



Cultura sanitaria bucal de la familia y enfermedad bucodental en preescolar

Una experiencia en el programa CLIJANI de la UAO

Marte Eduardo Treviño Rebollo

Unidad Académica de Odontología (UAZ)

RESUMEN

Un hecho innegable es la participación de los padres de familia en el proceso educativo para la salud bucal de sus hijos; sin embargo, siendo el producto cultural de sus antecesores, en su estado educativo y laboral, se traduce en el tiempo y la calidad de la atención. De tal manera que la presencia de enfermedades bucales en sus hijos hace referencia a los malos hábitos higiénicos de la familia. El presente artículo pretende dar cuenta de este problema, por lo que se generó una investigación en los niños del programa de Clínicas de Jardines de Niños (CLIJANI) de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), espacios donde se atiende a la población infantil. En ellos se localizaron tres perfiles familiares que filtran las conductas higiénicas bucales en los niños, así como la frecuencia y distribución de las enfermedades orales.

Palabras clave: patología buco-dental, niños, jardín de niños, diagnóstico.

ABSTRACT

An undeniable fact is parent's participation on the oral health education process of their children. However such participation is the result of the cultural predecessors, and the educational and labor situation; that it is translated on the time and attention quality. From such way, that the presence of oral illnesses in their children, makes reference to the bad acquisitions of hygienic habits in their families. The present article pretends to show such an influence, therefore, a research in the kindergarten program (CLIJANI) of UAZ, was generated (where children population is attended). Three family profiles were located, that filter the hygienic oral behaviors in the children, as well as the frequency and distribution of the oral illnesses.

Keywords: oral pathology, children, kindergarten, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En la salud bucal, la responsabilidad de la educación recae en los miembros de la familia, pero la preparación de los padres determina realizarla correctamente porque ellos transmiten la cultura que recibieron, con conceptos y hábitos de multinivel que en ocasiones son perjudiciales para los niños. Lo ideal es iniciar con acciones preventivas desde el núcleo familiar y así motivar a los tutores para que lleven una práctica sanitaria responsable.

Actualmente, la familia es un tema difícil de abordar a causa de la compleja realidad que se manifiesta en su comprensión y delimitación, y también por las distintas concepciones desde las cuales se puede encontrar su significación y prospectiva. Por esta razón tres preguntas fundamentales constituyen la columna vertebral de la re-

flexión: ¿Cómo entender a la familia hoy? ¿Qué papel desempeñan los padres en la formación de una cultura higiénico-bucal en sus hijos? ¿Cómo contribuir a la construcción de una población libre de enfermedades bucodentales?

La magnitud del problema se evidencia si se considera que además de la caries dental, la población infantil se encuentra simultáneamente afectada por otras patologías bucales: maloclusiones, periodontopatías, traumatismos dentales, malformaciones congénitas y procesos infecciosos. También se enfrenta a pérdidas dentales prematuras, ausencias escolares, elevados gastos económicos familiares, efectos psicológicos y falta de inserción social, desequilibrando los patrones de calidad de vida de los sujetos. Es importante empezar a procurar atención a los niños, el grupo social de mayor riesgo, desde su más temprana edad.

Es pertinente señalar que los problemas sanitarios bucodentales ocasionan altos índices de morbilidad, en especial en la población infantil, debido a los malos hábitos alimenticios, a la falta de supervisión de los padres y a una carencia de higiene bucal que implica, a su vez, una escasa cultura odontológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Dentro de la investigación presente, el objetivo general es conocer la relación que guarda el nivel de cultura bucal sanitario bucal de los padres de familia con la prevalencia de enfermedades bucodentales en el grupo social de niños del programa Clínica de Jardines de Niños de la Unidad Académica de Odontología (UAO) de la UAZ. En tanto, los objetivos específicos son identificar los patrones culturales sanitarios bucales en los padres de familia de los niños preescolares y conocer el perfil patológico bucal del grupo objeto de estudio.

