudios nacionales e internacionales se ha observado que las similitudes y susceptibilidad de la población no es diferente.

En Perú, la Dra. Cárdenas Flores et al⁶, en donde a través de su estado nutricional observaron cual era la incidencia de lesiones cariosas medido a través del ICDAS, clasificándolos en 3 grupos de acuerdo con su edad y posterior clasificándolos de acuerdo con su peso, sienta bajo peso, normo peso y sobrepeso. Encontraron alta relación entre la presencia de lesiones cariosas y el estado nutricional en niños de ambos sexos teniendo mayor incidencia de caries los grupos de bajo peso y sobre peso sin importar el sexo y la edad.

En Guadalajara México, gracias a la Dra. Sandra Berenice Vásquez Rodríguez et al⁷ que, con su estudio de prevalencia y severidad de caries, en menores que solicitaron servicios del posgrado de odontopediatría, donde 3320 niños el 90.78% presentaron alguna lesión cariosa y el 20% presentaban fistula, menciona que “existe un grado de negligencia o desconocimiento por parte de los padres sobre la importancia de la salud bucal aun teniendo infección severa no toman medidas al respecto”.

Continuando en México, pero en el estado de Campeche el Dr. Jesús Pérez Domínguez et al⁸ a través del Instituto Médico del Seguro Social realizaron una encuesta sobre cuántos niños derechohabientes presentaban lesiones cariosas a través de una muestra aleatoria. La prevalencia de caries dental fue de 66.9% las cifras fueron más elevadas en dentición temporal que permanente.

Muchos tutores tienen una idea equivocada en la cual no le dan la suficiente importancia a la dentición de sus hijos en edades tempranas, debido a que consideran que, al ser un diente temporal, tendrán una segunda oportunidad para conseguir una boca sin caries, sin tomar en cuenta que mantener unos hábitos deficientes en el periodo de crecimiento y aprendizaje traerá como consecuencias una pobre higiene tanto personal como oral, es por ello que es necesario realizar medidas preventivas, actividades educativas sobre salud oral, aspectos básicos sobre alimentación saludable y no quedarnos únicamente con la entrega de folletos de información ya que se ha demostrado que muchos de estos ni siquiera tienen la molestia de leerlo o peor aún muchos de estos no cuentan con el conocimiento de realizar una lectura, que muchas veces por pena no expresan el desconocimiento que ellos tienen.

Enseñar sobre cómo realizar la higiene oral incluso sin la presencia de dientes en edades antes de los 6 meses, acostumbraremos al infante a sentir una boca limpia, sin olvidar que el cepillado tendrá que ser supervisado por el odontólogo para instruir al paciente, evitando así que el paciente realice el cepillado inadecuadamente, ocasionando que el crea que realiza una buena técnica y ocultando posibles fallas.

Seguimos teniendo un gran problema de salud oral a nivel mundial, en donde en cada uno de los estudios revisados encontramos arriba del 55% de menores que tienen caries, debido que como odontólogos nos limitamos a solucionar el problema cuando la caries ya se encuentra presente en boca y olvidamos realizar prevención, aplicando diferentes métodos tomando en cuenta las diferentes circunstancias o factores de cada persona ya que cada individuo es diferente y ciertos factores serán en mayor o menor medida perjudiciales.

Gracias al aporte del siguiente estudio podemos identificar cuales aspectos pueden ser considerados para realizar un protocolo preventivo hacia los menores.

En Xochimilco, México la Dra. Leonor Sánchez Pérez et al⁹ querían identificar cuáles son los principales riesgos de caries, y donde tomo en cuenta diferentes factores como: educación de los padres, conocimiento de los menores sobre la higiene oral, factores patológicos, acciones protectoras que tenía el menor, tipo de alimentación, volumen y pH salival, concentración de carga bacteriana, nivel socioeconómico y lo más importante, si alguno de ellos había tenido atenciones previas y si el odontólogo había mejorado o influido en su bienestar.

Aunque el nivel socioeconómico es un indicador que considerar para sospechar la presencia de lesiones cariosas, debido a que por la misma ausencia de recurso limita en gran parte el acceso de servicios dentales, la utilización de instrumentos de higiene como enjuagues, cepillo, pasta e hilo dental, la caries esta más relacionada a los pobres hábitos de higiene sin importar la clase económica, zona demográfica y educacional, siendo algo comprobado en el siguiente artículo.

En donde el Dr. Marco Antonio Rueda Ventura et al¹⁰ querían encontrar diferencias sobre el índice de caries dental en la población escolar de un colegio privado y de un colegio público. Descubrieron que no existe diferencia entre la prevalencia de caries entre escuelas ubicadas en el centro de la ciudad Villahermosa y en su periferia siendo un tema más de pobres hábitos de higiene.

La Dra. Delia Montero Canseco et al¹¹, en su estudio considero aspectos socioeconómicos, sociales, culturales y el nivel educativo de los padres, encontraron un 59.5% de menores que presentaron caries, se dieron que los padres de niños que presentaron mayor caries tenían estudios técnicos o profesionales a comparación de padres con únicamente primarias terminadas.

Si bien los menores que se encuentran en calles o casa hogar no tienen culpa del estado de salud de su boca, es importante estar pendiente de su situación, ya que muchos pudieron atravesar diferentes circunstancias ya sean económicas, abandono, abuso sexual, maltrato infantil, repercutiendo en su salud en general. En los siguientes artículos explican desde el punto de vista del autor las diferentes circunstancias que afectan a estos menores.

El Dr. Carlos Eduardo Medina et al¹² menciona “niños con bajo nivel socioeconómico presentan más experiencia y mayor profundidad en las caries en la dentición temporal y permanente.”

La Dra. Janeth Valencia et al¹³ menciona “para los niños que viven en la calle, esto significa un riesgo tanto físico como emocional, afectando positivo o negativamente el estado en donde vivan, las personas con las que conviva, el consumo de drogas, ocupaciones volviéndolos personas vulnerables, siendo ellos mismo quien tengan que protegerse entre sí”

El Dr. Tomás Caudillo Joya et al¹⁴ en su estudio donde observo a menores con algún tipo de maltrato infantil, encontrando que la prevalencia de caries dental fue del 89%.

La Dra. Inés Amparo Revelo Mejía et al¹⁵ en su estudio “bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza” querían poder aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera de odontología para mejorar la salud bucal en las comunidades vulnerables, en donde les impartieron programas educativos, cuidados preventivos, tratamiento curativos y reparadores durante 5 años. Obteniendo resultados satisfactorios donde la población fue la más beneficiada, atendiendo tanto niños como adultos, y marcando pautas en menores para mejor su higiene oral evitando consecuencias posteriores.

Si existieran mayores apoyos y programas duraderos bien establecidos, para los niños en situación de calle lograríamos disminuir la incidencia de la caries
Concientizar a las nuevas generaciones de cómo abordar los problemas de salud actual, debido a que en muchas ocasiones nos concentramos en resolver los malestares que tienen los pacientes en ese momento y dejamos a un lado la prevención y concientizar al paciente sobre la importancia de acudir al dentista antes de que se presente el dolor.

Existen diversos elementos que determinan los niveles de pobreza en la niñez y la adolescencia, los más relevantes son los ingresos que perciben los integrantes del hogar, el ámbito de residencia a la que pertenecen, condiciones geográficas, la pertenencia étnica, las características con las que cuenta los hogares, así como la presencia de carencias sociales. Tanto niños como adolescentes en México presentan mayor prevalencia de pobreza respecto a la población en general, lo cual limita su desarrollo y bienestar, la pobreza, es la privación de bienestar de manera pronunciada, es decir, la persona carece de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.¹⁶

La población en general es medida a través de su nivel socioeconómico, siendo una medida que combina la posición social individual o familiar, la posición económica a través de sus ingresos y la preparación laboral con la que cuenta en

comparación con otras personas basándose en la educación, el tipo de empleo y sus ingresos.

Existen 6 niveles socioeconómicos diferentes la clase alta es el nivel más alto, el jefe de familia cuenta con un nivel de licenciatura o mayor, viven en casas con lujos y todas las comodidades. Una clase media alta incluyen personas que cuentan con ingreso o estilo de vida es ligeramente mayor a la clase media, cuenta con nivel educativo de licenciatura y por lo general cuenta con vivienda propia y cuenta con todas las comodidades. La clase media el jefe de familia de estos hogares está formando por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente, los hogares por lo general con propios o rentados con algunas comodidades. Un nivel medio bajo incluye a aquellos hogares que sus ingresos son menores a los de la clase media, el jefe de familia está conformado por personas con un nivel educativo de secundaria o primaria completa en ocasiones la vivienda es rentada, en ocasiones son de interés social. Un nivel bajo, es el segmento medio de la clase baja, los individuos cuentan con un nivel educativo de primaria en promedio, los hogares pueden ser propios o rentas, en su mayoría son de interés social o rentas congeladas. La más baja, el segmento más bajo de la población, los individuos tienen un nivel educativo de primaria incompleta, estas personas no cuentan con una vivienda propia, suelen vivir más de una generación y son totalmente austeros.¹⁷

La desigualdad económica es la situación en la que existe una diferencia relacionada con la renta, la riqueza o bienestar económico entre los diferentes integrantes de la población de una zona geográfica.¹⁸

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) *“señala que el 49.6% de la población menor de 18 años se encontraba en situación de pobreza en 2018 (19.5 millones de personas) y el 9.3% (3.7 millones de personas) en pobreza extrema en ese mismo año, de acuerdo con la más reciente medición multidimensional de la pobreza”*.¹⁹

Se ha observado que los niños más pobres presentan un deterioro en su salud y reciben menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista que sus contrapartes con más recursos, la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social²⁰. Para la Organización Mundial de Salud (OMS) la salud bucodental es *“la ausencia de dolor dental o facial, ya sea por procesos infecciosos, procesos inflamatorios como enfermedades de las encías, lesiones cariosas, pérdida prematuras y otras*

*patologías o trastornos que limiten la capacidad de morder masticar, sonreír y hablar y que repercutan en el bienestar psicosocial*²¹

Una educación básica será orientar a los niños, niñas y adolescentes desde la primera infancia hasta finalizar la adolescencia. Abarca desde el nivel inicial hasta el nivel secundario.²² Será indispensable que existiera un acompañamiento médico, ya sea otorgado por los padres o por el mismo gobierno para garantizar la salud en general del menor.

