La educación del infante como sujeto de la salud oral

Fernando Herrera-Salas,[1] Isela Lizbeth Arredondo-Velázquez,[2]
Leslie Fernanda Aguilar-Pérez,[3] Karen Michel Martínez-Aguilar,[4]
Liza Daniela Castro-Ramírez,[5] Tania Fabiola Hernández-Hernández[6]

Resumen

La relación del infante hacia su salud oral _ya sea positiva o negativa_ no se produce de manera espontánea o puramente fortuita, sino que por el contrario responde a una serie de pautas de crianza y cuidado, proceso inaugural cuyo impacto se extiende a lo largo de la vida del sujeto. Esta dimensión de la institución de la infancia, es decir la construcción del sujeto de la salud bucal, orientada hacia una relación ética de "sí consigo mismo" -como autorregulación, independencia y autocuidado_ no obstante, ha recibido poca atención por los especialistas del área, quienes básicamente han documentado la incidencia de padecimientos, pero desatendido las condiciones en que se produce el acceso al cuidado de la salud bucal y los patrones comportamentales en ella implicados. El presente trabajo mapea, a través del discurso de los infantes (dentro un rango de edades que oscila entre los 4 y 12 años) y el discurso de sus padres, tanto los estándares de higiene bucal, hábitos alimentarios, creencias relativas a la salud oral, estimación de las denticiones, como el acceso a la atención odontológica profesional, de modo que se pueda apreciar la forma en que se va instaurando la valoración y cuidado de la salud oral del infante situado en el contexto del grupo familiar.

Palabras clave: Infancia, Sujeto de la salud oral, Prácticas de crianza, Estándares de higiene bucal.

The Education of Child as a Subject of Oral Health

Abstract

The child s relationship to oral health -whether positive or negative- does not occur spontaneously or purely fortuitously, but instead responds to a whole series of parenting and care guidelines, inaugural process whose impact extends to long of the subject's life. This dimension of the institution of childhood, that is, the construction of the subject of oral health, oriented towards an ethical relationship of "itself with itself" _such as self-regulation, independence and self-care_ nevertheless, has received little attention by the specialists of the area, those who have basically documented the incidence of conditions, but neglected the conditions in which access to oral health care occurs and the behavioral patterns implied by it. The present work maps, through the speech of the infants (within a range of ages ranging from 4 to 12 years old) and the discourse of their parents, the standards of oral hygiene, eating habits, beliefs related to oral health, estimate of dentitions, such as access to professional dental care, so that the way in which the assessment and care of the oral health of the infant located in the context of the family group is established.

Key words: Childhood, Subject of Oral Health, Parenting Practices, Oral Hygiene Standards.

Recibido: 12 de octubre de 2018
Aceptado: 8 de enero de 2019
Declarado sin conflicto de interés

1 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. fherresal@gmail.com
2 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. isearrvel@hotmail.com
3 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. eslieaguilarprz@gmail.com
4 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. karenmiche@gmail.com
5 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. castroramirezdaniela@gmail.com
6 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. taniaahdz2@gmail.com

La evaluación de las denticiones: su significado en el desarrollo infantil y la vigilancia paterna

La infancia es la etapa en la vida humana caracterizada por un desarrollo fisiológico y mental supeditado a invariantes estructurales, así como por una serie de transformaciones anatómicas que resultan definitorias. Tal es el caso del desarrollo facial y dental donde, especialmente entre los 6 y 12 años, los cambios se hacen manifiestos. Lo más común es que durante esta etapa suceda la sustitución de la primera dentición por una segunda dentición ya de carácter permanente; no obstante, este proceso es equívoco, en diversos casos suelen presentarse desajustes.

Como ha sido ampliamente documentado (Revuelta, 2009; Sorolla, 2010), en esta etapa también se puede notar con mayor claridad la presencia de malformaciones en el desarrollo óseo (prognatismo o retrognatismo de los maxilares, etc.), padecimientos que competen a los hábitos de higiene (caries, enfermedad periodontal, etc.), y también se presentan hábitos perniciosos (morderse las uñas, respiración bucal, rechine de dientes, etc.), que aportan un efecto adverso sobre la salud bucodental del individuo.

Otra problemática en esta etapa, está referida a los traumatismos dentarios de diversas causas: caídas, práctica de actividades deportivas o accidentes en contextos cotidianos. Los motivos para asistir a consulta durante la infancia generalmente se limitan a alguna situación de urgencia (traumatismo, dolor, etc.), lo cual nos advierte que el infante está construyéndose en el campo de la salud oral como un individuo emergente o indeliberado, que enfrenta los problemas según se le presentan y sin ninguna previsión, lo cual limita también la acción preventiva del odontólogo direccionada a la atención profesional en etapas tempranas.

Los cambios en la dinámica y estructura familiar en nuestra sociedad globalizada, no dejan de impactar el estado de salud bucal. Mattos (2010), correlacionó factores socioeconómicos de familias peruanas, con la aparición de caries dental en niños. Encontró una mayor incidencia de caries en niños con padres que trabajan de manera independiente-informal, en contraste con infantes de padres que trabajan de manera dependiente-formal. Esto sugiere que los padres que pasan más tiempo fuera de casa, así como que no cuentan con un ingreso fijo, suelen poner menos atención al cuidado de la salud bucal.

Por su parte, Díaz, Arrieta & González (2011) mencionan factores familiares que ponen en riesgo la salud bucal y contribuyen a la aparición de caries dental, (jornadas extensas de trabajo de los padres y especialmente de la madre). Pero también se listan otros factores como el poseer más de cuatro hijos, nivel de funcionalidad-disfuncionalidad del grupo familiar, tipo de familia biparental o monoparental, entre otros, que pueden incrementar el riesgo de padecer caries o agravar los cuadros.

En síntesis, dado este incremento de padres ausentes, el infante generalmente se encuentra a cargo de un cuidador sustituto, el cual y de acuerdo con González, Sierra & Morales (2011) aunque tenga actitudes positivas para la promoción de la salud bucal, considera que la creación de hábitos de higiene y cuidado bucal esencialmente depende de la participación de los padres.

Los trastornos dentales y el perfil epidemiológico en la población infantil: perspectiva longitudinal

Una revisión del orden que guardan los padecimientos bucodentales en general y en particular los relacionados al periodo de la infancia, resulta tanto más pertinente en la medida en que se objetiva la necesidad de una construcción temprana de buenos hábitos de cuidado dental, bajo un proceso de vigilancia y cuidado, disciplina personal e independencia del infante.

En infantes, los principales padecimientos dentales resultan ser las caries y enfermedades periodontales. En nuestro país, la encuesta nacional de salud bucal de 1980 mostró que la prevalencia de caries en la población de 6 y 14 años era del 95%, del mismo modo señala que la presencia de caries es mayor conforme avanza la edad y el número de dientes cariados, por ende, aumenta. En cuanto a la prevalencia de las enfermedades periodontales, se encontró que el 94.7% presentan dicho padecimiento, y el rango de edad en que era más común fue de los 9 a 10 años de edad. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 1998-1999, mostró la prevalencia de caries dental en niños de 6 años de edad, y se encontró que en el Estado de Yucatán fue de 26.31% siendo el puntaje más bajo, mientras que en el Estado de México llegó al 87.69%, siendo el más alto en la prevalencia de caries (SNAVE, 2011).

Los traumatismos bucodentales son también trastornos de prevalencia significativa que afectan a las personas de distintas edades y principalmente a los niños. Estudios epidemiológicos realizados en dife-

rentes países indican que los traumatismos dentales están aumentando progresivamente en los últimos años, como consecuencia de los cambios introducidos en la vida moderna; los valores oscilan entre 15.3 y 58.6% de dientes dañados. La prevalencia de lesiones traumáticas en dientes primarios oscila del 11 al 30%. En cuanto a dientes permanentes, varía desde el 26% al 50%.

Es necesario tomar en cuenta que el cambio en las actividades de los infantes ha influido en su salud bucal. Burden (1995, citado en Gugelmeier, 2008) señala un aumento de la participación de las niñas en deportes y otras actividades que representa una mayor predisposición ante algún trauma dental. Por su parte, García-Ballesta (2003, citado en Gugelmeier, 2008), observa la preeminencia estadística de traumatismos en los varones durante la dentición permanente; sin embargo, en la primera dentición la prevalencia entre los sexos es similar.

Prácticas alimentarias en la infancia y desarrollo de la dentición

Al momento del nacimiento, el complejo cráneo facial experimenta cambios en las proporciones, dimensiones y velocidad de crecimiento, los cuales dependen de influencias funcionales (tipo de alimentación y hábitos orales), factores de tipo biológico (sexo y edad); así como los relativos al entorno (lugar de nacimiento, condiciones ambientales y estrato socioeconómico).

Diversos estudios han mostrado que el tipo de alimentación y nutrición, constituyen un factor determinante para el buen crecimiento y desarrollo de un individuo.

- D*el nacimiento a los primeros 6 meses de vida*: la lactancia materna es esencial para el recién nacido y la Organización Mundial de la Salud la recomienda hasta los primeros 6 meses de vida, por los beneficios inmunológicos, nutritivos, y psicoafectivos. La lactancia materna tiene además efectos positivos en el desarrollo y crecimiento de la mandíbula, así como en las diferentes estructuras que conforman el sistema estomatognático, reduciendo el riesgo de maloclusiones, desórdenes de lenguaje y respiratorios entre otros.
- P*rimera infancia*: esta etapa va de los 6 meses a los 3 años de edad; inicia con la erupción de los incisivos y termina con la erupción de los segundos molares de la primera dentición. Se pasa de una dieta a base de leche a la dieta de alimentos semisólidos para que el niño aprenda a masticar. La masticación permite la maduración de las habilidades motoras y contribuye directamente al desarrollo de las estructuras que integran la cavidad oral, determinantes para la adquisición de un patrón facial característico de cada individuo.
- E*dad preescolar*: va de los 3 a los 5 años y los niños deben pasar gradualmente de una dieta semisólida a una sólida; la masticación en este periodo es una función madura, debido a la erupción completa de los dientes de la primera dentición. Una función masticatoria madura permite el desarrollo adecuado de los maxilares evitando el apiñamiento de los dientes, de funciones como la deglución y la respiración, a la vez que se considera una medida de protección contra la caries y los problemas de encías.
- E*dad escolar*: Esta etapa va de los 6 a los 11 años, el niño necesita los mismos nutrientes que el adulto, sólo cambian las cantidades y las porciones. Ocurre el recambio de los dientes, por lo que los maxilares tienen un crecimiento importante, el tipo de alimentación es con alimentos sólidos los cuales deberán ser lo suficientemente duros para estimular el crecimiento y desarrollo de los maxilares y con ello permitir la correcta erupción de los dientes de la segunda dentición.
- A*dolescencia*: Esta etapa va de los 12 a los 16 años, las necesidades nutricionales del adolescente están estrechamente relacionadas con la maduración biológica y los cambios propios de la pubertad, en este periodo se establece por completo la oclusión del adulto ya que a los doce años hace erupción el segundo molar de la segunda dentición. Por lo que, si hubiera alguna malformación de los maxilares o un mal acomodo de los dientes, la asistencia al tratamiento ortodóncico resulta imperiosa para que el paciente pueda tratarse y corregir su disfunción.

Aspectos subjetivos y actitudinales de los hábitos de higiene bucal

La construcción y adquisición temprana de hábitos de higiene bucal en el infante, comporta aspectos subjetivos relativos al sentimiento de sí y la percepción del cuerpo propio asociados con las actividades de autocuidado.

En edades tempranas, la necesaria participación de los adultos para regular o instruir prácticas de higiene, también genera contextos intersubjetivos de

cuidado y desarrollo muy importantes para la institución de la infancia. Al respecto, Bejerano (2009), apunta que "la atención a la higiene no es sólo una cuestión de bienestar físico, sino también y en buena medida de satisfacción emocional y afectiva. Los momentos del cambio, del lavado y del vestido, proporcionan situaciones óptimas para la relación y la comunicación, ante la variedad de lenguajes que se ponen en marcha: la voz, el cuerpo, la mirada, las palabras".

Adicionalmente, al referirnos a esta etapa fundacional de los hábitos de la higiene bucal infantil -ubicable entre los tres años y los siete u ocho años_ debemos enfatizar que está determinada por las características del desarrollo cognitivo, emocional y psicomotor en general, de base egocéntrica y heterónoma, De ese modo, la responsabilidad ante la salud bucal inicia su circuito en el adulto y se transfiere al infante en función de la constancia y la repetición, la modelación y la recreación, ésta última en ocasiones incluso lúdica.

Al respecto, se señala que la importancia de esta etapa radica en que "en este período ya han erupcionado la mayoría de los dientes permanentes y es donde se espera que el individuo registre un mayor impacto en su actitud y comportamiento en cuanto a salud e higiene bucal. Se establecen hábitos y estilos de vida, y si se quieren lograr estilos de vida saludables deben realizarse acciones educativas en este período de la vida" (González, Sierra y Morales, 2011; González, 2015).

En recientes estudios, y al traducir estas dimensiones subjetivas y actitudinales en cinco parámetros específicos a la higiene bucal, González (2015) encuentra que en infantes de este rango de edad que el "nivel de actitud y comportamiento hacia la higiene bucal" fue de regular en un 79.31%; mientras que 91.4% afirma que "visitan al estomatólogo" y 85.3% consideran que ello implicó "una experiencia agradable"; adicionalmente 88.8 % refiere que es importante el cepillado y 73.3 % que emplea otros medios auxiliares para la higiene bucal.

La autonomía y la heteronomía del infante y el autocuidado de la salud oral

El autocuidado de la salud es definido como el acto de procurarse bienestar a uno mismo en todas sus dimensiones: cuerpo, mente, espíritu e intelecto. El cuerpo funge como el primer territorio de decisión, de poder, transformación y ejercicio de derechos, en donde acontece la vida (Boff, 2012). En particular, en la salud oral, diversos factores contribuyen a la falta de hábitos adecuados para una vida saludable desde la infancia. Durante esta etapa la familia, la escuela y los *mass media*, fungen como contextos significativos en el desarrollo del niño y determinan las prácticas de higiene bucal correlativas.

El cuidado de la salud oral en la niñez es un punto clave para su desarrollo ulterior; al respecto, González, Sierra y Morales (2011) señalan que los padres consideran que, si bien los profesionales de la salud están encargados de la prevención y promoción de la salud oral, los cuidadores tienen una labor muy importante puesto que son los responsables de los niños, y su rol se ejerce vigilando y verificando la higiene de sus hijos.

Accediendo a la etapa de autonomía (de los 6 ó 7 años en adelante), para el infante las reglas ya no son inmutables, y su formación se escenifica mediante la cooperación, equidad y reciprocidad entre iguales. Establece así diferentes puntos de vista, fundamenta sus creencias, lleva a cabo toma de decisiones y la construcción de nuevas reglas por sí mismo (Díaz, 2000; Villegas, 1998). Siguiendo a Papalia, Feldman y Martorrel (2012) y Bordignon, (2005), la participación de los padres resulta fundamental para el desarrollo de la autonomía y la autoexpresión, ambas dirigidas hacia la superación de la vergüenza, la duda y el legalismo.

En general, se puede apreciar la convergencia de la autonomía moral y el autocuidado, con un proceso de autorregulación, lo que le posibilita al infante tener el control de lo que realiza, es decir, poder movilizar estrategias, acomodarlas, sustituirlas o eliminarlas, según evolucione el proceso en desarrollo, involucrando en ello independencia, iniciativa y decisión, todo lo cual puede impactar, bajo orientación profesional, hacia una implicación más profunda con su salud dental a lo largo de su vida.

Método

Participaron un total de 72 infantes de la zona conurbada, estructurados en dos cohortes en función de grado de desarrollo normativo (egocentrismo / socialización; heteronomía / autonomía): 26 en la cohorte de 4 a 6 años y 48 en la de 7 a 12 años. Se diseñaron dos instrumentos indirectos, consistentes en guías de entrevista diferenciales a las cohortes de infantes. Para la cohorte de 4 a 6 años, se destinaron 7 ítems para los infantes y 14 para los padres; mien-

tras que en la cohorte de 7 a 12 años se aplicaron 10 ítems y 14 para los padres. Entre los tópicos evaluados se cuentan los estándares de higiene bucal, hábitos alimentarios, creencias relativas a la salud oral, estimación de las denticiones, acceso a la atención odontológica profesional, influencia de los *mass media*, entre otros.

Resultados

Se exponen a continuación los resultados más significativos de la evaluación de las cohortes de infantes y de sus padres, de modo que se puedan apreciar las variaciones en las creencias y prácticas de higiene bucal que constituyen el complejo dentro del cual se instituye al infante como sujeto de la salud odontológica (Cuadros 1 y 2).