Además, se trata de un estudio transversal, descriptivo y de observación que se inscribe en un paradigma cuanti-cualitativo, pues su finalidad es la de obtener un panorama de la magnitud del problema de la salud bucodental en los niños y su asociación con la estructura del grado de cultura de los padres de familia en sus hábitos higiénicos. Fue realizado en cinco instituciones preescolares de la zona de influencia de la Unidad Académica de Odontología. Es importante aclarar que sus resultados harán posible la derivación de elementos de juicio para estructurar estrategias operativas que mejoren los servicios. En el diseño de la muestra, se eligió el método de Muestreo Bietápico para la estructuración y cálculo, lo que facilita la representatividad y validez externa del trabajo.

TABLA 1
POBLACIÓN DE LOS JARDINES DE NIÑOS CON CONVENIO DE ATENCIÓN EN CLIJANI

JARDÍN DE NIÑOS	GRUPOS	ALUMNOS
Florencias de la Loma	7	197
Leona Vicario	8	208
Héroes de Chapultepec	9	260
Tilloli	6	160
Guadalupe Vega de Luévano	9	252
Total	39	1077

Fuente: datos proporcionados por los directores de los jardines de niños.

De 26 grupos escolares se seleccionaron 69 niños según el cálculo estadístico muestral bietápico, en el que se consideró el número de grupos escolares y el total de niños inscritos en las instituciones. También se eligió el método de distribución aleatoria a fin de controlar las variables extrañas individuales y así garantizar que los grupos de estudio fuesen comparables. Para el cálculo muestral al 95 por ciento de confianza se consideró la prevalencia de caries dental en México, que es de 95 de cada 100 infantes.

TABLA 2
RESUMEN MUESTRAL

JARDÍN DE NIÑOS	GRUPOS	NIÑOS
Florencias de la Loma	5	13
Leona Vicario	5	13
Héroes de Chapultepec	6	17
Tilloli	4	10
Guadalupe Vega de Luévano	6	16
Total	26	69

Procedimientos y técnicas

Mediante la aplicación de dos cuestionarios y una encuesta de diagnóstico de salud bucal –previamente calibrados mediante prueba piloto se detectó un índice de concordancia de Kappa un valor de 0.84– se llevó a cabo la recolección de datos. El primer cuestionario, denominado «Prevención en salud bucodental», fue aplicado a los padres de familia y constó de veintiocho preguntas cerradas o estructuradas (opción múltiple y dicotómica) más cinco preguntas abiertas sobre conocimientos que engloban los propósitos planteados.

El segundo cuestionario «Percepción y aplicación de hábitos higiénicos» fue destinado a los niños preescolares que corresponden a la muestra. Estuvo conformado por seis preguntas estructuradas y una abierta sobre la importancia de la higiene y el conocimiento de los procedimientos de higiene bucal. El tercer instrumento, llamado «Encuesta de diagnóstico de salud bucal», permitió la revisión bucal de cada niño con ayuda de un abatelenguas de madera y un palillo dental desechable, además de la observación de las patologías y signos bucales.

RESULTADOS

Junto con el informe de avance de la investigación, se describen las variables a estudiar y se presentan tablas de frecuencias y gráficas. Durante el informe final y con base en los datos de las variables estudiadas, se hace un primer análisis estadístico descriptivo, utilizando la media y la desviación estándar, seguido de un análisis de independencia de chi-cuadrado y de correlación de Pearson, que incluye tablas y comentarios respectivos. Los resultados en los distintos indicadores aparecen a continuación.

En lo que respecta al Índice de dientes con caries, extraídos y obturados (CEOD), se detectó un valor de $x = 3.07$ que entraña que cada niño padece tres dientes cariados, obturados o extraídos por caries, con una $s = 2.636$. La tasa de prevalencia de daño fue de 86 niños de cada 100. El indicador de higiene oral simplificado (IHOS) mantuvo una $x = 0.77$, es decir, de cada dos niños uno tiene acumulación de placa bacteriana en un tercio de sus dientes, con una $s = 0.512$. La tasa de prevalencia fue del 90 por ciento de infantes con mala higiene. Por su parte, el indicador de traumatismos dentales (IT), obtuvo una $x = 0.42$ lo que significa que el cincuenta por ciento de los menores tiene una fractura de esmalte o fractura simple, con una $s = 0.579$. La tasa de prevalencia fue de 37 niños con traumatismos dentales de cada 100 de la población. El índice de maloclusión posterior (IMP) arroja datos suficientes para determinar que la tasa de prevalencia de esta enfermedad solamente es de 21 infantes por cada 100.

