



ORIGINAL

Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España

L. Barriuso Lapresa^{a,*}, B. Sanz Barbero^b y L. Hernando Arizaleta^c

^a Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia, Murcia, España

^b Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Murcia, España

Recibido el 3 de junio de 2011; aceptado el 5 de septiembre de 2011

Disponible en Internet el 26 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE

Hábitos;
Nivel educativo;
Salud bucodental;
Niño

Resumen

Introducción: La salud bucodental es parte fundamental de la salud infantil. Para asegurarla, se precisa instaurar precozmente y mantener hábitos saludables como revisiones periódicas, cepillado dental correcto frecuente y dieta no cariogénica. Se investiga la prevalencia de dichos hábitos en niños españoles según estratos de edad (preescolar: 2-5 años y escolar: 6-15 años) y nivel de estudios maternos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en la última Encuesta Nacional de Salud de España (2006). Muestra representativa de 8.042 sujetos (2-15 años).

Resultados: El 47,35% refiere haber acudido a los servicios dentales en el último año y el 69,09% alguna vez en su vida. El 22,68% se cepilla diariamente los dientes 3 o más veces y el 89,03% refiere ingerir una dieta de riesgo cariogénico. En el grupo escolar (6-15 años) el 29,87% de los hijos de madres universitarias se cepilla los dientes 3 o más veces frente al 25,83 y 20,89% de los de madres con estudios secundarios y hasta primarios respectivamente. Para la ingesta de dieta de riesgo cariogénico los porcentajes son 87,05; 91,11 y 90,44%. En ambos grupos etarios, y exceptuando la ingesta de dulces, existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios maternos y los hábitos saludables.

Conclusiones: La prevalencia de estos hábitos saludables se aleja de las recomendaciones: menor uso de servicios y frecuencia de cepillado dental diario y alta ingesta de dieta de riesgo cariogénico. En ambos grupos de edad los resultados son más favorables cuando los estudios maternos son universitarios lo que puede servir para orientar las actividades de promoción de la salud.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bl.laura1@gmail.com (L. Barriuso Lapresa).

KEYWORDS

Habits;
Educational status;
Oral health;
Child

Prevalence of healthy oral habits in the child population resident in Spain**Abstract**

Introduction: Oral health is integral to children's health. To achieve this, it is essential establishing healthy habits early on them, such as regular check-ups, proper and frequent tooth brushing and a non-cariogenic diet. Prevalence of these habits are investigated in Spanish children by age group (pre-school: 2-5 years and school: 6-15 years) and by maternal educational level.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted, based on the last Spanish National Health Survey (2006). A representative sample of 8042 subjects (2-15 years) was obtained.

Results: A total of 47.35% reported having gone to dental services during the last year and 69.09% having gone sometime during their lives. Only 22.68% of the sample reported daily tooth brushing three times or more and 89.03% reported eating a cariogenic risk diet. In the school group (6-15 years) 29.87% of children whose mothers were university level brushed their teeth three times or more compared to 25.83% and 20.89% of those whose mothers had secondary and even primary studies respectively. For the intake of cariogenic risk diet, the percentages were 87.05%, 91.11% and 90.44%. In both age groups, and except for the consumption of sweets, there was a statistically significant association between maternal educational level and healthy habits.

Conclusions: The prevalence of these healthy habits is far lower than the recommendations: a lower use of services and a lower frequency of daily tooth brushing and higher intake of a cariogenic risk diet. The outcomes are more favourable in both age groups when the mother are university level, which may serve as a guide to the promotion of oral health.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La salud bucodental (SBD) es parte fundamental de la salud pediátrica desde edades muy tempranas. Para conseguirla se precisa la instauración precoz y el mantenimiento de unos hábitos saludables que incluyen especialmente el cepillado dental frecuente con pasta fluorada tras las comidas principales, una dieta saludable no cariogénica y la realización de revisiones periódicas por personal especializado al menos con periodicidad anual¹⁻⁵.

La caries es la enfermedad bucodental más frecuente en la edad pediátrica así como la patología pediátrica crónica más prevalente en los países desarrollados^{4,5}. En España, los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento evidencian que en estos últimos años se está produciendo un importante descenso en su prevalencia especialmente en dentición definitiva^{6,7}. Este fenómeno ha sido atribuido a diversos factores entre los que podría encontrarse la mejora de los hábitos de SBD⁸. Sin embargo, en nuestro país, aunque está mejorando, la frecuencia de los hábitos bucodentales saludables continúa alejada de las recomendaciones de las sociedades científicas⁹⁻¹¹.

Los niños, y entre ellos los más pequeños, son un colectivo especialmente vulnerable a la enfermedad, ya que dependen totalmente de terceras personas para su cuidado¹². Además, están en pleno desarrollo y son muy permeables a la adquisición de hábitos de salud; la influencia del entorno social más próximo, es decir la familia, sobre su SBD

está ampliamente refrendada por la bibliografía¹³. Aquellos padres con mejor salud bucal tienen hijos con mejor salud bucal y aquellos con mejores hábitos de salud oral también tienen hijos con mejores hábitos orales¹⁴⁻¹⁶.

La enfermedad dental pediátrica presenta un claro gradiente social: aumenta en frecuencia y gravedad al disminuir el nivel socioeconómico (NSE). Por el contrario, los niños procedentes de familias con NSE elevado tienen menor carga de enfermedad dental, un mayor índice de restauración y mejores hábitos^{7,17-20}. Asimismo, estas familias presentan una mayor preocupación y conciencia sobre la importancia de una adecuada SBD en sus hijos²¹. El NSE familiar se suele medir a través de los ingresos del hogar, de la clase social y del nivel de estudios de los padres. En cuestiones de salud, el nivel de estudios resulta ser más determinante que los ingresos y la clase social, por condicionar conocimientos, creencias y actitudes^{22,23}. Distintos trabajos muestran cómo en la población infantil el nivel de estudios materno es la variable de NSE que más discrimina en relación con los hábitos y en último término con la salud infantil. Las madres con mayor nivel educativo tienen mejores conocimientos y hábitos con relación a la salud de sus hijos así como hijos más saludables²⁴⁻²⁶.

Hasta el momento no existe ningún estudio nacional que describa la prevalencia de los hábitos bucodentales saludables según el nivel de estudios maternos, por lo que este trabajo se centra en describir dicha prevalencia en la población pediátrica (2-15 años) residente en España.

Material y Métodos

Fuente de los datos

Los datos proceden del Cuestionario de Menores (0-15 años) y del Cuestionario de Hogar de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del año 2006 (última disponible). El trabajo de campo, realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a instancias del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Ministerio de SPSI), se realizó entre junio de 2006 y junio de 2007.

La unidad de muestreo es el hogar. Para cada comunidad autónoma la muestra es independiente y representativa pero no proporcional, por lo que los resultados deben ponderarse para obtener indicadores estatales.

La metodología detallada de la Encuesta y la base de datos están accesibles en la página web del Ministerio de SPSI²⁷. Para el análisis se seleccionaron los niños de entre 2 y 15 años (ambos inclusive) por ser el grupo con dentición completa, temporal o definitiva.

Variables investigadas

Del Cuestionario de Menores se recogieron las variables sociodemográficas, de aseguramiento sanitario, de SBD autorreferida y de hábitos de SBD y del Cuestionario del Hogar las de NSE familiar y la nacionalidad.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron nacionalidad, sexo y edad, esta última con dos estratos: preescolar (2-5 años) y escolar (6-15 años). La de aseguramiento sanitario procedía de la pregunta «¿podría decirme ahora de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es el/la niño/a titular beneficiario?». Se consideró que el aseguramiento era público o privado según el proveedor de servicios. Público si respondían «Seguridad Social», «empresas colaboradoras de la Seguridad Social» o «mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social» y privado si contestaban «mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado», «seguro médico privado concertado individualmente», «seguro médico privado concertado por la empresa», o «no tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados».

Como variable de SBD autorreferida se empleó el Índice CAO (Caries, Ausencia dental, Obturación) referido, construido a partir de la pregunta: «¿cuál es el estado de los dientes y muelas del/de la niño/a?». Si contestaban afirmativamente al menos a una de las siguientes respuestas: «tiene caries», «le han extraído dientes/muelas» o «tiene dientes/muelas empastados (obturados)», se consideraba que existía enfermedad dental.

Como indicadores de NSE familiar se analizaron tres variables: a) la clase social, según la ocupación del principal sustentador del hogar, recategorizada en clase social alta (clases I, II y III), media (clases IVa y IVb) y baja (clase V), b) los ingresos mensuales del hogar reagrupados en 4 categorías (hasta 900 euros, entre 901 y 1.800, entre 1.801 y 3.600, y más de 3.600 euros), y c) los estudios maternos. Esta variable se refiere al mayor nivel de estudios terminado por la madre; si no se disponía de este dato y en el hogar solamente había un adulto que era el padre, se consideraba el nivel de estudios paterno (31 casos). Esta variable se

recategorizó en hasta estudios primarios, secundarios y universitarios.

Los hábitos de SBD investigados fueron la utilización de los servicios, la frecuencia diaria de cepillado dental y el tipo de dieta.

El uso de los servicios de SBD se valoró a partir de la pregunta «¿cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al/a dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?», recategorizada en 2 variables distintas: acude en el último año (sí/no) y ha ido alguna vez en su vida (sí/no).

La frecuencia diaria de cepillado dental se obtuvo de la pregunta «ahora le voy a preguntar sobre la higiene dental del niño/a, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?». Las respuestas se recategorizaron en menos de una vez al día, una vez, dos veces y tres o más veces al día. Esta variable se recogió a partir de los 3 años de edad.

La dieta consumida se extrajo de la pregunta «¿con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?». Se analizaron los apartados referentes a la ingesta de dulces sólidos, refrescos con azúcar y snacks o comidas saladas por ser estos 3 grupos de alimentos los que en la bibliografía y a nivel institucional se asocian más frecuentemente a riesgo cariogénico²⁸⁻³². Las respuestas se recategorizaron del siguiente modo: si referían consumirlos nunca o casi nunca o menos de una vez a la semana se definió como poca ingesta; si una o más veces por semana pero no diariamente como mediana y si a diario como alta ingesta. A partir de la frecuencia de ingesta de estos grupos y siguiendo las recomendaciones de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS) de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición del Ministerio de SPSI³³ se construyó la variable 'dieta de riesgo cariogénico'. Se consideró que la dieta no era de riesgo cariogénico si referían poca ingesta de los 3 grupos. Las preguntas de la ENSE referidas al tipo de dieta y que constituyeron la variable «dieta de riesgo cariogénico», son muy semejantes a las de la Sección E del cuestionario *Child Health and Illness Profile, Adolescent Edition* (CHIP-AE) que presentan aceptables niveles de fiabilidad y validez como escala aunque se emplean como dieta basura y no como dieta cariogénica. La frecuencia de ingesta de alimentos azucarados forma parte de la herramienta de clasificación de riesgo cariogénico en la edad infantil «*Caries Risk Assessment Tool*» construida por la *American Academy of Pediatric Dentistry* utilizada con fines clínicos y de investigación.

Análisis estadístico

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se utilizaron los coeficientes de ponderación individuales para el cálculo de indicadores estatales. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% y el contraste de frecuencias se realizó por medio del test de Chi-cuadrado (dintel de significación 5%). Se empleó el paquete estadístico SPSS® v.15.0 para Windows.

Resultados

La muestra está constituida por 8.042 individuos de 2 a 15 años. En la [tabla 1](#) se describe la distribución de las

Tabla 1 Descripción de la muestra

	2-5 años (n = 2.279) (%)	6-15 años (n = 5.763) (%)	2-15 años (n = 8.042) (%)
Sexo			
<i>Mujer</i>	48,88	48,36	48,51
Nacionalidad			
<i>Española</i>	93,2	91,48	91,97
<i>Extranjera</i>	6,19	7,9	7,41
<i>No consta</i>	0,61	0,62	0,62
Aseguramiento sanitario			
<i>Público exclusivamente</i>	82,36	87,82	86,27
<i>Privado exclusivamente</i>	1,4	0,99	1,11
<i>Doble cobertura</i>	15,45	10,43	11,85
<i>No consta</i>	0,79	0,76	0,77
Nivel socioeconómico familiar			
<i>Clase social</i>			
<i>Baja</i>	10,14	12,34	11,71
<i>Media</i>	39,45	39,7	39,63
<i>Alta</i>	49,28	46,33	47,16
<i>No consta</i>	1,18	1,61	1,49
<i>Ingresos mensuales (en €)</i>			
<i>Hasta 900</i>	9,78	11,73	11,18
<i>De 901 a 1.800</i>	44,23	44,51	44,42
<i>De 1.801 a 3.600</i>	27,29	23,98	24,92
<i>Más de 3.600</i>	7,68	6,33	6,71
<i>No consta</i>	11,06	13,45	12,76
<i>Estudios maternos</i>			
<i>Hasta estudios primarios</i>	22,77	32,48	29,73
<i>Secundarios</i>	48,09	44,89	45,81
<i>Universitarios</i>	27,16	19,68	21,8
<i>No consta</i>	1,97	2,93	2,66
Salud bucodental (basado en Índice CAO autorreferido)			
<i>Enfermedad dental</i>			
<i>Ausente</i>	91,31	50,88	62,34
<i>Presente</i>	6,89	47,09	35,7
<i>No consta</i>	1,8	2,01	1,95

CAO: Caries, Ausencia dental, Obturación.

Fuente: ENSE, 2006. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Elaboración propia.

variables analizadas según estrato de edad. La mayor parte de los niños son españoles (91,97%), con aseguramiento sanitario exclusivamente público (86,27%), clase social alta (47,16%) y el 62,34% refiere ausencia de enfermedad dental. Entre sus madres predominan los estudios secundarios (45,81%).

La **tabla 2** muestra la prevalencia de los hábitos de SBD. El 47,35% de la muestra refiere haber acudido a los servicios dentales en el último año y el 69,09% alguna vez en su vida. El 22,68% se cepilla diariamente los dientes 3 o más veces y el 89,03% refiere ingerir una dieta de riesgo cariogénico. Los preescolares que refieren haber acudido alguna vez al dentista (20,62%), en la última consulta fueron sometidos en el 85% de los casos a un acto preventivo (revisión, aplicación de flúor o limpieza de boca) y en el 21% a un acto asistencial (empastes, endodoncias, extracciones, fundas, puentes u otra prótesis, tratamiento de enfermedad de las

encías, ortodoncia y otro tipo de asistencia). En el caso de los escolares (88,27%), disminuye el porcentaje de actos preventivos (74,52%) y aumenta el de asistenciales (42,61%). El 24,87% de los escolares refiere cepillarse los dientes diariamente 3 o más veces y el 89,67% ingerir una dieta de riesgo cariogénico.

En la **tabla 3** se muestran las prevalencias de los hábitos según el nivel de estudios maternos. Globalmente presentan una relación estadísticamente significativa con el nivel de estudios maternos en el sentido de que altos niveles de estudios se corresponden con una mayor frecuencia de hábitos saludables en el grupo preescolar y escolar excepto para la ingesta de dulces. Las diferencias observadas según el nivel de estudios, aun siendo estadísticamente significativas, toman valores dispares en ambos grupos. En preescolares oscilan entre el 3,49% para la no ingesta de dieta de riesgo cariogénico y el 20,85% para la poca

Tabla 2 Prevalencia de hábitos de salud bucodental

	2-5 años		6-15 años		2-15 años	
	(%)	IC 95%	(%)	IC 95%	(%)	IC 95%
Uso de los servicios de salud bucodental						
<i>En el último año</i>						
Sí	15,09	(13,62-16,56)	60,12	(58,85-61,38)	47,35	(46,26-48,44)
<i>Alguna vez en la vida</i>						
Sí	20,62	(18,96-22,28)	88,27	(87,44-89,1)	69,09	(68,08-70,1)
Hábito de cepillado dental (a partir de los 3 años; n = 7.406)						
<i>Frecuencia diaria</i>						
Menos de 1 vez	16,30	(14,79-17,82)	8,59	(7,87-9,31)	10,30	(9,64-10,97)
1 vez	33,64	(31,7-35,58)	26,78	(25,64-27,92)	28,30	(27,32-29,29)
2 veces	33,39	(31,46-35,33)	38,20	(36,94-39,45)	37,13	(36,08-38,19)
3 o más veces	15,02	(13,56-16,49)	24,87	(23,75-25,99)	22,68	(21,77-23,6)
No consta	1,64	(1,12-2,16)	1,56	(1,24-1,88)	1,58	(1,31-1,85)
Tipo de dieta consumida (frecuencia de consumo)						
<i>Dulces</i>						
A diario (A)	41,38	(39,36-43,4)	45,26	(43,98-46,55)	44,16	(43,07-45,24)
3 o más veces/semana, no a diario (M)	20,62	(18,96-22,28)	18,95	(17,94-19,96)	19,42	(18,56-20,29)
1 - 2 veces/semana (M)	18,87	(17,26-20,47)	17,60	(16,61-18,58)	17,96	(17,12-18,79)
Menos de 1 vez/semana (P)	9,04	(7,86-10,22)	9,13	(8,39-9,87)	9,10	(8,47-9,73)
Nunca o casi nunca (P)	6,58	(5,56-7,6)	5,43	(4,85-6,02)	5,76	(5,25-6,27)
No consta	3,51	(2,75-4,27)	3,64	(3,16-4,13)	3,61	(3,2-4,01)
<i>Refrescos azucarados</i>						
A diario (A)	8,42	(7,28-9,57)	17,95	(16,95-18,94)	15,24	(14,46-16,03)
3 o más veces/semana, no a diario (M)	5,62	(4,67-6,56)	11,66	(10,83-12,49)	9,95	(9,29-10,6)
1 - 2 veces/semana (M)	12,81	(11,44-14,18)	22,44	(21,36-23,52)	19,71	(18,84-20,58)
Menos de 1 vez/semana (P)	13,30	(11,9-14,69)	17,39	(16,41-18,37)	16,23	(15,42-17,03)
Nunca o casi nunca (P)	56,21	(54,17-58,25)	26,87	(25,72-28,01)	35,18	(34,13-36,22)
No consta	3,69	(2,91-4,46)	3,71	(3,23-4,2)	3,71	(3,29-4,12)
<i>Snacks o comidas saladas</i>						
A diario (A)	4,17	(3,35-4,99)	6,09	(5,47-6,71)	5,55	(5,05-6,05)
3 o más veces/semana, no a diario (M)	11,41	(10,1-12,71)	12,30	(11,46-13,15)	12,05	(11,34-12,76)
1 - 2 veces/semana (M)	31,42	(29,51-33,32)	32,89	(31,67-34,1)	32,47	(31,44-33,49)
Menos de 1 vez/semana (P)	25,14	(23,36-26,92)	25,10	(23,98-26,21)	25,11	(24,16-26,05)
Nunca o casi nunca (P)	24,44	(22,68-26,2)	19,99	(18,96-21,03)	21,25	(20,36-22,15)
No consta	3,42	(2,68-4,17)	3,64	(3,16-4,13)	3,58	(3,18-3,99)
<i>Dieta de riesgo cariogénico (1)</i>						
Sí	87,45	(86,09-88,81)	89,67	(88,89-90,46)	89,03	(88,35-89,72)
No	9,17	(7,99-10,36)	6,99	(6,34-7,65)	7,61	(7,03-8,19)
No consta	3,38	(2,64-4,12)	3,33	(2,87-3,8)	3,34	(2,95-3,74)
Total muestra	2.279		5.762		8.042	

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%.

(A): al recategorizar se corresponde con alta ingesta, (M) mediana y (P) poca. (1) Dieta de riesgo cariogénico: Se considera NO cuando existe un consumo de «menos de una vez semana» o «nunca/casi nunca» a los tres tipos investigados (dulces, refrescos azucarados y snacks o comidas saladas).

Fuente: ENSE, 2006. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Elaboración propia.

ingesta de refrescos, y para los escolares entre el 3,36 y el 19,98%.

Discusión

La frecuencia de los hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil (2-15 años) residente en España se aleja de las recomendaciones de las sociedades científicas^{1-3,33}. Existe una menor frecuentación de los servicios dentales, una menor frecuencia de cepillado dental

diario y una alta ingesta de dieta de riesgo cariogénico. Otros estudios realizados en nuestro país, aunque de ámbito no nacional, que han investigado estos 3 hábitos, también muestran dicho alejamiento^{34,35}. Algo semejante ocurre en la última Encuesta de Salud Oral en España 2005⁷ que investiga la frecuencia de cepillado dental diario a los 12 y 15 años, y en la Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007³⁶ que investiga en niños de 3 y 4 años la frecuentación de servicios dentales y la frecuencia de cepillado dental.

Tabla 3 Prevalencia de hábitos según nivel educativo materno (en porcentajes)

	2-5 años			Valor de p	6-15 años			Valor de p
	Estudios maternos				Estudios maternos			
	Hasta primarios	Secundarios	Universitarios		Hasta primarios	Secundarios	Universitarios	
Uso de los servicios de salud bucodental								
<i>En el último año</i>								
Sí	13,80	13,33	18,58	0,01	53,53	62,66	65,29	0,001
No	86,10	86,76	81,42		46,47	37,34	34,71	
<i>Alguna vez en la vida</i>								
Sí	17,34	18,32	26,82	0,001	84,13	89,52	93,39	0,001
No	82,66	81,68	73,18		15,87	10,48	6,61	
Hábito de cepillado dental (a partir de los 3 años)								
<i>Frecuencia diaria</i>								
< 1 vez	23,51	14,16	14,60	0,001	14,90	6,23	3,08	0,001
1 vez	32,16	33,55	34,86		30,29	25,83	22,47	
2 veces	30,54	33,80	35,29		32,21	41,22	42,03	
3 o más	11,08	17,09	14,16		20,89	25,83	29,87	
Tipo de dieta consumida (frecuencia de consumo)								
<i>Dulces</i>								
Poca	13,29	15,51	16,77	0,23	15,97	14,03	14,27	0,078
Mediana	38,54	39,32	40,48		34,56	38,37	36,21	
Alta	45,66	41,79	38,87		46,58	44,51	45,90	
<i>Refrescos</i>								
Poca	57,50	70,28	78,35	0,001	37,91	43,64	57,89	0,001
Mediana	26,73	17,14	14,05		32,30	37,80	29,60	
Alta	12,50	8,93	4,20		26,86	15,42	8,63	
<i>Snacks</i>								
Poca	46,05	46,40	58,09	0,001	41,40	43,18	56,61	0,001
Mediana	44,70	45,85	37,06		47,12	48,71	35,54	
Alta	6,74	4,38	1,29		8,81	5,14	3,70	
<i>Dieta de riesgo cariogénico (1)</i>								
Sí	88,44	88,97	85,46	0,051	90,44	91,11	87,05	0,001
No	9,06	7,66	11,15		7,16	6,07	9,43	

En cursiva valores superiores a los esperados. En cursiva y negrita valores inferiores a los esperados, ambos con diferencia estadísticamente significativa.

(1) Dieta de riesgo cariogénico: Se considera NO cuando existe un consumo de 'menos de una vez semana' o 'nunca/casi nunca' a los tres tipos investigados (dulces, refrescos azucarados y snacks o comidas saladas).

Fuente: ENSE, 2006. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Elaboración propia.

Con respecto al uso de servicios, el 69,09% refiere haber acudido a los servicios dentales alguna vez en su vida y el 47,35% haberlo hecho en el último año (15,09% preescolares y 60,12% de los escolares). Estas cifras son claramente menores que las descritas por otros investigadores europeos. Así, Masson et al.³⁷ en un grupo de niños escoceses de entre 3 y 17 años, describen que el 97% ha acudido al dentista al menos una vez en la vida y en Polonia, Wierzbicka et al.³⁸ refieren que el 69 y el 73% de los niños de 6 y 12 años respectivamente ha consultado al dentista en el último año.

Con respecto al cepillado dental diario, el 48,41% de los preescolares y el 63,07% de los escolares se cepillan 2 o más veces al día. Estas cifras, aun siendo mejores que las recogidas en investigaciones previas realizadas en nuestro país¹⁸, son peores que las referidas por Masson et al.³⁷ en los niños pequeños (76% en el grupo de 3 a 7 años) y que las referidas por Wierzbicka et al.³⁸ (62% de los niños de

6 años). En los niños mayores las frecuencias se asemejan más, aunque hay que señalar que las edades investigadas por los diferentes autores no coinciden. En la muestra escolar (6-15 años), el 63,07% se cepillan los dientes 2 o más veces al día. Masson et al.³⁷ refieren frecuencias del 68 y 63% en los niños de 8 a 11 años y de 12 a 17 años respectivamente, y Wierzbicka et al.³⁸ del 65% a los 12 años.

Con relación al tipo de dieta, la mayoría de los preescolares (87,45%) y escolares (89,67%) refieren ingerir una dieta de riesgo cariogénico. Estos datos concuerdan con la literatura, que muestra que actualmente la ingesta de estos alimentos por parte de la población infanto-juvenil es elevada y está presente ya desde edades muy precoces^{39,40}.

El estudio muestra una relación entre la frecuencia de los 3 hábitos saludables y el nivel de estudios maternos. Los hijos de madres con mayor nivel educativo presentan mayores tasas de frecuentación de los servicios dentales,

menores frecuencias de ingesta de refrescos azucarados y snacks, y mayores frecuencias de cepillado dental diario. Estos datos coinciden con lo publicado por otros autores. Así Wierzbicka et al.³⁸ describen que los hijos de madres con alto nivel de estudios acuden más frecuentemente al dentista en el último año que los de madres con estudios medios y bajos (80, 71 y 69% respectivamente) y que estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,01$). También encuentran que los hijos de madres con estudios superiores tienen mayores frecuencias de cepillado dental diario de al menos 2 veces al día que los de madres con estudios medios y bajos (78, 64, 56%; $p < 0,01$). Estos mismos autores describen mayores frecuencias de una alta ingesta de alimentos azucarados en los hijos de madres con nivel educativo bajo frente a los de madres con estudios medios y superiores (43, 34, 28%) que también son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Algo semejante describen Park et al. en adolescentes coreanos¹⁷. Los hijos de madres con mayor nivel de estudios (13 años o más) presentan mayores frecuencias de cepillado dental diario de más de 2 veces que los de madres con 10-12 años y con 9 o menos años de escolarización (45, 43 y 39% respectivamente) ($p < 0,001$). Además han acudido más frecuentemente en el último año a los servicios dentales para realizar prácticas preventivas (42,2, 34,3 y 30,2% respectivamente) ($p < 0,001$).

La magnitud de las diferencias en los hábitos según nivel de estudios maternos oscila entre el 3 y el 12%. Aunque estos valores pudieran parecer escasos, debemos tener en cuenta que en los hábitos donde la situación de partida es más desfavorable (menor frecuencia de hábitos saludables) es donde se encuentran las menores diferencias. Así, la no ingesta de dieta de riesgo cariogénico se sitúa alrededor del 10%, con diferencias según estudios maternos del 3%. En contraposición, la frecuencia de uso de servicios dentales alguna vez en la vida se sitúa en torno al 70% con diferencias cercanas al 9%.

No se han encontrado diferencias significativas para la ingesta de dulces. Este dato que bien pudiera parecer contradictorio, podría tener justificación en el hecho de que la información empleada procede de una encuesta de salud general y no de una encuesta específica de SBD, donde no se discriminan aspectos que pueden ser relevantes como por ejemplo el modo de ingesta (si se realiza entre las comidas o durante las mismas), lo que supone una limitación del estudio.

Otras limitaciones son las inherentes a las encuestas de salud por entrevista. En este caso, el trabajo de campo ha sido realizado por el INE, lo que le transmite la fiabilidad de dicho organismo. El cuestionario ha sido elaborado por expertos del INE, del Ministerio de SPSI y profesionales externos de reconocido prestigio. En su gran mayoría los ítems han sido validados por los autores, pertenecen a cuestionarios validados o son semejantes a otros evaluados en entornos similares. Pero persiste el hecho de que toda la información utilizada en este estudio sea autorreferida y suministrada no por el propio sujeto, sino por su cuidador principal, lo que puede introducir sesgos de información, memoria y deseabilidad social. Además, por su diseño no se puede concluir de manera fehaciente una causalidad en la relación descrita.

Una de las aportaciones de este trabajo es poner de manifiesto con un análisis sencillo, una situación preocupante que

debería ser corroborada con estudios posteriores, específicos de SBD, que midan de manera más precisa las variables relacionadas con los hábitos, sus consecuencias, el entorno familiar y sus interrelaciones, lo que permitiría cuantificar las desigualdades en salud que ocasionan las diferencias sociales.

En conclusión, el presente estudio muestra que los hábitos de SBD en la población infanto-juvenil (2-15 años) residente en España son mejorables por encontrarse alejados de las recomendaciones institucionales. La asociación descrita entre la frecuencia de hábitos saludables y el nivel de estudios maternos permite identificar grupos de riesgo (hijos de madres con menor nivel de estudios) para elaborar estrategias específicamente diseñadas para maximizar su efectividad.

Es bien conocida la existencia de un claro gradiente social en la enfermedad dental infantil, de tal modo que su prevalencia y gravedad aumenta al disminuir el NSE familiar. Aportar mayor evidencia científica sobre la influencia de los determinantes sociales sobre la enfermedad pediátrica, enriquece el conocimiento científico y refuerza la necesidad de un abordaje más integral de la misma, especialmente desde el ámbito de la Salud Pública y con la óptica de las desigualdades en salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado junio de 2004 [consultado 1 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Dental.htm>
2. Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP). Recomendaciones de dieta para niños y adolescentes. En: Protocolos de la SEOP [consultado 1 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.odontologiapediatrica.com/dieta>
3. American Academy of Pediatric Dentistry Guideline on periodicity of examination. Preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents. En: Policies and guidelines. Clinical Guidelines. Revisado 2009 [consultado 1 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.aapd.org/>
4. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 2010;68:351-7.
5. Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. Pediatrics. 2008;122:1387-94.
6. Banco de datos epidemiológicos SESPO. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral [consultado 7 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.infomed.es/sespo-bd/index.html>
7. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martincorena FJ, Llodrá Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2006;11:409-56.
8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;Suppl 1:3-23.
9. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la

- Comunidad Valenciana (2004). Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2006;11:195-201.
10. Artázcoz J, Cortés FJ, Rosel E, González Rodríguez P, Bravo M. Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra, 2007. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:51-64.
 11. Casals Peidró E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2005;10:389-401.
 12. Mattheus DJ. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept análisis. *J Adv Nurs*. 2010;66:2116-25.
 13. Da Silva K. A role for the family in children's oral health. *N Y State Dent J*. 2007;73:55-7.
 14. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12:168-76.
 15. Faye M, Sissoko B, Gueye Diagne MC, Tamba Fall A, Diop F, Yam AA. Relationship between oral health status of parents and that of their children. *Odontostomatol Trop*. 2009;32:5-10.
 16. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*. 2000;79:875-81.
 17. Park Y-D, Patton LL, Kim H-Y. Clustering of oral and general health risk behaviors in Korean adolescents: a national representative sample. *J Adolesc Health*. 2010;47:277-81.
 18. Kuusela S, Honkala E, Kannas L, Tynjälä J, Wold B. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993/1994. *J Dent Res*. 1997;76:1602-9.
 19. Schenk L, Knopf H. Oral health behaviour of children and adolescents in Germany. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007;50:653-8.
 20. Jerkovic K, Binnekade JM, van der Kruk JJ, van der Most JA, Talsma AC, van der Schans CP. Differences in oral health behaviour between children from high and children from low SES schools in The Netherlands. *Community Dent Health*. 2009;26:110-5.
 21. Goodman HS, Macek MD, Wagner ML, Manz MC, Marrazzo ID. Self-reported awareness of unrestored dental caries. Survey of the Oral Health Status of Maryland schoolchildren, 2000-2001. *Pediatr Dent*. 2004;26:369-75.
 22. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E, Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
 23. Galán I. Desigualdades sociales en hábitos de salud en la Comunidad Autónoma de Madrid. Universidad de Alicante. Sede Universitaria de Concentaina. Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX. Murcia: Compobell, SL; 2002. p. 91-116.
 24. Leroy R, Jara A, Martens L, Declerck D. Oral hygiene and gingival health in Flemish pre-school children. *Community Dent Health*. 2011;28:75-81.
 25. Moblely C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr*. 2009;9:410-4.
 26. Peres KG, Peres MA, Araujo CL, Menezes AM, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:95.
 27. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2006 [consultado 7 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
 28. Llena C, Forner L. Dietary habits in a child population in relation to caries experience. *Caries Res*. 2008;42:387-93.
 29. American Academy of Pediatric Dentistry Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. En: Policies and guidelines. Clinical Guidelines. Revisado 2010 [consultado 1 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.aapd.org/>
 30. Lee JG, Messer LB. Intake of sweet drinks and sweet treats versus reported and observed caries experience. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11:5-17.
 31. Burt BA, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *J Dent Educ*. 2001;65:1017-23.
 32. Marshall TA, Levy SM, Broffitt B, Warren JJ, Eichenberger-Gilmore JM, Burns TL, et al. Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*. 2003;112:184-91.
 33. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Nutrición y Estrategia NAOS [consultado 7 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msps.es/>
 34. Lafuente PJ, Gómez Pérez de Mendiola FJ, Aguirre B, Zabala Galán J, Irurzun Zuazabal E, Gorritxo Gil B. Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. *Aten Primaria*. 2002;29:213-7.
 35. Túniz Bastida F, Fernández Camiñas JA, Machín Fernández AJ. Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo. *Aten Primaria*. 2005;36:346-7.
 36. Bravo Pérez M, Llodrá Calvo JC, Cortés Martincorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2006;12:143-68.
 37. Masson LF, Blackburn A, Sheehy C, Craig LCA, Macdiarmid JI, Holmes BA, et al. Sugar intake and dental decay: results from a national survey of children in Scotland. *Br J Nutr*. 2010;104:1555-64.
 38. Wierzbicka M, Petersen PE, Szatko F, Dybizbanska E, Kalo I. Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. *Community Dent Health*. 2002;19:243-50.
 39. O'Connor TM, Yang SJ, Nicklas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*. 2006;118:1010-8.
 40. Garriguet D. Beverage consumption of children and teens. *Health Rep*. 2008;19:17-22.