



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL
CUIDADO ORAL MATERNO (SELF-EFFICACY SCALE FOR
MATERNAL ORAL CARE) EN MADRES DE NIÑOS PRE-
ESCOLARES Y ESCOLARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO,
2013.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MÓNICA ANAYA MORALES

TUTORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



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 la Universidad Nacional Autónoma de México porque además de brindarme una formación profesional, me dio la oportunidad de crecer personalmente.

A mi Facultad de Odontología considerada como una segunda casa, donde tuve el privilegio de aprender los conocimientos que me hicieron un ser útil.

A mis profesores por su esfuerzo y dedicación en la formación de buenos profesionistas. En especial a la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis por su apoyo incondicional, su paciencia, así como sus enseñanzas.

A mis padres y hermanos por estar presentes en cada momento de mi vida, por brindarme su amor y comprensión.

A todas las personas que conocí a lo largo de mi vida con los que he pasado momentos inolvidables, gracias a cada uno de ustedes por formar parte de ella y estar presentes en todo momento.

Contenido

Resumen	5
Introducción	6
Marco teórico.....	7
Educación para la salud	7
Educación de la salud relacionada al bebé.	7
Cuidados prenatales	8
Cuidados del bebé (infante)	9
Atención odontológica del bebé	10
Papel de la mamá como transmisor de <i>Streptococcus Mutans</i>	11
Factores culturales y socioeconómicos relacionados a la higiene bucal.....	12
Alimentación como factor de riesgo.....	14
Flúor.....	15
Estado bucal del niño y los conocimientos de la madre.....	16
Factores psicológicos en educación para la salud.....	18
Factor de autoeficacia.	18
Escala para la medición de autoeficacia.....	23
Antecedentes.....	25
Planteamiento del problema	26
Justificación	27
Objetivo general:.....	28
Objetivos específicos	28
Hipótesis.....	29
Materiales y método:.....	29
Tipo de estudio.....	29
Tamaño y selección de la muestra	29
Criterios de selección	30
Variables	30
Métodos de recolección de la información.....	35
Métodos de registro de la información.....	36
Análisis estadístico de los datos.....	37
Recursos.....	37
Consideraciones éticas	37

Resultados.....	38
Datos socioeconómicos	38
Resultados de las características psicométricas de la escala SESMO	43
Consistencia interna	44
Resultados de la validez del instrumento	50
Discusión	54
Conclusiones	58
Anexos	59
Referencias bibliográficas	73

Resumen

Introducción: Los factores psicológicos son determinantes en el cuidado bucal del infante así como de la madre, en particular el de autoeficacia, sin embargo no existe algún instrumento disponible en español para medir este factor. **Objetivo:** Evaluar las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care) en su versión en español. **Material y método:** Se realizaron 130 encuestas en madres que acuden a la Guardería SEDESOL (Colegio Educ-Arte), al Jardín de niños María Cristina y a la primaria Prof. Luis Audirac Galvez. A las madres participantes se les aplicaron cuestionarios que incluían desde datos generales, la regla AMAI (para medir nivel socioeconómico), una escala de autoeficacia general y la escala SESMO en su versión en español. La escala SESMO mide 3 aspectos: autoeficacia del cepillado, en hábitos alimenticios y en visitas al dentista. El análisis estadístico, se calculó mediante α de Cronbach para obtener la consistencia interna. Para evaluar la validez se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para verificar la existencia de los tres factores originales. Para evaluar la validez concurrente, se llevó a cabo una correlación de Spearman entre la escala SESMO con estado socioeconómico así como con la escala de Autoeficacia general y el índice CPOD, ceod e IHOS. **Resultados:** La media de edad de la madre fue de 30.94 ± 7 . y la de los menores fue de 5.12 ± 2.46 . El alfa de Cronbach obtenido fue de 0.861. La correlación de Pearson entre la escala SESMO en español y la de autoeficacia general fue de 0.440, la correlación entre la escala SESMO en español y el índice CPOD fue de 0.051. El análisis factorial muestra la existencia de 4 dominios. **Conclusiones:** El instrumento muestra valores altos en cuanto a confiabilidad interna, además de una correlación positiva entre el estrato socioeconómico y la escala de autoeficacia general, lo que la hace por si sola un instrumento aplicable.

Introducción

La educación preventiva comienza desde la orientación hacia los padres y/o responsables del bebé sobre la forma correcta de higiene y cuidado de su cavidad oral¹, esto es para mejorar las oportunidades de tener una vida libre de enfermedades prevenibles, disminuyendo el riesgo de padecer caries y enfermedad periodontal.⁶

La madre juega un papel importante en el cuidado del bebé, es ella la que inicia con los cuidados sobre la higiene bucal y es el principal transmisor del microorganismo *Streptococcus Mutans*, por lo que resulta determinante el nivel de instrucción y los hábitos que tenga (la población), el estilo de vida es uno de los factores determinantes de salud.⁹

Se ha observado que los factores psicológicos son determinantes en el cuidado bucal del bebé así como de la madre¹⁰, entre ellos se encuentra el nivel de autoeficacia, esto es, qué tan capaz se siente la madre para realizar estos cuidados.¹⁸ La autoeficacia influye en como sentimos, pensamos y actuamos, es así como un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo por lo que en un nivel alto, facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo.⁵ Con relación a las conductas preventivas de salud, un individuo con alta autoeficacia tiene mayor probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos.⁵ Es así como los padres que creen en sus propias habilidades se sentirán más satisfechos y capaces de hacer lo necesario para preservar y lograr una tarea determinada.¹¹ En México, no existen escalas validadas que permitan medir el factor de autoeficacia de las madres hacia el cuidado bucal de sus bebés, por lo que el propósito del presente estudio es validar la escala SESMO (Self-Efficacy Scale for Maternal Oral Care) en niños de 1 a 8 años en la Ciudad de México.

Marco teórico

Educación para la salud

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna Constitucional define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.²

Asimismo, define la educación para la salud como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, del grupo o de la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como por los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de los mismos.³

La educación para la salud tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.⁴

Así la educación para la salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa del bienestar, centrándose no solo en conductas aisladas, ya que estas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación; sino en el desarrollo de actitudes y comportamiento positivos que configuran los estilos de vida saludables.³

Educación de la salud relacionada al bebé.

La primera fuente de atención al bebé son los padres, estos durante el proceso de educación deberán ser concientizados de las necesidades de salud de sus hijos, entender y aprender cómo controlarlas, así como aplicar las medidas preventivas que deberán usar en casa diariamente con sus hijos.⁵

El objetivo principal de la atención hacia el bebé es educar a los padres antes de la aparición de los dientes⁶ y consecuentemente de la enfermedad, estableciendo factores de riesgo y/o revirtiéndolos o controlándolos.¹

Cuidados prenatales

En la vida de la mujer, la mayoría de los cambios fisiológicos y hormonales ocurren durante el embarazo, este cambia el cuerpo de la mujer en muchas formas y ocasiona ciertas modificaciones en la cavidad bucal que reflejan algunas alteraciones fisiológicas.⁶

Dentro de los cuidados prenatales se encuentra la dieta materna, que puede afectar el crecimiento y desarrollo dental del feto, ya que resulta evidente que cuando las deficiencias nutricionales son severas, se afecta la etapa inicial de crecimiento dental, desde la concepción hasta los 6 meses de vida intrauterina.⁷

Los consejos nutricionales a la embarazada deben incluir principalmente: los beneficios de una buena alimentación materna, el uso del fluoruro prenatal (la mayoría de autores coincide que es inefectivo por que atraviesa la barrera placentaria, sin embargo se desconoce cuánto de éste es utilizado por el feto después de la excreción materna y de depositarse en el esqueleto de la madre) y el riesgo que provoca el aumento de alimentos cariogénicos.⁶

Los cuidados que abarcan la reducción de la caries dental y de la flora cariogénica, mejoran no sólo la propia salud de la madre, sino que reduce el riesgo de transmisión bacteriana a su futuro hijo. Las madres que asisten a programas preventivos para reducir su flora cariogénica, tienen hijos con menos caries.²

Otro de los problemas relacionados al cuidado prenatal es la aparición de la enfermedad periodontal durante el embarazo; algunos autores mencionan esta relación asociada a un parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer.²⁻⁸La hipótesis es que las bacterias periodontales, especialmente anaerobios Gram-negativos, podrían fomentar una producción precoz de los mediadores de la respuesta inflamatoria, incluyendo citoquinas y prostaglandinas. Este aumento de

los mediadores de la inflamación a nivel sistémico, podría conducir a un parto prematuro.⁶

Debido a los efectos teratogénicos que se puedan presentar, y la incomodidad de la mujer en el sillón dental durante el tercer trimestre los tratamientos dentales se limitan al segundo trimestre del embarazo⁶, por lo que es necesario un mayor cuidado de la cavidad oral de la madre para evitar algún riesgo hacia el bebé.⁴

Cuidados del bebé (infante)

Muchas futuras madres no son conscientes de las consecuencias de una pobre salud oral en sí mismas para su embarazo y/o su hijo por nacer. Existe un papel crucial en la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas que también es esencial para la salud y el bienestar de sus hijos recién nacidos.⁵

La higiene bucal infantil, junto con la salud oral perinatal son uno de los fundamentos sobre los cuales se debe basar la educación preventiva y el cuidado dental para mejorar las oportunidades de poseer una vida libre de enfermedades prevenibles. Los objetivos del cuidado bucal infantil son reducir la posibilidad de que el niño experimente la Caries de la Infancia Temprana (ECC), así como reducir la cantidad de flora patógena que puede causar la enfermedad periodontal y el control de la adquisición de hábitos.²

El cuidado bucal infantil comienza en el período perinatal, este abarca desde el momento del nacimiento, a partir de la finalización de la semana 20 y 28 de gestación y termina aproximadamente entre 1 ó 4 semanas después del nacimiento.²

Los padres deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud oral de sus hijos, efectuando controles odontológicos periódicos tanto de la madre como del bebé, otras medidas incluyen la limpieza diaria de los dientes desde su aparición en boca con una gasa o con un cepillo; consultar al odontopediatra desde el primer año de vida para realizar medidas preventivas y educativas, reducir la ingesta de hidratos de carbono, no alimentar al bebé durante la noche y cepillar sus dientes

antes de dormir; por último no contaminar los cubiertos o bien, el chupón o cepillo dental con la saliva de los adultos.⁸

Existen hábitos no nutritivos que surgen de las necesidades psicológicas y fisiológicas de la nutrición, ejemplos de estos serían los hábitos de dedo, chupón, bruxismo ó empujes anormales de la lengua que pueden aplicar fuerzas a los dientes y las estructuras dentoalveolares que dan lugar a cambios de la oclusión y cambios en el desarrollo facial; las visitas dentales tempranas ofrecen la oportunidad de motivar a los padres para ayudar que sus hijos dejen los hábitos a la edad de tres años o menos, antes de que ocurran maloclusiones o displasias esqueléticas.⁶

Atención odontológica del bebé

Anteriormente, muchas personas pensaban que una visita al odontólogo a la edad de 36 meses era adecuada, esto ha cambiado porque para entonces ya era demasiado tarde y la caries ya estaba presente en muchos niños. La atención odontológica provee al niño de los servicios de prevención, así como de los cuidados bucales generales como enfermedades orales y la evaluación del riesgo para desarrollar caries.⁵

La prevención dental debe estar basada en programas individualizados, para cada niño que disminuyan el riesgo de caries y que permitan diseñar un plan de prevención correcto.⁵

Una evaluación de riesgo para la salud oral de niños de 6 meses de edad permite instituir estrategias adecuadas de prevención cuando la dentición primaria comienza a erupcionar. Este examen inicial no debe rebasar los 12 meses de edad.⁵

Durante la visita inicial se debe realizar una historia médica y dental completa de la madre y del bebé, así como evaluar el riesgo del niño de desarrollar las enfermedades bucales y proporcionar orientación anticipada sobre el desarrollo dental y bucal, exposición a fluoruro, hábitos no nutritivos de succión, prevención de injurias, instrucciones de higiene oral y los efectos de la dieta en la dentición; por

último, es necesario determinar un plan de prevención adecuado y el intervalo para reevaluación periódica en base a esa evaluación.⁶

Existen varias técnicas utilizadas para este examen inicial. La más recomendada es el de rodilla con rodilla, donde se enseña la higiene oral y se pide a los padres participar. Por lo general, el niño va a llorar y esto ayudará a mantener la boca abierta, por lo que el odontólogo se debe asegurar de que el padre entienda lo que va a hacer ya que se puede sorprender.⁶

Papel de la mamá como transmisor de *Streptococcus Mutans*.