En contraste, el indicador de maloclusión anterior (IMA) establece el tipo de mordida de los dientes incisivos centrales y laterales; y expone una prevalencia de enfermedad de 58 niños de 100 estudiados. Sin embargo, de los tipos de maloclusión, el que se considera importante es el de la mordida cruzada y equivale a siete por ciento de los casos. A través de la prueba de chi-cuadrado se detectan variables no independientes y correlacionadas las siguientes:

a) CEOD vs. IHOS: $x^2 = 36.436$, 9 gl, correlación Pearson = 0.475, significancia asintónica = 0.000.

b) CEOD vs. gusto por el cepillado dental: $x^2 = 12.068$, 3 gl, correlación Pearson = 0.284, significancia asintónica = 0.007.

c) CEOD vs. ayuda en el cepillado: $x^2 = 8.886$, 3 gl, correlación Pearson = 0.341, significancia asintónica = 0.031.

d) CEOD vs. alimentación entre comidas: $\chi^2 = 9.299$, 3 gl, correlación Pearson = 0.314, significancia asintónica = 0.026.

e) CEOD vs. estimulación dada por los padres ante el cepillado dental: $\chi^2 = 11.168$, 3 gl, correlación Pearson = 0.371, significancia asintónica = 0.011.

f) CEOD vs. ocupación laboral de los padres: $\chi^2 = 16.860$, 6 gl, correlación Pearson = -0.255 , significancia asintónica = 0.010.

g) IHOS vs. gusto por el cepillado dental: $\chi^2 = 10.403$, 3 gl, correlación Pearson = 0.319, significancia asintónica = 0.015.

h) IHOS vs. ayuda en el cepillado: $\chi^2 = 11.365$, 3 gl, correlación Pearson = 0.393, significancia asintónica = 0.010.

i) IHOS vs. conocimiento los padres de familia de la existencia de placa dental bacteriana: $\chi^2 = 18.180$, 3 gl, correlación Pearson = 0.464, significancia asintónica = 0.000.

j) IHOS vs. quién enseñó a los infantes la técnica de cepillado: $\chi^2 = 21.360$, 3 gl, correlación Pearson = 0.485, significancia asintónica = 0.000.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados exponen que el nivel de conocimientos sobre prevención de enfermedades bucales es insuficiente: el 51 por ciento de los encuestados está familiarizado con los elementos de prevención dental (cepillado, hilo dental y selladores); en tanto, el 39 por ciento acostumbra el cepillado antes de acostarse para protegerse de la producción nocturna de bacterias; y el 32 por ciento tiene un cambio de cepillo dental a tiempo (en un mes o antes).

Si se evalúa cada categoría estudiada se nota que la primera, sobre el conocimiento de medidas preventivas de salud bucal, alcanzó los promedios más elevados en comparación con las otras acerca de alimen-

tación, enfermedades bucales y atención odontológica. Esta situación podría revelar que los padres de familia saben de las consecuencias de una mala higiene bucal, pero no tienen idea de cómo evitarlas o no lo consideran esencial.

Por ejemplo, en la categoría sobre el conocimiento de prevención de enfermedades bucales se detectó que el 38 por ciento de los niños en edad temprana (de cero a seis meses) inician su lavado bucal antes de la dentición y solamente el 37.5 por ciento acude al dentista desde su primera erupción dentaria. Asimismo, el 92.5 por ciento de los padres desconoce que el lavado bucal del menor debe iniciar con anterioridad al brote de algún diente. En cuanto a la información de las enfermedades bucales más comunes, el 58 por ciento de los padres de familia tienen un conocimiento moderado de la caries dental al reconocerla como infecto-contagiosa; el 46 por ciento definió a la placa bacteriana como la acumulación de alimento y microorganismos; el 67 por ciento dio el significado correcto de gingivitis; y el 72 por ciento declaró ignorar por completo la existencia de la maloclusión.

Cuando se busca la relación entre el papel familiar y la atención odontológica disponible, el 35 por ciento de los encuestados aceptó nunca haber llevado a sus hijos al dentista; mientras que el 27 por ciento realizó, de manera afortunada, consultas preventivas. Otras cifras refieren que el 55 por ciento de los padres saben que las consultas dentales deben hacerse con cierta periodicidad y no sólo cuando se presenta alguna molestia, como lo expresa el 26 por ciento. Por último, las acciones de educación para la salud bucal no son del alcance o interés de todos los padres, ya que el 46 por ciento de ellos no ha recibido jamás la información adecuada.

CONCLUSIONES

La cultura familiar

Reflexionar sobre la cultura familiar permite la aproximación a la realidad en la que se halla sumergida y que, en muchas ocasiones, pasa desapercibida como motivo de análisis. No hay que olvidar que para comprender la dinámica generada, el interés se centra en encontrar aquellos elementos que describen cada una de las dimensiones de la cultura familiar: educación, escala de valores, costumbres, tradiciones y la transmisión de hábitos y satisfactores de salud.

De acuerdo con el instrumento implementado en el estudio la transmisión de la educación en la familia es la principal dimensión de cultura familiar detectada, por lo que se asume la existencia de elementos formadores de conductas en la dotación de costumbres y tradiciones, aunque en pocos casos se dedican a implementar satisfactores de salud.

Modelo de conducta higiénica bucal

Según los datos registrados en la investigación, el demostrar y hacer es un mecanismo de enseñanza privilegiado, pues se reconoce que acompañar a los niños en su cepillado cotidiano requiere la intervención directa, «poner la muestra», de los padres, quienes además tienen la obligación de recabar la información necesaria para este proceso, donde la selección de los valores higiénicos bucales que se deben construir dentro de la cultura familiar constituye un momento relevante. Si los padres deben elegir porque sus hijos son muy pequeños es necesario que expliquen las razones de tal preferencia, aunque quizás el niño no comprenda con exactitud la complejidad de su contenido.

En adición, se estima importante acuñar un hábito higiénico que tenga representa-

ción en todos los miembros de la familia, inclusive mediante el desarrollo de acciones de vigilancia que eleven las actitudes preventivas de los mismos.

Mecanismos de prevención

Es indiscutible que las familias precisan de un apoyo para mejorar la educación higiénica bucal de sus hijos, debido a que las acciones preventivas bucales realizadas desde la dinámica familiar son escasas, porque se supone que deben ser propuestas y organizadas por instituciones y grupos de odontólogos, los cuales se han centrado en asistir de modo insuficiente los programas que contribuyen al aumento del desarrollo social y económico (elemento importante, pero no único), dejando de lado procesos consistentes de ayuda y orientación familiar que garanticen no sólo la estabilidad del hogar, sino también su valiosa contribución a los procesos higiénicos formativos de sus hijos que, a su vez, serán corresponsables de la consolidación en salud bucal de las sociedades futuras. Aunque las distintas culturas familiares que conviven y coexisten en la sociedad actual, hacen difícil y compleja la tarea, no por ello se deben desatender.

Nivel de cultura sanitaria bucal

Para establecer el nivel de cultura sanitaria bucal de la familia se clasifican los tipos y grados de conocimiento que se tienen como actitud general de respuesta a los procesos de salud y enfermedad que padecen. Las pruebas de independencia arrojaron datos muy significativos:

a) Con la prueba realizada a las variables dependientes estado de higiene oral (IHOS) vs. el indicador de caries dental (CEOD) se establecen vínculos lógicos a la propia etiología de los procesos cariosos por la presencia y

permanencia de la placa bacteriana en las superficies dentales.

b) Sin duda, el gusto por el cepillado dental es un elemento de apoyo que debe ser procurado y transmitido en la familia, al igual que la motivación y la ayuda a los menores, ya que son elementos clave para comenzar a desarrollar hábitos higiénicos. Estos factores adquieren su justa dimensión dentro de la evaluación del grado de enfermedad bucal de caries en los infantes.

