



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,  
Volumen 9, Número 5.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i5](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5)

# **DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN NIÑOS.**

**DETERMINE THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF PARENTS  
AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ORAL HEALTH  
STATUS OF CHILDREN**

**Luz Karina Ramírez Dueñas**

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD)

**Itza-Bé Canul Alejo**

Unidad Médica Familiar Num.57 y 7 del IMSS

**Itzel Gutiérrez Gabriel**

Unidad Médica Familiar Num.57 y 7 del IMSS

**Adán Sergio Bonilla**

Unidad Médica Familiar Num.57 y 7 del IMSS

**María Nalleli Torres Gutiérrez**

Investigación Educativa y Formación Docente IMSS

**Liliana Yamilleth Hernández Villagómez**

Investigación Educativa y Formación Docente IMSS

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i5.19731](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19731)

## Determinar el nivel de conocimientos de los padres y su relación con el estado de salud bucal en niños.

**Luz Karina Ramírez Dueñas<sup>1</sup>**

[luzkramirez@gmail.com](mailto:luzkramirez@gmail.com)

[luz.ramirezd@imss.gob.mx](mailto:luz.ramirezd@imss.gob.mx)

<https://orcid.org/0000-0003-4690-9618>

Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Puebla. Calle 35 Norte número 1456, Col. Villa San Alejandro. Código postal 72070. Puebla, Puebla, México.

**Itza-Bé Canul Alejo**

[itzabe@hotmail.com](mailto:itzabe@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-6347-888X>

Médico Especialista en Medicina Familiar  
Puebla, Puebla, México.

**Itzel Gutiérrez Gabriel**

[itzel.gutierrez@imss.gob.mx](mailto:itzel.gutierrez@imss.gob.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-7036-1579>

Coordinadores clínicos de educación e Investigación en Salud de la Unidad Médica Familiar Num.57 y 7 del IMSS respectivamente, Delegación Puebla, Avenida Fidel Velázquez 42 sur S/N Col. Infonavit La Margarita. Código Postal 72560. Puebla, Puebla, México.

**Adán Sergio Bonilla**

[adan55921@gmail.com](mailto:adan55921@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-2233-0286>

Coordinadores clínicos de educación e Investigación en Salud de la Unidad Médica Familiar Num.57 y 7 del IMSS respectivamente, Delegación Puebla, Avenida Fidel Velázquez 42 sur S/N Col. Infonavit La Margarita. Código Postal 72560. Puebla, Puebla, México.

**María Nalleli Torres Gutiérrez**

[r2nallelitorres@gmail.com](mailto:r2nallelitorres@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-8426-135x>

Centro de Investigación Educativa y Formación Docente IMSS. Profesora becada al CIEFD Delegación Puebla Calle 35 Norte número 1456, Col. Villa San Alejandro. Código postal 72070. Puebla, Puebla, México. Teléfono 222 23 02 659

**Liliana Yamilleth Hernández Villagómez**

[yamsvi22@gmail.com](mailto:yamsvi22@gmail.com)

<http://orcid.org/0009-0000-1875-0377>

Medico Pasante en Servicio Social adscrita al Centro de Investigación Educativa y Formación Docente IMSS. Delegación Puebla Calle 35 Norte número 1456, Col. Villa San Alejandro. Código postal 72070. Puebla, Puebla, México.

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [luzkramirez@gmail.com](mailto:luzkramirez@gmail.com)

## RESUMEN

La salud bucal infantil depende en gran medida del conocimiento y supervisión de los cuidadores. La falta de información puede llevar a hábitos inadecuados, contribuyendo al desarrollo de caries dental. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los padres y su relación con la salud bucal de los niños de la UMF 57 entre junio y noviembre de 2019. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en 311 niños. Se aplicó el cuestionario “Nivel de conocimiento de salud bucal de niños preescolares”, el odontograma del Instituto Mexicano del Seguro Social y la escala de Graffar. Como resultado la mayoría de los informantes fueron madres (81.4 %), con una edad promedio de 30.7 años DE ( $\pm 6.29$ ). Escolaridad de predominó la educación técnica (51.8 %). El 56.6 % de los padres presentó un nivel bueno de conocimiento en salud bucal, mientras que el 53.1 % de los niños presentó caries dental. Al aplicar la prueba T de Student se halló una relación significativa ( $p = 0.30$ ) entre el conocimiento de los padres y el estado de salud bucal infantil. Se concluyó que existe relación entre el conocimiento parental y la salud bucal de los niños.

**Palabras clave:** odontología, higiene, educación sanitaria, salud.



## Determine the level of knowledge of parents and its relationship with the oral health status of children

### ABSTRACT

Children's oral health depends largely on the knowledge and supervision of caregivers. Lack of information can lead to poor habits, contributing to the development of dental caries. This study aimed to evaluate parents' level of knowledge and its relationship with the oral health of children at UMF 57 between June and November 2019. An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted with 311 children. The questionnaire "Level of Oral Health Knowledge in Preschool Children," the Mexican Social Security Institute odontogram, and the Graffar scale were applied. The majority of respondents were mothers (81.4%), with an average age of 30.7 years (SD  $\pm$  6.29). Technical education predominated (51.8%). 56.6% of parents had a good level of oral health knowledge, while 53.1% of children had dental caries. A significant relationship ( $p = 0.30$ ) was found between parental knowledge and children's oral health using the Student t-test. It is concluded that there is a relationship between parental knowledge and children's oral health.

