



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

TÍTULO:

**Asociación entre los estilos parentales y la salud bucal de
preescolares de un jardín de niños en León Guanajuato**

**FORMA DE TITULACIÓN:
TESIS Y EXAMEN PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

Karla Lizeth Hernández Orozco



**TUTOR: Dra. María del Carmen Villanueva
Vilchis**

ASESOR: Dr. Javier de la Fuente Hernández

León Guanajuato, México 2022



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.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Dedicatoria	4
Resumen	5
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	7
3. Antecedentes	8
4. Justificación	10
5. Marco Teórico	11
5.1. Salud	11
5.2. Salud Bucal	13
5.3. Caries.....	13
5.4. Modelos explicativos de la caries dental	15
5.5. Estilos parentales	17
5.6. Repercusiones en el ámbito de la salud.....	19
5.7. Asociación con la salud bucal	20
6. Objetivos	21
7. Hipótesis	22
8. Materiales y Métodos	23
8.1. Tipo de estudio.....	23
8.2. Población de estudio	23
8.3. Criterios de selección	23
8.4. Variables	24
8.5. Métodos de recolección de la información	27
8.6. Método de registro de la información	29
8.7. Análisis estadístico.....	29
8.8. Consideraciones éticas	29
8.9. Recursos	30
9. Resultados	31
10. Discusión	42
11. Conclusión	44
12. Bibliografía	45
13. Anexos	50

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la doctora María del Carmen Villanueva Vilchis, por confiar en mí, por el gran apoyo, exigencia para lograr objetivos, la motivación a superarme siempre, sus enseñanzas, su disposición y por ser el gran ser humano que es.

Al doctor Javier de la Fuente por su tutoría, confianza y enseñanzas brindadas a lo largo de este proceso.

A la doctora Jolanta Aleksejuniene por la orientación, confianza, apoyo, disposición y paciencia que me brindó durante la elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIAS

A mi madre quien siempre me ha enseñado lo capaz que se puede ser y que a pesar de todos los obstáculos sabe cómo salir adelante. Gracias por todo el amor, pero sobre todo por estar siempre.

A mi padre por saber aconsejarme de la manera en que lo hace y querernos como a nadie, a mi hermana y a mí.

A mis hermanos Valeria y Javier quienes son mi motivación y mi alegría de todos los días.

A Lina, a mi abuelo José, que saben ser unos segundos padres extraordinarios y que día a día me enseñan lo afortunada que soy.

A mis abuelos Micaela y Ricardo, que me brindan siempre fortaleza y amor.

A Salvador Orozco por cuidarme, apoyarme y creer en mí.

A Iván Sixtos que además de ser primo y creer siempre en mí, se convirtió en confidente, amigo, apoyo y una persona que sabe cómo estar presente en todo momento.

A Fernandita por escucharme, creer en mí y quererme.

A mis amigas Elisa, Edith, Natalia, Edna, Nadia, Ceci y Fer por llenar de historias, risas, aprendizajes y consejos esta aventura.

RESUMEN

Introducción. La salud bucal tiene una importante repercusión en la calidad de vida de las personas, especialmente del sector infantil, el cual puede verse afectado desde etapas muy tempranas. Aunque son múltiples los factores que determinan esta enfermedad, se debe prestar especial atención a los factores familiares y del entorno, así como a los estilos de relación entre cuidadores y niños.

Objetivo. Determinar la asociación entre el nivel de estilo parental ejercido por los cuidadores con la experiencia de caries e higiene oral de niños preescolares que asisten al kínder Ricardo Flores Magón de León, Guanajuato.

Métodos. Se realizó un estudio transversal en una población de binomios cuidadores-niños de un jardín de niños en León, Guanajuato. Se aplicó un cuestionario para determinar algunas variables sociodemográficas y el nivel de estilo parental. Posteriormente se evaluó la higiene bucal y la experiencia de caries en los niños. Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas, frecuencias para variables cualitativas y prueba de ANOVA para la evaluación del estilo parental con el porcentaje promedio de biofilm, dientes cariados, obturados y sanos de la dentición decidua.

Resultados. Un total de 107 binomios cuidador-niño con una media de edad para los cuidadores de 32.72 ± 7.33 años, mientras que para los niños fue de 4.21 ± 6.83 años. El estilo que presentó un mayor nivel relacionado a una baja experiencia de caries correspondió al autoritativo.

Conclusiones: No se observó asociación estadística entre el estilo parental ejercido por los cuidadores y los diversos indicadores de salud bucal.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es una pieza fundamental para un estado de salud general, las enfermedades bucales como la caries, se encuentran asociadas a múltiples factores, dentro de los que se encuentran los de carácter biológico, social, ambiental y de comportamiento. Esta entidad, es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, y en edades tempranas como la preescolar, el papel de los padres o cuidadores primarios es fundamental para su desarrollo. Así, la caries de infancia temprana es uno de los problemas de salud con mayor prevalencia en niños afectando directamente la calidad de vida y generando repercusiones en la condición nutricional y sistémica, así como el desarrollo e integración social de quien la padece. La caries de infancia temprana se puede presentar desde los dos años, considerándose el cuidado de los padres, como un factor de riesgo, ya que los estilos parentales o estilos de crianza, como también son conocidos, constituyen un determinante esencial en la toma de decisiones y las prácticas de cuidado brindadas a los niños, por lo que tienen influencia en su desarrollo físico, emocional, bienestar general y desempeño académico, al ser propiamente las prácticas y el entorno emocional. (1) (2–4).

El presente trabajo tiene como propósito determinar la asociación entre el tipo de estilo parental que siguen los cuidadores, con la higiene oral y experiencia de caries en preescolares que acuden a un jardín de niños de León, Gto durante 2022.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La caries se considera el problema de salud pública oral más prevalente en los últimos años, impidiendo un adecuado desarrollo y crecimiento de los niños, causando desde dolor e incomodidad, hasta una mala calidad de vida. Alrededor de un 90% de los niños en etapa preescolar se ve afectado mundialmente mientras que algunos reportes muestran que en América Latina su prevalencia llega a ser hasta del 100% (3-5). Esta enfermedad cada vez más es relacionada a componentes comportamentales vinculados directamente con el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, al igual que un bajo conocimiento sobre los cuidados orales. Por lo tanto, es necesario considerar el ambiente en el que el niño se desenvuelve y de las personas que influyen en el desarrollo de sus actitudes de autocuidado, las cuales van desde la dieta, hasta las prácticas de higiene oral.

Los padres durante el desarrollo de sus hijos juegan un papel relevante en la adquisición de habilidades y preferencias por ciertos alimentos, por lo que revisar el estilo parental que practica, nos permitirá establecer una relación con la experiencia a caries del niño y la higiene bucal.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación

¿Existe asociación entre los estilos parentales con la experiencia de caries e higiene oral de los preescolares que asisten a un jardín de niños en León, Gto?

ANTECEDENTES

Los estilos parentales han sido estudiados con interés en los últimos años debido al impacto que representan para el desarrollo físico, social y emocional del niño derivado de la estrecha relación que se establece con los padres.

Kiefner-Burmeister & Hinman, 2020 en su trabajo respecto a la relación de la dieta del niño y el papel que representa para el desarrollo de diversas enfermedades, concluye que los hábitos dietéticos están relacionados al estilo parental que presentan los cuidadores. Asimismo, la dieta elegida por los cuidadores puede afectar el estado de salud del niño.

Tung & Yeh, 2014 a través de un estudio longitudinal examinan la asociación entre las prácticas de alimentación según el estilo parental, con los cambios en el peso del niño después de un año. Los autores concluyeron que tanto las madres autoritarias, como las autoritativas, monitorean el tipo de dieta de sus hijos, y son específicamente las madres autoritativas aquellas que ejercen mejores prácticas para el control de peso de los niños.

Al hablar de dieta López, et. Al., en 2018 examinó la asociación de los estilos parentales con tres tipos específicos de prácticas de alimentación: las estructurales, es decir que la familia coma reunida; el modelado, lo que significa que el niño tenga acceso a alimentos saludables y reglas de horarios y por último el tipo de alimentos consumidos en el hogar. Al finalizar el estudio, los autores observaron, que el estilo autoritativo, aunque fuera en menor grado, tuvo una influencia negativa en los resultados dietéticos del niño, y un efecto indirecto significativo en la alimentación saludable, a través de las prácticas de la estructuración en las horas de comida. Asimismo, los padres autoritarios, mostraron un efecto positivo sobre el mismo indicador, pero un uso menor de las prácticas de estructuración de las horas de comida. Por lo tanto, se concluye que existe una asociación entre el estilo parental con las prácticas dietéticas en los niños.

De acuerdo con la revisión sistemática de Collins, Duncanson, & Burrows, 2014 sobre la asociación de los tres estilos parentales reconocidos (autoritario, autoritativo y permisivo) con las prácticas de alimentación (presión para comer,

responsabilidad y monitoreo o restricción de la ingesta dietética) se observa que un estilo autoritario presiona al niño a comer y tiene conductas restrictivas respecto a la dieta. Mientras que un estilo autoritativo se asocia con un monitoreo en la misma. Finalmente, el estilo permisivo se relaciona con una falta de monitoreo de los hábitos dietéticos.

En el artículo publicado por (Dabawala, Suprabha, Shenoy, Rao, & Shah, 2017) se muestra que los factores de riesgo asociados a la caries de infancia temprana son: nivel socioeconómico bajo, no hacer uso de pastas fluoradas, la alimentación con biberón por más de un año, presencia de azúcar en la leche, altos niveles de azúcares en la dieta y una conciencia baja sobre las visitas preventivas al dentista. El estudio realizado por Howenstein, Kumar, Casamassimo & et. Al, 2015 muestra que los niños bajo el cuidado de una persona que ejerce un estilo autoritativo mostraban buena conducta y menor presencia de caries, en comparación con los niños educados bajo un estilo parental autoritario y permisivo.

Los artículos sobre las actitudes de los cuidadores en cuanto a las prácticas de salud oral y el estilo parental muestran que el estilo autoritativo se asocia con actitudes positivas respecto a las prácticas preventivas adecuadas de higiene oral, aunque no influyen en los hábitos dietéticos.

JUSTIFICACIÓN

La caries dental en niños es considerada un problema no solo a nivel bucal, es decir; su presencia puede generar afectaciones en la salud general al exacerbar condiciones crónicas como asma y diabetes. Además, puede propiciar una mala calidad de vida tanto para el infante como sus cuidadores, afectando la economía al incrementar los gastos derivados de su tratamiento (12).