La alimentación es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, es decir, es un proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias del día a día, todos necesitan los mismos tipos de nutrientes, como vitaminas, minerales, hidratos de carbono, proteínas y grasa. Sin embargo, los niños necesitan diferentes cantidades de nutrientes específicos según las diferentes edades por lo tanto las alteraciones nutricionales pueden repercutir en el desarrollo del sistema estomatognático de los niños presenciándose lesiones en tejidos duros, como los dientes.^{23, 24}

Existe evidencia que avala la asociación entre caries y hábitos alimenticios caracterizados por consumo de azúcares y carbohidratos refinados, especialmente si este es frecuente es decir que la mal nutrición por exceso debiera también representar un marcador para la experiencia de caries en niños y adolescentes.²⁵

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social²⁶, 9 de cada 10 mexicanos padecen caries o enfermedad de periodontal. Esta situación se atribuye a elevado consumo de alimentos con azúcar refinada, falta de higiene y deficiente cepillado. El consumo elevado de azúcares se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso y caries dental. Además, el consumo de azúcares puede contribuir al desarrollo de alteraciones psicológicas como la hiperactividad, el síndrome premenstrual y las enfermedades mentales.

Si bien el abuso de alimentos ricos en carbohidratos y azúcares sumados a una higiene deficiente puede ser factor para la aparición de lesiones cariosas, la desnutrición igual es considerado como riesgo debido a la falta de nutrientes durante el desarrollo, es una deficiencia en la asimilación de alimentos por el organismo, provocando un estado patológico con diferentes grados de seriedad y

de distintas formas de manifestarse, pudiendo ser causada por dietas inadecuadas, una mala absorción de los nutrientes o mala ingestión de los alimentos.²⁷

Los dientes se encuentran formados por distintos tejidos, siendo una de las estructuras más complejas del organismo.²¹ Conforme a la edad podemos encontrar tres tipos de dentición: temporal, mixta y permanente. La dentición temporal inicia a partir de los seis meses de vida, esta será reemplazada a partir de los 6 años; en el proceso para obtener la dentición permanente tenemos la dentición mixta siendo un período comprendido entre los 6 a 12 años.^{28 29} Durante este proceso es importante tener una higiene bucal adecuada, lo cual implica realizar diversos cuidados para mejorar, conservar y principalmente prevenir problemas orales, teniendo limpios los dientes, encías, lengua, carrillos, sin presentar ningún dolor.^{30,31}

De acuerdo con los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, aproximadamente 10 millones de niños entre los dos y cinco años padecen caries, siendo esta definida como un proceso patológico localizable, el cual produce un reblandecimiento del tejido duro del diente evolucionando en la formación de una cavidad, su etología es multifactorial y su principal asociación son el consumo de alimentos ricos en carbohidratos. Otros factores que están involucrados en la presencia de caries en una persona son el tipo de salivación (hipersalivación, hiposalivación), anatomía dental (fisuras dentales), microflora, dieta, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, cultural, hábitos higiénicos, tipo de alimentación, tipo de empleo.^{32, 33, 34}

Al ser un problema global de salud pública, se han creado distintos métodos para su correcto diagnóstico, uno de ellos es el sistema ICDAS, el cual está diseñado por un conjunto de criterios y códigos, con diagnóstico visual, observando las características que presente el diente secos y limpios. La nomenclatura conformada por la unión de 2 dígitos, siendo el primer número del 0 al 8 correspondiente al código de restauración y sellantes, el número 9 al código de dientes ausentes y el segundo dígito del 0 al 6 al código de la profundidad de la caries y el sistema Cambra para la prevención de las posibles causas de las caries en la primera de sus etapas, en vez de esperar a que el daño sea irreversible. Encargado de instruir al paciente a cambiar los factores que hacen que la desmineralización prevalezca sobre la re-mineralización, identificado los factores de riesgo que presente el paciente a fin de intentar modificarlos o reducirlos en la medida de lo posible.^{34, 35}

Tanto en México como el resto del mundo podremos encontrar a personas que vuelven las calles su hogar, esto debido a diferentes factores por las que tienen que atravesar, entendiendo por esto como aquellas que carecen de alguna residencia fija y que tienen la necesidad de pernoctar en lugares públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda pero que son improvisadas para que cumplan esa función, como por ejemplo edificios abandonados, cajas de cartón, aparcamientos, estaciones en desuso o en cualquier rincón donde puedan dormir sin ser agredido.³⁶ A pesar de que muchos de estas personas no cuentan con los ingresos para poder sustentar una familia y por la falta de educación sexual, inician teniendo una pareja y luego hijos, volviéndolos niños que crecen totalmente en la calle, privados de una atención familiar y protección, ocasionalmente pueden asistir a la escuela y normalmente mantienen cierto sentido de comunidad familiar.

Debido a la precariedad de la situación económica familiar, estos niños pueden verse eventualmente empujados a una estancia más permanente en la calle.³⁷ Son considerados población vulnerable esto debido a que no cuentan con la capacidad de resistencia al presentar un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de algún percance, siendo dependiente de factores como edad, salud, condiciones ambientales.³⁸

Muchos menores presentan una falta de atención a las necesidades básicas siendo esto considerado como abandono. Existen cuatro tipos. El abandono físico es una supervisión inadecuada y/o poco segura del niño. El abandono médico es negarle al niño la atención médica que necesite o un tratamiento médico que se le haya prescrito, el cuál podría incluir nutrición, hidratación y medicación apropiadas. El abandono educativo es el incumplimiento de las leyes del estado respecto a educación infantil obligatoria. El abandono emocional es ignorar las necesidades del niño para poder tener un desarrollo social y emocional normal.³⁹

Los niños de la calle en ocasiones presentan algún tipo de explotación infantil siendo esto un trabajo que realizan en el marco de un sistema de producción. En algunos casos se utiliza el término explotación infantil como sinónimo de trabajo infantil pero no es lo mismo, porque la explotación supone la violación de algún derecho del niño. La explotación infantil, sin embargo, tiene muchas formas, como por ejemplo niños que son obligados a trabajar y les quitan los ingresos.⁴⁰ El término trabajo infantil suele definirse como todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico.⁴¹

No todas las tareas realizadas por los niños deben clasificarse como trabajo infantil que se ha de eliminar. Por lo general, la participación de los niños o los adolescentes, por encima de la edad mínima de admisión al empleo, en trabajos que no atentan contra su salud y su desarrollo personal ni interfieren con su escolarización se considera positiva. Entre otras actividades, se encuentra la colaboración en un negocio familiar o las tareas que realizan fuera del horario escolar o durante las vacaciones para ganar dinero. Este tipo de actividades son provechosas para el desarrollo de los pequeños y el bienestar de la familia; les proporcionan calificaciones y experiencia, y les ayuda a prepararse para ser miembros productivos de la sociedad en la edad adulta.

El término trabajo infantil suele definirse como todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico.⁴²

3. Planteamiento del problema

Los niños de la calle enfrentan diversos problemas algunos de ellos son, mala alimentación, la necesidad de realizar una actividad económica, ausencia de educación y problemas sociales, estos niños a menudo no tienen acceso a una dieta adecuada, comen lo que encuentran. Algunas veces, cuando tienen la oportunidad de elegir, se inclinan por comidas poco saludables con elevado contenido de azúcar, de tal manera que corren el riesgo de sufrir caries y malnutrición. No cuentan con el dinero necesario para comprar alimentos, ocasionando que los niños realicen actividades económicas que no están permitidas por la ley, poniendo en riesgo su salud o bien afectan su desarrollo físico y/o mental.

Ningún niño debería abandonar su infancia para trabajar, pero lo cierto es que muchos menores se ven obligados a hacerlo debido a que muchos de ellos se encuentran en familias en situación de pobreza, donde deben contribuir a la economía familiar realizando trabajos que ponen en peligro su vida, para cumplir algunas necesidades básicas como vivienda, ropa, alimentación, sanidad, llegando incluso a dejar de estudiar. Los niños que no pueden acceder a educación tienen más probabilidades de convertirse en víctimas de trabajo infantil. Muchos de ellos no asisten a las escuelas por falta de interés de los padres o propio, no cuentan con todos los requisitos para ingresar como la falta de recursos económicos, no tienen las aptitudes necesarias o cuentan con alguna enfermedad o discapacidad.

La salud bucal se encuentra afectada en un gran segmento de la población, pero especialmente en menores que no cuentan con la información necesaria acerca de las enfermedades o patologías bucales y la manera eficiente de prevenirlas o impedir las, así como también el desconocimiento de los recursos que estén a su alcance para atenderlas. Uno de los factores asociados a la caries es el bajo nivel socioeconómico donde los niños y adolescentes de áreas rurales, de pocos ingresos y de bajo nivel de escolaridad presentan bajos indicadores de salud oral comparados con los jóvenes urbanos quienes tienen más riesgo de tener una higiene oral óptima, esto debido posiblemente a un mayor acceso a los servicios de salud y al manejo de enfermedades.

