



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERCEPCIÓN Y
SIGNIFICADO DE LA SALUD BUCAL, QUE TIENEN LOS
PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS DE LA PRIMERA
INFANCIA EN UNA DELEGACIÓN DEL DISTRITO
FEDERAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CINTHIA NAYELI LEDESMA CASTAÑEDA

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

ASESOR: Mtro. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y haberme puesto en este camino.

A mi angelito que siempre está a mi lado, le dedicó todos mis logros y la persona que ahora soy.

A mis amados padres por su apoyo incondicional, sin ellos no hubiera llegado hasta aquí, son parte de este logro, demostrándome que con esfuerzo todo es posible.

A mi hermano, abuelos, tíos y demás familiares por sus consejos.

A mi adorado Rodrigo, quién es uno de los motores principales en mi vida, le agradezco su gran amor, motivación y ayuda, queriendo siempre lo mejor para mi.

A la Dra. Cristina Sifuentes por su sabiduría y ejemplo, demostrando que con trabajo y dedicación se puede llegar muy lejos y ser alguien importante.

Al Dr. Alberto Zelocuatecatl por la disposición, el tiempo y los conocimientos que me brindó para la elaboración de este trabajo.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, en particular a la Facultad de Odontología, por la formación y conocimientos que en ellas adquirí y el día de hoy me hacen una persona orgullosa de haber formado parte de esta gran familia.

A todos mis profesores, por sus enseñanzas, fomentándome el amor por la odontología.

A mis amigos por estar a mi lado en el transcurso toda la carrera, con quienes pase grandes momentos.

A todos los pacientes y personas que ayudaron en mi formación a lo largo de esta etapa, así como al equipo de "Azul Print" por su excelente atención.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	2
3. Antecedentes.....	4
3.1 Primera Infancia.....	4
3.2 Significado, Percepción y Creencias de la boca y la salud bucal.....	4
3.2.1 Significado psicológico de la boca.....	4
3.2.2 Creencias.....	6
3.2.3 Percepción.....	8
3.3. Salud Bucal.....	9
3.3.1 Educación para la Salud.....	11
3.3.2 Promoción para la Salud.....	12
3.3.3. Higiene Bucal.....	14
3.4. Caries Dental.....	17
3.5 Calidad de Vida.....	19
4. Planteamiento del Problema.....	21
5. Justificación.....	23
6. Objetivos.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	23
7. Material y métodos.....	24
7.1 Tipo de estudio.....	24
7.2 Muestra.....	24
7.3 Criterios de selección.....	24
7.3.1 Criterios de Inclusión.....	24
7.3.2 Criterios de exclusión.....	25
7.3.3Criterios de eliminación.....	25
7.4 Variables.....	25
7.5 Modelo Teórico.....	25

7.6 Recursos	26
7.6.1 Recursos Humanos.....	26
7.6.2 Recursos Materiales.....	26
7.6.3 Recursos Financieros	26
7.7 Procedimiento.....	26
7.7 Aspectos Éticos	27
8. Resultados	28
9. Conclusiones.....	38
10. Referencias.....	40
Anexo.....	44

1. Introducción

México es un país rico en cultura, tradiciones y creencias, factores que pueden influir de manera directa o indirecta en la conducta y percepción de las personas, beneficiando o afectando algunos aspectos de su integridad. En tal contexto, la salud, específicamente la bucal, la manera de pensar y actuar de una persona, está determinado en gran medida en la manera en que es educado, y como consecuencia darán la pauta para el desarrollo de hábitos y conductas saludables. Por lo anterior, si no cuentan con la información indispensable y correcta para llevar a cabo un estilo de vida benéfico para su salud, será muy difícil que lo adquieran por si mismos.

Tal situación hace que los individuos que carecen de buenos hábitos y conductas, los transmitan a sus semejantes, reproduciendo en el ámbito odontológico, la realización de prácticas en salud bucal deficiente o inadecuadas tanto para ellos como en quienes tengan bajo su cuidado y protección. Circunstancia que tiene un impacto mayúsculo en el caso de los niños pequeños, quienes son totalmente dependientes y vulnerables, padres o personal que interviene en su educación en los primeros años.

El objetivo de este estudio es conocer si de alguna manera, la percepción de padres y cuidadores de niños de la primera infancia, influye en la salud bucal de los mismos, identificando el significado que ellos le brindan a ésta última, si depende totalmente de éstos factores o se suman otros, como pueden ser la información y los conocimientos.

2. Marco teórico

La investigación cualitativa o metodología cualitativa es usada principalmente en las ciencias sociales, con el propósito de explorar las relaciones y describir la realidad tal como la experimentan los individuos, requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. En otras palabras, investiga el ¿por qué? y el ¿cómo? se tomó una decisión.

La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos. En contraste la investigación cuantitativa busca responder preguntas tales como ¿cuál? ¿dónde? ¿cuándo? ¹

La investigación cualitativa se fundamenta en principios teóricos de la hermenéutica, la interacción social y la fenomenología. La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad y de su origen; estudia el mundo tal como se presenta en la conciencia. Por lo tanto, la experiencia subjetiva inmediata adquiere primacía como base del conocimiento.²

El método fenomenológico no parte del diseño de una teoría, sino del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo con base en las experiencias compartidas, de donde obtienen señales, como indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos.²

El significado se desarrolla a través del diálogo y las interacciones, logrando así una interpretación en términos sociales, dado que las acciones de las personas tienen una intencionalidad e influyen en los demás y viceversa.²

El método fenomenológico puede resultar particularmente útil para la interpretación de los hechos y procesos; para captar el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades sociales.²

Características del método fenomenológico:

- *Estudia la experiencia vital y cotidiana.*
- *Analiza la esencia o naturaleza de los fenómenos conscientes, y trata de descubrir las estructuras significativas internas.*
- *Describe los significados vividos o existenciales es decir aquello en lo que estamos inmersos a diario.*
- *Explora el significado del ser humano.*
- *Descubre los significados que los individuos dan a su experiencia; lo que importa es comprender el proceso de interpretación seguido por los sujetos estudiados.²*

3. Antecedentes

3.1 Primera Infancia

De acuerdo con la UNICEF, la primera infancia comprende hasta los cinco años de vida. Es una etapa de suma importancia para el desarrollo infantil dado que en ésta se promueven importantes aprendizajes que les permiten interactuar y comprender el mundo que los rodea, por lo que la estimulación emocional e intelectual por parte de los padres y otros adultos, a través de acercamientos como el proceso de amamantamiento, el juego, los mimos, la palabra cotidiana, los cuentos y canciones, son elementos fundamentales que ayudarán en el desarrollo de su cerebro y en la adquisición de seguridad y autonomía, así como en los procesos de construcción de capacidades y de personalidad.⁴

Se trata por lo tanto de un período fundamental para su desenvolvimiento físico y psicológico. En este ciclo de vida, la vulnerabilidad a factores de riesgo para crecer y desarrollarse de manera deficiente por causa de desnutrición y a sufrir maltrato y/o falta de afecto, por sus padres o cuidadores, son mayores que en otras etapas de la vida.⁴

3.2 Significado, percepción y creencias de la boca y la salud bucal

3.2.1 Significado psicológico de la boca

Es a principios de la primera infancia en donde se inicia la fase oral descrita por Freud, quien asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona, ya que la boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia de sí mismo. De acuerdo con el autor, esta fase dura

aproximadamente hasta el año y medio de edad y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de conocimiento del mundo externo.⁵

La boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gusto al mundo que nos rodea. La boca provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito, llevando toda esta actividad oral a las primeras percepciones de sí mismo.⁵

Debido a las necesidades cubiertas en esta etapa, resulta relevante comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, dado que de alguna forma, en ella estamos íntegramente representados y se devela nuestra intimidad. Es decir, en la boca está representado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el interior y exterior, constituyendo un elemento de intercambio con el mundo externo (la alimentación, el habla, y el gusto, entre otros). Por lo mismo, es comprensible la dificultad que representa para las personas el exponer esta zona del cuerpo (tan íntima), a otra persona. Circunstancia, que se presenta con mayor impacto en la interacción con el odontólogo, quien en la mayoría de los casos, como desconocido, realiza intervenciones que, tanto objetiva como subjetivamente, implican una forma de agresión. No sólo es el daño físico, es la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.⁵

Por lo anterior, la visita al cirujano dentista, es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, lo cual puede explicar que la mayoría de los pacientes deje de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente, que tal conducta atenta contra la salud bucal de esas personas, la manipulación de la zona bucal, por parte del dentista,

despierta en los pacientes diversos grados de aprehensiones y ansiedades. Tan es así que, es habitual que las personas señalen que la visita al dentista, es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.⁵

No está clara la razón por la cual, el miedo a la atención odontológica es tan frecuente en la población, sin embargo, la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que cada individuo le otorga a su boca.⁵

En este sentido por medio de comentarios y creencias la sociedad influye de manera significativa en el individuo.

3.2.2 Creencias

Como se mencionó, el aprendizaje también proviene del entorno social, este influye de dos formas: positiva o negativamente, en el caso de la odontología hay una tendencia hacia lo negativo, debido a las creencias erróneas que las personas tienen respecto al servicio-beneficio que esta área de salud les provee, aunado a la falta de compromiso para atender su salud bucal, poniendo barreras para no hacerlo como son las siguientes: “tengo miedo, no me gusta, no tengo dinero, no me duele nada, no tengo tiempo”.

Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana. La cultura es todo el complejo que comprende conocimiento, creencias, arte, derechos, costumbres, así como otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad, las cuales, se basan en la información o conocimiento actual que una persona tiene acerca de un tema o acción, están influenciadas por valores, actitudes, instintos e influencias de las normas sociales de la persona.⁶ Estas se desarrollan, transmiten y

mantienen a través de las experiencias del grupo social que las practica, por lo cual, tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto familiar y social, en el cual el individuo está inserto.⁷

Respecto a la salud bucal, se han identificado en mayor medida las siguientes creencias:

“Por cada hijo se pierde un diente”

“En el embarazo pierdes calcio y los dientes se aflojan”

“Para el dolor de muela coloca una pequeña cantidad de esencia de clavo directamente sobre la muela afectada o poner un trozo de aspirina en la parte de la muela donde se sienta dolor”

“Si te pasas la lengua por el diente que apenas está saliendo te va a salir chueco”

“Los dientes son amarillos porque no te los lavas”

“Una compresa caliente sumergida en agua con manzanilla puesta sobre la mejilla quita el dolor de dientes”

“Los bracketts hacen los dientes más sensibles”

3.2.3 Percepción

La percepción se define como “el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno”. En tal sentido, las creencias y experiencias a la que se exponen las personas, son factores que en gran medida influyen en la percepción respecto a la salud bucal.⁸

La percepción sobre la salud bucal aparece mediada por la cultura a la que pertenezca el receptor. En este entorno, se fomentarán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado oral, los tratamientos que se habrán de proveer, las personas a quien acudir para solicitar ayuda, los deberes de cada quien al respecto y la evaluación que se haga del servicio profesional.⁸

A partir de la información utilizada se podría plantear que la salud bucal no es percibida realmente como un problema grave, más bien parece apreciarse como algo secundario, que no requiere mayor atención y únicamente merece preocupación cuando éste afecta de algún modo su vida cotidiana. Esta actitud, puede influir para que no se promueva la prevención a nivel bucodental por parte de la gente.⁸

Particularmente en niños, los padres suelen ser los principales encargados de tomar decisiones sobre asuntos que afecten o beneficien su salud. Ellos junto con el odontólogo, desempeñan un papel clave en la salud oral de los niños pequeños.⁸

Enfatizando el papel central de los padres para garantizar el bienestar de los niños pequeños, es importante explorar sus percepciones acerca de la salud oral de sus hijos. Estas percepciones pueden ayudar a la comunidad

odontológica a entender algunas de las razones por las cuales los niños no reciben la atención dental necesaria. Estas consideraciones son especialmente importantes para los niños en edad preescolar, debido a su incapacidad para verbalizar sus emociones.⁹

Cuando se pregunta a las madres, de niños menores de cinco años, sobre la salud bucal, usualmente reconocen su importancia, sin embargo, para ellas no son tan graves los problemas orales como otras enfermedades.⁸

La mayoría de los padres tienen una concepción errónea acerca de los dientes temporales, por lo que restan importancia al considerarlos dientes que se exfolian, y sólo los atienden cuando estos representan un problema en el estado de salud del niño, expresado con dolor o incapacidad para comer.

Es importante para quienes realizan programas de salud oral en distintas poblaciones, identificar y analizar sistemáticamente las percepciones que usuarios de los servicios de odontología tienen respecto a la salud bucal, la importancia del cuidado bucodental en comparación con el resto del cuerpo y las interpretaciones que envuelven a elementos involucrados en la higiene bucal, como la pasta, el hilo y el cepillo dental. El desconocer la opinión del común de la gente impide entender posibles obstáculos para el desarrollo de los programas e, incluso, podría afectar tanto las relaciones de educadores y habitantes como el uso y aceptación de ciertas instituciones que velan por la salud general de las poblaciones.⁸

3.3. Salud Bucal

Con respecto a la salud, es importante destacar que los individuos tienen ideas diferentes de lo que significa estar saludable; en consecuencia es

importante explorar este significado, tanto para los individuos como para el profesional de la salud. Las ideas de “estar saludable”, varían enormemente de una persona a otra, y están afectadas por experiencias, conocimientos, valores, expectativas, estilos de vida y situaciones presentes.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como “*el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia*”. El tener salud, entonces, se convierte en un recurso para poder llevar a término otros objetivos en la vida, permite a las personas mantener una vida individual, social y económicamente activa, aunque ésta posee condicionantes relacionados a factores sociales, económicos y culturales, entorno físico y estilos de vida.¹⁰

Respecto a la salud bucal, este organismo la define como “*un estándar de los tejidos orales y relacionados, que permite que un individuo coma, hable, socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye al bienestar general*”, por lo tanto la salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desenvuelve. Un equilibrio completo, es posible, con un estado bucal saludable, el bienestar y la confianza en un individuo, requieren de una boca sana y cuidada, que facilite la realización de actividades de la vida diaria.¹⁰

Entonces, cabe suponer que, un individuo con algún problema de salud bucal, no puede considerarse sano, dado que si ésta se encuentra deteriorada puede afectar a otros sistemas y funciones de nuestro organismo, además de complicar las enfermedades existentes. Es primordial que la población tome conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como las medidas preventivas que puede realizar para evitar las enfermedades bucales más frecuentes. La prevención de los

problemas de salud, es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante la adopción de medidas simples realizadas en el hogar, jardín de niños, escuela y trabajo.¹⁰

La salud de los niños, como un derecho constitucional, se precisa en el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en el cual se establecen las medidas apropiadas que adoptarán los Estados para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria necesarias para ellos, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud, asegurando que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de salud y nutrición, así como las ventajas de la lactancia materna, la higiene, las medidas de prevención, el acceso a la información pertinente, para efecto de recibir apoyo en la aplicación de esos conocimientos.¹¹

Los niños durante los primeros años de vida pasan la mayor parte de su tiempo con la madre, en segundo lugar con el padre y otros familiares. Los padres son los principales agentes educadores en los primeros años de vida, ellos les enseñan, directa o indirectamente, los hábitos y conductas saludables en una etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será para el futuro. Los niños no toman las decisiones sobre su salud, esta responsabilidad recae sobre sus padres y cuidadores, siendo ellos quienes brindan un cuidado adecuado o deficiente.¹⁹

3.3.1 Educación para la Salud

En cuanto a la educación para la salud oral, los odontólogos somos los principales educadores, en nuestras manos esta brindar las herramientas y conocimientos necesarios para que las personas tengan una óptima salud bucal.

La Organización Mundial de la Salud, define la educación para la salud como “*el proceso planeado y manejado de investigación para lograr mejorar la salud en una población*”. La educación para la salud, está diseñada para ampliar el conocimiento de la población en esta materia, para desarrollar las habilidades personales que la promueven, no solamente en el campo de las conductas personales sino en el campo de la conciencia, para ello, tiene que partir del nivel de conocimientos formales o informales (opiniones, creencias y representaciones sociales, entre otras.) que tienen las personas. En este contexto, es de vital importancia fomentar el auto-cuidado de la salud en la población, de modo que el paciente y la comunidad, asuman un papel activo como agentes de cambio es su propia situación de salud.⁶

En el ámbito de la salud bucal, persiste un alto índice de problemas odontológicos en todos los grupos etáreos, si bien éstos no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas.¹⁰

Así como la educación para la salud es fundamental para la salud bucal, también lo es la promoción de la misma, estos dos conceptos van de la mano, pues no hay educación sin promoción.

3.3.2 Promoción para la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la promoción para la salud como “*el proceso planeado y dirigido a fomentar y apoyar las mejoras en la salud de una población, de manera distinta de la provisión de los servicios al cuidado de la salud*”. Ante este compromiso, la promoción de la salud, consiste en proporcionar a los pueblos, medios necesarios para mejorar su estado de salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Como sabemos, los recursos básicos para la salud son: los ingresos, la vivienda, la alimentación, la educación y la recreación. Para mejorarla, se requiere

alcanzar un nivel satisfactorio de éstos, pero ello, supone disponer de información y habilidades personales que influyan sobre los factores que la determinan.¹²

En cuanto a la promoción para la salud bucal, el odontólogo debe ser el principal promotor, él es parte fundamental en la prevención de enfermedades orales, puesto que es el especialista en esta área y sus propósitos deben ser: informar, educar y transmitir conocimientos acerca de la salud bucal y medidas preventivas. La OMS ha sugerido que la promoción y educación para la salud, debe salir de los consultorios odontológicos y concentrarse en diseñar estrategias comunitarias, en el lugar donde las personas pasan la mayor parte del tiempo.¹³

En la actualidad es difícil llevar a cabo una promoción y educación para la salud adecuada en los niños. Esta situación se debe, a que los médicos, al convertirse en los primeros profesionales de la salud que entran en contacto con los padres, ya sea porque están esperando un bebé o son padres de bebés o niños pequeños, son los responsables de la promoción de la salud. Sin embargo, debido a su perfil, esta necesidad no se cubre, por lo que resulta necesario que los médicos estén atentos e informados con respecto a las necesidades preventivas que van a determinar la salud bucal de los niños, para que sean un eslabón entre la familia y el odontólogo, alertando sobre la necesidad de una visita temprana al consultorio dental para que reciban instrucciones referentes a los hábitos de higiene y dieta adecuados para la salud bucal del niño.¹⁴

Por otro lado tampoco podemos olvidar el papel de los medios de comunicación, ya que los niños pasan en promedio cinco horas viendo la televisión y siendo estimulados para consumir alimentos de bajo valor

nutritivo y valor social elevado. A pesar de que algunas familias ya posean buenos patrones alimentarios, frecuentemente la elección del tipo de alimento es basada en los que los medios de comunicación recomiendan. El avance de la tecnología alimentaria combinada con la propaganda masiva ha llevado a un cambio del alimento preparado en casa para el diseminado y creciente uso de alimentos procesados y comida rápida. De esta manera, los profesionales de la salud necesitan conocer la capacidad de la propaganda persuasiva, que representa una de las barreras de la educación en la salud. Hay indicios de que la fuerza de la propaganda con frecuentes inserciones de sofisticados anuncios para promover la venta de productos como cepillos de dientes y dentífricos, en las horas donde hay mayor audiencia, impacta para la elevación de los niveles de higiene bucal.¹⁴

Un punto principal y muy importante en la educación y promoción para la salud bucal es la higiene oral, esta nos dará la pauta para desarrollar o evitar problemas futuros.

3.3.3. Higiene Bucal

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.⁶

Por su parte, la higiene bucal es la aplicación de técnicas de limpieza que los individuos llevan a cabo para lograr y mantener un estado bucal saludable. El cepillado dental representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca, su objetivo, es remover la biopelícula que se forma sobre los dientes y encías, a modo de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas

de los dientes e inflamen las encías. Para que el cepillado cumpla su objetivo, debe ser bien realizado. A algunos adultos les cuesta trabajo llevar a cabo una técnica de cepillado adecuada, por lo tanto en niños pequeños es aún más difícil y complicado, pues la capacidad de manejar sus manos y efectuar movimientos delicados y de precisión se adquiere con los años, a medida que crecen, se facilita la tarea de barrido mecánico que se hace con el cepillo de dientes.¹⁵

La limpieza de la cavidad bucal debe comenzar desde el nacimiento. En esa etapa se limpian con una gasa, suave y húmeda, las encías, carrillos y lengua del bebé, después de ser amamantado. Al salir los primeros dientes ya pueden utilizarse dedales con cepillito integrado o, en su momento, un cepillo de cerdas cortas y muy suaves para limpiarlos después de ingerir alimentos líquidos o sólidos. En niños pequeños y en edad preescolar, se empieza enseñándoles a usar el cepillo dental cuando tienen cerca de 2 años. Por lo general, los niños pequeños quieren tomar el cepillo dental y participar en el cepillado de los dientes, pero no tienen suficiente control motor y necesitan ayuda de sus padres. De igual forma los niños en edad escolar tienen que ser supervisados y ayudados hasta los 8 años aproximadamente, ya que a esta edad la mayoría de los niños adquieren mayores habilidades motoras como amarrarse los cordones de los zapatos o vestirse completamente solos.¹⁶

Existen varias técnicas de cepillado, pero más que éstas, lo importante es la minuciosidad y el cuidado con el que se realiza el mismo, aunque está claro que hay casos en que debido a determinadas patologías, o factores, como la falta de cooperación o la falta de destreza manual se recomienda una técnica determinada.

Es importante, en todas las técnicas seguir un orden, el cual deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. Para enseñar a la gente a cepillarse debemos fomentarle este hábito higiénico en la siguiente secuencia: cepillar por la parte externa la mitad superior derecha, y la mitad superior izquierda; posteriormente la mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha. Se sigue el mismo orden por la parte interna, a continuación, las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcta debe durar entre 2-3 minutos.¹⁶

Cuando el niño, ya tiene todos los dientes temporales en su boca, se puede incorporar el uso de la pasta de dientes con fines de protección contra la caries. El dentífrico es un elemento de apoyo al cepillado, pues contiene elementos que pulen y ayudan a eliminar pigmentos, además de esto, el fluoruro que contiene la mayoría de las pastas de uso habitual, es un elemento protector contra las caries dentales.¹⁵

De la misma manera, es importante la aplicación de pastas dentales fluoruradas, para mantener niveles bajos y constantes de fluoruro en la boca. Éstas se utilizan según la edad del paciente, pues las concentraciones existentes en el mercado varían de acuerdo a la población a la que están destinadas, y a las necesidades de las personas, de lo cual dependerá la cantidad y frecuencia de uso.¹⁵

Para niños entre 0 y 2 años, se recomienda iniciar el cepillado sin pasta y con el cepillo seco, desde que erupcionan los primeros dientes temporales, de modo de crear el hábito de limpieza y remover los restos de alimento y la biopelícula.¹⁵

Para niños entre 3 y 6 años, se sugiere el uso de pastas dentales fluoruradas de 500 ppm (partes por millón), bajo la supervisión de un adulto responsable, verificando en el envase la concentración de flúor, en una frecuencia mínima de 2 veces diarias. La cantidad de pasta a usar, aproximadamente 0.5 gramos, corresponde al tamaño de un chícharo, esto se debe a que los niños pequeños no controlan lo que tragan, y en general, las pastas de dientes de uso infantil tienen colores y sabores atractivos que estimulan su ingesta. Por ello, es recomendable que la dispensación y el cepillado lo realice el adulto, dado que el niño aún no posee la capacidad motora fina para ejecutarlo eficientemente.¹⁵

En el caso de niños de 6 años en adelante, se recomienda el uso de pastas dentales fluoruradas de 1,000 ó 1,500 ppm de flúor, en una frecuencia de 2 veces diarias. La mayoría de las ocasiones los padres desconocen la diferencia entre una y otra.¹⁵

3.4. Caries dental

Una deficiente o nula higiene oral, puede llegar a generar la enfermedad más común y prevalente en boca, la caries dental. Ésta se presenta con mayor frecuencia en la infancia, pues es la etapa donde se consumen más alimentos cariogénicos y hay poca higiene. Aunque también depende de otros factores como lo son las bacterias, así como la resistencia inmunológica y dental de cada persona.

La Organización Mundial de la Salud, ha estimado que del 60 al 90% de los niños en edad escolar, están afectados por esta enfermedad, habiendo un aumento directamente proporcional con el incremento de la edad.¹⁷

La caries dental infantil, de acuerdo con la encuesta nacional realizada por la Secretaría de Salud en 2001, es un problema que se agrava en el intervalo de edad de 6 a 10 años, al identificar que el 74% de los infantes padece esta enfermedad. Esto se atribuye en gran medida a los hábitos de alimentación y a la falta de higiene bucal. La dieta depende exclusivamente de los padres, y el niño va a ingerir los alimentos ofrecidos por sus responsables, a partir de ahí establece sus hábitos dietéticos.¹⁴ Asimismo, se suman la limitada información sobre los cuidados de la salud bucal, la poca educación en el tema y la falta de cultura de prevención en la población; además, la caries dental, a pesar de ser un problema de salud pública, no es tratada como tal, se cree erróneamente que por ser dientes temporales no hay peligro de caries, sin embargo, ésta se presenta tanto en dentición primaria como permanente. El peligro de padecerla no depende del tipo de dentición, sino de los factores de riesgo a los que está expuesta.¹⁸

Todo el proceso que lleva a la conformación de cavidades en los dientes, se inicia con la formación de ácidos producidos por las bacterias que componen la biopelícula, a partir de los azúcares consumidos en la dieta, si a estos ácidos, se les da la oportunidad de actuar por períodos largos de tiempo, no realizando ninguna acción que contrarreste su efecto, atacarán al esmalte de los dientes, iniciándose así la caries, que es una lesión irreversible. En la medida que más se ingieren alimentos, fuera de los horarios habituales, mayores son las posibilidades de que las bacterias produzcan ácidos que debiliten los dientes, dando como resultado la lesión cariosa, que se ve a simple vista.¹⁰

Se ha mencionado que los padres no le dan importancia a los dientes temporales, pero cuando un niño presenta problemas graves causados principalmente por caries como pueden ser, una infección, inflamación, y

dolor, entre otros, los padres lo toman con seriedad, y el valor que le dan ahora a la salud bucal de sus hijos cambia. Asimismo, es importante mencionar que debido a la vinculación de esta enfermedad con la salud general de la persona, su presencia afecta la calidad de vida.

3.5 Calidad de Vida

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. Consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien". En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a lo relacionado con la salud, el impacto que tiene una enfermedad en el estado físico y emocional de una persona.²⁰

La salud bucal puede verse alterada por diversas enfermedades, siendo la más común, la caries dental. En niños pequeños, este padecimiento, además de ocasionar dolor e infección local, puede tener complicaciones en el estado de salud general, porque los niños con caries, pueden verse afectados en su peso corporal, e incluso esconder una malnutrición, por las dificultades que tienen para alimentarse, de modo que una de las funciones básicas de la boca no puede realizarse adecuadamente. Además de estos problemas, tampoco se ve favorecido el contacto social en algunos de los niños, pues se avergüenzan al sonreír por el compromiso estético que implica tener los dientes dañados. Desde esta perspectiva, la falta de salud bucal, puede afectar la calidad de vida de los niños, como también la de sus padres.¹⁵

Asimismo, en este grupo de edad, es importante considerar las percepciones de los padres, puesto que de ello dependerá la prevención de las enfermedades, y la búsqueda de tratamiento, debido a que los niños de la primera infancia no verbalizan bien lo que sienten, y cómo les afecta

emocionalmente un problema dental, aumentando su dependencia de los adultos.¹⁵

Pese a que los problemas de salud bucal, habitualmente, no son severos, sí son prevalentes, por lo que podemos concluir que los niños afectados por alguna patología bucal, tienen, en alguna medida, comprometida su calidad de vida, aunque los adultos, desde su mirada, no lo perciban como tal. De esta manera, es importante valorar la prevención en la salud bucal, no solamente como una forma de evitar un daño localizado, y funcional; sino también como una herramienta de equidad, que fomente el completo desarrollo de las potencialidades de los pequeños.¹⁵

4. Planteamiento del Problema

Culturalmente, la mayoría de las personas no le dan la importancia debida a la salud bucal, desconocen la relación que tiene la boca con el resto del cuerpo, por lo general la dejan en segundo plano, y sólo es atendida cuando representa un problema. Este tipo de actitud puede ser desarrollada por varios factores, como son la percepción, el significado, las creencias, y el conocimiento, entre otros que las personas tienen acerca de la boca y la salud de la misma.

Asimismo, debido a que la percepción y el significado que los individuos tienen en cuanto a la salud bucal son generalmente, es importante que en la atención de los pacientes sean tomados en cuenta, ya que pueden influir en la actitud de los padres y cuidadores de los niños manera positiva o negativa en la toma de decisiones respecto a la salud bucal de los niños. El papel que asumen los responsables de la salud bucal es fundamental en esta etapa de desarrollo, pues son el ejemplo a seguir del niño, quien adoptará, sus hábitos, costumbres y conductas, por lo tanto resulta esencial que conozcan y comprendan el impacto que tiene el fomento de actitudes preventivas, para que les brinden una adecuada educación para la salud bucal.

Las investigaciones sobre las percepciones de la salud bucal se han centrado en niños de edad escolar y adultos, pocos son los estudios que han informado respecto a la percepción de los padres acerca de la salud oral de los niños menores de seis años. La percepción de los padres en cuanto a la salud bucal de sus hijos puede ayudar a la odontología a superar barreras, puesto que el desconocer la opinión común de éstos impide entender posibles obstáculos para la salud bucal.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores influyen en la percepción de padres y cuidadores, de niños de la primera infancia y qué tanto afectan o benefician la salud bucal de los mismos?

5. Justificación

Es de vital importancia conocer la percepción y significado que tienen los padres y cuidadores, con respecto a la salud bucal de niños de la primera infancia, por qué muchos de ellos no reciben la atención bucal necesaria.

El presente trabajo pretende hacer una revisión somera respecto a dos aspectos subjetivos del pensamiento, y conocer si estos influyen o no en la toma de decisiones, en cuanto a la salud bucal, y así aportar algo nuevo a la odontología, brindando una nueva perspectiva para el desarrollo de programas de salud bucal, basados en las necesidades de las personas que desde su punto de vista requieren.

6. Objetivos

Objetivo General

Identificar la percepción y el significado que tienen los padres y cuidadores acerca de la salud bucal de los niños de la primera infancia.

Objetivos Específicos

Identificar la importancia que los padres y cuidadores le dan a la salud bucal de los niños de la primera infancia.

Identificar si factores como la actitud, valores, creencias y consejos, contribuyen en el mantenimiento de un estado bucal saludable.

Determinar si los padres y cuidadores cuentan con la información y herramientas necesarias para el cuidado de la salud bucal en los niños.

7. Material y métodos

Este estudio se llevó a cabo en la Delegación Coyoacán, perteneciente al Distrito Federal.

Para la realización de este estudio se contó con la participación de residentes de ésta delegación, que tuvieran niños de la primera infancia.

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo apoyado en la metodología fenomenológica.

7.2 Muestra

El universo de estudio lo constituyeron padres y/o cuidadores que tuvieran bajo su responsabilidad niños de 0 a 5 años.

El tamaño de muestra se definió por saturación teórica y quedó conformada por 13 entrevistas.

7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de Inclusión

Personas:

- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que cuidaran niños de la primera infancia.
- Con disposición para ser entrevistados.
- Con capacidad de hablar sobre sus experiencias.

7.3.2 Criterios de exclusión

Personas que:

- No hablen español.
- Tengan niños mayores a 5 años.

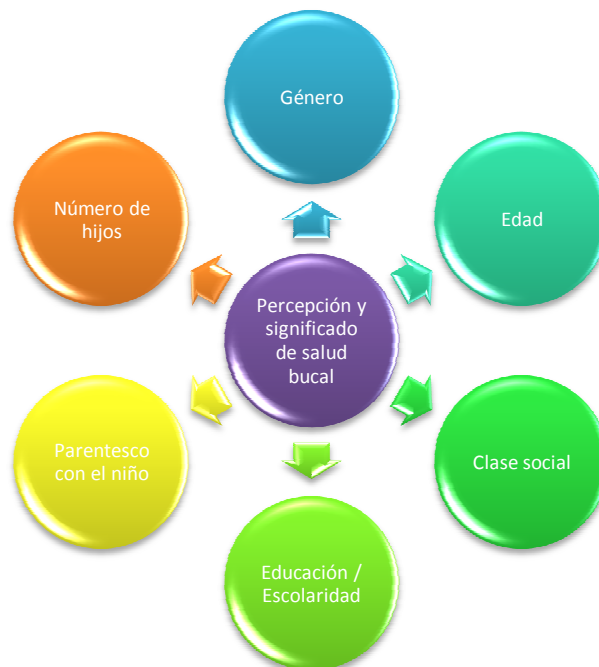
7.3.3 Criterios de eliminación

- Personas que no hayan terminado la entrevista.

7.4 Variables

- Género.
- Edad.
- Clase social.
- Educación.
- Parentesco con el niño.
- Número de hijos.

7.5 Modelo Teórico



7.6 Recursos

7.6.1 Recursos Humanos

- Tutora de la tesina.
- Asesor de la tesina.
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Personas entrevistadas.

7.6.2 Recursos Materiales

- Grabadora de voz Sony ICD-P620.
- Computadora Notebook Acer Aspire.
- Impresora HP Photosmart C5280.
- Papel.

7.6.3 Recursos Financieros

- A cargo de la pasante de Cirujano Dentista.

7.7 Procedimiento

La realización de este trabajo se hizo con base en encuestas hechas a padres y cuidadores de niños de la primera infancia. Ésta actividad se llevó a cabo durante dos semanas, de 15:00 a 17:00 hrs, aunque resulta importante mencionar que la selección de las personas se basó en aquellas que tuvieran niños que entraran dentro del intervalo de edad establecida, que fue de 0 a 5 años, que tuvieran el tiempo y la disposición para realizar la entrevista.

Se le dio una breve explicación a cada persona entrevistada, acerca de lo que trata el estudio, sin mencionarle la carrera y la profesión del

entrevistador, puesto que al saberlo, pudieran cambiar sus percepciones en cuanto al tema y de esta manera alterar sus respuestas.

Para la aplicación de la entrevista se usó una grabadora de voz Sony ICD-P620, la cual se colocó en un punto intermedio entre las dos personas, al término de la misma, se les agradeció su participación a los entrevistados.

La información se capturó en una notebook marca Acer Aspire One, con procesador Intel Atom, transcribiendo en el procesador de textos Word 2010 cada una de las entrevistas, para su futuro análisis.

7.7 Aspectos Éticos

Para el desarrollo de este estudio se tomaron en cuenta los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, considerándose los puntos:

“...10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad”...²

8. Resultados

Se aplicaron 15 entrevistas de las cuales solo se conservaron 13 que cumplieron con los criterios de inclusión, diez fueron mujeres y 3 hombres, la edad promedio fue de 33.5 años, con respecto a la escolaridad dos refirieron tener solo la primaria, dos la secundaria, cuatro bachillerato incompleto, tres carrera técnica y dos licenciatura. Con respecto al estado civil ocho estaban casados, cuatro solteros y uno en unión libre.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de trece residentes de la Delegación Coyoacán.

Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	N° de Hijos
47	F	Primaria	Hogar	Casada	4
43	F	Carrera técnica	Comerciante	Casada	3
21	F	Bachillerato incompleto	Comerciante	Unión Libre	2
24	F	Bachillerato Incompleto	Comerciante	Casada	1
31	M	Licenciatura	Empleado	Casado	1
23	F	Bachillerato Incompleto	Empleada	Casada	1
36	M	Licenciatura	Empleado	Soltero	1
42	F	Secundaria	Comerciante	Casada	2
22	F	Primaria	Comerciante	Soltera	2
22	F	Secundaria	Empleada	Soltera	1
37	F	Carrera técnica	Comerciante	Casada	3
25	F	Bachillerato Incompleto	Comerciante	Soltera	1
63	M	Carrera técnica	Jubilado	Casado	4

Fuente: Directa Promedio de: 33.5 años (21 a 63 años)

La entrevista consistió en 20 preguntas, las cuales tenían la flexibilidad para ser ampliadas al momento de su aplicación.

Después de obtener algunos datos personales, se procedió a realizar la primer pregunta, relacionada con el **“significado de salud bucal”**, la cual se planteó de la siguiente manera: ¿Qué entiende por salud bucal o la salud de la boca?, las respuestas de la mayoría de los entrevistados, coincidieron en que es importante tener todos los dientes sanos y sin enfermedad alguna, otros dijeron que es fundamental en la presentación del niño, además que los dientes eran esenciales en el proceso de la alimentación. Por otra parte, se mencionó evitar experiencias desagradables con el dentista, mismas que los entrevistados dijeron haber vivido. El factor económico también fue expuesto, pues según su sentir, los costos de un tratamiento dental son muy elevados e incluso algunos mencionaron que la salud bucal tiene relación con la higiene del niño.

- *MEVI: “Para mí la salud bucal significa que tengan una buena limpieza porque si el niño no tiene una buena higiene, a todos sus dientes se le van formando caries, al niño hay que enseñarle a cepillarse después de su desayuno, comida y cena”.*
- *NCM: “Es importante que tenga la boca sana, porque yo padecí de algunos problemas bucales y tengo varias cirugías en la boca es muy doloroso y no quiero que el pase lo mismo”.*
- *SPC: “Para mi tiene mucha importancia la boca de mi hija porque al rato el dentista sale muy caro, son muy careros”.*
- *BGR: “A los dientes de mi hijo le doy muchísima importancia es la sonrisa que va a dar y debe tener sus dientes sanos”.*

Se preguntó la edad que consideraban pertinente para llevar al niño al dentista, la mayoría contestó que entre los 2 y 3 años, porque a estas edades ya cuentan con todos sus dientes y es más fácil la detección de problemas futuros.

- *BCG: “A temprana edad, como a los 3 años para ver cómo va el funcionamiento de sus dientes, como va su crecimiento, si salen chuecos y cosas por el estilo”.*
- *ADL: “Entre más pequeño mejor ¿no?, porque como tienen dientes de leche pueden heredar algunas situaciones de los padres, yo considero que a los 3 años es conveniente que los lleven al dentista”.*
- *MAD: “Desde los 2 años creo yo, si ya tiene todos los dientes completos, pues desde que tiene todos sus dientes”.*

En relación con esta última, se les realizó la siguiente: ¿Ha llevado al niño al dentista?, casi todos los entrevistados contestaron que no, se les preguntó el ¿por qué? siendo que en algunos casos sus niños superaban la edad que consideraban “adecuada” para ir al dentista, varios coincidieron que los niños aún no presentaban algún problema en la boca.

- *JDV: “A pues porque no tiene ningún problema en su boca, no le duele nada”.*
- *OAL: “Pues yo siempre los llevo hasta después de que mudan como a los 8 o 9 años o hasta que les duela un diente o una muela, como los dientes de leche se le van a caer, los que si hay que cuidar son los que se le van a quedar para toda su vida”.*

- *ADL: “No porque el pediatra ha dicho de que por el momento está bien, pero que si presenta algún problema como dolor la llevemos”.*

Aquellos que contestaron afirmativamente, habían llevado a los niños al dentista porque éstos presentaban “**problemas bucales**”, los cuales nos introducen al siguiente tema.

Se les preguntó el tipo de problema por el cual habían llevado a los niños al dentista, entre los que destacaron dolor, halitosis y estética, éstos afectaban objetiva y subjetivamente el estado de salud bucal de los niños, razón suficiente para que decidieran llevarlos a consulta.

- *BGR: “Tiene todos los dientes podridos, pienso que pudo haber sido el medicamento o la mamila”.*
- *MEVI: “Además inclusive de la misma caries se le veían que se le iban separando sus dientitos como que la caries se iba comiendo sus dientitos lo negrito de sus dientes iba avanzando y hasta su pediatra le dijo que tenía que llevarlo al dentista”.*
- *DLJN: “Bueno por lo que a mí me comentaron sus papas y yo me pude dar cuenta el niño tenía un poquito de mal aliento entonces ya cuando el niño se empezó a quejar es cuando lo llevaron con el dentista”.*
- *OAL: “Lo llevé al dentista porque sus dientes se veían como carcomidos así como un hueso cuando se descalcifica”.*

Es importante mencionar, que algunos de los problemas bucales existentes en niños, pueden afectar de manera simultánea su calidad de vida, refiriéndonos con esto a la imposibilidad de dormir o comer cuando hay dolor, de sonreír cuando hay piezas faltantes o bastante desgastadas, lo cual se refleja en su alimentación y autoestima.

- *MEVI: “Mis dos hijos se burlaban de él porque le olía la boca, le apestaba su hociquito hediondo, decían y pues el niño se enojaba y les empezaba a pegar”.*
- *BGR: “Él no podía comer, ni dormir le dábamos medicamento para el dolor”.*
- *DLJN : “Ahorita le da pena porque luego le hacen burla de que le faltan dientes y al morder muerde de lado o usa los colmillos porque no tiene los de enfrente muerde muy chistoso mastica”.*

Asimismo, se les preguntó si conocían alguna enfermedad de la boca, todos coincidieron con la caries, aunque algunos no la consideran como enfermedad. Los entrevistados identifican una caries visualmente, ellos dicen que se observan puntos negros los cuales indican que el diente esta cariado, esta forma de detección es la más común y evidente para cualquier persona teniendo o no conocimientos relacionados con este tipo de padecimiento. Al cuestionarlos respecto a ¿Por qué creían que se desencadenaba este problema?, mencionaron que había una relación estrecha entre la caries y el consumo de dulces, lo cual indica una alimentación rica en carbohidratos.

- *BCGE: “La caries, sé que se pone negro el diente se pudre y pues aparece por comer tantos dulces”.*

- *ADL: “Todos nuestros dientes están cubiertos de porcelana yo lo entiendo así y en la medida que nosotros vamos tomando refresco, cigarro, alcohol, todo eso nos va afectando, si no tenemos un aseo de la boca y no la lavamos, con el tiempo afecta. En un niño puede aparecer por falta de aseo y come muchos dulces, toma mucho refresco eso nos afecta”.*

Respecto al tipo de “**alimentación**”, todas las personas externaron su interés por brindarles una alimentación lo más balanceada posible, que consta de sopa, guisados (de carne, pollo o pescado), verduras, frutas, pan, leche y cereales, entre otros, pero también incluyen en su dieta diaria los dulces, algunos en mayor cantidad que otros.

- *MICS: “En la mañana: leche, pan, en la tarde: sopa, el guisado, agua, en la noche: su leche, y en el transcurso del día pues sus dulcecitos, porque también come dulces”.*
- *SPC: “Pues en la mañana: leche, pan y una fruta, en la tarde: una comida, sopa, arroz y algún guisado. Llegando a la casa solo come sopa y dulces”.*
- *BGR: “Come muchos chocolates, le encantan los chocolates”.*

Por otro lado, cabe mencionar que muchos de los niños toman o tomaron biberón a edades avanzadas, a la mayoría se les ha dado para dormir y a otros porque lo piden, sin embargo, muchos de los entrevistados confirmaron agregar algún tipo de endulzante para mejorar su sabor, la mayoría de estos niños han tenido algún problema bucal.

- *MEVI: “Ya son muy pocas veces que toma mamila, ya les dan en taza pero en ocasiones si pide su mamila y pues se la doy para que no esté llorando”.*
- *MFH: “Si toma mamila en el día muy poquita, pero sobre todo cuando se va a dormir”.*
- *BGR: “Mi hijo dejo la mamila hasta los tres años y medio, yo creo que por eso se le pudrieron sus dientes, además le ponía choco milk para nutrirlos”.*

Como se mencionó, los padres y cuidadores dan leche endulzada a los niños para dormir, se les cuestionó si llevaban algún método de **“higiene bucal”** con los mismos, hubo uniformidad en las respuestas, y todos contestaron afirmativamente, siendo el cepillado la respuesta más popular. Asimismo, hubo discrepancia en el número de veces, puesto que algunos contestaron que de 1 a 2 veces al día se llevaba a cabo, con mayor frecuencia en la mañana antes de que fueran a la escuela y por las noches cuando no se les olvidaba o aún no se durmieran. En los casos de los niños que padecieron problemas bucales y fueron llevados a consulta dental, lo realizaban 3 veces, debido a que tanto éstos como sus responsables (padres o cuidadores) no querían visitar nuevamente al dentista, por causa del costo del tratamiento y/o porque al niño le daba miedo.

- *OAL: “Procuró que el cepillado sea siempre en la mañana y en la noche, pero si se duerme o se me olvida ya no se los cepillo”.*
- *MEVI: “Ahora Daniel después de que lo llevaron con el dentista y le quitaron las caries se cepilla los dientes después de cada comida porque él sabe que si no lo hace va ir otra vez al dentista”.*

- *DLJN: “De hecho si ahorita estoy más con él, porque tiene que ser a fuerza, porque como me dijo el dentista tiene que ser mínimo 3 veces al día”.*

En cuanto a la técnica de cepillado empleada, algunos cepillan los dientes de los niños y otros dejan que ellos lo lleven a cabo, ésta última no es la mejor opción porque el infante aún no cuenta con la motricidad y habilidad suficiente para realizar un buen cepillado, motivo por el cual se planteó la siguiente pregunta ¿quién les enseñó la técnica que actualmente empleaban con los niños? Al respecto mencionaron que fue la técnica aprendida desde niños, obviamente enseñada por sus padres, siendo la siguiente: de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo, lo cual destaca la importancia que tienen los responsables de los niños como educadores y ejemplo para el desarrollo de sus hábitos y costumbres.

- *BCGH: “Se los cepilla el solo de atrás hacia adelante, como yo, bueno así me enseñó mi mamá”.*
- *JDV: “Pues es la que aplica uno los molares en forma circular y los dientes de arriba hacia abajo y al revés, así me enseñaron desde que era niño”.*

Otra pregunta que se hizo con relación al cepillado fue el uso de pasta dental, identificando todos los niños utilizan este aditamento de higiene, sólo que las respuestas se dividieron en dos grupos, los que utilizan pasta infantil y los que utilizan pasta para adultos, siendo que esta última no es la más apropiada para su etapa, dada la diferencia de concentración de fluoruro. Se les pregunto a los padres ¿Por qué razón escogieron esa pasta?, tanto la infantil como la de adulto, en la primera, la respuesta fue que se guiaron por el empaque, ya que éste cuenta con dibujos infantiles que a los niños les

llama la atención, además del sabor y olor que emanan, otros expusieron que a sus niños no les gusta “la otra” pasta porque les pica y no se cepillan los dientes, aunque los que la utilizan refirieron, que es la que hay en la casa y utiliza toda la familia.

- *NCM: “Porque la otra no le gusta dice que le pica y no se quiere cepillar los dientes”.*
- *SPC: “Porque tiene a las princesas a la niña le gustan y me la pide”.*
- *BGR: “De la fresca de la que utiliza la familia”.*
- *DLJN: “Pues porque es la única que hay y utiliza toda la familia aunque a él no le gusta mucho y por eso luego no se quiere lavar los dientes”.*

Se les realizó una pregunta respecto a la “**información**” recibida acerca del cuidado bucal de los niños pequeños (menores de 5 años), ya sea en forma de cartel, comercial, trípticos, etc., muchos contestaron que no habían visto alguno de éstos, ni tampoco les había sido proporcionada información por parte de doctores o en el centro de salud, que los conocimientos que algunos tenían eran por experiencias vividas, pero que en realidad nunca vieron algún tipo de propaganda sobre el cuidado bucal de los niños, que la mayoría de los comerciales e información va enfocada a gente adulta, como son los problemas en las encías, el blanqueamiento y la sensibilidad. Dijeron que no tenían acceso a los conocimientos básicos y necesarios, para que sus niños tuvieran una boca sana. Quienes llevaron a sus hijos a consulta, recibieron información errónea por parte del dentista, por lo cual requirieron una segunda opinión. Esto restó credibilidad a los profesionales de la salud bucal.

- *ADL: “Casi no los he visto eh, pero la publicidad que pegan las clínicas por ejemplo está más enfocada a personas adultas pero en niños casi no”.*
- *BCGR: “No nunca los he visto, ni siquiera cuando llevo a mi niño al doctor me dice nada de los dientes y pues llevarlo al dentista sale muy caro, la verdad es que nadie te explica”.*
- *OAL: “A mi hijo un medicamento le afecto sus dientes el esmalte, bueno eso fue lo que me dijo el doctor, bueno una dentista, ella me dijo que el medicamento era muy agresivo para sus dientes, me dijo que tuvo que haber sido una penicilina o algo así como un derivado de una penicilina, de hecho por eso lo lleve, porque yo pensé que estaban picados y no era nada de eso. Después lo lleve con otro dentista y me dijo que el medicamento no tenía nada que ver porque era para la sinusitis y no era penicilina, entonces ya no sé a quién creerle”.*
- *DLJN: “Él tuvo un problema de descalcificación con los dientes de enfrente, supuestamente el doctor me dijo eso, que por mis hábitos en el embarazo que yo estaba fumando y que no llevaba buena alimentación, porque él nació con dos dientes y se le quebraron, según por falta de calcio en los dientes, por eso mismo yo lleve a mi niño al dentista como al año y medio porque sus dientes se estaban como carcomiendo fui con varios dentistas y me dijeron que hasta los tres años, pero resulta que estaban equivocados se puede atender a los niños desde el año, eso me dijeron ahí en la UIC, en donde lo están atendiendo ahorita que ya tiene 4 años”.*

9. Conclusiones

La percepción de los padres y cuidadores respecto a la salud bucal, está vinculada, en muchos de los casos a las experiencias y costumbres adquiridas. La falta de información aunado a la carencia de cultura preventiva de la población respecto a la salud, dan como resultado un estado bucal deficiente, ya que la mayoría de las veces las personas sólo acuden a consulta cuando hay un problema y ésta interfiere con las actividades diarias. Situación que se acentúa aún más en la población infantil debido a que éstos son atendidos a petición de los padres, generalmente cuando experimentan dolor o su apariencia física se ve afectada.

En este contexto es más probable que las personas asistan al médico por un problema sistémico, que al dentista por un problema dental. Asimismo, debido a que los tratamientos dentales son muy caros, las personas normalmente demandan la atención dental cuando el problema bucodental es más severo, lo cual contribuye a incrementar los costos por la rehabilitación que implica, conducta que se mantiene debido a que desconocen los beneficios que pueden obtener a partir de medidas preventivas. Las personas aún no son conscientes que la prevención es la forma más económica de cuidar y mantener la salud; sin embargo pocas son las que cuentan con las herramientas e información necesaria para llevarla a cabo, dado que se ha observado que los profesionales brindan muy poca educación y promoción para la salud, enfocando su práctica odontológica a la rehabilitación.

Por otro lado, los medios de comunicación juegan un papel importante en la promoción de la salud bucal, con campañas publicitarias que hablan sobre el cuidado de la misma, solo que éstas van dirigidas en su mayoría a personas adultas y muy pocas al cuidado bucal en niños, esto reduce la posibilidad

para que las personas obtengan información acerca de los cuidados que se deben llevar a cabo en los niños.

Los resultados de este trabajo, nos permite tener una visión más amplia sobre el ¿por qué? los niños de la primera infancia no reciben la atención odontológica apropiada, y como la percepción de los padres y cuidadores contribuye en el estado de salud bucal de los mismos. Así mismo se pudo detectar que en la mayoría de los casos no cuentan con cuidados bucales adecuados, esto puede ser en gran medida a la falta de información que sus responsables tienen acerca del tema.

Dentro de las limitaciones, encontramos que, existen pocos estudios realizados en este tipo de población, debido a que la muestra fue muy pequeña, por lo tanto es poco significativa. Se propone que en las investigaciones posteriores se tomen en cuenta factores como la escolaridad y la situación socioeconómica, entre otros, para identificar como influyen éstos factores en el cuidado bucal infantil.

Finalmente como aportaciones se proponen el uso de la metodología cualitativa y la entrevista, los cuales son métodos eficaces para la obtención de información que haga evidente las necesidades y el sentir de la población hacía un tema, conociendo las deficiencias que el área odontológica tiene respecto a la educación y promoción para la salud en la comunidad y de esta forma, impulsar futuras investigaciones sobre esta temática.

10. Referencias

1. Márquez BML., Metodología cualitativa o la puerta de entrada de la emoción en la investigación científica. Universidad Veracruzana, liberabit 13: 53-56, 2007. Disponible en:
<http://www.scielo.org/pe/pdf/liber/v13n13/a06v13n13.pdf>
2. Rodríguez, G. Gil, G. García. Metodología De La Investigación Cualitativa. Capítulo IV. Málaga. Editorial Aljibe. 1996.
3. Rodríguez, G. Gil, G. García, Metodología De La Investigación Cualitativa. Capítulo II. Málaga, Editorial Aljibe, 1996.
4. Unicef. Primera Infancia. Revisado el día 6 de septiembre del 2010 a las 17:20 hrs. Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index.html>
5. Rojas AG, Misrachi LC. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av. Odontoestomatol* 2004; 20-4: 185-191. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original2.pdf>
6. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. Ed. Manual Moderno. 2008. Pág. 149-151, 313.
7. Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev. Fac. Odontología Universidad Antioq* 2009; 20(2): 171-178. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/2140/1745>

8. Díaz MP. Salud Oral ¿Cuestión de Cultura?. Revista de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Volumen 1 (1), Marzo 1999. Disponible en:

<http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n1/v1n1a2.pdf>

9. Bhavna S., Gary D., Susan T., Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. JADA, Vol. 136. Disponible en: <http://jada.ada.org/cgi/content/full/136/3/364>

10. Fernández O., Letelier MJ., Vásquez P. Manual Para el Promotor de la Salud. Plan de Actividades Promocionales en Salud Bucal. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Disponible:

<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7f2d789a973a153be04001011f012d29.pdf>

11. Convención Sobre los Derechos del Niño. 1989. Revisado el día 2 de Septiembre del 2010 a las 14:17 hrs. Disponible en:

<http://catedradh.unesco.unam.mx/generoyequidad/documentos/universales/15.pdf>

12. Franco AM., Jiménez J., Saldarriaga C., Zapata L., Saldarriaga A., Martignon S., González MC., Luna L., Ocampo A. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. Revista CES Odontología Vol.16-No.1 2003. Disponible en:

<http://www.ces.edu.co/Descargas/v17n119-29.pdf>

13. Martignon S., González MC., Santamaría RM., Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños/as de 0-5 años, ICBF-Bogotá, Colombia. Revista Científica VOL. 10 NO. 2 2004. Disponible en:

<http://www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/file/disenotallereduc.pdf>

14. Nahás M., Odontopediatría en la Primera infancia. Ed. Santos. 2009. Brasil. Pág. 381-387, 391-393, 397.

15. Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Octubre 2007. Disponible en:

<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7f2d789a972f153be04001011f012d29.pdf>

16. Boyer C. California Childcare Health Program. Promoviendo la Salud Bucal Infantil. 2007. Disponible en:

http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/Curricula/Oral_Health_SP_0608.pdf

17. Abanto JA, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1):38-43. Disponible en:

http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2010/vol20_n1/Vol20_n1_10_art6.pdf

18. Guerrero RV. Niños vs Caries. Asociación Dental Mexicana. 3000-0350. 2010. Disponible en:

<http://www.adm.org.mx/ckfinder/userfiles/files/Ni%C3%B1osvsaries.pdf>

19. Peterlini C., Culacciatti C., Squassi A., Bordoni N., Concepciones de padres y docentes y estado dentario en preescolares asistentes a una escuela pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 • Año 7- N° 13 • Agosto 2009
<http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/013peterlini13.pdf>

20. Bhavna T., Gary R., Gary DS. Health and Quality of Life Outcomes 2007, 5:6. Disponible en:
<http://www.hqlo.com/content/5/1/6>

21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Revisado el día 23 de Septiembre del 2010 a las 16:38 hrs. Disponible en:
http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf

Anexo

Entrevista

Buen día, mi nombre es Cinthia Nayeli Ledesma Castañeda, soy estudiante estoy realizando mi tesis acerca de la relación entre la salud oral en los niños y el impacto publicitario, quisiera saber si me ayudaría permitiendo que le realizara una entrevista acerca de la salud de la boca de su niño (hijo, nieto, sobrino, etc.).

1. ¿Qué entiende por salud bucal o la salud de la boca?
2. ¿Qué importancia le da a la boca de su niño? ¿Por qué?
3. ¿A qué edad considera que el niño debe visitar al dentista?
4. ¿Ha llevado a su hijo alguna vez al dentista?
5. ¿Conoce usted alguna propaganda sobre salud bucal en niños pequeños o que hable de las medidas de higiene?
6. ¿Sabe qué enfermedades puede tener la boca? ¿Conoce alguna enfermedad de los dientes o de la boca? ¿Cuál?
7. ¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad en los dientes o en la boca? (Si) ¿Cuál?
8. ¿Este problema afecta de alguna forma al niño para comer, dormir o sonreír, por ejemplo?
9. ¿Qué originó esa enfermedad? o ¿Por qué cree que se presentó?
10. ¿Qué es lo que come normalmente su niño?
11. Aproximadamente ¿qué cantidad de dulces come al día?
12. Actualmente ¿lleva a cabo algún método de higiene en su niño?
13. ¿Quién le cepilla los dientes?
14. ¿Cuántas veces al día?
15. ¿Sabe cómo se cepillan los dientes de los niños?
16. ¿Quién le enseñó esta técnica?

17. ¿El niño utiliza pasta dental?
18. ¿Por qué esta pasta?
19. ¿Alguien le recomendó esta pasta?
20. ¿Cuánta pasta le pone al cepillo?