**Keywords:** dentistry, hygiene, health education, health

*Artículo recibido 09 agosto 2025*

*Aceptado para publicación: 13 septiembre 2025*



## INTRODUCCIÓN

En el mundo, existen un sinnúmero de enfermedades, sin embargo una de las que más alta prevalencia tiene son las afines a la cavidad bucal, entre ellas la más común es la caries dental, en México de acuerdo con el programa de acción específico sobre prevención, detección y control de los problemas de salud bucal específicamente en los menores de 5 años uno de cada tres niños tiene caries severa, siendo esta la enfermedad crónica más frecuente en la primera década de la vida afectando a más del 60% de niños en nuestro país (Leal Fonseca & Hernández Molinar, 2016). (1)

En el IMSS, la caries constituye una de las cinco primeras causas de consulta en el primer nivel de atención. (Zohrabian et al., 2015). (2)

Visto de esta forma, el médico familiar es pieza fundamental para la prevención, detección y canalización oportuna de estas patologías al ser considerado el primer contacto de los pacientes a programas de salud, sin embargo, esta patología en ocasiones tiende a ser pasada desapercibida por los padres por falta de conocimiento ocasionando retraso en el tratamiento de manera oportuna, lo cual concluye en complicaciones en los niños.

El Instituto mexicano del seguro social se cuenta además con el programa PREVENIMSS que tiene como objetivo colocar en las unidades de medicina familiar módulos en donde se realizan prácticas de prevención de enfermedades dentales como aplicación de flúor de manera anual, a realizar el cepillado correctamente y uso de hilo dental (Zohrabian et al., 2015). (2)

La salud bucal a lo largo de nuestra existencia ha cobrado importancia debido a que se ha observado que el conservar un adecuado estado de higiene ha prevenido diversas enfermedades que afectan al ser humano, sin embargo, en la actualidad la caries dental es la enfermedad con más prevalencia a nivel mundial ubicándola como un problema de salud pública de alto impacto (Leal Fonseca & Hernández Molinar, 2016). (1)

Esta enfermedad ha sido relacionada con diversos factores predisponentes en primer lugar la mala higiene dental, la dieta cariogénica, el nivel socioeconómico, sexo, etcétera, los cuales al conjuntarse conducen a la presencia de la enfermedad desde edades tempranas de la vida (Leal Fonseca & Hernández Molinar, 2016). (1)

La relación que existe entre padres- hijos representa una función importante, ya que desde pequeños el



aprendizaje es por imitación, el adquirir hábitos de higiene es en su mayoría una tarea que los padres deben realizar desde el nacimiento de sus hijos para poder adquirir este conocimiento. (Martínez Abreu et al., 2014). (3)

Sin embargo, es sabido que la falta de conocimiento sobre higiene dental, dieta cariogénica y el no hacer uso de servicios institucionales como medicina preventiva, entre otros, representa una limitante para evitar la aparición de diversas enfermedades en los niños, en primer lugar de caries dental, la cual si no es tratada oportunamente, ocasionará problemas graves de salud. En México, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de patologías bucales 2012, determinó que la caries dental afecta a más del 60% de los niños y adolescentes en México.

Por lo anterior, se tiene como objetivo encontrar la asociación entre la presencia de caries dental en niños y su relación con el grado de conocimiento del responsable de su cuidado, con el fin de buscar áreas de oportunidad para poder realizar acciones de mejora en salud infantil.

La medicina y la odontología se han desarrollado simultáneamente a lo largo de la historia, uniéndose por la presencia de la enfermedad, dolor y la necesidad de alivio; desde tiempos remotos el hombre ha tenido la necesidad de buscar métodos para la preparación de los alimentos, sin embargo, conforme ha ocurrido la evolución de la alimentación se han presentado distintas enfermedades en la cavidad oral, se observó que con ciertos alimentos algunos dientes se caían o las encías se inflamaban llegando a deducir que la alimentación era la causa de estas enfermedades. (Leal Fonseca & Hernández Molinar, 2016). (1)

La boca, embriológicamente se desarrolla desde la cuarta semana de gestación, la diferenciación de la mandíbula y la cara sucede entre la semana 8 a 4. (Zohrabian et al., 2015). (2)

Por otro lado, la odontogénesis es de dos tipos: la dentición primaria, 20 dientes (de leche) y la secundaria o permanente 32 dientes, cada diente se desarrollará y erupcionará en un momento específico, sin embargo, el patrón de crecimiento es similar en todos los humanos. (Kliegman et al., 2016; Zohrabian et al., 2015). (2,4)

La dentadura primaria tiene su primera erupción de los 5 a 7 meses de edad, siendo primero los incisivos centrales, seguidos de los incisivos laterales a los 8 meses, caninos y primeros molares a los 16 meses y los segundos molares a los 20 a 30 meses, en cuanto a la dentición permanente comienza a



los 7 -8 años de edad con la erupción de los incisivos centrales, seguido de los laterales de los 8 a 9 años de edad, posteriormente tenemos la salida de caninos a los 11 años, después primer molar a los 11 años, segundo premolar a los 10 a 12 años y el tercer molar de 17 a 21 años de edad. (Kliegman et al., 2016). (4)

Los dientes de la mandíbula y el maxilar se encuentran incrustado en una cresta ósea de forma similar a una herradura que se conoce como proceso alveolar, esta cresta ósea también es conocida como arco dental. La parte del diente que se encuentra expuesta en la cavidad oral se denomina corona anatómica, y la parte del diente incrustada se denomina raíz, la mayor parte del diente está compuesto por dentina, sin embargo, la superficie externa está cubierta por esmalte liso y denso y la parte externa de la raíz se encuentra cubierta por cemento denso que es un tejido muy similar al hueso (Zohrabian et al., 2015). (2)