Algunos niños toman las calles de las ciudades como su único hogar por diferentes circunstancias como maltrato físico y verbal, abuso sexual, explotación infantil, falta de afecto, desintegración familiar, abandono, entre otras causas. Sin embargo, por querer salir del riesgo, se exponen a situaciones que deben enfrentar en su vida diaria, así mismo buscando la manera de sobrevivir.

**¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES Y EL RIESGO A
CARIES EN NIÑOS EN SITUACION DE CALLE?**

4. Hipótesis:

Un bajo nivel socioeconómico repercutirá en su educación, calidad de vida y salud dental

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

5. Justificación:

La odontopediatría se encarga de prestar atención a los más pequeños, teniendo también en cuenta a los que necesitan de un tratamiento especializado debido a alguna discapacidad física, mental, cognitiva o de cualquier otro tipo. Como odontólogos tenemos la obligación de utilizar las habilidades, nuestros conocimientos científicos y la experiencia clínica con el fin de mejorar la salud bucal del público que acude, estamos obligados moralmente a proporcionar información veraz y actualizada.

La caries es una enfermedad infecciosa que se puede presentar por diferentes circunstancias, se caracteriza por la presencia de desmineralización en los órganos dentarios y un deterioro que avanza gradualmente sin la presencia de atención. Si bien la salud bucal en gran parte de la población está afectada, aquella con bajo ingreso está particularmente en mayor riesgo, debido entre otros factores a la falta de acceso a atención odontológica, por el costo o falta general de información acerca de la importancia de esta en la salud general y bienestar de las personas.

Los niños de la calle están en riesgo debido a una complejidad de diferentes factores, entre ellos los elevados costos de la atención dental ya que no cuenta con la suficiente economía para acudir a una atención dental oportuna, la dificultad que cuentan a los accesos de atención, como la dificultad para trasladarse, ya que al ser niños requieren el acompañamiento de personas adultas para poder llegar a los servicios de salud, la falta de información generan un papel importante que desempeña la salud bucal en la salud general y el bienestar de las personas, muchos de ellos no conocen las instituciones capacitadas para la atención, por lo cual no asisten, dificultando al personal de salud poder brindarles la información necesaria o en ocasiones el personal capacitado no tiene el suficiente interés para este tipo de población vulnerable a enfermedades bucales y no les brinda la correcta información.

Si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos, se reduciría la presencia de enfermedades orales, se impediría su avance y la aparición de complicaciones más graves y se disminuiría la necesidad de tratamientos más costosos. La obligación primordial del odontólogo infantil será proporcionar un servicio de calidad, competente y oportuno, dentro de los límites y circunstancias presentadas por el paciente, buscando siempre el beneficio del menor y evitando cualquier situación que le haga daño. El odontólogo infantil, aun cuando puede seleccionar a sus pacientes, no debe negarse a prestar sus servicios por causas de raza, credo, color, sexo, nacionalidad o enfermedades infectocontagiosas siempre y cuando un paciente sea competente para tomar decisiones.

6. Objetivos:

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de alteraciones bucodentales y el riesgo a caries en niños en situación de calle.

Objetivos específicos:

- Calcular la prevalencia de caries dental con respecto al sexo y edad.
- Determinar el riesgo a caries dental de acuerdo con el sistema de la Asociación Dental Americana (ADA).
- Identificar las características bucodentales que presentan los menores indistintamente del grado de vulnerabilidad social.

7. Materiales y Métodos:

7.1. Tipo de estudio:

Estudio cualitativo, observacional, transversal.

7.2. Población, Lugar y tiempo de estudio

Niños no mayores de 15 años que se encuentren trabajando en la calle.

7.3. Tipo de muestra y tamaño de muestra:

Estudio epidemiológico en 150 menores que se encontraron en las calles de Villahermosa tabasco desempeñando alguna actividad económica.

7.3.1 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de inclusión:

- Niños menores de 15 años.
- Paciente sin importar el sexo.
- Niños que se encuentren realizando una actividad laboral en la calle.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no nacidos en México.
- Niños que presenten alguna enfermedad intelectual o motriz.

Criterios de eliminación:

- Menores que no quisieron participar.
- Niños con un nivel económico alto.

7.4 Variables de estudio

Sexo: Es la identificación de acuerdo con las características sexuales que se le da a un individuo ya sea hombre o mujer.

Edad cronológica: Años contabilizados desde el momento del nacimiento hasta la fecha de la realización del estudio. Esta se registró en el rubro de datos generales de cada paciente en donde se abarco un rango de 6 meses a 15 años.

Vivienda: Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas, en donde se registró si era un lugar estable o sin hogar.

Educación: Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, contemplando solo el nivel básico educativo (preescolar, primaria y secundaria)

Trabajo infantil: Es la participación de una niña, niño o adolescente en una actividad productiva que se realiza al margen de la ley y el cual priva a los niños de su niñez, educación, potencial y dignidad; siendo registrado como actividad desempeñada solo por el infante para producir un beneficio económico (trabajo infantil) o ayuda a sus tutores en la realización de sus trabajos sin intervenir en sus estudios (tarea infantil).

Lesiones de caries: Proceso patológico localizado que puede producir reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hasta la formación de una cavidad, siendo medido por el índice CPOD, el cual lo clasifica en cariados, perdidos y obturados.

Riesgo de caries: Susceptibilidad que tiene un individuo o una población a desarrollar nuevas lesiones y/o que las lesiones incipientes progresen en tamaño en un tiempo determinado, el cual se determinó a través del modelo de identificación de riesgo a caries establecido por la ADA, en donde se califica de acuerdo con la severidad encontrada en bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo.

Labios: Partes blandas, móviles y externas que, junto con otra, forma la abertura de la boca, siendo valoradas con respecto a su aspecto en húmedos o secos.

Mucosa: Capa húmeda que protege a los dientes, se sitúa en la cara interna de las mejillas, labio, paladar blando y en la parte inferior de la lengua. Sirve para

proteger estructuras dentarias. Se evalúa conforme a su estado de hidratación e irrigación.

Encía: Tejido del maxilar superior e inferior que rodea la base de los dientes, se identifica basándose en el color que presentaba como rosa pálida, pigmentación racial, absceso y retracción.

Frenillo: Tejido fibroso que une la encía con el labio, tanto en la parte superior como inferior. Se identifica de acuerdo con su tamaño en corto, normal o hipertrófico.

Paladar: Porción ósea/muscular que forma el techo de la cavidad oral y el piso de la cavidad nasal, describiéndose por su forma en plano, profundo, estrecho, normal y la presencia de torus.

Orofaringe: Ubicada por detrás de la boca, abarca el paladar blando (parte posterior muscular del techo de la boca), las amígdalas, el tercio posterior de la lengua y las paredes de la garganta, mencionando la presencia o no de amigdalitis.

Lengua: Órgano muscular muy móvil que se encuentra fijado por su parte posterior en el interior de la boca, clasificándola por su aspecto en sana o saburral.

Piso de boca: Está formada por tejido blando y su objetivo se basa en ofrecer soporte a la lengua, indicando la existencia o ausencia de torus lingual.

7.4.1 Procedimiento para capturar la información y análisis de datos

Se realizó un instrumento el cual está conformado por cinco apartados, en el primer apartado corresponde a los datos generales del menor, como son las iniciales de su nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, si contaba con un domicilio, padres vivos, trabajo que desempeña, grado de estudio y enfermedad. Durante este proceso se encontró que gran parte de los menores desconocen de sus propios apellidos, son incapaces de recordar su fecha de nacimiento y no cuentan con el conocimiento para leer o escribir. El siguiente apartado corresponde a la identificación de los dientes que presentan caries, obturaciones o ausencias, en donde se realizó la exploración de los menores, encontrando bocas con restos de alimentos, múltiples lesiones de caries dental, restauraciones defectuosas, en donde incluso algunos menores refirieron ya presentar molestias dentales antes de la exploración. En el tercer apartado describir el aspecto de los tejidos blandos como son los labios, mucosas, encía, frenillos, paladar, orofaringe, lengua, piso de boca, con la ayuda de unos guantes, se procedió a realizar la palpación de estos tejidos. Como cuarto apartado se encuentra un modelo para la identificación de caries compuesto por diferentes indicadores establecidos en tres factores y calificados de acuerdo con la severidad encontrada en bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo. Por último, se encuentra un consentimiento informado dirigido a los tutores.

Al aplicar el instrumento y realizar la recolección de datos se recorrieron diferentes puntos estratégicos de la ciudad a pie, en donde se observará mayor flujo de menores desempeñando diferentes actividades económicas tomando en cuenta el ser un lugar transitado y a la vista de diferentes personas, como fueron el centro, mercados y semáforos. Antes de acercarnos al menor, se identificó la presencia o no de algún tutor responsable. Cuando el tutor estaba presente se realizó el llenado del consentimiento informado, en aquellos menores que se encontraban solos, se les preguntó a las personas de los alrededores si conocían al menor teniendo respuestas negativas incluso de personal policial, observando una falta de interés por parte de la sociedad para con este grupo vulnerable, realizando únicamente consentimiento verbal, en ambos casos se realizó una presentación y explicación de los motivos para la realización de esta investigación, pudiendo interrumpir en cualquier momento de la realización del instrumento.

