



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERFIL CULTURAL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES
Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN PADRES DE
ESCOLARES DE 6 A 10 AÑOS DE UNA ESCUELA
PRIMARIA DEL D.F. (MÉXICO) Y UNA DE ARMENIA -
QUINDÍO (COLOMBIA) 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:

PAULA ANDREA BUITRAGO ECHEVERRI

TUTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELENDEZ OCAMPO

ASESORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERON

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Al terminar mis estudios y recibir el diploma que me acredita como profesional, quiero dejar testimonio de la inmensa gratitud que debo a esta ilustre universidad, que me acogió generosamente y me impartió durante algunos años los conocimientos y pericias que me permitirán abirme paso en la vida, ejerciendo una profesión con la honestidad y eficiencia debidas y, ojalá, con éxito.

En mi caso se ha repetido algo por lo que México es querido y reconocido universalmente: su tradicional disposición a recibir, con actitud de positivo apoyo, a los extranjeros que, por una u otra razón, buscan aquí el destino que les ha sido esquivo en otras partes. Y entre todas las puertas que les abre, las principales son las de esta Universidad Nacional Autónoma, cuyo prestigio e importancia la destacan cimeramente, no so sólo dentro de nuestra comunidad hispanoamericana, sino entre todas las casas de estudios superiores del mundo.

Que la gloria y la fortuna acompañen siempre a esta Alma Mater y al gran país del cual es corazón y símbolo.

A mis padres, porque gracias a ellos y a Dios, he podido realizar mis metas sin detenerme a pesar de los obstáculos; pues con su ejemplo y sabiduría me dieron las bases para ser lo que soy, siempre estando a mi lado aún en la distancia.

Especialmente a mi madre, que se que me acompaña y es quien me dio el tesón para hacer con lo que la vida me regala siempre lo mejor. Sé que desde donde estés me estás amando y apoyando como solo tú sabes hacerlo. Gracias por ser mi madre y permitirme ser un pedacito de ti.

A mi padre, eterna gratitud por su ternura y cariño, además de sus sabios consejos, los conocimientos transmitidos y por ser un ejemplo de vida.

A mis hermanos: Martha, Tere, Nini, Nena, Luis y Jos, que hasta el último renglón de este trabajo estuvieron conmigo apoyándome, con sus conocimientos como lo han hecho en cada paso de mi vida. Por ser las columnas que me sostienen cada vez que tambaleo.

A mis hijos Ana Sofía y Pablo, por ser mi motivo, la razón de mis logros, mi más grande escuela, mi día a día, ese pedacito de mi que aún me falta por conocer y hacer crecer. Los amo.

A toda mi familia biológica y a la que sin serlo han jugado ese papel tan importante, apoyándome en todo momento.

A México y a la UNAM, por hacer de mi una persona llena de experiencias maravillosas y por albergarme durante todos estos años como una hija más.

A mis incontables amigos que han formado parte importante de mi vida y que hacen que el mundo sea pequeño cuando el amor existe. Gracias por ser mi apoyo aquí y allá.

A las doctoras Arcelia y Conchita, por su sensibilidad y comprensión, por su enorme ayuda. Sin ustedes no hubiese podido culminar esta labor.

A Daniel, que me devolvió la confianza y me ayudó a tomar decisiones importantes en la vida, cuando creía que el mundo se derrumbaba en mis pies.

A Rosita, quien siempre tuvo la deferencia de hacerme asequibles y viables los diferentes trámites académicos como alumna extranjera y que más que una funcionaria de la Universidad fue mi amiga y más comprensiva aliada.

A don Álvaro, por permitirme realizar el estudio en el CASD Santa Eufrasia y a todos los alumnos que contribuyeron para que fuera posible la recolección de los datos.

A la Escuela Ejercito Nacional de la ciudad de México.

Karla por ayudarme a recolectar los datos.

INDICE

	Pagina
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. OBJETIVOS	15
5.1. General	15
5.2. Específicos	15
6. METODOLOGÍA	17
6.1. Material y método	17
6.2. Tipo de estudio	18
6.3. Población de Estudio	18
6.4. Muestra	18
6.5. Criterios de inclusión	18
6.6. Criterios de exclusión	18
6.7. Variables de estudio	18
6.8. Variable independiente y variable Dependiente	18
6.9. Operacionalización de las variables	20
7. Análisis de la información y resultados	21
7.1. Edad	21
7.2. Género	21
7.3. Ocupación de los padres y el acceso que tienen a los servicios de salud	22
7.4. Escolaridad de los padres	24
7.5. Visita odontológica con los menores Como medida preventiva	26
7.6. Cuidados de los padres	26

7.7. Uso de biberón como factor de riesgo para caries dental.	27
7.8. Medio por el que obtuvieron la información	30
7.9. Niveles de conocimiento, actitudes y prácticas por eventos:	31
7.9.1. Caries dental	31
7.9.2. Gingivitis	32
7.9.3. Hábitos alimenticios e higiene	33
7.10. Escala de Likert... Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuida de la salud bucodental en padres mexicanos y colombianos.	33
8. CONCLUSIONES	35
9. BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN

El valor social que tienen los individuos en cuanto a su salud bucodental es generado a partir de las herencias, vivencias y experiencias que el contexto cultural, el entorno socio familiar y el espacio en el que se desarrollan, les permite. En este sentido es importante redefinirla no como un problema estrictamente médico sino en su dimensión social. Cuando un individuo se forma dentro de la percepción de la salud como un factor importante para su desarrollo, la calidad de vida podrá entonces ser conservada.

La funcionalidad de las estructuras bucales que permitan la fonación, la deglución, la masticación y la estética son factores vitales cuando se habla de salud bucodental, pero es evidente que no todos los individuos les dan el mismo valor, factores como el económico, la accesibilidad a los servicios de salud y el conocimiento o desconocimiento de los efectos devastadores de la presencia de caries dental y enfermedad periodontal, determinan la calidad de la salud bucodental y aunque la enfermedad tiene un gran componente biológico, ésta no niega su carácter social, donde el factor cultural, entendido en su dimensión estricta, es el que perfila las actitudes. Dicho carácter es además en la actualidad un tema de salud pública, dado que la actitud aumenta el riesgo biológico de enfermedad no solo en la salud bucodental, sino en general.

Ahora bien, en la mayoría de los países, los escolares son uno de los grupos prioritarios en términos de programas sanitarios y si bien es cierto que las encuestas revelan el impacto de las patologías bucales acumuladas en ellos pocas veces se describe la participación de la madre y del padre, en la trasmisión de los conocimientos sobre autocuidado de la salud bucodental por lo que esta investigación tiene como propósito presentar algunos

aspectos referentes a esto en dos grupos de padres residentes en la Ciudad de México D.F, México y de la Ciudad de Armenia, Colombia amén de conocer, como esta formación a influido en los niños y sigue influyendo en su vida adulta, y si amerita dirigir la formación preventiva no en los niños directamente, sino en los padres, ya que son ellos los responsables de la salud de sus hijos hasta cierta edad.

2. ANTECEDENTES

Durante años, se ha tenido conocimiento de la influencia de los padres en las actitudes y prácticas de los menores; algunos estudios revelan que el nivel educativo de estos marca el estado de salud bucal de los últimos en porcentaje significativo.³ Si se tiene en cuenta que los sistemas de salud pública en los países latinoamericanos son deficientes en cobertura y más aún en prevención,^{3,-5,8} el cuidado bucal queda en manos de los padres, que aplican el saber popular para atender a sus hijos.¹

Los conocimientos y prácticas en salud, sufren cambios significativos de un sitio a otro dentro de un mismo país²⁻⁴ ya que la alimentación, creencias y costumbres son diferentes, aún cuando hablamos de una sola región, esto se ve directamente afectado por el nivel educativo y socioeconómico de la población, lo que hace más complejo la generalización²⁻⁹

El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad escolar de los menores, es en cuanto a salud bucal manejado solamente por los padres y en este sentido, la televisión tiene como objetivo la venta de productos para adultos, lo que deja fuera de cobertura dicha población. Si se tiene en cuenta que este es uno de los medios masivos de comunicación que mas injerencia tiene en la población, se vería modificado el esquema preventivo.^{10, 11}

En algunos países como Perú se emiten comunicados, donde se previene a la población acerca del uso de los dentífricos en menores de seis años, pues empieza a mostrarse un efecto adverso en esta población, por exceso de flúor, ya que las personas no tienen conocimiento de las cantidades que deben ser utilizadas en los niños y utilizan dentífricos con cantidades mayores a 500 ppm, problema que se ve aumentado, por las proporciones

que se usan, ya que para estas tampoco existe una información fehaciente y masiva.

