



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA ACTITUD MATERNA
EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL
DE SUS HIJOS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SANDRA ROLDÁN FLORES

DIRECTOR: MTRO. GUSTAVO PARES VIDRIO

ASESOR: PSIC. ARACELI ROLDÁN FLORES

MÉXICO, D.F.

2005

m. 342951

DEDICATORIAS

A mi papá por que gracias a su cariño y gran apoyo pude realizar una de las más grandes metas de mi vida y aunque ya no esta con migo sin su ayuda no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional y por que mis valores y superación se los debo a el.

A mi mamá por la confianza que siempre depositó en mi y por los sacrificios que tuvo que pasar para que lograré terminar mi carrera profesional

A mis hermanos Fernando, Maria Eugenia y Araceli por el apoyo y consejos que siempre me brindaron

A mi tía Cristina y a mis primas Claudia y Mayanin por que siempre han estado con migo en todo momento y por su cariño brindado.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gustavo Parés Vidrio por apoyarme con sus conocimientos durante la realización de mi tesina.

A mi hermana Araceli por su gran ayuda en la realización de mi tesina.

INDICE

INTRODUCCIÓN	
1. MARCO TEORICO.....	2
1.1 ACTITUD.....	2
1.1.1 CONCEPTO DE ACTITUD.....	2
1.1.2 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES.....	3
1.1.3 RELACIONES ENTRE LOS COMPONENTES ACTITUDINALES.....	4
1.1.4 LA ACTITUD COMO MARCO COGNITIVO.....	5
1.1.5 LA ACTITUD COMO ESQUEMA.....	5
1.1.6 LA ACTITUD COMO HEURÍSTICO.....	6
1.1.7 LAS ACTITUDES BASADAS EN EL AFECTO.....	6
1.1.8 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....	7
1.1.8.1 COMPATIBILIDAD ENTRE ACTITUD Y CONDUCTA.....	7
1.1.8.2 PLANIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.....	7
1.1.9 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.....	8
1.1.10 CAMBIO DE ACTITUDES.....	10
1.1.11 MÉTODOS PARA CAMBIAR ACTITUDES.....	12
1.1.12 CONTENIDO DEL MENSAJE Y CAMBIO DE ACTITUD.....	14
1.1.13 ACTITUDES MATERNAS.....	15
1.1.13.1 SOBREPROTECCIÓN.....	16
1.1.13.2 SOBREINDULGENCIA.....	16
1.1.13.3 CARENCIA AFECTIVA.....	17
1.1.13.4 RECHAZO.....	17
1.1.13.5 AUTORITARISMO.....	18

1.2 ACTITUD MATERNA EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS.....	19
1.3 CARIES DENTAL.....	26
1.3.1 DEFINICIÓN.....	26
1.3.2 ETIOLOGIA.....	26
1.3.3 CARIES DENTAL EN EL NIÑO.....	27
1.3.4 DIETA COMO FACTOR DE RIESGO CARIOGÉNICO.....	28
1.3.5 FACTORES DIETÉTICOS EN LA PROMOCIÓN DE CARIES DENTAL.....	30
1.3.6 FACTORES DIETÉTICOS EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL.....	30
1.3.7 ESTUDIOS REALIZADOS ACERCA DE LA CARIES DENTAL.....	32
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
3 JUSTIFICACIÓN.....	38
4 HIPOTESIS.....	39
4.1 HIPOTESIS 1.....	39
4.2 HIPOTESIS 2.....	40
5 OBJETIVOS.....	40
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	40
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	40
6 METODOLOGIA.....	41
6.1 MATERIAL.....	41
6.2 MÉTODO.....	42
6.3 TIPO DE ESTUDIO.....	43
6.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	44
6.5 MUESTRA.....	44
6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
6.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	44

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	45
6.9 VARIABLE DEPENDIENTE.....	45
6.10 RECURSOS.....	45
6.10.1 HUMANOS.....	45
6.10.2 MATERIALES.....	45
6.10.3 FINANCIEROS.....	46
7 RESULTADOS.....	47
7.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	48
7.2 ESTUDIO PILOTO.....	52
7.3 EVALUACIÓN DE ACTITUD MATERNA EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS.....	53
7.4 RELACIÓN DE ACTITUD MATERNA CON RESPECTO A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS CON EL N° DE DIENTES CARIADOS, EL N° DE DIENTES PERDIDOS POR CARIES Y EL N° DE DIENTES OBTURADOS POR CARIES.....	55
8 DISCUSIONES.....	56
9 CONCLUSIONES.....	56
9.1 LIMITACIONES.....	58
10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
ANEXOS.....	60
ANEXO 1 INSTRUMENTO PARA MEDIR ACTITUD MATERNA EN REALACIÓN A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS.....	61
ANEXO 2 INDICE ceo.....	67

INTRODUCCIÓN

La socialización primaria, entendida como el proceso por el cual los padres transmiten a los niños patrones de comportamiento, permite al niño a través del contacto físico y social integrarse a la sociedad. La socialización no se da en un sentido abstracto, sino que se realiza a través de la familia, la cual es agente de socialización. La importancia de la familia es que realiza el paso inicial de presentar al niño totalmente desinformado un marco básico de valores, actitudes, creencia y hábitos. Esto quiere decir que cualquier programa educativo en Salud Oral que no incluya a la familia, específicamente padres o cuidadores del niño, tiende a fracasar.⁶

Investigaciones en niños demuestran la importancia que tiene el rol de la madre en la influencia del comportamiento adoptado por el niño con referente a su Salud Oral. Lois' y Rayner⁶ muestran la importancia que tiene el conocimiento de Salud Oral de la madre y el ejemplo que ella transmite al niño sobre hábitos saludables, convirtiéndose éstos en factores determinantes para la adquisición futura de hábitos en Salud Oral por parte del menor. Se demuestra que el comportamiento puede ser estudiado sistemáticamente y que determinantes socio-culturales de hábitos especialmente dietas, prácticas en higiene oral, cultura, factores económicos son la base para explicar mecanismos de patología en cuanto a la prevalencia de enfermedades orales y su respuesta al tratamiento.⁶

En este estudio se decidió evaluar la actitud materna en relación a la salud oral de sus hijos, para observar que tan favorable o desfavorable es esta en las madres y si tiene alguna correlación con el índice de caries de sus hijos.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ACTITUD

1.1.1 CONCEPTO DE ACTITUD:

La actitud es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico. Ejemplo: si nos desagrade el color de las paredes de la oficina entonces tenemos una actitud negativa hacia ese objeto psicológico ya que nuestra predisposición es negativa.¹

La actitud es un esquema psicológico que nos impele a aceptar o rechazar un objeto psicológico, el cual puede ser un símbolo, un dicho, una persona, una institución, o una cosa ante los cuales y tomándolos como referencia, la gente difiere en el grado y tipo de reacción. Podemos definir que un objeto psicológico es sinónimo de:

- a) Reacción.
- b) Motivación.
- c) Estimulo.

Una actitud tiene tres componentes:

- Cognitivo: Consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre el.
- Afectivo: Esta compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. Estudios han demostrado que los cambios en los estados emocionales coexisten con las modificaciones de actitudes, según lo revelan las medidas fisiológicas.^{2,3}

- **Conativo-conductual:** Incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Las actitudes tal y como se suelen medir, simplemente no son lo mismo que el comportamiento; y no ha de esperarse que se de una relación congruente.^{2,3}

La actitud, en sí misma, no es directamente observable. En sentido estricto, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. A su vez, éstos sólo se conocen adecuadamente cuando se han evaluada a través de varios índices diferentes.²

La mayoría de los estudios sobre actitudes no incluyen un conjunto de mediciones tan completo. Por lo general se suele medir sólo uno de los componentes y con un solo instrumento de medida. Ello delimita de forma drástica el conocimiento de la actitud que se investiga.

1.1.2 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES:

Las actitudes constan, tal y como pone de manifiesto el estudio de Breckler, de tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual. Esto quiere decir que las respuestas que la persona emite frente al objeto de la actitud son susceptibles de una clasificación triple, según predominen en ellas los elementos de información-creencias, afectivos o de intención-conducta. Sin embargo a pesar de que estos elementos son diferentes entre sí, todos ellos comparten algo: la disposición evolutiva frente al objeto.²

Por esta razón Rosenberg y Hovland propusieron en 1960 su modelo jerárquico de las actitudes en el que los tres componentes se consideran como subconjuntos de un conjunto superior, que es la actitud.²

Una implicación del modelo jerárquico de Rosenberg y Hovland es que las medidas de un mismo componente deben ser muy similares entre sí (Y por tanto, estar altamente correlacionadas) y poco similares a las medidas de otro componente. Pero, al mismo tiempo, dado que todos los componentes se engloban en la misma actitud, debe existir entre ellos algún tipo de relación.

1.1.3 RELACIONES ENTRE LOS COMPONENTES ACTITUDINALES:

La relación entre el componente cognitivo y el afectivo se ha conceptualizado como una consistencia afectivo-cognitiva. Es decir se supone que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia.

Si una persona cree que el objeto de la actitud facilita la obtención de objetivos importantes, tal creencia debería traducirse en un afecto positivo hacia el objeto. A la inversa, si del contenido de la creencia se deduce que el objeto es un obstáculo para sus intereses, lo que habría que esperar será más bien un afecto negativo.

Las actitudes no siempre presentan esa consistencia afectivo-cognitiva que se les supone. La razón es que muchos objetos de actitud son ambiguos y la persona sabe perfectamente que, si bien favorecen la consecución de ciertos objetivos, impiden igualmente la de otros. En realidad lo difícil es encontrar objetos de actitud monolíticamente positivos o negativos. En contra de la consistencia afectivo-cognitiva operan también las actitudes que surgen de una experiencia intensa de carácter afectivo, ya que su componente cognitivo suele ser bastante débil.²

La consistencia afectivo-cognitiva es el grado en que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden.

En principio habría que esperarla, por que las personas tienden a realizar aquellas conductas que les resultan positivas y a evitar las negativas, y también porque es socialmente censurable que la conducta de una persona no coincida con las preferencias que ha manifestado públicamente.

1.1.4 LA ACTITUD COMO MARCO COGNITIVO:

La actitud podría servir al sujeto para responder ante el objeto de forma rápida cada vez que este se presente. De no ser así, se vería obligado a analizar cada vez todas y cada una de las creencias, con el esfuerzo cognitivo que ello implica. La actitud es distinta de las creencias ya que ejerce un influjo sobre la percepción del objeto y las respuestas hacia él que las creencias, por si solas, no pueden ejercer.²

Si la actitud es un marco organizativo, debería ser fácil de recordar. Más aún, se debería poder recordar independientemente de las creencias en que se base.

1.1.5 LA ACTITUD COMO ESQUEMA:

La actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y las comunicaciones favorables cuando su actitud es positiva, y a la inversa.²

1.1.6 LA ACTITUD COMO HEURÍSTICO:

Un heurístico es una estrategia sencilla para resolver un problema.

Al usar la actitud como heurístico, las personas no reflexionan de forma deliberada sobre el objeto de la actitud.

Por el contrario, la percepción selectiva y sesgada que provoca la actitud en la situación inmediata ocurre como consecuencia de un proceso automático.²

Cuando las actitudes guían la conducta de forma espontánea, sin necesidad de deliberación alguna, lo hacen a través de las percepciones del objeto de la actitud. Pero a su vez, para que dichas percepciones tengan lugar, es preciso que se hayan activado con anterioridad las actitudes del individuo en la memoria.

1.1.7 LAS ACTITUDES BASADAS EN EL AFECTO:

Existen otras actitudes que, pese a carecer de un elenco amplio de creencias que las acompañan y sustentan, tienen un fuerte componente afectivo.²

Dado que estas actitudes no surgen de un proceso consistente ni del cálculo previo de los beneficios y costes asociados a una determinada orientación hacia el objeto de la actitud, se les considera basadas en el afecto.

1.1.8 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES:

El cambio actitudinal parece tener una funcionalidad muy clara. No todos los objetivos son instrumentales, sin embargo, la actitud ayuda a conseguir objetivos muy diversos.²

1.1.8.1 COMPATIBILIDAD ENTRE ACTITUD Y CONDUCTA:

Lo que afirma el principio de compatibilidad es que sólo cabe esperar relaciones entre actitudes y conductas cuando ambas están planteadas al mismo nivel de generalidad. Es decir no parece razonable intentar pronosticar, a partir de una actitud genérica.

Cuando la conducta que se trata de predecir es muy específica, la calidad del pronostico se incrementa gradualmente a medida que se van conociendo actitudes de carácter cada vez más específico.²

1.1.8.2 PLANIFICACIÓN DE LA CONDUCTA:

La actitud hacia la conducta se considera en función de las creencias conductuales que mantiene la persona.

Dado que lo normal es que una persona tenga varias creencias diferentes hacia un objeto determinado, es preciso repetir el proceso con cada una de ellas. La actitud resultante será la suma de todos los productos así obtenidos.

Sin embargo, en la conducta pueden intervenir factores diferentes a la propia actitud, como es la presión social que la persona percibe conocida como norma social subjetiva, dicha presión suele proceder de aquellos que le son más próximos.

Se considera que esta es una función de las creencias normativas en virtud de las cuales la persona estima la probabilidad de que su conducta resulte o no aceptable para aquellas personas cuya opinión suele tener muy en cuenta.²

1.1.9 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES:

Las opiniones dadas sobre algo reflejarán las actitudes de la persona de tal manera que la respuesta (opinión) ante algún hecho o situación se tomaría como una medida de la actitud que la sustenta.¹

Ya que las actitudes son registrables mediante las opiniones que se dan, se han elaborado escalas de actitudes para medir los grados de aceptación (que tan favorable es la actitud) o rechazo (que tan desfavorable es la actitud) hacia el objeto de estudio.¹

La siguiente es una escala que puede servir como base para expresar una opinión sobre algo.

Total	Total	Total
(que tan favorable es la actitud)	indiferencia	(que tan desfavorable es la actitud)
o		o
rechazo		aceptación

La escala incluye grados de aceptación y rechazo de tal manera que la persona que esté expresando su opinión sobre alguna cosa, puede hacerlo con base en alguna escala en la cual pueda verbalmente, o por escrito, señalar el grado reaceptación o rechazo que experimenta respecto a su objeto psicológico.

Al construirse una escala deben tomarse en cuenta los siguientes puntos:

- a) Operatividad: O sea, que sus términos puedan ser verificables.
- b) Confiabilidad: Que en diferentes aplicaciones hechas por distintos investigadores, los resultados de un mismo sujeto sean similares.
- c) Validez: Que efectivamente mida lo que se desea medir.¹

Por ejemplo: En la escala tipo Lickert se presenta cinco alternativas. De ellas, la primera y la última expresan actitudes opuestas; las intermedias presentan menor graduación y la central da un punto neutro.

1. total rechazo
2. rechazo medio
3. total indiferencia
4. aceptación media
5. total aceptación

El punto marcado con una X en la escala anterior, representa una actitud totalmente favorable hacia algo.

La escala de Lickert puede calificarse anotando los valores 1, 2, 3, 4 y 5, de tal manera que 1 indicará rechazo total hacia la (persona, situación o hecho) al que se esté refiriendo.¹

Pueden emplearse otros métodos de calificación. Por ejemplo: si a la total aceptación se le asigna un +2 y al total rechazo se le asigna -2, a la indiferencia se le asignará un valor de cero. (Para facilitar la respuesta se dibuja la escala).¹

-2	-1	0	+1	+2
total		total		total
Rechazo		indiferencia		aceptación

Las ventajas de la escala de Lickert estriban en que es sencilla y fácilmente calificada. Al finalizar la presentación de los objetos psicológicos el investigador califica sumando la puntuación total de la persona hacia el objeto psicológico.

Existen otras escalas de actitud como la de Thurstone y otras más que son complejas en cuanto a su construcción.¹

Puede decirse, para resumir este punto que las escalas de actitudes tienen aplicación en la investigación de mercados, en las encuestas entre el personal de una organización y, en general, en cualquier problema relacionado con las actitudes de las personas.

Otra manera de investigar la actitud de las personas hacia algún objeto psicológico sería entrevistarlas. Para esto existen tres tipos básicos de entrevista: dirigida, libre y estandarizada.¹

1.1.10 CAMBIO DE ACTITUDES:

Muchas de las actitudes se adquieren a consecuencia de una serie de interacciones con las demás personas: padres, amigos, compañeros.

Pueden aprenderse o modificarse repentinamente a causa de una sola experiencia; pueden pasar por un cambio gradual a través de los años, posiblemente debido a la acumulación de experiencias.³

Tres grandes clases de situaciones de aprendizaje han sido estudiadas extensamente como causa de la adquisición de actitudes:

- 1) Condicionamiento clásico (Pavloviano): Puede producir el aprendizaje de reacciones emocionales ante los estímulos.
- 2) Condicionamiento operante: En este se manipulan las contingencias del reforzamiento, se ha usado además como método para aprender actitudes. Es posible establecer actitudes favorables mediante una conveniente disposición de las contingencias del reforzamiento. Tales actitudes son interpretables en forma algo distinta: nacen de la experiencia de éxito. Son muchos los episodios de la vida ordinaria que atestiguan la importancia del éxito en una actividad para lograr una actitud positiva. En cambio, de las repetidas experiencias de fracaso derivan actitudes de aversión.³
- 3) Modelación humana: Es uno de los fenómenos que con más seguridad modifican la actitud. En tales circunstancias, el aprendizaje se traduce en imitación de la conducta del modelo o, más exactamente, de las alternativas de acción.³

La relación indirecta o compleja que las actitudes guardan con la acción humana significa que su obtención y su modificación son difíciles de estimar. En otras palabras, no es fácil cerciorarse de que se está midiendo un cambio de actitud causado por el aprendizaje y no alguna otra cosa.

Las actitudes se establecen y organizan por medio del aprendizaje y casi todas se aprenden de manera incidental y no como resultado de una instrucción planeada. Algunas de las que se adquieren en los primeros años de vida son muy tenaces y resistentes al cambio.³

1.1.11 MÉTODOS PARA CAMBIAR ACTITUDES:

En la formación de actitudes intervienen las categorías de la sociedad y las normativas a través de las actitudes de los adultos que instauran los modelos. En cada edad, es decir, en el tiempo que comúnmente la influencia es decisiva, se marcan unos principios de cambio estereotipados. A tal edad tienes que hacer o dejar de hacer determinadas cosas. La expresión genuina se constriñe obligando a los cambios y se construye el adulto normalmente dentro de determinados patrones. La relación entre adultos y menores es un modelo de obligaciones en que el respeto a la expresión equivale a "desadaptar" a los niños. Todo ello se traduce en un comportamiento deseado y la interiorización de las normas se cumple. El sujeto estará siempre afectado por las mismas.⁴

De hecho, "afectar" a los demás, es decir, la capacidad de hacerlo es un modo de influencia. Sabiendo al respecto que la influencia está en relación con el concepto de obediencia, su opuesto sería la libertad.

Para actuar de manera distinta a las propuestas se necesita un cambio de actitud. Se aprende pronto el cambio de actitudes. Si la educación creadora se propugna desde una actitud de cambio, el niño cambiará por sus necesidades. Si podemos ayudarles en la toma de decisiones generadas desde el sujeto, habremos conseguido un cambio de actitud.⁴

Existen técnicas para modificar la conducta de las personas. En el ámbito de las organizaciones dichas técnicas pueden emplearse, también, para modificar o cambiar actitudes y opiniones.¹

Las técnicas para modificar las actitudes son cinco:

- 1) Idioma verbal: Los seres humanos tenemos la capacidad de transformar nuestras ideas en palabras, y la forma de comunicarlas puede ser lenguaje verbal o escrito. Las ideas comunicadas a nuestros semejantes pueden modificar no solo su actitud, si no también su conducta individual y la de grupo.
- 2) Idioma escrito: Nos referimos a toda la comunicación escrita que con día se recibe, se estudia y se envía a otras personas. Uno de los fines que persigue la comunicación es el modificar las actitudes. Inclusive existen programas completos para que por medio de la publicidad se modifiquen las actitudes del personal de una organización.
- 3) Las expectativas: Se espera que al cambiar las expectativas de las personas, se modifique también el comportamiento de ellas.¹ Expectativa es la idea que tiene una persona sobre el comportamiento que desplegarán otras personas, o de lo que ocurrirá.
- 4) La participación en las decisiones: Permite a las personas compenetrarse más a fondo de todas las situaciones inherentes a una actitud.
- 5) Las sanciones y recompensas: Parten de la premisa que dice "la conducta recompensada tiende a repetirse, mientras que la que no lo es, o que es castigada, tiende a desaparecer".

Las sanciones y recompensas ayudan a modificar la conducta; sin embargo, un factor importante en esta modificación es el tiempo que transcurre entre ésta y la consecuencia; mientras más tiempo pase (mayor/menor) posibilidad habrá de que ocurra la modificación en la conducta.¹

1.1.12 CONTENIDO DEL MENSAJE Y CAMBIO DE ACTITUD:

La generalización más interesante de los hallazgos es esta: casi ningún tipo de mensaje influye notablemente en el cambio de actitud. No se ha encontrado ninguna eficacia segura en las comunicaciones verbales que:

- 1) Ofrecen argumentos racionales.
- 2) Muestran ambos aspectos de la cuestión.
- 3) Recurren a la emoción.
- 4) Contienen estímulos productores de temor.
- 5) Extraen conclusiones específicas.³

Estudios realizados comprobaron que se obtienen buenos resultados si se amplía el tema básico de los mensajes.

La eficacia del cambio de actitudes dependía en gran medida del "comunicador", o "fuente" del mensaje.

En varios estudios se ha confirmado la importancia de la fuente como determinante de las actitudes.³

Triandis (1971) sintetizó los hallazgos sobre esas características que incluyen:

- 1) Atractivo físico.
- 2) Ropas y lenguaje como indicadores de la condición social.
- 3) Cualidades demográficas tales como edad, raza, nacionalidad.³
- 4) Actitudes del comunicador.
- 5) Conocimiento de que la conducta pretérita de la fuente guarda relación gratificadora (o sancionadora) con los sujetos.

Kelman (1958) sostuvo que para un cambio eficaz se requiere que la fuente transmita una “comunicación de condescendencia”, en el que indique disponer del control. La segunda clase de mensaje es una “comunicación de identificación”, que transmite al auditorio lo atractivo de la fuente.³

La tercera clase referente a la fuente recibe el nombre de “comunicación de internalización”, que expresa la idea de su alto grado de credibilidad.

De lo anterior se deduce que, sin importar los aspectos de la comunicación que resulten eficaces, gran cantidad de hechos señalan que esos efectos son anulados por el influjo de la fuente. Salta a la vista que este término no es más que el modelo humano.

El agente humano es una de las condiciones primordiales para el aprendizaje y el cambio de actitudes.³

1.1.13 ACTITUDES MATERNAS:

Algunas de las actitudes maternas pueden afectar adversamente la personalidad en desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en la situación odontológica.⁵

1.1.13.1 SOBREPOTECCIÓN:

La sobreprotección puede ser potencialmente nociva para el desarrollo normal de un niño.

Numerosas causas pueden brindar el estímulo para la sobreprotección materna. Una historia de abortos previos, una larga espera en la concepción, si ha muerto otro hermano, una enfermedad, etc. Pueden ser factores decisivos.

Hay varios signos que ayudan a identificar a la madre sobreprotectora. En general, es aquella que brinda un cuidado excesivo en la alimentación, vestidos, higiene; y esta constantemente involucrada en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr los riesgos ordinarios del juego, a la par que demuestra gran aprensión respecto a los problemas médicos y odontológicos de rutina, extendiéndose esta preocupación Masaya de lo habitual.

La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño. La conducta abierta que muestra el niño depende de si la sobreprotección materna va con dominancia o con sobreindulgencia.

La madre sobreprotectora dominante está asociada con un niño sumiso; la madre sobreprotectora sobreindulgente, con un niño agresivo.⁵

1.1.13.2 SOBREINDULGENCIA:

La sobreindulgencia puede estar asociada con la sobreprotección, o ser el rasgo materno dominante.

Los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible y, comúnmente, ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo.⁵

El niño de un padre sobreindulgente es el niño "malcriado" acostumbrado a hacer lo que quiere.

Estos niños como los de madres sobreprotectoras, esperan "hacer lo que quieren" en el consultorio odontológico, y pueden mostrar berrinches cuando no pueden dominar el trance de la manera que controlan las situaciones en su hogar.

1.1.13.3 CARENCIA AFECTIVA:

Varía desde una leve despreocupación a la indiferencia, o al descuido. Una madre es, a veces, menos emocionalmente patrocinadora de su hijo debido a sus intereses externos, a su empleo, o simplemente a que el niño no es querido.⁵

Los niños que experimentan la carencia de afecto materno, en general se comportan bien y aparentan ser bien adaptados. Sin embargo tienden a ser inseguros de sus capacidades de tomar decisiones. Estos niños a menudo responderán a un sustituto, tal como el odontólogo o la asistente dental, quienes les darán el apoyo emocional y el afecto necesarios.

1.1.13.4 RECHAZO:

El rechazo materno puede surgir bajo cualquier circunstancia en la cual, el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio, también, inestable e infeliz; o debido a que su presencia interfiere con la carrera de la madre u otras ambiciones; o debido también a que la madre misma es inmadura o emocionalmente inestable. El rechazo es comúnmente abierto.⁵

Cuando el rechazo materno es manifiesto, el chico puede mostrar una ansiedad extrema y ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Estos niños suelen ser comúnmente pacientes odontológicos difíciles que requieren una considerable modificación de la conducta por parte del odontólogo.

1.1.13.5 AUTORITARISMO:

La madre autoritaria insistirá en que niño se adapte a su serie de normas, y empleará mucho esfuerzo para entrenarlo de acuerdo a esas pautas.

La pérdida de tiempo, la conducta evasiva, son características del hijo de una madre autoritaria.⁵

1.2. ACTITUD MATERNA EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS

Los hábitos en el niño son influenciados principalmente por su familia, instituciones y programas difundidos por diferentes medios de comunicación. Un paso preliminar para cambiar hábitos en pro de la salud es conocer cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene una comunidad acerca de ella para luego involucrarlos en el diseño y ejecución de programas promocionales de la salud y preventivos de la enfermedad.⁶

En la literatura existen diversas investigaciones en cuanto a actitudes en higiene oral, niños menores de siete años no reciben apoyo de los padres aproximadamente en un 63,3%.⁷

El 84,5% de las familias dice no haber participado en programas de promoción en Salud Oral, un 77,8% no reconoce haber visto programas de Salud Oral en centros prestadores de servicios de salud y el 86,5% dice no haber sido orientado por personal de salud al respecto.⁷

Si se analizan programas educativos en salud bucal dirigidos a la comunidad se puede encontrar, en la mayoría de ellos, que sus contenidos teórico-prácticos no busca que la persona aprenda a partir de su particularidad como individuo y miembro de una comunidad a apropiarse de conceptos, actitudes y prácticas en Salud Oral que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida; por el contrario, buscan cambiar parámetros conductuales en forma generalizada sin permitir se realice una conceptualización, sensibilización y motivación acerca de lo que implica apropiar hábitos orales saludables.⁷

En un estudio realizado en Harris County acerca del conocimiento de la salud oral, actitudes y prácticas preventivas de los niños de tercer año Woolfolk et al,⁸ evaluaron el conocimiento de salud oral entre 848 niños de entre 9 a 12 años. Muchos niños no sabían sobre el beneficio del fluoruro y no reconocían el agua fluorada como la mejor fuente de la prevención de caries. El conocimiento de la salud oral no estaba relacionado con la edad, género o el mayor número de caries. Niños con un alto conocimiento en la salud oral reconocieron a sus padres y familia como la principal fuente de información en la salud oral. Se cree que la educación de salud dental es un método efectivo para promover la salud oral, y uno de los mejores lugares para ésta, es en las escuelas, donde todos los niños indiferentemente de su estatus socioeconómico o étnico, pueden ser alcanzados. La intervención para prevenir la caries dental ofrece objetivos al establecer hábitos favorables, y estas medidas son mucho más efectivas cuando se aplican a edades tempranas.⁸

Se ha encontrado que es controversial, que el conocimiento que tienen los padres acerca de la salud oral pueda modificar la actitud de estos hacia la salud bucal de sus hijos.⁸ El deterioro producido por la caries dental en los Estados Unidos durante los pasados 30 años, ha sido primordialmente asociado con factores tales como la falta de agua fluorada y la pasta dental fluorada.⁸

Así la educación de salud oral puede no ser el principal factor asociado con la problemática de la caries dental, pero tampoco puede ser descartada. Los niños deben tener conocimiento no solo de las causas de las enfermedades orales, si no que también de las medidas preventivas, así como la fluoración del agua para beber.

Como señaló Frazier y Horowitz en su investigación, los programas educativos en la escuela permitirán a los niños tomar decisiones acerca de la salud oral considerando a sus propios hijos en el futuro o incluso su comunidad.⁸

Los cuestionarios en este estudio comprendían 6 tipos de categorías: 1) conocimiento de la salud oral, 2) hábitos de higiene oral, 3) hábitos de alimentación de los padres, 4) percepción de visitas dentales, 5) autopercepción de salud oral y 6) fuentes de información sobre la salud oral. En donde una respuesta deseable fue tomada como 1 y una no deseable fue tomada como 0. la puntuación para temas de categorías no deseables fueron sumadas para obtener una puntuación de todas las categorías y éstas puntuaciones fueron clasificadas en diferentes niveles.⁸

La prevalencia de la caries dental fue estimada por la proporción de niños con puntuación mayor a 0.

En este estudio se concluyó que el conocimiento de la salud y hábitos de higiene oral en niños de tercer año de Harris County puede ser mejorada.

A pesar de ser clasificada como hábitos dietéticos adecuados, la población del estudio todavía necesita mejorar su conocimiento de patrones dietéticos para promover salud dental por que reportaron buenos hábitos dietéticos, pero se equivocaron en reconocer comidas con baja cariogenizidad.

Por la naturaleza del modelo del estudio, no es posible ilustrar una relación causa-efecto entre la educación de la salud oral y la prevalencia de caries dental.⁸

Otras investigaciones como la de Lois y Rayner realizadas en niños, demuestran la importancia que tiene el rol de la madre en la influencia del comportamiento adoptado por el niño con referente a su Salud Oral.

En esta investigación se mostró la importancia que tiene el conocimiento de Salud Oral de la madre y el ejemplo que ella transmita al niño sobre hábitos saludables, convirtiéndose éstos en factores determinantes para la adquisición futura de hábitos en Salud Oral por parte del menor.

Se demostró que el comportamiento puede ser estudiado sistemáticamente y que determinantes socio-culturales de hábitos especialmente dietas, prácticas en higiene oral, cultura, factores económicos son la base para explicar mecanismos de patología en cuanto a la prevalencia de enfermedades orales y su respuesta al tratamiento. Así mismo, los autores expusieron que las madres sirven como buenos modelos para transmitir hábitos de salud bucal a sus hijos sin importar la clase social a que pertenecen ni el nivel de educación. Metz y Richards en sus hallazgos reportaron que un alto porcentaje de niños que realiza visitas preventivas al odontólogo se corresponde con las visitas que los padres también realizan, comparadas con aquellos niños cuyos padres no visitan al odontólogo con fines de prevención. Esto fue válido para todos los niveles socioeconómicos y educacionales estudiados.⁶

Resultados similares también fueron observados por Freeman Lambert. Otro aspecto importante es que en familias pequeñas la madre transmite mejor a sus hijos buenos hábitos en Salud Oral, cuando ellas visitan regularmente al odontólogo y han consultado durante el período de gestación.⁶

La socialización primaria, entendida como el proceso por el cual los padres transmiten a los niños patrones de comportamiento, permite al niño a través del contacto físico y social integrarse a la sociedad.

La socialización no se da en un sentido abstracto, sino que se realiza a través de la familia, la cual es agente de socialización. La importancia de la familia es que realiza el paso inicial de presentar al niño totalmente desinformado un marco básico de valores, actitudes, creencia y hábitos.

Esto quiere decir que cualquier programa educativo en Salud Oral que no incluya a la familia, específicamente padres o cuidadores del niño, tiende a fracasar.

La presencia de dientes cariados en la boca durante un período prolongado puede ser una importante causa concurrente de una amplia variedad de enfermedades.⁶

El problema de la caries dental ha aumentado con rapidez en parte debido al alto consumo de alimentos refinados y de hidratos de carbono. Los hábitos alimenticios como otra forma de comportamiento humano, son el resultado de muchas influencias personales, culturales, sociales y psicológicas.

El consumo de azúcar se encuentra asociado al afecto, lo cual ha hecho que se considere como un alimento agradable al paladar y se aproveche la preferencia humana por el sabor dulce a la hora de elegir un alimento.⁶ Esta preferencia parece deberse al impulso del hombre primitivo a creer que lo amargo era tóxico y lo dulce no. También existe otra hipótesis que indica que el ligero contenido de la lactosa en la leche materna induce hacia el sabor dulce. Las preferencias de sabor individuales parecen proceder de la combinación entre la herencia y los primeros alimentos que llegan a la boca, por lo que la formación del gusto en los primeros meses de vida suele ser de gran importancia. En el niño, el dulce toma cierta característica de recompensa, se emplea para sobornarlo, felicitarlo por su buen comportamiento o lo contrario se usa como castigo al privarlo de consumirlo. Claro está, que no hay que olvidar que el azúcar, además de ser un producto "barato" proporciona, en corto tiempo, la energía necesaria para desarrollar trabajos que demandan desgaste físico.

Es por eso que nuestra población en general, y sobre todo la rural, lo tiene como uno de los alimentos indispensables para ser incluido en la canasta familiar, aunque muchas veces su poder energético enmascare deficiencias nutricionales.⁶

La formación de cavidades por caries dental esta determinada por condiciones como : la existencia de zonas de retención en las superficies dentales, la higiene bucal deficiente, que da lugar a una prolongada permanencia de la placa bacteriana, y los residuos de alimentos aprovechados por los microorganismos para ser transformados en ácidos.⁶ La existencia de uno solo de estos factores no puede producir caries y tal es la razón de que algunas personas no den signos de ésta cuando descuidan su higiene bucal. Tampoco es inevitable que la caries se desarrolle en personas que consumen productos azucarados, pero que cepillan cuidadosamente sus dientes y que, de tiempo en tiempo, siguen un tratamiento preventivo en Salud Oral.

Los principales mecanismos de prevención consisten en adoptar hábitos dietéticos equilibrados, con cantidades óptimas de proteínas, grasas, hidratos de carbono y vitaminas, y con un abundante aporte de frutas y vegetales.⁶

Se debe reducir el consumo de azúcar, especialmente entre comidas y adoptar apropiados hábitos higiénicos.⁶

La placa dental incrementa el riesgo de desarrollar caries dental y enfermedad periodontal. El cepillado dental reduce la acumulación de placa bacteriana, esta remoción depende de la coordinación muscular, habilidad para entender instrucciones y mejorar técnicas de cepillado que aseguren limpieza en todas las superficies dentales. Pocos estudios han tenido en cuenta la relación de la edad cronológica y realización de un buen cepillado. Pinkham, fue uno de los primeros investigadores que exploró la edad y su posible relación con la higiene oral.

El estudio utilizó el índice de Greene y Vermillon sin reportar diferencias estadísticas significativas entre la edad y la efectividad promedio de la higiene oral antes y después del cepillado, así como, el tiempo empleado en el cepillado tuvo un pequeño efecto en los grados de limpieza.

Otros estudios concluyen que la instrucción en higiene oral, sobre cepillado dental, suministradas al niño no son por si solas predictoras de la efectividad o habilidad futura de su higiene oral. La edad cronológica es un razonable predictor de la habilidad en el cepillado.

El porcentaje de superficies no cepilladas cambia de 29% en seis años a menos del 2% en niños de once años de edad, cuando el niño adquiere la misma habilidad manual para el realizar el cepillado que el adulto.⁶ Pinkham y Simmons et al, sugieren que niños menores de cuatro años no comprenden el lenguaje necesario para hacer un buen cepillado, por tanto es indispensable que un adulto lo haga por ellos. Aparentemente el lenguaje para entender técnicas de cepillado puede adquirirse en la escuela.

Roofero et al, encontraron que hasta un promedio de edad de 3,5 años los niveles de placa y gingivitis se incrementan, pero estadísticamente no encuentran diferencia significativa con otros grupos de edad. La posible explicación puede ser que el bajo control que tienen los padres sobre la higiene oral de los niños o por el cambio en el número de dientes presentes en boca, después de la erupción del segundo molar temporal se dificulta el cepillado dental. Steckesen et al, (1986) hallaron relación entre higiene oral y presencia de caries dental.

Para niños de tres años con dientes limpios, indiferente de hábitos alimenticios y niños con adecuados hábitos se encontró que estaban libres de gingivitis, sangrado y presentaban bajo riesgo de adquirir caries dental.⁶

1.3. CARIES DENTAL

1.3.1 DEFINICIÓN:

La caries dental es una enfermedad infecciosa cuyo riesgo de padecerla es variable a lo largo de la vida de la persona y no tiene que coexistir, necesariamente, con cavitaciones o lesiones de caries.⁹

1.3.2 ETIOLOGÍA:

La enfermedad de caries es multifactorial. La presencia de bacterias cariogénicas determinara el riesgo microbiológico, al que habrá que añadir la susceptibilidad genética y otros condicionantes biológicos o ambientales. Cada uno de estos factores va a incidir de forma positiva o negativa y, así, podemos observar a pacientes con un riesgo microbiológico alto pero con características salivales o ambientales favorables, por las que el riesgo de caries no es tan alto como cabría suponer.⁹

El azúcar es una de las causas principales en la caries dental. La sacarosa recibe el nombre de “el archicriminal de la caries dental” (Newbrun, 1960), pero, en realidad, los estudios con animales señalan que otros azúcares, de manera principal la glucosa y fructosa, son tan cariogénicos como la sacarosa (Stephan, 1996). Esto plantea dificultades al efectuar recomendaciones dietarias, pues muchas frutas y vegetales contienen cantidades importantes de azúcares que se presentan de modo natural.⁹

1.3.3 CARIES DENTAL EN EL NIÑO:

En la dentición temporal, la mayor frecuencia de caries se encuentra en los primeros y los segundos molares seguidos de los caninos e incisivos superiores. Los incisivos inferiores raramente presentan caries, ya que su relación con la lengua y los circuitos de distribución de la saliva favorece una defensa natural. El hallazgo de caries en los incisivos inferiores debe despertar la alarma sobre una tendencia extrema a padecer caries.¹⁰

La velocidad de progresión de la caries en el niño es, generalmente más rápida que en el adulto.

Esto es comprensible si se tiene en cuenta que además de los condicionantes morfológicos y las dificultades para una higiene adecuada, los niños de las sociedades civilizadas consumen un elevado número de alimentos azucarados que arremete frecuentemente el tejido dentario sin darle tiempo a compensar la destrucción.

Sin embargo, va haciéndose más frecuente el uso de pastas o colutorios que contienen fluor, por lo que podemos encontrar también lesiones de color marrón.¹⁰

Las lesiones de avance rápido presentan un color blanco amarillento. La superficie es opaca cuando esta seca y la exploración con la sonda muestra una superficie blanda y rugosa que permite que la sonda se clave.¹⁰

Cuando la lesión se ha detenido o avanza muy lentamente, las superficies afectadas se pigmentan con mayor o menor intensidad y la sonda muestra un endurecimiento que permite deslizarse sin clavarse.¹⁰

1.3.4 DIETA COMO FACTOR DE RIESGO CARIOGÉNICO:

Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Aunque la caries dental se considera una enfermedad infecciosa, el rol de la dieta diaria en la adquisición de la infección y el desarrollo de la enfermedad es crítico. El papel de la sacarosa en la caries dental, esta apoyado por un gran número de datos recogidos en Europa durante la Primera y Segunda Guerra Mundial. Tras estos períodos de disponibilidad restringida de azúcar, se registro una intensa reducción en la incidencia de caries.

La sacarosa, glucosa y fructosa se encuentran en la mayoría de los jugos, fórmulas lácteas infantiles y cereales, los cuales son fácilmente metabolizados por el *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* en ácidos orgánicos que desmineralizan el esmalte y la dentina.¹¹

Cualquier alimento que posea hidratos de carbono es potencialmente cariogénico, siendo la cariogenicidad de un alimento, una medida de su capacidad para facilitar la iniciación de la caries; no es un valor absoluto que garantice que el consumidor inevitablemente tendrá la enfermedad, pues la etiología de la caries es multifactorial.¹¹ La cariogenicidad se expresa mediante el índice de potencial cariogénico (I.P.C.) que toma como unidad de medida la sacarosa (se expresa como 1). Como ejemplo podemos señalar que los caramelos tendrán un I.P.C. de 0,73 y 1.06. Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el pH.

Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización. El nivel crítico es variable en todos los individuos, pero se encuentra en el rango de 5.2 a 5.5.

Bajo ciertas condiciones, puede ocurrir la remineralización del esmalte. Sin embargo, si el proceso de desmineralización excede a la remineralización, se formará una lesión inicial de caries o "mancha blanca" que progresará si el proceso avanza hasta convertirse en una cavidad franca. Dentro de los mecanismos que favorecen la remineralización se encuentran: (1) la falta de sustrato para que se lleve a cabo el metabolismo bacteriano; (2) el bajo porcentaje de bacterias cariogénicas en la placa dental; (3) una elevada tasa de secreción salival; (4) una fuerte capacidad amortiguadora de la saliva; (5) la presencia de iones inorgánicos en la saliva; (6) fluoruros; (7) una rápida limpieza de los alimentos.¹¹

Los factores principales a considerar para determinar las propiedades cariogénicas, cariostáticas y anticariogénicas de la dieta son: la forma del alimento, bien sea sólido, líquido o pegajoso, la frecuencia en la ingesta de azúcares y otros carbohidratos fermentables, la composición de los nutrientes, el potencial de saliva estimulada, la secuencia en la ingesta de las comidas y la combinación de los alimentos.¹¹

Se han realizado muchos esfuerzos para poder controlar el desarrollo de la caries dental, pero su alta prevalencia hace que las medidas terapéuticas sean insuficientes.

1.3.5 FACTORES DIETÉTICOS EN LA PROMOCIÓN DE CARIES DENTAL:

Los carbohidratos son la principal fuente de energía de las bacterias bucales, específicamente las que están directamente envueltas en el descenso del pH.¹¹ La mayoría de los carbohidratos en la dieta son monosacáridos (glucosa, fructosa y galactosa); disacáridos (sacarosa, maltosa y lactosa); oligosacáridos y polisacáridos o levaduras.

Se ha demostrado que una dieta rica en carbohidratos fermentables en poblaciones con hábitos de higiene inadecuados y falta de exposiciones regulares al fluoruro tópico de las pastas dentales, es un factor crítico en la aparición de caries. No así, en poblaciones donde una buena higiene bucal y el uso regular de pastas dentales fluoradas hacen del azúcar un factor de riesgo débil.¹¹

1.3.6 FACTORES DIETÉTICOS EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL:

Se ha establecido que muchos componentes de los alimentos tienen la habilidad de reducir el efecto inductor de caries por los carbohidratos, siendo uno de ellos los fosfatos, los cuales se encuentran de manera natural en los cereales. La presencia de fosfatos en el ambiente bucal, previene la pérdida de fósforo del esmalte dentario, debido al efecto iónico. Los fosfatos, junto con el calcio y fluoruro contribuyen a la remineralización de áreas incipientes de esmalte desmineralizado. Además, los fosfatos mejoran la naturaleza estructural de la superficie del esmalte haciéndolo más duro y debido a sus propiedades detergentes pueden interferir con la adherencia de la película adquirida y bacterias de la placa al esmalte, inhibiendo así el crecimiento bacteriano.

La composición inorgánica y las concentraciones de calcio y fósforo de la placa disminuyen cuando se forma en presencia de sacarosa, estas concentraciones son importantes porque han registrado una relación inversa a la presencia de caries. Sin embargo, el efecto se restringe al alimento que contiene dichos minerales. El calcio ha sido considerado un elemento protector, de efecto local.¹¹ La concentración de iones de calcio en la placa parece ser de importancia crítica en la determinación del rango de la desmineralización del esmalte seguida a la ingestión de carbohidratos fermentables. La adición de sales de calcio a los alimentos resulta en una reducción efectiva del potencial desmineralizante de ciertos alimentos, inclusive las golosinas.¹¹

Las proteínas han sido asociadas a una actividad baja de caries. Además, han sido asociadas con la formación de una cubierta protectora sobre el esmalte y con la detención del proceso de disolución del mismo. Una dieta rica en arginina o en prolina puede hacer que se eleve rápidamente el pH de la placa.

La asociación de la grasa con un bajo nivel de caries puede estar relacionada a factores que incluyen un incremento en el metabolismo de los alimentos, el cubrimiento protector de la superficie del esmalte y posibles efectos antimicrobianos. La presencia de grasas en dietas experimentales ha mostrado afectar la cariogenicidad de las mismas. Varios ácidos grasos (oleico y linoleico) en bajas concentraciones inhiben el crecimiento del *Streptococcus mutans*. La lauridina, el monoglicérido del ácido láurico es también altamente efectivo contra los organismos gram-positivos. El contenido graso de los alimentos llega a influir más en el potencial de descalcificación que el contenido de carbohidratos. Sin embargo, el solo contenido de proteínas y grasas en los alimentos no puede ser usado para predecir una baja cariogenicidad. Existe poca evidencia que sustente una relación estadística entre la ingestión calórica y la presencia o ausencia de caries dental.

Esta relación es multifactorial y complicada y el consumo de calorías no puede explicar por sí sola los hallazgos dentales. La ingestión calórica según lo requerido parece relacionarse con los individuos libres de caries o con baja prevalencia de esta patología.¹¹

El efecto inductor de la caries por los carbohidratos es modificado de varias maneras por otros componentes de los alimentos. Teóricamente, a algunas leguminosas y muchas frutas que contienen vitamina A se les atribuye propiedades para inhibir la adherencia microbiana de la placa dental, en este sentido, podrían ser alimentos protectores, aunque es difícil determinar con precisión su efectividad y seguridad. En un estudio realizado en niños escolares, el consumo de vitamina A fue adecuado en el 67.2%, por lo que se cree que cuentan con este elemento como elemento protector en la dieta.¹¹

Otros alimentos y componentes de varias comidas han sido investigados como agentes protectores de caries, ejemplo de ellos son el chocolate, nueces y los fosfopéptidos de la leche.

1.3.7 ESTUDIOS REALIZADOS ACERCA DE LA CARIES DENTAL:

Estudios sobre caries dental en niños menores de 5 años, muestran porcentajes de caries dental relativamente altos. La enfermedad dental en niños ha sido atribuida a una higiene bucal deficiente y a una dieta inadecuada. En los niños preescolares, la caries se debe a una combinación de factores que incluyen la colonización de los dientes por bacterias cariogénicas, en especial el *Streptococcus mutans*, el tipo de alimento, la frecuencia de exposición a dichas bacterias y la susceptibilidad del diente.

El riesgo de caries es mayor si los azúcares son consumidos en una alta frecuencia y de forma que sean retenidos en boca por largos períodos de tiempo.¹¹

Factores como la retención de los alimentos, la hora del día en la cual son consumidos y la frecuencia de ingestión son determinantes de su potencial cariogénico. Otros estudios, han demostrado la estrecha relación que existe entre la frecuencia del consumo de azúcares y las variaciones en la experiencia de caries dental en niños aún muy pequeños. Se ha reportado en la literatura que los patrones de consumo de azúcares son establecidos a edades muy tempranas y que con el tiempo, estos se vuelven resistentes al cambio. Persson y col., sugieren que el modelo dietético ligado al futuro desarrollo de la caries dental ya se encuentra establecido a los 12 meses de edad.¹¹

Aunque hay una relación directa entre una dieta rica en hidratos de carbono y caries, existen diversas estrategias que permiten implementar las medidas necesarias para el control de dicha enfermedad. Diferentes estudios han demostrado que en ausencia de hidratos de carbono, la lesión de caries no se desarrolla.

Por otra parte, al hacer un análisis de la dieta a través del tiempo, se ha visto que la caries dental es producto de una dieta moderna.

La educación en salud dental impartida a las madres motivada en los niños resulta mejor que tratar de cambiar rutinas ya establecidas. Si se establecen rutinas correctas para mantener una buena salud dental desde la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento.¹¹

Un estudio reciente realizado por Santos y colaboradores,¹¹ demostró que una dieta con alto contenido de azúcar cambia la composición química y microbiológica de la placa dental, lo cual podría explicar los diferentes patrones de caries observados en dentición primaria.

En niños mayores y adolescentes, la alta prevalencia de caries se le atribuye al estilo de vida, debido al incremento en la frecuencia de la ingesta de caramelos, bebidas azucaradas y meriendas.

En un estudio en donde el propósito fue revisar las medidas y recomendaciones dietéticas para el control de caries desde los primeros años de vida se concluyó que. En el desarrollo de la caries intervienen un complejo número de factores tales como, el contenido inductor de caries y componentes protectores en los alimentos, patrones en la ingesta de alimentos, cantidad y calidad de la placa, cantidad y composición de saliva, la susceptibilidad de la superficie del diente, y la concentración de fluoruros en el ambiente bucal. Los factores externos relacionados con la caries dental más importantes son la frecuencia en la ingesta de carbohidratos fermentables y el factor socioeconómico.¹¹

La evaluación de los hábitos dietéticos es importante, particularmente en aquellos niños susceptibles a desarrollar caries dental. Debido a que la caries es una enfermedad multifactorial, los datos de la dieta complementan la historia clínica utilizada para recopilar los factores de riesgo presentes.¹¹

La investigación de la cariogenicidad de los alimentos se hace difícil debido a la discriminación de los alimentos, la validez de las pruebas para probar su cariogenicidad, la integración de los métodos y la aceptación para usar uno o más métodos simultáneamente. De todos los métodos para evaluar los hábitos dietéticos en relación a la caries dental el diario dietético y el registro de 24 horas han sido los más utilizados.¹¹

Las recomendaciones dietéticas deben hacer énfasis en el uso de alimentos no cariogénicos, pero que cumplan con los requerimientos nutricionales para la salud general.

Es necesario advertir a los padres de la importancia del control de las golosinas y dulces y de llevar una dieta balanceada en los niños como parte de un programa integral de prevención.

La educación en salud dental impartida a las madres y motivada en los niños resulta mejor, que tratar de cambiar rutinas ya establecidas.

Si las rutinas correctas para mantener una buena salud dental son fijadas en la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento.¹¹

Actualmente la disminución de la prevalencia de caries en la mayoría de los países se ha relacionado con el uso de fluoruros proveniente de las pasta dentales y con el reforzamiento de la higiene bucal más que con la reducción en el consumo de azúcares. Según esto, la educación en salud bucal debería centrarse en la higiene y en el empleo de fluoruros, ya que el cambio en los hábitos alimenticios es difícil y podría tener un menor costo/efectividad en la prevención de la caries. Sin embargo, la intervención de la higiene y de la dieta en edades tempranas, ha demostrado tener altos beneficios para la salud bucal.¹¹

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento acerca de la importancia que se debe tener en cuenta en el cuidado de la primera dentición de sus hijos lleva a las madres a tener una actitud descuidada y poco preventiva en la aparición de dientes cariados en la boca durante un período prolongado que puede llegar a ser una importante causa concurrente de una amplia variedad de enfermedades.⁶ Esto ha repercutido en que la comunidad odontológica no ha sido capaz de disminuir la prevalencia e incidencia de caries dental en la población infantil la cual sigue impactando a más del 90% de la población en México.

El problema de la caries dental ha aumentado con rapidez en parte debido al alto consumo de alimentos refinados y carbohidratos.⁶ En el niño, el dulce toma cierta característica de recompensa, se emplea para sobornarlo, felicitarlo por su buen comportamiento o lo contrario se usa como castigo al privarlo de consumirlo.

Los hábitos alimenticios como otra forma de comportamiento humano, son el resultado de muchas influencias personales, culturales, sociales y psicológicas.⁶

La formación de cavidades por caries dental esta determinada por condiciones como : la existencia de zonas de retención en las superficies dentales, la higiene bucal deficiente, que da lugar a una prolongada permanencia de la placa bacteriana, y los residuos de alimentos aprovechados por los microorganismos para ser transformados en ácidos. La existencia de uno solo de estos factores no puede producir caries y tal es la razón de que algunas personas no den signos de ésta cuando descuidan su higiene bucal.

Tampoco es inevitable que la caries se desarrolle en personas que consumen productos azucarados, pero que cepillan cuidadosamente sus dientes y que, de tiempo en tiempo, siguen un tratamiento preventivo en salud oral.⁶

El exceso de placa dentobacteriana incrementa el riesgo de desarrollar caries dental y enfermedad periodontal.

El cepillado dental reduce la acumulación de placa bacteriana, esta remoción depende de la coordinación muscular, habilidad para entender instrucciones y mejorar técnicas de cepillado que aseguren limpieza en todas las superficies dentales.⁶

Es por ello que la madre debe de informarse acerca de los principales mecanismos de prevención que consisten en adoptar hábitos dietéticos equilibrados, con cantidades óptimas de proteínas, grasas, hidratos de carbono y vitaminas, y con un abundante aporte de frutas y vegetales. Se debe reducir el consumo de azúcar, especialmente entre comidas, adoptar apropiados hábitos higiénicos orales⁶ y visitar frecuentemente al odontólogo.

Con la finalidad de que en un futuro la actitud de las madres ayude a mantener la salud oral de sus hijos.

Ya que los hábitos en el niño son influenciados principalmente por su familia. Un paso preliminar para cambiar hábitos en pro de la salud es conocer cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene una comunidad acerca de ella para luego involucrarlos en el diseño y ejecución de programas promocionales de la salud y preventivos de la enfermedad.⁶

3 JUSTIFICACIÓN

Una alimentación inadecuada, higiene bucal deficiente y la falta de fluoruro fomentan las condiciones ideales para que las bacterias produzcan ácidos que desmineralizan el esmalte dental y causan la caries dental. En los bebés y niños, la peor práctica alimenticia es el consumo frecuente de alimentos ricos en azúcar, ya sea en forma de líquidos o alimentos entre comidas, dulces o cualquier tipo de golosinas.¹²

Algunos padres por la falta de información consideran innecesario el tratamiento de los dientes primarios o de leche. Sin embargo, es esencial mantenerlos sanos para que guíen a los dientes permanentes al lugar adecuado.¹²

Deteriorados, los dientes primarios pueden dejar tras de sí dientes permanentes con algún tipo de patología.

Investigaciones en niños demuestran la importancia que tiene el rol de la madre en la influencia del comportamiento adoptado por el niño con referente a su Salud Oral. Lois' y Rayner⁶ mostraron la importancia que tiene el conocimiento de Salud Oral de la madre y el ejemplo que ella transmita al niño sobre hábitos saludables, convirtiéndose éstos en factores determinantes para la adquisición futura de hábitos en Salud Oral por parte del menor. Se demuestra que el comportamiento puede ser estudiado sistemáticamente y que determinantes socio-culturales de hábitos especialmente dietas, prácticas en higiene oral, cultura, factores económicos son la base para explicar mecanismos de patología en cuanto a la prevalencia de enfermedades orales como caries y enfermedad periodontal y su respuesta al tratamiento. Así mismo, los autores exponen que las madres sirven como buenos modelos para transmitir hábitos de salud bucal a sus hijos sin importar la clase social a que pertenecen ni el nivel de educación.⁶

Metz y Richards⁶ en sus hallazgos reportaron que un alto porcentaje de niños que realiza visitas preventivas al odontólogo corresponde con las visitas que los padres también realizan, comparadas con aquellos niños cuyos padres no visitan al odontólogo con fines de prevención.⁶

Lo anterior nos muestra que la actitud que toman los padres hacia la salud bucal va a influir en la conducta para evitar que sus hijos tengan enfermedades bucales.

Por lo que el presente estudio pretendió conocer la importancia que dan las madres a la salud oral de sus hijos, los hábitos alimenticios de estos y como perciben las visitas al odontólogo.

El conocer la actitud materna en relación a la salud oral puede aportar en un futuro la construcción e implementación de programas para lograr un cambio positivo en la forma de pensar y de actuar de las madres en cuanto a los hábitos de higiene bucal de sus hijos y así poder evitar la aparición de caries dental en estos.

4. HIPOTESIS

4.1 HIPOTESIS 1

Las madres con un buen conocimiento de prevención de caries y una actitud positiva en la salud oral tendrán hijos con un menor índice de caries.

Las madres con un conocimiento deficiente de prevención de caries y una actitud negativa en cuanto a la salud oral tendrán hijos con un alto índice de caries.

Metz y Richards⁶ en sus hallazgos reportaron que un alto porcentaje de niños que realiza visitas preventivas al odontólogo corresponde con las visitas que los padres también realizan, comparadas con aquellos niños cuyos padres no visitan al odontólogo con fines de prevención.⁶

Lo anterior nos muestra que la actitud que toman los padres hacia la salud bucal va a influir en la conducta para evitar que sus hijos tengan enfermedades bucales.

Por lo que el presente estudio pretendió conocer la importancia que dan las madres a la salud oral de sus hijos, los hábitos alimenticios de estos y como perciben las visitas al odontólogo.

El conocer la actitud materna en relación a la salud oral puede aportar en un futuro la construcción e implementación de programas para lograr un cambio positivo en la forma de pensar y de actuar de las madres en cuanto a los hábitos de higiene bucal de sus hijos y así poder evitar la aparición de caries dental en estos.

4. HIPOTESIS

4.1 HIPOTESIS 1

Las madres con un buen conocimiento de prevención de caries y una actitud positiva en la salud oral tendrán hijos con un menor índice de caries.

Las madres con un conocimiento deficiente de prevención de caries y una actitud negativa en cuanto a la salud oral tendrán hijos con un alto índice de caries.

4.2HIPOTESIS 2

Si la madre tiene una buena actitud hacia la salud oral de sus hijos entonces estos tendrán un menor índice de caries (dientes cariados, dientes perdidos por caries y dientes obturados por caries).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación que tiene la actitud y conocimiento de prevención bucal de las madres con respecto a la salud bucal de sus hijos preescolares de 3 a 5 años.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conocimientos sobre salud bucal.
2. Determinar la actitud materna en relación a la salud oral de sus hijos.
3. Establecer la relación entre la actitud materna en cuanto a la salud oral de sus hijos con el N° de dientes cariados, el N° de dientes perdidos por caries y el N° de dientes obturados por caries de los niños.
4. Identificar el estado de salud oral de los niños.

4.2HIPOTESIS 2

Si la madre tiene una buena actitud hacia la salud oral de sus hijos entonces estos tendrán un menor índice de caries (dientes cariados, dientes perdidos por caries y dientes obturados por caries).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación que tiene la actitud y conocimiento de prevención bucal de las madres con respecto a la salud bucal de sus hijos preescolares de 3 a 5 años.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conocimientos sobre salud bucal.
2. Determinar la actitud materna en relación a la salud oral de sus hijos.
3. Establecer la relación entre la actitud materna en cuanto a la salud oral de sus hijos con el N° de dientes cariados, el N° de dientes perdidos por caries y el N° de dientes obturados por caries de los niños.
4. Identificar el estado de salud oral de los niños.

6 METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL

- Instrumento para medir actitud.
- Índice ceo. (VER ANEXO 2)
- Abatelenguas, guantes y cubrebocas para medir el índice CEO.
- Computadora

INSTRUMENTO

Constó de 22 reactivos divididos en 4 temas acerca de la salud oral los cuales se presentan a continuación:

1- Conocimiento de las madres acerca de la salud oral.

Reactivos: 3, 5, 17,20, 21, 22

2- Hábitos de higiene oral en los niños.

Reactivos: 1, 4, 8, 9 ,11

3- Patrones de dieta en los niños.

REACTIVOS: 7, 10, 15

4- Percepción de las madres de las visitas al odontólogo.

Reactivos: 2, 6, 12, 13, 14, 16, 18, 19

Para cada reactivo existieron cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo (con puntuaciones que van del 1 al 5), siendo esta escala, tipo Likert, en la cual se interpretan las puntuaciones de

1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo.

(VER ANEXO1).

6.2 MÉTODO

Se evaluó la actitud materna en relación a la salud oral de sus hijos mediante la construcción de un instrumento para evaluar actitud.

El instrumento se construyó a base de una serie de 22 preguntas enfocadas a los siguientes temas:

- Conocimiento de las madres acerca de la salud oral.
- Hábitos de higiene oral en los niños.
- Patrones de dieta en los niños.
- Percepción de las madres de las visitas al odontólogo

Posteriormente se llevó a cabo el estudio piloto del instrumento, aplicándolo a una población de 30 madres de niños preescolares de entre 3 a 5 años.

La finalidad del estudio piloto fue descartar aquellos reactivos que no tuvieran significancia en el instrumento. Sin embargo no se descartó ningún reactivo ya que el resultado reportó que todas las preguntas eran útiles para el instrumento.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo con el programa estadístico spss, una vez obtenida esta se aplicó a una población de 60 madres de niños de entre 3 a 5 años para medir la actitud de estas. La población fue obtenida de los siguientes lugares:

- Kinder Tomtomcalli. En el cual se asistió un solo día.

- Clínica periférica Las Águilas. En donde se asistió 2 días en el turno vespertino y 2 días en el turno matutino.

En los dos sitios asistidos se levanto un índice ceo a los niños de cada madre a la que se le aplicó el instrumento al mismo tiempo en que este era aplicado.

El instrumento le fue entregado a cada madre individualmente explicándosele que las instrucciones se encontraban al inicio. Una vez que terminaban de contestarlo les fue recogido a una por una.

Ya que se obtuvieron las respuestas de las pruebas, se calificaron individualmente sumando la puntuación de cada respuesta, siendo de la siguiente manera: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo. La máxima puntuación que se podía obtener era de 110 puntos.

Para evaluar la actitud se obtuvo la media de la puntuación de las 60 madres y se comparó esta con cada una de ellas con la finalidad de observar cuantas madres tenían su puntuación por debajo de la media lo que nos iba a indicar que tendían a tener una mala actitud.

La información obtenida (la puntuación del instrumento que se la aplicó a cada mamá) se correlacionó con el N° de dientes cariados, el N° de dientes perdidos por caries y el N° de dientes obturados por caries de cada niño con la correlación pearson.

6.3 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio en que se baso esta investigación fue descriptivo ya que mide de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas.¹³

6.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población se conformó con un total de 60 madres de niños preescolares de entre 3 a 5 años y sus hijos respectivamente.

6.5 MUESTRA

El tipo de muestra que se llevó a cabo fue la no probabilística ya que los elementos no dependen de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características del investigador.¹³

6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños de entre 3 a 5 años.
- Niños de 3 a 5 años.
- Madres que supieran leer.
- Madres que quisieran contestar la prueba

6.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños menores de 3 años y mayores de 5 años.
- Madres analfabetas.
- Madres de niños menores de 3 años y mayores de 5 años.
- Madres que no quisieran contestar la prueba.

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE

La actitud

- Definición.

La actitud es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico.

6.9 VARIABLE DEPENDIENTE

Caries dental

- Definición.

La caries dental es una enfermedad infecciosa cuyo riesgo de padecerla es variable a lo largo de la vida de la persona y no tiene que coexistir, necesariamente, con cavitaciones o lesiones de caries.

6.10 RECURSOS

6.10.1 HUMANOS:

- Tutor
- Asesor
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista

6.10.2 MATERIALES:

- Instrumento para medir actitud.
- Índice ceo. (VER ANEXO 2)

- Abatelenguas, guantes y cubrebocas para medir el índice CEO.
- Computadora

6.10.3 FINANCIEROS:

- Los gastos corrieron por parte del tesista

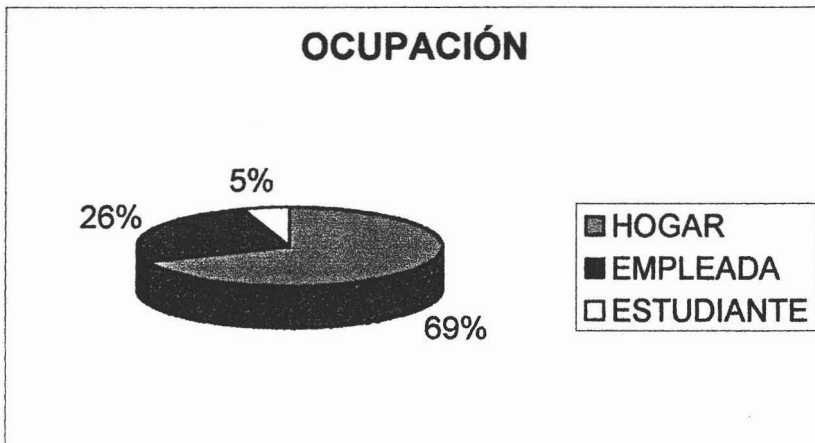
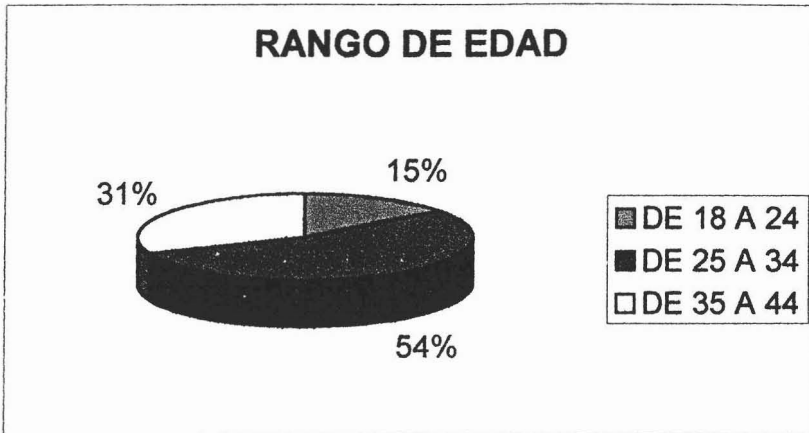
7 RESULTADOS

Los resultados se presentaron en cuatro secciones:

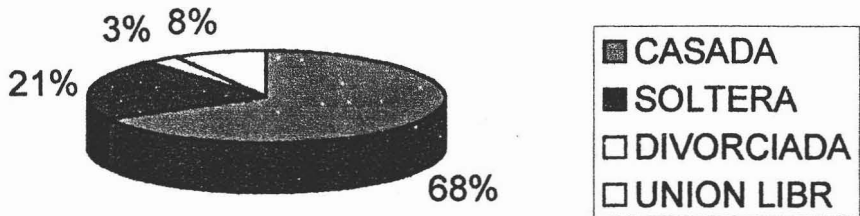
1. Variables sociodemográficas de la madre y del hijo.
2. Estudio piloto.
3. Evaluación de actitud materna en relación a la salud oral de sus hijos
4. Relación entre actitud materna con respecto a la salud oral de sus hijos con el número de dientes cariados, el número de dientes perdidos por caries y el número de dientes obturados por caries.

7.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

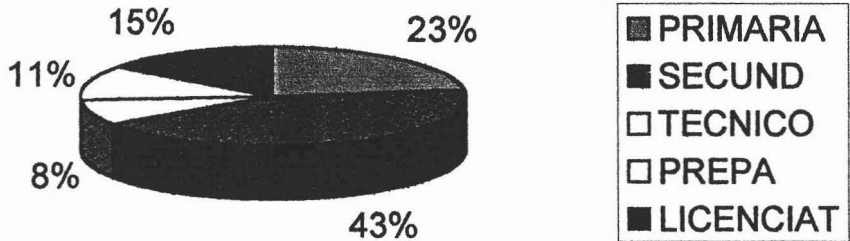
MADRE



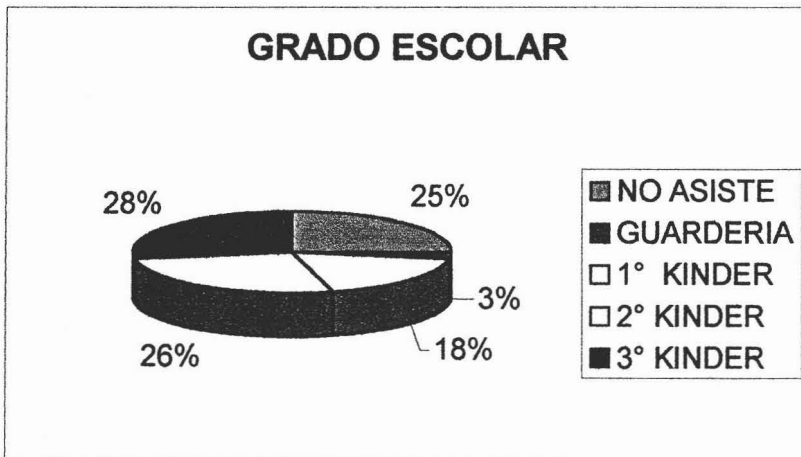
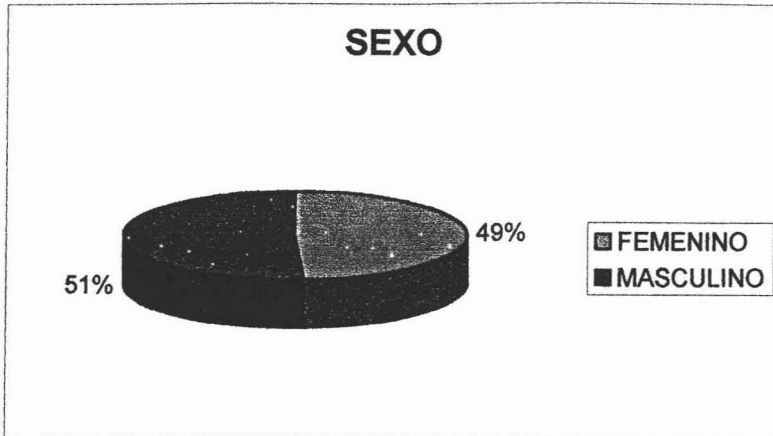
ESTADO CIVIL



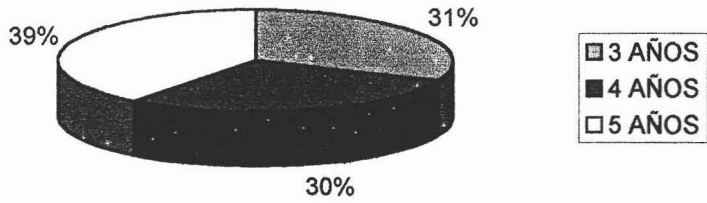
ESCOLARIDAD



NIÑO



EDAD



7.2 ESTUDIO PILOTO

El análisis de consistencia interna del instrumento demostró un alto índice de confiabilidad del mismo. El alpha de cronbach fue de .8318 lo que indica que la prueba es bastante sólida (el valor máximo es de 1).

A continuación en la tabla se muestra la validez de cada reactivo, de los cuales los 8 primeros son los mejores.

REACTIVO	VALIDEZ DE LOS REACTIVOS (VALORES EIGEN)	REACTIVO	VALIDEZ DE LOS REACTIVOS (VALORES EIGEN)
1	6.336	12	.319
2	3.313	13	.247
3	2.534	14	.190
4	1.751	15	.173
5	1.518	16	.140
6	1.356	17	6.347E-02
7	1.327	18	4.303E-02
8	1.010	19	2.494E-02
9	.496	20	1.107E-02
10	.431	21	5.141E-03
11	.319	22	1.695E-03

7.3 EVALUACIÓN DE ACTITUD MATERNA EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS

SUJETO	PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE ACTITUD	SUJETO	PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE ACTITUD
1	94	31	102
2	102	32	80
3	85	33	86
4	98	34	92
5	103	35	89
6	103	36	92
7	107	37	106
8	105	38	94
9	92	39	95
10	103	40	101
11	110	41	88
12	91	42	85
13	104	43	89
14	104	44	88
15	96	45	110
16	99	46	99
17	96	47	98
18	98	48	82
19	94	49	93
20	96	50	90
21	98	51	91

22	104	52	103
23	110	53	80
24	108	54	95
25	101	55	88
26	104	56	92
27	87	57	108
28	84	58	85
29	98	59	101
30	90	60	95

$$\bar{X} = 52$$

La actitud de la población tiende a ser favorable ya que ningún sujeto saco su puntuación por debajo de la media, la cual fue de 52.

7.4 RELACIÓN DE ACTITUD MATERNA CON RESPECTO A LA SALUD ORAL DE SUS HIJOS CON EL N° DE DIENTES CARIADOS, EL N° DE DIENTES PERDIDOS POR CARIES Y EL N° DE DIENTES OBTURADOS POR CARIES

		N° de dientes cariados	N° de dientes perdidos por caries	N° de dientes obturados por caries
	Pearson correlación	.053	.000	-.024
Calificación de actitud	Sig. (2-tailed)	.686	.998	.857
	N	60	60	60

Para interpretar un valor de correlación, este debe ser cercano a 1 para que sea mayor la correlación, mientras más pequeño menor correlación.

Por lo que en ningún caso existe correlación, pero es importante hacer notar que la correlación de actitud y el numero de dientes perdidos es $r = -0.024$ lo que indica una relación muy baja pero inversamente proporcional o sea que mientras mejor es la actitud, menor es el N° de dientes que se pierden por caries y viceversa.

8 DISCUSIONES

El presente estudio concuerda con la investigación que desarrollo Woolfolk et al⁸, en donde el conocimiento de salud oral no estaba relacionado con la edad, genero o el mayor número de caries, además se encontró que es controversial, que el conocimiento que tienen los padres acerca de la salud oral pueda modificar la actitud de estos hacia la salud bucal de sus hijos.⁸

Por lo que la educación de salud oral puede no ser el principal factor asociado con la problemática de la caries dental, pero tampoco puede ser descartada.⁸

Por consiguiente, en un futuro se puede realizar una investigación más a fondo acerca de cómo afecta la actitud materna en relación a la salud oral a sus hijos.

9 CONCLUSIONES

La población fue conformada por 60 madres de familia las cuales se pudo observar que la mayoría estaban en el rango de edad de entre 25 a 34 años (54%), se dedican al hogar (69%), están casadas (86%) y solo estudiaron hasta la secundaria (43%).

En cuanto a los 60 niños la mayoría eran del sexo masculino (51%), estudian en tercer de Kinder (28%) y sus edades eran de 5 años (39%).

En la evaluación de actitud de las 60 madres de familia se observó que estas tienden a tener una actitud favorable ya que todas obtuvieron su puntuación por arriba de la media la cual fue de 52 por lo que la hipótesis no se cumple.

No obstante podría deberse a la deseabilidad social ya que el hecho de que se tenga una actitud favorable no garantiza que la madre este realizando dichas conductas por lo que se sugiere llevar a cabo un programa el cual garantice que dichas madres realicen las conductas señaladas en el instrumento.

En cuanto a la correlación de la actitud materna en relación a la salud oral con el N° de dientes cariados, el N° de dientes perdidos por caries y el N° de dientes obturados por caries de sus hijos se pudo observar que en ningún caso hubo correlación por lo que la hipótesis no se cumple, ya que la formación de caries dental esta determinada por condiciones como : la existencia de zonas de retención en las superficies dentales, la higiene bucal deficiente, que da lugar a una prolongada permanencia de la placa bacteriana, y los residuos de alimentos aprovechados por los microorganismos para ser transformados en ácidos.

La existencia de uno solo de estos factores no puede producir caries y tal es la razón de que algunas personas no den signos de ésta cuando descuidan su higiene bucal.

Tampoco es inevitable que la caries se desarrolle en personas que consumen productos azucarados, pero que cepillan cuidadosamente sus dientes y que, de tiempo en tiempo, siguen un tratamiento preventivo en salud oral.⁶

En un estudio realizado en 848 niños de entre 9 a 12 años⁸ Woolfolk et al observaron que no había relación entre la educación de salud oral y la prevalencia de caries ya que no era posible ilustrar una relación causa-efecto.⁸

Sin embargo en el presente estudio es importante hacer notar que la correlación de actitud y el numero de dientes perdidos es $r = -0.024$ lo que indica una relación muy baja pero inversamente proporcional

o sea que mientras mejor es la actitud, menor es el N° de dientes que se pierden por caries y viceversa.

Por esta razón se sugiere realizar un programa el cual garantice que las madres lleven acabo las conductas señaladas en el instrumento.

9.1 LIMITACIONES

El tiempo que se obtuvo para realizar la investigación fue muy poco por lo que el numero de la población fue muy limitado (N° 60).

La investigación se realizo a población abierta ya que solo se consiguió el permiso de un solo Kinder y las madres a las que se pudo encuestar en ese lugar solo fueron 12.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias F. Actitudes, opiniones y creencias. 1°. ed. México: Editorial Trillas, 1980. Pp.15-47.
2. Morales J.F., Moya M. Psicología social. España: Editorial Mc Graw-Hill, 1997. Pp. 497-520.
3. Gagné R.M. The condition or learning training. 3°. Ed. Interamericana, 1997. Pp. 202-217.
4. http://biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm
5. Ripa L. Manejo de la conducta odontológica del niño. Argentina: Editorial Mundi, 1984. Pp.17-21.
6. <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/sonrizafeliz6.htm>
7. <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/sonrizafeliz9.htm>
8. Oliveira E, Narendran S, Williamson D. Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade school children. Rev. American academy of pediatric dentistry 2000; 22:5 395-400
9. Pinkham J.R. Odontología pediátrica. México: Editorial Interamericana, 1991. Pp. 19.
10. Barberia E. Odontopediatria. 2°. ed. Barcelona: Editorial Masson, 2002. Pp. 173-178.
11. <http://www.ortodoncia.ws/36.asp>
12. <http://www.encolombia.com/pediatria35100caries.htm>
13. Hernández R; Fernández C; Baptista P. Metodología de la investigación. 2ª .ed.: Editorial Mc Graw Hill. Pp. 57-68, 203-228.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGIA SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NIÑO

EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACIÓN:
EDO. CIVIL:

EDAD:
GRADO ESCOLAR:
SEXO:

ACONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA SERIE DE ORACIONES PARA SABER QUE PIENSA ACERCA DE LA SALUD BUCAL DE SU HIJO. LEALAS CUIDADOSAMENTE E INDIQUE QUE TAN DEACUERDO ESTÁ CON CADA UNA DE ELLAS, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LAS SIGUIENTES RESPUESTAS:



TOTALMENTE
DEACUERDO



DE ACUERDO



NI DEACUERDO



EN



NI EN DESACUERDO

DESACUERDO

TOTALMENTE

EN DESACUERDO

1- LOS NIÑOS DEBEN CEPILLARSE LOS DIENTES TRES VECES AL DÍA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE	DE ACUERDO	NI DEACUERDO	EN	TOTALMENTE
DEACUERDO		NI EN DESACUERDO	DESACUERDO	EN DESACUERDO

2- ES IMPORTANTE VISITAR AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES PARA LA APLICACIÓN DE FLUORURO EN LOS DIENTES DE MI HIJO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE	DE ACUERDO	NI DEACUERDO	EN	TOTALMENTE
DEACUERDO		NI EN DESACUERDO	DESACUERDO	EN DESACUERDO

3- LAS BACTERIAS HACEN QUE LA BOCA DE MI HIJO SE ENFERME

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE	EN	NI DEACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE
EN	DESACUERDO	NI EN DESACUERDO		DEACUERDO
DESACUERDO				

4- ES NECESARIO ENSEÑARLE A MI HIJO A LAVARSE LOS DIENTES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

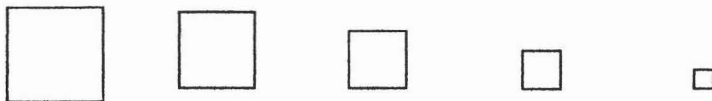
TOTALMENTE	DE ACUERDO	NI DEACUERDO	EN	TOTALMENTE
DEACUERDO		NI EN DESACUERDO	DESACUERDO	EN DESACUERDO

5- ES NECESARIO QUE YO REVISE LA BOCA DE MI HIJO PARA VER SI ESTA SANA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

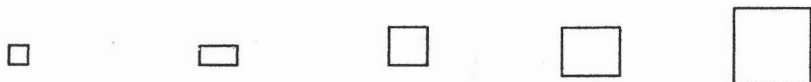
TOTALMENTE	EN	NI DEACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE
EN	DESACUERDO	NI EN DESACUERDO		DEACUERDO
DESACUERDO				

6- ES NECESARIO QUE LLEVE A MI HIJO AL DENTISTA A PESAR DE QUE NO SIENTE DOLOR DE DIENTES



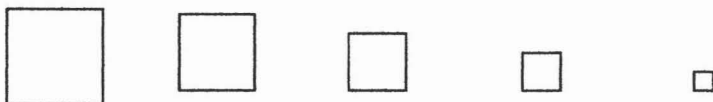
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

7- LE AFECTA DARLE A MI HIJO DULCES ENTRE COMIDAS



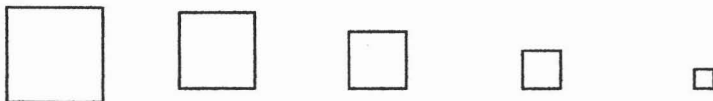
TOTALMENTE EN NI DEACUERDO DE ACUERDO TOTALMENTE
EN DESACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO DEACUERDO

8- ES IMPORTANTE LAVAR LOS DIENTES A MI HIJO DESPUÉS DE COMER DULCES



TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

9- ES IMPORTANTE LAVAR LOS DIENTES A MI HIJO ANTES DE DORMIR



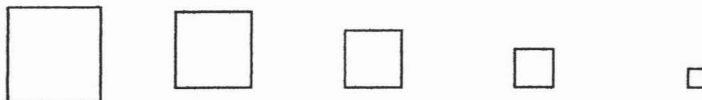
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

10- ES IMPORTANTE CONTROLAR EL CONSUMO DE DULCES DE MI HIJO CADA VES QUE EL QUIERE



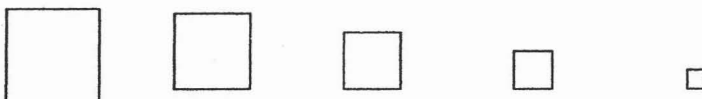
TOTALMENTE EN NI DEACUERDO DE ACUERDO TOTALMENTE
EN DESACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO DEACUERDO

11- NO INFLUYE EN MI LOS BERRINCHES QUE HACE MI HIJO PARA QUE YO INSISTA EN QUE SE LAVE LOS DIENTES



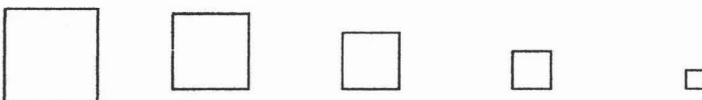
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

12- CUANDO MI HIJO NO QUIERE IR AL DENTISTA LO OBLIGO



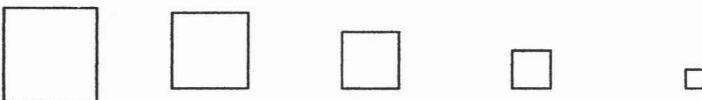
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

13- OBLIGO A MI HIJO A SEGUIR CON EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO AUNQUE ESTE NO QUIERA



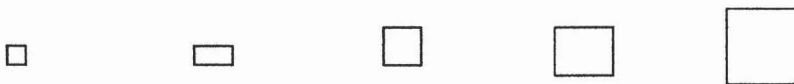
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

14- ES IMPORTANTE LLEVAR AL DENTISTA A MI HIJO CUANDO LE DUELE UNA MUELA



TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

15- EL CONSUMO EXESIVO DE MIEL O CHOCOLATE EN LA LECHE DE MI HIJO CONTRIBUYE A QUE SE LE FORMEN CARIES



TOTALMENTE EN NI DEACUERDO DE ACUERDO TOTALMENTE
EN EN DESACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO DEACUERDO
DESACUERDO

16- NO ES MALO OBLIGAR A MI HIJO ACUDIR AL DENTISTA AUN CUANDO ME PIDE LLORANDO QUE NO LO HAGA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

17- ES IMPORTANTE DARLE EL EJEMPLO A MI HIJO LAVÁNDOME YO LOS DIENTES 3 VECES AL DÍA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

18- ES IMPORTANTE DARLE EL EJEMPLO A MI HIJO YENDO YO AL DENTISTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

19- LLEVO A MI HIJO AL DENTISTA AUNQUE LOS DIENTES DE LECHE QUE TIENE AHORITA SE LE VAN A CAER

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

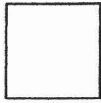
TOTALMENTE DE ACUERDO NI DEACUERDO EN TOTALMENTE
DEACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO EN DESACUERDO

20- MI HIJO SE BENEFICIA CUANDO LE LAVO LOS DIENTES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTALMENTE EN NI DEACUERDO DE ACUERDO TOTALMENTE
EN DESACUERDO NI EN DESACUERDO DEACUERDO DEACUERDO
DESACUERDO

21- EL FLUORURO PROTEGE LOS DIENTES DE MI HIJO



TOTALMENTE
DEACUERDO

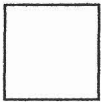
DE ACUERDO

NI DEACUERDO
NI EN DESACUERDO

EN
DESACUERDO

TOTALMENTE
EN DESACUERDO

22- CON EL CEPILLADO DE DIENTES EVITO LA APARICIÓN DE CARIES



TOTALMENTE
DEACUERDO

DE ACUERDO

NI DEACUERDO
NI EN DESACUERDO

EN
DESACUERDO

TOTALMENTE
EN DESACUERDO

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INDICE ceo

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

GRADO ESCOLAR:

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

A: sano

B: cariado

C: obturado por caries

D: extracción indicada

E: no erupcionado

F: sellador de fosetas y fisuras

G: no aplicable