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 24. Se realizó estadística descriptiva de las variables cualitativas que se resumieron en frecuencias y porcentajes, concentrando un total de 150 menores.

7.4.2. Consideraciones éticas

El presente proyecto se fundamenta en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y criterios de Helsinki, donde se utilizará una carta de consentimiento informado, teniendo como prioridad no generar daño en el paciente y obtener un beneficio con un diagnóstico integral, que podrá ser utilizado posteriormente para mejorar el tópico de estudio. Sin embargo, en la NOM antes mencionada indica que en los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación.

La presente investigación en cuestión representa un riesgo mínimo, para la población estudiada, calificando como un protocolo de investigación riesgo mínimo, es decir aplica a la categoría II, para efectos del Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El presente estudio se apegará a las directrices de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en 2013, así como a los artículos 98,100,101 y 102 de la Ley General de Salud y al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

8. Resultados:

Se realizó un estudio en 150 menores, de los cuales 127 otorgaron su consentimiento para formar parte de este, siendo 90 masculinos siendo (70.1%) y 37 femeninos siendo el (29.1%), cuyas características y atributos fueron el encontrarse desempeñando trabajo infantil en las calles y establecimientos ocasionalmente solos o estando en compañía de una persona que desempeña alguna actividad económica en la calle, con un rango de edad de menores de un año hasta 15 años.

Tabla 1. Frecuencia por edad y sexo.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
-1	0	1	1
1	1	0	1
2	5	1	6
3	3	2	5
4	8	2	10
5	5	2	7
6	4	2	6
7	7	1	8
8	6	4	10
9	10	1	11
10	9	3	12
11	4	2	6
12	2	4	6
13	7	2	9
14	6	7	13
15	13	3	16
Total	90	37	127
Porcentaje	70.9%	29.1%	100%

Fuente: SPSS

En cuanto a la cantidad de lesiones cariosas se encontró que el 29.9% tiene de 5 a 7 lesiones, siendo estas las de mayor frecuencia, seguida por 8 o más lesiones cariosas ocupando está el 24.4%.

Tabla 2. Cantidad de dientes cariados con respecto al sexo.

		Sexo del encuestado		Total	%
		Masculino	Femenino		
¿Cuántos dientes cariados presenta?	Sin caries	17	2	19	15.0%
	1 a 2 caries	7	5	12	9.4%
	2 a 4 caries	20	7	27	21.3%
	5 a 7 caries	25	13	38	29.9%
	8 o más	21	10	31	24.4%
Total		90	37	127	

Fuente: SPSS

El modelo de identificación de riesgo a caries del ADA mostró que un 35.4% presentó un Bajo Riesgo, un 3.1% Riesgo Moderado y un 61.4% Alto riesgo.

Tabla 3. Frecuencia del riesgo a caries

		Sexo del encuestado		Total	Porcentaje
		Masculino	Femenino		
Riesgo a Caries ADA	Bajo Riesgo	34	11	45	35.4%
	Riesgo Moderado	4	0	4	3.1%
	Alto Riesgo	52	26	78	61.4%

Fuente: SPSS

Con este modelo podemos distinguir cuales factores se encuentran alterados poniendo en riesgo de sufrir caries, en los 127 menores fueron factores biológicos con un 56.7% bajo riesgo, factores protectores con un 70.1% alto riesgo y en los factores clínicos con un 58.4% de alto riesgo.

Tabla 4. Frecuencia del riesgo de acuerdo con el Factor

		Sexo del encuestado		Total	Porcentaje
		Masculino	Femenino		
Factores Biológicos	Bajo Riesgo	52	20	72	56.7%
	Riesgo Moderado	8	2	10	7.9%
	Alto Riesgo	30	15	45	35.4%

Factores Protectores	Bajo Riesgo	24	5	29	22.8%
	Riesgo Moderado	6	3	9	7.1%
	Alto Riesgo	60	29	89	70.1%
Factores Clínico	Bajo Riesgo	37	13	50	39.8%
	Riesgo Moderado	2	0	2	1.8%
	Alto Riesgo	51	23	74	58.4%

Fuente: SPSS

Debido a que algunos menores encontrados no desempeñan solamente trabajo infantil o solo están acompañando a adultos que desempeñan alguna actividad económica en las calles, se dividió a la población en 3 grupos, aquellos que por su edad desempeñan un trabajo infantil, los que si desarrollan trabajo infantil y aquellos que sus padres consideran que es una tarea infantil de apoyo para desarrollar distintas actitudes.

Se encontró que los que 59 menores realizan trabajo infantil teniendo 28 de ellos tienen un alto riesgo de padecer caries debido a sus factores Biológicos, 47 menores tuvieron que su factor protector se encontró en alto riesgo a caries y sus factores clínicos 45 menores tuvieron alto riesgo.

Tabla 5. Tabla cruzada entre la actividades desempeñada y factores de riesgo.

		Actividad económica que desempeña		
		No realiza Recuento: 16	Trabajo Infantil Recuento: 59	Tarea Infantil Recuento: 52
Factores Biológicos	Bajo Riesgo	12	25	35
	Riesgo Moderado	0	6	4
	Alto Riesgo	4	28	13
Factores Protectores	Bajo Riesgo	7	7	15
	Riesgo Moderado	1	5	3
	Alto Riesgo	8	47	34
Factores Clínico	Bajo Riesgo	11	14	25
	Riesgo Moderado	0	0	2
	Alto Riesgo	4	45	25

Fuente: SPSS

En cuanto a las características de los tejidos blandos se observó una adecuada salud, labios húmedos con un 85.5%, mucosas hidratadas y vascularizadas con un 92.9%, encías rosas y firmes en un 78.7%, frenillo labial con una inserción normal con un 89.8%, un paladar normal con un 70.1%, orofaringe sin alteraciones con un 93.7%, frenillo lingual normal 89.0%, vestíbulo normal con un 89.0%, el único tejido que presentó mayor afectación fue la lengua saburral con un 74.0%.

Tabla 6. Descripción de tejidos blandos

		Sexo		Total	%
		Masculino	Femenino		
Estado de los labios	Húmedos	78	31	109	85.5%
	Secos	12	6	18	14.2
Mucosa	Hidratadas y vascularizadas	84	34	118	92.9%
	Deshidratadas y pálidas	6	3	9	7.1%
Encía	Rosa pálida y firme	69	31	100	78.7%
	Pigmentación racial	18	5	23	18.1%
	Absceso	2	1	3	2.4%
	Retracción	0	1	1	.8%
Frenillo labial	Corto	6	7	13	10.2%
	Normal	84	30	114	89.8%
Paladar	Plano	3	0	3	2.4%
	Profundo	12	7	19	15.0%
	Estrecho	9	5	14	11.0%
	Torus	2	0	2	1.6%
	Normal	64	25	89	70.1%
Orofaringe	Sin alteración	86	33	119	93.7%
	Amigdalitis	4	4	8	6.3%
Lengua	Saburral	68	26	94	74.0%
	Sana	22	11	33	26.0%
Piso de boca	Normal	90	36	126	99.2%
	Torus	0	1	1	.8%
Frenillo lingual	Corto	10	4	14	11.0%
	Normal	81	32	113	89.0%
Vestíbulo	Normal	81	32	113	89.0%
	Aftas	9	5	14	11.0%

Fuente: SPSS

9. Discusión:

El riesgo a caries dental de la población infantil tabasqueña que fue estudiada fue de 61.4 % al compararla con estudios realizados en México sobre la incidencia de caries, compartieron con que sus resultados fueron arriba del 50%, por ejemplo, la Dra. Sandra Berenice (90.78%), Dr. Jesús Pérez Domínguez (66.9%), la Dra. Delia Montero Canseco (59.5%), Dr. Tomas Caudillo Joya (89%). Sin embargo, las diferencias en los porcentajes pudieran ser debido a la cantidad de la muestra tomada, la consideración de edad de los niños, dentición mixta y el número de examinadores.

En esta investigación se consideró el estado de salud bucal actual en una sola exploración intraoral, ya que los menores se examinaban por primera vez en las calles, sin haber tenido alguna atención previa en la mayoría de los casos y con falta de cepillado, revisando bocas incluso con restos de alimentos, por lo cual la prevalencia de caries pudo variar.

Otro aspecto por considerar fue el de la Dra. Delia Montero Canseco quien considera que el nivel educativo de los padres afectará social, cultural y socioeconómicamente en los menores, durante la investigación se confirma debido a que la salud oral más deteriorada fue más prevalente en menores sin padres o tutores responsables, al igual que el Dr. Carlos Eduardo Medina, se observó mayor experiencia de caries y con mayor gravedad aquellos que tenían un bajo nivel socioeconómico.

Se concuerda con lo expresado con la Dra. Janeth Valencia, debido a que estos menores si se enfrentan a constantes riesgos, debido a la ausencia de personas adultas y al depender de la actividad que desempeñan, pueden ser atropellados, maltratados por la sociedad, secuestrados y abusados, siendo riesgos que afectan física y emocionalmente volviéndolos vulnerables a cualquier circunstancia.