En Colombia, de acuerdo con el III estudio en salud bucal se afirma que hubo una reducción significativa en cuanto a las enfermedades bucales de mas impacto, que son la caries y la enfermedad periodontal, resultado que atribuyen a la información que recibe la población, alguna impartida por el gobierno y otra por casas comerciales, con regulación del ministerio de salud. Aunque documentos más recientes muestran como se mencionó anteriormente los efectos de la información que recibe la gente, pues los comerciales emitidos, en los que se patrocinan los productos de limpieza, las cremas dentales son manejadas en proporciones inadecuadas para niños y adultos, por ejemplo, en algunos comerciales el cepillo rebosa de este producto para lograr una “sonrisa impecable”, además no se informa acerca de las cantidades de flúor y de la importancia de utilizar cremas especiales en niños menores de seis años y mayores de dos. Tal vez si la publicidad televisiva se enfocara en dar información acerca del uso correcto de estos productos, el aprendizaje en salud bucal tendría un mayor impacto.^{2, 11}

La educación es una de las armas más importantes en el desarrollo de una persona. Si se parte de la base educativa que son los padres, familiares, educadores y profesionales de la salud, estos deben contar con los conocimientos suficientes para favorecer los cambios en el comportamiento en cuanto a salud bucal de los menores. Una de las teorías que se utiliza con mayor frecuencia para predecir comportamientos de búsqueda de salud es el Método de Creencias de Salud, reformulado por Rosenstock¹³. El análisis de este modelo muestra que contiene tres factores esenciales:

- Las percepciones individuales respecto a la susceptibilidad y gravedad de la enfermedad,

- Los factores modificadores de estas percepciones, entre los que se encuentran las variables demográficas, socio psicológicas y estructurales.
- Los factores que determinan la probabilidad de efectuar una acción en salud, con los beneficios y las barreras percibidas para realizar las acciones.

En este modelo se pone gran énfasis en los procesos cognitivos que median los cambios de actitudes y conductas. Al respecto el grupo de expertos de Educación para el Auto cuidado de la Salud, OMS, manifiesta que “no se puede esperar que las personas cambien su comportamiento o adopten nuevos comportamientos si no perciben una base lógica para ese cambio o si los cambios son inconvenientes con sus prioridades”.¹³

Es imprescindible, entonces, hacer que los programas de educación para la salud tengan la potencialidad suficiente para que el cambio de comportamiento que se desea obtener se produzca. A pesar de esto, el aumento de conocimientos no asegura el cambio conductual, aunque si crea un ambiente favorable, como lo demuestran estudios asociados con el conocimiento y su asociación positiva con la práctica.^{9,13}

El conocimiento sobre salud es necesario interiorizarlo antes de que el paciente tome la decisión de realizar una acción con respecto a su salud, pero probablemente la acción no ocurrirá, a menos que reciba un estímulo capaz de motivarlo a realizar la acción. Acá entran en juego los factores reforzadores, que apoyan las conductas y que comúnmente son los padres, los maestros, educadores de la salud y los grupos de amigos, que influyen

positivamente en los menores. Los medios de comunicación y especialmente la televisión, también actúan como reforzadores.¹³

En México, hay estudios que demuestran la participación de la madre como multiplicadora de experiencias preventivas, esto se ve reflejado en la asistencia a los sitios de atención, cuando aún se puede hacer un trabajo al respecto con los menores, sin embargo quedan muchas cosas por hacer, en materia de prevención a nivel masivo.

Según lo que revelan dichos estudios las concepciones que se tienen sobre salud bucal la mayoría de las veces, han sido transmitidas de padres a hijos y no con un fundamento científico, que les permita modificar las actitudes, de manera favorable en todos los casos. Aunque, un estudio realizado en 1998, en México, demostró que el conocimiento mas frecuente en salud bucal de los padres fue de nivel moderado con un 60%, sin embargo en esta investigación prevalece población con niveles de secundaria completa. (Díaz-Martínez y col, 1998).¹⁶

En la mayoría de los estudios se muestra que las campañas preventivas realizadas en estos países no alcanzan a tener la cobertura que se quisiera y por lo regular se enfocan hacia la población infantil y a los educadores, lo cual requiere de la participación de los individuos como sujetos políticos además del gobierno y de las entidades de salud, para crear una consciencia de salud en la población a partir de la individualidad y la preocupación por si, el amor propio, algo que no esta peleado con la economía, aunque se tenga esta concepción.^{9-11,13-16}

Dichos estudios coinciden en la importancia de la educación en salud de la población y lo que es más importante, del crédito que tienen los padres y la escuela al respecto, si se tienen en cuenta estos datos, al momento de ver a una población con diferencias socio económicas, culturales y topográficas,

se encuentra una constante, a la que se debe enfocar el esfuerzo (padres y escuela), tomándola como base para la difusión de la información de interés para hacer masivo el proceso educativo, sin olvidar lo que se menciono anteriormente como un componente importante del aprendizaje: el valor de cada individuo, en particular .

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un mundo tan diverso, con una población donde la problemática social depende en parte del entorno, además de la individualidad que nos da el ser personas, se vuelve interesante, saber, como influyen estos factores en la salud oral cuando a la observación nos da la idea de un contexto despojado de la influencia directa del personal de salud, al cuidado de la misma y los cuidadores de la población menor tienen que buscar los medios para cubrir este aspecto importante de la vida, a través de una concepción, tal vez empírica de ella y bajo la información que la familia, ellos como individuos y el entorno cercano les permite.

¿Qué concepciones de salud oral subyacen a las prácticas culturales y hábitos alimenticios creados en los niños de seis a diez años de dos contextos culturales particulares y qué sentidos generan en el cuidado responsable y sostenible de su salud oral?

4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio como el presente permite, por un lado, conocer dos modelos culturales de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre salud bucal tienen una muestra de padres de familia mediante estudio dialógico de corte etnográfico, que aunque latinoamericanos, por sus comportamientos culturales y acorde con observaciones no sistematizadas, muestran grandes diferencias en relación a las prácticas culturales y hábitos alimenticios que marcan el desarrollo de su primera y segunda dentición y por el otro,

con el reconocimiento y comprensión de las prácticas de ambos grupos se pretende recuperar elementos que son propiamente culturales y que permitan valorar, de manera crítica, las políticas educativas en salud oral implementadas desde los estados y establecer un diálogo entre ambos contextos para proponer enriquecer las prácticas educativas en relación con la salud bucal de los niños y niñas de ambos países, desde reconocimiento y particularidades como culturas de manera que ambos vean cualificadas sus prácticas.

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Determinar el perfil cultural de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en padres de escolares de 6 a 10 años, de una escuela primaria del DF (México) y una de Armenia – Quindío (Colombia) durante el periodo escolar 2007- 2008.

5.2. ESPECIFICOS

1. Determinar los conocimientos actitudes y prácticas que sobre salud bucal tienen los padres de escolares de 6 a 10 años, por edad, género, ocupación y nacionalidad
2. Identificar las actividades de prevención bucal que las madres refieren se llevan a cabo en la escuela de sus hijos
3. Determinar la fuente de obtención de conocimientos que sobre salud bucal refieren las madres

4. Determinar los diferentes aspectos que las madres refieren haber enseñado a sus hijos sobre la presencia de biopelícula dental, higiene bucal y conocimiento sobre caries dental
5. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre autocuidado de la salud bucal tienen las madres y padres mexicanos y colombianos

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Durante el mes de Agosto y septiembre se visitaron las escuelas pertenecientes a la Ciudad de México y la ciudad de Armenia en Colombia, por medio de oficio dirigido por la Universidad, con el fin de obtener la autorización por parte de las directivas de cada escuela, para la realización del estudio. Una vez se obtuvo la aceptación de estas, se acordó el día para la elaboración de una encuesta, que nos permitiera tener conocimiento de las concepciones de los padres en salud bucal.

El 10 de Septiembre se realizaron las encuestas de la escuela Ejercito Nacional de la Ciudad de México, día en el cual la escuela citó para un informe a los padres de familia, contando con una muestra de 167 padres, que respondieron el mismo día y posteriormente, se realizó la tabulación de las encuestas realizadas en dicha escuela, para viajar a Colombia el 20 de septiembre, con el fin de hacer la recolección de datos correspondiente a este país. El 27 de Septiembre se realizaron las encuestas en la escuela Santa Eufrasia, perteneciente al CASD, de la ciudad de Armenia, pues se efectuó una reunión de padres de familia en esa fecha, lo que facilitó la toma de la muestra, que fue de 166 padres. Para ambas muestras se tomó como parámetro el 50% de la población de padres. En la recolección de datos realizada en Colombia, se contó con la colaboración de treinta alumnos del Colegio CASD Quindío, previamente preparados para colaborar a los padres con las diferentes dudas que surgieran al respecto. Se concluyó la recolección de las encuestas en la mañana del 27 de septiembre.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Se sustenta sobre un modelo comparativo de tipo transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Padres y madres mexicanos y colombianos de escolares inscritos en escuelas primarias públicas

6.4 MUESTRA

333 padres y madres: 166 colombianos, 167 mexicanos

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres y madres de escolares de 6 a 10 años de edad que deseen participar en el estudio y respondan la encuesta
- .Padres de ambos turnos

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Encuestas que cumplieran con los criterios de inclusión pero que no estuvieran firmadas o llenadas completamente

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucodental
- Edad y género
- Escolaridad y ocupación

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

Independiente: nacionalidad

Dependiente: conocimientos, actitudes y practicas sobre autocuidado de la salud bucal

6.9 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	OPREACIONALIZACION DE LA VARIABLE	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos	Valor en años cumplidos	razón
País	Muestra por país	México	Nominal
		Colombia	
Escolaridad de los padres	Relación entre la escolaridad de los padres y el conocimiento en salud oral	Secundaria	Ordinal
		Preparatoria	
		Educación técnica	
		Universidad	
Ocupación de los padres	Relación entre el oficio del padre y de la madre y el su acceso a la asistencia en salud	Empleado	Ordinal
		Obrero	
		Comerciante	
		Hogar	
		Técnico	
		Profesional	
Seguridad Social	Relación entre la entidad de salud a que pertenecen según el país y la ocupación	MEXICO	Nominal
		Ninguno	
		Centro de Salud	
		IMSS	
		Privado	
		COLOMBIA	
		Ninguno	
		Centro de Salud	
		EPS	
		Privado	
Atención odontológica	Visita odontológica con los menores como medida preventiva	No lo llevo	Nominal
		Cuando le duele	
		Revisión preventiva	
Cuidados de los padres	Revisión de los dientes a los hijos	SI	Nominal
		NO	
Uso de biberón	*Dormir con biberón	SI	Nominal
	* Endulzar el biberón	NO	
Conocimientos sobre autocuidado de la salud bucodental	Conocimientos en salud bucal de los padres	Incorrecto 1	Ordinal
		Ni acuerdo ni en desacuerdo 2	LIKERT
		Correcto 3	

7. ANALISIS DE LA INFORMACION Y RESULTADOS

7.1. Edad:

Para la realización del presente estudio se escogieron padres de menores entre los 6 y los 10 años; los cuales presentaron un promedio de edad similar en ambos países, permite observar que la edad de los padres puede ser un factor favorable para las prácticas y conocimientos de salud oral entre padres e hijos, ya que se rompen ciertos parámetros de autoridad existentes en generaciones anteriores que limitaban mucho más la comunicación entre unos y otros. (Gráfico 1)

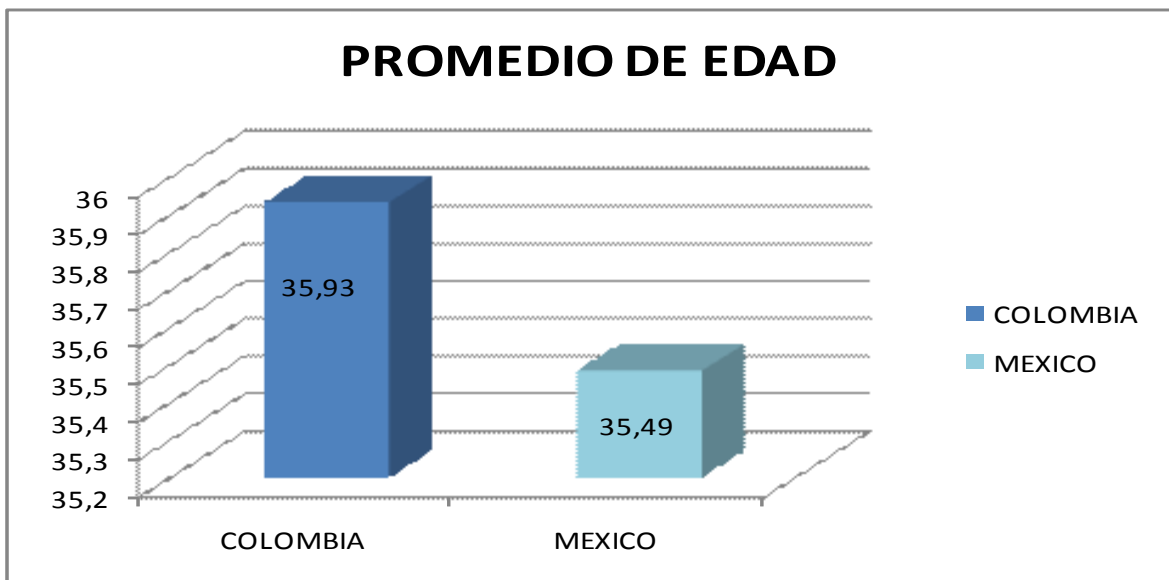


Gráfico No. 1 Comparativo promedio de edad Padres Colombianos Vs Padres Mexicanos

7.2. Género:

En ambos países la muestra evidencia una mayor asistencia de madres de familia a las reuniones escolares y por tanto la variable se ve significativamente incrementada hacia este género. Puede inferirse además,

que las madres presentan aún niveles marcados de ocupación hacia el hogar y dedican un mayor tiempo al cuidado de sus hijos. (Gráfico 2)

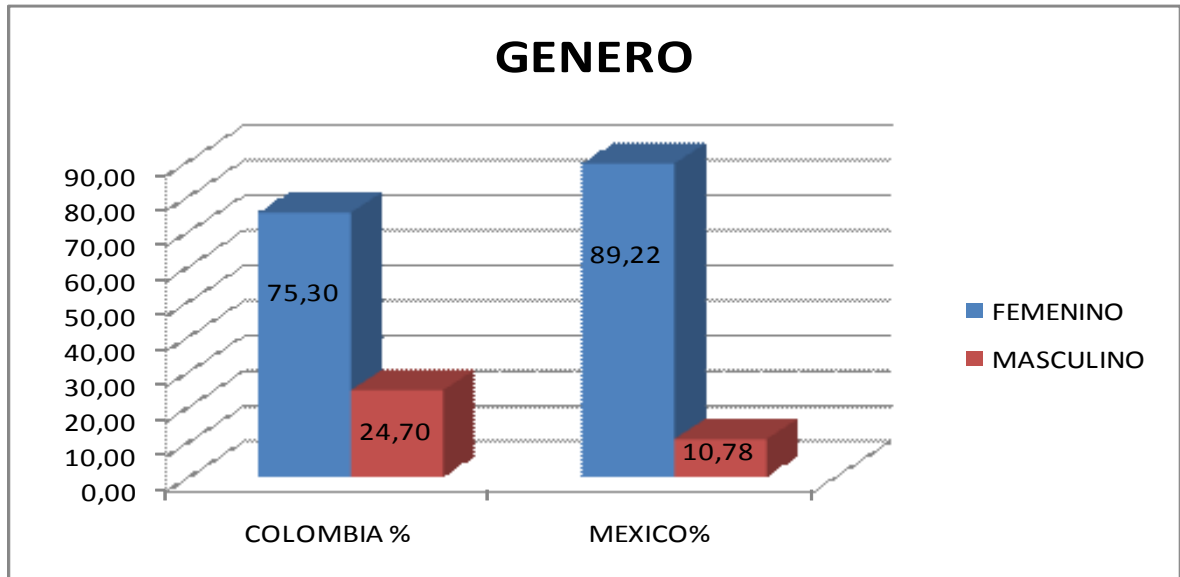


Gráfico No. 2: Comparativo en porcentaje de género de los padres encuestados en Colombia y México sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral.

7.3. Ocupación de los Padres y el acceso que tienen a los servicios de salud:

Al hacer un comparativo entre la ocupación de los padres y el acceso a salud, se puede notar que los padres colombianos aunque tienen ocupaciones similares poseen una seguridad social que en los padres mexicanos se ve disminuida, ya que necesitan de los centros de salud, los servicios privados o ninguno para satisfacer sus necesidades. Además es importante mencionar, que la mayoría de las madres se ocupan del hogar, por lo que siguen siendo cuidadoras por excelencia y la máxima fuente de formación para los niños.