El concepto de salud se refiere al estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de enfermedades, la salud es un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de religión, raza, ideología política, condición económica y/o social, la salud entonces es fundamental para lograr en toda la población, paz y seguridad, en el caso específico de los niños es de suma importancia ya que la capacidad de poder vivir en un mundo cambiante es indispensable para poder desarrollarse de manera adecuada. (G. R. Martínez & Albuquerque, 2017; OMS, 2014). (5,6)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucal se define como “La ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer bucal o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal” (OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2013). (6,7)

Basándose en los fundamentos mencionados, nos podemos acercar a definir el significado de la salud bucal, que no implica enfocarse en la boca misma, si no en la persona y las vías en la que las enfermedades están relacionadas con esta estructura las cuales amenazan a la salud, el bienestar y la calidad de vida (Martínez Abreu et al., 2014; Secretaría de Salud, 2013). (3,7)

Actualmente las enfermedades orales más comunes son: caries dental, gingivitis y la periodontitis crónica; afectando a 3,9 billones de personas en el mundo (Contreras Rengifo, 2016). (8)



En México, en los niños menores de cinco años, la caries dental puede ocasionar efectos devastadores como dolor intenso, infecciones, desnutrición, trastornos en el desarrollo del habla, trastornos gastrointestinales, y baja autoestima, de acuerdo a las cifras del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de patologías bucales 2012 uno de cada tres niños que recibe atención primaria tiene caries severa, convirtiéndola entonces en la enfermedad crónica más común en la primera década de la vida, afectando a más del 60% de los niños y adolescentes en México. En el Estado de Puebla, el índice de Dientes cariados en niños con dentición temporal fue menor al menor o igual a 4 (Secretaría de Salud, 2013). (7)

La familia es un elemento activo y mediador de relaciones de los individuos con la sociedad, siendo este el componente fundamental para el desarrollo del proceso de formación de un individuo como ser activo y creador (Capote Fernández & Campello Trujillo, 2012). (9)

La importancia de la familia en el cuidado y conservación de la salud bucal es fundamental, ya que en ella se establecen y transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida (Capote Fernández & Campello Trujillo, 2012). (9)

Desde el siglo XVIII, diversos pedagogos ilustres han estudiado sobre la importancia del desarrollo ulterior del niño desde edad temprana y a la familia como la parte fundamental de la educación de los hijos, los primeros años los pequeños pasan la mayor parte del tiempo con las madres, convirtiéndose ella en la principal protagonista de la educación del niño, tomándola como ejemplo, adquiriendo normas y hábitos necesarios para toda la vida.

Dentro de esta perspectiva se han relacionado los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal con la salud de los niños, encontrando factores asociados a la salud bucal como son: baja escolaridad de los padres, el nivel socioeconómico bajo y el que los niños se queden al cuidado de terceras personas como abuelos o cuidados por las largas jornadas de trabajo de los padres, también se ha visto relación cuando existe antecedente de problemas de salud bucal de los miembros de la familia, el tener más de 4 hijos, la disfuncionalidad familiar, así como las familias monoparentales (Pausa Carmentate & Suárez Hernández, 2015). (10)

La consulta de índole dental en México es proporcionada por el sector público y privado, el Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece el Programa de Acción específico “Prevención, Detección y



Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018” (Secretaría de Salud, 2017). (11)

Las principales acciones incluyen: el cepillado dental, el uso de seda dental, dentífricos y enjuagues antibacterianos, que son acciones básicas de salud que sin duda disminuyen la incidencia de enfermedades orales (Contreras Rengifo, 2016). (8)

La profilaxis oral es la base para la salud oral, el remover la placa dental de manera diaria y constante, específicamente para remover la “placa bacteriana” que es la principal causa de caries y gingivitis, el método más comúnmente utilizado para eliminar la placa es el cepillado dental (Hayasaki et al., 2014; Rizzo Rubio et al., 2016). (12,13)

El tiempo de duración del cepillado es un factor crítico que afecta la eficacia en la eliminación de la placa bacteriana dental, inclusive se ha propuesto que la principal causa de higiene oral deficiente es que el tiempo de cepillado es demasiado corto, sin embargo en un aspecto difícil de cambiar, se ha demostrado que el mayor efecto del cepillado para reducción de la placa se logra pasados 30 a 45 segundos de cepillado por cuadrante, variando los tiempos de 120 segundos en Estados Unidos a 180 segundos en Europa (Hayasaki et al., 2014). (12)

La técnica más adecuada para el cepillado es la técnica de Bass, para esta técnica se necesita un cepillado de cerdas suaves para evitar la abrasión de la estructura dental y también la encía marginal por trauma directo, esta técnica consiste en que el cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente; los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales (Rizzo Rubio et al., 2016). (13)

La dieta de una persona tiene una influencia en su estado nutricional y simultáneamente repercute en la salud oral, ya que, de acuerdo con los alimentos, la cantidad y calidad de ellos se tendrá un efecto a nivel dental. Por otro lado, la cavidad oral como parte del sistema gastrointestinal influye en el proceso de digestión de los alimentos, un ejemplo sería la ausencia de piezas o alguna enfermedad periodontal, las cuales pueden provocar dificultad al paciente para realizar una masticación adecuada, haciendo que el paciente tenga preferencia por cierto grupo de alimentos o determinadas preparaciones, los cuales pueden tener bajo nivel de nutrientes y repercutir sistémicamente a largo plazo.



En relación con la evidencia del consumo de hidratos de carbono se ha demostrado su relación con el desarrollo de caries dental. Otro punto importante es la lactancia materna, ya que una deficiencia nutricional puede ocasionar hipoplasia dental, por lo tanto, los dientes serán más susceptibles a caries; también se debe evitar la costumbre de dar alimentos azucarados a los lactantes como chupones, bebidas y fórmulas; en edad escolar la ingesta de dulces entre comidas y aquellos que se adhieren a los dientes se deben evitar en medida de lo posible (Secretaría de Salud, 2013). (7)

Existen factores de riesgo asociados al desarrollo de patología de la cavidad oral, en específico para caries dental, a continuación, se mencionan los más relevantes:

- Factores familiares: familias numerosas, familias monoparentales.
- Factores sociales: Bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción de los padres o cuidadores, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud e inadecuadas políticas de servicios de salud (Mayor Hernández et al., 2014). (14)

- Baja frecuencia o mala técnica en cepillado dental.
- Amamantamiento o alimentación nocturna
- Falta de higiene bucal por la noche (Aguilar Ayala et al., 2014). (15)
- El más asociado: dieta cariogénica (Escalona et al., 2015). (16)

La gingivitis resulta de la acumulación de placa bacteriana en la región cervical de los dientes y su extensión apical a lo largo del diente, esta enfermedad se caracteriza por enrojecimiento o inflamación de las encías, mismas que sangran con facilidad al contacto, más frecuentemente asociado al momento del cepillado dental, ocasionando de forma crónica una separación entre los espacios dentales llamados bolsas, que pueden llegar a ulcerarse permitiendo así el paso de bacterias y virus al torrente sanguíneo (López Silva et al., 2017). (17)

La caries dental es la enfermedad infecciosa más frecuente en el mundo, su etiología microbiana está asociada con el grupo de bacterias de nombre Streptococci mutans, de las especies mutans y sobrinus, así como lactobacillus y actinomices, las cuales forman parte del microbiota oral.

La fisiopatología de la caries dental se esquematiza en 3 etapas, la primera etapa es la unión inicial del microorganismo al esmalte, mediado por interacciones entre antígeno y proteínas salivales que forman la película adquirida, la segunda etapa es en donde se presenta una acumulación de microorganismos



conformando un complejo de ecosistema microbiano a través de la producción de las enzimas gluconiltransferasas, que sintetizan glucanos solubles e insolubles a partir de sacarosa por proteínas fijadoras de glucanos, esto favorece la adhesión de microorganismos cariogénicos a la superficie del diente, como resultado se produce la tercera etapa en donde se produce ácido láctico, el cual desmineraliza la superficie del diente, por último si este proceso es crónico, se genera la pérdida de tejido mineral que da lugar a cavitaciones formándose el signo patognomónico de la enfermedad (Calle Sánchez et al., 2018). (18)

La gravedad de esta enfermedad en la dentición primaria consiste en el difícil diagnóstico, que puede desencadenar complicaciones más graves como invasión a hueso, abscesos o sepsis (Calle Sánchez et al., 2018). (18)

Se ha comprobado en diversos estudios que el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños en cuanto a salud bucal está relacionado con el nivel de gravedad de caries, además la detección oportuna del médico familiar es fundamental para la canalización con el estomatólogo, el detectar los factores relacionados con la aparición de caries y relacionarlos con el nivel de conocimiento de los cuidadores nos ayuda a identificar las áreas susceptibles a intervenir para prevenir este padecimiento y así evitar complicaciones en la población, por lo que nos interesa responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los padres y el estado de salud bucal en menores de 5 años?

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio observacional, relacional, transversal, ambispectivo, Analítico. En población derechohabiente de niños y niñas de 3 a 5 años de edad que acuden a consulta externa ambos turnos, en la UMF No. 57 IMSS Puebla, durante el periodo de 1º de junio al 30 de noviembre de 2019. Se excluyeron aquellos pacientes con limitaciones mentales, diagnóstico de alteraciones genéticas, alteraciones anatómicas, así como aquellos que no deseen participar.

Una vez registrado el protocolo en SIRELCIS se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes de la UMF 57 IMSS Puebla, Puebla, para la realización de las encuestas a los padres de niños de 3 a 5 años que acudieron a la UMF No 57, se realizó la encuesta a los padres y a los niños se les realizó una revisión de la cavidad bucal.



Se utilizó el instrumento de estudio: conocimientos de los padres de salud bucal en niños preescolares, método creado por la Dra. Ana Cecilia Cupé Araujo y Carmen Rosa García Gupaya, en el año 2015, utilizado para medir el nivel de conocimientos sobre la salud bucal en padres y madres de niños de edad preescolar (Cupé Araujo & García-Rupaya, 2015). (19)

El instrumento es un test de 20 preguntas cerradas divididas en 4 rubros: caries, prevención, dieta y salud bucal. La corroboración adicional resulta al aplicar una escala de calificación según el Ministerio de Educación AD: MUY BUENO: 18 A 20 Puntos, BUENO: de 15 a 17 puntos, REGULAR: 11 a 14 puntos, MALO: 0 a 10 puntos.

Posteriormente se aplicó el formato MF 7- 2000 para medir el nivel de Salud Bucal se utilizó el formato del instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que consta de datos sociodemográficos de cada paciente, dentro de este se encuentra la odontograma con el que se evalúa la salud bucal del paciente, A-G para dientes temporales, con el siguiente significado:

<b>Clave de llenado</b>	<b>Significado</b>
A	Sano
B	Cariado
C	Obturado y Cariado
D	Obturado
E	Ausente por caries
F	Sellante, barniz, cariado
G	Sobre corona o corona

Posterior a la recolección los valores de las mediciones se codificaron los mismos y se elaboró una base de datos en el Programa Estadístico SPSS v.25 para Windows. Para la estadística descriptiva utilizaremos moda, media y mediana, para la estadística inferencial utilizaremos T student en donde se asoció el nivel de conocimiento y el estado de salud bucal de los niños, rechazando H0 si p es menor de 0.05.



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio contemplo una muestra de 311 niños que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación, los cuales los padres o cuidadores brindaron información con los siguientes resultados. Respecto a la edad del informante se encontró UNA media de 30.7 con  $DE \pm 6.929$  años, la edad mínima fue de 18 años, la edad, máxima de 65 años

El familiar o cuidador responsable de responder a las preguntas llevadas a cabo en esta investigación fue en más elevado porcentaje madres con 81.4 % (n=253) y el restante padres en 18.6% (n=58)

Respecto a la escolaridad de los informantes se encontró que la mayoría tiene educación técnica 51.8% (n=161) y en menor porcentaje escolaridad nula con 1.6% (n=5).

Referente al estado civil del informante se encontró que la mayoría se encuentra casado 44.4 % (n=138). Mediante la escala de Graffar se estableció el nivel socioeconómico de los encuestados en donde 53.1% (n=165) tienen un nivel medio. Todos estos resultados se muestran a detalle a continuación en la tabla 1.

**Tabla 1:** Características sociodemográficas de los padres o cuidadores

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>	Ninguna	5	1.6
	Primaria	11	3.5
	Secundaria	82	26.4
	Técnica	161	51
	Bachillerato	41	136.2
	Universidad	11	3.5
<b>Estado civil</b>	Soltero	84	27
	Casado	138	44.4
	Unión Libre	89	28.6
<b>Nivel socioeconómico</b>	Alto	4	1.3
	Medio Alto	97	31.2
	Medio	165	53.1
	Obrero	45	14.5
<b>Total</b>		311	100

Fuente: Encuesta “nivel de conocimiento y estado de salud bucal en niños”

De una muestra de 311 pacientes, encontramos que la media de edad es de 4.18 años con una



Desviación Estándar de  $\pm 0.763$  años. Acorde al sexo de los niños la mayoría fueron masculinos 56.3% (n=175), mientras que el 43.7% (n=136) del sexo femenino.

Respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal, se encontró que los informantes tienen en su mayoría un nivel de conocimiento bueno con 56.6 % (n=176) y únicamente el 1.0 (n=3) obtuvo el nivel malo.

**Tabla 2:** Nivel de conocimiento de salud bucal

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Muy bueno</b>	79	25.4
<b>Bueno</b>	176	56.6
<b>Regular</b>	53	17.0
<b>Malo</b>	3	1.0
<b>Total</b>	311	100

Fuente: Encuesta “nivel de conocimiento y estado de salud bucal en niños”

En relación con la variable sobre el estado de salud bucal se encontró que la mayoría de los niños tienen caries dental 53.1 (n=165).

**Tabla 3:** Estado de salud bucal

<b>Estado de salud bucal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sano</b>	100	32.2
<b>Cariado</b>	165	53.1
<b>Obturado y cariado</b>	1	0.3
<b>Obturado</b>	35	11.3
<b>Ausente por caries</b>	10	3.2
<b>Total</b>	311	100

Fuente: Encuesta “nivel de conocimiento y estado de salud bucal en niños”

La relación encontrada entre el nivel de conocimiento de los padres y el estado de salud bucal de los niños se muestra en el siguiente cuadro en donde p tiene un valor de .003, lo cual indica que el conocimiento si influye en el estado de salud del niño.



**Tabla 4: Nivel de conocimiento de los padres y estado de salud bucal de los niños de 3 a 5 años.**

		<b>Promedio</b>	<b>nivel</b>	
		<b>de conocimiento</b>		
			<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Estado de Salud</b>	Sano	16.87		
<b>Bucal</b>	Cariado	16.26	3.010	.003

Fuente: Encuesta “nivel de conocimiento y estado de salud bucal en niños”

En un estudio realizado en Perú se utilizó un instrumento que mide el conocimiento sobre salud bucal, en madres y padres de niños que acudían a Instituciones educativas en zonas urbano – marginales, el cuestionario generado se tituló “Conocimientos de los padres de Salud Bucal de niños preescolares se analizaron las respuestas de 311 padres con el análisis factorial, con base en lo anterior, en el presente estudio, se aplicó el cuestionario “Conocimiento de los padres de Salud Bucal de niños preescolares” a 311 niños de 3 a 5 años de edad en la consulta externa de la UMF No 57 en Puebla.