Es por ello por lo que las universidades deben diseñar e implementar este tipo de proyectos y volverlos programas brindando así atención a la población más necesitada. Los resultados obtenidos en este estudio no pueden ser inferidos en la población infantil y deben tomarse como los primeros resultados de una investigación básica. Se sugiere que en investigaciones posteriores se sigan considerando aspectos socioeconómicos, índices de higiene oral, así como aumentar la muestra de estudio y realizarlo con más personas y mayores recursos, teniendo un lugar estable en donde los menores puedan acercarse con mayor confianza

10. Conclusiones:

El pertenecer a un grupo familiar pudiera estar considerado como un hecho natural para poder desenvolvemos en la sociedad sintiendo el apoyo de las personas que nos rodean a primera instancia, para muchos niños vulnerables, sus familiares no llevan el mismo lazo sanguíneo sino que forman diferentes lazos debido a las circunstancias en las que se encuentran viviendo, convirtiéndose en un círculo vicioso en donde demeritan su calidad de vida, poniendo en riesgo su salud y vida e incluso muchos deciden separarse de la familia que les tocó.

Al encontrarse solos, tienen que realizar actividades que les permitan poder alimentarse como pedir dinero, limpiar vidrios de autos, vender dulces, recoger basuras, continuamente cambiando sus actividades para poder conseguir más dinero.

No cuentan con el apoyo de la mayoría de la población debido a que constantemente reciben actitudes de rechazo y violencia en vez de ayudarlos, esto sumado a las circunstancias que tienen que enfrentar en su entorno familiar como abusos, amenazas, maltratos físicos o verbales afectando así su salud mental, haciéndolos sentirse mal y convirtiéndolos en personas desconfiadas con respuestas agresivas, aparentando una conducta de resistencia y cero vulnerable ni debilidad, alegando a toda persona que les ofrece ayuda.

Teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico y el círculo familiar si puede influir en aspectos sociales, nutricionales y las necesidades dentales, los menores que viven en hogares con ingresos económicos deficientes tienen mayor posibilidad de requerir atención dental debido a lesiones cariosas no atendidas.

Es importante considerar la salud bucal como parte de la salud general de cada persona, aunque en ocasiones la caries no compromete la vida de una persona, si es un gran problema de salud pública a nivel mundial. Esta investigación concuerda con los anteriores casos reportados por otros autores, en donde los menores encontrados son mayormente vulnerables a presentar caries dental.

Se concluye que el 61.4% de la población estudiada presentó alto riesgo a caries debido a que sus factores tanto biológicos, como protectores y clínicos de acuerdo al modelo de identificación de caries establecido por la ADA.

Esta condición guarda relación con la ausencia de buenos hábitos de higiene oral, la falta de conocimiento, el abuso de alimentos ricos en azúcares y la falta de programas que generen estímulo para las prácticas de higiene oral, mejorando su salud bucal ayudando en su calidad de vida.

11. Perspectivas:

Por lo expuesto, será indispensable realizar promoción de la salud dental inteligente para mejorar el estado de la salud bucal de los menores, facilitando materiales informativos y platicas educativas sobre las técnicas cepillado dental, las posibles consecuencias del abuso excesivo de alimentos ricos en azúcares, la importancia de acudir al odontólogo u odontopediatra para la detección de manera oportuna de posibles patologías. Ayudando así a mejorar las deficiencias de conocimiento que existe en esta población. De igual manera atacando los factores de riesgo para disminuir el nivel de prevalencia de caries y por consiguiente dolores dentales.

12. Literatura científica citada:

- 1.- Diana Alicia Sanabria Vázquez, Marta Inés Ferreira Gaona, Nohelia María Pérez Bejarano, Clarisse Virginia Díaz-Reissner, Carlos Daniel Torres Amarilla, María Emilia Cubilla, Fátima Benítez, Alicia Martínez, Marcelo Centurión, Esteban Barrios, Teresa Guerrero, Verónica Pavetti. Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por fundación en Paraguay. Rev Estomatol Herediana. 2016. 70-77.
- 2.- Víctor Alfonso Vélez Vásquez, Ebingen Villavicencio Caparó, Sandra Cevallos Romero. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machangara, Ecuador. Rev. Estimatil. Herediana. 2019.
- 3.- A. Alcainal Lorente, O. Cortés Lillo, M.D. Galera Sanchez, S. Guzmán Pina, M. Canteras Jordana. Caries dental: Influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar. Acta Pediátrica Española. 2016. 246-252.
- 4.- Carlos Zaror S., Jorge Sapunar Z., Sergio Muñoz N., Damaris González C., Asociación entre malnutrición por exceso de caries temprana de la infancia. Revista Chilena de Pediatría 2014. 455-461.
- 5.- Ximena Andrea Cerón Bastidas. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. CesOdonto. 2018. 38-46.
- 6.- Cárdenas Flores C, Aguilar Gálvez D. Asociación entre el estado nutricional lesiones de caries evaluadas con el método ICDAS en niños de Ayacucho- Perú de 2 a 4 años de edad. Rev. Científica odontológica. 2013. 7- 13.
- 7.- Sandra Berenice Vázquez Rodríguez, Rubén Alberto Bayardo González, Jorge Abraham Alcalá Sánchez, Mirna Alejandra Maldonado. Prevalencia y severidad de caries dental en niños de 0 a 12 años. Revista Tamé. 2016.
- 8.- Jesús Pérez Domínguez, Armando González García, María del Rosario Niebla Fuentes, Iván de Jesús Ascencio Montiel. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. 25-29.

9.- Leonor Sánchez Pérez, Laura Patricia Sáenz Martínez, Nelly Molina Frechero, Patricia Alfaro Moctezuma. Riesgo a caries. Diagnósticos y sugerencias de tratamiento. Revista ADM. 2018.

10.-Rueda Ventura, Marco Antonio; Isidro Olán, Laura Beatriz; Ramírez, Jeannette; Morales García, Manuel Higinio; Batres Ledón, Edmundo; Moreno Enríquez., Xavier Diagnóstico sobre el índice de caries dental en niños escolares del Estado de Tabasco, municipio de Centro. Horizonte Sanitario, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 17-22 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México.

11.- Delia Montero Canseco, Patricia López Morales, Roberto Carlos Castrejón Pérez. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev. Odontológica Mexicana. 2011. 96- 102.

12.- Carlos Eduardo Medina Solis, Gerardo Maupome, Blanca Pelcastre Villafuerte, Leticia Avila Burgos, Ana Alicia Vallejos Sanchez, Alejandro José Casanova Rosado. Desigualdad socioeconómica en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. Rev Invest Clin. 2006. 296- 304.

13.- Janeth Valencia B, Julia Sánchez C, Leidy Montoya T, Álvaro Giraldo P, Constanza Forero P. Ser niño en situación de calle: un riesgo permanente. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32. 2014. 85- 91.

14.-Tomas Caudillo Joya, María del Pilar Adriano Anaya, Sergio Antonio Chavarría López. Maltrato Infantil: Riesgo de Caries Dental. European Scientific Journal February 2020 edition Vol.16, No.6 ISSN: 1857 – 7881.

15.-Inés Amparo Revelo Mejía, David Alexander Gutiérrez Ramirez, Claudia Natalí Castro Garcés, Luis Fernando Rodríguez Muñoz Salud bucodental para comunide vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. Revista cubana de Salud Pública. 2019

16.- ¿Qué es la desigualdad económica y por qué se produce?, Agencia de la ONU para los Refugiados comité Español ACNUR, 2018.

17.- Educación Básica, SITEAL, Documento de eje, 2019.

- 18.- Oscar Eduardo Vera Romero. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. 2013. Rev. Cuerpo méd.
- 19.- El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Dirección de información y comunicación social. 19.5 millones de niñas, niños y adolescentes se encontraban en situación de pobreza en 2018.
- 20.- Salud, Organización Mundial de la Salud, OMS y la interdisciplinariedad, 1999.
- 21.-Salub bucal, Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre el Estado de la Salud bucal, 2022.
- 22.- Silvia Mabel Grilli, Laura Graciela. Martin Aplicación de protocolo Caries Management By Risk Assessment (CAMBRA) en el diagnóstico de factores de riesgo de caries dental y determinación de las estrategias de tratamiento más eficaces, en grupos etarios entre 6 a 14 años. Facultad de odontológica uncuyo. 2018.
- 23.-Galindo, Mariana y Viridiana Rios. Pobreza en serie de estudios económicos. México ¿Cómo vamos? 2015.
- 24.- Conceptos Básicos en Alimentación, Ana Belem Martinez, 2016.
- 25.- Federico Gómez, Desnutrición. Salud pública de México. 2003.
- 26.- Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2014.
- 27.- Manual de Nutrición y Dietética, Ángeles Carbajal Azcona, Universidad Complutense de Madrid, 2013.
- 28.- Diente, Diccionario de la Real academia española, 2005.
- 29.- Dentición temporal, Real Academia Española, 2009.
- 30.- Claudia N. Fernández. Diagnóstico y alternativas terapéuticas en el abordaje de los surcos y fisuras de primeros molares permanentes. 2013.
- 31.- Higiene dental, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, 2014.

- 32.- Dimensiones de los arcos dentición mixta, Universidad Peruana Cayetana Heredia, Lima 2009.
- 33.- Llena Puy Carmen. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías, Med. Oral Patol. 2003.
- 34.- Higiene bucodental, Adela Emilia Gómez Ayala, Elsevier, 2006.
- 35.- Ximena Cerón Bastidas. El sistema Icdas como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Rev CES Odont. 2015.
- 36.- Roger Magazine, Los niños de la calle en la Ciudad de México: un marco alternativo para su estudio. En publicación: Familia y Diversidad en América Latina. 2007.
- 37.- California Childcare Health Program. Maltrato y Abandono Infantil.2010.
- 38.- Claudia Constanza Cabeza Zabala, Blanca Cecilia Hernández Torres, Melier Vargas Zárate. Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. Rev. Fac. Med . 2015.
- 39.- Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la situación mundial de la prevención contra los niños de 2020. 2022.
- 40.- María Jesús Pérez- García: Niños y Niñas que trabajan en México: Un Problema Persistente, Versión Preliminar, UNICEF, 2009.
- 41.- Carolina Álvarez, Carol Vivero. Personas en situación de calle, un estudio exploratorio. Universidad de Chile. 2008.
- 42.- Save the Children, ¿Qué hacemos con la pobreza infantil?.2018.