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 la cavidad oral. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades; es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial. La magnitud del problema obliga a una gran inversión de recursos en tratamientos que podría evitarse si se aumentan las medidas de prevención.⁸

Actualmente, se sabe que la caries es una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por la concurrencia de bacterias específicas, un hospedero y un ambiente adecuado como es la cavidad oral. La conjunción de estos factores favorece la acidificación local del medio, lo que produce degradación de los hidratos de carbono de la dieta, seguida de la destrucción progresiva del material mineralizado y proteico del diente. A menos que este proceso sea detenido con una terapia específica, puede llevar a la pérdida de la corona dentaria.⁸

El traspaso de microorganismos desde la saliva de los adultos, en especial de las madres es el principal medio de contagio, se plantea al *Streptococcus Mutans* como el principal y más virulento microorganismo responsable de la caries dental, pero existen otros microorganismos como el *Lactobacillus*, *Actinomyces* y otros tipos de *Streptococcus* que también participan, pero su rol es de menor importancia⁹

El mecanismo de contagio entre la madre y el bebé, se produce cuando la madre comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura del biberón con su boca o cuando lava el chupón con su saliva. Por lo que una mujer con hábitos deficientes de salud bucal repetirá el mismo patrón con sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de la caries.⁵

Factores culturales y socioeconómicos relacionados a la higiene bucal

La promoción de la salud es una de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud, quien la define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre la salud para mejorarla. Este proceso deberá estar basado en el conocimiento previo del estilo de vida así como de la cultura de la población objetivo. De no considerar estas estrategias, los contenidos resultarán culturalmente irrelevantes y por lo tanto, el programa tendrá escasa posibilidad de éxito.¹⁰

La inclusión de las categorías como la cultura, estructura social, historia, etc., en el abordaje clínico, provoca que la sociedad funcione como sujeto activo del proceso de sanar o enfermar, traspasando así las barreras individuales. Además la cultura tiene una relación indiscutible con conceptos como estilos de vida, formas de articulación social, apoyo social, autoayuda, etc.¹⁰

Buena parte de las patologías que provocan un mayor cuidado de la salud tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo que confirma el hecho que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud en los países. La promoción de hábitos saludables es una medida que puede contribuir con un mayor éxito a la mejora de la esperanza y la calidad de vida de la gente.⁹

El desconocimiento en general de la inocuidad de los procedimientos odontológicos por parte de las mujeres, sumado a aspectos negativos que la situación odontológica genera por sí misma, podría impedir a las madres la búsqueda de

atención a los problemas bucales. Esto demuestra la larga tradición de erróneos conceptos con respecto a la salud oral y sus cuidados durante el embarazo.⁹

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud, y que deben adquirirse desde niños.⁹

Es así como en lugares de escasos recursos no se le da la importancia necesaria al cuidado de la cavidad oral, las madres en algunos casos realizan prácticas de higiene dental como el cepillado y eso se lo transmiten a sus hijos pero no les da razón ni técnica de cómo hacerlo.¹¹ Lo que demuestra que los padres que tienen un nivel de educación alto tienen mayores actitudes hacia la higiene bucal lo que sugiere un mayor y mejor acceso a la información, al contrario de los padres con niveles de educación bajos.¹²

Romero (2003) ¹¹ mediante un estudio cualitativo menciona que el factor socioeconómico es determinante en los problemas de salud bucal, ya que estos pasan a un plano secundario porque existen otras necesidades prioritarias que resolver. Es así que la información que conocen acerca de la salud bucal y su relación con la salud general es limitada, ya que los dientes no son considerados órganos importantes para el desarrollo integral de las personas. Por lo tanto, existe una ausencia de medidas de higiene bucal y las madres no participan directamente en la limpieza de los dientes de sus hijos después de que comienzan a asistir a la escuela, lo cual indica que en el sistema de valores familiares la higiene bucal no tiene principal importancia.

En el análisis del 2009¹³, las variables socioeconómicas mostraron una importancia en el tamaño de la familia, observándose que conforme aumenta el número de miembros la frecuencia del cepillado dental disminuye.

Herrera¹³ menciona que dentro de las desigualdades económicas encontró que las personas que se cepillan los dientes con menor frecuencia son los que tienen una menor posición económica. Por lo que es necesario considerar poner mayor énfasis

en los programas de promoción a la salud bucal y enfocarse en los grupos de personas socioeconómicamente vulnerables.

De acuerdo al estrato socioeconómico el análisis del 2010²³ mostró que los padres pertenecientes al nivel medio/alto obtuvieron una mejor calidad de higiene bucal que los de estrato socioeconómico bajo. Aunque el cepillado lo realizan en mayor proporción los padres del estrato socioeconómico bajo que los del nivel medio/alto.

De la misma forma Díaz en su estudio del 2010¹⁸ mostró una relación entre el nivel de escolaridad; menciona que las madres con nivel de escolaridad bajo tienen hijos una mayor predisposición a la presencia de caries dental, esto es que la prevalencia de caries aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico.

Alimentación como factor de riesgo

La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de la vida. Entre sus innumerables ventajas se encuentra la prevención de enfermedades durante el primer año de vida; además para la madre disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento de los embarazos. Por otra parte la lactancia materna fortalece la relación afectiva entre la madre y el hijo.¹⁴

Hoy es un hecho aceptado universalmente que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño reciba durante los primeros 4 a 6 meses de vida lo cual garantiza el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento pleno, reduce la morbilidad y mortalidad en edades tempranas y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.¹⁴

Unos de los mitos de la caries temprana de la infancia es que surge de la lactancia materna, esto no es verdad ya que la leche materna aporta la mejor nutrición para los bebés y por sí misma no es cariogénica, se vuelve cariogénica en la combinación con otros alimentos de alto contenido en carbohidratos.²

Los niños con niveles significativos de *Streptococcus Mutans*, y cualquier nivel de lactobacilos poseen un riesgo mayor de presentar Caries de la Infancia Temprana (ECC), esto afecta a la población en general, pero es 32 veces más probable que ocurra en niños que son de nivel socioeconómico bajo, que consuman dietas altas en azúcar y cuyas madres tienen un nivel educativo bajo.⁵

La ingestión de carbohidratos, especialmente los azúcares, representan un factor de riesgo, principalmente cuando la frecuencia es alta. No obstante, no es sólo la frecuencia de ingestión que debe ser analizada, sino también el tiempo de permanencia del alimento en la cavidad bucal.⁴

Flúor

Para la prevención de la formación de caries dental, se recomienda impedir la organización de la placa bacteriana mediante su remoción por el cepillo dental en niños, y en el caso de los bebés limpiar las superficies de los dientes desde su aparición en boca con una gasa.⁹

Dentro de las medidas de prevención apuntan al uso de sustancias que mejoren la resistencia del huésped a la acción del ácido producido de las bacterias y es así como se recomienda el uso de fluoruro, ya sea por vía sistémica o local.⁹

Es considerado el elemento más importante en un programa preventivo para el bebé una ingestión de fluoruro óptima, ya sea por agua fluorada o por suplementos sistémicos.¹⁵ En las zonas sin fluoruro en el agua, es aconsejable además de administrar este elemento en forma de gotas y comprimidos, desde el nacimiento.⁹

Los beneficios del fluoruro durante el período de formación del esmalte han sido bien documentados y aunque no todos los investigadores están de acuerdo sobre los niveles de las dosis a diversas edades, si lo están en que le niño debe recibir este beneficio del fluoruro sistémico desde poco después del nacimiento hasta aproximadamente los 12 años. Esto asegura que, durante el período de formación del esmalte de los dientes permanentes y el período que precede inmediatamente a la erupción, los dientes recibirán el beneficio de la fluoración.¹⁵

No se recomienda el fluoruro prenatal porque: no cruza la barrera placentaria y no existen diferencias significativas en la experiencia de caries en madres que reciben y que no reciben fluoruro.¹⁵

Se recomienda las decisiones del dentista sobre la administración adicional del flúor se base en las necesidades de cada paciente dependiendo de su evaluación de riesgo de caries y su existente exposición al fluoruro. Por lo que el consumo excesivo crónico de fluoruro puede provocar fluorosis y manchas antiestéticas de los dientes. Grandes dosis de fluoruro puede poner en peligro la vida debido a una hipocalcemia con convulsiones, tétanos, la disminución de la contractilidad del miocardio, la arritmia ventricular y paro cardíaco.⁶

El riesgo de fluorosis debe ser evaluado, esta se ha asociado a la acumulación de flúor ingerido durante el desarrollo del esmalte, la gravedad depende de la dosis, duración y momento de la ingesta.⁶

Estado bucal del niño y los conocimientos de la madre

En 2005 Agudelo¹⁶ realizó un estudio con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y de la salud bucal a través de la generación de estrategias acordes al perfil de los niños involucrados. Por lo que realizó un estudio cuantitativo y a través de un cuestionario realizó la recolección de información.

En el apartado de prácticas el estudio mostró que las personas más comprometidas en la enseñanza de los implementos para la higiene bucal son las madres y en algunos casos la responsabilidad es compartida con el padre o algún otro familiar, además de mencionar que el odontólogo es el principal transmisor de conocimientos hacia los padres y los niños.

En un estudio realizado por Cancado (2008)¹, en una clínica de bebés (de 0 a más de 3 años), se realizaron procedimientos preventivos como la divulgación en los medios de comunicación de la importancia de la atención odontológica para bebés, conferencias mensuales para los padres o responsables, examen clínico ,

anamnesis y orientación personalizada para los padres y responsables sobre la forma correcta de higiene y cuidado de la cavidad oral del bebé, profilaxis profesional, terapia con fluoruro, supervisión y control de las lesiones de manchas blancas activas , tratamiento restaurador de las lesiones de caries y cronograma individual de consultas para determinar el tipo de dieta, higiene bucal y el control de los procesos cariosos.

Con esta filosofía de tratamiento se logró obtener mejoría significativa en el tipo de dieta, calidad de la higiene oral y disminución en la actividad de la caries. Es así como se determinó que las actividades de promoción y fomento de la salud oral son más efectivas cuando son instauradas y aplicadas en el primer año de vida del niño.

En 2010 González¹⁷ diseñó un estudio con un enfoque cuantitativo y cualitativo donde demostró que los padres y niños estuvieron de acuerdo en visitar al odontólogo en situaciones de control y prevención. De acuerdo a la edad de inicio de la higiene bucal en los niños, los padres manifestaron que la iniciaron en sus hijos desde su nacimiento y consideran que ellos son los responsables de la higiene bucal de ellos.

Se observó también relaciones entre los niveles de conocimiento ya que los padres que pertenecen al nivel medio/alto fueron los que obtuvieron los mejores valores con respecto a los de nivel bajo.

En un estudio descriptivo transversal Díaz en 2010¹⁸ encontró una asociación entre el estado bucal del niño y la familia; menciona que cuando los niños son cuidados por el padre presentan un mayor porcentaje de caries dental, lo que indica que la figura paterna no se encuentra bien educada en promoción y prevención en salud bucal. También indicó que los niños que vivían con uno de sus padres presentaban una mayor prevalencia de dolor dental. Lo que nos dice que una estructura familiar o tipo de familia y el vivir con los padres, se ha relacionado con la presencia de caries dental.

Factores psicológicos en educación para la salud.

En el campo de la salud mental algunos estudios muestran la eficacia de las intervenciones de promoción y prevención abordando factores psicológicos, sociales y del entorno que permiten el desarrollo psicológico óptimo.¹⁹

La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.²⁰

En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, en gran parte por razones económicas. Al igual que se ha aumentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades.²⁰

La psicopatología materna representa un problema de salud pública debido a su impacto negativo sobre la madre hacia los hijos. Dos formas de psicopatología en la madre son la ansiedad y la depresión, estos se presentan en el período prenatal y posnatal y se asocian con mala función del desarrollo de los hijos, ejemplo de las dificultades serían emocionales y conductuales, cognitivas y de función. Lo que indica que las madres con depresión tienen hijos con dificultades en las habilidades cognitivas y de competencia social.²¹

Los periodos de depresión y ansiedad durante la etapa prenatal y posnatal están asociados a factores genéticos, bioquímicos, endócrinos, psicológicos y sociales. Siendo los hormonales los que se acentúan durante el período posnatal.²²

Factor de autoeficacia.

Los cuidados que tendrá la madre hacia el bebé son determinados por qué tan capaz se siente de realizarlos, a eso se le llama autoeficacia, que se define como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener resultados deseados, este concepto fue introducido por Bandura en 1995.²³

La autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. En los pensamientos influye en el grado de optimismo o pesimismo. Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos incluyendo la toma de decisiones y el logro académico.²³

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos, por lo que serán más persistentes⁵ y más resistentes a los fracasos ocasionales.²⁴ El pronóstico del comportamiento del paciente se puede mejorar mediante la evaluación de su capacidad de autoeficacia.²⁵

De acuerdo a la Teoría de Bandura (1977), la percepción de la autoeficacia determinará la cantidad de esfuerzo que una persona invertirá en una tarea y en la perseverancia frente a las dificultades. Influye en la manera de pensar de las personas, en los cursos de acción que ellas eligen, en los desafíos que se plantean y el nivel de compromiso con ellos.²⁶

La eficacia parenteral se refiere a las creencias personales sobre las propias capacidades para llegar a ser un buen padre. Los padres que creen en sus propias habilidades se sentirán generalmente más satisfechos y capaces de hacer lo necesario para perseverar y lograr una tarea determinada.²⁶

En el caso de la autoeficacia materna las madres que sienten que carecen de habilidad para cuidar a sus hijos se rendirán más rápidamente si el niño no responde a sus estímulos. Y frente a este fracaso se confirmará su baja autoeficacia, lo que resulta en afectos negativos y depresión, al contrario de las madres con una alta autoeficacia que son más confiadas por lo que experimentan menos afectos negativos. Así pues una alta percepción de autoeficacia no solo nos dará mejores resultados en el cuidado del bebé sino en la salud mental de la madre.²⁶

En cuanto a la higiene bucal de los bebés, la autoeficacia también menciona que las madres con un mayor nivel de autoeficacia realizan los procedimientos de higiene bucal hacia el niño aun cuando se sienten cansadas, evitan una dieta alta en azúcar continúan las citas al odontólogo.²⁵

Finlayson (2007)²⁷ en un estudio transversal menciona que las variables cognitivas tienen una relación significativa con la frecuencia del cepillado dental. En este estudio las madres presentaron un nivel alto de autoeficacia, una creencia fatalista de salud oral y bastantes conocimientos sobre las necesidades de los niños. Por lo que el grado de autoeficacia era un fuerte predictor relacionado a la frecuencia del cepillado de los niños de 1-3 años y era un predictor significativo marginal en los niños de 4-5 años de edad. De este modo se puede decir que un cepillado frecuente se relaciona con mayores niveles de autoeficacia. El estudio también mostró la importancia de los conocimientos que las madres que tenían sobre necesidades de sus hijos acerca de higiene oral; las madres con mayores conocimientos se sentían más eficaces y cepillaban los dientes de sus hijos con mayor frecuencia.

Es importante señalar que la frecuencia del cepillado no necesariamente puede reflejar una mayor eliminación de placa o mejores hábitos de higiene de los que reportaron una menor frecuencia de cepillado. Una limpieza cuidadosa, y no sólo el cepillado frecuente, es más relevante para una mejor salud oral, lo que nos indica que los niños pequeños no pueden cepillarse los dientes hasta una edad alrededor de 5 años. Por eso es necesario contextualizar a nivel individual los factores de riesgo mediante el examen de procesos y condiciones sociales que causan que los individuos estén expuestos a los riesgos de salud y los factores de protección.

En otro estudio publicado por Finlayson en 2007²⁸ mediante un análisis transversal se identificó cómo la autoeficacia materna está relacionada con la salud oral, al igual que las creencias y conocimientos, la depresión materna, estrés de los padres y el apoyo social se relacionan con Caries Temprana de la Infancia (ECC) en niños afroamericanos de bajos ingresos de edades 1-5 años.

Menciona que existe un creciente reconocimiento de la necesidad de entender la forma como el factor social, cultural, ambiental y las fuerzas psicológicas en la familia afectan en la salud oral. De esta investigación se obtuvo que los factores psicosociales más amplios pueden influir en el mantenimiento y promoción de la salud, así como las conductas y factores de riesgo que han sido encontrados pueden afectar negativamente la capacidad de los padres para participar en las prácticas de salud preventivas como la pobreza, el estrés crónico y la depresión.

El estudio consiste en una medida de salud oral en los niños basada en una evaluación clínica. Se realizaron exámenes de cada superficie de diente limpio y seco utilizando la detección de caries mediante el Evaluación Internacional del Sistema (ICDAS) que mide el proceso de caries en las diferentes etapas.

La autoeficacia (OHSE) se evaluó mediante una medida de nueve puntos en la que se preguntó cuanta confianza presentaban los cuidadores sobre el cuidado de los dientes de los niños, en la que las madres informaron niveles relativamente altos de autoeficacia (3 en una escala de cuatro puntos) y fueron conocimientos sobre el uso adecuado del biberón y las necesidades de los niños de higiene oral.

Contrariamente a lo pensado, los estudios mostraron que la autoeficacia, el conocimiento de su caso, la conducta de consumo del biberón y el propio cepillado dental de las madres no se asociaron con ECC.

Fernández (2009)²⁹ demostró que los padres y las madres son los principales transmisores de los hábitos de salud y del comportamiento del niño, involucrando a la familia y cuidadores en la adquisición de buenos hábitos higiénicos, los cuales son los factores primordiales para la creación de una cultura en salud bucal construida a partir de una metodología participativa problematizadora.

Herrera (2009)¹³ encontró una relación entre la actitud positiva de la madre con una mayor frecuencia del cepillado dental y un nivel más alto de escolaridad a diferencia de las madres que tenían una actitud negativa y presentaban un nivel de escolaridad bajo, lo que señala la importancia de los factores psicológicos relacionados a la higiene bucal.

En el análisis del 2010¹⁸ en cuanto a la relación entre las actitudes y variables sociodemográficas, se encontró relación estadísticamente significativa con el sexo masculino el cual tuvo actitudes más favorables que las encontradas en el sexo femenino, esto lleva a mencionar la importancia del cuidado de ambos padres en la salud del infante.

Kakudate (2010)²⁵ en un artículo de revisión menciona que la autoeficacia es indispensable para predecir la higiene bucal en el comportamiento del tratamiento dental. En la práctica odontopediátrica, la autoeficacia resulta importante para predecir el número de dientes cariados de los niños y la frecuencia del cepillado de la madre hacia el niño. Por lo tanto, si un nivel bajo de autoeficacia tiene un apoyo temprano, el número de dientes cariados y la enfermedad periodontal pueden ser reducidos a largo plazo. Estos enfoques del comportamiento pueden ser útiles para mejorar la autoeficacia en el cuidado de hábitos y la higiene bucal.

Farkas (2010)³⁰ menciona que uno de los factores que pueden obstaculizar el desempeño adecuado de la madre es el estrés. Una madre que está experimentando la tensión entiende que no es capaz de manejar las exigencias de su hijo, afectando negativamente su confianza así como su desempeño maternal.

Por esto el estrés materno está asociado con la autoeficacia de la madre, podría decirse que un mayor nivel de estrés en las madres puede tener un efecto negativo en la percepción de autoeficacia materna. Los resultados de este estudio apoyan el efecto negativo del estrés en un adecuado rendimiento materno. Una madre que se siente estresada tiene la percepción de que no es capaz de responder a las necesidades de su hijo.

Utilizando modelos explicativos a través de un análisis de regresión, se encontró que la combinación de un mayor tamaño de hogar y problemas durante el embarazo predicen una autoeficacia materna inferior.

Existe una hipótesis de que estas madres están más centradas en sus dificultades personales y económicas y no en las necesidades de sus hijos, además de los factores psicosociales de riesgo (alcoholismo, drogadicción, violencia doméstica y

otros) lo cual está más estrechamente relacionado con el estrés y la autoeficacia pues podría tenerse como resultado un fenómeno de “invisibilización” de las necesidades de la propia madre.

Por lo tanto, es aconsejable desarrollar intervenciones preventivas que están orientadas a proporcionar más herramientas de gestión personal para hacer frente a estas condiciones, así como mayores estrategias de manejo del estrés, lo que aumentaría sus sentimientos de competencia y autoeficacia.

En otro artículo Kakudate³¹ en 2010 realizó un estudio donde el propósito fue desarrollar una tarea específica de autoeficacia utilizando la escala para el cuidado bucal maternal (self-efficacy scale for maternal oral care SESMO) para los niños y evaluar su fiabilidad y validez.

En Japón ya es utilizada una escala que muestra como la confianza influye en una acción como característica de una persona durante un largo periodo de tiempo y se sabe que tiene una correlación con tareas específicas (GSES).

Los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre el número de dientes cariados y la consulta dental. Por lo que las madres con un alto cuidado en la dieta pueden hacer que sus hijos vayan al dentista para chequeos regulares y los dientes cariados podrían tratarse adecuadamente como una consecuencia. Por último, se encontró correlación entre la frecuencia de cepillado de los niños y las puntuaciones totales.

Escalas para la medición de autoeficacia

La revisión de la literatura muestra que los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia son escalas de autorreporte. Dentro de éstas podemos distinguir dos grupos: en el primer grupo se encuentran aquellas escalas que miden un sentido de eficacia específico. En relación con este tipo de medición, Bandura plantea que es importante que las escalas se ajusten al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés. Entre las escalas desarrolladas dentro de esta línea está la Escala de Autoeficacia Percibida para Niños, que es una escala

multidimensional que mide 7 distintos dominios específicos de la autoeficacia en niños y preadolescentes, como por ejemplo, autoeficacia para el logro académico y la autoeficacia en habilidades asertivas de Pastorelli en 2001.³²

En el segundo grupo están las escalas que miden un sentido general de autoeficacia. Dentro de éstas se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia de Luszczynska en 2005. Esta escala ha sido traducida a 25 idiomas y utilizada en diversas culturas, en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad.³²

Antecedentes

La medición de la autoeficacia en un sentido general es realizada por Albert Bandura en 2001 así como el desarrollo de distintas escalas,³³ tanto generales como relacionadas a diversos factores. Una de estas escalas es realizada por Farkas en 2008³³, que se denomina Escala de Eficacia Parental (EEP) con base en la Teoría de Autoeficacia de Bandura. Este instrumento mide la sensación de eficacia y la satisfacción con el rol parental en madres con hijos de 0 a 2 años de edad, de manera independiente de su nivel socioeconómico y de si es madre de uno o varios niños. Existen otras escalas referidas al mismo constructo pero que se limitan casi exclusivamente al cuidado y la salud física del bebé entre ellas están el Infant Care Survey (ICS) el cual se focaliza solamente en temas de dieta, seguridad y cuidados de salud del bebé realizada por Froman y Owen en 1989; al igual que el Parent Expectation Survey de Reece en 1992, pero ninguno de ellos considera conductas interactivas entre el padre y el bebé. El Maternal Efficacy Questionnaire de Teti y Gelfand en 1991, pretende evaluar la autoeficacia materna, pero de sus 10 ítems sólo uno de ellos pregunta sobre la eficacia percibida en tareas de cuidado físico diario del bebé, mientras que los restantes se refieren a tareas afectivas. Varias de estas escalas han sido criticadas por haber sido diseñadas para muestras homogéneas, para padres típicamente blancos y de clase media, por contar con una mínima validación y en ocasiones falta de claridad conceptual.³³

Una de las mejores escalas parentales es la realizada en Japón por Kakudate en 2010³¹ a la que llamó SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care) esta escala está compuesta por un cuestionario de 36 preguntas divididas en tres aspectos de autoeficacia: autoeficacia del cepillado, en hábitos alimenticios y en la visita a la consulta dental y la evaluación de la validez concurrente fue utilizando el cuestionario General Self-efficacy (GSES). La escala muestra adecuadas propiedades psicométricas por lo que se recomienda su utilización para identificar asociación con indicadores clínicos, sin embargo no se encuentra disponible en español.

Planteamiento del problema

La salud bucal empieza desde el período prenatal continuando con un periodo posnatal, es en este periodo cuando la madre se debe informar sobre los cuidados que tendrá en sí misma, así como las medidas de higiene bucal que llevara a cabo cuando nazca el bebé, debido a que es la etapa donde se produce la mayor transmisión de microorganismos que producen la caries dental, mismos que pueden colonizar la cavidad bucal produciendo una Caries Temprana de la Infancia.

Lo que lleva a mencionar la importancia de la promoción de la salud, además de los cuidados de salud oral que la madre pueda tener hacia su hijo, también es importante tener en cuenta los factores psicológicos, ya que son determinantes en cuanto cómo afectará el estado mental de la madre hacia los cuidados que pueda llevar a cabo.

Uno de los factores psicológicos más importantes durante estas etapas, es la autoeficacia de la madre, ya que esta determinará qué tan capaz se siente de llevar a cabo los cuidados de higiene bucal necesarios, es así que mayores niveles de autoeficacia resultarán en una mayor higiene bucal, así como una reducción de enfermedades. Los factores psicosociales también influyen en la promoción de la salud, ya que si los padres presentan conductas negativas no participarán en el cuidado de sus hijos, y el nivel de autoeficacia disminuirá.

Es así como el comportamiento de los niños pequeños y los resultados a nivel bucal que puedan tener están influidos por el conocimiento de sus padres así como las creencias de higiene bucal. Por ello la importancia de comprender y mejorar las actitudes maternas hacia sus hijos y el cuidado de la salud oral. Existen varias escalas para medir autoeficacia, algunas de ellas se refieren específicamente al factor parental, sin embargo no disponemos de ninguna versión válida en español por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala SESMO en su versión en español aplicada en niños de 1 a 8 años en una escuela de la Ciudad de México?

Justificación

La información obtenida de este proyecto servirá para promover una mayor difusión a la salud pública aunado a los factores psicológicos, ya que estos últimos resultan determinantes en el estado de salud bucal de la madre y del bebé.

La salud del bebé es total responsabilidad de los padres, principalmente de la madre ya que es ella quien brinda la mayoría de cuidados y es la principal responsable de los hábitos que adquiera el bebé, por lo que es importante que las madres adquieran los conocimientos necesarios para llevar a cabo las medidas preventivas de salud, ya que este aprendizaje influirá en cómo se llevarán a cabo los cuidados que tenga hacia su bebé.

Así a través de la realización del presente trabajo podremos disponer de una versión válida en español dirigida a una población mexicana que permita seguir explorando la relación entre aquellos factores de tipo psicológico con resultados específicos en salud, como el estado dental y de higiene bucal.

Además esta misma escala puede ser utilizada en otras poblaciones hispanoparlantes, en donde sólo sea requerida su correspondiente adaptación.

Por último es importante seguir esclareciendo el papel determinante de los comportamientos y actitudes de los padres en el estado bucal de los niños, sobre todo durante los primeros años, los cuales suelen ser de gran relevancia en la historia de salud de los individuos, por lo que tener un instrumento válido para medir la autoeficacia contribuirá a este fin.

Objetivo general:

Evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care) en madres que acuden a la Guardería SEDESOL (Colegio Educ-Arte), al Jardín de niños María Cristina y a la primaria Prof. Luis Audirac Galvez.

Objetivos específicos:

Evaluar la consistencia interna de la escala SESMO en madres que acuden a la Guardería SEDESOL (Colegio Educ-Arte), al Jardín de niños María Cristina y a la primaria Prof. Luis Audirac Galvez.

Evaluar la validez de contenido de la Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care).

Evaluar la validez de constructo de la Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care).

Hipótesis

Ha1: La Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO cuenta con propiedades psicométricas adecuadas que permiten su utilización en poblaciones mexicanas.

H01: La Escala de Autoeficacia de Cuidado Oral Materno SESMO no cuenta con propiedades psicométricas adecuadas que permiten su utilización en poblaciones mexicanas.

Materiales y método:

Tipo de estudio: Transversal

Universo de estudio: 130 mamás de niños que acuden a la Guardería SEDESOL (Colegio Educ-Arte), al Jardín de niños María Cristina y a la primaria Prof. Luis Audirac Galvez.

Tamaño y selección de la muestra: La muestra estuvo conformada por 130 madres. El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo basándose en el valor de consistencia interna y utilizando el programa estadístico PASS (por sus siglas en ingles Power Analysis & Sample Size)

Bajo los siguientes supuestos:

Confianza: 95%

Poder: 95% para asegurar un error beta menor a 5%

Alpha de Cronbach de 0.40

Coefficiente de correlación de acuerdo a la hipótesis alterna: 0.60

Alpha: .05

Beta: .05

Es un tipo de muestreo por conveniencia, se evaluarán a todas las personas que componen el universo de estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Madres cuyos hijos asistan a las instituciones anteriormente mencionadas.
- Madres que vivan con sus hijos.
- Madres que se encarguen del cuidado de los niños.
- Madres de niños entre 1 y 8 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Madres que no deseen participar.
- Madres que padezcan problemas visuales o auditivos que les impida responder la entrevista.
- Madres analfabetas.

Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Nombre	Se registró el nombre completo empezando por apellido paterno, materno y nombre(s).	De acuerdo a lo reportado por el entrevistado.
Edad de la madre	Número de años cumplidos por la persona al momento de la entrevista, Se obtuvo por medio de interrogatorio directo.	Años
Edad del niño	Número de meses o años del niño(a) al momento de la entrevista. La información se obtuvo a partir de la pregunta ¿qué edad tiene su hijo(a)?	Años y/o meses

Estado civil	Se determinará de acuerdo al vínculo personal que tenga el participante con otra persona de diferente sexo o del mismo. La información se obtuvo a partir de la pregunta ¿cuál es su estado civil?	Soltera Casada Unión libre Separada Divorciada Viuda
Escolaridad de la madre	Se refiere al nivel de estudios máximo alcanzado por la madre. La información se obtuvo a partir de la pregunta ¿cuál es su grado máximo de estudios?	No estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Carrera comercial Carrera técnica Preparatoria incompleta Preparatoria completa Licenciatura incompleta Licenciatura completa Diplomado o Maestría Doctorado No Sabe /no contesto
Ocupación de la madre	Es la actividad remunerada o no que desempeña la madre de familia. La información se obtuvo a partir de la pregunta ¿Cuál es su ocupación?	Ama de casa Trabajadora domestica Empleada Secretaria Estilista Costurera Profesionista Otra:_____. No sabe/No responde

Responsable del infante	Es la persona que se hace cargo del menor mientras los padres o tutores trabajan o están fuera del hogar. La información se obtuvo a través de la pregunta ¿Quién se hace cargo del cuidado de su hijo?	Ambos padres Mamá Papá Abuelos Otro familiar Empleada doméstica Guardería Otro_____
Ingreso actual familiar	Cualquier tipo de ingreso monetario recibido durante un mes (pensión, renta, seguro, gasto, sueldo, etc.). La información se obtuvo a través de la pregunta ¿aproximadamente cuál es su ingreso económico mensual?	El salario mínimo mensual corresponde a la cantidad de \$1869.9; y se calculará de acuerdo a la cantidad de salarios mínimos que se perciben en un mes. 62.33 pesos diarios 6) más de 45.5 =A/B 5) 18.5 a 45.4 =C 4) 6.2 a 18 =C+ 3)3.6 a 6 =D 2) de 1.6 a 3.5 =D+ 1)De 0 a 1.5 =E
Nivel socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	A/B: Clase Alta C+: Clase Media Alta C: Clase Media D+: Clase Media Baja D: Clase Baja E: Clase más Baja Variables

	Se midió a través de la regla AMAI compuesta por 6 niveles socioeconómicos y 10 variables; los cuales se encuentran descritos en el anexo 2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Último año de estudios del jefe de familia. 2. Número de focos en el hogar. 3. Número de habitaciones sin contar baños. 4. Número de baños con regadera dentro del hogar. <p>Posesión de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Autos (ya sean de su propiedad o no). 6. Calentador de agua / Boiler. 7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material). 8. Televisión. 9. Computadora (PC). 10. Estufa
Prácticas de higiene	Son aquellos procedimientos realizados para conservar un estado óptimo de salud. La información se obtuvo realizando las siguientes preguntas	<p>¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en su hijo? La respuesta será registrada por medio de incisos, siendo 1)si, 2)no.</p> <p>¿Cuál o cuáles usa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Cepillo y pasta 2)Colutorios 3)Hilo dental 4)Cepillo, pasta y colutorio 5)Cepillo, pasta e hilo dental 6)Cepillo, pasta, colutorios e hilo dental 7)No usa
Autoeficacia general	Es la autopercepción respecto a la capacidad de desempeñar	Se registró de acuerdo a los criterios de la escala de

	acciones de una cierta forma y de poder alcanzar metas. Se refiere a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para lograr determinados resultados. ³¹	autoeficacia general que se encuentra descrita en el anexo 3
Autoeficacia Materna de Cuidado Bucal.	Se refiere a las creencias personales sobre las propias capacidades para lograr ser un “buen padre”. ³³	Se registró de acuerdo a los criterios de la escala SESMO que se encuentra en el anexo 4
Índice CPO-D y ceo-d	Hace referencia a los dientes Cariados (C), Perdidos (P) y Obturados (O). Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, ya que toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados El índice para dientes temporales es una adaptación del índice CPO-D a la dentición temporal, el cual representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).	Se describe en el anexo 6

Métodos de recolección de la información

Se inició con la traducción de la escala SESMO del idioma inglés al español por dos personas especializadas en el tema, cada una por su cuenta realizó la traducción, para poder obtener así dos traducciones las cuales se compararon para conformar una sola versión. Esta última se sometió a una tercera traducción, esta vez del idioma español al inglés para comprobar que la traducción que se realizó tenía el mismo significado en ambos idiomas.

La conformación de la escala SESMO en español se constituyó partiendo de las dos traducciones, de aquellas preguntas de ambos cuestionarios que se encontraron más comprensibles y se acercaron más a los modismos de la población mexicana.

Posterior a la conformación de una sola traducción se eligió un universo con características similares a la población de estudio para hacer la prueba piloto de esta escala.

La prueba piloto se aplicó a 10 madres con características similares. En esta prueba surgieron dudas, algunas de ellas fueron sobre la estructura de las preguntas y cómo responder a ellas, ejemplos de ello fueron:

Pregunta 17 “Hago que mi hijo/a se cepille a su manera todos los días”. Dos de las madres mencionaron que dejaban que su hijo se cepillara los dientes primero y después ellas lo rectificaban.

Pregunta 31 “No permito que mi hijo/a coma o beba inmediatamente antes de irse a la cama” mencionaron que si la pregunta se refería a la cena o solo cuando ya se van a dormir.

Pregunta 33 “No doy a mi hijo/a alimentos azucarados para inducir el sueño” las mamás no entendieron la pregunta, por lo que se cambió a “No doy a mi hijo alimentos azucarados para que pueda dormir” para poder comprobarla en una segunda prueba y verificar el resultado.

Pregunta 36 “No permito hábitos alimenticios perezosos en mi hijo” algunas madres preguntaron si se refería a los alimentos chatarra a lo que se les respondió que no y les dio una explicación. En el otro cuestionario la pregunta decía “No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida” y de esta forma no tuvieron dudas. Por lo que la pregunta quedó así.

Una vez modificadas las preguntas se volvió a hacer la prueba para ver si de esta forma comprendían mejor las preguntas, el resultado fue positivo las madres no presentaron ninguna duda, por lo que nuestra prueba piloto se convirtió en un cuestionario aplicable.

Una vez conformada la escala, esta fue aplicada en la población blanco, junto a una escala de autoeficacia general, y un cuestionario sociodemográfico. Posteriormente, se examinó bucalmente a cada uno de los niños de las mamás participantes. Este examen se llevó a cabo en condiciones de luz natural en un cuarto apartado del de las actividades. El examen consideró los índices CPOD e IHOS, siguiendo los criterios establecidos por la OMS. Además, el examinador fue previamente estandarizado en el índice CPOD, obteniendo un coeficiente Kappa de 0,68 “considerable” de acuerdo a los criterios de Landis y Koch³⁴, siguiendo los criterios de la OMS.

Métodos de registro de la información

Los datos fueron registrados en formatos diseñados especialmente para este estudio, posteriormente fueron capturados en Excel y por último fueron analizados en el paquete SPSS vs. 17.0

Análisis estadístico de los datos.

Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas. Para evaluar la consistencia interna se utilizó el alpha de Chronbach para variables politómicas. Para evaluar la validez, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio, para verificar la existencia de los tres factores originales (visitas al dentista, cepillado dental y hábitos alimenticios). Para evaluar la validez concurrente, se llevó a cabo una correlación de Spearman entre la escala SESMO con estado socioeconómico así como con la escala de Autoeficacia general.

Recursos

Humanos	Materiales
Un examinador previamente estandarizado	1 computadora con software como SPSS, y Epidata. 150 formatos de encuesta. 35 sondas tipos OMS. 35 espejos del número 5. Gasas. Guantes desechables. Plumas y lápices.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, esta investigación se clasifica dentro de las de riesgo mínimo, sin embargo se presentó un consentimiento informado (Anexo 7), dando a cada participante la libertad de negarse a responder a cualquier pregunta o continuar su participación. Todas las respuestas fueron confidenciales.

Resultados

Datos socioeconómicos

Se entrevistó a un total de 130 mujeres, con una media de edad general de 30.9 ± 7.3 años. La media general de edad de los niños fue de 5.12 ± 2.4 años. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por edades

Edad	n	Media	Desviación estándar
Edad de la madre	130	30.94	7.372
Edad del menor	130	5.12	2.468
Total	130		

Fuente: directa

En cuanto al estado civil, la mayor parte de las entrevistadas respondió ser casadas (43.8%), seguidas de las mujeres en unión libre con 32.3%. El menor porcentaje corresponde a las mujeres divorciadas (3.8%). Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al estado civil ($X^2=84.46$ $p<.001$). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de acuerdo al estado civil.

Estado civil	n	%
Soltera	23	17.7
Casada	57	43.8
Unión libre	42	32.3
Separada	3	2.2
Divorciada	5	3.8
Total	130	100
$X^2= 84.46$ $p<.001$		

Fuente: directa

De acuerdo al grado de estudios, la mayor parte de población de estudio reportó como grado máximo la secundaria terminada con un 31.5% seguido de 16.2% que reportó contar con licenciatura completa y en un tercer lugar la preparatoria completa con un 14.6%. Se encontraron datos estadísticamente significativos ($X^2=113.86$ $p<.001$). Tabla 3.

Tabla 3. Grado de estudios.

Grado de estudios	n	%
Primaria incompleta	5	3.8
Primaria completa	8	6.2
Secundaria incompleta	5	3.8
Secundaria completa	41	31.5
Carrera comercial	1	.8
Carrera técnica	9	6.9
Preparatoria incompleta	13	10.0
Preparatoria completa	19	14.6
Licenciatura incompleta	3	2.3
Licenciatura completa	21	16.2
Diplomado o maestría	5	3.8
Total	130	100.0
$X^2= 113.86$ $p<.001$		

Fuente: directa

En cuanto a quien se hace cargo del cuidado de los menores de edad, la mayor parte de las madres entrevistadas reportó que ellas lo hacen (62.3%), seguido de las que reportaron que lo hacen ambos padres (16.9%) y en un tercer lugar la empleada doméstica (12.3%). Se observó diferencia estadística significativa ($X^2=210.80$ $p<.001$). Tabla 4.

Tabla 4. Responsable del menor.

Responsable del menor	n	%
Ambos padres	22	16.9
Mamá	81	62.3
Papá	1	.8
Abuelos	9	6.9
Empleada domestica	16	12.3
Guardería	1	.8
Total	130	100.0
X ² = 210.80 p<.001		

Fuente: directa

Respecto a la ocupación, la mayoría de las entrevistadas reportó dedicarse al hogar en un 43.8%, seguido de un 35.4% que mencionó ser empleada. Se observaron datos estadísticamente significativos (X²= 170.88 p<.001). Tabla 5.

Tabla 5.Ocupación de la madre.

Ocupación	n	%
Ama de casa	57	43.8
Trabajadora doméstica	1	.8
Empleada	46	35.4
Secretaria	2	1.5
Estilista	4	3.1
Profesionista	10	7.7
Otra	10	7.7
Total	130	100.0
X ² = 170.88 p<.001		

Fuente: directa

Referente al ingreso económico mensual medido en sueldos mínimos, la mayoría respondió percibir de 1.6 a 3.5 (38.5%), seguido de un 36.2% que mencionaron percibir de 0 a 1.5 y en un tercer lugar de 3.6 a 6 con un 15.4%. Los datos reportados son estadísticamente significativos ($X^2= 72.07$ $p<.001$). Tabla 6.

Tabla 6. Ingreso económico mensual en número de sueldos mínimos

Ingreso económico	n	%
0	1	0.8
de 0 a 1.5	47	36.2
de 1.6 a 3.5	50	38.5
de 3.6 a 6	20	15.4
de 6.2 a 1.8	12	9.2
Total	130	100.0
$X^2= 72.07$ $p<.001$		

Fuente: directa

De acuerdo a si lleva o no algún procedimiento de higiene bucal en su hijo, la mayoría respondió que sí lo hace con un 93.8%, respecto a las que no lo hacen con un 6.2%. Los datos respecto al uso de procedimientos de higiene bucal en su hijo fueron estadísticamente significativos ($X^2= 99.96$ $p<.001$).Tabla 7.

Tabla 7. Uso de procedimientos de higiene bucal en su hijo

Uso de procedimientos de higiene bucal	n	%
Si	122	93.8
No	8	6.2
Total	130	100.0
$X^2= 99.96$ $p<.001$		

Fuente: directa

Refiriéndose a que aditamentos de higiene bucal usan las madres con sus hijos, la mayoría respondió que utilizan cepillo y pasta con un 88.5% del total de la población, seguido de las madres que mencionaron que utilizan cepillo, pasta y algún colutorio (6.9%). Los datos encontrados son estadísticamente significativos ($X^2= 90.61$ $p<.001$) Tabla 8.

Tabla 8. Aditamentos de higiene bucal que utiliza la madre con su hijo

Aditamentos de higiene bucal	n	%
Cepillo y pasta	115	88.5
Cepillo ,pasta y colutorio	9	6.9
Total	124	95.4
No usa	6	4.6
Total	130	100.0
$X^2= 90.61$ $p<.001$		

Fuente: directa

En cuanto al estrato socioeconómico el porcentaje más alto se encuentra en la clase media baja con un 40% seguido de la clase baja con un 21.5%, se encontró una diferencia significativa ($X^2= 78.523$ $p<.001$) Tabla 9.

Tabla 9. Niveles socioeconómicos de acuerdo a la Regla AMAI

Clase	n	%
Más baja	1	0.8
Baja	28	21.5
Media baja	52	40.0
Media	22	16.9
Media alta	23	17.7
Alta	4	3.1
Total	130	100.0
$X^2= 78.523$ $p<.001$		

Fuente: directa

Resultados de las características psicométricas de la escala SESMO

Descripción de la media obtenida en el instrumento general y por dimensiones.

La media obtenida por el instrumento completo fue de 59.27 ± 13.90 . La media obtenida por el dominio visitas fue de 12.89, las obtenidas por el cepillado (23.90) y hábitos dietéticos (23.65) fue muy similar. Tabla 10.

Tabla 10. Media del instrumento general y dimensiones

	Media	Desviación estándar
Instrumento completo	59.27	13.90
Visitas al dentista	12.89	6.48
Cepillado	23.90	6.38
Hábitos dietéticos	23.65	5.32

Fuente: directa

Consistencia interna

En cuanto a las características psicométricas del instrumento, los datos muestran que el valor de la consistencia interna de acuerdo al alfa de Cronbach fue de $\alpha=0.861$ para el instrumento completo y de acuerdo a cada uno de los dominios, se observa que las visitas al dentista tienen el valor más alto de alfa de Cronbach ($\alpha=0.934$), seguido del cepillado con un $\alpha=0.838$. El valor más bajo lo obtuvo los hábitos dietéticos con un $\alpha=0.741$. Tabla 11.

Tabla 11. Consistencia interna de la escala de autoeficacia para el cuidado oral materno.

	n de reactivos	α de Cronbach
Instrumento completo	16	0.861
Visitas al dentista	4	0.934
Cepillado	6	0.838
Hábitos dietéticos	6	0.741

Fuente: directa

Consistencia interna por reactivo

Los valores de alfa de Cronbach observados por reactivo mostraron que en las visitas al dentista, al eliminar el reactivo “Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas” disminuía el alfa de Cronbach a ($\alpha=0.853$), de 0.934 que es el obtenido para el dominio. El reactivo que más disminuiría el valor de la consistencia interna del instrumento corresponde a la pregunta “Continuo llevando a mi hijo al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado” ($\alpha=0.844$) Tabla 12.

En cuanto al cepillado, el reactivo que más disminuiría el valor de alfa de Cronbach en caso de eliminarse sería el correspondiente a la afirmación “Cepillo los dientes

de mi hijo incluso si tiene sueño” ($\alpha=0.845$), esto de un 0.838 que obtuvo el dominio. Tabla 12.

En el caso de los hábitos dietéticos al eliminar el reactivo “Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar”, disminuiría el valor de alfa de Cronbach a ($\alpha=0.852$) de un 0.741 obtenido para el dominio. Tabla 12.

Tabla 12. Consistencia interna de los reactivos

Reactivos	α de Cronbach si se elimina el elemento
Vistas al dentista	
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas.	0.853
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si eso significa sacrificar mi tiempo libre.	0.852
¿Continuo llevando a mi hijo al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado?	0.844
¿Llevo a mi hijo/a al dentista a chequeos regulares incluso si está ocupado con sus actividades extraescolares?	0.846
Cepillado	
Cepillo los dientes de mi hijo de acuerdo con las instrucciones.	0.853
Cepillo los dientes de mi hijo incluso si no quiere que lo haga.	0.851
Cepillo los dientes de mi hijo todos los días.	0.854
Cepillo los dientes de mi hijo incluso si tiene sueño.	0.845

Cepillo los dientes de mi hijo completamente.	0.850
Reviso la boca de mi hijo todos los días.	0.853
Hábitos dietéticos	
Trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual.	0.862
Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora.	0.854
Estímulo a mi hijo a comer alimentos variados	0.859
No suelo comprar golosinas en el supermercado, incluso si mi hijo/a me lo pide.	0.853
Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar.	0.852
No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida.	0.860

Fuente: directa

Consistencia interna por dominios

Los resultados observados en la consistencia interna por dominios muestran que si se elimina el reactivo “Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas”, en el dominio visitas al dentista disminuiría el valor de alfa de Cronbach a ($\alpha=0.932$). Tabla 13.

Tabla 13. Consistencia interna del instrumento de acuerdo a las visitas al dentista

Reactivos	α de Cronbach si se elimina el elemento
Vistas al dentista	0.934
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas.	0.932
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si eso significa sacrificar mi tiempo libre.	0.894
¿Continuo llevando a mi hijo al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado?	0.921
¿Llevo a mi hijo/a al dentista a chequeos regulares incluso si está ocupado con sus actividades extraescolares?	0.905

Fuente: directa

Respecto al cepillado si se elimina la afirmación “Reviso la boca de mi hijo todos los días” disminuye la consistencia del alfa de Cronbach a ($\alpha=0.817$) y disminuiría si se elimina el reactivo “Cepillo los dientes de mi hijo completamente” a ($\alpha=0.795$). Tabla 14.

Tabla 14. Consistencia interna del instrumento de acuerdo al cepillado.

Reactivos	α de Cronbach si se elimina el elemento
Cepillado	0.834
Cepillo los dientes de mi hijo de acuerdo con las instrucciones.	0.817
Cepillo los dientes de mi hijo incluso si no quiere que lo haga.	0.804
Cepillo los dientes de mi hijo todos los días.	0.799
Cepillo los dientes de mi hijo incluso si tiene sueño.	0.796
Cepillo los dientes de mi hijo completamente.	0.795
Reviso la boca de mi hijo todos los días.	0.855

Fuente: directa

En cuanto a los hábitos dietéticos si se elimina el reactivo “Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora” disminuirá el alfa de Cronbach a ($\alpha=0.665$), en el caso del reactivo trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual, si se elimina también disminuye la consistencia interna a ($\alpha=0.735$). Tabla 15.

Tabla 15. Consistencia interna del instrumento de acuerdo a los hábitos dietéticos.

Reactivos	α de Cronbach si se elimina el elemento
Hábitos dietéticos	0.741
Trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual.	0.735
Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora.	0.665
Estímulo a mi hijo a comer alimentos variados	0.726
No suelo comprar golosinas en el supermercado, incluso si mi hijo/a me lo pide.	0.687
Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar.	0.699
No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida.	0.699

Fuente: directa

Resultados de la validez del instrumento

Validez de contenido

Análisis factorial

En cuanto a la validez de contenido, el análisis factorial con solución rotada Varimax detectó la presencia de cuatro factores, pues las cargas factoriales se agrupan en el factor “visitas al dentista” en donde las cargas varían de 0.938 a 0.850. El segundo factor identificado se relaciona al cepillado dental, en el cual las cargas factoriales varían de 0.840 a 0.616.

En cuanto al factor hábitos dietéticos, esta dimensión se separó en dos, incluyendo del reactivo 27 el cual corresponde a “Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora” incluyendo al 16 que es “Reviso la boca de mi hijo todos los días”.

Cabe señalar que dos de los reactivos se están agrupando en una cuarta dimensión, estos corresponden a “Estimulo a mi hijo/a a comer alimentos variados” y “no promuevo en mi hijo hábitos alimenticios perezosos como comer sólo comida blanda o muy cocida”. Tabla 18.

Tabla 18. Matriz de componentes rotados

Reactivos	Componente			
	1	2	3	4
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si eso significa sacrificar mi tiempo libre	0.938	0.106	-0.012	0.047
¿Llevo a mi hijo/a al dentista a chequeos regulares incluso si está ocupado con sus actividades extraescolares?	0.905	0.136	0.089	0.083
Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas	0.861	0.129	0.026	-0.071
¿Continuo llevando a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado?	0.850	0.161	0.166	0.115
Cepillo los dientes de mi hijo todos los días	0.133	0.840	-0.095	-0.011
Cepillo los dientes de mi hijo completamente	0.084	0.824	0.117	0.109
Cepillos los dientes de mi hijo incluso si no quiere que lo haga	0.117	0.799	0.099	0.165
Cepillo los dientes de mi hijo incluso si tiene sueño	0.209	0.721	0.228	0.191
Cepillos los dientes de mi hijo de acuerdo con las instrucciones	0.057	0.616	0.442	-0.049
Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora.	0.192	0.031	0.747	0.196
Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar	0.092	0.308	0.713	0.033
Trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual	-0.093	0.014	0.652	0.056
No suelo comprar golosinas en el supermercado, incluso si mi hijo/a me lo pide	0.115	0.104	0.525	0.440
Reviso la boca de mi hijo todos los días	0.101	0.380	0.390	0.165
Estímulo a mi hijo a comer alimentos variados	0.105	0.120	0.080	0.859
No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida	-0.039	0.139	0.212	0.814

Por último el análisis factorial muestra que estas cuatro dimensiones explican el 66.7% del total de la varianza. Tabla 19

Tabla 19. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de la varianza	% acumulativo	Total	% de la varianza	% acumulativo	Total	% de la varianza	% acumulativo
1	5.177	32.353	32.353	5.177	32.353	32.353	3.337	20.854	20.854
2	2.550	15.935	48.289	2.550	15.935	48.289	3.279	20.492	41.346
3	1.782	11.139	59.428	1.782	11.139	59.428	2.288	14.299	55.646
4	1.164	7.276	66.703	1.164	7.276	66.703	1.769	11.058	66.703
5	0.924	5.776	72.480						
6	0.772	4.825	77.305						
7	0.606	3.788	81.093						
8	0.569	3.559	84.651						
9	0.491	3.069	87.720						
10	0.440	2.749	90.469						
11	0.375	2.346	92.815						
12	0.334	2.087	94.902						
13	0.288	1.798	96.700						
14	0.237	1.482	96.182						
15	0.171	1.067	99.249						
16	0.120	0.751	100.00						

Validez de constructo (convergente)

Correlación entre la escala SESMO y la Escala de Autoeficacia General.

En cuanto a la validez de constructo (Convergente) la correlación entre la escala SESMO y la de Autoeficacia General fue positiva, por lo que se observa que la escala SESMO mide uno de los aspectos de la autoeficacia general, al obtenerse una correlación positiva de 0.440, siendo significativa ($p < 0.001$). Tabla 16

Tabla 16. Correlación entre la escala SESMO y la escala de autoeficacia general.

Correlaciones	CORRELACION DE PEARSON	P
SESMO y AUTOEFICACIA GENERAL	0.440	<.001

Fuente: directa

Validez de constructo (discriminante)

En cuanto a la validación contra indicadores clínicos, no se observó una correlación positiva entre el valor final de la escala y el valor de ceod, CPOD y CPOD mixto ($r^2 = -0.006$, $p=0.948$) ($r^2 = -0.051$, $p=0.562$) y ($r^2 = -0.008$, $p=0.930$) respectivamente. Asimismo, tampoco se observó una relación con el indicador de higiene IHOS ($r^2 = -0.060$, $p=0.495$). Tabla 17.

Tabla 17. Correlación entre la escala SESMO y los índices CPOD, ceod e IHOS

Correlaciones	CORRELACION DE PEARSON	P
SESMO y ceod	-0.006	0.948
SESMO y CPOD	0.051	0.562
SESMO y CPOD MIXTO	0.008	0.930
SESMO e IHOS	0.060	0.495

Fuente: directa

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo la validación de la escala SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care) la cual mide la relación entre la autoeficacia materna y el cuidado bucal con respecto a sus hijos. En su versión en español este instrumento muestra valores altos en cuanto a la confiabilidad interna, además de una correlación positiva entre el estrato socioeconómico y la escala de autoeficacia general, lo que la hace por si sola un instrumento aplicable, teniendo una mayor ventaja a la realizada por Finlayson²⁷ por la cantidad de reactivos y el tiempo de aplicación.

Los resultados de la escala SESMO en su versión en español obtuvieron una media de 59.27 ± 13.90 , a diferencia de la versión original que es de 57 ± 7.3 ³¹ en el grupo más alto. Esto podría deberse a la homogeneidad del grupo aplicado, puesto que la escala original validada en Japón, la prueba se aplicó en dos grupos diferentes, de acuerdo a sus hábitos de asistencia al dentista.

De acuerdo a la población de estudio Finlayson parte de 1021 familias²⁷, mientras que Kakudate incluye 119 mamás con sus hijos³¹ y el nuestro compuesto por 130, sin embargo, esto no le quita validez, puesto que el tamaño de muestra calculado muestra que es un número suficiente para probar las características psicométricas del instrumento. Lo que sí podría considerarse como una limitante es el hecho de que no se pudo obtener el Coeficiente de Correlación Intraclase para evaluar la consistencia test-retest de la escala, debido a que el estudio se realizó durante los meses de mayo y junio, que es el periodo en el que las escuelas terminan sus actividades, siendo un problema para la posterior localización de las madres y de los niños.

En cuanto a la distribución de edades de la madre, la media fue de 30.94 ± 7.3 en nuestra población, a diferencia del estudio en Japón que tuvo una media de 36.3 ± 5.5 ³¹ y el de Finlayson²⁷ que reporta un promedio de edad de 28 años. De acuerdo a la edad en los menores obtuvimos una media de 5.12 ± 2.46 , la reportada por Kakudate³¹ fue muy similar (5.3 ± 2.1). En el caso de Finlayson²⁷ no menciona un

promedio de edad, sólo refiere que son menores de 6 años. Estas diferencias a cuanto a la edad de la madre podrían ser el resultado de la diferencia entre las culturas en las que se aplicaron los instrumentos, puesto que como se puede observar la media de edad de las madres japonesas fue muy superior a la del presente estudio.

En el presente proyecto, se aplicó la regla AMAI la cual determina el nivel socioeconómico en el México urbano³⁵, una de las variables de las que se compone es la relacionada al nivel de educación, los resultados del estudio muestran que el mayor porcentaje de la población se encuentra en una clase media baja (40%), lo que corresponde a un nivel de estudios de primaria y secundaria, esto es, un nivel de estudios básico. Cabe mencionar que Navas¹² en su estudio encuentra una relación entre el nivel de estudios de los padres y dientes cariados, el 84% de los padres se encontraron ubicados en niveles de estudios altos y medios de educación formal, se encontró una correlación de ($p < 0.05$), es decir, los padres con niveles de educación más altos tienen hijos con menos caries, de la misma forma Díaz en su estudio encontró la misma relación.¹⁸

Es importante mencionar que al encontrar población correspondiente a todos los estratos socioeconómicos, la validación de esta escala se vuelve un instrumento que se puede aplicar en casi cualquier población mexicana, puesto que cabe señalar, que aunque se aplique una escala en dos regiones diferentes de un mismo país, este proceso requiere por lo menos de una adaptación ya que aunque sean leves siempre existen diferencias entre el lenguaje.

La madre tiene un papel importante en cuanto al cuidado del menor, Díaz¹⁸ en su estudio muestra que cuando los niños son cuidados por el padre presentan un mayor porcentaje de caries dental, en nuestro caso la mayoría respondió que las responsables eran las madres en un 62.3%. Este porcentaje puede deberse a la incorporación cada vez mayor de las mujeres al campo laboral.

En la consistencia interna, el instrumento completo obtuvo un alfa de Cronbach mayor ($\alpha = 0.861$) para el instrumento completo y el de Japón un $\alpha = 0.82$ ³¹. En cuanto

a los dominios de visitas al dentista y cepillado se obtuvieron valores más altos que en la escala de Kakudate³¹, el único que mostró menores resultados fue el cepillado con $\alpha=0.78$ y nosotros un $\alpha=0.741$. Lo que indica una buena relación entre los reactivos del instrumento en nuestra versión en español.

En cuanto a la validez convergente, esta fue estimada mediante la relación de la escala SESMO y la escala de autoeficacia general obteniendo un r de Pearson=0.440 a diferencia de del estudio de Japón³¹ que obtuvo un r de Pearson=0.39. Es decir, existe una correlación positiva ligeramente mayor que en la escala de Kakudate; sin embargo, lo realmente importante es que al correlacionar con la escala de autoeficacia general, se confirma que la presente escala mide de alguna manera un aspecto del constructo de autoeficacia.

En la correlación con otros indicadores clínicos, no se observó correlación positiva entre el valor de la escala SESMO y los índices ceod, CPOD, IHOS; en el caso del CPOD mixto se encontró muy poca relación, esto es que la autoeficacia de las madres no se relaciona con la salud bucal de los niños utilizando estos indicadores. De una forma similar sucede con el estudio de Finlayson²⁷, en el estudio encuentra una relación positiva con su escala general pero no así con sus variables socioeconómicas y tampoco en cuanto al cepillado dental. En el caso de la escala de Japón, Kakudate³¹ lo relaciona con la cantidad de dientes deteriorados y cepillado dental, en la primera resultó negativo y la segunda positiva; sería necesario en los siguientes estudios relacionarlo con otros indicadores de salud bucal para determinar esa relación.

A diferencia de los estudios realizados por Kakudate³¹ y Finlayson²⁷ nosotros realizamos un análisis factorial que nos muestra la presencia de cuatro factores, a diferencia de los 3 factores que menciona Kakudate³¹, por ello en un futuro sería importante tomar en cuenta este análisis para la posterior aplicación del instrumento.

Referente al lugar en donde se aplicó el instrumento, en Japón se implementó en una clínica dental particular a comparación de Finlayson²⁷ que se realizó en familias

afroamericanas de bajos ingresos y el nuestro en instituciones escolares públicas, lo que nos proporciona una ventaja en el momento de medir las variables socioeconómicas, de CPOD, aplicación de la escala de autoeficacia general y la escala SESMO.

Es necesario para un próximo estudio relacionar la escala con otras variables. En el caso de Herrera¹³ encontró una relación positiva de la madre con una mayor frecuencia del cepillado dental, similar a lo encontrado por Kakudate³¹ por lo que este podría ser un buen indicador para encontrar una relación; otro podría ser relacionarlo con la cantidad de conocimientos de la madre sobre las necesidades de sus hijos acerca de higiene oral ya que Finlayson²⁷ encontró una relación positiva; así como otros factores riesgo, no solo los tradicionales; así como examinar más acerca del impacto del entorno social en la salud bucal, las creencias, comportamientos y el acceso a los servicios de salud.

Una de las limitantes que muestra la escala es que no presenta puntos de corte que nos permitan medir el nivel de autoeficacia de la madre, por lo que será necesario siempre la utilización de una escala como la de autoeficacia general u otras para determinar estos niveles de autoeficacia.

Sin embargo y pese a las limitantes, el presente estudio aporta una versión al español de un instrumento de autoeficacia referido específicamente a la autopercepción de las madres respecto a su capacidad del cuidado bucal de sus niños, contribuyendo a la investigación en el campo de las variables psicológicas relacionadas a la salud bucal.

Conclusiones

- La escala de Autoeficacia para el Cuidado Materno Oral muestra adecuadas características psicométricas que permiten su utilización en la población mexicana. La escala mostró un valor de α de Cronbach bueno, equivalente a 0.86
- La escala de Autoeficacia para el Cuidado Materno Oral obtuvo correlación positiva con la escala de Autoeficacia General, lo que denota una buena validez de constructo (convergencia).
- La presente escala no muestra correlación con el valor de CPOD, por lo que se sugiere continuar evaluando su validez discriminativa.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario general

Las siguientes preguntas forman parte de la “Validación de la Escala de Autoeficacia para el Cuidado Oral Materno (SESMO)” por lo que se le harán algunas preguntas para evaluar su forma de vida, la capacidad para manejar diversos estresores de la vida diaria, así como la higiene bucal y los hábitos hacia su hijo. Así que por favor responda de la manera más veraz.

1. Nombre (madre): _____
2. Edad de la madre _____ años.
3. Nombre de su hijo: _____
4. ¿Qué edad tiene su hijo(a)? _____ años y/o meses.
5. ¿Cuál es su estado civil? /_/
- 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Separada 5) Divorciada 6) Viuda
6. ¿Cuál es su grado máximo de estudios? /_/
- 1) No estudio 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Carrera comercial 7) Carrera técnica 8) Preparatoria incompleta 9) Preparatoria completa 10) Licenciatura incompleta 11) Licenciatura completa 12) Diplomado o Maestría 13) Doctorado 14) No Sabe /no contesto
7. ¿Quién se hace cargo del cuidado de su hijo? /_/
- 1) Ambos padres 2) Mamá 3) Papá 4) Abuelos 5) Otro familiar 5) Empleada doméstica 6) Guardería 7) Otro _____
8. ¿Cuál es su ocupación? /_/
- 1) Ama de casa 2) Trabajadora doméstica 3) Empleada 4) Secretaria 5) Estilista 6) Costurera 7) Profesionista 8) Otra: _____. 9) No sabe/No responde
9. ¿Aproximadamente cuál es su ingreso económico mensual en número de sueldos mínimos? /_/
- 1) De 0 a 1.5 2) de 1.6 a 3.5 3) 3.6 a 6 4) 6.2 a 18 5) 18.5 a 45.4 6) más de 45.5
10. ¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en su hijo? /_/
- 1) si 2) no
11. ¿Cuál o cuáles usa? /_/
- 1) Cepillo y pasta 2) Colutorios 3) Hilo dental 4) Cepillo, pasta y colutorio 5) Cepillo, pasta e hilo dental 6) Cepillo, pasta, colutorios e hilo dental 7) No usa

Anexo 2. Cuestionario Regla AMAI NSE 10X6³⁵

Desde 1994 el índice AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública) mide la distribución de niveles socioeconómicos en el México urbano; ya que es fundamental en contextos donde el ingreso determina comportamientos y escenarios de consumo diversos.

Este índice utiliza las siguientes variables y se asignan 6 niveles socioeconómicos distintos:

Las variables son las siguientes:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

5. Autos (ya sean de su propiedad o no).
6. Calentador de agua / Boiler.
7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
8. Televisión.
9. Computadora (PC).
10. Estufa

A/B: Clase Alta – Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todas las comodidades.

C+: Clase Media Alta – Este segmento incluye a aquellos que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.

C: Clase Media – Este segmento contiene a lo que típicamente se denomina clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

D+: Clase Media Baja – Este segmento incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media. Esto quiere decir, que son los que llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

D: Clase Baja – Este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio (completa en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipo vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

E: Clase más Baja Es el segmento más bajo de la población. Se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria sin completarla. Estas personas no poseen un lugar propio teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros.

16. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. **(Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa)** **STA PUNTOS** /_/_/

- 1 0
- 2 0
- 3 0
- 4 0
- 5 8
- 6 8
- 7 o más 14

17. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? /_/_/

- 0 0
- 1 13
- 2 13
- 3 31
- 4 o más 48

18. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños? /__/
1) No tiene 0
2) Si tiene 10

19. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda? /__/
1) 0-5 0
2) 6-10 15
3) 11-15 27
4) 16-20 32
5) 21 o más 46

20. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado? /__/
1) Tierra o cemento (firme de) 0
2) Otro tipo de material o acabo 11

21. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar? /__/
0 0
1 22
2 41
3 o más 58

22. ¿Cuántas televisiones a color funcionado tienen en este hogar? /__/
0 0
1 26
2 44
3 o más 58

23. ¿Cuantas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar? /__/
0 0
1 17
2 o más 29

24. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? /__/
No tiene 0
Si tiene 20

25. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**)
¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**). /__/
No estudio 0
Primaria incompleta 0
Primaria completa 22
Secundaria incompleta 22

Secundaria completa 22
Carrera comercial 38
Carrera técnica 38
Preparatoria incompleta 38
Preparatoria completa 38
Licenciatura incompleta 52
Licenciatura completa 52
Diplomado o Maestría 72
Doctorado 72
No Sabe /no contesto

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL

Nivel Puntos

E Hasta 60
D Entre 61 y 101
D+ Entre 102 y 156
C Entre 157 y 191
C+ Entre 192 y 241
A/B Entre 242 y más

Anexo 3. Escala de Autoeficacia General

La escala general de autoeficacia de Baessler J, Schwarzer R. en 1993 adaptada al español evalúa las características psicométricas de las personas de habla hispana. Conformada de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a su percepción de autoeficacia en el momento de la entrevista.³⁶

26: Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

27: Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

28: Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

29: Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

30: Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

31: Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

32: Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

33: Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

34: Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

35: Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo. /__/
1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

Anexo 4. Escala de Autoeficacia para el Cuidado Oral Materno SESMO (Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care)³¹

La escala SESMO mide el nivel de autoeficacia de las madres con respecto a sus hijos, mediante un cuestionario de 36 preguntas divididas en tres aspectos de autoeficacia: autoeficacia del cepillado, en hábitos alimenticios y en la visita a consulta dental. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a su percepción de autoeficacia.

Question 1: I take my child to a dentist for a regular checkups even if I am busy with work or housework.

Question 2: I take my child receive fluoride varnishes regularly from a dentist.

Question 3: I take my child to a dentist for regular checkups even if he or she doesn't want to go.

Question 4: I take my child to a dentist immediately if I am concerned about his or her oral health.

Question 5: I take my child to a dentist immediately if a dental checkup at school reveals a decayed tooth.

Question 6: I take my child to a dentist for regular checkups even in bad weather.

Question 7: I take my child to a dentist for regular checkups even if I do not feel well.

Question 8: I take my child to a dentist for regular checkups even if it means sacrificing my leisure time.

Question 9: I continue to take my child to a dentist for regular checkups after treatment is finished.

Question 10: I take my child to a dentist for regular checkups even if he or she is busy with afterschool lessons.

Question 11: I finish brushing my child's teeth according to instructions.

Question 12: I finish brushing my child's teeth even if he or she does not want me to do so.

Question 13: I finish brushing my child's teeth every day.

Question 14: I finish brushing my child's teeth even if he or she feels sleepy.

Question 15: I finish brushing my child's teeth thoroughly.

Question 16: I inspect the inside of my child's mouth every day.

Question 17: I also have my child brush his or her teeth on his or her own every day.

Question 18: I use dental floss for my child every day.

Question 19: I use fluoride (eg, toothpaste and mouthwash) for my child at home every day.

Question 20: I have my child brush his or her teeth immediately after meals.

Question 21: I finish brushing my child's teeth even if I do not feel well.

Question 22: I limit the number of sugary foods my child consumes even when he or she is with grandparents.

Question 23: I give my child snacks at set times.

Question 24: I try to get my child into the habit of chewing thoroughly.

Question 25: I cook nutritionally balanced meals every day.

Question 26: I cook meals that make my child chew.

Question 27: I try not to give my child sugary food even if he or she gets cranky or cries.

Question 28: I try not to give my child soft drinks.

Question 29: I try not to give my child strong-tasting food.

Question 30: I encourage my child to eat various foods.

Question 31: I do not allow my child to eat or drink immediately before going to bed.

Question 32: I keep snacks in a place out of my child's reach.

Question 33: I do not give my child sugary food even if he or she cannot sleep.

Question 34: I do not usually buy snacks at the supermarket even if my child asks me to.

Question 35: I choose snacks with low sugar content.

Question 36: I do not allow lazy eating habits in my child.

Anexo 5. Escala de Autoeficacia para el Cuidado Oral Materno (SESMO) traducida al idioma español

*Preguntas seleccionadas para la escala SESMO, después de un análisis realizado por los autores en Japón.

*1: Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupado con trabajo o tareas domésticas. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

2: Llevo a mi hijo/a regularmente al dentista para que reciba aplicaciones tópicas de fluor /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

3: Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si no quiere ir /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

4: Llevo a mi hijo/a a un dentista de inmediato si estoy preocupado por su salud oral /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

5: Llevo a mi hijo al dentista inmediatamente si en un chequeo dental escolar le descubren un diente cariado. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

6: ¿Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso con mal tiempo? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

7: ¿Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si no me siento bien? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*8: ¿Llevo a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares, incluso si eso significa sacrificar mi tiempo libre? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*9: ¿Continuo llevando a mi hijo/a al dentista para chequeos regulares después de que el tratamiento está terminado? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*10: Llevo a mi hijo al dentista a chequeos regulares incluso si está ocupado con sus actividades extraescolares. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

- *11: Cepillo los dientes de mi hijo de acuerdo con las instrucciones /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *12: Cepillo los dientes de mi hijo incluso si no quiere que lo haga /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *13: ¿Cepillo los dientes de mi hijo todos los días? /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *14: Cepillo los dientes de mi hijo incluso si tiene sueño /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *15: Cepillo los dientes de mi hijo completamente. /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *16: Reviso la boca de mi hijo todos los días /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 17: Hago que mi hijo se cepille los dientes diariamente a su manera /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 18: ¿Uso hilo dental para mi hijo/a todos los días? /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 19: Uso pastas y enjuagues fluorados en casa para mi hijo diariamente /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 20: ¿Hago que mi hijo/a cepille sus dientes inmediatamente después de comer? /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 21: Cepillo los dientes de mi hijo incluso si no me siento bien /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 22: ¿Limito la cantidad de alimentos azucarados que mi hijo/a consume incluso cuando está con sus abuelos? /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 23: Le doy a mi hijo golosinas únicamente en horas determinadas /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- *24: Trato de que mi hijo mastique bien de manera habitual /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 25: Cocino alimentos nutritivamente balanceados todos los días /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura
- 26: Preparo alimentos que promuevan la masticación de mi hijo /__/
 1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*27: Trato de no darle a mi hijo/a alimentos azucarados, incluso si hace berrinche o llora. /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

28: Trato de no darle refrescos a mi hijo /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

29: Trato de no darle a mi hijo alimentos de sabor intenso como chocolates, o alimentos dulces /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*30: Estimulo a mi hijo a comer alimentos variados /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

31: No permito que mi hijo ingiera alimentos inmediatamente antes de irse a la cama /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

32: ¿Mantengo las golosinas en un lugar fuera del alcance de mi hijo/a? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

33: No le doy alimentos azucarados a mi hijo para que pueda dormir /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*34: ¿No suelo comprar golosinas en el supermercado, incluso si mi hijo/a me lo pide? /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*35: Escojo golosinas con bajo contenido de azúcar /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

*36: No promuevo hábitos alimenticios perezosos en mi hijo como comer sólo comida blanda o muy cocida /__/

1) Nada segura 2) Poco segura 3) No sé 4) Algo segura 5) Muy segura

Anexo 6. Índice CPO-D y ceo-d³⁷

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años.

En los niños se utiliza el índice ceo-d para dientes temporales, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas.

El índice para dientes temporales es una adaptación del índice CPO-D a la dentición temporal, el cual fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).

La principal diferencia entre el índice CPO y el ceo es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente no por otra causa.

ESTADO DE LA DENTICIÓN

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Ceo-d _____ CPO-D _____

Temporal	Permanente	
A	0	Satisfactorio
B	1	Cariado
C	2	Obturado con caries
D	3	Obturado sin caries
E	4	Perdido por caries
-	5	Perdido por otras causas
F	6	Fisura obturada
G	7	Soporte de puente o corona
-	8	Diente no erupcionado
-	9	No registrado
T	10	Traumatismo

Diente temporal	
A	Satisfactorio
B	Cariado
C	Obturado con caries
D	Obturado sin caries
E	Perdido por caries
F	Fisura obturada
G	Soporte de puente o corona
T	Traumatismo

Anexo 7. Consentimiento informado

Ciudad Universitaria, 22 de abril de 2013.

Estimado padre de familia:

Las enfermedades bucales infantiles como la caries, son de alta frecuencia en nuestra población, lo que puede causar dolor agudo en los niños, problemas de salud general y ausentismo escolar, de ahí que es importante su detección temprana para prevenir problemas y costos de tratamiento mayores a futuro.

El presente estudio tiene como finalidad evaluar algunos aspectos que intervienen en la conservación de una buena salud bucal y las características psicológicas de las madres en relación al cuidado de su hijo.

El estudio consiste en la aplicación de un breve cuestionario a las madres y la revisión bucal de los niños que incluye la medición de los dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) así como de su higiene bucal. Dicho examen no representa ningún riesgo para el niño, pues se lleva a cabo con instrumentos estériles de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Título Segundo (De los Aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos) artículo 17, se considera entre las investigaciones de Riesgo Mínimo, ya que no se ha reportado ningún efecto adverso en la exploración bucal.

Los resultados se utilizarán sólo con fines de estudio y es totalmente de carácter confidencial; por lo tanto no tiene costo, ni se recibirá ningún beneficio económico por parte de la institución.

Su participación es de carácter voluntario, usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en el momento que lo desee. Si decide no participar o cancelar su participación durante el estudio o bien prefiere que no se realice el examen bucal de su hijo no habrá consecuencias de ningún tipo por parte de la institución a la que asiste. Si existen dudas favor de preguntar al encuestador.

Su participación es muy importante, pues permitirá contribuir en el conocimiento de las enfermedades bucales, las cuales tienen un impacto biológico y social relevante en el desarrollo de su hijo.

Yo (nombre de la madre) _____ acepto que mi hijo (nombre del menor) _____ participe en el proyecto denominado "Validación de la escala SESMO en una población mexicana" el cual entiendo no tiene riesgos para el bienestar físico e integral de mi hijo, asumiendo que cualquier problema derivado, no fue realizado bajo condiciones de dolo, o con intencionalidad del investigador.

Firma de autorización

Referencias bibliográficas

- ¹ Cancado FM. La importancia de incluir a los niños en el primer año de vida en los proyectos de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés.2008.19(2): 5-12.
- ² Salvador SF. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. España: UOC;2004.
- ³ Salas CC. Educación para la salud.3ª ed.México: Pearson Educación;2004.
- ⁴ Perea QR. Educación para la salud. Reto De nuestro tiempo. España: Ediciones Díaz de Santos. 2004.
- ⁵ Reynaldo F. Odontología para el bebé. Colombia: Amolca; 2000.
- ⁶ Ganem I. Cuidado dental de los bebés. Crest Oral-B at dentalcare.com Continuing Education Course.2011
- ⁷ Palma C. Embarazo y salud oral. Odontología pediátrica. 2009; 17 (1): 0-0.
- ⁸ Martínez MH, Treviño AM, Rivera SG. El embarazo y el cuidado dental. ALEPH ZERO.2011;16 (60): 53-56.
- ⁹ Palomer L. Caries dental del niño. Una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría.2006;77(1):56-60.
- ¹⁰ Garbero I, Delgado AM, Benito CI. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. Acta odontológica venezolana.2005; 43(2): 135-140.
- ¹¹ Romero UY. Hábitos que influyen en el proceso salud-enfermedad bucal. Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro, Estado Mérida, 2003 (segunda parte). Acta Odontológica Venezolana.2006; 44 (1):70-79.
- ¹² Navas PR, Rojas MT, Zambrano O, Álvarez CJ, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. 2002;27(11).631-634.
- ¹³ Herrera MS, Lucas SE, Medina CE, Maupomé G, Márquez ML, et al. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: Factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en escolares nicaragüenses. Revista de Investigación clínica. 2009; 61 (6):489-496.
- ¹⁴ Prendes LM, Vivanco DM, Gutierrez GR, Guibert RW. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Revista cubana de Medicina General Integral. 1999. 15 (4): 397-402.
- ¹⁵ De Paola G. Odontología preventiva. Argentina. Editorial Mundi;1981.
- ¹⁶ Agudelo SA, Martínez RL. Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Rev Fac Odont Univ Ant, 2005; 16 (1 y 2): 81-94
- ¹⁷ González MF, Sierra BC, Morales SL. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud. Pública Mex. 2011; 53:247-257.
- ¹⁸ Díaz CS, González MF. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública. 2010; 12 (5): 843-851.
- ¹⁹ González MJ. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Revista médica del Uruguay. 2002; 18 (3): 192-197.
- ²⁰ Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson; 2006.
- ²¹ Barker ED. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. Depression and anxiety. 2011;28(8) : 696–702.
- ²² Buck A, Perinatal mental health. Practice Nurse 2009; 37(6): 27-31
- ²³ Olivari MC. Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería.2007;13 (1): 9-15.
- ²⁴Fernández CJ. ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. Anales de psicología.1994;10(2):127-133.
- ²⁵ Kakudate N, Morita M, Fukuhara S, M Sugai, Nagayama M, et al. Application of self-efficacy theory in dental clinical practice. Oral diseases. 2010; 16(8): 747–752.
- ²⁶ Farkas KC. Fomentando gestos simbólicos en infantes: impacto sobre el estrés y la autoeficacia materna. Revista de investigación en Logopedia 2. 2012(1): 15-37.
- ²⁷ Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits. Community Dent Oral Epidemiology. 2007; 35(4): 272–281.
- ²⁸ Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African–American children in Detroit. Community Dent Oral Epidemiology 2007; 35(6): 439–448.

-
- ²⁹ Ortiz FL, Gutiérrez LM, Moromi NH, Medina CK, Villavicencio GJ. Identificación del comportamiento de escolares y padres de familia respecto al mantenimiento de la salud bucal. *Odontología Sanmarquina*; (2009) 12(1):13-17
- ³⁰ Farkas C, Valdés N. Maternal stress and perceptions of self-efficacy in socioeconomically disadvantaged mothers: An explicative model. *Infant Behavior & Development* .2010; 33(4): 654–662.
- ³¹ Kakudate N, Morita M, Sugai M, Nagayama M, Kawanami M, et al. Development of the Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care. *Pediatric Dentistry*, 2010; 32 (4):310-15.
- ³² Vega HB, Martínez MM, Zueck MC, Gastelúm GC. Análisis psicométrico de la escala de autoeficacia en conductas académicas en universitarios de primer ingreso. *Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”*. 2011; 11 (3):1-27.
- ³³ Farkas KC. Escala De evaluación parenteral (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Univ. Psychol.* 2008;7 (2): 457-467.
- ³⁴ Cerda LJ, Villaroel PL. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev. chil. pediatr.* 2008 ; 79(1): 54-58.
- ³⁵ Cuestionario Regla AMAI NSE 10X06. Disponible en: www.amai.org/NSE/CUESTIONARIO_REGLA_AMAI_NSE_10X6.pdf consultado en junio de 2013.
- ³⁶ Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*. 1996; 2(1): 1-8.
- ³⁷ Índices epidemiológicos para medir la caries. Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf> consultada en: Junio de 2013.