Los cuidadores primarios en la infancia representan una influencia directa en el estado de salud por lo que una asociación establecida en los binomios cuidador-infante pueden contribuir a que, a su vez, se establezcan los panoramas actuales en cuanto al estado de salud bucal del infante y la calidad de sus prácticas de higiene oral brindando la oportunidad de atender estas situaciones buscando un mejor estado de salud y calidad de vida (13). Además, los resultados de este trabajo, pueden proporcionar evidencia que permita el diseño y ejecución de programas de educación para la salud integral dirigidos a cuidadores, que promuevan mejores herramientas para el cuidado de los niños.

MARCO TEÓRICO:

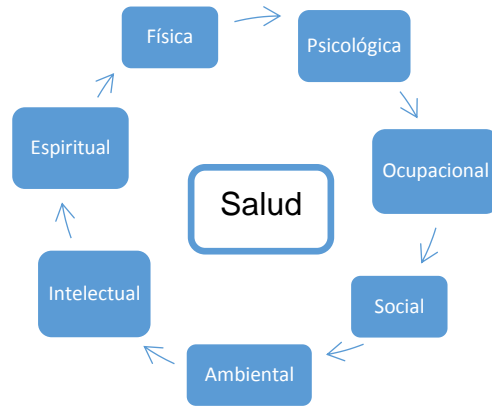
Salud

De acuerdo con la OMS, la definición para el concepto de Salud es: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (14). Al igual que otros constructos, a través de los años esta definición ha ido tomando diferentes rumbos, debido a la influencia del contexto social identificado por los diversos autores, así como a las dimensiones que este aspecto incluye, pues cada vez más se reconoce, por ejemplo, al componente mental como una parte esencial del mismo. (15-17).

Hablar de salud es tomar en cuenta diferentes enfoques y elementos como el funcionamiento efectivo del cuerpo de forma descriptiva, alcanzar cierta vitalidad acompañada de felicidad, la propia dignidad humana, lograr ciertas capacidades importantes para la persona o incluso la habilidad a pesar de ciertas discapacidades ((16-18). De acuerdo con el último enfoque podemos hablar de la importancia de factores físicos, sociales, emocionales y ambientales, importantes por la multidimensionalidad (19).

La salud no solo debe considerarse como la ausencia de enfermedad. El desarrollo de alguna inhabilidad o la presencia de algún tipo de dolor en el individuo puede ser debido a factores psicológicos o aquellos que no son propios del funcionamiento sistémico del cuerpo. Es necesario considerar el bienestar como un componente esencial de salud, una persona en plenitud tiene un equilibrio no sólo de carácter físico, sino también emocional, mental, social, ocupacional y ambiental. ((16,17).

La multidimensionalidad que se ha comprendido para la salud considera los siguientes niveles, (17-20) (Fig.1)



Fuente: Propia.

El contextualizar habla de la percepción que se le da por parte de los trabajadores de la salud, y por la población en general, lo que impacta no solo los roles sociales que representan sino también los ámbitos económicos, que a su vez se proyectan en la esperanza de vida, la cual no tiene la misma calidad para todos, pues no se puede generalizar los requerimientos en cuanto a salud, ya que las demandas son diferentes para cada grupo etario e incluso diferentes para cada individuo (15,17).

Un buen funcionamiento del organismo, un ambiente que permita alcanzar objetivos personales, estabilidad y plenitud emocional, buena autoestima que alcance el individuo o en su defecto el cuidador ayude a lograr el concepto de salud positiva, resiliencia necesaria para adaptarse a las situaciones volviéndose auto eficaces, así como un estilo y calidad de vida que permita el desarrollo individual y poblacional deben integrarse para una definición que permita el extenso significado de lo que es la salud logrando un bienestar de la persona.

Salud bucal.

La salud bucal es uno de los componentes principales de la salud general, definida como el estado óptimo de la boca el cual permite ejecutar sus distintas funciones como hablar, masticar y sonreír, en ausencia de enfermedad ((21)

Es importante que se reconozca el impacto de la salud bucal en la salud general, debido a la diseminación de bacterias patógenas a través del flujo sanguíneo lo que desencadena un desequilibrio repercutiendo de forma negativa en otros sistemas o intensificando condiciones adversas multiorgánicas(22).

El vínculo entre la salud bucal y la salud general es realmente estrecho y bidireccional, pues un estado de salud general puede verse modificado debido a una alteración en la salud bucal que pueda agravar cualquier situación o debido a la terapéutica implementada para la atención de diversas enfermedades, o el desarrollo de diversos hábitos o actitudes que logren modificar la integridad de otros aparatos y sistemas (23). Por otra parte, también puede observarse un deterioro en la salud bucal, ya sea por causas de polifarmacia, condiciones que impidan una correcta técnica de higiene como artritis o el requerimiento de terceros para lograr buenos cuidados bucales. (24, 25) .

Caries

La caries es una enfermedad crónica multifactorial que afecta a los tejidos del diente cuya causa necesaria es el *Streptococcus Mutans* (26). Es el resultado de una interacción entre el tiempo, las bacterias que producen ácidos y aquellos carbohidratos fermentables, en conjunto con diversos factores del huésped y aquellos que aumentan el riesgo a la aparición de la enfermedad, los cuales incluyen desde ambientales, físicos, biológicos, conductuales y los relacionados con el estilo de vida y otros aspectos sociales del individuo(27).

Es una enfermedad asociada a la dieta, a las propiedades del biofilm que se acumula en las superficies del diente y a una mala higiene bucal. Los cambios en el biofilm se dan debido a la exposición a los azúcares y la materia orgánica que lo compone, provocando un proceso de desmineralización que se ve aumentada cuando existe además una disminución del flujo salival. (28)

Cuando esta entidad se presenta en periodos tempranos etarios se define como caries de la infancia temprana (27) y además de tener interacciones entre los factores de desarrollo, microflora y socioeconómicos, presenta relación con la forma de alimentación que los padres brindan a los niños, como las dietas basadas en alimentos con alto contenido de azúcares. Existen diversas denominaciones a esta condición derivadas de la etiología de la enfermedad, pero es el término de caries de infancia temprana el que es comúnmente aceptado en el campo odontológico (29).

La caries de infancia temprana es definida como la presencia de una lesión o más de caries cavitada o no, o bien pérdida dental por caries o dientes obturados en cualquier diente primario hasta los 71 meses de edad o menor, afectando principalmente a los incisivos superiores y molares. Cuando en niños menores de 3 años se presenta cualquier señal en las superficies dentales se denomina caries de la infancia temprana, o bien cuando en niños de 3 a 5 años existen una o más lesiones, restauración o pérdida dental por caries con un patrón progresivo, agudo y rampante es considerada como caries de infancia temprana severa. (30).

Esta enfermedad es de relevancia debido a que no sólo afecta la calidad de vida tanto del individuo como de sus cuidadores, también se considera factor de riesgo para la aparición de caries en la dentición permanente (31,32).

Modelos explicativos de caries dental

Por décadas la caries fue una enfermedad solo relacionada con factores biológicos del hospedero o bien asociados a la dieta. Esto queda representado en el modelo propuesto por Keyes en 1960 y modificado posteriormente por Newburn en 1978, en el que son incluidos primordialmente factores del hospedero, la dieta, los agentes microbianos y el tiempo. Sin embargo, eventualmente el conocimiento de esta enfermedad fue profundizando a tal grado que el día de hoy son muchos más los factores que se asocian, dentro de los que se encuentran aquellos sociales, y ambientales. Así, en el modelo de Fisher-Owens se representan las diferentes dimensiones que explican la enfermedad, dependiendo del nivel en el que se encuentren relacionados, por ejemplo, el individual, familiar y el comunitario. Centrándonos en el ámbito familiar de este modelo; se pueden observar todos los determinantes que le dan a esta enfermedad un carácter comportamental, pues ahora se sabe que todas las prácticas que se llevan a cabo de manera rutinaria tanto por los niños como por los padres o cuidadores durante las primeras etapas de la infancia, tienen repercusión en la frecuencia y distribución de la caries dental, y por lo tanto al impacto de los diversos estilos parentales que llevan a cabo los cuidadores con su niño ((35). Fig 2

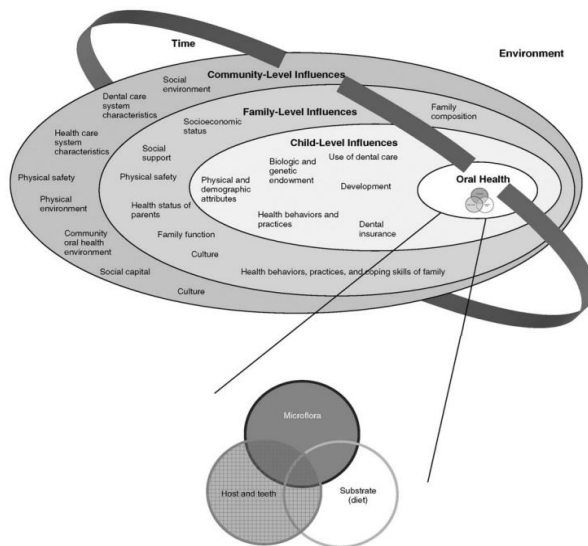


Fig.2

Fuente: Fisher-Owens et.al. (2007)

Otro modelo que destaca los factores de riesgo para el desarrollo de la caries, es el expuesto por Wagner en el que se menciona dentro de los factores de riesgo, el ámbito parental en cuanto a las prácticas de alimentación y de higiene bucal que brindan al niño, y además aquellas características sociodemográficas y vinculadas al estrés. (3). Fig.3 y 4

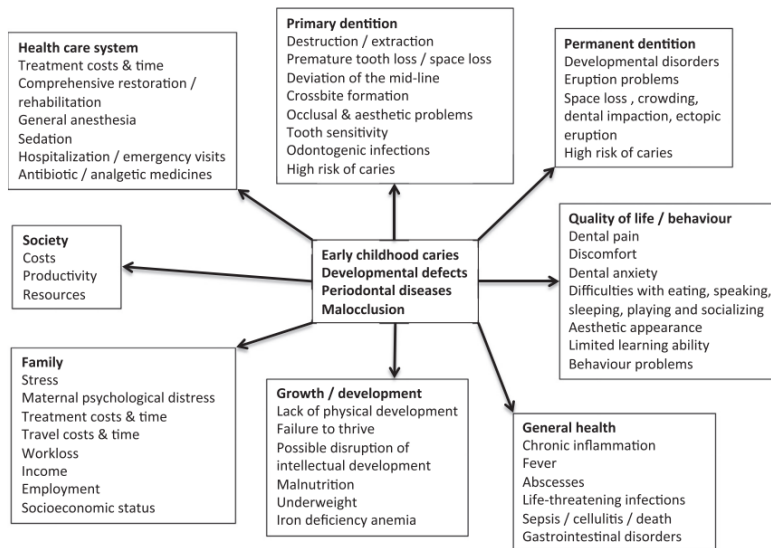


Fig.3

Fuente: Wagner et. al. (2017)

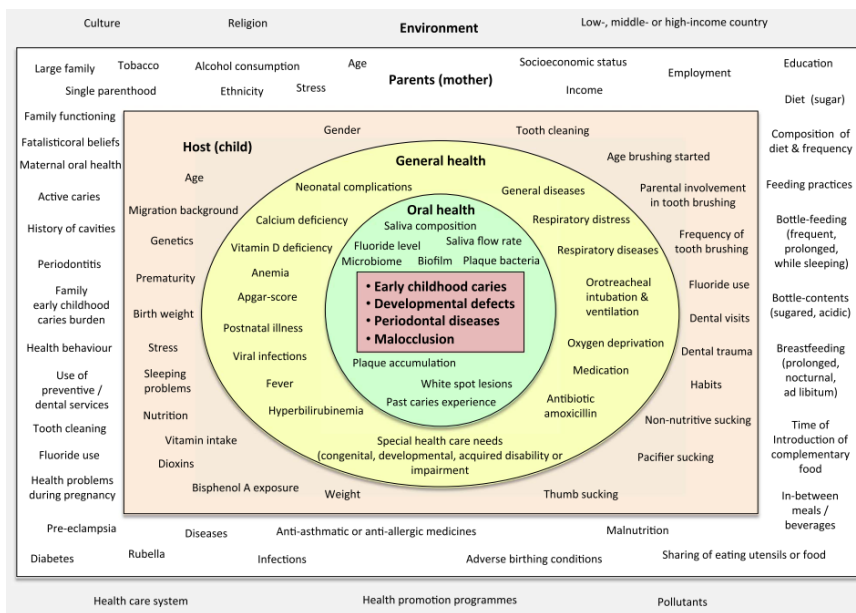


Fig.4
Fuente: Wagner et. al. (2017)

Estilos parentales

El estilo parental o estilo de crianza se refiere a las diferentes prácticas, afecto, control y decisiones o límites que los cuidadores primarios tienen con sus infantes, este concepto ha cobrado gran interés debido a la influencia que representa para la formación del niño. (1,36,37–39) De acuerdo con la literatura, Baumrind describe tres tipos de estilos parentales: autoritario, autoritativo y permisivo. Mientras que Lamborn y colaboradores agregan un cuarto estilo parental denominado negligente. (40,41)

Un estilo autoritario corresponde a aquel seguido por los cuidadores cuyo manejo de la conducta del niño es firme, esperando que el infante obedezca cualquier indicación que se le indique sin cuestionar, así como el seguimiento de órdenes establecidas en el núcleo con el que convive, extenuando un arduo control sobre las actividades. Además, otorga poco apoyo a la autonomía del niño, mostrando prácticas y muestras de afecto bajas, lo que ocasiona una mala comunicación entre cuidador e infante.(42,43)

El estilo autoritativo representa a aquel manejo conductual racional, que brinda una retroalimentación respecto a los cuestionamientos del niño. En este estilo, la calidad y cantidad de afecto es apropiado, pero los cuidadores saben poner límites y cómo estructurar actividades para desarrollar su autonomía, sin dejar de obedecer lo establecido. Los cuidadores se vuelven receptivos, sin dejar de ser firmes ante deseos irracionales del niño.(37-40)

El estilo permisivo se caracteriza por no tener firmeza en cuanto al manejo conductual del infante, llevando a los cuidadores a cumplir o aceptar las demandas, deseos e ideas del niño. Las tareas que se le demandan al niño son pocas por lo que no se promueve la autonomía de este. Aunado a esto, la estructuración de tareas es mínima, sin embargo, la calidez y cantidad del afecto se presentan en grandes niveles, lo que resulta en una alta dependencia del infante con sus cuidadores. (36-41)

El ultimo estilo parental conocido como negligente, se caracteriza por una baja preocupación por el desarrollo y control conductual del niño y un bajo esfuerzo por mostrarle afecto. ((4,39-41, 7,40)

Cabe mencionar que los estilos parentales o de crianza son un factor social crítico para el desarrollo del infante, y son considerados como un concepto multidimensional compuesto por ocho ejes que incluyen aspectos como afecto, rechazo, estructura, caos, apoyo a la autonomía, coerción, exigencia y capacidad de respuesta, siendo estas dos últimas características las que se consideran determinantes. (36,37) (37-39,41,42)

El afecto y rechazo se refieren a la calidez de las actitudes del cuidador. Cuando los padres se muestran cariñosos se dice que hay afecto, mientras que cuando se presentan situaciones de ira, hostilidad, crítica y frustración, se establece como respuesta de rechazo (43)

La estructura se enfoca en la capacidad de los padres para controlar una rutina o las actividades en las que se ve involucrado el infante. Cuando esta se pierde, se percibe como caos.

El apoyo a la autonomía es la iniciativa del padre o cuidador para brindar seguridad y motivación para afrontar diversas tareas. Por otra parte, la coerción se refiere a las formas de poder de afirmación o bien la forma en que se condiciona el comportamiento del niño, siendo una respuesta perjudicial. (41,44).

La capacidad de respuesta se refiere a la manera en que los padres brindan apoyo y aceptan las solicitudes del niño, fomentando la individualidad y la autoafirmación, además de apoyar su razonamiento. Por último, la exigencia incluye todas aquellas demandas que los cuidadores hacen a los niños para que por medio de la regulación del comportamiento y madurez que adquieran, puedan integrarse óptimamente a la sociedad (45)

Las dimensiones que comprenden los estilos parentales hacen que cada uno se guíe por el conjunto de actividades o decisiones que influirán en el desarrollo físico, mental y social del niño, estimulando intelectualmente su desempeño en diferentes contextos. ((46-47)

Repercusiones en el ámbito de la salud

Los estilos parentales pueden modificar los comportamientos, elecciones, dieta y calidad de vida de los infantes. Por ejemplo, en el caso de la dieta, estos estilos pueden afectar los planes alimenticios y el comportamiento, dando lugar a la aparición de diversas patologías como obesidad, bajo peso, anemia y caries, entre otras. Esto puede explicarse porque los padres son los encargados de elegir el tipo y cantidad de alimentos para sus hijos, modificando sus hábitos. (2).

La estimulación cognitiva que realizan los padres a través de sus prácticas, decisiones y el balance en la calidez de la comunicación, repercute en la formación de carácter, adquisición de hábitos y desarrollo físico de los niños. De tal manera que, si los padres ejercen respuestas negativas hacia ciertos temas o incluso aplican una sanción oral o física, la respuesta del niño se verá guiada por la experiencia previa, presentando una modificación en las preferencias de los infantes hacia ciertas acciones. (40,46,6)

Asociación con la salud bucal.

Los estilos parentales se relacionan con el estado de salud e higiene bucal de los niños y con sus comportamientos a la hora de acudir con el odontólogo.

La infancia es un periodo en el que se adquieren prácticas y creencias que se ejercerán tanto en la adolescencia como en la vida adulta ((48, por lo tanto el estilo de crianza es un factor que se ve modificado por los conocimientos, actitudes y prácticas parentales o de los cuidadores, e influye en el infante dada la estrecha relación que guardan entre ambos. ((49.

Las prácticas de higiene bucal que se fomentan en edades tempranas son de vital importancia (11) ya que una mala condición de higiene, puede constituir un factor predecesor de caries dental, un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta la calidad de vida de los niños. ((48).

Esta influencia de los estilos parentales entre el estado de salud bucal se explica como dependiente de las medidas preventivas (13) que brindan los cuidadores. Por ejemplo, en lo relativo a la elección de dieta, los padres cuyo estilo parental es autoritativo, pueden proporcionar menor cantidad de bebidas azucaradas a sus niños, lo que implica un mejor cuidado de su salud bucal derivada del tipo de exigencia y capacidad de respuesta del cuidador al niño. (48) (4).

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre el nivel de estilo parental ejercido por los cuidadores con la experiencia de caries e higiene oral de niños preescolares que asisten al kínder Ricardo Flores Magón de León, Guanajuato.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores primarios y niños asistentes al kínder Ricardo Flores Magón de León, Gto.
- Determinar la experiencia de caries e higiene oral en niños que asistan al kínder Ricardo Flores Magón de León, Gto.

HIPÓTESIS

H1: Existe asociación entre el nivel de cada estilo parental que ejercen los cuidadores con la experiencia de caries e higiene de niños preescolares que asisten al kínder Ricardo Flores Magón en León Guanajuato.

HØ: No existe asociación entre el nivel de cada estilo parental que ejercen los cuidadores con la experiencia de caries e higiene de niños preescolares que asisten al kínder Ricardo Flores Magón en León Guanajuato.

MATERIAL Y MÉTODO

-Tipo de estudio: Transversal.

-Población de estudio: 120 binomios cuidador-niño que asistan al kínder Ricardo Flores Magón en León Guanajuato.

-Tipo y tamaño de muestra: Se incluirá a la totalidad de la población.

Los participantes serán elegidos por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Cuidadores:

- Que encarguen de la alimentación e higiene del niño por más de ocho horas continuas.
- De niños que asistan a la escuela Ricardo Flores Magón de León, Gto.
- Que firmen el consentimiento informado para garantizar su participación.

Niños:

- De 2 a 6 años de edad.
- Que asistan a la escuela Ricardo Flores Magón seleccionada de León, Gto.
- Den su asentimiento para participar

Criterios de exclusión

Cuidadores que:

- Padezcan problemas visuales o auditivos que les impida su participación.
- Cuyos niños no asistan a la escuela el día de la exploración.

Niños:

Que tengan aparatología ortodóncica que impida la evaluación de su higiene oral

- Que no acudan al jardín de niños en la semana de exploración

Criterios de eliminación

Cuidadores que:

- Migren a otra ciudad y no culminen su participación.
- Abandonen el estudio.

Niños:

- Que migren a otra ciudad y no culminen su participación.
- Que abandonen el estudio.

Variables

Independiente:

- Estilos parentales

Se refiere al tipo de crianza que ejecutan los cuidadores primarios sobre sus niños, el cual se medirá a través de un cuestionario de 49 preguntas descrito en el Anexo.1 Se registrará como un estilo: permisivo, autoritario o autoritativo.

El estilo permisivo: se caracteriza por prácticas donde predomine el afecto, bajo control del comportamiento y demandas mínimas hacia el niño. Se medirá a partir de las preguntas con código PE, siendo de PE1 a PE10. Cuyos valores de respuesta se presentan en una escala con: Nunca – Raramente (0 – 20%) del tiempo, Algunas veces (21- 40%) del tiempo, Alrededor de la mitad del tiempo (41- 60%), La mayoría del tiempo (61-80%).

El estilo autoritario: es aquel que lleva a cabo un control firme del niño, sin dar lugar a la retroalimentación de ideas. Se medirá a partir de las preguntas con código C, las cuales van de C1 a C13, cuyos valores de respuesta: Nunca – Raramente (0 – 20%) del tiempo, Algunas veces (21- 40%) del tiempo, Alrededor de la mitad del tiempo (41- 60%), La mayoría del tiempo (61-80%).

El estilo autoritativo: es el estilo de crianza donde predominan las dimensiones de apoyo a la autonomía y demandas, el cual será evaluado a través de las preguntas con código AS para la dimensión de apoyo a la autonomía las cuales van de AS1 a AS11 y evaluando las demandas con aquellas preguntas con código S, desde S1 a S15. Con valores de respuesta: Nunca – Raramente (0 – 20%) del tiempo, Algunas veces (21- 40%) del tiempo, Alrededor de la mitad del tiempo (41- 60%), La mayoría del tiempo (61-80%).

Dependiente:

- Higiene oral

Es el porcentaje de biofilm que cubre las superficies dentales. Se medirá a través del índice O’Leary el cual consiste en haber pedido al infante que se enjuague con agua purificada para la pigmentación de las superficies dentales utilizando una solución reveladora TRACE® con la ayuda de hisopos, para posteriormente realizar el conteo de las caras que fueron teñidas, excluyendo las caras oclusales, después se multiplica esta cantidad por cien, donde el resultado se divide entre el número total de caras presentes sin contabilizar nuevamente las caras oclusales para obtener un porcentaje.

- Experiencia de Caries dental

Es la presencia de cualquier mancha blanca, marrón o cavitación en los órganos dentales, derivados de la acción bacteriana, así como de restauraciones metálicas o de cualquier otro material colocadas con la finalidad de atender cualquier lesión de caries. La experiencia a caries se registrará de acuerdo con el índice ICDAS el cual mediante una exploración intraoral asignará dos códigos a cada diente lo que permitirá la detección y el diagnóstico del paciente. Para obtener el porcentaje, se sumó el número de dientes con la condición a evaluar (cariados, obturados o sanos) y se dividió entre el número total de dientes presentes. Anexo 2.

Covariables

- Edad del niño (cuantitativa, discreta)

Años de vida cumplidos del niño a la fecha en que se realiza la recolección de sus datos. Esta información se obtendrá mediante la pregunta ¿Cuál es la edad del niño? Midiendo la respuesta en años completos de vida.

- Sexo del niño (cualitativa, dicotómica)

Es la condición de hombre o. mujer del niño. La información se obtendrá de manera directa a los padres a través de la pregunta ¿Cuál es el sexo de su hijo? Registrando con dos posibles respuestas, ya sea masculino o femenino.

- Edad del cuidador (Cuantitativa, discreta)

Años cumplidos del cuidador a la fecha de la entrevista. La información será obtenida a través de la pregunta ¿Cuál es su edad? Registrando la respuesta en años completos cumplidos.

- Sexo del cuidador (Cualitativa, dicotómica)

Es el sexo con el que se identifica el cuidador al momento de la entrevista. Por medio de la pregunta ¿Cuál es su sexo? Se obtendrán respuestas como masculino o femenino.

- Escolaridad del cuidador (Cualitativa, politómica)

Último grado escolar cursado por parte del cuidador primario, obteniendo información por la pregunta ¿cuál es su escolaridad? y teniendo como respuestas posibles: ninguna, preescolar, primaria, secundaria, bachillerato/preparatoria, licenciatura o mayor.

Métodos de recolección de la información

Etapas:

1.- Solicitud de permisos:

Se sometió el presente trabajo a la comisión de ética de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, obteniendo la aprobación con el registro CEI_22_10_S22.

Posteriormente se solicitó autorización a la directora del jardín de niños Ricardo Flores Magón para la realización de este proyecto. Se tuvo un primer acercamiento con los cuidadores primarios para explicar de manera resumida y concisa el objetivo del presente estudio, solicitando su participación y la del niño de forma voluntaria. Además, siguiendo los lineamientos éticos, se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado por parte del cuidador.

2.- Estandarización de índices clínicos:

Como parte de la verificación de la confiabilidad de los examinadores, se realizó una sesión con profesionales de las áreas odontológicas de preventiva y de periodoncia, para la estandarización de la recolección de los índices O'Leary e ICDAS. Se hizo una presentación de los índices por parte de las profesionales y se establecieron acuerdos para su recolección.

La estandarización fue para tres personas incluyendo a la sustentante del presente trabajo y se evaluaron a tres pacientes, utilizando formatos impresos y lápiz.

El instrumental odontológico utilizado fueron espejos, pinzas, sonda tipo OMS, godetes y punta de jeringa triple, todo previamente esterilizado y empaquetado por separado.

Para la evaluación del índice O'Leary se colocaron seis gotas de solución TRACE® en un godete de vidrio, se le pidió al paciente que enjuagará previamente su boca con agua y se procedió a tomar solución con un hisopo para la colocación de esta en todas las superficies dentales. Además, se le pidió al paciente que pasara la lengua por todas las superficies para una mejor distribución. Una vez pigmentado

se procedió al registro de todas las superficies en el formato previamente impreso, para finalmente el conteo y registro de su porcentaje final de biofilm.

3.- Recolección de datos:

El equipo de salud pública conformado por tres personas acudió al jardín de niños para la recolección de los datos clínicos. Dos personas se dedicaron a la exploración intraoral para valorar los índices O'Leary e ICDAS, y la tercera se encargó del registro en papel. Los examinadores, utilizaron barreras personales de protección desechables, lámpara de frente, guantes de látex, instrumental estéril y solución TRACE®, hisopos y gasas.

Posteriormente, se aplicó a los cuidadores un cuestionario sobre las características sociodemográficas y el estilo parental que ejerce en el cuidado de sus niños. Cabe mencionar que este cuestionario fue previamente validado por la Dra. Jolanta Aleksejuniene de la Universidad de British Columbia, obteniendo valores de confiabilidad para el instrumento total de 0.938, lo que significa que tiene un excelente grado Fig.5. Los valores de confiabilidad por cada dimensión se encuentran en la Tabla 1. En cuanto a la validez del instrumento, en el Anexo 3. Se encuentran las cargas factoriales de cada reactivo, mostrando una estructura de cuatro dimensiones con sus correspondientes subdimensiones. Este cuestionario fue de auto aplicación y se respondió por medio de la plataforma Qualtrics, utilizando la aplicación de WhatsApp para compartir el enlace del cuestionario digital, facilitando la respuesta a través de teléfonos móviles propios de los cuidadores.

Estilo parental	Dimensión	α de Cronbach
Autoritativo	Control	0.913
	Apoyo a la autonomía	0.959
Autoritario	–	0.667
Permisivo	–	0.721

Tabla.1 Fuente: Elaboración propia

Intervalo al que pertenece el coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems analizados
[0 ; 0,5[Inaceptable
[0,5 ; 0,6[Pobre
[0,6 ; 0,7[Débil
[0,7 ; 0,8[Aceptable
[0,8 ; 0,9[Bueno
[0,9 ; 1]	Excelente

Fig.5 Fuente: Chaves-Barbosa Eduardo; Rodríguez-Miranda; Laura ,2018

Métodos de registro de la información

Los datos fueron registrados en formatos diseñados especialmente para este estudio, posteriormente capturados en Microsoft Excel y posteriormente analizados en el paquete Statistical Package for Social Sciences (IBM® SPSS) versión 24.

Análisis estadístico:

Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas cuantitativas como edad tanto del niño como de su cuidador. Además, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas como sexo tanto del niño como del cuidador, escolaridad, nivel educativo y tipo de cuidador.

Para evaluar la relación entre el nivel de cada tipo de estilo parental con el porcentaje promedio de biofilm y el porcentaje de dientes cariados, obturados y sanos de la dentición decidua se aplicó una prueba de ANOVA.

Consideraciones éticas:

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, (Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014) esta investigación se clasifica dentro de las investigaciones sin riesgo, sin embargo, se presentó un consentimiento informado, dando a cada participante la libertad de negarse a responder a cualquier pregunta o continuar su participación. Además de garantizar la confidencialidad y anonimato de la información.

Recursos materiales y humanos.

Recursos humanos:

Los recursos humanos necesarios para el estudio son la alumna quien realizará la recolección de datos y la tutora.

Recursos materiales:

Instrumentos odontológicos para la exploración intraoral de los niños (guantes, cubrebocas, 1x4, sonda OMS, solución reveladora de biofilm (TRACE) y gasas) y computadora con software SPSS versión 24.

RESULTADOS

Sociodemográficos

Participaron 107 binomios de cuidadores e hijos. La media de edad para los cuidadores fue de 32.72 ± 7.33 años (32.4 ± 7.13 para las mujeres y 35.45 ± 8.8 para los hombres), mientras que para los niños fue de 4.21 ± 6.83 años ($4.3 \pm .61$ años las mujeres y $4.0 \pm .73$ años en los hombres). Tabla 2.

Tabla 2. Media y desviación estándar de la edad de cuidadores y niños.

CUIDADORES	Media	n	DS*
Femenino	32.54	96	6.459
Masculino	35.45	11	8.802
Total	32.84	107	6.745
NIÑOS			
Femenino	4.33	54	.614
Masculino	4.08	53	.730
Total	4.21	107	.683

*DS= Desviación estándar

Fuente: directa.

Los datos relativos al nivel educativo muestran que un 37.5% de las mujeres cuentan con estudios de preparatoria mientras de 36.4% de los hombres cursaron hasta secundaria. En cuanto a las personas que cursaron estudios básicos de primaria 5% correspondió al sexo femenino y 18.2% al masculino. No se observó diferencia estadística en cuanto a la escolaridad por sexo de los cuidadores ($X^2=3.168$ $p=0.306$). Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de nivel educativo de acuerdo con sexo del cuidador

		Sexo del cuidador		Total	
		Femenino	Masculino		
Nivel educativo del cuidador	Primaria o menor	Recuento	5	2	7
		% dentro de ¿Sexo del cuidador que responde este cuestionario?	5.2%	18.2%	6.5%
	Secundaria	Recuento	26	4	30
		% dentro de ¿Sexo del cuidador que responde este cuestionario?	27.1%	36.4%	28.0%
	Bachillerato/ preparatoria	Recuento	36	3	39
		% dentro de ¿Sexo del cuidador que responde este cuestionario?	37.5%	27.3%	36.4%
	Licenciatura o mayor	Recuento	29	2	31
		% dentro de ¿Sexo del cuidador que responde este cuestionario?	30.2%	18.2%	29.0%
Total		Recuento	96	11	107
		% dentro de ¿Sexo del cuidador que responde este cuestionario?	100.0%	100.0%	100.0%
			$\chi^2 = 3.618$	$p = 0.306$	

Fuente: directa

Indicadores clínicos por sexo y edad de los niños

Respecto a la distribución de las variables sexo e higiene bucal de los niños, se obtuvieron un porcentaje promedio del índice O'Leary en general de 91.38 ± 13.05 , correspondiendo a $91.71\% \pm 12.90$ en las niñas y a $91.03\% \pm 13.32$ y en los niños. No se observó diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje promedio de higiene bucal por sexo del niño ($p > 0.05$). Tabla 4.

Tabla 4. Porcentaje promedio de biofilm en los niños de acuerdo con el sexo.

Sexo del niño	Media	n	DS*
Femenino	91.71	54	12.90
Masculino	91.03	53	13.32
Total	91.38	107	13.05
	F= .072		p= .789

DS*: Desviación estándar

Fuente: directa

En cuanto al comportamiento de la variable para registrar la experiencia de caries relacionada con el sexo del niño, los datos muestran que para los dientes cariados, se registró un porcentaje promedio de 15.7 ± 17.3 en general, observándose que en el caso de las niñas, este porcentaje promedio correspondió a 14.61 ± 16.5 y en los niños a 16.7 ± 17.37 . Sin embargo, no se observó diferencia estadística significativa en cuanto al porcentaje promedio de dientes cariados por sexo de los niños ($F=0.418$ $p=.519$). Tabla 5

Los resultados sobre el porcentaje promedio de dientes obturados señalan que el sexo femenino registró una media de 0.64 ± 2.92 y para los niños de 0.66 ± 2.94 , no observándose diferencia estadística significativa entre el porcentaje promedio de dientes obturados de acuerdo al sexo del niño ($F=.000$ $p=0.983$). Tabla X

Finalmente, en cuanto al porcentaje de dientes sanos en relación con el sexo se obtuvo un porcentaje promedio para las niñas de 84.73 ± 17.07 , mientras que para los niños este valor correspondió a 82.54 ± 19.08 . De acuerdo con estos valores obtenidos no se registró una diferencia significativa en el porcentaje promedio de dientes sanos por sexo del niño ($F=0.392$ $p>0.05$). Tabla 5.

Tabla 5. Porcentaje promedio de dientes cariados, obturados y sanos en niños de acuerdo con el sexo.

Porcentaje de dientes cariados			
Sexo del niño	Media	n	DS*
Femenino	14.61	54	16.55
Masculino	16.79	53	18.26
Total	15.69	107	17.37
		F= .418	p= .519
Porcentaje de dientes obturados			
	Media	n	DS*
Femenino	.64	54	2.92
Masculino	.66	53	2.94
Total	.65	107	2.92
		F= .000	p= .983
Porcentaje de dientes sanos			
	Media	n	DS*
Femenino	84.73	54	17.07
Masculino	82.54	53	19.08
Total	83.65	107	18.04
		F= .392	p= .533

DS*: Desviación estándar

Fuente: Directa.

En cuanto a la distribución de la experiencia de caries por edad se observó que el porcentaje promedio de dientes cariados más alto correspondió al grupo de cuatro años siendo de 17.66 ± 18.70 , seguido de $14.69 \pm 15.6\%$ en la edad de 5 años. En cuanto a los dientes obturados, el porcentaje promedio mayor, se observó a los 5 años, correspondiendo a 1.14 ± 4.21 . Finalmente, para el porcentaje de dientes sanos la media más alta se registró en aquellos niños con dos años con un valor del 100%. No se observó diferencia estadística significativa en el porcentaje promedio de dientes cariados, obturados y sanos de acuerdo con la edad ($p > 0.05$). Tabla 6.

Tabla 6. Porcentaje promedio de dientes cariados, obturados y sanos en niños de acuerdo con la edad.

Porcentaje de dientes cariados			
Edad del Niño	Media	n	DS*
2	.00	3	.00
3	10.00	7	13.84
4	17.66	62	18.70
5	14.69	35	15.59
Total	15.69	107	17.37
F= 1.385			p= .251
Porcentaje de dientes obturados			
	Media	n	DS*
2	.00	3	.00
3	.00	7	.00
4	.48	62	2.16
5	1.14	35	4.21
Total	.65	107	2.92
F=. 557			p=.645
Porcentaje de dientes sanos			
	Media	n	DS*
2	100.00	3	.00
3	90.00	7	13.84
4	81.85	62	19.12
5	84.16	35	16.93
Total	83.65	107	18.04
F= 1.337			p= .267

DS*: Desviación estándar.

Fuente: Directa.

Estilos parentales

Los datos relativos al nivel de cada estilo parental de acuerdo al sexo del cuidador, se observó que, para el estilo autoritario, el cual se presenta en una escala de 12 a 26, se presentó un promedio general de 15.75 ± 3.15 puntos, donde el sexo femenino obtuvo un valor promedio de 15.60 ± 3.10 y el masculino de 17.09 ± 3.41 . En cuanto a la subescala para evaluar el estilo permisivo, con un intervalo de 11 a 25 puntos, se observó que las mujeres obtuvieron un promedio de 13.32 ± 2.83 mientras que los hombres 12.54 ± 1.9 . Finalmente, en cuanto al estilo autoritativo el valor promedio del sexo femenino fue de 75.43 ± 22.84 y para el masculino 76.81 ± 21.16 . De acuerdo con estos resultados no se observó una diferencia estadística significativa para ninguno de los estilos parentales ($F=2.216$, $p= .140$; $F=.785$, $p= .378$; $F=.037$, $p=.849$) Tabla 7.

Tabla. 7. Promedio de estilo parental de acuerdo con el sexo del cuidador

Sexo		Autoritario	Permisivo	Autoritativo
Femenino	Media	15.60	13.32	75.43
	n	96	96	96
	DS*	3.10	2.83	22.84
Masculino	Media	17.09	12.54	76.81
	n	11	11	11
	DS*	3.41	1.91	21.16
Total	Media	15.75	13.24	75.57
	n	107	107	107
	DS*	3.15	2.75	22.58
		F=2.216 p= .140	F=.785 p=.378	F=.037 p=.849

DS*: Desviación estándar.

Fuente: Directa.

En cuanto a la distribución de estas subescalas de acuerdo a las variables de edad, los resultados promedio obtenidos fueron para el autoritario un promedio máximo de 15.97 ± 3.02 en el grupo etario de 21 a 29 años y un promedio mínimo de 15.60 ± 3.70 en el grupo de 36 en adelante. Para el estilo permisivo el valor promedio más alto se registró en el grupo de 21 a 29 años y fue de 13.76 ± 3.28 , mientras que el promedio mínimo se presentó en el grupo de 36 en adelante con un 12.40 ± 1.89 . En el estilo autoritativo el valor más alto se obtuvo en el grupo de 30 a 35 años con un promedio de 81.48 ± 20.10 , y el promedio más bajo fue para el grupo etario de 21 a 29 años con un promedio de 69.76 ± 22.40 . Para estas variables no se registró una diferencia significativa entre ellas ($F=.147$, $p=.864$; $F=2.589$, $p=.080$; $F=2.516$, $p=.086$) Tabla.8

Tabla 8. Promedio de estilo parental de acuerdo con la edad agrupada del cuidador.

Edad del cuidador agrupada		Autoritario	Permisivo	Autoritativo
De 21 a 29	Media	15.97	13.76	69.76
	n	39	39	39
	DS*	3.02	3.28	22.40
De 30 a 35	Media	15.66	13.51	81.48
	n	33	33	33
	DS*	2.73	2.705	20.10
De 36 en adelante	Media	15.60	12.40	76.48
	n	35	35	35
	DS*	3.70	1.89	23.99
Total	Media	15.75	13.24	75.57
	n	107	107	107
	DS*	3.15	2.75	22.58
		$F=.147$	$F=2.589$	$F=2.516$
		$p=.864$	$p=.080$	$p=.086$

DS*: Desviación estándar

Fuente: Directa.

En relación con los resultados obtenidos de acuerdo con el estilo parental y nivel educativo del cuidador, se registraron valores promedio para el estilo autoritario donde predominaron aquellos que cursaron hasta un nivel básico con una media de 18.71 ± 5.08 , mientras que el promedio más bajo fue de 15 ± 2.33 para los cuidadores con un nivel de licenciatura. Para el estilo permisivo los cuidadores con un nivel básico de estudios obtuvieron el promedio más alto con un valor de 14.85 ± 5.04 , siendo aquellos con estudios de preparatoria en los que se registró la media más baja para este estilo con un valor de 12.69 ± 2.17 . El estilo autoritativo registró la media más alta en aquellos cuidadores que indicaron tener un nivel educativo de licenciatura o mayor con un valor de 78.90 ± 20.42 , mientras que el valor más bajo para este estilo se registró en aquellos con estudios básicos con una media de 67.42 ± 31.97 . No se obtuvo diferencia estadística significativa en estos resultados. Tabla 9.

Tabla 9. Promedio de estilo parental de acuerdo con el nivel educativo del cuidador.

Nivel educativo del cuidador		Autoritario	Permisivo	Autoritativo
Primaria o menor	Media	18.71	14.85	67.42
	n	7	7	7
	DS*	5.08	5.04	31.97
Secundaria	Media	15.60	12.73	71.36
	n	30	30	30
	DS*	2.59	2.46	19.87
Bachillerato/ preparatoria	Media	15.94	12.69	77.64
	n	39	39	39
	DS*	3.47	2.17	24.31
Licenciatura o mayor	Media	15.00	14.06	78.90
	n	31	31	31
	DS*	2.33	2.80	20.42
Total	Media	15.75	13.24	75.57
	n	107	107	107
	DS*	3.15	2.75	22.58

DS*: Desviación estándar

Fuente: Directa

De acuerdo con los datos obtenidos mediante el índice O'Leary se encontró que aquellos niños cuyos cuidadores obtuvieron un alto nivel de estilo autoritativo y autoritario presentaron un 92.79% de biofilm, en comparación con aquellos niños cuyos padres manifestaron un alto nivel para el estilo permisivo y que tuvieron un valor observado de 94.66%. Los niños cuyos cuidadores se concentraron en el nivel bajo tanto del estilo autoritario como autoritativo, obtuvieron una media del índice O'Leary del 91.42%, mientras que aquellos cuyos padres tuvieron un estilo permisivo bajo, el porcentaje promedio de biofilm fue de 91.23%. No se observó diferencia estadística significativa en el porcentaje promedio de biofilm de acuerdo con el nivel de cada estilo parental ($p > 0.05$). Tabla 10.

Tabla 10. Porcentaje promedio de biofilm de los niños, de acuerdo con el nivel de

O'LEARY									
Nivel	Autoritativo			Autoritario			Permisivo		
	n	\bar{X}	DS	n	\bar{X}	DS	n	\bar{X}	DS
Bajo	38	91.42	13.18	44	91.42	13.18	44	91.23	11.858
Medio	34	90.12	15.31	34	90.12	15.31	38	89.40	15.310
Alto	35	92.79	9.93	29	92.79	9.93	25	94.66	11.065
TOTAL	107	91.38	13.06	107	91.38	13.06	107	91.38	13.059
ANOVA , P	F= 2.858		p= .062	F= .323		p= .725	F= 1.235		p= .295

n: Tamaño muestral
 \bar{X} : Media
 DS: Desviación estándar
 estilo parental de los cuidadores.

Fuente. Directa.

En la Tabla 11. se presentan los datos obtenidos para el porcentaje promedio de caries de acuerdo con el nivel de cada estilo parental. Se observó que en el nivel bajo del estilo autoritativo se obtuvo una media de 15.11%, mientras que para el estilo autoritario fue de 16.23% y para el permisivo 13.52%. En el nivel alto del estilo

autoritativo se obtuvo una media de dientes cariados en los niños de 13.71, equivalente a 16.03% en el estilo autoritario y de 15.4% para el permisivo. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al porcentaje promedio de dientes cariados, de acuerdo con el nivel de cada estilo parental ($p>0.05$).

En el caso de los dientes obturados el promedio más se observó en el nivel medio de autoritativo con un valor 1.18%. En el nivel bajo tanto del estilo autoritario, como permisivo, el porcentaje promedio fue de 0.91%. En cuanto a los valores más bajos del porcentaje promedio de dientes restaurados, estos se presentaron en los niños cuyos padres mostraban un nivel alto del estilo autoritativo con un 0.29%, un nivel alto de estilo autoritario con una media de 0.17% y para el estilo permisivo en un nivel bajo una media de 0.20%. No se observó una diferencia estadística significativa en cuanto al porcentaje promedio de dientes obturados de acuerdo con el nivel de cada estilo parental ($p>0.05$). Tabla 11.

En cuanto al porcentaje de dientes sanos las medias con valores más altos se presentaron en el nivel alto del estilo autoritativo con un 86%, en el nivel medio del estilo autoritario con un 84.56% y en el nivel bajo del estilo permisivo 85.57%. Mientras que los valores más bajos de dientes sanos se localizaron en el nivel medio de estilo autoritativo con un 80.44%, en el nivel bajo del estilo autoritario con un 82.86% y en el nivel medio del estilo permisivo con un 80.94%. No se observó diferencia significativa en el porcentaje promedio de dientes sanos de acuerdo con el nivel de cada estilo parental ($p>0.05$). Tabla 11.

Tabla 11. Porcentaje promedio de dientes cariados, obturados y sanos de los niños, de acuerdo con el nivel de estilo parental de los cuidadores.

ICDAS	Autoritativo			Autoritario			Permisivo											
	n	\bar{X}	DS	n	\bar{X}	DS	n	\bar{X}	DS									
	<i>Cariados Deciduos</i>																	
Nivel																		
Bajo	38	15.11	15.90	44	16.23	17.01	44	13.52	14.89									
Medio	34	18.38	20.51	34	14.71	18.46	38	18.4	18.37									
Alto	35	13.71	15.69	29	16.03	17.18	25	15.4	19.89									
TOTAL	107	15.69	17.37	107	15.69	17.37	107	15.69	17.37									
ANOVA, p	F= .651			p= .523			F= .080			p= .923			F= .805			p= .450		
	<i>Obturados Deciduos</i>																	
Bajo	38	0.53	2.54	44	0.91	3.78	44	0.91	3.78									
Medio	34	1.18	4.27	34	0.74	2.79	38	0.66	2.64									
Alto	35	0.29	1.18	29	0.17	0.93	25	0.20	1									
TOTAL	107	0.65	2.92	107	0.65	2.92	107	0.65	2.92									
ANOVA, p	F= .856			p= .428			F=.571			p= .567			F= .465			p= .629		
	<i>Sanos deciduos</i>																	
Bajo	38	84.36	16.18	44	82.86	17.91	44	85.57	16.07									
Medio	34	80.44	21.79	34	84.56	19.20	38	80.94	18.91									
Alto	35	86	15.89	29	83.79	17.41	25	84.4	20.12									
TOTAL	107	83.65	18.04	107	83.65	18.04	107	83.65	18.04									
ANOVA, p	F= .862			p= .425			F= .085			p= .919			F= .694			p= .502		

n: Tamaño muestral

\bar{X} : Media

DS:Desviación estándar

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

En este trabajo se buscó la asociación de los estilos parentales y la salud bucal de los preescolares asistentes a un jardín de niños en León, Gto. Los datos obtenidos muestran que aquellos niños cuyos cuidadores presentaron un estilo autoritario y autoritativo obtenían mejores condiciones de salud bucal, por ejemplo, un promedio de dientes cariados más bajo en comparación con aquellos niños cuyos cuidadores presentaron un estilo permisivo, en los que la presencia de caries fue mayor. Este efecto de los estilos parentales sobre las condiciones de salud, es lo que de alguna manera concuerdan con lo mencionado por Tung,H (2014) en relación a las prácticas de alimentación infantil y el sobrepeso en los niños, pues en su estudio evidenció que aquellas madres con un estilo parental autoritativo y autoritario mostraron un mejor control sobre la ingesta dietética de los niños.

En cuanto a la relación de los estilos parentales con la distribución de la caries dental, aún persisten las controversias, pues algunos autores como Dabawala (2017) no encontró una relación entre estas dos variables, lo que se asemeja a nuestros resultados ya que no se obtuvieron diferencias significativas. Sin embargo, en el contexto general, se considera que los estilos parentales constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de caries debido a la estructuración de las prácticas dietéticas que tienen los cuidadores de acuerdo al estilo parental que ejercen, además de las diversas dimensiones que comprenden como es el caso del control y las demandas que ejercen sobre el niño.

Por otra parte, los estilos parentales podrían encontrarse estrechamente relacionados con el nivel educativo de los cuidadores, lo que fue señalado por Chen B, et. Al (2021) en su estudio, observando que los cuidadores autoritativos registraron un nivel educativo de licenciatura o mayor, y esto concuerda con los resultados presentados en este estudio, en el que los cuidadores que presentaban altos niveles de estilo autoritativo tenían estudios de licenciatura, lo que es relevante en tanto determina la capacidad para adquirir mejores habilidades y lograr la creación de un entorno adecuado para el desarrollo de los infantes. Cabe señalar que los cuidadores autoritativos ejercen un alto apoyo a la autonomía y mayor estructuración de las actividades de los niños (6). De tal manera que en el estudio

de Chen B, et. Al (2021) se observó además, que fue mayor el número de niños cuyos cuidadores presentaban estilos autoritativos, quienes mostraron un bajo consumo de azúcares. Esto podría explicar parcialmente nuestros resultados, pues los porcentajes de caries fueron menores en aquellos que estuvieron bajo la supervisión de cuidadores autoritativos, asumiendo que el consumo de azúcar está estrechamente vinculado a la distribución de la caries dental.

En cuanto a la higiene bucal, en el presente aunque no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas, se observó un alto porcentaje de biofilm en los participantes cuyos cuidadores presentaron un alto nivel en el estilo permisivo, comprobando lo publicado por Quek,S (2018) quien menciona que los padres permisivos, fueron los que tenían menos preocupación por la frecuencia de cepillado de sus niños.

Así, este trabajo aporta elementos para el esclarecimiento de la relación de las variables psicosociales con la distribución de las enfermedades bucales, y el efecto que pueden tener de manera específica las características personales del cuidador y el tipo de prácticas de cuidado que adquieren. Sin embargo, al igual que otros estudios, se enfrentaron una serie de obstáculos relacionados con el abandono por parte de los cuidadores al responder el cuestionario para determinar el estilo parental, lo que significó una disminución en el tamaño de muestra, además, es necesario seguir trabajando sobre indicadores que permitan evaluar de manera más sensible el efecto de estas variables familiares sobre el comportamiento y las prácticas de salud, lo que nos permita eventualmente desarrollar e implementar intervenciones dirigidas no solamente a los niños sino a quienes se hacen cargo de ellos de manera directa.

CONCLUSIÓN

No fue posible encontrar una asociación estadísticamente comprobable entre los estilos parentales ejercidos por los cuidadores con los diversos indicadores de salud bucal, sin embargo, en todos ellos se muestra una tendencia a presentar mejores valores de higiene y experiencia de caries en aquellos infantes cuyos padres ejercían modelos autoritativos.

-El perfil de escolaridad de la población correspondió principalmente a estudios de bachillerato o preparatoria y a una mayoría de participantes del sexo femenino.

-A pesar de no encontrar diferencias estadísticas significativas, los niveles de higiene bucal fueron más bajos en aquellos niños donde sus cuidadores presentaban un nivel alto permisivo. En cambio, la higiene fue mejor en niños cuyos cuidadores registraban un estilo autoritativo y autoritario.

-Asimismo, en cuanto a la experiencia de caries, aunque no fueron observadas diferencias estadísticas significativas, aquellos niños con cuidadores con estilo autoritativo tenían menor presencia de caries. En cuanto a dientes obturados aquellos niños con padres autoritativos presentaron valores más altos. Finalmente, aquellos niños con un promedio alto de dientes sanos eran cuyos cuidadores manifestaron un estilo autoritativo.

- Es necesario conocer y evaluar los estilos parentales para establecer una determinación clara con el desarrollo de los infantes. Pues a pesar de la relación encontrada en cuanto a las prácticas que realiza cada estilo, falta fundamentar la asociación directa entre el estilo parental con la salud bucal de preescolares, para una posible valoración específica de sus consecuencias en la salud y poder realizar las intervenciones necesarias con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto de niños como de sus cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goagoses N, Tijs Bolz ·, Eilts J, Schipper N, Schütz J, Rademacher A, et al. Parenting dimensions/styles and emotion dysregulation in childhood and adolescence: a systematic review and Meta-analysis. *Current Psychology* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 9];1:3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03037-7>
2. Chen B, Kattelman K, Comstock C, McCormack L, Wey H, Meendering J, et al. Parenting Styles, Food Parenting Practices and Dietary Intakes of Preschoolers. 2021 [cited 2022 Oct 9]; Available from: <https://doi.org/10.3390/nu13103630>
3. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. Vol. 114, *Early Human Development*. Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 16–21.
4. Dabawala S, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A, Shah N. Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case–control study. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Mar 1;27(2):135–44.
5. Dye BA, Thornton-Evans G. Trends in oral health status: United States 1988–1994 and 1999–2004. [Internet]. 2007. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/>
6. Kiefner-Burmeister A, Hinman N. The Role of General Parenting Style in Child Diet and Obesity Risk. Vol. 9, *Current Nutrition Reports*. Springer; 2020. p. 14–30.
7. Tung HJ, Yeh MC. Parenting style and child-feeding behaviour in predicting children's weight status change in Taiwan. *Public Health Nutr*. 2014;17(5):970–8.
8. Lopez N v., Schembre S, Belcher BR, O'Connor S, Maher JP, Arbel R, et al. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*. 2018 Sep 1;128:205–13.
9. Collins C, Duncanson K, Burrows T. A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2014 Dec 1;27(6):557–68.

11. Brukiene V, Aleksejuniene J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents? *Health Educ Res.* 2012 Dec;27(6):1081–90.
11. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries. *Pediatric Dentist.* 2015;37:59–64.
12. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent [Internet].* 2020 Apr 1;18(1):245–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32618448>
13. Quek SJ, Sim YF, Lai B, Lim W, Hong CH. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2021 Feb 1;22(1):83–92.
14. World Health Organization. Constitución [Internet]. [cited 2022 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
15. van Druten VP, Bartels EA, van de Mheen D, de Vries E, Kerckhoffs APM, Nahar-van Venrooij LMW. Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 1;22(1).
16. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. Vol. 141, *Public Health.* Elsevier B.V.; 2016. p. 270–8.
17. Hunter J, Marshall J, Corcoran K, Leeder S, Phelps K. A positive concept of health - Interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic. *Complement Ther Clin Pract.* 2013 Nov;19(4):197–203.
18. Conti AA. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomedica.* 2018 Sep 1;89(3):352–4.
19. Pazzaglia F, Moè A, Cipolletta S, Chia M, Galozzi P, Masiero S, et al. Multiple dimensions of self-esteem and their relationship with health in adolescence. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 2;17(8).

20. Bradley KL, Goetz T, Viswanathan S. Toward a contemporary definition of health. *Mil Med*. 2018;183:204–7.
21. Moin M, Saadat S, Rafique S, Maqsood A, Lal A, Vohra F, et al. Impact of Oral Health Educational Interventions on Oral Hygiene Status of Children with Hearing Loss: A Randomized Controlled Trial. *Biomed Res Int*. 2021;2021.
22. Fiorillo L. Oral health: The first step to well-being. Vol. 55, *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG; 2019.
23. Grubbs V, Vittinghoff E, Taylor G, Kritz-Silverstein D, Powe N, Bibbins-Domingo K, et al. The association of periodontal disease with kidney function decline: A longitudinal retrospective analysis of the MrOS dental study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016 Mar 1;31(3):466–72.
24. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *Int Dent J* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Oct 3];67 Suppl 2(Suppl 2):14–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29023744/>
25. Matsuyama Y, Aida J, Watt RG, Tsuboya T, Koyama S, Sato Y, et al. Dental Status and Compression of Life Expectancy with Disability. *J Dent Res*. 2017 Aug 1;96(9):1006–13.
26. Douglass JM. practical guide. *Am Fam Physician*. 2004;70.
27. Selwitz RH. Dental caries [Internet]. Vol. 369, www.thelancet.com. 2007. Available from: www.thelancet.com
28. Nobre Dos Santos M, Melo Dos Santos L, Francisco SB, Cury JA. Relationship among dental plaque composition, daily sugar exposure and caries in the primary dentition. *Caries Res*. 2002 Sep;36(5):347–52.
29. Çolak H, Dülgergil Ç, Dalli M, Hamidi M. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. Vol. 4, *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2013. p. 29–38.
30. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr* [Internet]. 2017;5:157. Available from: www.frontiersin.org

31. Meyer F, Enax J. Early Childhood Caries: Epidemiology, Aetiology, and Prevention. Vol. 2018, International Journal of Dentistry. Hindawi Limited; 2018.
32. Jordan AR, Becker N, Jöhren HP, Zimmer S. Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition: A 15-year Cohort Study. *Swiss Dent J* [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 25];126(2):114–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26915485/>
33. KEYES PH. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Findings and implications. *Arch Oral Biol.* 1960 Mar;1:304-20.
34. Eriksen, Harald M.; Bjertness, Espen. Concepts of health and disease and caries prediction: a literature review. *European Journal of Oral Sciences*, 1991, vol. 99, no 6, p. 476-483.
35. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children’s oral health: A conceptual model. Vol. 120, *Pediatrics*. 2007.
36. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries. *Pediatric Dentist.* 2015;37:59–64.
37. Lauren M, Neel M, Maitre NL. Parenting Style Impacts Cognitive and Behavioral Outcomes of Former Preterm Infants: A Systematic Review. *Child Care Health Dev.* 2018;507–15.
38. Álvarez-García D, García T, Barreiro-Collazo A, Dobarro A, Antúnez Á. Parenting style dimensions as predictors of adolescent antisocial behavior. *Front Psychol.* 2016 Sep 13;7(SEP):1383.
39. Power TG. Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Childhood Obesity.* 2013;9.
40. Baumrind D. EFFECTS OF AUTHORITATIVE PARENTAL CONTROL ON CHILD BEHAVIOR. 1966.
41. Smetana JG. Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Curr Opin Psychol.* 2017 Jun 1;15:19–25.
42. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and

Neglectful Families. *Child Dev* [Internet]. 1991 Oct 1 [cited 2022 Oct 10];62(5):1049–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x>

43. Blair C, Peters R, Lawrence F. Family dynamics and child outcomes in early intervention: The role of developmental theory in the specification of effects. *Early Child Res Q*. 2003;18(4):446–67.
44. Baumrind D. Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Hum Dev*. 2012 May;55(2):35–51.
45. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2005;(108):61–9.
46. Bartholomeu D, Montiel JM, Fiamenghi GA, Machado AA. Predictive Power of Parenting Styles on Children’s Social Skills: A Brazilian Sample. *Sage Open* [Internet]. 2016 Apr 8 [cited 2022 Oct 10];6(2). Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>
47. Agbaria Q, Mahamid F, Veronese G. The Association Between Attachment Patterns and Parenting Styles With Emotion Regulation Among Palestinian Preschoolers. *Sage Open* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 10];11(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/2158244021989624>
48. Aleksejūnienė J, Brukienė V. Parenting Style, Locus of Control, and Oral Hygiene in Adolescents. Vol. 48, *PUBLIC HEALTH Medicina* (Kaunas). 2012.
49. Baskaradoss JK, Althunayan MF, Alessa JA, Alobaidy SS, Alwakeel RS, Alshubaiki AH, et al. Relationship between caregivers’ oral health literacy and their child’s caries experience. *Community Dent Health*. 2019 Jun 1;36(2):111–7.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para cuidadores

Programa: ¡Niños con dientes sanos y hermosa sonrisa!

1. INVITACIÓN: si la caries dental afecta a tu hijo o hijos, esto resulta preocupante para la familia entera. Es por eso que estás invitado como cuidador de niños a participar en el programa donde aprenderás cómo cuidar de los dientes de tu(s) hijo(s).

2. ¿Qué pasará si participas en el programa?

a) Completarás un cuestionario.

b) Tú y tu niño(a) demostrarán cómo cepillan sus dientes.

c) Tomaremos un video de tu cepillado y del de tu hijo. (Nos ayudará a preparar una retroalimentación)

d) Te daremos retroalimentación sobre cómo mejorar tus habilidades y las de tu hijo para el cepillado.

d) También aprenderás sobre cómo y cuándo deben comer los niños snacks

e) Obtendrás dos tarjetas que podrás llevar a casa, una que te recordará la importancia de la calidad del cepillado y otra sobre los snacks saludables en niños.

3. Nosotros te contactaremos después para conocer cómo está manejando tú y tu familia el buen cuidado de sus dientes.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR.

He leído el consentimiento informado, y elijo participar de manera libre en este estudio.

- Yo estoy de acuerdo en participar
- Yo no deseo participar.

Nosotros te daremos un seguimiento para saber cómo lo estás haciendo tú y tu hijo. Por favor, déjanos saber cómo podemos contactarte.

TM. Fecha

St.ID. Nombre completo del cuidador

CG.typ. ¿Qué tipo de cuidador de niños eres?

D.Tm ¿Quién pasa la mayor parte del día con el/los niño(a)?

1) Madre, 2) Abuela, 3) Padre, 4) Madre adoptiva, 5) Padre adoptivo

6) Otro (especificar).

Sx. Sexo del cuidador que responde este cuestionario

1. Masculino, 2. Femenino

ED. Nivel educativo del cuidador

1) Primaria o menor 2) Secundaria 3) Bachillerato/ preparatoria 4) Licenciatura o mayor

No.Ch Número de niños menores de 18 años de edad en el hogar _____

No.Ad Número de adultos en el hogar _____

Ag.Ch.1. Edad del niño (a) (años completos)

Ag.Ch.2. Edad del niño (a) (años completos)

Ag.Ch.3. Edad del niño (a) (años completos)

Ag.Ch.4. Edad del niño (a) (años completos)

Ag.Ch.5. Edad del niño (a) (años completos)

Ag.Ch.6. Edad del niño (a) (años completos)

¡Por favor responda de manera honesta!