En un artículo en donde se publicó una investigación realizada en Perú, se determinó el nivel de conocimiento en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9 a 12 años de edad en una institución educativa durante el año 2012, ahí se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 76 escolares ,la distribución del sexo fue de 39 mujeres (51.3 % ) y 37 hombres (48.7 % ) , mientras que en nuestro estudio encontramos una distribución de igual manera predominantemente el sexo femenino con un 56.3% y 43.7% del sexo masculino (Ávalos Márquez et al., 2015). (20)

En un grupo de investigación en cuba, se realizó un estudio experimental en el año 2014- 2015 tipo intervención con pre prueba y pos prueba, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre anomalías dento-maxilofaciales en padres o tutores y educadoras de los niños de cuarto y quinto año de vida en una provincia, en este estudio se observa que la mayoría de los padres o tutores responsable tenía una edad entre 30 a 34 años (30.93%) mientras que en nuestro estudio observamos que la mayoría tiene 33 años, con una edad máxima de 65 años y una mínima de 18 años, se observa también que la distribución de la escolaridad de los responsables para el estudio mencionado previamente fue



en su mayoría nivel universitario 80 (82.47 %), mientras que en nuestro estudio 161 personas tienen educación técnica es decir el 51.8% (Chalet et al., 2017). (21)

En el año 2012 en Paraguay un grupo de trabajo investigó sobre el nivel de conocimiento y la salud bucal en preescolares, su objetivo fue interrelacionar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos de higiene bucal que tienen sus madres, fueron evaluados 221 niños en 8 escuelas elegidas por muestreo probabilístico, referente al estado de salud bucal se reporta que a menos el 43% presenta piezas cariadas y el 49% presenta piezas dentales sanas, por otra parte en nuestro estudio se muestra que la mayoría presenta piezas con caries 53.1 % y el 32.2% presenta caries dental (Gaona et al., 2016). (22)

En Ecuador se realizó un estudio para determinar el nivel de conocimiento de higiene oral en las madres su influencia en la salud bucodental en sus hijos de 0 a 3 años, resultado que la mayoría de las madres tiene un nivel de conocimiento bajo (55%), mientras que el nuestro estudio encontramos en la mayoría un nivel bueno 176 (56.6%) y el nivel malo únicamente en 3 personas (1 %) (Piloza et al., 2016). (23)

En un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, que se realizó para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y el índice de higiene oral (IHO) de sus hijos de 3 a 5 años, cuya muestra estuvo conformada por 89 parejas se encontró significancia estadística que demuestra que si hay relación con un valor de P: 0.002 así como en nuestro estudio se demuestra con un valor de P: .003 que el nivel de conocimiento si influye en la salud bucal de los niños (Ruiz García & Campos Campos, 2017). (24)

En un estudio realizado en Cartagena Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables (F. G. Martínez et al., 2011). (25)

En un estudio realizado en CENDI de centro de Villahermosa, Tabasco con el fin de Conocer el nivel



de conocimiento de salud bucal de padres y/o cuidadores, se incluyó padres/cuidadores de niños en etapa lactante. (50 lactantes y 30 padres/cuidadores). Concluyo que el 2% de los padres tiene nivel moderado de conocimientos de salud, la mayoría delegan cuidado de menores a familiares/empleados. 87% de lactantes presentaron lesión cariosa: mancha blanca hasta lesión marrón con cavidad y destrucción de la corona. Órganos dentarios anteriores superiores mayormente afectados (Gutiérrez et al., 2021). (26)

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la encuesta nacional el 70% de la población general consume alcohol (Villatoro Velázquez, 2017). En un estudio en estudiantes del área de salud, la prevalencia de consumo fue

del 80.13% (Tena Suck et al., 2018). En nuestro estudio, 89% de los participantes ha probado o consumido alcohol, y 79% del total de la muestra continúa consumiéndolo. Los resultados de la encuesta indican que la mayoría de las personas necesita entre 5 y 7 copas para llegar a un estado de ebriedad (29.1%), seguido de 8 a 11 copas (24.3%) y 12 o más (23%) (Villatoro Velázquez, 2017). En nuestro estudio se encontró que el 38.37% precisa de 1 a 4 copas para llegar a la embriaguez, el 32.2% de 5 a 7 copas y el 13.8% de 8 a 11 copas, es decir se reporta un menor número de copas o un menor consumo para alcanzar el estado de ebriedad. Con una diferencial por género ( $p < 0,01$ ) arroja una mayor cantidad de consumo de copas en el género masculino. Al igual en nuestro estudio se muestra un mayor nivel de consumo en el grupo etario de 20 a 30 años, no obstante esta diferencia es no significativa respecto a otros grupos etarios  $p > 0,05$  con un valor de (0,513). Similar a los hallazgos de otros estudios (Palacios Delgado, 2012), que reportan de igual manera, un consumo excesivo mayor en los grupos etarios más jóvenes. En nuestro estudio del total de la muestra estudiada, 41.8% corresponde al grupo de 20 a 30 años, y 46.5% al de 31 a 40 años, lo que indica un predominio hacia grupos de edad mayores en comparación con estudios previos (Thiebaud et al., 2021).

En relación al consumo excesivo, los resultados son similares a los reportados (Ramírez Toscano et al., 2023), donde la prevalencia en hombres fue del 40.4%. En nuestro estudio, el 36% de la muestra presentó un consumo elevado, a favor del Género masculino (0,014) y un consumo excesivo 56.97% (SAMSHA), igual mayormente significativo en hombres (0,021), es decir ambas con  $p < 0,05$ . El



inicio del consumo de alcohol se reporta en la encuesta nacional, en hombres con comienzo a los 17 años y mujeres entre 18 a 25 años (Villatoro Velázquez, 2017). En nuestro estudio, la edad de inicio obtuvo Mdn18 años (RIQ 17-20). Los resultados muestran (Tamez Rodríguez et al., 2013) que el 61 % de la muestra tiene de acuerdo al patrón de uso un uso sin riesgo, 30 % uso de riesgo y el 8.5 % de la muestra consumo problema o perjudicial, ninguno con puntaje de dependencia, en tanto que en nuestro estudio los patrones de consumo revelaron que el 20.9% eran abstemios, el 60.4% presentó un uso sin riesgo, el 16.27% un consumo de riesgo y un 2.4% con patrón de consumo perjudicial y dependencia.

En cuanto a las motivaciones para el consumo, encontramos que las razones más comunes incluyen celebraciones con amigos y el deseo de mejorar la diversión en eventos sociales, refiriéndose a las dimensiones de motivos sociales y motivos para sobresalir, esta última con  $p < 0.05$  (0.035) respecto del género masculino. Sin embargo, las respuestas cualitativas revelaron un repertorio más amplio de motivaciones, que incluye desde la búsqueda de emociones positivas, de bienestar emocional, de convivencia y socialización, como las de presentación más común, los motivos relacionados a estar en calma, los de evitación o liberación, de alivio o ajuste emocional, situacionales, etc... de menor presentación. En relación a las distintas crisis normativas y para normativas, se muestra una gran diversidad de crisis experimentadas tanto esperables del ciclo vital como circunstancial los cuales arrojan una correlación débil NS respecto el nivel de consumo de alcohol. La correlación entre los motivos de consumo y el patrón de consumo fue significativa (0.689)  $p < 0,001$ , sugiriendo que un mayor puntaje en motivos de consumo se asocia con un patrón de consumo más elevado. Similar a lo que arrojan en el estudio, alta correlación positiva (0,697) (Martínez et al., s. f.).

Mostrándose que el principal problema en nuestra población, con base a los resultados es el consumo de riesgo y el consumo excesivo de alcohol, cuyos hallazgos tienen gran relevancia y utilidad clínica, ya que como lo refiere la literatura, puede influir en su desempeño como clínico o bien agravarse con sintomatología asociada de depresión y estrés, aunada a los hábitos de salud irregulares que caracterizan al periodo formativo de las residencias médicas, constituyendo a su vez factores predisponentes de aumento del nivel de consumo de alcohol, por lo que se precisa tomar acciones a través de programas preventivos e intervenciones dirigidas, tales como acciones de educación y promoción a la salud en especial por considerarse grupo de riesgo, acciones de consejería y terapia breve con apoyo de materiales



educacionales, monitorización continuada así como una mayor profundización en su evaluación diagnóstica o bien derivación a un siguiente nivel de atención especializado en casos de dependencia. Cabe añadir que los elementos esenciales en una intervención breve que destaca la literatura, incluye: dar a conocer a los individuos los resultados del cribaje para incrementar la motivación al cambio hacia la conducta de no consumo, resaltando que lo más beneficioso para la salud sería no consumir alcohol o hacerlo en dosis de bajo riesgo, informar a su vez sobre los peligros de la ingesta de alcohol, negociar la reducción y motivación a comprometerse a la reducción del consumo, brindarle material que reafirme la consejería. Se destaca que la intervención breve es efectiva y disminuye el consumo de hasta 100 gramos de alcohol a la semana (Córdoba García & Camarrelles Guillem, 2022).

Muestra de 86 residentes de medicina familiar, 65 % género femenino, *Mdn* edad 31 años RIQ (29-36), 72.1 % soltero y 43 % cursa 2do año residencia. Se concluye que existe una correlación positiva moderada entre el patrón de consumo de alcohol y motivos relacionados a su consumo (0,689  $p < 0,001$ ). Con respecto al patrón de consumo de alcohol el 60.4 % presenta un patrón de consumo Nivel 1 (sin riesgo), 16.27 % Nivel 2 (consumo de riesgo), 1.2 % nivel 3 (consumo perjudicial), 1.2 % nivel 4 (dependencia). Sin diferencia significativa en cuanto a la integración familiar y enfermedad mental comórbida ( $p 0,085$ ), ( $0,055$ ) respectivamente. El 36 % (AUDIT) 56.9% (SAMHSA) de la muestra tienen un consumo elevado de alcohol por ocasión de consumo. Las principales motivaciones hacia el consumo del alcohol incluyen: pensamientos orientados por motivaciones afectivas, de bienestar, sociales y/o convivencia, de evitación y ajuste emocional.

Este estudio tiene como fortalezas el poseer un enfoque de complementariedad mixta. El manejo estadístico de la parte cuantitativa muestra resultados de pruebas de asociación con realización de pruebas preliminares de normalidad de datos cuantitativos. Se realizó dos ciclos para la codificación en líneas amplias. Como parte de las limitaciones del estudio la muestra deberá ampliarse en caso de buscar que los resultados puedan ser generalizados garantizando así una mayor representatividad. Convenientemente la muestra que abarcara especialidades quirúrgicas donde quizás su nivel de exigencia o tensión pueda ser diferente al de especialidades clínicas. Los resultados nos permitirán la detección de médicos residentes, ya sea con riesgo, uso problema o dependencia de alcohol a fin de determinar el tipo de intervención que correspondería aplicar a cada uno de ellos. También resultarán



útiles los resultados de este estudio para sensibilizar a los médicos en formación acerca de su propio patrón de uso y consumo del alcohol y tomar conciencia de cómo es que este influye en su desempeño clínico, toda vez que existe una asociación significativa entre el hábito de consumo de alcohol y el abordaje de problemas de consumo de alcohol en la población a la que atiende.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Ayala, F. J., Duarte Escobedo, C. G., & Rejón Peraza, M. E. (2014). Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediátrica de México*, 35(4), 259-266. <https://doi.org/10.18233/APM35No4pp259-266>
- Ávalos Márquez, J. C., Huillca Castillo, N., Picasso Pozo, M. Á., Omori Mitumori, E., & Gallardo-Schultz, A. (2015). Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Kiru*, 61-65. <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/462/378>
- Calle Sánchez, M. J., Baldeón Gutiérrez, R. E., Curto Manrique, J., Céspedes Martínez, D. I., Góngora León, I. A., Molina Arredondo, K. E., & Priego, G. A. P.-M. de. (2018). Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: Revisión de literatura. *Revista Científica Odontológica*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0601-2018-98-105>
- Capote Fernández, M. M., & Campello Trujillo, L. E. (2012). Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(1), 0-0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75072012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Chalet, A. M., Sánchez, N. M., Pacheco, S. T., Reyes, M. T. D., & Rosales, O. S. (2017). Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015. *Multimed*, 20(6), 112-129. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70896>
- Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: Una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>



- Cupé Araujo, A. C., & García-Rupaya, C. R. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: Desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(2), 112-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539385004>
- Escalona, T. P., Ortiz, H. R. C., Palomino, Y. P., Tamayo, M. I., & Rodríguez, M. I. R. (2015). Relación entre factores de riesgos y caries dental. *MULTIMED*, 19(4), Article 4. <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/375>
- Gaona, M. I. F., Reissner, C. V. D., Bejarano, N. M., Vázquez, D. A. S., Rodas, M. V. A., Cohene, D. D. B., González, M. D. C., López, E. S. C., Ayala, K. J. F., Ayala, A. F. F., Escobar, M. S. G., Centurión, T. A. G., & Franco, M. N. L. (2016). Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatría (Asunción)*, 43(2), Article 2. <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/16>
- Gutiérrez, N. A. S., Enríquez, X. M., Abreu, K. E. H., Olan, L. B. I., & Priego, C. G. (2021). Nivel de conocimiento de salud bucal de padres y/o cuidadores y el estado de salud bucal de lactantes. *Revista Tamé*, 5.6(17), 612-614. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100654>
- Hayasaki, H., Saitoh, I., Nakakura-Ohshima, K., Hanasaki, M., Nogami, Y., Nakajima, T., Inada, E., Iwasaki, T., Iwase, Y., Sawami, T., Kawasaki, K., Murakami, N., Murakami, T., Kurosawa, M., Kimi, M., Kagoshima, A., Soda, M., & Yamasaki, Y. (2014). Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review*, 50(3), 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2014.04.001>
- Kliegman, R., Stanton, B., St. Geme, J., & Schor, N. (2016). Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Edition. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.24079/cajms.2016.02.013>
- Leal Fonseca, A. P., & Hernández Molinar, Y. (2016). Evolución de la odontología. *Oral*, 17(55), Article 55. <https://biblat.unam.mx/es/revista/oral/articulo/evolucion-de-la-odontologia>
- López Silva, M. C., Diz-Iglesias, P., Seoane-Romero, J. M., Quintas, V., Méndez-Brea, F., & Varela-Centelles, P. (2017). Actualización en medicina de familia: Patología periodontal. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 43(2), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.005>



- Martínez Abreu, J., Gispert Abreu, E. de los Á., Castell-Florit Serrate, P., Alfonso Pacheco, C. L., & Diago Trasancos, H. (2014). Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. *Revista Médica Electrónica*, 36(5), 671-680. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242014000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Martínez, F. G., Barrios, C. C. S., & Salinas, L. E. M. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(3), 247-257. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342011000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Martínez, G. R., & Albuquerque, A. (2017). La Salud Bucal Como Derecho Humano Y Bien Ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59. <https://www.redalyc.org/journal/1270/127050090003/html/>
- Mayor Hernández, F., Pérez Quiñones, J. A., Cid Rodríguez, M. del C., Martínez Brito, I., Martínez Abreu, J., & Moure Ibarra, M. D. (2014). La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Revista Médica Electrónica*, 36(3), 339-349. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242014000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- OMS. (2014). *Documentos básicos*. <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
- Pausa Carmenate, M., & Suárez Hernández, M. (2015). Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 70-78. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2015000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2015000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Pilozo, M. E. D., Alarcon, E. D. C., & Cevallos, D. M. B. (2016). Nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental menores 0 – 3 años. *Revista Publicando*, 3(7), Article 7. <https://revistapublicando.org>
- Rizzo Rubio, L. M., Torres Cadavid, A. M., & Martínez Delgado, C. M. (2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.21615/cesodon.29.2.6>



- Ruiz García, C. S., & Campos Campos, K. J. (2017). Asociación entre el nivel de conocimiento en salud bucal en madres y el índice de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años de edad. *Rev. cient. odontol*, 632-639. <http://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/342/404>
- Secretaría de Salud. (2013, 2018). *Programa Salud Bucal*. gob.mx. <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>
- Secretaría de Salud. (2017). *Informes SIVEPAB 2015*. gob.mx. <http://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sivepab-2015>
- Zohrabian, V. M., Poon, C. S., & Abrahams, J. J. (2015). Embryology and Anatomy of the Jaw and Dentition. *Seminars in Ultrasound, CT, and MR*, 36(5), 397-406. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2015.08.002>