c) Otros factores complementarios poseen variables como la alimentación entre comidas y la ocupación laboral de los padres de familia, quienes se hallan en la necesidad de llevar recursos económicos al hogar, situación que provoca un proceso de suplantación del tiempo dedicado al trabajo, en un claro perjuicio de la salud bucal de sus hijos. Muestra de ello es la escasa participación de los padres en la enseñanza de la técnica de cepillado, pues se observa que esta labor la realizan personas ajenas al núcleo familiar, y que se demuestra en el grado de correlación de la acumulación de placa bacteriana en los dientes de los niños.

En general, se puede concluir que existe un nivel específico de conocimientos en prácticas higiénicas orales en la familia, pero su aplicación ha sido desplazada por el ritmo laboral y social que prevalece en los tiempos actuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anthony, L. (2001). «The natural history of periodontal disease in man. Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral care drugs», *J. Periodontol*, Vol. 72, No. 8, pp. 1006–1015.
- Barrancos, M. (1999). *Operatoria Dental*. Editorial Médica Panamericana, tercera edición, México, pp. 454–470.
- Carrascoz, A., C. Ferrari, J. Ferreira de Medeiros y J. Simi (2000). *Epidemiología e etiología do traumatismo dental em dentes permanentes na região de Braganca Paulista*.
- Chávez, A. y B. Hernández (2000). *La violencia intrafamiliar en la legislación mexicana*. Porrúa, México, p. 1.
- González, A. y L. Vicente (2002). *Educación dental infantil*. Consejería de Salud/ Consejería de Educación y Ciencia, segunda edición revisada, Sevilla.
- Green y Vermillon. «Manual de medición del Índice de Higiene Oral Simplificado», en *II Curso Latinoamericano de Epidemiología Bucal*, Ediciones de MIMEO EO/UAZ, Zacatecas.
- Gudiño, G. J. J. (2002). «Apuntes respecto a la familia, mujeres y menores. Una aproximación hacia la violencia», en *Tepantlato*, Ediciones de INCIJA/ITESM, Campus Estado de México, Época 3, número 1.
- Guía de Salud Infantil* (2000). US Departamento of Healt Services.
- Guías Prácticas de Estomatología* (2003). Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp. 23–47.
- Hagan, P. P. y C. A. Sherrill (2000). «Higiene bucal para el niño y el adolescente», en McDonald R.E., B. Avery Higashida. *Odontología preventiva*. Mc Graw–Hill Interamericana, México.
- XII Censo General de población y vivienda (2000). INEGI.
- Jan, L. (2000). *Periodontología Clínica e Implantodontología Odontológica*, tercera edición, Madrid, pp. 191–225.
- Martínez, C. (2003). *Salud familiar*, Editorial Científico–Técnica, La Habana.
- Masso (2002). *El Manual de Odontología*, Barcelona, pp. 73–125.
- Palacios, J. (2002). *Familia y Desarrollo Humano*, Alianza Editorial, Madrid.
- Programa Nacional de Atención Estomatología Integral a la población. C. Habana, Cuba
- Rivas, G. J., L. M. A. Salas y R. M. E. Treviño (2002). «Diagnósticos situacionales en niños de edad preescolar, del Centro de Cuidado Infantil (CECIUAZ)», en *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, Vol. 59, No. 5.
- SSA. *Boletín Epidemiología*, México, del 13 al 19 de octubre de 2002.
- SSA. *Programa de Acción en Salud Bucal 2000–2006*, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Salud Bucal, México.
- Stemper, E., A.M. Biondi y G. Cortese (2000). «Odontología desde un enfoque integral». *Rev. Prismas*, ct 7247 (76), pp. 1–8.
- Treviño, R. M. E. y L. M. A. Salas (2002). «Capital cultural y salud buco–dental de los infantes del jardín de niños *Tilloli* de la colonia Arboledas, Guadalupe, Zac.» Universidad Autónoma de Zacatecas, Unidad Académica de Odontología. Inédito.