



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO COMPARATIVO DE HÁBITOS DE
HIGIENE BUCAL EN HIJOS DE MADRES
TRABAJADORAS Y MADRES AMAS DE CASA DE
LA ESCUELA REY TIZOC. MÉXICO, D.F. 2008.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

BEATRÍZ ALICIA MORALES SERRANO

TUTORA: C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELENDEZ OCAMPO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS:

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR TODAS LAS OPORTUNIDADES QUE ME HA BRINDADO Y SER RESPONSABLE DE LA PERSONA QUE SOY, AGRADEZCO SER PARTE DE ALGO TAN GRANDE Y COMPARTIRLO CON GENTE MARAVILLOSA Y APRENDER DE ELLAS.

A LAS DOCTORAS MARIA ELENA NIETO CRUZ Y ARCELIA MELENDEZ ESTE TRABAJO NO HUBIERA SIDO POSIBLE SIN USTEDES.

A MIS PADRES Y HERMANA POR SU APOYO, COMPRENSIÓN Y AMOR INCONDICIONAL.

A OMAR POR TU AMOR, PACIENCIA Y APOYO.

A MIS AMIGOS: LI, LAU, EDGAR, CARLOS LUNA. GRACIAS POR TODAS LAS AVENTURAS QUE HEMOS PASADO JUNTOS.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1 Aspectos psicológicos y sociales del niño	11
2.1.1 Teoría de Piaget sobre desarrollo cognitivo	11
3. SALUD BUCODENTAL DEL NIÑO	18
3.1 Principales padecimientos	18
3.2 Definición de hábito	25
3.2.1 Formación de hábitos	25
3.3 Hábitos de higiene bucal	26
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
5. JUSTIIFICACIÓN	42
6. OBJETIVOS	43
6.1 Objetivo general	
6.2 Objetivos específicos	
7. METODOLOGÍA	44
Material y Método	
Tipo de estudio	
Población de estudio	
Muestra	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Variable independiente	
Variable dependiente	
Variables de estudio, conceptualización y operacionalización	
8. RESULTADOS	47
9. CONCLUSIONES	54
10. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	

1. INTRODUCCION

En México la ocupación laboral de las mujeres se ha triplicado en los últimos años, esto ha repercutido en la familia de diferentes maneras. Por un lado los ingresos de las mujeres son incorporados a la economía familiar pero la dinámica en casa se modifica drásticamente cuando no cuenta con otros adultos que puedan adoptar el papel de educadores, sobre todo mujeres en quienes históricamente ha recaído la responsabilidad.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado no es la causa de la disminución de la salud infantil, el problema surge cuando hay incompatibilidad entre el trabajo femenino y la crianza de los niños, es decir: que el tiempo que están en el trabajo, el nivel de agotamiento, los horarios, la distancia del hogar, el empleo y la relación de la madre con el padre pueden contribuir o disminuir las condiciones de cuidado y atención a los niños.

Debido a lo anteriormente mencionado, el objetivo en este trabajo de investigación fue realizar un estudio comparativo de hábitos de higiene bucal en hijos de madres trabajadoras y madres amas de casa de 5º. Y 6º. Grado de la Escuela Primaria "Rey Tizoc".

Lo que se pretende valorar son los hábitos de higiene bucal que tienen los niños así como conocer si de acuerdo al sexo de los alumnos existe alguna diferencia en el nivel de importancia que le otorgan al cuidado bucal ó si únicamente dedican tiempo a su higiene por indicaciones ya sea de alguno de los padres o en caso necesario porque acuden al dentista.

Para valorar dicho estudio se aplicó a los niños de 5º. Y 6º. grado un cuestionario de 16 reactivos.

Con la información obtenida se podrán llevar a cabo programas de salud bucodental dirigido a escolares, madres, padres y educadores con la finalidad de mejorar los hábitos de higiene identificando factores de riesgo.

2. ANTECEDENTES

La Dra. María Esther Irigoyen et al. realizaron en México en el año de 1996- 1998 en la UAM XOCHIMILCO un seguimiento a un grupo de escolares identificando las modificaciones en el índice de caries y describir sus hábitos de higiene bucal. El número de escolares que participaron en el estudio fue de 114 niños con edad promedio de 8 años.

El propósito del estudio fue identificar las modificaciones en el índice de caries dental que se produjo durante 20 meses de seguimiento en un grupo de escolares y describir sus hábitos de higiene bucal.

El índice de caries CPOD, en el grupo de 10 a 12 años de edad fue de 2.75. La incidencia acumulada fue de 1.79 dientes. Más de un tercio de los escolares (39.5%) refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día. El 11% de los niños indicó, al inicio del estudio, no utilizar dentífrico fluorurado.

Las autoras señalaron que para el índice CPOD medido al final del periodo de observación mostró una relación significativa con: el índice de caries en dentición primaria registrado al inicio del periodo del estudio, el número de dientes permanentes presentes en 1998, y utilización de dentífrico fluorurado. La comparación de los resultados de CPOD (1998) y la encuesta basal de caries dental de D.F. (1989) indican una reducción en este índice del orden del 30%.¹

En el año del 2004 la Dra. Shareni Muñoz y col. en México realizaron un estudio en el período de septiembre a noviembre del año 2004 para conocer el estado que guarda la higiene bucal en niños de 6 a 12 años a través del índice de placa dentobacteriana.

El número de escolares fue de 84 niños de 6 a 12 años de la primaria Francisco J. E. Mújica; se realizó una encuesta y se impartió una plática acerca de higiene bucal; se calculó el índice de placa dentobacteriana (IPDB) en tres ocasiones distintas y se aplicó la prueba T de Student para ir construyendo un modelo de progresión.

De esta manera las autoras pudieron comparar los datos obtenidos en las diferentes muestras efectuadas por edad, sexo, y número de muestra, posteriormente realizaron un examen de 5 preguntas para evaluar a los niños y calcular el porcentaje de logro de su objetivo para que finalmente se realizara una encuesta a los padres.

En las encuestas aplicadas en este estudio se reportó que un 34.7 % de los niños se cepilla los dientes tres veces al día, 41.6% fueron enseñados por sus padres a lavarse los dientes, un 30.9 no asiste al dentista, un 70.2% no sabe usar el hilo dental, y un 77.3% no usa enjuague bucal.

En cuanto a las tomas del IPDB observaron que los niños del tercer grado obtuvieron el menor porcentaje con un 29.9% y los de mayor porcentaje fueron los de sexto grado con un 44.3%, las mujeres obtuvieron mayor porcentaje de IPDB que los hombres y finalmente observaron una importante diferencia entre la toma uno y la toma tres.

Como conclusión señalaron que la higiene bucal en niños de 6 a 12 años no es tomada con la importancia necesaria. Es necesario fomentar una cultura más profunda acerca de la importancia que tiene el tema de higiene bucal dándole seguimiento con más información, carteles, pláticas y campañas gratuitas. ²

Por otro lado la Dra. Pilar Solís y cols. de la Universidad del Valle realizaron en 2004 un estudio transversal para evaluar el estado individual y colectivo de la salud dental de los escolares del Municipio de Tacopaya, Provincia de Arque, Bolivia, esta escuela esta clasificada con el índice de salud más bajo por el Departamento de Cochabamba.

Los resultados mostraron que aproximadamente 9 de cada 10 escolares presentan caries y sólo 4% presentan obturaciones.

En cuanto a la edad y la caries de los niños de 6 a los 10 años, el 85% presentan de 1 a 5 caries. En edades de 11 a 15 presentan un 47% y de 16 a 19 años un 69%, presentaron entre 6 y 10 caries.

Las autoras señalan que el 96% de los examinados se encontró saburra lingual, probablemente asociado con cepillado ausente o deficiente.³

Siguiendo con esta inquietud el Dr. Juan José Villalobos Rodelo et al. en 2006, en México desarrollaron un estudio transversal en 3,547 niños entre 6 y 12 años que asistían a 18 escuelas primarias de la ciudad (Navolato, Sinaloa, México). El objetivo fue identificar los factores asociados a la práctica de cepillado dental en escolares.

Se encontró que 56.3% de los niños cepillaban sus dientes al menos una vez al día. De las variables de estudio, la mayor frecuencia de cepillado estuvo asociada a mayor edad de la madre, la edad del niño, el sexo femenino, asistir a una consulta dental preventiva, inicio temprano de cepillado dental, estar inscrito en una escuela particular, tener seguridad social o seguro privado y nivel socioeconómico alto.⁴

El odontopediatra Patxi Andoregui Arroz de la Universidad del País Vasco, Bilbao, España en el año 2006 realizó una revisión bibliográfica acerca de todas las técnicas de cepillado, para saber cuál es la más indicada para los niños y frecuencia de cepillado.

Menciona la importancia que los padres tienen en la enseñanza de las técnicas de cepillado dental en niños pequeños, señalando que hay una tendencia de los padres a enseñar el método rotatorio.

En cuanto a la frecuencia de cepillado, el autor no encontró uniformidad de criterios sin embargo la mayoría indicó que con cepillarse dos veces al día (al levantarse y antes de dormir) logra un mejoría en el estado periodontal. Tres veces al día después del consumo de alimentos produce una mejor sensación de limpieza más no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia.⁵

En el año 2007 Marco Antonio Zepeda en la UAM de Xochimilco, llevaron a cabo un estudio transversal en el que se describió la experiencia de caries y aspectos de la higiene bucal en preescolares; se examinaron 129 niños de edades entre 3 y 5 años de edad, las madres contestaron un cuestionario sobre hábitos de higiene bucal de sus hijos.