Anexos:

Instrumento de recolección

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

1. Datos generales:

Nombre _____ (Iniciales): _____

Sexo _____ Edad: _____

Domicilio: _____ F/N _____

Padre vivo _____ Madre viva: _____

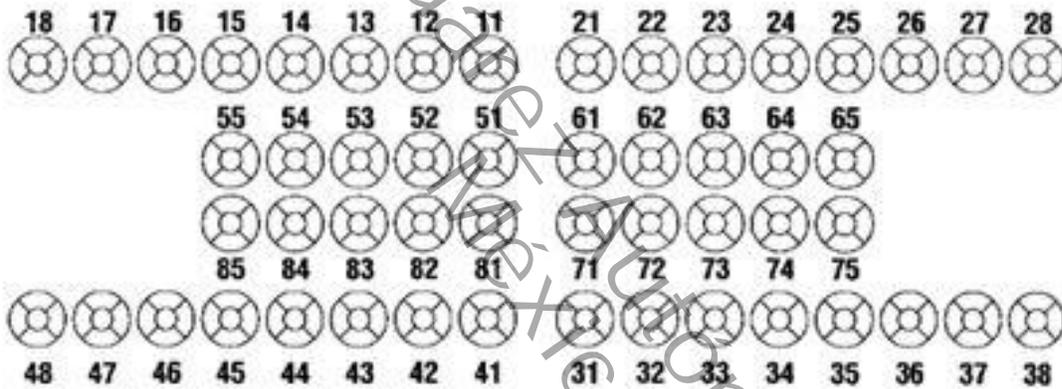
Trabajo: _____ Estudio: _____

Enfermedad: _____

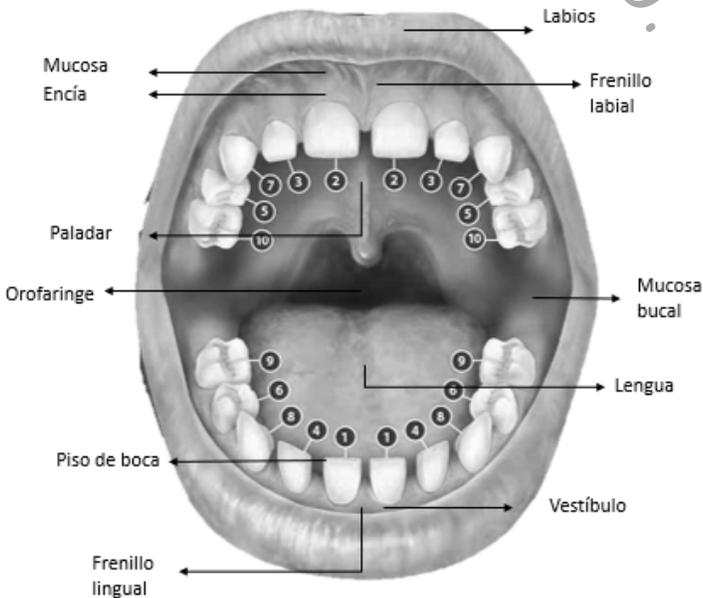
Nombre del recolector: _____

2. Identificación de caries C-POD:

Rellenar la odontograma según las lesiones cariosas, obturaciones o ausencias dentales que se encuentre en el menor.



I.



<u>Labios:</u>	A) Húmedos	B) Secos
<u>Mucosa:</u>	A) Hidratada y vascularizada	B) Deshidratada y pálida
<u>Encía:</u>	A) Rosa pálida y firme B) Pigmentación racial C) Absceso D) retracción	
<u>Frenillo Labial:</u>	A) Corto	B) Normal C) Hipertrófico
<u>Paladar:</u>	A) Plano B) Profundo C) Estrecho D) <u>Torus</u> E) Normal	
<u>Mucosa bucal:</u>	A) Hidratada y vascularizada	B) Deshidratada y pálida
<u>Orofaringe:</u>	A) Sin alteración	B) Amigdalitis
<u>Lengua:</u>	A) Saburral	B) Sana
<u>Piso de boca:</u>	A) Normal	B) <u>Torus</u> Palatino
<u>Frenillo lingual:</u>	A) Corto	B) Normal C) Hipertrófico
<u>Vestíbulo:</u>	A) Normal	B) Aumento de volumen C) Aftas

Modelos de identificación de riesgo a caries del ADA

	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo	Comentarios
Colocar una "X"				
1.- Factores biológicos				
A) Placa visible sobre dientes y/o la encía sangra fácilmente				
B) Paciente consume > 3 bocadillos o bebidas entre comida que contienen azúcar por día				
C) Reductores del flujo salival por medicamentos				
D) paciente tiene necesidades especiales de atención medica				
E) Consumo de drogas				
F) Fosas y Fisuras profundas				
G) Tratamientos dentales defectuosos				
H) Tutores presentan caries				
I) El paciente es de bajo nivel económico				
2.- Factores Protectores				
A) Vive en una comunidad con agua potable.				
B) Se cepilla los dientes con pasta al menos 1 vez al día				
C) Utiliza enjuagues 1 vez al día				
D) Otros auxiliares de higiene (hilo dental, Cepillo interproximal)				
E) Ha recibido aplicación de flúor en los últimos 6 meses				
F) El niño cuenta con un hogar donde apoyan su cuidado dental				
3.- Factor clínico				
A) Tiene lesiones blancas activas o defectos del esmalte				
B) Lesiones cariosas en esmalte				
C) Lesiones cariosas en dentina				
D) Restauraciones en los últimos 2 años				
E) Restos radiculares				
F) Malposiciones dental				

¿HAS TENIDO DOLOR DENTAL ALGUNA VEZ?

A) SI

B) NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

Título del Proyecto: Características bucodentales y riesgo a caries en niños en situación vulnerable en Villahermosa Tabasco.

Investigador Principal: Alejandro José Argáez Osorio

Yo _____ (Nombre completo de tutor), en carácter de _____ (Vinculo del menor) doy consentimiento para participar en el estudio a _____ (Nombre del menor) para que realicen cuestionario y exploración oral.

Declaro que:

- He leído las preguntas del formulario antes de contestarlo.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que la participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán los datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre investigador _____

Firma del investigador _____

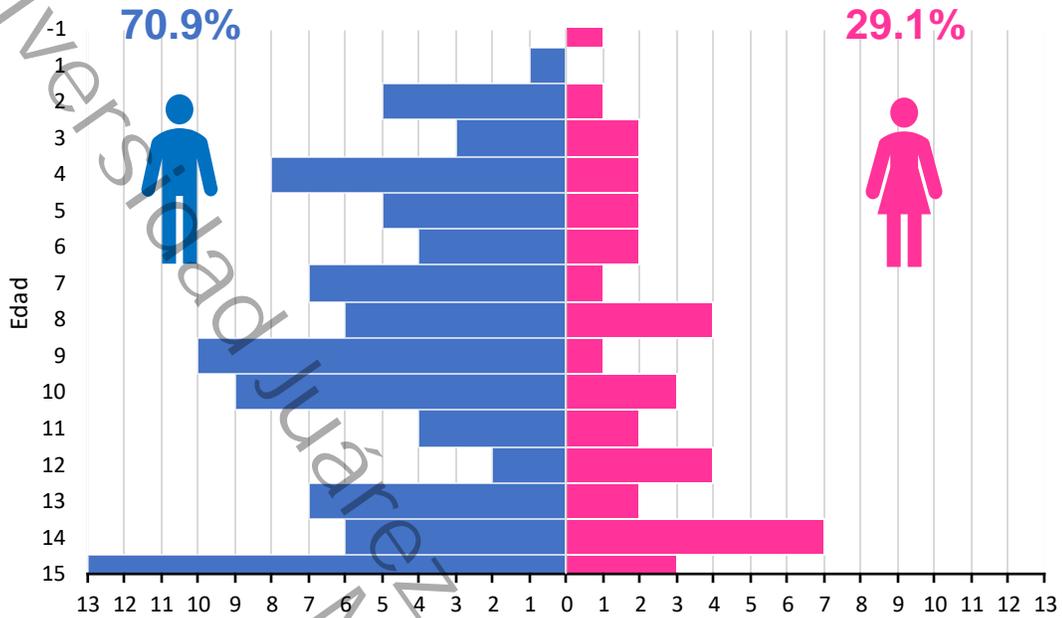
CUADRO DE VARIABLES				
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Genero	Identificación sexual que se le da a un individuo ya sea hombre o mujer.	Cualitativo		1. Femenino 2. masculino
Edad	Espacio de años del nacimiento a la muerte de un ser vivo.	Cuantitativo	Continuidad de años cumplidos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 12,13,14,15
Vivienda	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas.			1. Estable 2. Sin hogar
Educación básica	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Cuantitativo	Nivel escolar	1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria
Trabajo	Trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad.			1. Trabajo infantil 2. Tarea infantil
Estado de salud bucodental	<i>Caries:</i> Proceso patológico localizado que puede producir reblandecimiento del tejido duro del diente evolucionando hasta la formación de una cavidad	Cuantitativo	CPOD	1. Cariados 2. Perdidos 3. Obturados
Riesgo a caries	el que tiene un individuo o una población a desarrollar nuevas lesiones y/o que las lesiones incipientes progresen en tamaño y/o actividad, en un	Cuantitativo	ADA	1. Bajo riesgo 2. Riesgo Moderado 3. Alto Riesgo

	tiempo determinado.			
Hábitos alimenticios	Son comportamientos conscientes, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales	Cualitativo	Autoevaluación sobre sus hábitos alimenticios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena 2. Regular Mala
Labios	Parte exterior que, junto con otra, forma la abertura de la boca	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Húmedos 2. Secos
Mucosa	capa húmeda que protege a los dientes. Se sitúa en la cara interna de las mejillas, el labio, paladar blando y en la parte inferior de la lengua. Sirve para proteger las estructuras dentales	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Hidratada y vascularizada 2. Deshidratada y pálida
Encía	Tejido del maxilar superior e inferior (mandíbula) que rodea la base de los dientes	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Rosa pálida y firme 2. Pigmentación racial 3. Absceso 4. Retracción
Frenillo	tejido fibroso que une la encía con el labio, tanto en la parte superior como inferior	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Corto 2. Normal 3. Hipertrófico
Paladar	Porción ósea/muscular que forma el techo de la cavidad oral (boca) y el piso de la cavidad nasal.	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano 2. Profundo 3. Estrecho 4. Torus 5. Normal

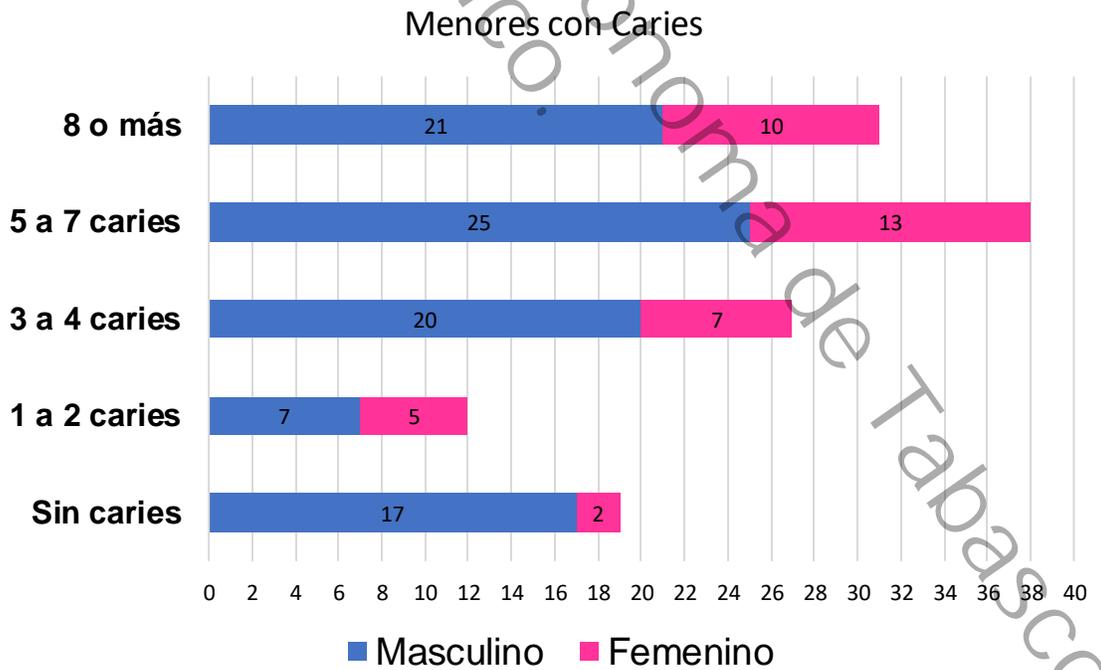
UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO
División Académica de Ciencias de la Salud

Orofaringe	ubicada por detrás de la boca. La orofaringe abarca el paladar blando (parte posterior muscular del techo de la boca), las amígdalas, el tercio posterior de la lengua y las paredes de la garganta (laterales y posterior)	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin alteración 2. Amigdalitis
Lengua	Órgano muscular muy móvil que se encuentra fijado por su parte posterior en el interior de la boca	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Saburral 2. Sana
Piso de boca	Está formada por tejido blando y su objetivo se basa en ofrecer soporte a la lengua.	Cualitativo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Torus palatino

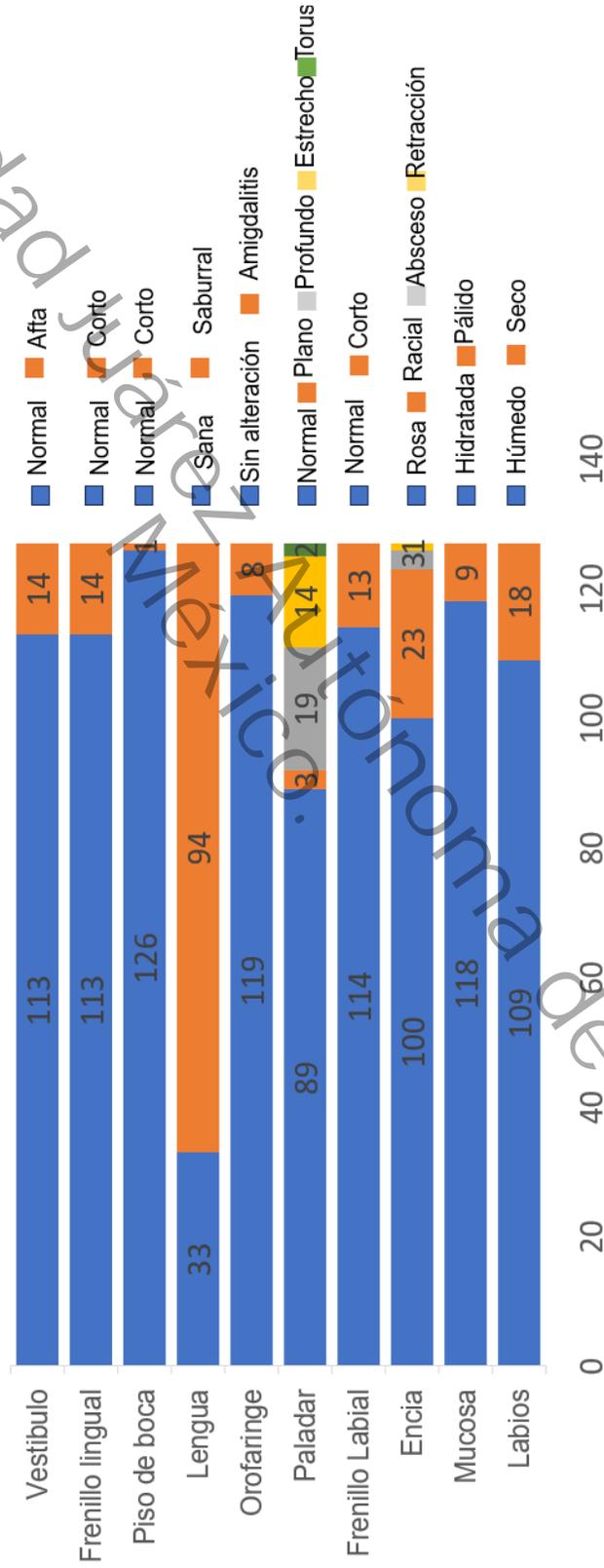
Graficas 1: Total de menores encuestados.



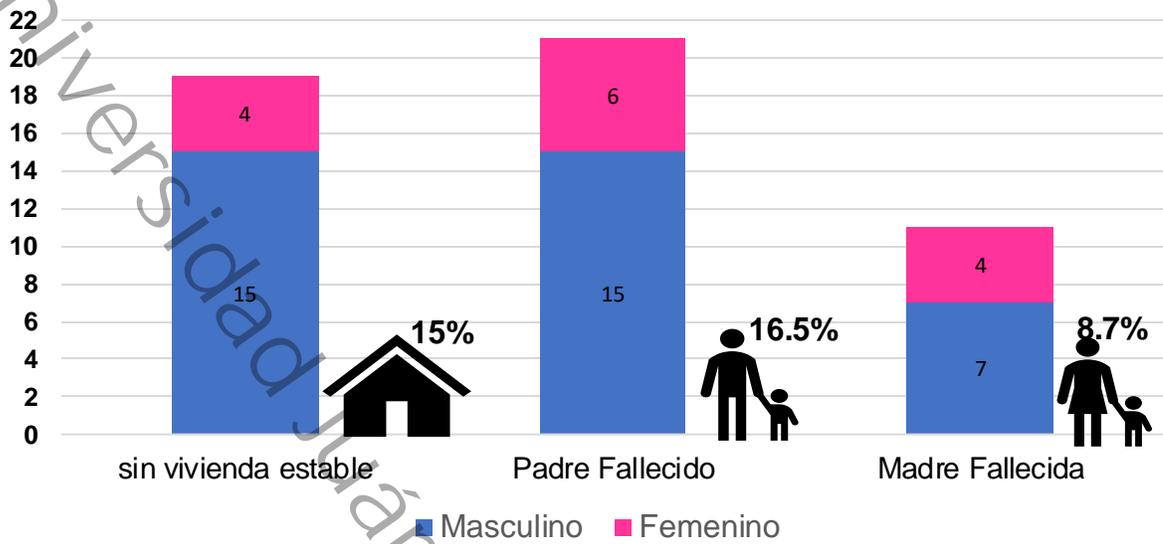
Grafica 2: Incidencia de menores con lesiones cariosa.



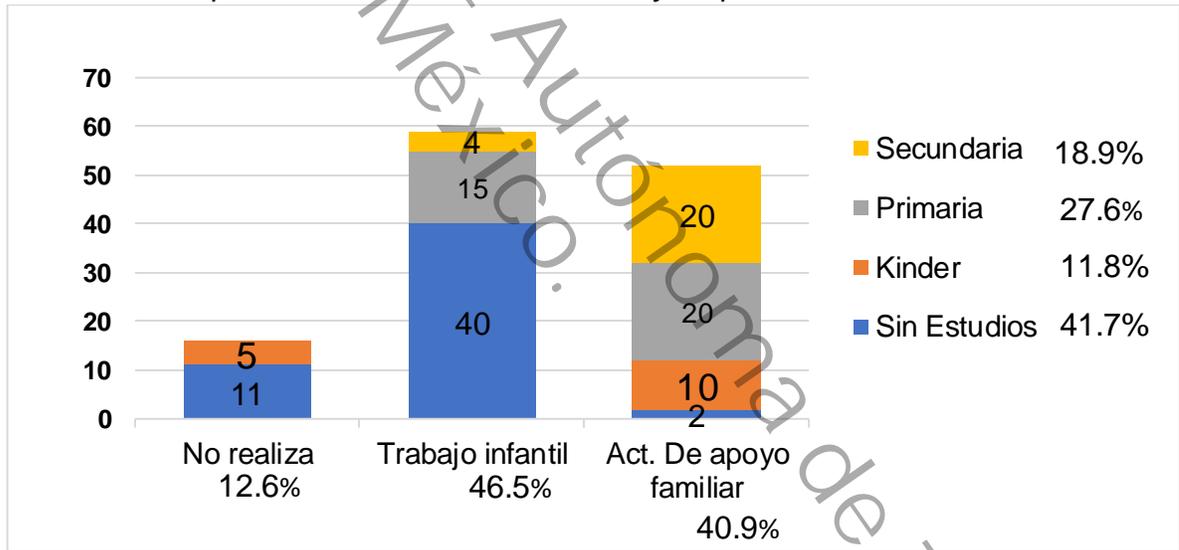
Grafica 3: Descripción de tejidos blandos



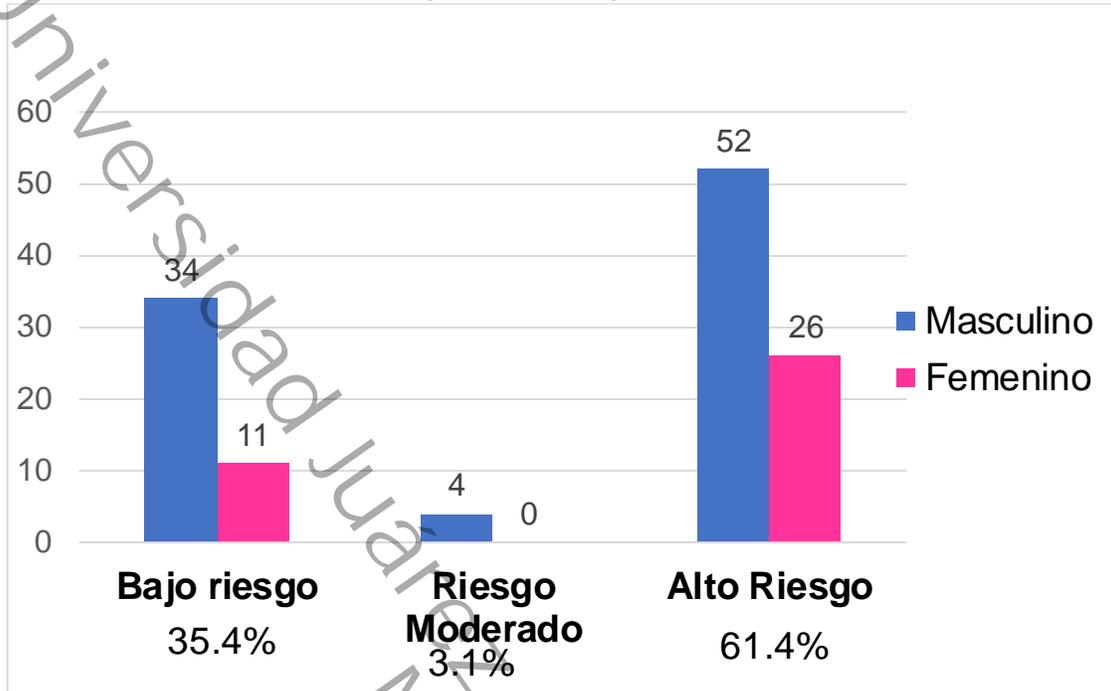
Grafica 4: Incidencia de menores sin vivienda y sin padres.



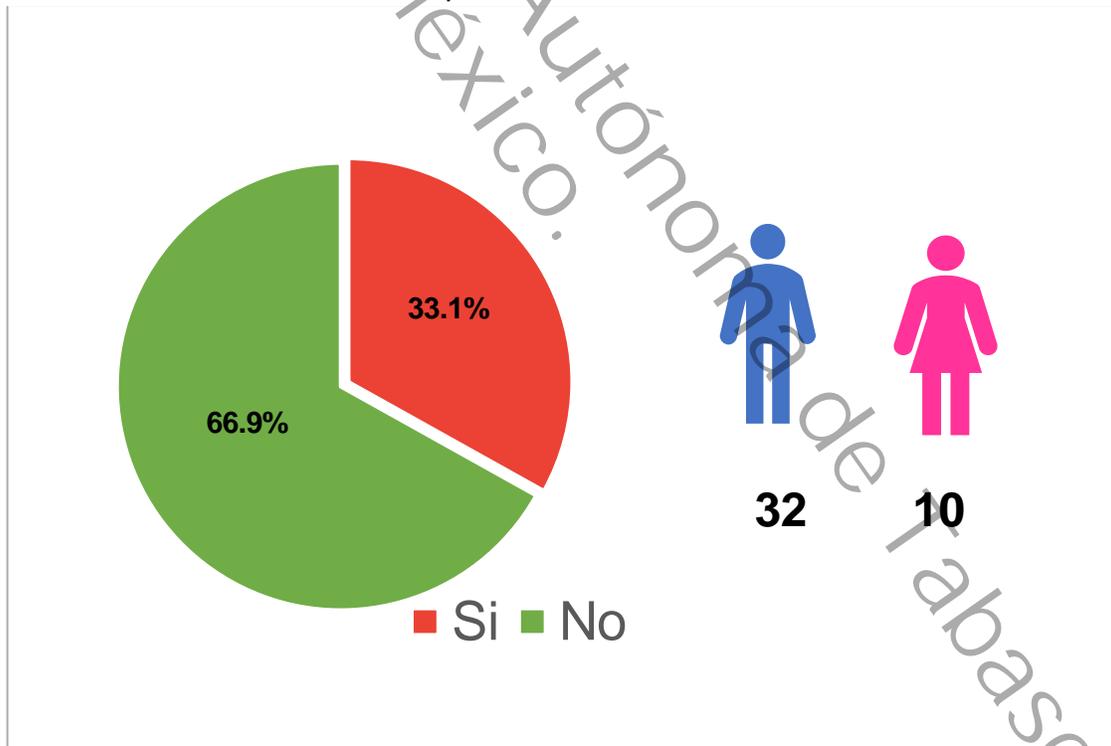
Grafica 5: Comparación sobre el nivel de estudio y el tipo de actividad



Grafica 6: Identificación del riesgo a caries según la ADA



Grafica 7: Frecuencia sobre la experiencia de dolor dental





**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Coordinación
de Investigación
y Posgrado



Of. No. 0429/DACS/JAEP
03 de mayo de 2023

ASUNTO: Solicitud de campo para aplicación
de instrumento

**A quien corresponda
PRESENTE**

Por medio del presente solicito su apoyo para que el alumno C. Alejandro José Arquez Osorio, egresado de la Especialidad en Odontología Infantil, con matrícula **211E71004**, la cual está en proceso de realización de su trabajo de investigación titulado "*Características bucodentales y riesgo a caries en niños en situación de calle de una población tabasqueña*" con fines de titulación, bajo la dirección del M.EM. Jeannette Ramírez Mendoza, por lo que es necesario realizar una entrevista y revisión a los niños con previa autorización que acuden con el objetivo de *evaluar las características bucodentales de menores de 15 años, que se encuentren en la calle realizando alguna actividad laboral conociendo los riesgos y las circunstancias a las que se enfrentan*, por tal motivo solicito su apoyo para facilitar la aplicación del instrumento en diferentes puntos estratégicos en donde se observe alto flujo de menores (centro, mercados y colonias populares del municipio del centro), durante el periodo de agosto 2022 – agosto 2023.

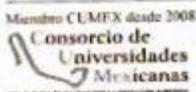
Sin otro particular me despido enviándole un cordial saludo y agradeciéndole de antemano su colaboración en estas actividades académica tan importante para nuestra Institución.

Atentamente


Dra. Orquidia G. Méndez Flores
Coordinadora de Investigación y Posgrado



C.c.p - Archivo
DC'OGMF/lkrd*



Av Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A, Col. Tamulté, CP. 86150,
Villahermosa, Tabasco
Tel : (993) 3581500 Ext. 6312
e-mail: cip.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION