



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LA
PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESCOLAR QUE
ASISTE A LA CLÍNICA PERIFÉRICA
AZCAPOTZALCO, RESPECTO A LA SALUD BUCAL.**

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:

MARÍA DE LOS REMEDIOS RIVERA CAPILLA

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

ASESORA: C.D. LAURA BÁRBARA VELÁZQUEZ OLMEDO

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 brindarme la dicha de estar viva y de brindarme el privilegio de haber estudiado esta carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Facultad de Odontología, por todo el conocimiento que me aportó a lo largo de mi formación profesional, me siento orgullosa por haber sido parte de esta gran institución.

A mis amados padres por brindarme su apoyo incondicional a lo largo de mi vida. Porque gracias a su cariño guía y apoyo, he llegado a realizar unos de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales, que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por el cual les viviré eternamente agradecida.

A mí querida hermana por todo el apoyo que me brindó a lo largo de mi vida y en mi carrera, a mis abuelitos, tíos, primas y demás familiares por su apoyo.

A la Mtra. Cristina Sifuentes por su apoyo, dedicación, sabiduría, ejemplo, comprensión y paciencia que me brindó para realizar uno de mis mayores anhelos.

A la Dra. Laura Velázquez por el tiempo, conocimientos, paciencia y disposición que me brindó para la elaboración de este trabajo.



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

A los doctores Guadalupe García, Hilse Alcocer, Carlos Flores, Gabriel Alvarado, Elvira Guedea, Josefina, Elizabeth Arnaud, María de Jesús, Raúl Díaz, Mauricio Zaldivar, Águeda, Verónica Aguilar, Rosario Lazo, Héctor Ortega, Norma Oviedo por un año maravilloso que pase en la Clínica Periférica "Azcapotzalco" y en especial a las doctoras Liz Marian Cerecedo y Marisol Alcocer por el apoyo brindado al realizar mis entrevistas.

A mis amigos Vanesa, Nayeli, Josué, Alejandra M., Diana S., Claudia S., Brenda por estar a mi lado en el transcurso de toda la carrera, con quienes pase inolvidables momentos.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. ANTECEDENTES	8
3.1 Población escolar	8
3.1.1 Características físicas	8
3.1.2 Desarrollo cognoscitivo	9
3.1.3 Desarrollo del lenguaje	10
3.1.4 Desarrollo psicosocial	10
3.2 Salud	13
3.3 Educación para la salud en la población escolar	18
3.4 Promoción para la salud en la población escolar	19
3.5 Hábitos higiénicos	21
3.6 Enfermedades buco-dentales en la edad escolar	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
5. JUSTIFICACIÓN	27
6. OBJETIVOS	27
6.1. Objetivo general	27
6.2. Objetivos específicos	27
7. MATERIAL Y MÉTODO	28
7.1. Tipo de estudio	28
7.2. Muestra	28
7.3. Criterios de selección	29
7.3.1 Criterios de inclusión	29
7.3.2 Criterios de exclusión	29
7.3.3 Criterios de eliminación	29
7.4 Definición operacional de variables	29
7.5 Modelo teórico	30
7.6 Recursos	30
7.6.1 Humanos	30



7.6.2 Materiales	30
7.6.3 Financieros	31
7.7 Procedimiento	31
7.8 Aspectos éticos	32
1. RESULTADOS	33
2. CONCLUSIONES	41
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO	



1. INTRODUCCIÓN

En México el Programa de Acción Específico 2007-2012 señala que la falta de aplicación de las estrategias de protección a la salud bucal a grupos de riesgo específicos, como los escolares, propicia una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades bucodentales, lo que ocasiona una menor calidad de vida. También se ha detectado una deficiente promoción de la salud, e irregularidad en la aplicación de programas preventivos. En el ámbito odontológico, esta situación se acentúa aún más, como consecuencia de las limitaciones de recursos humanos, materiales y financieros.

De la misma manera, debemos tener en cuenta que la familia es el referente más importante en el desarrollo del niño y aunque se ve reemplazada gradualmente por las escuelas, los amigos y el medio ambiente, ésta seguirá siendo la que le proporciona la mayor parte de su primer aprendizaje, y las bases para la adopción de conductas saludables.

En este contexto, debido a la falta de cultura preventiva, y la influencia que ejercen los padres de familia en la formación de conductas adecuadas en la etapa escolar, el no contar con los conocimientos correctos, su actitud puede propiciar prácticas inadecuadas para la salud bucal, dando como resultado que se presenten enfermedades bucodentales en esta etapa de desarrollo, o bien, no promuevan la adopción de hábitos de protección que determinarán las acciones personales que asuman a lo largo de la vida.



El objetivo de esta investigación es conocer la percepción que tiene la población escolar que asiste a la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, con respecto a la salud bucal e identificar las deficiencias, como referente para respaldar el desarrollo de un programa educativo pertinente, dado que esta edad es decisiva para que los niños puedan adquirir nuevos conocimientos y habilidades de protección personal de impacto en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida.

El trabajo desarrollado está constituido por nueve apartados. El segundo corresponde al marco teórico, en donde se describe la investigación cualitativa empleada, así como la conceptualización de la percepción dada la estrecha asociación con el propósito de la tesina. En el siguiente se atienden todos los aspectos relacionados con la población escolar (características físicas, desarrollo cognoscitivo, psicosocial y lenguaje, entre otros), así como los conceptos que respaldan la tesina: salud, educación para la salud, y promoción para la salud. De la misma manera se incorporan aspectos asociados con la influencia de los padres como principales protagonistas en la formación de conductas saludables, así como las enfermedades más comunes que se presentan en esta etapa de desarrollo y las recomendaciones higiénicas como medidas preventivas.

En los siguientes rubros se menciona el planteamiento del problema, la justificación que respalda esta investigación, así como la metodología empleada; finalmente se incluyen los resultados obtenidos y la conclusión derivada de los mismos.



2. MARCO TEÓRICO

La investigación cualitativa o metodología cualitativa es el proceso interpretativo, el cual se basa en la indagación de situaciones naturales, intentando interpretar y dar sentido a los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. Es decir, investiga el ¿Por qué? y el ¿Cómo? se llega a una decisión.^{1,2}

La investigación cualitativa se complementa con la recolección, estudio y uso de materiales empíricos, como la experiencia personal, introspectiva, estudio de caso, entrevista, historia de vida, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales.¹

Dentro de las características de la investigación cualitativa encontramos que:

- Parte del descubrimiento, interpretación y construcción del conocimiento. En tal sentido se plantea como objetivo comprender, descubrir e interpretar los fenómenos mediante significados y percepciones de experiencias de los participantes respecto a la realidad.
- Admite subjetividad, es decir que acepta las percepciones, argumentos y lenguaje basados en el punto de vista del sujeto.
- No efectúa una medición numérica, es decir, el análisis no es estadístico.