Teniendo en cuenta que la ocupación de los padres, es en su mayoría empleado, la calidad de los servicios de salud que le brindan las entidades

estatales y prestadoras de salud, no es suficiente para mejorar su condición, ya que no pueden cubrir los vacíos que dejan dichas entidades por falta de recursos económicos en ambos países. (Gráficos 3 y 4)

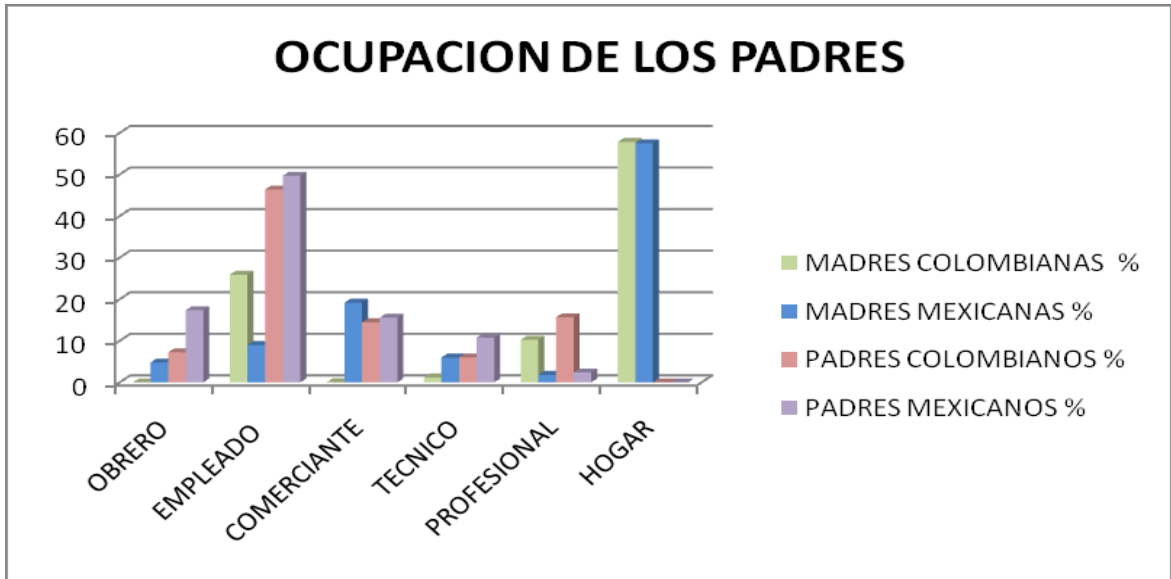


Grafico No.3: Comparativo en la ocupación de los padres y madres Mexicanos y Colombianos

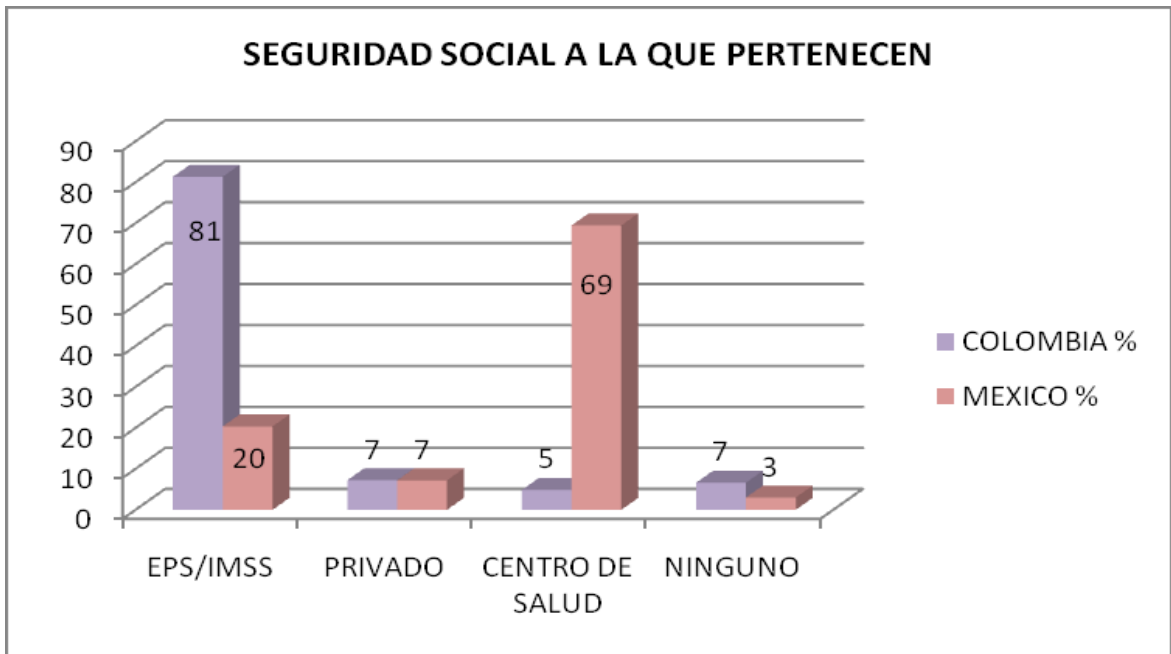


Grafico No. 4: Comparativo del acceso a servicio de salud de los padres mexicanos y colombianos

7.4. Escolaridad de los padres

Aunque la escolaridad de los padres es en su mayoría baja, es decir solo llega hasta la secundaria, los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen sobre salud bucal son relativamente buenos, puesto que los puntajes en promedio en ambas poblaciones son altos. No obstante se debe revisar con mayor profundidad cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas en los que más se han enfocado las poblaciones. Resulta relevante mirar que las encuestas muestran unos niveles de apropiación del conocimiento adecuado, pero ellos no se corresponden en la práctica, pues si bien el padre de familia reconoce algunos de los elementos preventivos, no los usa, como se podrá observar posteriormente en las gráficas referentes a los hábitos alimenticios. A pesar que la formación en las madres tanto mexicanas como colombianas es similar a la de los padres y en algunos casos es mayor, el ejercicio de la profesión queda relegado al hogar como se nota en la gráfica No. 3.

En ambos países se observa un bajo nivel de escolaridad para la mayoría de los casos, lo que podría indicar que para casos particulares que requieren de cuidado especial, los padres no tendrían los suficientes conocimientos, para priorizarlos.

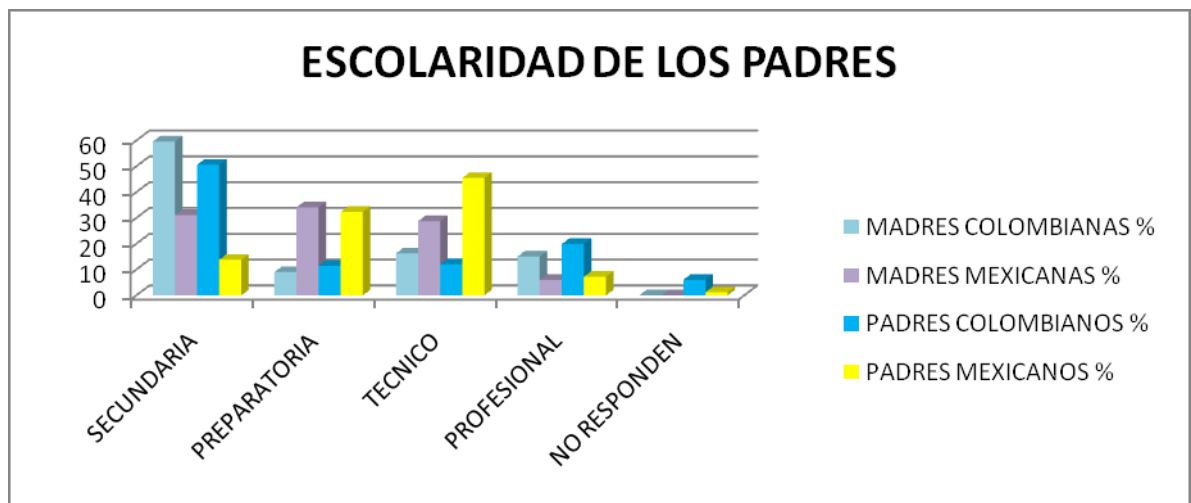


Grafico No.5. Porcentaje de escolaridad de los padres y madres colombianos y mexicanos

7.5. Visita odontológica con los menores, como medida preventiva:

En ambos países es significativa la visita al odontólogo para revisión, lo que denota un interés marcado en la prevención de las enfermedades bucodentales, aunque los conocimientos en salud oral son favorables, la población colombiana tiene una mayor tendencia a las prácticas preventivas y la mexicana a las curativas.

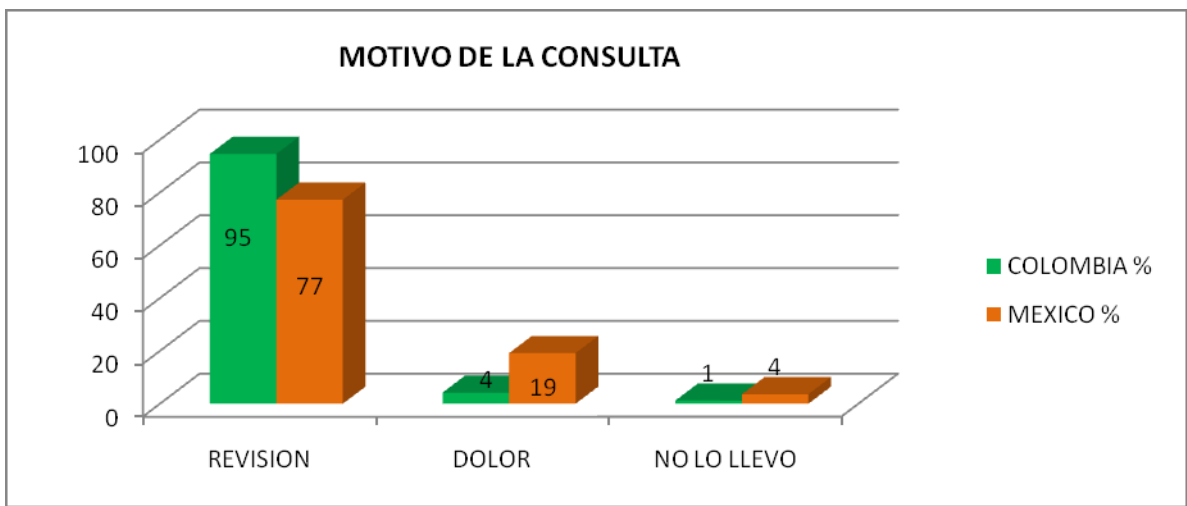


Grafico No. 6 Motivo de la consulta odontológica de los padres con los menores, en México y Colombia

7.6. Cuidados de los padres:

En ambos países todos los padres encuestados afirmaron que le revisaban los dientes a sus hijos y en su mayoría lo hicieron para verificar que estuvieran bien cepillados o que no presentaran caries, algunos observaron si estaban cambiando de dientes. Por lo que se puede afirmar que los padres están al pendiente de la salud de los menores y que en la medida de sus conocimientos, procuran atender sus necesidades. Es importante destacar que los padres colombianos dieron más relevancia a la revisión del cepillado,

que a los dientes picados, evento que fue inverso con los padres mexicanos, lo que habla de una mentalidad más enfocada a la prevención en los primeros, pues se ve relacionada con la frecuencia en que hacen la revisión y con la cultura que tienen hacia la salud; es decir no se concibe como un alivio a la enfermedad, sino como un asunto de bienestar, mientras que en los segundos se hace énfasis en detectar la enfermedad, lo que indica una concepción de salud como la cura de ésta.

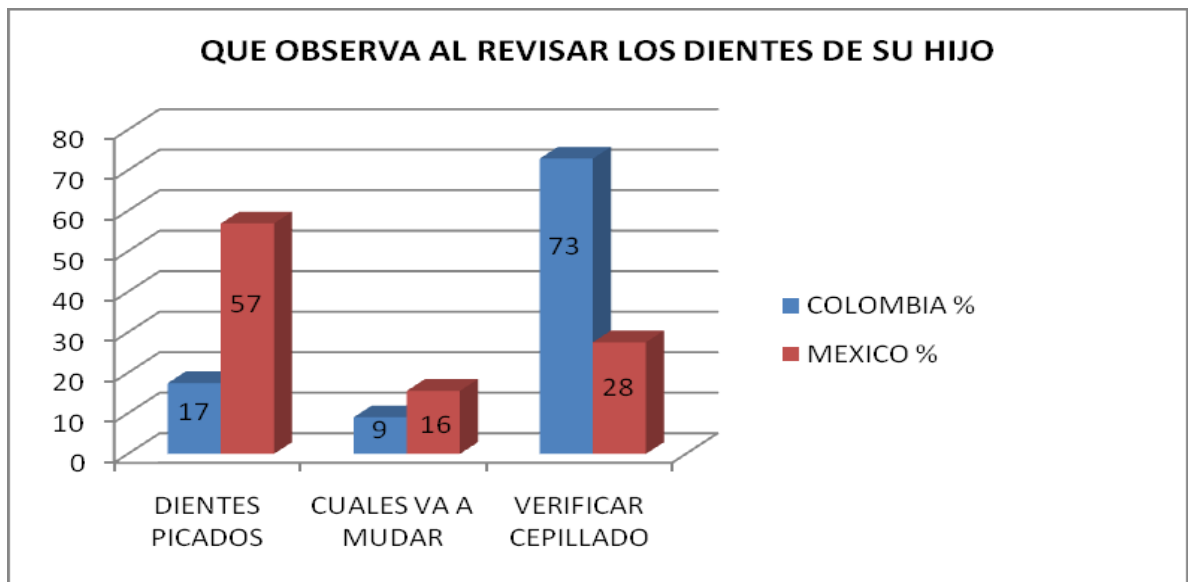


Gráfico No.7. Cuidados de los padres mexicanos y colombianos.

7.7. Uso de biberón como factor de riesgo para caries dental

Respecto al uso de biberón como factor de riesgo para caries se puede notar una gran diferencia entre la respuesta que dan los padres colombianos y los mexicanos, cuando se les pregunta acerca sus hijos: si les permitieron dormir o no con biberón; los primeros contestaron en su mayoría que no, mientras que los segundos lo afirmaron. En ambos países los padres muestran valores parecidos cuando se trata del endulzante que usan en el

biberón, aunque la mayoría de los colombianos no lo endulzaron. En cuanto a los hábitos de higiene, en ambos países se mostró un valor parecido respecto al cepillado dental, además fue él que más usaron como método preventivo para caries y la baja en la ingesta de carbohidratos fue el hábito alimenticio más mencionado, aunque cuando se habla del endulzante del biberón y el uso nocturno del mismo, esta medida preventiva no es aplicada por la mayoría de los padres mexicanos.

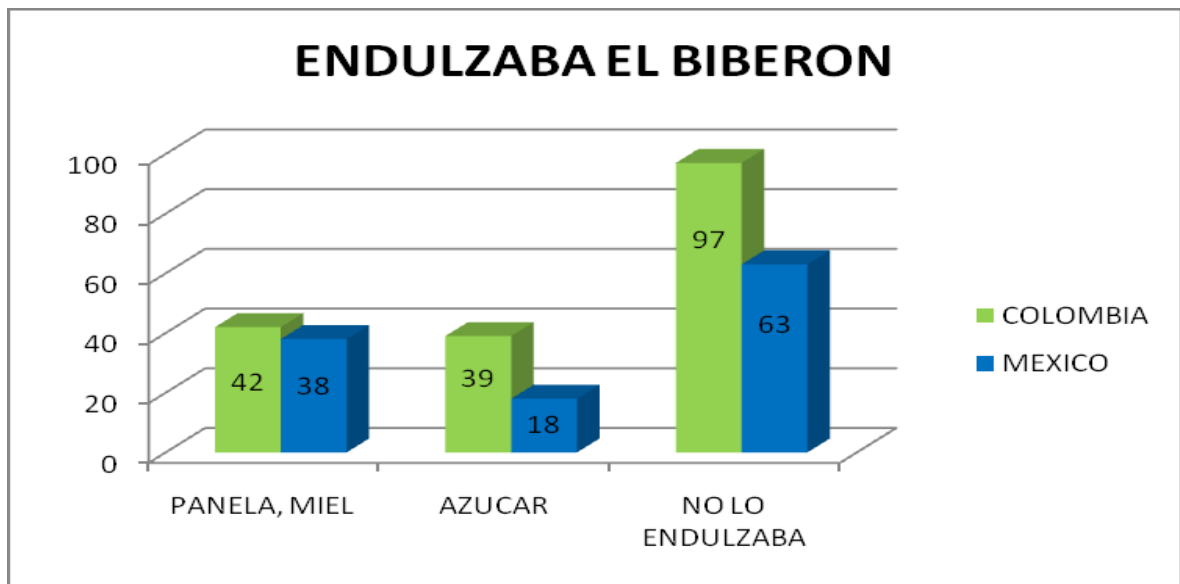


Gráfico No.8. Endulzaban el biberón y con qué. Comparativo entre los padres mexicanos y colombianos, respecto a este hábito.

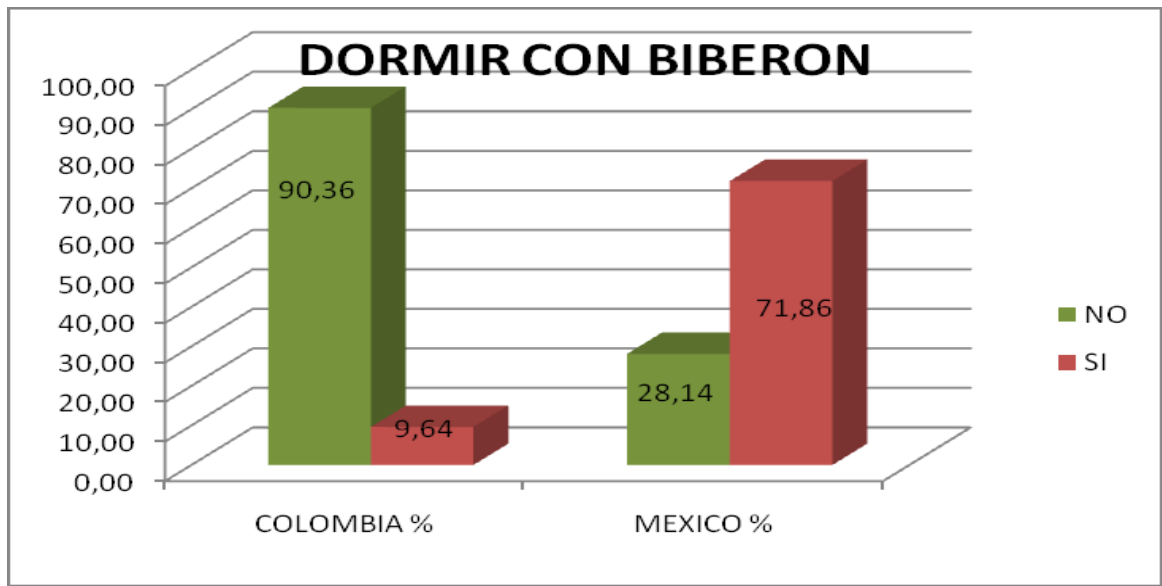


Gráfico No. 9. Dormir con biberón. Comparativo entre el hábito de dormir con biberón entre los menores mexicanos y colombianos, según el dato aportado por los padres.

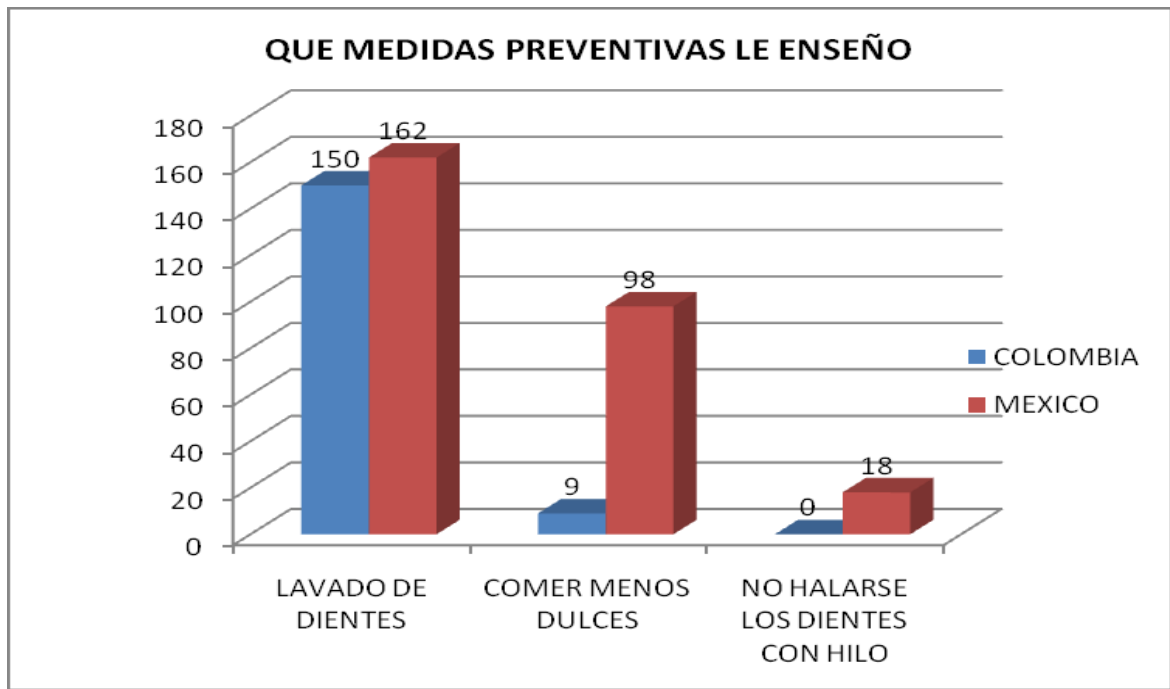


Gráfico No.10. Medidas preventivas adoptadas por los padres mexicanos y colombianos para evitar enfermedades bucodentales.

7.8. Medio por el que obtuvieron la información:

Ambas poblaciones presentan valores similares en los medios por los que adquirieron la información que tienen en salud, aunque la población mexicana se vio más influenciada por la televisión, medio que sigue siendo de gran impacto para la realización de campañas educativas y la colombiana por la entidad de salud o el profesional, lo que nos muestra nuevamente la importancia de la cobertura en salud que tienen ambos países, pues es directamente proporcional a esta variable.

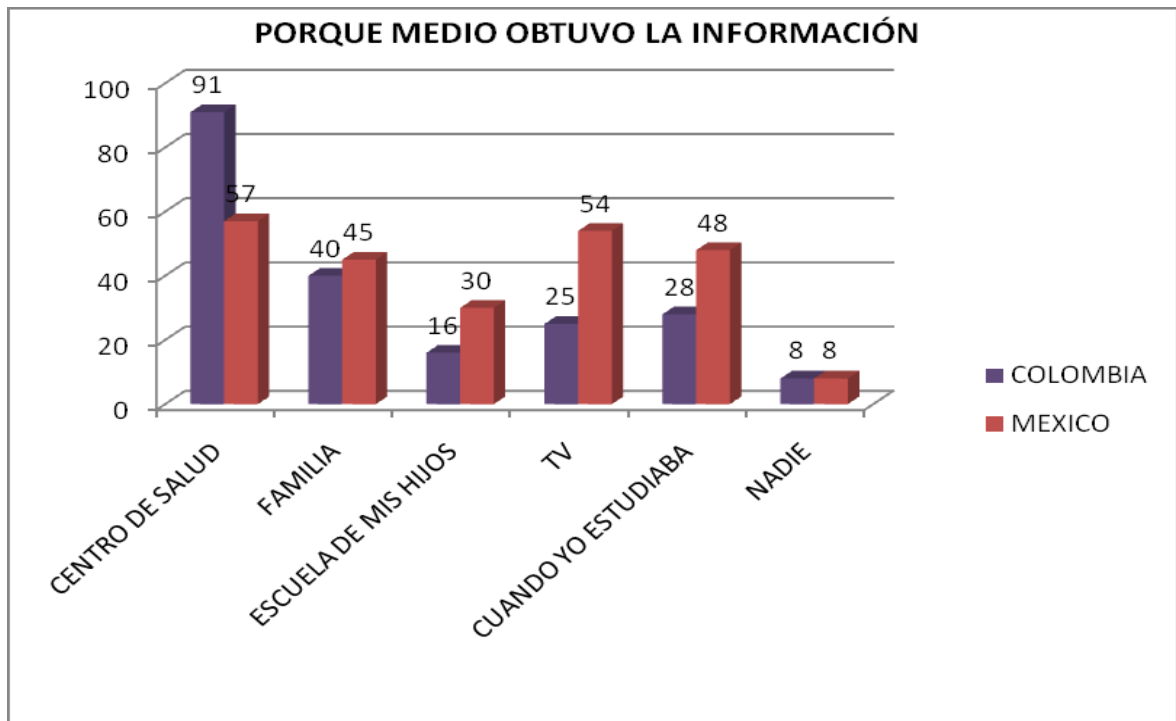


Gráfico No. 11. Medio por el cual se obtuvo la información que tiene sobre salud oral. Comparativo entre padres colombianos y mexicanos.