Cohorte 4-6 años

Como resultado de las entrevistas aplicadas a niños de la cohorte de 4-6 años, encontramos que el 56% pertenecían al género masculino y 44% al género femenino, de ellos el 16% corresponden a la edad de 4 años, 40% de 5 años y 44% de 6 años; siendo que su escolaridad implicó un 44% cursando preescolar y 56% primaria.

Los niños que mencionan cepillarse los dientes por sí mismos representan el 64% mientras que el 36% lo hace con ayuda, de la madre y sólo un caso reporta ayuda del padre. Asimismo, se encontró que el 72% de

Cuadro 1. Resultados de estándares de higiene bucal, hábitos alimenticios, creencias en salud oral, importancia de las denticiones y acceso a la atención odontológica desde el discurso infantil

Items	Respuestas	4 a 6 años	7 a 12 años
Género	Masculino	56%	60%
	Femenino	44%	40%
Edad	4	16%	-
	5	40%	-
	6	44%	-
	7	-	8.33%
	8	-	18.75%
	9	-	18.75%
	10	-	25%
	11	-	14.58%
	12	-	15.58%
Grado	Preescolar	44%	-
	Primaria	56%	85.42%
	Secundaria	-	14.58%
1. ¿Cepilla solo?	Solo(a)	64%	91.67%
	Con ayuda	36%	8.33%
2. ¿Le ordenan o lo quiere?	Lo quiere	28%	37.5%
	Le ordenan	72%	62.5%
3. Número de veces de cepillado	1	20%	27.08%
	2	56%	62.5%
	3	24%	10.42
4. ¿Por qué cepillas los dientes?	Limpieza	52%	45.9%
	Estética	12%	18.03%
	Salud	32%	29.51%
	Otros	4%	6.56
5a. Dolor de diente	Sí	56%	58.3%
	No	44%	41.67%
5b. ¿Por qué te ha dolido? (*)	Caries	-	12.5%
	Tratamiento	-	25%
	Caída	-	62.5%
6. Número de dulces al día	1 a 3	68%	60%
	4 a 6	12%	10%
	>7	20%	15%
	Ninguno	-	15%

Items	Respuestas	4 a 6 años	7 a 12 años
7. Hábitos perniciosos	Morder uñas	56%	-
	Chupar dedo	4%	-
	Respirador bucal	8%	-
	Ninguno	32%	-
7.1a ¿A qué edad se te cayó tu primer diente?	4	-	6%
	5	-	21%
	6	-	46%
	7	-	10%
	8	-	4%
	9	-	2%
	No especifica	-	10%
7.1b ¿Qué sentiste cuando se te cayó tu primer diente?	Dolor		31%
	Preocupación/Miedo	-	10%
	Nada	-	25%
	Felicidad/Alegría	-	15%
	Tristeza	-	2%
	Otros	-	17%
8. ¿Cómo se te cayó tu primer diente? (*)	Accidente o traumatismo	-	12.5%
	Comiendo	-	33.3%
	Natural	-	18.75%
	Se lo quitaron	-	16.67%
	Él se lo quitó	-	12.5%
	Otros	-	6.25%
9. ¿Qué te decían (o dicen) tus amigos o tu familia al verte sin un diente?	Chistoso o extraño	-	17.86%
	Con ventana	-	14.29%
	Sindi	-	7.14%
	Felicitación y/o premio	-	14.29%
	Risas y/o burlas	-	25%
	Otros	-	21.43%
10. ¿Qué tan importante es para ti ir al dentista?	Muy importante	-	28.57%
	Importante	-	22.45%
	Poco importante	-	22.49%
	Nada importante	-	12.24%
	No sé	-	12.24%

(*) Sólo se aplicaron al rango de 7 a 12 años.
Fuente: Elaboración propia.

los niños para cepillarse los dientes, espera a recibir la orden y el otro 28% no lo necesita pues ellos desean hacerlo.

Con respecto a la frecuencia del cepillado, el 20% de los participantes cepilla sus dientes una vez al día; 56% lo hace dos veces al día y 24% tres veces al día. Por otro lado, las razones por las que los niños reportan para cepillar sus dientes son: por limpieza 52%, por estética 12%, por salud 32% y otros: 4%.

Se investigó en los participantes si han experimentado el dolor en algún(os) dientes, el 56% de los niños sí, mientras que el otro 44% nunca lo ha sentido. Como sabemos el dolor dental se puede presentar por caries, enfermedades periodontales o traumatismos, la presencia del dolor no tiene un valor puramente negativo pues aparece como la señal de un trastorno, es por ello que juega un papel para la toma de conciencia de la importancia de la conservación y cuidado de la salud bucal.

En cuanto al consumo de dulces, el 68% de los niños reportan comer de 1 a 3 dulces al día, 12% consumen de 4 a 6 y 20% consume una cantidad mayor a 7. En general, se ha presentado un cambio en las prácticas alimentarias de la población que implican la reducción en el consumo de carbohidratos y azúcares, lo cual puede impactar positivamente a la salud tanto bucal como general.

Por último, en relación con la presencia de hábitos perniciosos, el 56% de los participantes aseguran presentar el hábito de morderse las uñas u objetos; 4% se chupan el dedo, 2% es respirador bucal y el 32% asegura no presentar ninguno de estos hábitos.

Cuadro 2. Resultados de estándares de higiene bucal, hábitos alimenticios, creencias en salud oral, importancia de las denticiones y acceso a la atención odontológica desde el discurso infantil

Items	Respuestas	4 a 6 años		7 a 12 años	
		Madre	Padre	Madre	Padre
Edad	18 a 25	19.04%	7.96%	-	-
	26 a 35	33.33%	15.38%	25.28%	21.74%
	Mayor a 36	47.61%	76.92%	74.42%	78.26
Escolaridad	Básica	12%	0%	34.88%	22.73%
	Media superior	40%	20%	32.56%	63.64%
	Superior	20%	32%	11.63%	9.09%
	Posgrado	4%	0%	13.95%	0%
	No respondió	24%	48%	6.98%	4.55%
Estructura familiar	Uniparental	20%		14.58%	
	Biparental	44%		66.67%	
	Extensa	24%		6.25%	
	No respondió	12%		12.5%	
Ubicación	CDMX	24%		20.45%	
	Estado	56%		77.27%	
	Otros	12%		2.37%	
	No respondió	8%		0%	
1. Función de la primera dentición	Alimentación	48%		-	
	Buen desarrollo	20%		-	
	Función	-		33%	
	Mantener espacio	-		14.58%	
	No sabe	24%		52.08%	
	No respondió	8%		-	
2.Tipo de alimentación	Balanceada	64%		50%	
	Saludable	20%		27.08	
	De todo	12%		14.58%	
	Otros	0%		8.33%	
	No respondió	4%		-	
3. ¿Quién decide la alimentación	Mamá	52%		72.55%	
	Papá	4		1.96%	
	Ambos	20		1.96%	
	Cuidador	16		11.76%	
	El niño	4		11.76%	
	No respondió	4		-	
4. Hábitos perniciosos	Morder uñas u objetos	48%		-	
	Chupar dedos u objetos	4%		17.95%	
	Respirado bucal	20%		15.38%	
	Rechinar o apretar dientes	12%		30.77%	
	No contestó o ninguna	16%		5.13%	
	Hábitos de lengua	-			
4.b Acción hábitos perniciosos	Platica	18%		-	
	Regaño o castigo	20%		22.73%	
	Acción física/candado	12%		11.36%	
	Nada	12%		29.55%	
	No respondió o ninguna	40%		36.36%	
5. Anomalías óseas	Con anomalías	36%		28.57%	
	Sin anomalías	60%		69.84%	
	No respondió	4%		1.59%	
6. No. de veces de cepillado	1	20%		14.58%	
	2	56%		64.58%	
	3	24%		20.83%	
7a. Supervisión del infante	Sí	64%		21%	
	No	16%		58	
	A veces	16%		21%	
	No respondió	4%		0%	

Items	Respuestas	4 a 6 años	7 a 12 años
7b. ¿Quién supervisa?	Mamá	47.6%	22%
	Papá	9.5%	6%
	Otros	4.8%	2%
	No especifica	38.1%	68%
8.1 a ¿Ha asistido al dentista?	Sí	64%	-
	No	32%	-
	No respondió	4%	-
8.1 b ¿A qué edad	2 años	12.5%	-
	3 años	6.25%	-
	4 años	37.5%	-
	5 años	18.75%	-
	6 años	25%	-
8.2 ¿A qué edad fue su primera visita al dentista?	1< o 1	-	9
	2	-	6%
	3	-	6%
	4	-	6%
	5	-	13%
	6	-	23%
	7 o 7>	-	29%
	No ha ido	-	4%
	No respondió	-	4%
9. ¿Cada cuándo asistes al dentista?	Semanal	5.26%	-
	Mensual	5.26%	8.16%
	Trimestral	-	6.12%
	Semestral	15.78%	12.24%
	Anual	26.31%	30.61%
	No especifica	47.36%	42.86%
9.b Motivo de consulta	Caries	0.15%	0.5%
	Dolor	0.19%	0.27%
	Ortodoncia	0.07%	0.09%
	Prevención	0.30%	0.35%
	No asiste	0.26%	0.12%
10. Criterios para asistir al odontólogo	Por edad	52 %	44%
	Por problemas	12%	10%
	Dentición	20%	44%
	No respondió	8%	0%
	No sabe	8%	2%

Fuente: Elaboración propia.

En relación a los padres de familia, si precisamos las características de la población estudiada, encontramos que el rango de edades está distribuido del modo siguiente: el 19.04% de las madres se encuentra en el rango de 18 a 25 años, el 33.33% está entre los 26 a 35 años, y un 47.61% es mayor a los 36 años. Mientras que en caso de los padres: un 7.69% se encuentra en el rango de 18 a 25 años, el 15.38% está entre los 26 a 35 años, en tanto que el 76.92% es mayor a los 36 años. Si nos referimos a la estructura familiar, tenemos que en un 20% se trata de familias uniparentales, el 44% son familias nucleares, un 24% son familias extensas, y el 12% no respondió.

Al analizar el discurso de los padres con relación a sus creencias en salud bucal y el tipo de prácticas de salud que movilizan, encontramos que, bajo la pregunta sobre la importancia de la primera dentición un 48% resaltó su papel en la "alimentación", un 20% refirió su importancia para el "buen desarrollo" del infante, un 24% dijo que "no sabía", y un 8% no respondió.

Al preguntar acerca del tipo de alimentación que le proporcionaba al infante, un 64% comentó que le proporcionaba una alimentación balanceada, el 20% se refirió a una alimentación saludable, el 12% dijo que le daba de comer "de todo", y un 4% no contestó.

Al evaluar los hábitos perniciosos del infante relativos a su salud bucal, un 48% dijo que el infante observaba el hábito de morder uñas u objetos; el 4% presenta el hábito de chuparse el dedo u objetos, un

20% resulta respirador bucal, un 12% rechina u aprieta los dientes, y el 16% opinó que ninguna. Adicionalmente, al indagar acerca de las acciones de los padres frente a estos hábitos perniciosos, encontramos que un 16% platica con los infantes, un 20% aplica un regaño o castigo, el 12% hace consecuente una acción física o candado, el 12% no hace nada, y un 40% no respondió.

Al preguntarles acerca de las anomalías óseas o problemas en la primera dentición, el 36% reportó la presencia de anomalías, el 60% refirió la inexistencia de las mismas, y un 4% no respondió.

Al evaluar la asistencia al dentista para el cuidado bucal del infante, un 64% precisa que si va al dentista, el 32% dijo que no, y un 4% no respondió. De manera complementaria al indagar la edad de su primera visita al dentista, el 12,50% dijo que a los dos años, 6.25% preciso que a los tres años, 37.5% a los cuatro años, 18.75% a los cinco años, y 25% a los seis años de edad. Adicionalmente, al investigar la frecuencia con la que asisten al dentista, un 5.26% dijo que semanalmente, 5.26% mensual, 15.78% semestral, 26.31% preciso que anualmente, y el 47.36 no especificó. Y, al preguntarles acerca de sus motivos para acudir al dentista, el 15.38% dijo que por caries, 19.23% que por dolor, 7.69% por ortodoncia, 30.76% de manera preventiva, y 26.92% no asiste.

Al indagar acerca de los productos que los infantes utilizan para su higiene bucal, 25% dijo que cepillo dental, 39,28% dentífrico, 10.71% hilo dental, 23.21% aclaro que enjuague, y 1.78% no respondió. Mientras que al preguntar acerca de las indicaciones proporcionadas por el odontólogo para el cuidado de la salud bucal del infante, un 35.9% preciso que fueron relativas al número de veces y tiempo de cepillado, el 17.95% al respecto de la técnica de cepillado, 10.26% a los auxiliares de la higiene bucal, en el 20.51% hubo una prescripción, mientras que 15.38% no va al dentista.

Al evaluarse la influencia de la publicidad en las prácticas de higiene, encontramos que el 11.11% la ha tomado en cuenta para decidir el tipo de cepillo dental, 40.74% el tipo de pasta, un 11.11% lo relativo a los auxiliares, y el 37.04% dice que no ha tenido ninguna influencia.

Cohorte 7-12 años

Al realizar la evaluación de los infantes, se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto al género la muestra arrojo que el 60.42 % fueron del sexo masculino, mientras que el 39.58% pertenecían al sexo femenino. En relación al rango de edad, se puede observar que el 8.33% de los encuestados cuenta con 7 años, el 18.75% contaba con 8 años, así mismo otro 18.75% tenía 9 años, mientras que el 25% contaba con 10 años, por último el 14.58% correspondía a pacientes de 11 años y otro 14.58% fueron pacientes de 12 años. De las personas encuestadas el 85.42% cursaba la primaria, mientras que el 14.58% la secundaria.

Con respecto a la pregunta si el paciente se cepilla los dientes solo o con ayuda, la encuesta arroja lo siguiente el 91.67% se cepilla sólo, el 8.33 lo hace con ayuda de su mamá ocasionalmente. Al preguntar al encuestado como es que se cepilla los dientes, el 37.5% contesto que se cepilla por iniciativa propia, mientras que el 62.5% contestó que se lo ordena su mamá y papá. De acuerdo a la pregunta de cuantas veces al día cepillan sus dientes las personas encuestadas un 27.08% refirió que 1 vez, el 62.5% dijo que 2 veces mientras que el 10.42% respondió que 3 veces al día.

Según nuestra encuesta, en esta cohorte, un 45.9% cepilla sus dientes por limpieza, el 18.03% lo hace por estética, mientras que el 29.51% lo hace por salud y un porcentaje de 6.56% refirió que lo hace por otra causa. Se puede notar que los criterios de limpieza, salud y estética nos hablan de construcción de una conciencia acerca de la importancia del cuidado de la salud bucal.

En cuanto a la pregunta ha padecido algún tipo de dolor dental el 58.33% afirmó que sí, mientras que el 41.67% respondió que no. Mientras que, al hacer referencia sobre la causa del dolor, el 12.50% aseguró que fue debido a caries, el 25% dijo que porque le estaban realizando un tratamiento, mientras que el 62.5% refiere que tuvo dolor debido a que se le exfolió un diente.

De acuerdo a la pregunta a qué edad se te cayó tu primer diente, el 6.25% dijo que a los 4 años, el 20.83% que a los 5, el 45.83% que a los 6, el 10.42% que a los 7, el 4.17% que a los 8, el 2.08% que a los 9, mientras que el 10.42% no lo especifica. Cuando se les preguntó a los encuestados que sintieron cuando se les cayó su primer diente, respondieron lo siguiente el 31.25% refirió dolor, el 10.42% que preocupación o miedo, el 25%, dijo que nada, el 14.58% dijo que felicidad y alegría, el 2.08% tristeza y el 16.67% no lo especifica. Y adicionalmente, se indagó cómo se les cayó su primer diente, respondiendo en un 12.5% que fue por accidente o traumatismo, el 33.33% dijo que comiendo, el 18.75% se le cayó solo o de manera

natural, 16.67% refirió que se lo quitaron, el 12.5% dijo que él mismo hizo la extracción y el 6.25% no especifica cómo fue.

Con respecto a la pregunta ¿Qué tan importante es para ti ir al dentista? el 28.57% dijo que muy importante, el 22.45% que es importante, el 24.49% dijo que poco importante, el 12.24% contestó que nada importante, mientras que el 12.24% dijo que no sabía. Los mayores porcentajes se inclinan hacia una actitud positiva y mayor consciencia ante la atención odontológica, lo que a la larga se podría traducir en una mejor adherencia a los tratamientos y hacia las prácticas preventivas.

Los resultados de la entrevista con los padres muestran que el 74% de las madres y el 78% de los padres son mayores de 36 años, mientras que la edad del 25.58% restante de las madres y el 21.74% de los padres varía entre los 26 a 35 años. Con relación a la ocupación de los padres, se encontró que el 59% de las madres se dedican al hogar, seguido por el 19.05% que laboran profesionalmente, el 16.67% son empleadas y finalmente el 4.76% se dedican a ser comerciantes. Por otro lado, la ocupación que predomina en los padres es la de empleado en 63.64% de los casos, seguido por el 22.73% de ellos que son profesionistas, mientras que sólo el 9% son comerciantes. La estructura familiar que predomina es la nuclear con el 66.67% de los casos, seguida por el 14.58% referente a familias uniparentales, y el 6.25% de familias extensas, y el 12.5% no dio respuesta alguna.

Se encontró que el 47.91% de los padres establece criterios para definir la función de la primera dentición, y el 52.08% no tiene conocimiento de la misma. Por otro lado, la mitad de los padres señalan que el tipo de alimentación que le brindan a sus hijos es balanceada, el 27.08% saludable, el 14.58% mencionó que sus hijos comen de todo, y el 8.33% restante mantienen otro tipo de alimentación no especificada.

En cuanto a los hábitos perniciosos que los padres refieren de los niños, el rechinar o apretar los dientes es el que tiene mayor incidencia presentados en 30.77% de los casos, seguido del respirador bucal en 15.38% y hábitos de lengua en 5.13% de los niños, por último el 30.77% de los padres no respondió el ítem, o bien el niño no tiene ningún hábito pernicioso. Se puede notar que los padres incluyen dentro del cuidado del infante la observación y seguimiento de anomalías óseas u otras alteraciones de la salud bucal. El 44.12% de los padres refirieron que sus hijos no tienen anomalías óseas, mientras que el 52.94% sí las presentan, el 2.59% de los padres no respondió el ítem.

No obstante la observancia de la salud bucal en sus hijos, la asistencia a la atención profesional no registra índices altos, lo que abre una tarea para la educación en salud bucal. El 42.86% de las personas no especificaron cada cuando asistían al dentista, sin embargo, el 30.61% declaró que lo hacen de manera anual, el 12.24% indicó que acuden de manera semestral, el 8.16% de forma mensual y sólo el 6.12% acude trimestralmente. Con relación al motivo por el cual asisten a consulta, el que predominó fue el motivo de prevención con 35.92%, seguido de asistir a causa de un dolor con 27.45%, el 9.8% declaró que asisten por ortodoncia y sólo el 5.88% por caries, y el 21. 57% de las personas indican que no asisten al dentista. En cuanto al número de veces que se cepillan los dientes, el 64.58% de las personas mencionan que lo hacen dos veces al día, el 20.83% lo realiza 3 veces y el 14.58% una sola vez.

Las respuestas a la pregunta por la supervisión de la higiene bucal de los hijos pueden resultar paradójica, en la medida en que puede ser que por la edad de esta cohorte los padres le otorgan mayor independencia en su autocuidado o bien, que es una muestra de desinterés por su salud bucal. Se encontró que 58% de los padres no supervisan a sus hijos al momento de la limpieza dental, el 21% declara que a veces realizan supervisión. De las personas que supervisan a sus hijos, el 22% de las veces lo hace la madre, mientras que solo el 8% de ellas la supervisión la realiza el padre.

Se puede apreciar una asistencia temprana al odontólogo, que nos lleva a pensar en un seguimiento del estado de salud bucal entre la primera y la segunda dentición. Los niños comenzaron a asistir al odontólogo en un amplio rango de edad, se encontró que el 29% empezó a asistir a los siete años o mayores a siete, seguido del 23% de los niños que a los seis asistieron, el 13% asistió a los cinco años, el 6% de los niños comenzó la atención odontológica entre los dos y cuatro años mientras que el 8% asistió desde el primer año o menor al primer año; el 4% de los niños no ha asistido y por último el 4% restante no respondió el ítem.

La educación para la salud se traduce en acciones del profesional como la de depurar las prácticas de higiene bucal, promover la asistencia a consulta odontológica de manera regular, la concreción del plan de tratamiento una vez valorado el paciente, etc. Las indicaciones que el odontólogo les ha brindado

sobre la salud bucal, en 75% les ha explicado la técnica correcta de cepillado, el 10% recibió una prescripción, mientras que el 6% no ha recibido información o recomendaciones, así como el 4% no asiste al odontólogo y el 4% restante no respondieron el ítem.

La influencia de los *mass media* puede resultar importante como una insistencia en la estética y el cuidado de la salud bucal. Se encontró que la influencia de la publicidad ha incidido en 33% de los casos para la compra de tipos de pasta dental de marcas específicas, esto también ha influido en el 21% de los padres en la compra de los tipos de cepillos y el 17% refiere que ha retomado productos auxiliares, mientras que el 29% indica que no han retomado ningún producto.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación ha pretendido determinar la manera en que se va instituyendo al sujeto de la salud odontológica al centro de las prácticas de crianza en distintas familias de la zona conurbada.

Nuestros datos permiten apreciar la temprana vinculación de los infantes a prácticas de autocuidado dental, en un proceso que va siendo gradualmente sostenido e impulsado por la autonomía de su voluntad –que lo lleva a hacer las cosas no sólo por sí mismo sino porque él lo quiere– proceso que culmina en una autorregulación más permanente que articula sus hábitos de higiene y el cuidado de su salud bucal.

De otra parte, podemos considerar que subsisten al interior del discurso de sus padres, un complejo conformado por distintos elementos que orientan la transmisión de prácticas de salud bucal y los cuales pueden ser listados de manera general como sigue: a) Un retículo de creencias y conocimientos relativos a la salud oral, que le conceden –ya sea de manera limitada o a veces con mayores posibilidades– una visibilidad y perspectiva de los trastornos bucales de los infantes bajo su cuidado. b) Un relativo conocimiento acerca de los estándares de higiene bucal, y de la necesidad de un cuidado y seguimiento de la salud bucal, los cuales han sido trasmitidos ya sea en su ámbito cultural, también a través de los *mass media* o bien, por mediación de los profesionales de la salud. c) Existe también un conocimiento y cuidado de los hábitos alimentarios, los cuales se correlacionan con el estado de salud bucal. d) La estimación de las denticiones y su valoración ya sea funcional, estética o de completud, lo cual les lleva a reconsiderar cada etapa del desarrollo infantil a la luz de los cambios observados en lo bucal; y, d) La consideración de la necesidad y el acceso efectivo a la atención odontológica profesional.

La serie de estos factores permite poner en perspectiva el pasaje de la heteronomía a la autonomía del infante, es decir, la forma en que se va instaurando la valoración y cuidado de la salud oral del infante situado en el contexto del grupo familiar, para construir hábitos bien fundados que se reproduzcan eficazmente a lo largo de las edades de su vida, encaminados a la preservación de su salud oral.

Diversos autores han reportado que los cambios en el estilo de vida y los hábitos alimentarios, han traído como consecuencia un incremento de hábitos perniciosos, los cuales provocan, en la mayoría de los casos, diversas alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, el tamaño minúsculo de los dientes, el interespaciado, problemas de oclusión, mayor incidencia de caries o desgaste dental. Esto debe tomarse en cuenta con la finalidad de informar a los padres para así evitar alteraciones que pudieran requerir procedimientos más invasivos. Esto requiere un trabajo en conjunto, tanto de padres como de profesionales en la salud.

Como resultado de este trabajo, percibimos que un número significativo de los padres encuestados, aún desconocen la función que cumple la primera dentición. La poca importancia que se le da a esta fase puede traducirse en daños a largo plazo que pudieron prevenirse y/o tratarse.

Finalmente, podemos considerar, que este tipo de estudios ponen de relieve tres cuestiones importantes: 1) para el profesional de la salud bucal es importante sumarse a la dinámica de vigilancia epidemiológica internacional de enfermedades bucales como la caries dental, las maloclusiones e incluso las enfermedades periodontales; 2) la labor de educación para la salud es un factor de prevención clave, dada "la importancia de la introducción de conocimientos sobre salud bucal y cuidados de higiene bucal en los primeros años de vida escolar", donde tal estrategia de prevención enfocada a la infancia "se justifica porque en este momento los niños están descubriéndose y descubriendo sus sensaciones" (González, 2015); 3) finalmente, se apunta que es necesaria la motivación del paciente para tener una actitud y comportamientos positivos hacia su salud bucal, y adquiera conciencia del significado de su participación en el proceso de promoción de salud.

Referencias

AMORÓS, C. (2005). Dimensiones del poder en la teoría feminista. *Revista internacional de filosofía política*, Nº 25, 2005, 11-34.

BOFF, L. (2012). *El cuidado necesario*. Madrid: Editorial Trotta.

BORDIGNON, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2), 50-63.

BUSTELO, E. (2005). Infancia en indefensión. *Salud Colectiva*, 1 (3), 253-284.

CORREA, A., RÍOS, M., HERRERA, A., BUSTOS, C., ROJAS, G. (2015). Autoeficacia en salud oral: Concepto, evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomalogía*, 31 (5), 305-311.

DÍAZ C.; ARRIETA V.; GONZÁLEZ M. (2011). Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en Niños escolares de Cartagena Colombia. *Revista Clínica Médica Familiar*. 4 (12). 100-104.

DÍAZ, M. (2000). La formación de valores en la edad preescolar. *Ciencia y Sociedad*, 15 (2), 552-560.

GONZÁLEZ M., SIERRA B., MORALES S. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles Colombia. *Salud Pública*. Vol. 53 no. 3.

GONZÁLEZ, F., SIERRA, C., MORALES, L. (2011) Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53 (3), 247-257.

GUGELMEIER, V. (2008). Lesiones traumáticas dentomáxilo-faciales generalidades: Epidemiología. En: LÓPEZ, C. (2008). "Nueva alternativa metodológica digital en la enseñanza de la odontopediatría". Facultad de Odontología UDELA, 5-8.

BOGOTÁ (COLOMBIA). ALCALDÍA MAYOR. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN INTERINSTITUCIONAL (2014). *Guía para la promoción del cuidado y autocuidado en los colegios distritales*. Secretaría de Educación. Subsecretaría de Integración Interinstitucional.

LÓPEZ, C. (2008). "Nueva alternativa metodológica digital en la enseñanza de la odontopediatría". Facultad de Odontología UDELA, 5-8.

MATTOS V. M (2010). Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de La Molina, Lima Perú. *Revista Estomatol Herediana*. 20 (10), pp. 25-32.

PADILLA R., BORGES Y., FERNÁNDEZ V., VALENZUELA E. (2005). Traumatismos dentarios: su conocimiento en los padres de familia. *Revista Odontológica Mexicana*. Vol. 9, Núm. 1. 30-36.

PAPALIA, D., FELDMAN, R., MARTORREL, G. (2012). Desarrollo Humano. México: McGraw Hill.

PARADA, I. (2003). La salud oral en la dentición primaria: Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. *Avances en Odontoestomatología*, Vol. 19-Núm. 2.

REVUELTA, R. (2009). La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, Volumen 23, Número 2, Abril-Junio, 2009, pp 82-89.

SNAVE (2011). *Perfil epidemiológico de la salud bucal en México* 2010. Secretaría de Salud.

SOROLLA, J. P. (2010). Anomalías craneofaciales. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volumen 21, No. 1, Enero de 2010, pp. 5-15.

VILLEGAS (1998). Influencia de Piaget en el estudio del desarrollo moral. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (2), pp. 223-232.