- La muestra no es representativa, debido a que el interés es explicar un fenómeno en particular, por lo tanto no pretende generalizar.
- La recolección de los datos está orientada a promover el entendimiento de las experiencias y significados de las personas.
- Los participantes son fuentes internas de datos.
- Se aplica a casos o personas, y sus manifestaciones.
- No se prueban hipótesis, éstas se generan durante el proceso y se mejoran conforme se recaban más datos.

La investigación cualitativa es también referida como investigación naturalista, fenomenológica e interpretativa o etnográfica. Se utiliza para describir y reestructurar preguntas de investigación.³

Para fines de este estudio utilizaremos el método fenomenológico, cuyo propósito es cuestionarse la verdadera naturaleza de los fenómenos. De acuerdo con la esencia de un hecho o suceso, este proceso consiste en el acercamiento sistemático de las estructuras significativas internas del mundo de la vida que tienen las personas; es el estudio de la experiencia vital, de la cotidianidad, por lo tanto se aplica para los fenómenos dados a la conciencia. En este sentido la metodología no parte del diseño de una teoría, si no del mundo conocido del cual se hace un análisis descriptivo del fenómeno buscando múltiples perspectivas, así como la interpretación del mismo.²



El método fenomenológico, presenta las siguientes características:

- Explica los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables.
- Se considera ciencia en sentido amplio, es decir, un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.
- Analiza los significados vividos o existenciales, es decir, aquello en lo que estamos inmersos a diario.
- Descubre los significados que los individuos dan a su experiencia, es decir, nos permite comprender el proceso de interpretación de los sujetos estudiados.²

Dentro de las técnicas utilizadas para obtener información se destacan la grabación de conversaciones y escribir anécdotas de experiencias personales. Con los datos obtenidos el investigador comienza a entender el fenómeno por observación, a partir de la descripción de los participantes; para así crear formas de explorar los datos que se van perfeccionando.³



PERCEPCIÓN

La percepción en psicología se define *“como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.”*⁴ Esto es, la construcción cognitiva que el sujeto lleva a cabo para la comprensión de sucesos de la vida cotidiana, que le permiten respaldar la toma de decisiones en sus acciones o actos.

La percepción es una función mental o sensación interior, con múltiples manifestaciones en los logros y capacidades del individuo que tiene que ver con la discriminación, identificación, reconocimiento, detección y comparación de estímulos, que resulta de una impresión anterior a nuestros sentidos.^{5, 6}

Una de las características básicas de la percepción es la formulación de juicios en el ámbito de los procesos intelectuales conscientes en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza elaborando opiniones y juicios sobre ellas.⁴

En el proceso de la percepción se involucran mecanismos vivenciales lo que implica el ámbito consciente como el inconsciente de la psique humana.⁴

En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia, han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido



involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción.⁴

Los niños debido a su forma diferenciada y difusa para responder a los estímulos, son susceptibles a la percepción de la influencia de factores motivacionales y afectivos; por lo cual se cree que perciben de acuerdo a sus deseos, de modo similar los estímulos considerados positivos serán vistos como más brillantes o de mayor tamaño.⁶



3. ANTECEDENTES

3.1. POBLACIÓN ESCOLAR

De acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) la edad escolar comprende entre los seis y los once años. Asimismo reconoce esta edad como decisiva para consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para fomentar la socialización con las demás personas, así como para formar la identidad y la autoestima de los individuos.⁷

La familia, la comunidad y la escuela son esenciales en esta etapa de crecimiento, por lo tanto es necesario crear en este entorno las condiciones adecuadas para lograr un mejor desarrollo para el aprendizaje, el juego y el descubrimiento, así como para estimular la motricidad y la creatividad. Esta etapa es fundamental también para aprender normas sociales y adquirir valores como la solidaridad y el sentido de justicia.⁷

3.1.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Los niños en edad escolar tienen habilidades motrices fuertes, sin embargo su coordinación, resistencia, equilibrio y tolerancia física varían.⁷

Durante esta etapa, las habilidades de motricidad suelen mejorar continuamente. Los niños son cada vez más fuertes, rápidos y con mayor coordinación. Encuentran un gran placer en poner a prueba su cuerpo y las nuevas destrezas que han aprendido.



En este rango de desarrollo, se presentan diferencias considerables en estatura, peso y complejión entre los niños y las niñas, asimismo los antecedentes genéticos, al igual que la nutrición y el ejercicio pueden influenciar en el crecimiento de un niño.⁸

3.1.2.DESARROLLO COGNOSCITIVO

Los niños de siete años, de acuerdo con la teoría de Piaget, inician las etapas de las operaciones concretas. Los niños son menos egocentristas, son capaces de realizar operaciones mentales para resolver problemas específicos y pueden pensar con lógica debido a la capacidad desarrollada para tomar en cuenta múltiples aspectos de una situación.⁹

Entre los siete y los doce años, pueden realizar diferentes tareas a niveles más altos de complejidad que en la etapa preoperacional (niñez temprana de entre tres a siete años). Entienden mejor la diferencia entre realidad y fantasía, aspectos de clasificación, relaciones lógicas, causa y efecto, conceptos especiales y conservación, así como manejar mejor los números.⁹

La capacidad de la memoria a corto plazo mejora en gran medida. El ejecutor central, que es el que controla la información entre la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo, adquiere su madurez.⁹



3.1.3.DESARROLLO DEL LENGUAJE

En los niños en edad escolar el vocabulario se enriquece paulatinamente y aumenta de manera significativa, logrando con ello incrementar la estructura interna de las oraciones, y lograr la capacidad de utilizarlo e interpretarlo correctamente.¹⁰ Usan de forma coherente y ordenada oraciones simples pero completas, con un promedio de 5 a 7 palabras. Conforme el niño se desarrolla a través de los años, la gramática y la pronunciación se vuelven normales y al ir creciendo usan oraciones más complejas.⁸

Un niño de seis años normalmente puede seguir una serie de tres órdenes consecutivos pero se debe evitar la sobrecarga de peticiones ya que puede tornarse irritable. A los ocho años hablan mucho, verbalizan ideas y problemas con facilidad. A la edad de diez años, la mayoría de los niños pueden seguir cinco órdenes consecutivos. A los doce años el vocabulario comprensivo es de aproximadamente 50.000 palabras^{8, 11} Sin embargo, debido a problemas auditivos o cognoscitivos puede presentar retraso en el desarrollo del lenguaje, ocasionando deficiencia en su capacidad para expresarse adecuadamente y propiciar comportamientos agresivos o rabietas.⁸

3.1.4.DESARROLLO PSICOSOCIAL

Respecto al crecimiento emocional, los niños de entre los siete y los ocho años interiorizan plenamente los sentidos de vergüenza y orgullo. Estas emociones, dependen de la conciencia de las implicaciones de sus acciones y de la clase de socialización que haya recibido, mismas que afectan la opinión que tienen de sí mismos. La expresividad



emocional tiende a estar conectada con la empatía y el comportamiento prosocial.⁸

La autoestima es un componente importante del autoconcepto que conecta los aspectos cognoscitivos, emocionales y sociales de la personalidad de los niños en esta etapa. Un estado depresivo en los niños reduce los niveles de energía, lo cual afecta los resultados en la escuela y en cualquier otro sitio, sumergiéndolo en un espiral descendente en su autoestima.⁸

En los niños los dolores físicos frecuentes (como dolor de garganta, estómago o extremidades) pueden deberse sólo a un aumento de la conciencia corporal del niño. Sin embargo, aunque no suele haber evidencia física que corrobore dicho dolor, es necesario investigar para descartar una posible enfermedad importante y en su caso ofrecer una atención oportuna.⁸

La aceptación de los compañeros se vuelve cada vez más importante durante los años de edad escolar. Los niños pueden involucrarse en ciertos comportamientos para formar parte de "un grupo". Hablar acerca de estos comportamientos con el niño permitirá que éste se sienta aceptado en el grupo, sin cruzar los límites de los patrones de comportamiento en la familia.⁸

Las amistades a los seis años tienden a establecerse principalmente con miembros del mismo sexo. De hecho, los niños de esta edad típicamente hablan de lo "extraños" y "feos" que son los integrantes del sexo opuesto. A los siete años los niños se vuelven menos negativos hacia el sexo opuesto y a medida que se acercan a la adolescencia.^{8, 11} De la misma manera comienzan a tener conciencia de las muertes que



sucedan a su alrededor (él o ella), y la idea de que desaparezcan sus padres les angustia.¹¹

Mentir, hacer trampa o robar son todos ejemplos de comportamientos que los niños en edad escolar pueden "ensayar" a medida que aprenden a negociar las expectativas y normas establecidas por la familia, los amigos, la escuela y la sociedad. Otra característica que los distingue es que son muy dinámicos y tienen necesidad de realizar actividades físicas agotadoras, efectúan comportamientos más osados y aventureros, y demandan la aprobación de sus actos por parte de sus compañeros.^{8, 11}

Un niño de seis años debe ser capaz de concentrarse en una tarea apropiada durante al menos 15 minutos. Hacia la edad de nueve años, adquiere la capacidad de enfocar su atención durante aproximadamente una hora.¹¹

A los siete años su mayor preocupación son ellos mismos. Asumen una cierta separación de su madre, y establecen nuevos vínculos con el padre y otras personas.¹¹

Para el niño de ocho años, es importante aprender a hacerle frente al fracaso o la frustración sin perder la autoestima o desarrollar un sentido de inferioridad, aunque con facilidad llora.¹¹

A los nueve años se interesan más por la sexualidad, también se identifica con su propio sexo. Hacia los diez y once años es cada vez más independiente de los adultos y prefiere tomar información de amigos y amigas en cuestión del sexo.¹¹



3.2. SALUD

En la Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁹ Lo más relevante del concepto, es la consideración de factores sociales, culturales, económicos y psicológicos como determinantes esenciales que participan en el estado de salud o enfermedad de las personas, proceso que nos remite a la idea de que la salud se encuentra por encima de los individuos e incluye facetas de salud social, económicas y ecológicas. En el ámbito de la salud bucal implica por lo tanto no solamente el tratamiento de las enfermedades bucales (manifestación clínica), sino también la consideración de factores que intervienen y que pueden prevenirla o mantenerla (económicos, sociales y psicológicos).

En el ámbito social, el individuo tiene una personalidad humana que se desarrolla, nutre y sostiene en su contexto, si no cuenta con la capacidad de pensar claramente y con coherencia, presentará problemas para interactuar socialmente (salud mental y social), independientemente de su estado físico de salud. De la misma manera, cuando existen problemas emocionales, su habilidad de reconocer y responder apropiadamente a emociones como el miedo, el gozo, la angustia y el enojo, mermarán significativamente su estado de salud, situación que se verá acentuada por las creencias y prácticas religiosas personales, como principios de comportamiento que determinan el equilibrio en la relaciones grupales (salud espiritual).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el hombre debe ser estudiado como una unidad biopsicosocial



(biológica, psicológica y social). En el aspecto biológico es necesario conocer el funcionamiento y estructuras del organismo. En el psicológico se debe considerar al individuo como un ser único, que tiene su propia personalidad derivadas de las características psíquicas heredadas y adquiridas, y el aspecto social reconocer que el hombre nace dentro de un conjunto de personas que conviven entre sí, las cuales comparten costumbre e ideas.¹²

La salud pública es una actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Se centra en la salud de la comunidad para servirla, aun cuando algunos individuos particulares pueden sufrir alguna desventaja. Los servicios de la salud pública inciden para que la enfermedad esté lo más cercana a la salud.¹²

Winslow definió a la salud pública como la ciencia y arte de:

1. Prevenir la enfermedad
2. Prolongar la vida
3. Promover la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:
 - Saneamiento del medio.
 - Control de las enfermedades.
 - Educación de los individuos en higiene.
 - Organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades.
 - Desarrollar los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para conservación de la salud.¹²



En este contexto, Hanlon citado por Higashida Hirose, agrupa las actividades de la salud pública en siete categorías:

1. Las que deben enfocarse de manera colectiva.
2. Las que están dirigidas a prevenir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura.
3. Las relacionadas con la provisión de la atención médica.
4. Las relacionadas con la obtención de datos, la elaboración y análisis de las estadísticas vitales.
5. La educación sanitaria al público, ya sea individual o colectiva.
6. Las de plantación y evaluación de los programas de salud.
7. Las de investigación.”¹²

De acuerdo al momento de intervención, en salud pública se conocen tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.⁹

La prevención primaria es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Tiene el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Se lleva a cabo a través de actividades de promoción de la salud y de protección específica.^{9,12}

La prevención secundaria está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad para frenar su desarrollo en los momentos iniciales, debido generalmente al fracaso de la prevención primaria cuando ésta se proporciona. Esta interposición está



encaminada a realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, así como limitar la incapacidad.^{9, 12}

La prevención terciaria es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender sus necesidades de reintegración para su adecuado funcionamiento.^{9, 12}

En el ámbito de la salud bucal, la salud se concibe como el bienestar y la confianza en sí mismo que provee una boca sana y cuidada, que facilita las relaciones sociales, la realización de actividades de la vida diaria, el funcionamiento normal durante la masticación de los alimentos, su deglución, la ausencia de dolor y una apariencia estética que aporte a la autoestima.¹³



Fuente: <http://mx.hola.com/noticias-de-actualidad/26-10-2010/77730/>

Es esencial que la población tome conciencia de lo importante que es mantener una perfecta salud bucal, así como también, realizar acciones para prevenir las enfermedades bucales más frecuentes. La prevención de las enfermedades es la manera más efectiva y fácil de evitar su desarrollo, mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil, escuela y trabajo.¹³



Los padres tienen un papel importante en la salud bucal de los niños pues son ellos los encargados de entusiasmarlos y motivarlos para el cuidado de su salud bucal, así como para promover y mantener los hábitos de higiene, convirtiéndose en los modelos a imitar en cuanto a las conductas higiénicas, actitud que en gran medida determinará el nivel de salud y calidad de vida de la población escolar. Los niños entre los seis y siete años ya son capaces de cepillarse solos, siendo útil una supervisión diaria, ya sea en la mañana o en la noche, para corroborar que lo efectúe bien, y para estimular su práctica habitual. Una buena alternativa es que el adulto se cepille junto con el niño para que este momento se asocie con algo cotidiano y normal dentro de las actividades diarias, y no como algo impuesto o desagradable.^{14, 15}

El papel del odontólogo también es importante en esta edad, ya que los niños se encuentran en la etapa en la que pueden adoptar y modificar hábitos de higiene bucal. Con tal propósito es importante educar a los niños en edad escolar sobre su salud bucal para evitar la caries y la gingivitis que son las enfermedades bucodentales más comunes, problemas que pueden controlarse en gran medida mediante el cepillado y promoviendo hábitos dietéticos saludables.^{14, 15}

Para lograr una buena salud bucal se debe fomentar el cepillado dental, la práctica más recomendada para la población escolar es la técnica de Fones, que consiste en colocar el cepillo perpendicular a la cara visible de los dientes, mientras el niño o la niña ocluyen sus dientes. Se realizan movimientos de rotación sobre las superficies dentarias, y se avanza lentamente siguiendo un orden, de derecha a izquierda. El procedimiento se repite en las caras palatinas o linguales, esta vez con la boca abierta. Las caras oclusales se cepillan con movimientos circulares.¹⁵



3.3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la educación para la salud como “el proceso planeado y manejado de la investigación para lograr mejorar la salud en la población”.¹³ Con tal propósito la educación para la salud se diseña para ampliar el conocimiento de la población en este aspecto, para ayudarla a desarrollar las habilidades personales que la promueven, no solo en las conductas personales, sino también en la conciencia, para ello tiene que partir del diagnóstico de necesidades educativas (nivel de conocimientos formales o informales - creencias, opiniones y representaciones sociales, entre otros-) que tienen las personas.

La educación para la salud es la instrucción que pretende inducir al individuo y a la comunidad a un proceso de cambio de conducta y de actitud para el mejoramiento y la conservación de la salud. También es una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de la salud propia como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen. Este proceso puede dirigirse en dos niveles:

- Para los que no tienen los conocimientos adecuados, y
- Para los que tienen los conocimientos pero no los practican.^{12, 13}

En este contexto la educación para la salud pretende la actuación continua, organizada y activa de las personas para propiciar su participación responsable y consciente. Forma parte de la ciencia preventiva definida como “*todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud*”



*posible, acciones que le permitirán al individuo obtener una responsabilidad ante sus problemas de salud, así como ayudarlo a identificar soluciones para los principales problemas”.*¹⁶

En la población escolar tiene como propósito transmitir conocimientos, actitudes y hábitos positivos de salud, como medidas conscientes para la prevención de las principales enfermedades en esta etapa de desarrollo, así como para promover habilidades, para la adopción de estilos de vida saludables en la madurez.

La educación para la salud dental por lo tanto, deberá dirigirse con mayor frecuencia a la población escolar, proceso en el cual es importante obtener la participación de los padres para lograr mejores resultados en la adopción de conductas, aunque esta influencia no siempre es la deseable.¹²

3.4. PROMOCIÓN PARA LA SALUD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

La promoción de la salud como parte de la prevención primaria, implica:

- La educación para la salud.
- Buenos estándares de nutrición ajustados a las diferentes fases de desarrollo.
- Atención al desarrollo de la personalidad.
- Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.¹²



En la Carta de Ottawa se define a la promoción de salud como “un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta”. Asimismo afirma claramente que la promoción de la salud trasciende la idea de “formas de vida sanas”, para incluir las condiciones y requisitos para la salud, como la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.¹⁶

Con este propósito la promoción de la salud se basa en medidas preventivas, las cuales actúan sobre la protección y la conservación de la salud de los individuos. Este proceso proporciona a las poblaciones los medios que son necesarios para tener un mayor control sobre su propia salud y de esta manera mejorarla.¹⁶

El propósito de la promoción de la salud es proveer información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y capacidades necesarias para la vida. Por lo tanto, en la población escolar, genera opciones para que alcancen un mayor control sobre su salud y sobre el ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de vida higiénica, segura y estimulante.¹⁷

La etapa escolar es la más idónea para lo promoción de nuevos conocimientos y estilos de vida saludables, puesto que durante la infancia se conforman las costumbres. Para ello es necesario que exista una participación activa por parte de la familia y del docente.¹⁷

La aportación de las estrategias de la promoción de salud en la edad escolar ayudará a detectar y ofrecer asistencia a niños en forma oportuna, evitando estilos de vidas no saludables.¹⁸



La promoción de la salud desde el ámbito escolar parte de una visión integral, multidisciplinaria del ser humano, considerando a la familia y comunidad; desarrolla conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo en todas las oportunidades educativas.¹⁸

3.5. HÁBITOS HIGIÉNICOS

La higiene se define como el conjunto de prácticas, conocimientos y comportamientos orientados a mantener y mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. Por lo tanto es necesario cumplir ciertas normas o hábitos de higiene tanto en la vida personal como en el entorno familiar, laboral, escolar y en la comunidad.^{12, 19}

La higiene trata sobre las medidas de prevenir y mantener un buen estado de salud. Un hábito se hace cuando se practican las normas de higiene, para que con el transcurso del tiempo se convierta en una costumbre.¹⁹

En la etapa escolar las normas de higiene personal son todas las actividades relacionadas con el cuidado y la higiene del niño, permiten la consolidación de los hábitos que se deben tener para un buen estado de salud, lo que implica contar con los conocimientos acerca de su cuerpo y funciones.¹⁹

En el ámbito odontológico la higiene bucal se constituye en la actividad más importante para prevenir la caries de dental y enfermedad periodontal. Para ello es imprescindible eliminar la placa dentobacteriana de todas las superficies que afectan a los órganos dentarios, ya que son parte importante de nuestro cuerpo y cumplen



funciones específicas durante la alimentación como cortar, rasgar y triturar.^{9, 19}

Para mantener dientes saludables se recomienda:

- Cepillar correctamente los dientes después de cada comida y antes de dormir.
- Limpiar los dientes utilizando la técnica del barrido, que consiste en colocar el cepillo con las cerdas hacia arriba, presionando suavemente hasta llevar las cerdas del cepillo hacia abajo, con lo que se permitirá eliminar los restos de alimentos adheridos a los dientes.
- Usar el hilo dental para remover restos de alimentos que han quedado entre los dientes.
- No excederse ni consumir golosinas entre comidas.
- Visitar al odontólogo periódicamente (dos o tres veces al año).
- Aplicar periódicamente solución de flúor, por el odontólogo.¹⁹

Cuanto más temprano se empiece con la higiene bucal, menores serán las probabilidades de que el niño desarrolle caries. Se considera que el niño es autónomo a partir de los ocho años de edad, no obstante desde este momento y hasta la adolescencia es recomendable la supervisión de su higiene bucal, especialmente la nocturna.²⁰

3.6. ENFERMEDADES BUCO-DENTALES EN LA EDAD ESCOLAR

Dentro de las enfermedades bucodentales más frecuentes en la edad escolar se encuentran la caries y los problemas gingivales.

La caries y la enfermedad periodontal pueden ocasionar la pérdida de los dientes, y son consecuencia de la acción de las bacterias existentes



en la placa que se encuentra sobre los dientes y encías. La placa dentobacteriana es una película pegajosa, casi invisible formada por colonias de bacterias que se depositan sobre los dientes y encías.²¹

La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad bucodental durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos. Afecta primordialmente a la primera edad mientras que las periodontopatías se manifiestan principalmente en los adultos.²¹

La OMS ha definido la caries dental “como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad”.²²

La caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y actualmente se define como una patología transmisible, en cuyo contagio juega un rol fundamental el *Streptococcus Mutans* (SM).²³

En la actualidad las lesiones cariosas son consideradas como manifestaciones clínicas de infección bacteriana que progresan hasta un punto irreversible. La prevención y el tratamiento terapéutico se logrará mediante la promoción de la salud bucal para que la dentición permanezca intacta.²³



Fuente: Directa

La gingivitis es la inflamación de la encía, caracterizada por un cambio de coloración a rojizo, de aspecto liso, brillante y consistencia blanda. Es la etapa inicial de la enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en niños y adolescentes, siendo un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente sin dañar los tejidos periodontales de soporte, se caracteriza por enrojecimiento, edema, sensibilidad y sangrado gingival, con carácter pandémico. La incidencia aumenta con la edad, y se asocia a deficiencias en la higiene bucal, así como a cambios hormonales en la pubertad.²³

La gingivitis si no es controlada en sus primeras manifestaciones, puede convertirse en una periodontitis, incrementando su severidad por la combinación de factores, principalmente por la falta de cepillado. Por lo anterior, su identificación y diagnóstico temprano son de suma importancia para el tratamiento odontológico integral.^{23, 24}

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo más fuertemente asociado con el origen y la

evolución ulterior de la gingivitis causada por el contacto mantenido con la encía y como resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal.²¹



Fuente: Directa

Con respecto a los problemas gingivales que se presentan en esta edad la gingivoestomatitis herpética es una de las enfermedades más frecuentes en niños menores de diez años. Es causada por el virus del Herpes Simple Tipo 1 (VHS 1), el cual ingresa al organismo por distintas vías: oftálmica, bucal, genital y piel. La enfermedad es autolimitada y tiene una duración variable entre 7 y 14 días, después el virus viaja a través de los nervios y se aloja en el ganglio trigeminal donde permanece latente.^{21, 23}



Fuente: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Estomatitis&lang=2



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los padres de familia transmiten a sus hijos la información que tienen sobre la salud bucal, la cual en ocasiones puede no ser confiable. Tales deficiencias, pueden propiciar consecuencias negativas en la actitud y conducta que asuman los niños de protección a su salud, así como en su mantenimiento a largo plazo, ya que esta etapa es decisiva para fomentar conductas saludables y lograr una buena salud bucal.

La percepción de la población en edad escolar en cuanto a la salud bucal puede ayudar a los promotores de salud a superar barreras, ya que al desconocer la opinión de éstos, impiden entender posibles obstáculos en la identificación de necesidades educativas y de esta manera planear un programa educativo de intervención que coadyuve a mejorar la salud bucal. La investigación sobre las percepciones de la salud bucal se ha centrado en los padres de familia, pero no en cómo perciben los niños la salud bucal que han aprendido a través de sus padres. Por lo que nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influyen los padres en la percepción de los niños en edad escolar respecto a la salud bucal?



5. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se hace con la finalidad de conocer la percepción que tienen los niños en edad escolar, con respecto a la salud bucal, ya que la mayoría presenta deficiencias en su salud bucal, ocasionando enfermedades como caries dental y enfermedad periodontal. Otro de los propósitos con el que se realiza este trabajo es conocer el papel que juegan los padres de familia conforme a los conocimientos que les fomentan sobre la salud bucal, dado el papel tan importante que ocupan los responsables de su formación para promover estilos de vida saludables.

Los resultados de esta investigación aportarán información valiosa a los promotores de salud, ofreciendo una nueva perspectiva para el desarrollo de programas de salud bucal integrales, basado en las necesidades de la población escolar y en las necesidades educativas de los padres.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia de los padres de familia en la percepción que tiene la población escolar que asiste a la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, respecto a la salud bucal.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las deficiencias que presentan los niños sobre su higiene bucal.



- Identificar qué integrante de la familia influye en la salud bucal del niño.
- Identificar si los padres cuentan con la información y herramientas necesarias para el cuidado de la salud bucal del niño en edad escolar.

7. MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación se realizó en la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para la elaboración de esta investigación se contó con la autorización de las autoridades de la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, así como con la participación de los pacientes en edad escolar que asistieron a esta clínica.

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio cualitativo conforme al método fenomenológico.

7.2. MUESTRA

El universo de estudio para la investigación lo conformaron los niños en edad escolar que comprende de los seis a los once años que asistieron a la Clínica Periférica “Azcapotzalco”.



El tamaño de la muestra se definió por saturación teórica (criterio a partir del cual el investigador decide terminar el muestreo cuando los datos obtenidos se convierten en algo “repetitivo” o redundante) y quedo conformada por 31 entrevistas.

7.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.3.1. Criterios de inclusión

- Niños que aceptaron participar en el estudio, previa autorización de los padres.
- Niños de 6 a 11 años.
- Niños con capacidad de expresar sus ideas.

7.3.2. Criterios de exclusión

- Niños a quienes sus padres no autorizaron su participación
- Niños que no hablen español.
- Niños menores de 6 años.
- Niños mayores de 11 años.

7.3.3. Criterios de eliminación

Personas que no hayan terminado la entrevista.

7.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Sexo: condición orgánica que distingue a las mujeres de los hombres.



Edad: años de vida cumplidos en el momento que se realizó la entrevista.

7.5. MODELO TEÓRICO



7.6. RECURSOS

7.6.1. Humanos

- Tutora.
- Asesora.
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Niños entrevistados.

7.6.2. Materiales

- Grabadora de voz.
- Computadora Dell.
- Papel.



7.6.3. Financieros

Cubiertos por la pasante de Cirujano Dentista.

7.7. PROCEDIMIENTO

La elaboración de esta investigación se llevó a cabo mediante entrevistas realizadas a niños en edad escolar de entre seis y once años. Esta actividad se implementó dos días jueves y un viernes de 15:00 a 19:00 horas.

Para la realización de esta investigación se ejecutaron las siguientes acciones:

- Se solicitó autorización a los padres de familia que llevan a los niños a la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, y se seleccionó a los niños en edad escolar.
- Se dio una breve explicación a cada niño entrevistado, acerca de la actividad a realizarse.

Para la aplicación de la entrevista se utilizó una grabadora de voz, la cual se colocó en un sitio intermedio entre el entrevistador y el niño, al término, se le agradeció su participación a los entrevistados.

La información obtenida se capturó en una computadora de escritorio Dell, transcribiendo en el procesador de textos Word 2007 cada una de las entrevistas para su posterior análisis.



Es muy importante mencionar que la selección de los niños se hizo con base en las edades que integran la población escolar (UNICEF), así como que tuvieran el tiempo y disposición para realizar la entrevista.

7.8. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial como una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Por lo que se consideraron las siguientes normas:

“...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 de 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, mental y su personalidad”...²⁵



8. RESULTADOS

Se llevaron a cabo 31 entrevistas a niños en edad escolar que asistieron a la Clínica Periférica “Azcapotzalco”, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. De las 31 entrevistas ejecutadas el 35.48% de los participantes pertenecen al género femenino y el 64.52% al género masculino (once fueron del género femenino y veinte del masculino).

	Sexo	Edad
EBC	Masculino	11 años
JLV	Femenino	11 años
LAES	Masculino	9 años
EGR	Masculino	10 años
ARM	Masculino	7 años
ARC	Femenino	8 años
EEVA	Masculino	9 años
EYVA	Femenino	6 años
AJPB	Femenino	8 años
KAPB	Femenino	7 años
APDT	Femenino	10 años
SAMG	Masculino	8 años
ZJMG	Masculino	9 años
MAPR	Masculino	11 años
FFE	Femenino	8 años
ARC	Masculino	11 años
DAFF	Masculino	9 años
AMM	Femenino	6 años
MAFF	Femenino	7 años



GAFV	Masculino	8 años
LJC	Femenino	10 años
CPBO	Femenino	11 años
SARM	Masculino	7 años
BLCC	Masculino	8 años
AJAP	Masculino	10 años
RLC	Masculino	11 años
JATG	Masculino	10 años
LACM	Masculino	9 años
RACM	Masculino	11 años
GAMM	Masculino	9 años
DMDV	Masculino	10 años

Fuente: Directa

Después de obtener los datos personales de cada entrevistado, se formularon las preguntas. A continuación se presentan los resultados obtenidos de las respuestas más representativas, asimismo, cabe aclarar que solo se transcriben algunas de ellas, dada la repetición de las mismas.

La primera pregunta relacionada con la “importancia del cepillado bucal”, ¿Crees necesario lavarte los dientes?, la mayoría de las repuestas fueran afirmativas; a la pregunta ¿Para qué es necesario lavarse los dientes?, la mayoría contestó que era necesario para tener una buena salud bucal, para no tener caries, evitar el dolor, y el color amarillo de los dientes. También por la recomendación de un profesional o por el miedo de algún tratamiento dental.

- *LAES: “Sí, porque mi doctora me dijo que me los lavara bien”.*



- *ARM: “Si, porque si no, nos lavamos los dientes, nos puede salir el gusano de la caries y nos puede doler una muela, un diente.”*
- *EYVA: “Sí, porque si no se me pueden picar y me tienen que hacer lo mismo que a mi hermano.”*
- *APDT: “Sí, porque me ayuda, a que no se me piquen las muelas y no tenga bacterias.”*
- *DMDV: “Sí, porque yo creo, que es necesario lavarte los dientes porque si no este...te puede salir caries, y luego anda doliendo...y tienes que lavarte los dientes para estar sano.”*

Con respecto a las medidas que usan para proteger sus dientes, se preguntó ¿Cómo se cuidan los dientes?, la mayoría de los niños respondió que lo hacen por medio del cepillado dental diario, después de cada comida o cuando tuvieran que salir a algún lado.

- *ARM: “Bien, lavándome los dientes antes de ir al parque o algún lado...”*
- *ARC: “Lavándose los dientes...y después de que coma algún dulce te los lavas y...y no comer tanto chicle.”*
- *AJPB: “Lavándomelos y este diente que se me rompió comiendo de lado.”*
- *DMDV: “Yo diario me lavo los dientes por lo menos dos veces al día.”*

Con relación a la “persona que ha influido en su higiene” se planteó la siguiente pregunta: ¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?, las



respuestas que dieron los niños entrevistados coincidieron en que les habían enseñado su mamá o su papá, otros contestaron que un profesional.

- *JLV: “Apenas hace ocho días mi doctor.”*
- *ARM: “Este, nuestra doctora de la escuela.”*
- *ARC: “Mi mamá.”*
- *KAPB: “Mi papá.”*
- *ARC: “En la escuela.”*
- *MAFF: “Este... mi mamá y mi papá.”*

Con respecto a la información que los padres les transmitieron sobre la técnica de cepillado se realizó la pregunta: ¿Cómo te enseñaron tus papás a lavarte los dientes?, los niños en su mayoría contestaron con una técnica de cepillado inadecuada, otros realizan técnica de cepillado dental conveniente.

- *EBC: “Me enseñaban que los de arriba son para abajo y los de adentro también, y los de abajo son para arriba.”*
- *LAES: “Mi mamá me dijo que cepillara primero los dientes de enfrente en círculo y luego las muelas arriba y abajo y abajo igual las de arriba.”*
- *EGR: “Este, las muelas en circulitos, y los dientes de adelante y de atrás para abajo y para arriba.”*



- *ARM: “Hacia arriba, hacia abajo, este, haciendo circulitos en las muelas y luego te cepillas la lengua.”*
- *DMDV: “Bueno, yo que me acuerde nos enseñaron que eran veinte veces los dientes frontales para arriba y para abajo, con movimientos circulares también las muelas, la lengua si es que el cepillo tiene para tallar la lengua, es tallar hasta atrás y a los lados los cachetes o los carrillos.”*

En cuanto a las acciones que realizan los padres para que sus hijos se cepillen los dientes se preguntó: ¿Qué hacen tus papás para que te laves los dientes? Muchos contestaron que sus papás les enseñaron a cepillarse los dientes y a veces les recordaban hacerlo, otros manifestaron recurrir a un profesional para que les muestre como hacerlo.

- *MAPR: “Me dicen que me vaya a lavar los dientes.”*
- *FFE: “Me dicen que es importante lavarme los dientes para que no estén sucios.”*
- *AJAP: “Mmm...me dicen que me los lave.”*
- *DMDV: “Primero, este, me enseñaron como usar la pasta y el cepillo, después me enseñaron a lavarme los dientes, como se lavan y por dónde.”*
- *ARM: “Le piden a un doctor que nos enseñe como lavarnos los dientes, porque ellos no saben cómo me los lavarían.”*



En relación a la supervisión de los padres para la realización de la higiene bucal, se formuló la siguiente pregunta ¿Tú solo te acuerdas de lavarte los dientes o te dicen tus papás? los niños contestaron que solos realizan la higiene bucal, y que muy rara vez les recuerdan sus padres.

- *JLV: “A veces cuando se me llega a olvidar ellos me recuerdan.”*
- *LAES: “Después de comer me dicen que me lave los dientes y en la mañana y en la noche.”*
- *ARC: “Rara vez, que me dicen.”*
- *MAFF: “Solo me dicen que me los lave.”*
- *ARM: “Yo solo me acuerdo.”*
- *DMDV: “No, me dicen que me lave los dientes y yo me los lavo.”*

Con respecto a si los padres refuerzan el cepillado bucal en sus hijos se formuló la siguiente pregunta ¿Tus papás se lavan los dientes contigo? en su mayoría las respuestas fueron que casi nunca porque se van a trabajar o están ocupados.

- *EGR: “No, porque mi papá se va a trabajar y mi mamá tiene que hacer el desayuno.”*
- *CPBO: “No, mi mamá se los lava antes y a mi papá nunca lo veo.”*
- *ARM: “Este, algunas veces.”*
- *AMM: “Si, bueno mi mamá trabaja y ya.”*



- *MAFF: “No, ellos se los lavan en la mañana y en la noche, yo me los lavo en la mañana por que en la noche no me da tiempo porque me levanto bien tarde, como a las siete y ya no me da tiempo, solo me los lavo en las mañana es cuando me da tiempo.”*

Con la finalidad de saber si los padres aún les ayudaban con su técnica de cepillado se realizó la pregunta ¿Te ayudan tus papás a lavarte los dientes? En su mayoría contestaron afirmativamente, sin embargo está ayuda la recibieron cuando estaban chicos y que cuando más lo hacían era en la noche.

- *LAES: “Si desde chiquito.”*
- *ARM: “Si en especial en la noche, pero algunas noches yo me los lavo.”*
- *GAMM: “De chiquito.”*
- *AJPB: “Ya no antes sí.”*
- *SARM: “No, cuando estaba chiquito si me ayudaban.”*

Con el propósito de conocer si los padres saben cuándo debe realizarse el cepillado dental se formuló la pregunta ¿Cuándo te dicen tus papás que te laves los dientes? los niños contestaron que sus papás les decían que tres veces al día o después de consumir algún alimento, lo cual es lo correcto, otros mencionaron que solo en la mañana y en la noche.

- *MAFF: “Cuando comemos, cuando este, cuando están este... dicen los dientes están amarillos...”*



- *ARC: "A veces cuando me acuerde."*
- *AMM: "Todos los días."*
- *DAFF: "Tres veces al día."*
- *ARC: "En la mañana y en la noche."*

Por último para identificar cómo los niños han observado el cepillado dental de sus padres, se realizó la siguiente pregunta ¿Has visto cómo se lavan los dientes tus papás? La mayoría respondieron positivamente, por lo cual se preguntó ¿Cómo se lavan los dientes tus papás? las repuestas de la mayoría coincidieron en que lo hacen como les enseñaron a cepillarse. Es fundamental aclarar que su respuesta se deriva de lo que han visto cuando sus padres realizan el cepillado, ya que de acuerdo con las respuestas anteriores, no realizan la higiene con ellos.

- *EYVA: "Si, se enjuagan y lo escupen, se lavan los dientes y hasta el último enjuagan bien el cepillo."*
- *ADPT: "Si, de lado la lengua, de arriba para abajo, igual que yo o como me enseñaron."*
- *MAPR: "No, he visto cómo se lavan los dientes."*
- *LACM: "Si, los de arriba se los cepillan para abajo y los de abajo para arriba, este, a las muelas también circularmente."*
- *SARM: "Si, los de enfrente se los lavan para arriba y abajo, después las muelas en círculo, se enjuagan y ya."*
- *ARC: "Si. Pues igual como me enseñó mi mamá."*



9. CONCLUSIONES

Esta investigación nos permitió conocer más sobre la influencia que tienen los padres sobre sus hijos en edad escolar, respecto a su salud bucal, así como la percepción que tienen los niños con relación a la importancia de mantener una adecuada higiene bucal para conservar su salud, no obstante sus comentarios permiten identificar que en alguno de ellos el conocimiento respecto a las enfermedades bucales no es la correcta *“Si, porque si no, nos lavamos los dientes, nos puede salir el gusano de la caries y nos puede doler una muela, un diente.”*

Asimismo, de acuerdo con la información obtenida, identificamos que las medidas que emplean los niños para realizar su higiene bucal, en general es adecuada, no obstante, debido a que solo en un 19.35% de los niños entrevistados esta actividad es supervisada por los padres, esta situación muestra la necesidad de impulsar programas educativos integrales en donde se promueva la participación de los padres, dada la influencia positiva que ejercen en la motivación o estímulo de los niños para la adopción de prácticas eficientes en el cuidado de su salud, así como para el desarrollo cognitivo y psicológico que conlleva esta supervisión. En este sentido, también es mínima la participación de los padres en cuanto al reforzamiento de esta conducta al efectuar su higiene bucal frente a sus hijos, por lo que resulta recomendable promover una mayor presencia y atención para que el niño asocie este momento como algo normal y así se puede promover una cultura preventiva benéfica para su salud, y no como algo desagradable o impuesto por sus padres.

De la misma manera, la información obtenida nos da una visión más amplia sobre las deficiencias del conocimiento que tienen los padres para transmitirles a sus hijos, ya que tan solo tres de los entrevistados



manifestaron que sus padres recurrieron a un profesionalista para recibir la instrucción en el cuidado de la salud bucal.

Los padres son las personas que influyen más en la percepción de los niños por medio de las enseñanzas que les aportan en esta etapa de la vida siendo esta edad la más importante ya que, a pesar de que los niños entre los seis y siete años son capaces de cepillarse los dientes solos, es necesario tener una supervisión diaria de los padres, para comprobar que realice bien su higiene bucal, especialmente cuando realizan el cepillado antes de dormir, debido a los beneficios que ofrece para su salud y para estimular su práctica habitual.

Dentro de las limitaciones en este estudio encontramos que hay pocas investigaciones realizadas en la población escolar. Se propone que en las investigaciones posteriores se tomen en cuenta factores como la situación socioeconómica y la escolaridad de los padres para conocer cómo influyen estos factores en la salud bucal de esta población.

De la misma manera, se considera importante impulsar la investigación cualitativa por medio del método de la fenomenología, dado los beneficios que ofrece en la recolección de datos para indagar e interpretar un problema en términos del significado que adquiere para las personas, así como por la significancia que adquiere la percepción que tienen respecto al problema de salud, para la planeación de un programa educativo más eficiente.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasilachis GI. Estrategias de la investigación cualitativa. Editorial Geidesa.2006: 23.
2. Rodríguez G, Gill G, García. Metodología de la investigación cualitativa. Capítulo II. Málaga. Editorial Aljibe. 1996: 41-43.
3. Hernández P, Fernández C, Baptista L, Metodología de la investigación. 4^{ta} edición. Editorial Mac Graw Hill, Interamericana. 2004: 10-13.
4. Vargas MLM. Sobre el concepto de la percepción. Universidad Autónoma Metropolitana, Alteridades. 1994;(8):47-53. Revisado el día el 31 de Agosto del 2011 a las 17:30 hrs. Disponible en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>
5. Munar JE, Sánchez CA. Atención y percepción. Psicología y Educación. Editorial Alianza S.A. Madrid. 1999:179-184.
6. Mayoral AA. Introducción a la percepción. Editorial Científico-Médica. España. 1996:120-124
7. UNICEF. México. La infancia. Edad escolar. Revisado el día 1 de Septiembre del 2011 a las 17:20 hrs. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6876.htm
8. University of Maryland Medical Center. Desarrollo de los niños en edad escolar. Información general. Revisado el día 1 de Septiembre del 2011 a las 18:30 hrs. Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/002017.htm
9. Campo TLA. Universidad Simón Bolívar Colombia. Características del desarrollo cognitivo y del lenguaje en niños de edad preescolar. Octubre 21 de 2009. Revisado el día 3 de Septiembre del 2011 a las 13:45 hrs. Disponible en: <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/view/181/184>



10. Crespo A, Alfaro F. Desarrollo tardío del lenguaje: la conciencia metapragmática en la edad escolar. Universitas Psychologica, Pontificia Universidad Javeriana Colombia. 2010;(9): 229-240. Revisado el día 8 de Septiembre del 2011 a las 16:30 hrs. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64712156018.pdf>
11. Salud pública consejos de salud infantil entre 6 y 14 años de edad. Editorial Consejería de Salud y Bienestar Social. 2009. Revisado el día 6 de Septiembre del 2011 a las 17:50 hrs. Disponible en:
www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/entre_6_y_14.pdf
12. Higashida-Hirose B.Y. Educación para la salud. Segunda edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 2006: 3-5, 13-15.
13. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. Editorial Manual Moderno. 2008:149-151,313.
14. Boyer CL. Promoviendo la salud bucal infantil. California Childcare Health Program (Programa de Cuidado de Salud Infantil de California) Noviembre 2005; actualizado en 2007. Revisado el día 2 de Septiembre del 2011 a las 13:40 hrs. Disponible en:
http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/Curricula/Oral_Health_S_P_0608.pdf
15. Fernández O, Letelier MJ, Vázquez P. Manual para el promotor de la salud. Plan de actividades promocionales en salud bucal. Gobierno de Chile. Ministerio de salud. Revisado el día 02 de Septiembre del 2011 a las 16:35 hrs. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7f2d789a973a153be04001011fo12d29.pdf>
16. Crespo MMI, Riesgo CYC, Laffita LY, Torres LY, Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza



- primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. Medisan 2009. Revisado el día 03 de Septiembre del 2011 a las 13:25 hrs. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.pdf
17. Cerqueira MT, Conti A, De la Torre IS. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. 2003: 36-34. Revisado el día 12 de Octubre del 2011 las 14:50 hrs. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/cerqueira.pdf>
18. La promoción de la salud. Gobierno Federal. Revisado el día 12 Octubre del 2011 a las 17:48 hrs. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
19. Los hábitos de higiene. UNICEF. Ministerio de educación y deporte. Revisado el 27 de Septiembre del 2011 a las 11:28 horas. Disponible en: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
20. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp. 2010;(7):351-357. Revisado el día 27 de Septiembre del 2011 a las 13:25 hrs. Disponible en: <http://www.gastroinf.com/SecciNutri/351-357%20NUTRICION.pdf>
21. Castillo Mercado R. Estomatología pediátrica. Argentina: Editorial Ripano Médica. 2011: 94-102
22. Palomer R. Leonor. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Revista Chilena de pediatría. Santiago Febrero. 2006;(77). Revisado el día 29 de Septiembre del 2011 a las 16:20 hrs. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000100009&script=sci_arttext



23. Bordoní CM, Escobar R. Odontología Preventiva. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Argentina: Editorial Médica panamericana, 2010: 167-170, 425-435, 607-608.
24. Hernández JR, Tello LT, Hernández TFJ, Rosette MR. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. Noviembre-Diciembre 2000;(LVII) 222-230. Revisado el día 1 de Octubre del 2011 a las 15:10 hrs. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od006e.pdf>
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial Médica. Revisado el 04 de Octubre del 2011 a las 13:38 horas. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf



ANEXO

ENTREVISTA

Buena tarde mi nombre es María de los Remedios Rivera Capilla, soy estudiante de la Facultad de Odontología y estoy realizando mi tesina acerca de la percepción de los niños en edad escolar respecto a la Salud Bucal, ¿me permitiría hacerle una pequeña entrevista a su hijo sobre este tema?

1. ¿Crees necesario lavarte los dientes?
2. ¿Para qué hay que lavarse los dientes?
3. ¿Cómo se cuidan los dientes?
4. ¿Quién te enseñó a lavarte los dientes?
5. ¿Cómo te enseñaron tus papás a lavarte los dientes?
6. ¿Qué hacen tus papás para que te laves los dientes?
7. ¿Tú solo te acuerdas de lavarte los dientes o te dicen tus papás?
8. ¿Tus papás se lavan los dientes contigo?
9. ¿Te ayudan tus papás a lavarte los dientes?
10. ¿Cuándo te dicen tus papás que te laves los dientes?
11. ¿Has visto cómo se lavan los dientes tus papás?
12. ¿Cómo se lavan los dientes tus papás?