7.9. Nivel de Conocimientos, actitudes y prácticas por eventos:

7.9.1. Caries dental

El nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los padres de ambos países, tiene un comportamiento similar en la gráfica, sin embargo se puede notar que algunos padres colombianos estuvieron por encima de la puntuación promedio, así como inmediatamente debajo, en proporciones similares, mientras que la mayoría de padres mexicanos estuvieron dentro del promedio de puntuación.

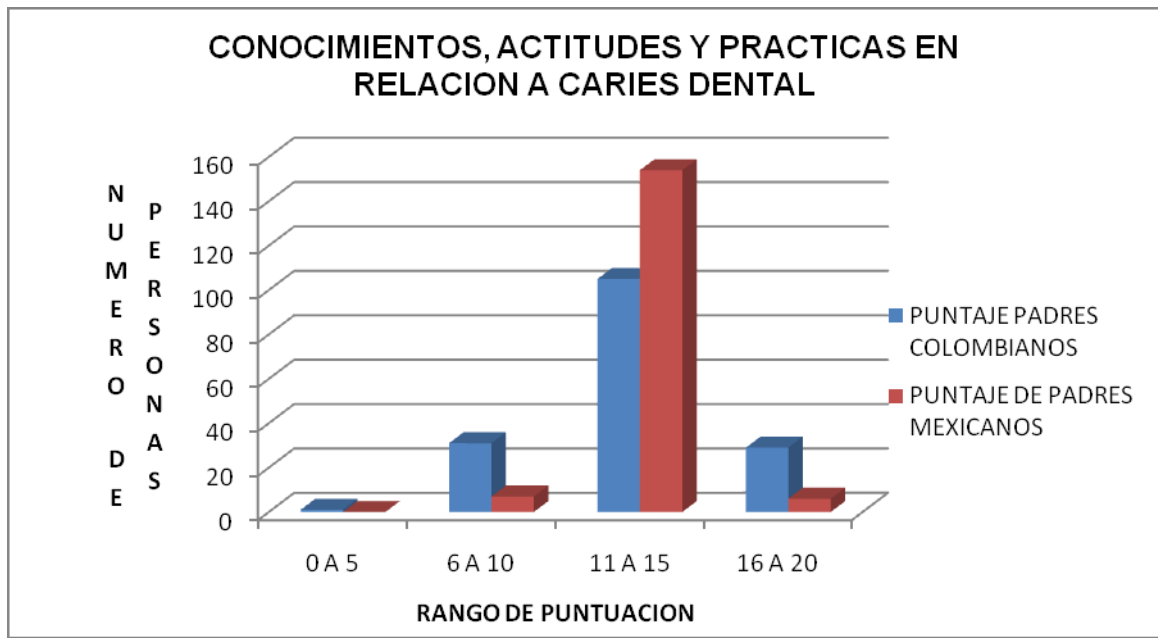


Gráfico No.12. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a caries dental, de los padres mexicanos y colombianos encuestados. Escala de Likert.

7.9.2. Gingivitis:

La población de ambos países, de nuevo muestra niveles de conocimientos, actitudes y prácticas similares, aunque se ve una diferencia notoria en la puntuación de 11 a 15 obtenida por los padres colombianos, lo que nos podría marcar un mayor acceso de cierta parte de la población, al conocimiento respecto a la gingivitis.

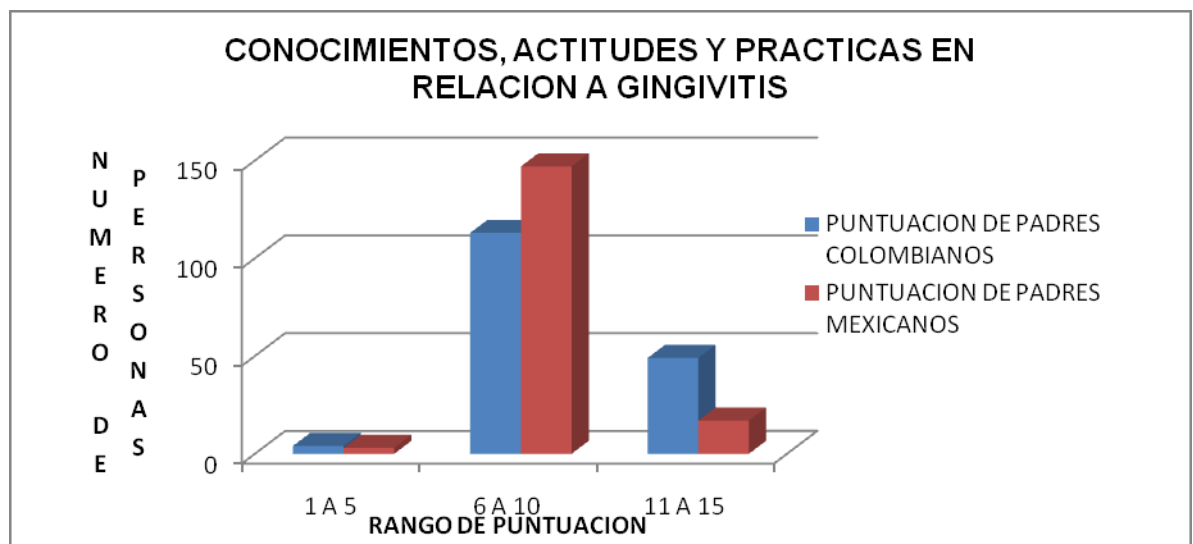


Grafico No.13. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la gingivitis de los padres colombianos y mexicanos. Escala de Likert

7.9.3. Hábitos alimenticios e higiene:

Es importante en esta variable hacer un comparativo de los gráficos, puesto que los valores de conocimiento que nos da la escala de Likert, son buenos en cuanto hábitos para ambos países; pero si miramos las otras gráficas se observarían las diferencias



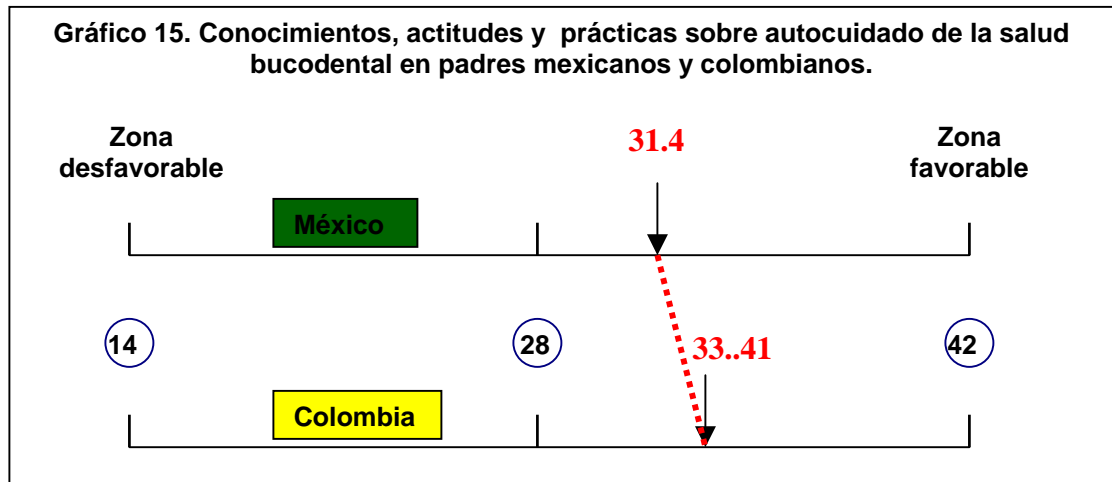
Gráfico No. 14. Conocimientos actitudes y prácticas en cuanto a los hábitos alimenticios y de higiene de los padres mexicanos y colombianos. Escala de Likert.

7.10. Escala de Likert... Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado de la salud bucodental en padres mexicanos y colombianos

Para construir la gráfica se consideraron las tres variables de forma conjunta (conocimientos, actitudes y prácticas) como efecto y se tomaron en cuenta las tres opciones de respuesta para cada ítem, así, si los 14 ítems se calificaran con un punto (todos incorrectos) el inicio de la gráfica refleja 14 puntos, si los ítems se hubieran calificados con dos puntos se tienen 28

puntos y si los mismos ítems se hubieran calificado con tres puntos (todos correctos) se tienen 42 puntos.