PE1. LE PERMITO a mi niño(a) que coma LO QUE él /ella /ellos QUIERA de snacks.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE2. LE PERMITO a mi niño(a) que coma snacks CUANDO ella/él/ellos QUIERAN.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)

3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE3. LE PERMITO a mi niño(a) que coma CUANTOS snacks QUIERA.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE4. NO SÉ CUÁLES SNACKS come mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE5. NO SÉ CUÁNTOS SNACKS come mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE6. NO ESTOY SEGURO/A CON QUÉ SNACKS alimentan OTRAS PERSONAS a mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)

4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE.7. LE DOY snacks a mi niño(a) para hacerlo/a/os SENTIR MEJOR.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE.8. LE DOY snacks a mi niño(a) para MEJORAR su ESTADO DE ÁNIMO.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE.9. LE DOY snacks a mi niño(a) para DEMOSTRARLE mi AMOR.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

PE.10. LE DOY snacks a mi niño(a) para HACERLO(S) FELIZ.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)

3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.1. LE DIGO a mi niño(a) que ESTOY ORGULLOSO(A) de él/ella/ellos por ELEGIR SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.2. FELICITO a mi niño(a) cuando él/ella/ellos come SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.3. ELOGIO a mi niño(a) por pedirme SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.4. ELOGIO a mi niño/os por probar NUEVOS SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)

2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.5. LE EXPLICO a mi niño/os por qué ALGUNOS SNACKS NO SON SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.6. Le EXPLICO a mi niño(a) cuáles son los SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.7. Le EXPLICO a mi niño(a) por qué su CUERPO NECESITA SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.8. AYUDO a mi niño(a) a ELEGIR SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.9. Le DEMUESTRO a mi niño(a) lo mucho QUE ME GUSTA COMER SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.10. LE DIGO A MI NIÑO(A) lo bien que saben los SNACKS SALUDABLES MIENTRAS LOS PRUEBO.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

AS.11. Me aseguro de COMER SNACKS SALUDABLES frente a mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)

3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.1. Tengo una RUTINA de SNACKS SALUDABLES para mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.2. Le DOY SNACKS a mi niño(a) a LA MISMA HORA TODOS LOS DÍAS.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.3. Yo PLANEEO los SNACKS de mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.4. BUSCO LUGARES donde pueda COMPRAR SNACKS SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.5. Cuando COMPRO snacks, SIEMPRE busco que sean SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.6. Me aseguro de que LA MAYORÍA DE LOS SNACKS en casa sean SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.7. PREPARO SNACKS SALUDABLES, para que sea fácil comerlos para mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.8. Sé CUÁNTOS SNACKS COME mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.9. Sé QUE CANTIDAD DE SNACKS come mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.10. Sé CUÁLES snacks LE DA OTRA GENTE a mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.11. VERIFICO QUE SNACKS ha consumido mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.12. LE DIGO a mi niño(a) CUANTOS SNACKS PUEDE COMER.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.13. TENGO REGLAS sobre CUANDO PUEDE TOMAR snacks mi niño(a).

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.14. LE DIGO a mi niño(a) CUANDO él/ella/ellos puede consumir snacks.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

S.15. TENGO LÍMITES sobre lo QUE PUEDE COMER mi niño(a) como snacks.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)

5. Todo el tiempo (81-100%)

C.1. PREMIO A MI niño(a) con snacks que le gustan cuando él/ella/ellos se PORTA BIEN.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.2. PREMIO a mi niño(a) con snacks CUANDO QUIERO QUE HAGA ALGO.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.3. PREMIO a mi niño(a) con snacks DESPUÉS de QUE COMIÓ BIEN.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.4. PREMIO a mi niño(a) con snacks POR PROBAR LOS ALIMENTOS que quería que comiera.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)

4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.5. LE DOY snacks a mi niño(a) para DETENER UN BERRINCHE O MAL COMPORTAMIENTO.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.6. Le DOY SNACKS a mi niño(a) para que NO SE PORTE MAL.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.8. LE DOY snacks a mi niño(a) cuando está ABURRIDO.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
Algunas veces (21-40% del tiempo)
2. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
3. La mayoría del tiempo (61-80%)
4. Todo el tiempo (81-100%)

C.9. Me SIENTO CON MI niño(a) para asegurarme que coma snacks SALUDABLES.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.10. MANTENGO A MI niño(a) en la mesa HASTA QUE TERMINE TODOS sus snacks.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.11. MANTENGO los snacks en un lugar DONDE mi niño(a) no pueda ALCANZARLOS.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.12. TENGO snacks en mi hogar que mi niño(a) NO TIENE PERMITIDO INGERIR.

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

C.13. ESCONDO SNACKS de mi niño(a)

1. Nunca – Raramente (0- 20% del tiempo)
2. Algunas veces (21-40% del tiempo)
3. Alrededor de la mitad del tiempo (41-60%)
4. La mayoría del tiempo (61-80%)
5. Todo el tiempo (81-100%)

Anexo 2

Nombre: _____

identificación : _____ Date: _____

Inspección oral

File Number: _____

C. de Restauración	0										9				C. de Caries	0						6
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6	7	8	9		0	1	2	3	4	5	
No restaurado	Sellador parcial	Sellador completo	Restauración color del diente	Restauración color metálico	Corona acero cromo	Corona Veneer porcelana u oro	Restn. perdida o fracturada	Restauración Temporal	Falta visualización del diente	Perdido por caries	Perdido por otra razón	No erupcionado	Sano	Mancha blanca/marrón, esmalte seco	Mancha blanca/marrón, esmalte humedo	Microcavidad en seco sin dentina	Sombra oscura dentina con o sin cavidad	Exp. dentina > 0.5mm hasta 50% sup. dental	Exposición dentina > 50% sup. dental			
Tx. 4																					Tx. 4	
Tx. 3																						Tx. 3
Tx. 2																						Tx. 2
Tx. 1																						Tx. 1
Alterations																						Alterations
I. DEAN																						I. DEAN
PUFA																						PUFA
ICDAS																						ICDAS
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75								
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					
ICDAS																						ICDAS
PUFA																						PUFA
I. DEAN																						I. DEAN
Alterations																						Alterations
Tx. 1																						Tx. 1
Tx. 2																						Tx. 2
Tx. 3																						Tx. 3
Tx. 4																						Tx. 4

Anexo 3

Autoritativo

FACTOR ITEMS (Componente de apoyo para estilo autoritativo)	LOADINGS
AS.7. Le EXPLICO a mi niño(a) por qué su CUERPO NECESITA SNACKS SALUDABLES.	.891
AS.8. AYUDO a mi niño(a) a ELEGIR SNACKS SALUDABLES.	.884
AS.5. LE EXPLICO a mi niño/os por qué ALGUNOS SNACKS NO SON SALUDABLES.	.879
AS.6. Le EXPLICO a mi niño(a) cuáles son los SNACKS SALUDABLES.	.872
AS.11. Me aseguro de COMER SNACKS SALUDABLES frente a mi niño(a).	.833
AS.2. LE DIGO a mi niño(a) que ESTOY ORGULLOSO(A) de él/ella/ellos por ELEGIR SNACKS SALUDABLES	.831
AS.3. ELOGIO a mi niño(a) por pedirme SNACKS SALUDABLES.	.820
AS.10. LE DIGO A MI NIÑO(A) lo bien que saben los SNACKS SALUDABLES MIENTRAS LOS PRUEBO.	.820
AS.4 ELOGIO a mi niño/os por probar NUEVOS SNACKS SALUDABLES.	.788
AS.2. . FELICITO a mi niño(a) cuando él/ella/ellos come SNACKS SALUDABLES.	.780

Estilo parental autoritativo (componente demandas)

	Dominios	
	Control de un comportamiento sano	Creación de ambiente saludable
S.15 TENGO LÍMITES sobre lo QUE PUEDE COMER mi niño(a) como snacks.	.849	
S.12. LE DIGO a mi niño(a) CUANTOS SNACKS PUEDE	.795	
S.14. LE DIGO a mi niño(a) CUANDO él/ella/ellos puede consumir snacks.	.790	
S.11. VERIFICO QUE SNACKS ha consumido mi niño(a).	.718	
S.13. TENGO REGLAS sobre CUANDO PUEDE TOMAR snacks mi niño(a).	.707	
S.8. Sé CUÁNTOS SNACKS COME mi niño(a).	.641	
S.6. Me aseguro de que LA MAYORÍA DE LOS SNACKS en casa sean SALUDABLES.		.818
S.7. PREPARO SNACKS SALUDABLES, para que sea fácil comerlos para mi niño(a).		.804
S.1. Tengo una RUTINA de SNACKS SALUDABLES para mi niño(a).		.797
S.5. Cuando COMPRO snacks, SIEMPRE busco que sean SALUDABLES.		.760
S.4. BUSCO LUGARES donde pueda COMPRAR SNACKS SALUDABLES		.758

	con snacks	Exceso en el consumo de snacks
PE.8. LE DOY snacks a mi niño(a) para MEJORAR su ESTADO DE ÁNIMO.	.834	
PE.7. LE DOY snacks a mi niño(a) para hacerlo/a/os SENTIR MEJOR.	.811	
PE.10. LE DOY snacks a mi niño(a) para HACERLO(S) FELIZ.	.736	
PE.9. LE DOY snacks a mi niño(a) para DEMOSTRARLE mi AMOR	.731	
PE.3. LE PERMITO a mi niño(a) que coma CUANTOS snacks QUIERA.		.845
PE.1. LE PERMITO a mi niño(a) que coma LO QUE él /ella /ellos QUIERA de snacks.		.817
PE.2. LE PERMITO a mi niño(a) que coma snacks CUANDO ella/él/ellos QUIERAN.	.428	.723

ESTILO PARENTAL AUTORITARIO (ALTO CONTROL)

	AUTHORITARIAN PARENTING DIMENSIONS			
	Control negativo del comportamiento	Recompensa	Control negativo	Control positivo
C.6 Le DOY SNACKS a mi niño(a) para que NO SE PORTE MAL.	.844			
C.5 LE DOY snacks a mi niño(a) para DETENER UN BERRINCHE O MAL COMPORTAMIENTO.	.812			
C.2. PREMIO a mi niño(a) <u>con snacks</u> CUANDO QUIERO QUE HAGA ALGO.	.775			
C.8 LE DOY snacks a mi niño(a) cuando está ABURRIDO	.690			
C.3. PREMIO a mi niño(a) con snacks DESPUÉS de QUE COMIÓ BIEN.		.910		
C.4. PREMIO a mi niño(a) <u>con snacks</u> POR PROBAR LOS ALIMENTOS que quería que comiera.		.834		
C.1. PREMIO A MI niño(a) con snacks que le gustan cuando él/ella/ellos se PORTA BIEN.		.821		
C.13. ESCONDO SNACKS de mi niño(a)			.822	
C.12. TENGO snacks en mi hogar que mi niño(a) NO TIENE PERMITIDO INGERIR.			.706	
C.11 MANTENGO los snacks en un lugar DONDE mi niño(a) no pueda ALCANZARLOS.			.676	
C.9 Me SIENTO CON MI niño(a) para asegurarme que coma snacks SALUDABLES.				.806
C.10. MANTENGO A MI niño(a) en la mesa HASTA QUE TERMINE TODOS sus snacks.				.801

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.