Se reportó que la prevalencia de caries fue de 64.5%, el promedio CPOD fue de 3.0 no se reportó el uso de dentífrico en los niños. La edad promedio en que iniciaron su cepillado fue de 27.7 meses, esta variable y la escolaridad de las madres se asociaron a la experiencia de caries.

Como conclusión en este trabajo se señala que los niños que iniciaron su cepillado dental más tardíamente muestran altos índices de caries y las madres tienen menor nivel de escolaridad.⁶

En México la Dra. Ma. Alejandra Soria y cols. realizaron en 2008 un estudio para conocer la frecuencia de cepillado bucal, uso de hilo dental, enjuague bucal y las visitas al odontólogo de una población infantil de seis y siete años de edad y su efecto sobre el desarrollo de caries dental.

Participaron 34 niñas y 37 niños y se examinaron los dientes con caries, los que requerían extracción y los obturados de la dentición temporal; así como los dientes con caries, los perdidos y obturados de la dentición permanente.

Las autoras concluyeron que el cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niños y niñas.⁷

2.1 Aspectos psicológicos y sociales del niño.

Desde tiempos antiguos los filósofos han sostenido diversas ideas sobre cómo son los niños y cómo deberían ser criados para causar menor problema a sus padres y a la sociedad. Sin embargo hasta el siglo XVIII no se empezó a considerar a los niños como algo diferente.^{8,9}

En un estudio clásico titulado *Siglos de la infancia*, Philippe Aries (1962) mantiene que la razón principal por la que se ignoraron los aspectos diferenciales de la infancia, fue el alto índice de mortalidad infantil manifestado hasta el siglo XVIII: al darse cuenta los padres que probablemente perderían a sus hijos durante la infancia, no se atrevían a ligarse a ellos muy tempranamente.

En cualquier caso, durante el siglo XVIII el niño como tal adquirió mayor protagonismo, con los avances médicos se prolongó la vida de los niños, esto hizo que los padres se sintieran más responsables por la forma en la que se desarrollaban sus hijos, en lugar de aceptar la desgracia o el mal comportamiento simplemente como un hecho del destino. Al recibir los niños más educación, se motivó a los educadores a aprender más sobre ellos.^{8,9}

2.1.1 Teoría de Piaget sobre desarrollo cognitivo.

La explicación más influyente en la actualidad, del desarrollo intelectual fue presentada por el biólogo y psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980), quién formuló una teoría para explicar los diversos niveles del **desarrollo cognitivo**, o proceso de adquisición del conocimiento. Piaget supuso la existencia de una capacidad, continuamente en crecimiento, para la adquisición de conocimientos, capacidad que se desarrolla en una secuencia ordenada.

Piaget fue un *interaccionista*; consideraba al niño un constructor activo de su propio mundo cognitivo más que un receptor pasivo de las influencias del ambiente. La buena formación biológica de Piaget le condujo a considerar la maduración como una parte importante de su esquema, pero fue más allá, haciendo hincapié en la interacción entre maduración y experiencia. En otras palabras, el niño ha de estar maduro para que ocurra un nuevo desarrollo, pero si no ha tenido ciertos tipos de experiencias en los momentos decisivos, no alcanzará el nivel del que podría ser capaz. Estas experiencias requieren tanto el contacto directo con objetos físicos como la educación.^{9,10}

Piaget formuló esta teoría utilizando no procedimientos experimentales estandarizados, sino a través de la observación de sus propios hijos mediante el método clínico, preguntando a los niños y añadiendo nuevas preguntas en función de las respuestas de éstos. Ideó esta técnica en los primeros años de su carrera, cuando trabajaba con Alfred Binet en París tratando de estandarizar un test de inteligencia. Piaget se interesó por los errores en las respuestas de los niños; al explorar los respectivos razonamientos, descubrió que estaban relacionados con la edad.

La teoría de Piaget ha sido criticada porque se centra en el niño medio e ignora las diferencias individuales, por su fracaso en dar suficiente importancia a la forma en que la educación y la cultura afectan a la personalidad del niño y porque esta basada en un punto de vista muy personal e idiosincrático.

No obstante, su análisis del desarrollo intelectual ha abierto una puerta a nuevas formas de evaluar el desarrollo del pensamiento lógico, ha inspirado más investigaciones que ninguna otra teoría en las últimas décadas y ha estimulado múltiples cambios en la práctica educativa de los niños.^{9, 10}

Períodos principales en el desarrollo en el desarrollo cognitivo según Piaget.

Del nacimiento a los dos años sensoriomotor.

Aprenden a conocer el mundo a través de sus sentidos y de sus conductas motoras. Es un tiempo de aprendizaje a través de la acción; los niños responden primariamente, de forma refleja, organizando su actividad en relación al entorno, aprenden a coordinar la información de los diferentes sentidos y a mostrar una conducta dirigida a un objetivo. Lo más importante de esta etapa el concepto de permanencia del objeto (o persona), es la comprensión de que un objeto (o persona) continúa existiendo, aunque ya no se pueda ver.^{8,10}

Periodo preoperatorio de dos años a siete años.

Desarrollan una nueva habilidad para usar símbolos como las palabras para representar personas, lugares y objetos. En este periodo pueden pensar en objetos que no tienen delante, imitar acciones que no ven, aprender números y usar el lenguaje. Hay sin embargo limitaciones importantes en el pensamiento. En esta etapa los niños generalmente no logran tener en cuenta todos los aspectos de una situación y se centran en un único aspecto ignorando otros de igual importancia. Son todavía egocéntricos es decir tienen dificultades para considerar el punto de vista de otra persona y a menudo se comportan como si todo el mundo estuviera mirándoles con sus propios ojos y su propia manera de percibir, y como si fueran la causa de todos los sucesos importantes.^{8,10}

Operaciones concretas de siete a once años.

Los niños realizan un salto cualitativo al abandonar su egocentrismo y empiezan a entender y usar nuevos conceptos. Pueden clasificar las cosas en categorías, trabajar con números, tener en cuenta todos los aspectos de una situación y entender la reversibilidad; son más capaces de ponerse en el lugar de otro, lo cual reviste suma importancia de acuerdo a su capacidad para entender a otras personas y realizar juicios morales.^{10,11}

El concepto de conservación, que ha intrigado más a los investigadores que ningún otro aspecto de la teoría piagetiana, muestra la diferencia entre operaciones concretas y el período preoperatorio. La conservación es la habilidad para reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales (en sustancia, peso, altura, número, volumen y espacio), aunque la materia sea organizada de otra manera sin añadir ni quitar nada.

En la tarea de conservación de la sustancia, un niño reconoce que dos bolas de barro son iguales. Se dice que conserva la sustancia si reconoce que tras estirar una de las bolas para darle forma aplastada, como un gusano, ambos trozos todavía contienen la misma cantidad de barro. En la conservación del volumen la cuestión que se plantea es la de si la bola y el gusano desplaza una misma cantidad de líquido cuando son situados en el agua.^{10,11}

Los niños desarrollan la habilidad de conservar las diferentes dimensiones en distintos momentos del tiempo. A la edad de 6 ó 7 años pueden conservar la masa o la sustancia; a los 9 o 10 años, el peso; sobre los 11 o 12, el volumen.

Esta diferencia de edades es intrigante, puesto que todos los problemas están basados en exactamente el mismo principio; en cualquier caso, ésto parece ser verdad para la mayoría de los niños. Aunque la edad de adquisición puede variar, los niños dominan primero la masa, luego el peso y después el volumen. Las razones que los niños dan a sus respuestas proporcionan la clave de su forma de pensar. En las operaciones concretas se muestra que los niños entienden los conceptos de reversibilidad.^{8,11}

En esta época el niño posiblemente es menos espontáneo pero más reflexivo, más capaz de atender y más deseoso de acercarse al mundo de los adultos. Cada vez se encuentra más desenvuelto y más capaz de comunicarse; tienen verdaderos deseos de relacionarse con la gente de expresarse y de extenderse pero también de absorber.

En esta época les gusta leer, conocer y realizar experiencias de todo tipo, especialmente les gusta explorar el ambiente próximo. En estos años el niño empieza a sentirse adulto les gusta y necesita ser tenido en cuenta, normalmente en esta época el niño es más original y curioso mientras que las niñas son más tranquilas y ordenadas.^{9,11}

Por esta razón puede parecer que las niñas en esta época están más avanzadas y sean más aplicadas. A menudo el niño releva sus capacidades más adelante.

Empiezan a tener verdaderos amigos y sus relaciones sociales se amplían. Constantemente desean estar con niños de su propia edad con los cuales hablan y juegan.

En esta etapa generalmente es importante que los padres presten mayor atención porque empiezan a sentir sus propios problemas. Así es la forma de cómo los niños aprenden y se habitúan a hablar de sus cosas, de cosas que a ellos les interesa en su casa y con sus padres.^{9,11}

Frecuentemente están deseosos de hablar con el padre, especialmente los niños. La niña por el contrario desea estar más con la madre y ayudarla, especialmente si ésta no la regaña y no la crítica demasiado. No es raro en esta época oír repetir a las niñas expresiones dichas por la madre. Por lo que respecta al padre la niña es muy sensible a sus actitudes, a sus críticas. Si ella se siente alejada de él, ésto lo acusa de forma muy intensa, quedando muy dolida.

Las relaciones con los hermanos varían de un caso a otro; no es extraño ver cómo en los hermanos mayores nace un sentimiento de protección hacia los más pequeños, aunque a veces los tratan mal. Cuando la edad de los hermanos es mayor que la de ellos o bien están muy orgullosos o bien los ignoran.¹¹

A esta edad, el niño es extremadamente sensible y tiene un elevado sentido de la justicia, llegando incluso a extremos insospechados en este tema. Los niños, por otro lado, afirman a esta edad que las niñas son antipáticas, y éstas a su vez, afirman que los niños son despectivos y antipáticos.

No es que a ésta edad falten las simpatías entre niño y niña sino que lo que sucede a menudo es que los niños son más púdicos y esquivos. En este periodo de relativo equilibrio es notable la evolución intelectual del niño, el cual se adapta a una serie de tareas y aprende a razonar en forma abstracta.¹¹

Hablando del sentido ético, la capacidad de abstracción coincide con la adquisición del concepto del bien y del mal. A pesar de este relativo equilibrio, el niño a menudo entra en crisis. Frecuentemente vuelve a épocas anteriores, más infantiles.¹¹

3. SALUD BUCODENTAL DEL NIÑO

3.1 Principales padecimientos.

Los principales padecimientos bucodentales de especial importancia para la salud del niño son: caries dental, enfermedades periodontales (gingivitis, absceso) y mal posición dentaria.

La caries es una enfermedad muy frecuente, se mencionan como sus causas: la desnutrición, la presencia de microorganismos acidógenos que atacan el esmalte, la llamada “placa bacteriana” formada por restos de alimentos y los microorganismos acidógenos, la acumulación de restos alimenticios entre los dientes, principalmente carbohidratos fermentables.¹²

Algunos de los factores que intervienen en la caries no son fácilmente modificables; sin embargo, hay medidas prácticas que contribuyen eficazmente a disminuir la frecuencia del trastorno, la correcta higiene bucal es una de ellas, de igual manera el cepillado cuidadoso de los dientes después de ingerir alimentos sólidos o líquidos ha demostrado su utilidad.

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente, que esta en la boca cuando tiene en su superficie placa dentobacteriana. Sin embargo la presencia de placa no lleva necesariamente a la enfermedad.¹²

Determinantes de la caries dental.

Son factores que pueden influir en la ganancia o pérdida de mineral y en la velocidad a la que tiene lugar. Los factores que determinan los cambios microbianos (microbiota cariogénica) más importantes son el exceso de azúcar en la dieta (sustrato cariogénico) y las reducciones importantes del flujo salival (hospedador susceptible).^{12,13}

La caries, por lo tanto, es una enfermedad multifactorial, tal y como la concibió Keyes, pero la tríada diente-microbiota-sustrato que explica, en gran parte, el proceso de la caries dental se considera hoy en día demasiado simplista.

En realidad son muchos más los determinantes que pueden influir en el cambio microbiano y en el desequilibrio de ganancia y pérdida de mineral y puede actuar a varios niveles.^{12,13}

Baelum y Fejerskov consideran a la caries dental desde tres perspectivas diferentes: el diente, el individuo y la población.

Desde la perspectiva superficie/diente, el diagnóstico se dirige a detectar la presencia de enfermedad en la superficie del diente y la gravedad en función del tamaño y profundidad de la lesión. Los factores locales actúan en la interfase diente-placa bacteriana.¹³

El control de la enfermedad se enfoca a eliminar la placa con cepillado dental y antimicrobianos o bien a interferir la solubilidad del esmalte con fluoruros tópicos o a proteger las fisuras con selladores.

Desde la perspectiva del individuo, el interés se centra en saber el número de lesiones de caries que presenta y el estadio de la evolución de las lesiones. Las causas que las han producido incluyen no sólo las locales (en el diente), sino otra serie de factores que actúan a mayor distancia: prácticas de higiene oral, hábitos de dieta del individuo, actitudes, creencias sobre salud, y la presencia de factores que comprometen al individuo física, psicológica o socialmente (boca seca, pobreza, falta de conocimientos, etc.).¹³

Desde la perspectiva comunitaria. La valoración del proceso utiliza la epidemiología para conocer en qué medida la comunidad presenta caries dental. Interesa la prevalencia, e incidencia de caries, y permite hacer comparaciones con otras comunidades o con la misma a lo largo del tiempo.

Finalmente la caries es un proceso biológico local desfavorable, pero está determinado por factores medioambientales y sociales, algunos de ellos modificables, incluso más fácilmente que la enfermedad local.

Las intervenciones para controlarla deben actuar a los tres niveles mencionados anteriormente.

Es importante que los padres de familia formen en sus hijos el hábito de la higiene bucodental, los padres deben intentar, además en lo posible la disminución de la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos.^{13,14}

Por otro lado las aplicaciones tópicas de fluoruro han demostrado eficacia en la prevención de caries. Los resultados obtenidos oscilan entre 40% a 80% de disminución de la caries dental. Esta aplicación se efectúa cada seis meses a partir de los tres años hasta la edad escolar y la adolescencia.

La malposición dentaria origina mayor facilidad para la acumulación de restos alimenticios, este trastorno independientemente del aspecto físico repercute en la salud física del niño.^{14,15}

El exámen periódico y cuidadoso de la boca por el cirujano dentista permite detectar estos padecimientos de manera oportuna con la finalidad de detectar factores de riesgo y evitar enfermedades.

Recomendaciones para prevenir la caries dental

Reducir consumo de sacarosa 50g por día.

Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados.

Evitar comer entre comidas.

Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, que se adhieran más a la estructura dentaria.

Placa dentobacteriana

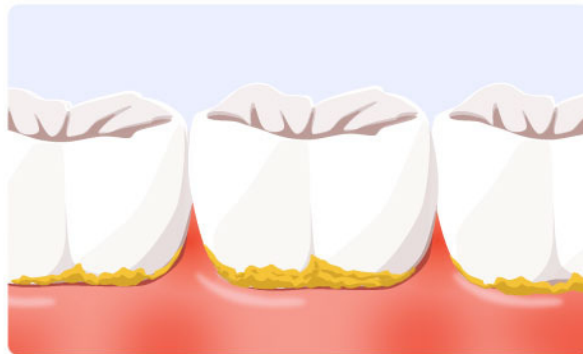
En la cavidad oral, la placa dental se define como un conjunto de microorganismos firmemente adheridos entre sí y a una superficie, embebidos, entremezclados y rodeados de un material extracelular abiótico de un triple origen: bacterias, saliva y dieta.^{14,15}

La placa bacteriana aparece como un depósito blando de color blanco-amarillento y, al ser adherente, no es eliminada por la acción de la masticación o por el aire a presión. Esto es la diferencia de la materia alba, que está constituida por restos alimenticios y bacterias no adheridas que puede ser arrastrada, por ejemplo, por un chorro de agua.^{16,17}

Existen dos tipos de placas dentales en relación con la encía:

Las denominadas supragingivales o coronales, a su vez localizadas en las superficies lisas, sobre todo en las zonas de estancamiento como el margen gingival, zonas de retención de las áreas de contacto de los dientes o espacios interproximales.^{16,17}

El segundo tipo de placa se asienta en el surco gingival y es conocida como placa subgingival.



Fuente: www.dentaid.es

Formación de placa dentobacteriana

Todas las bacterias iniciadoras de la formación de la placa dental entran en contacto de manera fortuita con la cubierta orgánica de la superficie dental.^{17,18}

Existen fuerzas que tienden a permitir la acumulación de las bacterias en el diente o a retirarlas. Los cambios o desviaciones en estas fuerzas determinan la acumulación de más o menos placa en un sitio determinado del diente.

En la acumulación de la placa dental, influyen muchos factores que van, desde los simples como el desplazamiento mecánico, el estancamiento (es decir, la colonización en un ambiente aislado o sin alteraciones) y la disponibilidad de nutrimentos, hasta los factores complejos como las interacciones entre los microbios y los sistemas inflamatorio-inmunitarios del huésped.¹⁷

Las bacterias tienden a retirarse de los dientes durante la masticación de los alimentos, por la lengua, el cepillado de los dientes y otras actividades de higiene oral.

Por esta razón las bacterias tienden a acumularse en ambientes aislados y sin alteraciones (sitios de riesgo) como las fisuras oclusales, las superficies apicales al punto de contacto entre los dientes adyacentes y el surco gingival.

Por tanto, no es coincidencia que las principales enfermedades basadas en la placa, la caries, y la enfermedad periodontal inflamatoria, se originen en sitios donde la placa dental abunda más y se encuentra más estancada.¹⁷

La formación inicial de la placa dental puede necesitar hasta dos horas. Los sitios de enlace y la afinidad de una cepa individual por una superficie determinada varían demasiado.^{17,18}

La colonización inicia a manera de colonias aisladas, a menudo confinadas a las irregularidades microscópicas de la superficie dental.

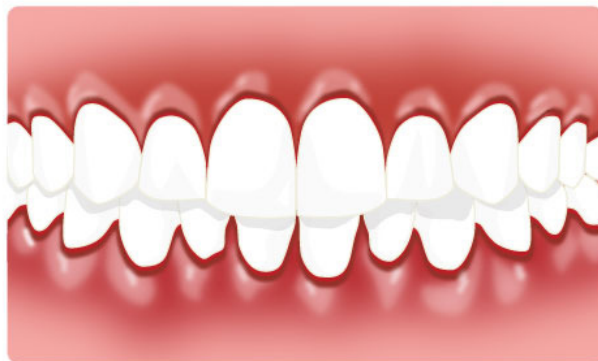
Con el apoyo de los nutrimentos provenientes de la saliva y los alimentos del huésped, las bacterias se multiplican e inician la colonización. A partir de esto se requieren cerca de dos días para que la placa dental duplique su masa, durante este tiempo las colonias bacterianas se fusionan.^{18,19}

El cambio más dramático en el número de bacterias ocurre durante los primeros 4 ó 5 días de formación de la placa dentobacteriana. Después de aproximadamente 21 días, la replicación bacteriana disminuye tanto, que dicha acumulación de placa se vuelve relativamente estable.

Gingivitis

La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de inserción, y por tanto sin destrucción de los tejidos del diente.

Se produce por la acumulación inespecífica de placa bacteriana y se elimina mediante un control cuidadoso de ella.^{17,18}



Fuente: www.dentaid.es

3.2 Definición de hábito

Hábito (del latín habitus) costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un acto. Disposición orgánica; manera de ser un individuo.^{20,21,22}

3.2.1 Formación de hábitos

Ocurre en la primera infancia y en la etapa preescolar éstos incluyen hábitos de sueño, control intestinal, de la orina y desde luego los hábitos de higiene bucal.

Es necesario orientar a los padres sobre como establecer hábitos de disciplina, aclarar algunos conceptos y recomendaciones elementales teniendo en cuenta las condiciones del ambiente familiar, del trato hacia el niño para corregir lo que sea necesario.^{23,24}

La disciplina no es obediencia ciega sino una conducta que ayuda al niño en su desarrollo, no es imponer la voluntad de los padres sino que ésta debe ser guía para buscar el bienestar del menor.

Por esto es muy importante que los primeros años de vida del menor, el cuidado, la protección y la formación de hábitos estén a cargo de los propios padres, considerando que éstos deben acercarse a todas las instancias educativas que ofrecen programas de educación para padres con lo que se permitirá que cuenten con los conocimientos y estrategias que abarquen la prevención primaria es decir la promoción de la salud en todos sus aspectos.^{23,24}

3.3 Hábitos de higiene bucal

Cepillado dental

Es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales.^{24,25}



Fuente: <http://www.saludalia.com>

El método más eficaz, sencillo y cómodo para eliminar placa bacteriana a nivel individual es el cepillado, con ello se evitan las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y enfermedad periodontal. La mayoría de las estrategias que se utilizan para eliminar placa bacteriana se basan en un efecto mecánico, la placa es eliminada por arrastre o fricción de los diferentes sistemas usados.^{24,25}

El cepillado dental y de las encías ha sido el procedimiento de cuidados en casa y el trabajo más recomendado para promover la limpieza bucal.

Su finalidad básica es remover las acumulaciones bucales de placa bacteriana y restos de alimentos, y por lo tanto ayuda a la prevención de la enfermedad dental.

Cuando se emplea con un dentífrico adecuadamente abrasivo, el cepillado de los dientes, también ayuda a mantenerlos libres de manchas que tienden a acumularse en algunos individuos.^{24,25}

Existen varias técnicas de cepillado para lograr una adecuada remoción de los depósitos acumulados sobre los dientes y las encías, cada técnica o método de cepillado deberá ser indicada por el odontólogo según la necesidad de cada persona.

Tanto los niños como los adultos deben cepillarse los dientes después de cada comida (desayuno, comida y cena), en los primeros 15 minutos después de haber terminado de comer, ya que ello hará más fácil la remoción de los residuos alimenticios y de la placa bacteriana, así como los pigmentos que se hayan acumulado sobre los dientes.^{23,24}

Básicamente se emplean las técnicas circulares y la de barrido. La circular puede ser empleada por los niños y los adultos, la de barrido principalmente por los adultos, aunque puede ser combinada para las diversas áreas de la boca.

En algunos casos es necesario recomendar técnicas especiales debido a problemas de alineación dentaria, dientes ausentes, nivel de inteligencia, cooperación, daños en las encías y destreza manual del paciente. En algunos casos esta indicada la combinación de más de un método.²³

Características de los cepillo de dientes

Las cerdas de los cepillos dentales pueden ser naturales (pelos de cerdo o de jabalí) o sintéticas (nylon). En la actualidad la recomendación es utilizar cepillos de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando.

El tiempo de vida promedio de un cepillo dental es de tres meses. Sin embargo ésto es muy variable, de manera que se debe cambiar el cepillo cuando las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además el cepillo pierde su función de limpieza.^{23,24}



Fuente: www.andaluciaimagen.com

Técnicas de cepillado dental

El cepillado de los dientes elimina la placa bacteriana y otros residuos de alimentos, previniendo las caries y la enfermedad periodontal.^{23,24}

Técnica de Bass

Es importante hacer notar que la técnica de Bass fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental.^{23,24}

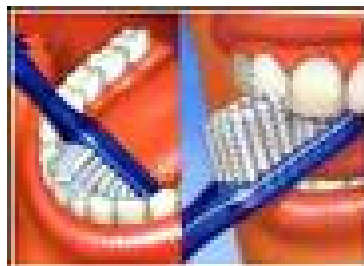
1. Se coloca el cepillo dental, con las puntas de los filamentos en ángulo de 45°, hacia el borde de las encías.



Fuente: www.dentalsalud.com.ve

Fuente: www.issste.gob.mx

2. Mover el cepillo hacia adelante y hacia atrás con movimientos cortos.



Fuente: www.dentalsalud.com.ve

3. Cepillar las superficies exteriores de cada diente inferior y superior

Manteniendo los filamentos formando un ángulo de 45°.



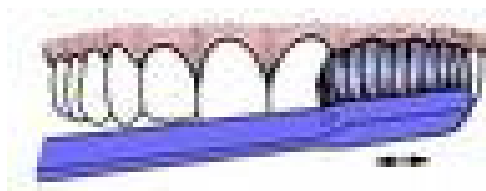
Fuente: www.dentaid.es

4. Cepillar todas las superficies interiores de los dientes inferiores y superiores.



Fuente: www.dentalsalud.com.ve

5. Cepillar las superficies internas de los incisivos superiores e inferiores colocando el cepillo en posición vertical y haciendo varios movimientos suaves arriba y abajo. Se recomiendan 10 movimientos de presión por cada área.



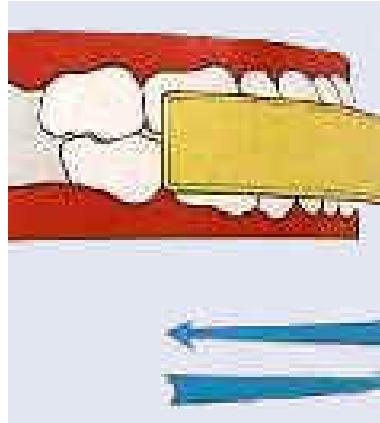
Fuente: www.familydent.com



Fuente: www.issste.gob.mx

Técnica horizontal o de restregado

Es la más recomendada en niños y adolescentes por ser más fácil de realizar, las cerdas se colocan con una angulación de 90° respecto a la superficie dentaria.^{25,26}



Fuente: www.dentalsalud.com.ve

Técnica circular o de Fones

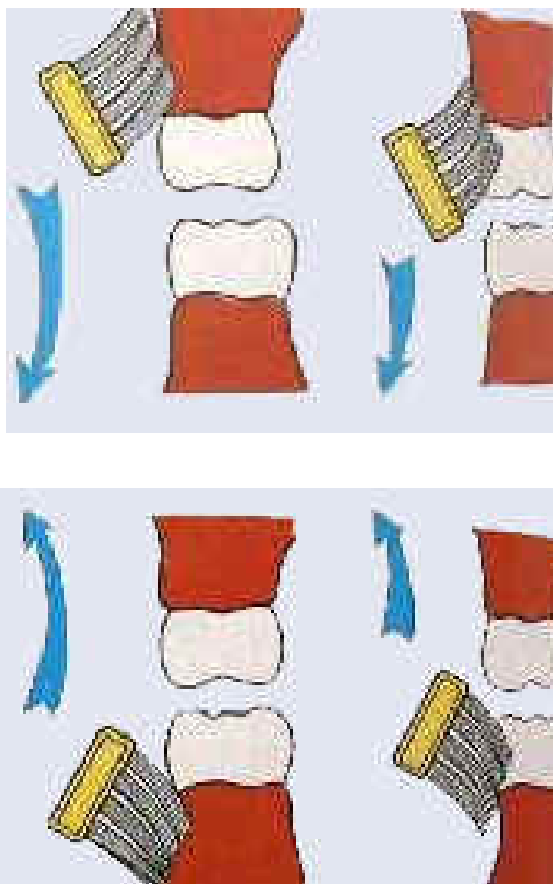
Es una técnica recomendada para niños pequeños, dada la menor destreza al realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.^{25,26}



Fuente: www.cdkaled.com

Técnica Vertical

Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. ^{25,26}

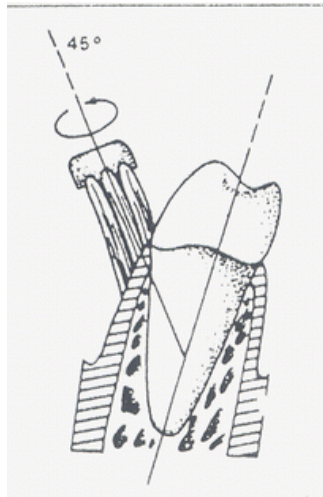


Fuente: www.dentalsalud.com.ve

Método de Stillman

Fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45° respecto del vértice dental, colocando parte del cepillo sobre la encía y parte sobre el diente. ^{24,26}

Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. El cepillo se levanta y en seguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulsos.



Fuente: www.monografias.com

Charters

Propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las áreas interproximales. El cepillo dental debe colocarse en un ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes, de manera que las cerdas se fuercen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías.

Asimismo, se realizan movimientos rotatorios pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 o 3 movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento.^{27,28}

Tiempo y frecuencia del cepillado dental

Durante muchos años, el cirujano dentista instruyó a sus pacientes para que se cepillaran los dientes después de cada comida. La ADA ha modificado esta posición, afirmando que los pacientes deben cepillarse “con regularidad”.^{27,28}

El cepillado completo requiere una cantidad de tiempo diferente para cada persona, y depende de factores como:

- 1.-La tendencia innata a la acumulación de placa y detritos
- 2.-Las habilidades psicomotrices
- 3.-La educación del retiro de alimentos

La adecuación de la limpieza en un tiempo determinado puede establecerse sólo después de que el paciente se cepilla los dientes en varias ocasiones, bajo la supervisión del dentista.^{27,28}

Con frecuencia se logra hacer un compromiso al sugerir de 5 a 10 movimientos en cada región o al recomendar la utilización de un cronómetro. Una cantidad de tiempo, la cual puede ser adecuada para la persona promedio, puede no serlo para los pacientes que necesitan de programas de control al máximo de la placa.

Hilo dental

El hilo dental es un complemento obligatorio para obtener una buena limpieza dental, debe acostumbrarse a los niños a utilizarlo, después de un buen cepillado.^{27,28}

La limpieza con hilo dental también ayuda a:

- Eliminar los restos de alimentos que se adhieren a los dientes y encías entre los dientes.
- Pulir la superficie del diente.
- Controlar el mal aliento.

Se debe realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que sea más efectiva.^{11,12}

Tipos de hilo dental:

El uso regular y constante del hilo dental es el arma individual más importante contra la placa.

Los distintos tipos de hilo dental incluyen:

- Encerados y no encerados
- Con sabor y sin sabor
- Anchos y comunes

Métodos de utilización de hilo dental

Dos métodos frecuentes de empleo de hilo dental son el devanado y el circular o de asa. Ambos facilitan el control y el manejo de hilo dental. El método devanado es en particular adecuado para adolescentes y adultos con el grado necesario de coordinación para utilizarlo.^{29,30}

El método de asa es apropiado para los niños y los adultos con manos menos hábiles o limitaciones físicas.

El uso de hilo dental es una habilidad compleja, por lo tanto, hasta que los niños desarrollan una destreza adecuada, que por lo general es a la edad de 10 a 12 años, un adulto debe realizar el procedimiento.

Método devanado

Se toma un pedazo de hilo dental aproximadamente 46cm. La mayor parte del hilo se enreda en el dedo medio. Debe dejarse espacio entre las vueltas para evitar el deterioro de la circulación hacia los dedos.

El resto se enreda de manera similar en el mismo dedo de la mano opuesta. Este dedo puede dar vuelta o “recogerlo” a medida que se ensucia o deshilachada para permitir el acceso a una porción sin utilizar. Los últimos tres dedos se doblan y las manos se separan para jalar y estirar el hilo dental, y de esta manera dejar libres los dedos pulgar e índice de cada mano.^{29,30}

En seguida el hilo se toma con los dedos índice y pulgar de cada mano para dejar una porción de tres cuartos de largo entre las manos.

Método cerrado

Se anudan los extremos de un pedazo de hilo dental de 46cm. Todos los dedos, a excepción de los dos pulgares, se colocan uno cerca del otro dentro del circuito.^{29,30}

Ya sea que se utilice el método devanado o de asa para el hilo dental se siguen los mismos procedimientos básicos. El dedo pulgar y el índice de cada mano se utilizan en varias combinaciones para guiar el hilo dental entre los dientes. Al insertar el hilo dental, es deslizado cuidadosamente entre los dientes, con un movimiento de vaivén, en el punto de contacto.

El movimiento de vaivén aplana el hilo, haciendo posible que se deslice por el punto de contacto, previniendo que entre de forma brusca para evitar el trauma del surco gingival. Una vez que el hilo dental pasa el punto de contacto, se le coloca sobre cada superficie interproximal para que tome una forma de C.

En seguida el hilo se lleva arriba y abajo contra el costado del diente o hasta que la superficie dental se limpie. El procedimiento se repite en el diente adyacente en la parte proximal, con cuidado para evitar la lesión de la papila al tiempo que se le coloca. En cada parte proximal se utiliza una porción limpia y nueva de hilo.^{29,30}

Uso de hilo dental

Se corta un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 a 50 cm (18 a 20 pulgadas) de largo. Se envuelve el dedo medio de cada mano con varias vueltas flojas de cada extremo del trozo de hilo dental.^{29,30}



Fuente: www.colgate.com.ve

Luego, con el índice y el pulgar se guía con cuidado el hilo dental entre los dientes con movimientos ascendentes y descendentes (no laterales).



Fuente: www.asdha.org

Es mejor mover el hilo dental hacia arriba y abajo asegurándose de pasarlo debajo de la línea de las encías, formando una "C" al costado de cada diente.



Fuente: www.bvs.sld.cu

Otras técnicas de limpieza con hilo dental

Las herramientas de limpieza con hilo dental, como el portahilos, pueden ser útiles para personas con:

- Poca destreza manual
- Manos grandes
- Apertura bucal limitada
- Un fuerte reflejo de vómito
- Poca motivación para el uso tradicional de hilo dental.

El mango para hilo dental también puede ser útil cuando una persona ayuda a otra a utilizarlo. El uso de un mango puede ayudar a desarrollar el hábito y debe ser considerado cuando los individuos tienen dificultad con la técnica manual.^{29,30}



Fuente: www.encia.com.mx

ENJUAGUE BUCAL

Es una solución que se puede usar después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas dependiendo de su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir el mal aliento, otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes.^{30,31}

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La higiene bucal es uno de los hábitos importantes que los individuos aprenden a valorar a medida que van creciendo, ya que estos se van adquiriendo desde temprana edad.

La madre como transmisora y multiplicadora de experiencias y aprendizajes, juega un papel importante en este sentido; y de su formación y preparación académica depende la calidad de los conceptos y hábitos que transmite.

Actualmente una gran proporción de madres tiene que trabajar, en cuyos casos sus responsabilidades en cuanto al cuidado y educación de los hijos se ve compartida con el apoyo de: familiares, amistades o instituciones para el cuidado infantil. Por lo que no siempre la calidad en la formación de hábitos de higiene refleja un buen nivel; sin embargo en este aspecto se cuenta con el apoyo importante de las instituciones educativas, cuando dentro de sus proyectos escolares se encuentra el programa de educación para la salud, parte importante del desarrollo integral de los niños.

Tal es el caso de las escuelas primarias de la Secretaría de Educación Pública, específicamente en la Escuela Primaria "Rey Tizoc" en la que desde hace cinco años cuenta con un programa al que se hace referencia a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Por lo anteriormente mencionado es importante plantearnos la siguiente pregunta de investigación: ***¿Qué niños tienen mejores hábitos de higiene bucal los hijos de madres que trabajan o los de las madres que se dedican al hogar?***

4. JUSTIFICACIÓN

Como consecuencia de las condiciones económicas cada vez más difíciles para la mayoría de la población en México, ha sido necesario que las mujeres se incorporen al mercado laboral según la Encuesta Nacional de Empleo 2000 del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), las madres trabajadoras en México suman 8.5 millones, lo cual representa más de la quinta parte de la Población Económicamente Activa (PEA) y 63% de la población económicamente activa femenina, siendo su aportación económica un recurso importante para contribuir al gasto familiar; pero existe también otra razón de peso por la cual las mujeres deciden con mayor frecuencia combinar las labores del hogar con las actividades productivas y ésta es la necesidad de desarrollarse de manera personal ya sea: que cuenten con alguna profesión o que se dediquen a actividades u oficios que les permitan ser independientes económicamente.

Para lograr un desarrollo personal, la mujer tiene que delimitar sus tiempos entre la atención de los hijos y sus proyectos personales. Por lo tanto la presente investigación se realizó para identificar si en realidad existe diferencia notable en la enseñanza en cuanto a hábitos de higiene bucal de los hijos de madres trabajadoras contra madres dedicadas al hogar.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de hábitos de higiene bucal en los niños cuyas madres trabajan y madres que se dedican al hogar de los menores matriculados en la Escuela Primaria “Rey Tizoc” durante el período escolar 2007-2008.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar proporción de madres que trabajan fuera del hogar y que se dedican al hogar.
- Determinar el nivel escolar de las madres de los encuestados.
- Determinar distribución porcentual por género de escolares.
- Identificar a la persona que enseñó al niño la técnica de cepillado.
- Determinar la frecuencia de cepillado dental, uso de auxiliares, visitas al dentista y motivos de la consulta que los escolares encuestados refieren.
- Determinar la proporción de niños que consumen alimentos no nutritivos “chatarra”.

6. METODOLOGÍA

7.1 Material y Método

Se realizó un estudio transversal a un grupo de alumnos de la Escuela Primaria “Rey Tizoc” de la Secretaría de Educación Pública, ubicada en la Delegación Xochimilco.

Se eligió una muestra de 261 niños distribuidos en el 5º. Y 6º. Grado de primaria; con edades fluctuantes entre los 9 y 13 años.

Se decidió por esta muestra tomando en consideración su capacidad para responder de manera autónoma a los reactivos aplicados; no así si hubiese sido el caso en niños menores donde fuera necesario, que las madres respondieran al cuestionario y éstas alteraran los datos con la idea de que el resultado representara alguna calificación para el alumno.

Previo a la aplicación del cuestionario, se realizó una plática con los alumnos teniendo dos finalidades: primero, que conocieran el objetivo de su colaboración en el llenado del mismo y segundo mostrar las técnicas de cepillado dental a que hace referencia uno de los reactivos del cuestionario y pudiesen elegir la que cada uno utiliza.

La actividad anterior se llevó a cabo en dos sesiones: en la primera se aplicó a los 5º grados; se les distribuyó un formulario por alumno, éstos lo iban respondiendo conforme se les leía cada pregunta; la misma metodología se utilizó para los 6º grados.

El contenido de los reactivos fue el siguiente:

Grupo, edad, sexo, ocupación de la madre, nivel de escolaridad de la madre, frecuencia en el cepillado dental, productos utilizados para el cepillado dental, duración en el uso del cepillo dental, motivos en caso de existir visita al dentista, frecuencia en la ingesta de alimentos “chatarra”.

Población de estudio

Escolares inscritos en la escuela primaria “Rey Tizoc”

Tamaño de muestra

De un total de 830 alumnos se tomó una muestra de 261 niños.

Criterio de inclusión

Niños de 5º. Y 6º. grado que vivan con la madre

Criterio de exclusión

Niños que no sean de 5º. Y 6º. grado de primaria y que no vivan con la madre

Variables de estudio

Grupo, edad, sexo, ocupación de la madre, nivel de escolaridad de la madre, conocimiento de cepillado dental, técnica utilizada, frecuencia, productos utilizados para la higiene, visitas al dentista, motivo, ingesta de alimentos chatarra e importancia otorgada por los niños a los aspectos estéticos y de higiene bucal.

Variable independiente

Madres que trabajan y madres que se dedican al hogar

Variable dependiente

Hábitos de higiene bucal en niños

Recursos humanos

1 Directora

1 Asesora

1 Tesista

Recursos Materiales

261 Cuestionarios

Lápices

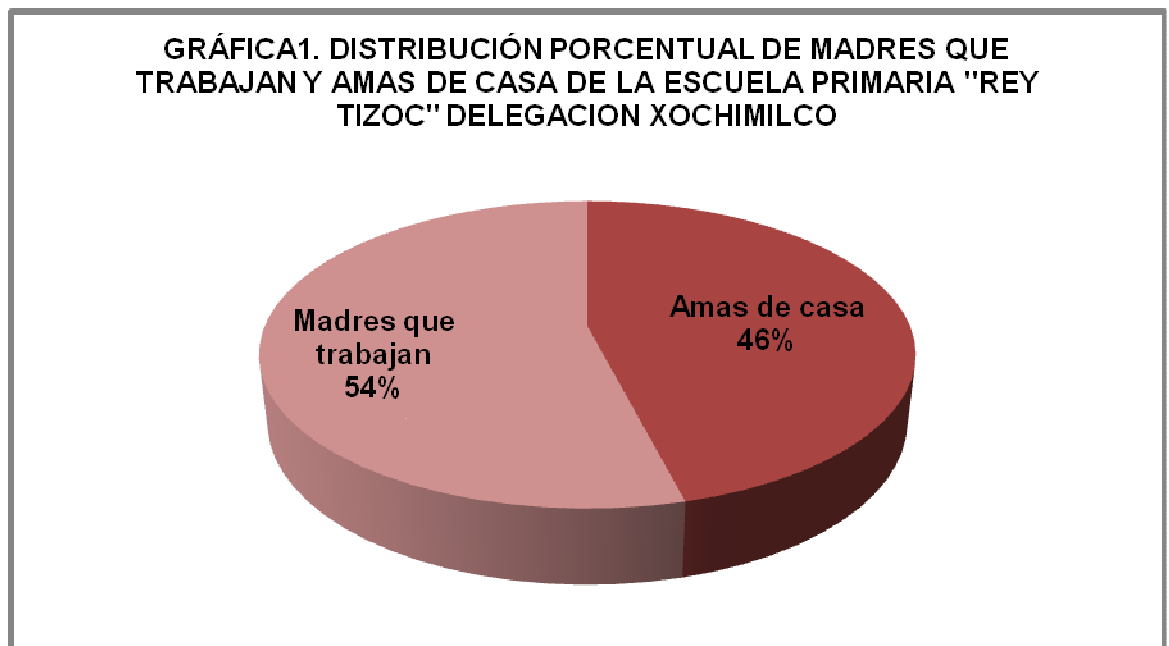
Computadoras

Recursos Financieros

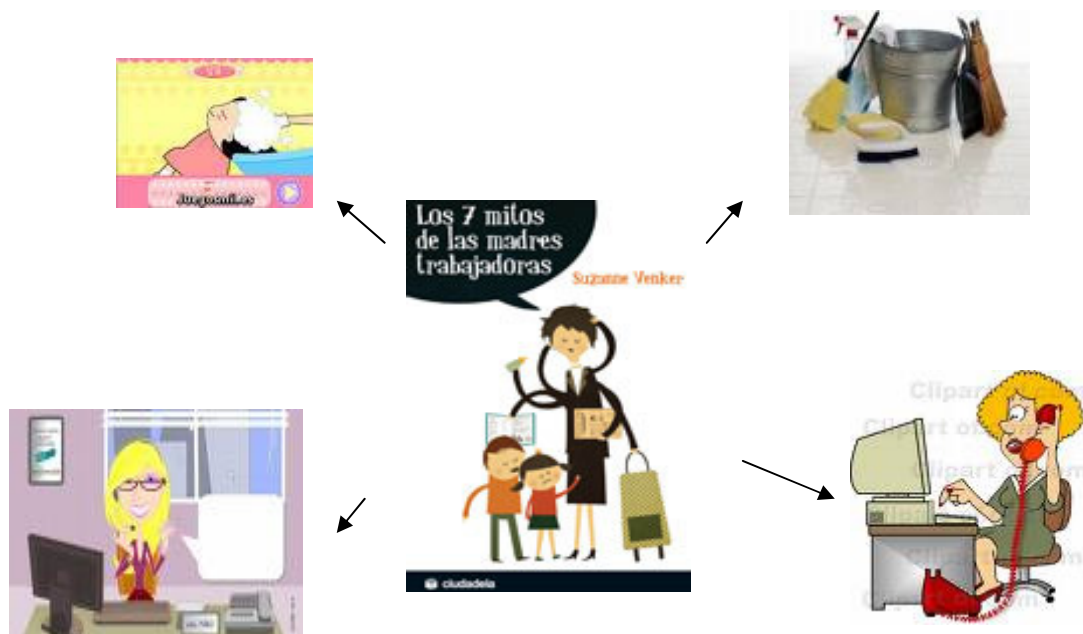
A cargo del pasante

7. RESULTADOS

La población estudiada fue de 261 niños quienes reportaron que el 46% de las madres se dedican al hogar y el 54 % trabaja fuera del hogar. (GRÁFICA 1)



FUENTE DIRECTA



El análisis de la información puso en evidencia que la mayor proporción de las madres dedicadas al hogar cuentan con primaria terminada (32%) y las que terminaron la secundaria (22%), la misma proporción de ellas y la de madres que trabajan fuera de casa han acudido a la Universidad.

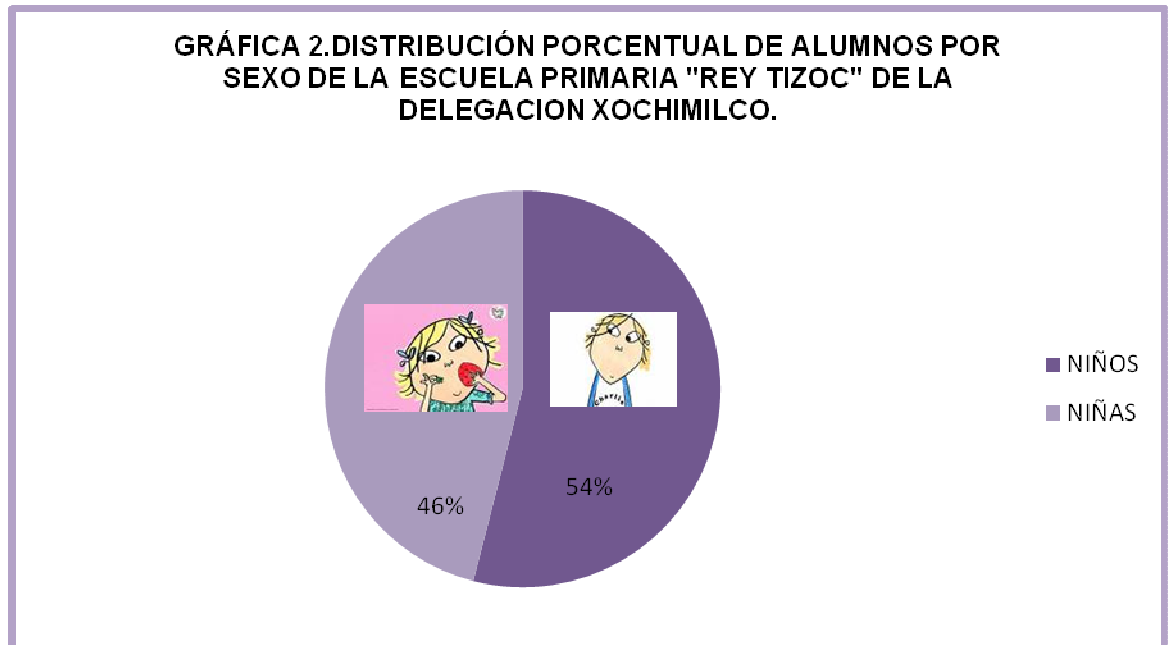
Respecto a las que trabajan fuera de casa sucede de la misma manera, las mayores proporciones corresponden a los estudios primarios y secundarios, es de llamar la atención que en ambos grupos de madres aún existen personas que son analfabetas y la mayor proporción está en las madres que trabajan fuera del hogar. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución porcentual de escolaridad de las madres de los niños encuestados. Escuela primaria "Rey Tizoc".		
Escolaridad	Madres que se dedican al hogar	Madres que trabajan fuera del hogar
Primaria	18%	8%
Secundaria	32%	28%
Preparatoria	22%	25%
Técnico	4%	5%
Universidad	19%	20%
No estudió	5%	14%
Total	100%	100%

Fuente directa

La instrucción técnica variaba desde secretaria técnica, peluquera, las que recibieron entrenamiento específico para desarrollo de trabajo en fábricas y las que trabajan como auxiliares en guarderías.

La distribución porcentual por género del total de la muestra fue de 46% niñas y 54% niños.



F

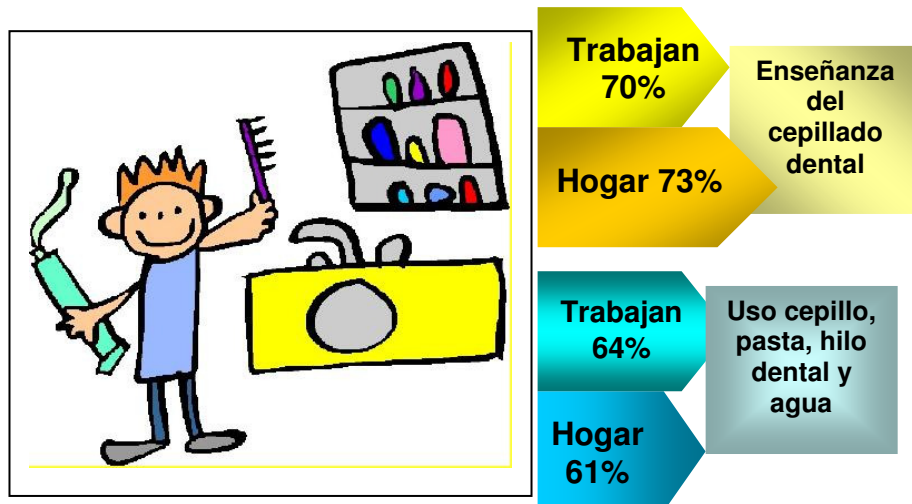
Fuente directa

Del total de escolares encuestados (N= 261) se observó que la mayor proporción correspondió al sexo masculino. (Gráfica 2)

Higiene bucal

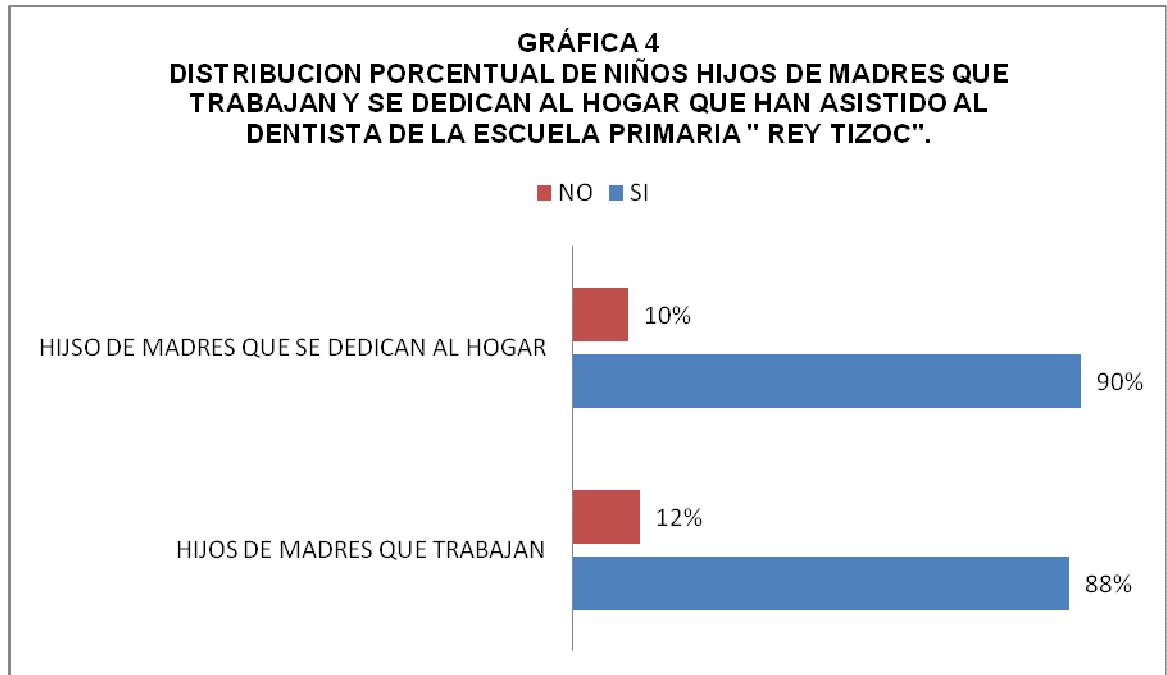
En el cuestionario se incluyeron preguntas sobre diferentes aspectos de higiene bucal ya que considerando que las madres son las perpetuadoras de hábitos, transmisoras directas de conocimientos y formadoras de hábitos era importante conocer si las proporciones en los resultados variaban, al respecto se observó que, en cuanto a la higiene bucal se observó que es mayor proporción de madres que están un mayor tiempo con sus hijos y han enseñado el cepillado dental y que, tanto las madres trabajadoras como en las que se dedican al hogar, han enseñado a utilizar a sus hijos auxiliares de higiene bucal como cepillo dental, pasta e hilo dental casi en la misma proporción. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Enseñanza del cepillado y utilización de auxiliares de higiene bucal.

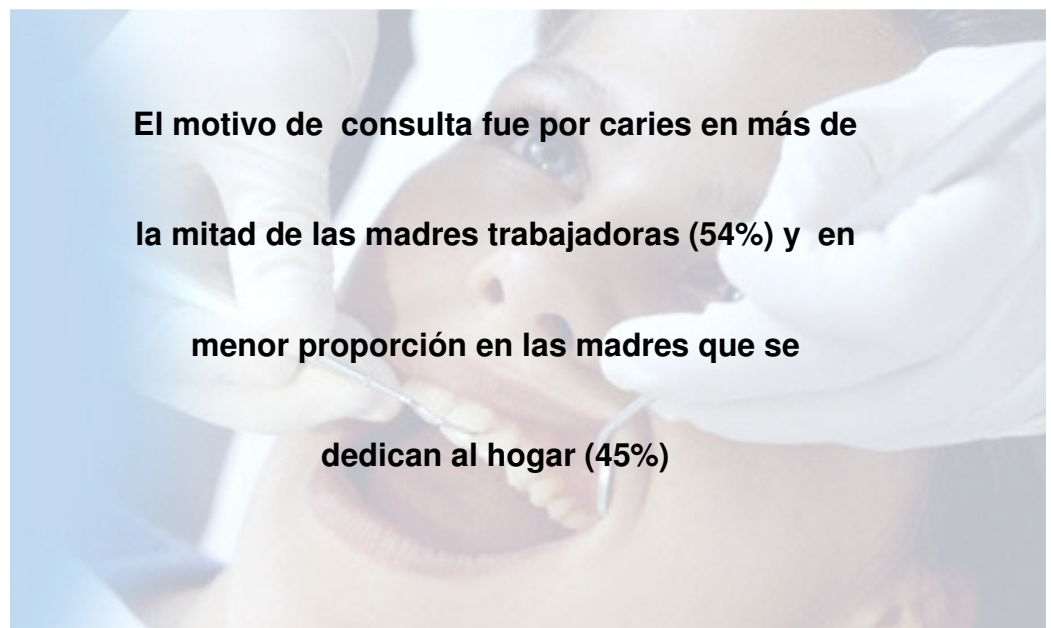


El cepillado dental es la práctica que nunca dejas pasar por alto las madres, por ejemplo, de las madres que trabajan 7 de cada 10 han enseñado el cepillado, probablemente en estos hogares los padres han asumido esta responsabilidad y 6 de cada diez madres enseñó el uso de pasta, cepillo y agua.

Por otro lado los hijos de las madres que trabajan reportaron haber asistido al dentista en un 88% y el motivo fue caries en un 54% en los hijos de madres que se dedican al hogar asistieron al dentista en un 90% y el motivo principal también fue caries en un 45%.






FFUENTE DIRECTA



Comida chatarra

En cuanto al consumo de comida chatarra los hijos de amas de casa consumen en mayor porcentaje un refresco al día con 53% un dulce al día el 27% y unas papas u otras frituras 47%. No se encontró una diferencia importante en las madres que si trabajan con respecto al consumo de alimentos chatarra.


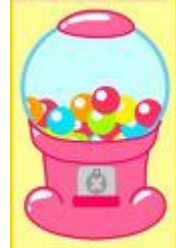

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS NO NUTRITIVOS “CHATARRA” EN NIÑOS HIJOS DE MADRES QUE SE DEDICAN AL HOGAR DE LA ESCUELA PRIMARIA “REY TIZOC”.

CANTIDAD QUE CONSUMEN POR DÍA			
1	53%	27%	47%
2	10%	21%	18%
3	0%	17%	4%
MAS DE 3	2%	15%	4%
NO LOS CONSUME	35%	20%	27%



La obesidad se está observando en la actualidad ya como problema de salud pública, probablemente las madres dan dinero a sus hijos para comprar golosinas en el recreo influenciadas por la mercadotecnia.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS NO NUTRITIVOS “CHATARRA” EN NIÑOS QUE SUS MADRES TRABAJAN FUERA DEL HOGAR DE LA ESCUELA PRIMARIA “REY TIZOC”.

CANTIDAD QUE CONSUMEN POR DÍA			
1	50%	32%	48%
2	10%	25%	22%
3	1%	13%	5%
MÁS DE 3	5%	13%	5%
NO LOS CONSUME	34%	17%	20%

8.CONCLUSIONES

1. De acuerdo con el resultado de la investigación se encontró que el 54% de madres trabajan y el 46% se dedican al hogar; lo que me mostró que no existe una diferencia significativa en este sentido que pudiera determinar el nivel de atención que reciben los niños en el hogar.
2. En cuanto a la enseñanza de los hábitos de higiene bucal la responsabilidad recae en las madres y éstas cuentan con un nivel de escolaridad medio (secundaria) por lo que se pensaría que el grado de cuidado otorgado a los hijos esta influenciado mayoritariamente por la enseñanza educativa que por la ocupación.
3. Ambos grupos de estudio reportan utilizar en su gran mayoría todos los auxiliares para la higiene bucal (pasta, agua, cepillo, hilo dental), ésto se encuentra directamente relacionado con el programa de educación para la salud que se lleva a cabo en esta escuela desde hace 5 años de manera ininterrumpida, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); información obtenida de manera directa en la plática introductoria que se le dió a los alumnos para el llenado del formulario, lo que puso en evidencia también que el conocimiento de la técnica de cepillado (aspecto importante en la higiene bucal) fue adquirido a través de los dentistas encargados del programa.

4. De acuerdo con el resultado de la investigación se concluye que: la ocupación de las madres en este caso no muestra relación directa con la formación de hábitos de higiene bucal en los hijos; la población de estudio conoce los hábitos de higiene bucal a partir del programa de educación para la salud que se desarrolla de manera permanente y que incluye los aspectos de salud bucal.

5. Existe la necesidad de evaluar los programas de educación para la salud en las escuelas que ya los tienen, e implementar éstos mismos, en las que no existen. Ya que a través de éstos se puede enseñar lo que no reciben los niños en casa y reforzar los conocimientos de aquellos que muestran interés dentro de los hogares.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL

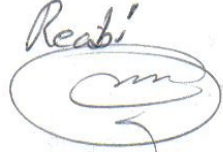
**PROFR. ELI ELIER MENDOZA LÓPEZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA PRIMARIA
"REY TIZOC"
P R E S E N T E**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, le sea permitido llevar a cabo un programa de salud bucodental a la pasante Beatriz Alicia Morales Serrano, con la finalidad de que los alumnos conozcan e identifiquen los factores de riesgo para presentar patologías en cavidad bucal, y de esta manera puedan ser prevenidas. Cabe señalar que las estrategias empleadas son diseñadas con base en la edad y escolaridad de los estudiantes.

Sin otro particular y en espera de contar con su autorización para lleva a cabo dicho programa, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
"Por Mi Raza Hablará El Espíritu"
Ciudad Universitaria, D. F., a 29 de agosto de 2008


C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora

12-09-09
Reabi


ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

GRUPO:

EDAD:

SEXO: MASCULINO FEMENINO OCUPACIÓN DE TU MAMÁ: AMA DE CASA TRABAJA TU MAMÁ ESTUDIÓ: PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA UNIVERSIDAD TÉCNICO OTROS ¿QUIÉN TE ENSEÑO A CEPILLARTE LOS DIENTES? MAMÁ PADRE DENTISTA ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA TE CEPILLAS LOS DIENTES? 1 VEZ AL DÍA 2 VECES AL DÍA 3 VECES AL DÍA NO ME LOS CEPILLO

¿QUÉ UTILIZAS PARA CEPILLARTE LOS DIENTES?

CEPILLO Y AGUA PASTA, CEPILLO, AGUA E HILO DENTAL PASTA, AGUA, CEPILLO ¿HAS VISITADO AL DENTISTA? SI NO

¿CUÁL FUE EL MOTIVO?

CARIES SANGRADO DE ENCÍAS OTROS _____

¿CUÁNTOS REFRESCOS TOMAS AL DÍA? 1 2 3 MÁS DE 3 4

NO TOMO 5

¿CUÁNTOS DULCES AL DÍA? 1 2 3 MÁS DE 3 4

NO COMO 5

¿CUÁNTAS PAPAS U OTRAS FRITURAS COMES AL DÍA? 1 2 3

MÁS DE 3 4 NO COMO 5

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen M, Zepeda M, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Rev.ADM* 2001; 58: 98-104.
2. Muñoz S, Segura D, Vargas B, Vázquez S, Vega V, Villaseca I. Investigación en niños de 6 a 12 años sobre higiene bucal analizando índice de placa dentobacteriana.
Odontología.iztacala.unam.mx
3. Solís P, Alcalá L, Bueno A, Beltrán Z. Salud dental en escolares en Tacopaya. *Rev. Imbiomed* 2005; 1(1): 21-25
4. Rodelo J, Lau-Rojo L, Ponce V, Barraza L. Factores asociados a la práctica de cepillado dental entre escolares. *Rev. Mexicana de pediatría* 2006; 73: 167-171
5. Andonegui P. Una revisión de higiene bucal. *Rev. Odontólogo moderno* 2006;43:12-13
6. Zepeda M, Sánchez L, Luengas I, Irigoyen M. Caries dental y edad de inicio del aseo bucal. *Rev. Ciencias clínicas* 2007, 8: 12-19
7. Hernández A, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica México* 2008;29 81): 21-24
8. Filomeno Mayans Agustín. El niño, psicodesarrollo desde su nacimiento hasta la adolescencia. 1ª. ed. España: Editorial. Jims, 1994. Pp. 260-268

9. Pedrosa. La psicología evolutiva.1ª.ed. S.L. Madrid: Editorial Marova,1976.Pp 110-114
- 10.Papalia E. Diane. Psicología.1ª. ed. Editorial McGraw-Hill.Pp. 430-443
- 11.Sánchez Hidalgo Efraín. Psicología Educativa.7ª.ed.Puerto Rico. Editorial Universitaria-Universidad de Puerto Rico,1972. Pp. 207-212
- 12.Álvarez Alva Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva.3ª.ed. Editorial Manual Moderno,2002. Pp. 246-252
- 13.Osuna Frías Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud.1ª.ed.Editorial Masson, 2002. Pp. 34-343
- 14.Woodall. Odontología Preventiva.1ª.ed. México. Editorial Interamericana,1993. Pp. 142-145
- 15.Sala Cuenca Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Métodos y aplicaciones. 1ª. ed. Editorial Masson,1991. Pp 71-79
16. O. Harris Norman. Odontología preventiva primaria.2ª.ed. México: Editorial Manual Moderno, 2005. Pp 68-81
- 17.Lindhe Jan. Periodoncia Clínica.2ª. ed. Edit. Medica Panamericana,1996. Pp 149-152

18. Finn B. Sidney. Odontología Pediátrica. 4^a.ed. Editorial Interamericana, 1985. Pp 253-256
19. Organización Mundial de la Salud. Metodología y programas de prevención de las enfermedades buco-dentales. Serie de informes técnico No. 1730 OMS;1984.
20. Diccionario Medico Labor Tomo 2. Dr. Francisco Javier Cortada Edit. Labor Argentina
21. Diccionario de Ciencias Médicas Stedman 25^a. Edición Argentina 1993 Edit. Medica Panamericana
22. Diccionario Medico Teide Dr. Luigi Segatore Edit. Teide 5^a. Edición 1984
23. Zimbron Levy Antonio. Odontología Preventiva y conceptos básicos. 1^a. ed. Editorial Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1993. Pp 59-67
24. DePaola Dominick P. Odontología Preventiva. 1^a.ed. Editorial Mundi, 1981. Pp. 21-32
25. Keneth D. Shawder. Manual de odontopediatra Clínica. 2^a.ed. Editorial Labor, 1984. Pp 62-74
26. Murillo Velázquez Juan. Técnicas de ayuda odontológica. 1^a.ed. Editorial McGraw-Hill, 1997. Pp. 139-145

27. McDonald E. Ralph. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª. ed. Editorial Medica Panamericana Argentina. Pp. 223-229
28. Barberia E. Odontopediatra. 2ª. ed. Barcelona. Editorial Masson, 2001 Pp. 102-109
29. Escobar F. odontología pediátrica. 2ª. ed. Santiago de Chile. Editorial Universitaria; 1992. Pp 203-208
30. Pinkham J. odontología pediátrica. 3ª. ed. México. Editorial McGraw-Hill interamericana; 2001. Pp 214-221
31. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. Madrid. Editorial Ergon; 1999. Pp. 101-105