El promedio de puntaje obtenidos por los padres mexicanos fue de 31.4 y el de los padres colombianos fue del orden de 33.41 puntos, esto sitúa a las tres variables medidas conjuntamente más cercanas a la zona favorable, es decir, en ambos contextos culturales, los padres están por arriba del promedio del puntaje, sus conocimientos, prácticas y actitudes están, en promedio, más cercanos a lo correcto, si se les diera más información y mayor accesibilidad a servicios de salud tienen las bases para promover estilos de vida saludables en sus hijos.



El análisis estadístico demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en términos de conocimiento, actitudes y prácticas cuando las tres variables son analizadas conjuntamente en ($p < 0.05$), las diferencias de puntaje son evidentes cuando se analizan por eventos como caries, gingivitis, higiene, etc.

8. CONCLUSIONES

- Los resultados encontrados frente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral, no muestran diferencias significativas entre ambos contextos culturales.
- Sin embargo, se evidencia que no existe una relación entre los conocimientos en prevención oral frente a las actitudes y prácticas sobre la misma, evidenciado en el mayor número de revisiones bucales con daños ya causados o fines curativos en la población Mexicana y una revisión para medidas preventivas como el cepillado en la población Colombiana.
- Se hace importante entonces, que las campañas educativas sean dirigidas a los padres que son los primeros en dar la información adecuada a sus hijos y así ampliar la cobertura a los niveles esperados.
- Si se enfoca la educación en salud a generar amor hacia el individuo como ser integral, único e irrepetible, la conservación de éste se haría más simple y agradable.
- Es prioritario generar programas de aprendizaje a partir de la importancia y el valor que se tiene como ser humano y su reconocimiento, lo cual le permitirá tener un comportamiento amable hacia su salud bucal e integral, así como la de los seres que le rodean, lo que sería una premisa fundamental en el cuidado de su vida cotidiana.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Caricote E, Figueroa E. Revista educación en valores. ISSN 1690-7884, N° 5, 2006. pp 69-78.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y prevención. III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio Nacional de Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas. Primera Edición 1999. Tomo III. Impreso en Colombia.
3. Navas R, Rojas T, Zambrano O, Álvarez C, Santana Y, Viera N. SALUD BUCAL EN PREESCOLARES: SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES Y NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES. Interciencia, noviembre, año/vol 2002/ 27 , número 011. Asociación Interciencia Caracas, Venezuela p.p 631-634.
4. González F, Alfaro L, Nieto C, Carmona L. Evaluación de las condiciones de salud oral y los conocimientos en niños escolarizados entre 5 y 14 años de la población de Boquilla- Cartagena de Indias 2005. Revista Científica Vol.12. No. 1 – 2006.
5. Calatrava L. La producción de conocimientos en salud bucal. Un bien escaso y costoso. Ciencia Odontológica ISSN 1317-8245. Universidad del Zulia. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. Maracaibo- Venezuela. 2004.
6. Ruiz Feria N, González Heredia E, Soberats Zaldívar M, Amaro Guerra I. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. Instituto Superior de Ciencias Médicas. MEDISAN 2004:8(3).
7. Seudónimo: Sistémicos. Situación actual de los programas preventivos de la salud bucal en el contexto de Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. No. XXI diciembre 2004. Bogotá D.C. Colombia.
<http://encolombia.com/odontologia/foc/foc20102-perfil4.htm>

8. Tascón J, Aránzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. Primer molar permanente: Historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. *Revista Colombia Médica*. Corporación Editora Médica del Valle. ISSN: 1657- 9534. Vol.36, Num. 4S3, 2005, p.p. 41-48
9. Medina Solís C, Maupomé G, Ávila Burgos L, Pérez Núñez R, Pelcastre Villafuerte B, Póntico Loyola A. Políticas de Salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Rev Biomed* ; Vol. 17/No.4/Octubre – Diciembre,2006. Pag. 269-286.
10. Gutiérrez M, Ortiz L, Albino J, Castillo S, Catpo A, Salazar J, Tello R, Villalba H. Eficacia de dos métodos didácticos en la actitud del niño para la preservación de la salud bucal. *Odontología Sanmarquina* ISSN: 1560-9111. Vol. 10(2): 8-11. Perú.
11. Martignon S, Bautista G, González M, Lafaurie G, Morales V, Santamaria R. Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de niños menores. *Rev. Salud Pública*. 10(2): 308-314, 2008. Bogotá Colombia.
12. Maupomé G, Borges SA, Ledesma C, Herrera R, Leyva ER, Navarro A. Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. *Salud Pública México* 1993; 35: 357-367.
13. Faisal, Vila M, Vilma G. La educación como punto de partida inicial en la prevención. Universidad Nacional del Nordeste. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2004.
14. Acuña Reyes Raquel. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ESTOMATOLOGIA PREVENTIVA EN PERSONAL DE ENFERMERIA ADSCRITA A LA UFM No. 14. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.14. Agosto 2008.
15. Miranda A, Tovar A, Yáñez D. El Saber Popular Materno ante el Herpes Simple Recurrente, Movilidad y Dolor dental en un grupo de una comunidad del Estado de México. En un Periodo de Agosto 2002

a Julio 2003. Tesis. Facultad de Estudios Superiores ZARAGOZA.
UNAM. México.

16. Córdoba JA, Bulnes RM. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer. Salud Pública. Villahermosa, Tabasco 2007.

ANEXOS

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado de la salud bucal en madres mexicanas y colombianas

La información que nos proporcionen será de gran utilidad para conocer algunos aspectos coincidentes y diferentes que sobre autocuidado de la salud bucodental transmiten una muestra de madres mexicanas y colombianas a sus hijos y el origen de la información

Nombre de la madre _____ **Edad** **País** México Colombia **No. hijos**

Ocupación de los padres

1) obrero 2) empleado 3) comerciante 4) técnico 5) profesional padre
6) hogar 7) desempleado 8) jubilado madre

Escolaridad de los padres (asentar la escolaridad concluida)

1) ninguna 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) educ. técnica 6) universidad padre
madre

¿Con que tipo de seguridad social cuenta?

México: 1) IMSS 2) ISSSTE 3) Centro de Salud 4) Privado 5) Ninguno

Colombia: 1) 2) 3) 4) Privado 5) Ninguno

¿Qué tipo de actividades preventivas conoce ud que se llevan a cabo en la escuela de sus hijos?

¿Quién las programa?

Cuando lleva a su hijo al dentista es para:

1) que le revise y cheque que todo esta bien 2) le coloque fluoruro 3) que le cure los dientes
4) cuando le duele un diente 5) no lo llevo

¿Acostumbra revisarle los dientes a su hijo? Si No

¿ Por que razón?

¿El conocimiento que ud tiene sobre la salud bucal por qué medio lo obtuvo?

¿Desde que en su hijo observó la presencia de dientes mencione lo siguiente:

Qué medidas preventivas para caries dental le enseñó: _____

Con que frecuencia le cepillo los dientes _____

Como le dijo que se llama la película blanca que se le forma sobre los dientes _____

Como le llamó a los dientes que presentaban desintegración y cavidades _____

¿Su hijo dormía con el biberón? Si No

¿ Lo endulzaba? Si No

¿Con qué lo endulzaba? _____

Conocimientos sobre autocuidado de la salud bucodental

La caries dental es producida por un virus

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La caries se desarrolla en las superficies de masticación de los dientes exclusivamente

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La gingivitis es una enfermedad de las encías exclusivamente

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La caries dental es factible de ser prevenida con el cepillado dental

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

No se debe cepillar la lengua de los pequeños porque sangra

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La gingivitis es una enfermedad de las encías que presentan los adultos exclusivamente

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La gingivitis se caracteriza por presentar inflamación de las encías

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La placa dentobacteriana es un factor de riesgo solo para caries dental

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

No se deben cepillar los dientes temporales o de leche de los pequeños

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

El cepillado elimina las bacterias y restos de alimentos de los dientes

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

Para tranquilizar a los niños se puede dejar que duerman con el biberón con el contenido endulzado toda la noche

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

Los carbohidratos presentes en la alimentación participan activamente en el desarrollo de caries en los pequeños

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

No hay problema en que los niños duerman con el biberón porque esto no es riesgoso para los dientes

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

La caries por alimentación se desarrolla por utilizar el biberón por largos tiempos

DE ACUERDO

NI ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO