

146



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES  
SOBRE LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS

(EN LA COMUNIDAD DE SAN LORENZO TEZONCO)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A N :

FLORES PACHECO NORA ALICIA  
JIMÉNEZ HAYASAKA SUSANA YUMIKO

DIRECTORA: LIC. NATALIA MEZA CELIS  
ASESORA: LIC. ROSA MARÍA CELIS BARRAGÁN

28-2-89



MÉXICO, D. F.

ENERO 2001

*Natalia Meza Celis*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

### **A DIOS:**

Por permitirme vivir y darme una vida plena y llena de felicidad.

### **A mi papá:**

Te agradezco por tus largas horas de trabajo, tus sacrificios para pagar mi educación, tu desvelo junto conmigo, tu preocupación y sobretodo tu amor.

### **A mi mamá:**

Porque eres una excelente mujer y madre, emprendedora y comprometida para con tu familia, me has criado bien y eso te lo agradezco, además de siempre estar conmigo. Te amo mami.

### **Laura y Mayra:**

Representan toda la ternura que se podría depositar en un ser humano y a la vez la fuerza que se necesita para hacer las cosas. Las quiero y sepan que ésta es la primera de muchas tesinas que estarán en la casa.

### **Abuelitos:**

Por representar para mí el respeto y el amor dulce, a Dios le doy gracias por permitirme conocerlos, por darme consejo y por dejarme libre en mis decisiones.

### **Tios:**

Por estar siempre presentes y preocupados por el desarrollo de mi carrera, en especial a mi tío Leonardo, que siempre me dijo que yo podía.

### **A los niños y a las niñas:**

Por llenar mi vida de color, amor y diversión.

### **A Yumiko, Martha y Lauristela:**

Por permitirme entrar en su vida y en su corazón, por ser las primeras amigas que tengo, y por toda la comprensión hacia mi persona.

**A la Lic. Rosa María Celis:**

Por temer la fortuna de conocerla, de aprender muy poco de todo lo que sabe y sobretodo de tener el privilegio de tener una amistad con ella, con todo mi cariño.

**A la Lic. Silvia Amante:**

Por tener siempre ese don de gente, que muy pocos tienen, le agradezco todos sus consejos y el placer de tener su amistad.

**A la Lic. Natalia Meza:**

Después de conocerla, supe que no existían límites para mí, es una persona con voluntad enorme y capaz de hacer cualquier cosa, la admiro como persona y amiga, no hay palabras para agradecer su compañía en mi vida.

**A Laura y Sergio:**

Por ser compañeros de este gran proyecto en nuestra vida, a ti Laura por tu gran corazón y confianza, y a ti Sergio por tu sinceridad y amistad.

**A mi Universidad:**

Porque siempre que veía las películas soñaba con estar ahí, y ahora, después de que me aceptó, sólo queda decir que la amo por ser la única y la mejor.

**A OSWALDO:**

Por ser la presencia, en todas mis acciones, por ser la luz en mis horas oscuras y por ser mi salvación en mis horas de desesperación.

Bendito Dios, porque al tenerte yo en vida, no necesito ir al cielo tísú, si alma mía, la gloria eres tú.

**NORA ALICIA FLORES PACHECO**

## **AGRADECIMIENTOS**

"Hoy me he sorprendido hablando sin el permiso de mis labios, repasando mi vocabulario, se me escapó una palabra que perdí un día de tanto usarla, esa palabra no se dice, ni piensa, sólo escuchala despacio:

**G R A C I A S"**

### **A mis padres.**

Juan Manuel Jiménez Delgado y Reiko Hayasaka Kato Por todo su amor, su infinito apoyo, comprensión, desvelos, por todos sus sacrificios y porque me han dado el legado más grande, mi educación.

Los amo.

### **A mi hermana.**

Reiko A. Jiménez H.

Por su paciencia, apoyo, por estar conmigo siempre y por ser "mi conejillo de indias", te deseo lo mejor y que tengas mucho éxito.

Te quiero mucho.

### **A mis tías y primas.**

A todas y cada una de ellas, por apoyarme y confiar en mí.

### **A mi mejor amiga Araceli.**

Por su tiempo, apoyo, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por ser mi "conejillo de indias"

**A mis amigos.**

Por apoyarme y creer en mí, porque sé que a pesar de la distancia cuento con ustedes cuando los necesito.

**A Nora, Martha y Lauristela.**

Por ser tan diferentes entre sí, y a pesar de los problemas, seguir juntas.

**Con respeto y admiración.**

Lic. Natalia Meza Celis y

Lic. Rosa María Celis Barragán

Por su comprensión y ayuda en la elaboración de ésta tesina.

**A Karina, Juan Carlos, Daniel y Fernando**

Por su valiosa colaboración en la recolección de datos de ésta tesina.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México.**

Porque desde hace 10 años me ha brindado todas sus bondades y me ha cobijado para ser alguien mejor.

SUSANA YUMIKO JIMÉNEZ HAYASAKA

## Señora, señora

A ti, que me diste tu vida, tu amor y tu espacio.  
A ti, que cargaste en tu vientre, dolor y cansancio  
A ti, que peleaste con uñas y dientes  
valiente en tu casa y en cualquier lugar  
A ti, rosa fresca de abril,  
A ti mi fiel querubín.  
A ti, te dedico mis versos, mi ser mis victorias.  
A ti, mis respetos señor, señora.  
A ti mi guerrero invencible, a ti, luchador incansable  
A ti, mi amiga constante de todas las horas.  
Tu nombre es un nombre común como las margaritas.  
Siempre mi poca presencia te llevo en mi mente,  
Y para no hacer tanto alarde, esta mujer de quien hablo,  
Es linda mi amiga gaviota, su nombre es:

MI MADRE

Denisse Dekalaf

## LOS NIÑOS APRENDEN LO QUE VIVEN

Si un niño vive criticado,  
aprenderá a condenar.

Si un niño vive con hostilidad,  
aprenderá a pelear.

Si un niño vive ridiculizado,  
aprenderá a ser tímido.

Si un niño vive avergonzado,  
aprenderá a sentirse culpable

Si un niño vive alabado,  
aprenderá a apreciar.

Si un niño vive con honradez,  
aprenderá a ser justo.

Si un niño vive con seguridad,  
aprenderá qué es fe.

Si un niño vive con aprobación,  
aprenderá a quererse a sí mismo

Si un niño vive con cariño y amistad,  
aprenderá a encontrar amor en el mundo.

**INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES  
DE LAS MADRES SOBRE LA SALUD BUCODENTAL DE  
SUS HIJOS.**

**(COMUNIDAD SAN LORENZO TEZONCO, DELEGACIÓN  
IZTAPALAPA)**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN _____	1
CAPÍTULO I Marco teórico _____	3
CAPÍTULO II PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Planteamiento y justificación _____	19
Objetivo general _____	19
Objetivo específico _____	20
Hipótesis _____	20
Variables _____	20
Metodología _____	21
Recursos _____	23
Tipo de investigación _____	24
CAPÍTULO III Influencia de las condiciones socioculturales de las madres sobre la salud bucodental de sus hijos.	
Resultados _____	26
Conclusiones _____	34

Dentro del círculo familiar, la relación madre-hijo es de vital importancia, no sólo aquí sino también en la sociedad y sobre todo se verá influida por el ambiente que los rodea.

La madre ejerce una influencia fuerte e importante sobre la salud de su hijo, por lo tanto; la conciencia que tenga la madre de su propia salud bucodental y del cuidado que debe darle a su boca repercutirá en éste.

La noción de que el niño sólo puede recibir atención dental cuando aparece su segunda dentición, es algo muy viejo; Si tomamos en cuenta que la salud del individuo comienza desde el momento en que la pareja decide tener un hijo, para poder eliminar los hábitos y costumbres inadecuadas, como el dicho popular de: "por cada hijo un diente".

Debido a lo anterior y a la elevada prevalencia de patología oral en la población mexicana, además de la insuficiente asistencia de los recursos de salud odontológica que se ofrecen en la población, hicieron que realizáramos un estudio sobre las creencias populares acerca de salud bucodental, aunque éstas no son la causa primordial del problema sanitario, tienen suficiente importancia dado que su comprensión nos permita la elaboración de programas educativos dirigidos a cambiar las creencias inadecuadas que presente la población objetivo; y así en un tiempo no muy lejano solucionar el problema en un sentido global.

Con este propósito se investigó la problemática de salud oral en un poblado de la ciudad de México perteneciente a la delegación Iztapalapa, el pueblo de San Lorenzo Tezonco; desde un punto de vista sociocultural, como un paso inicial para comprender las creencias y valores sobre salud bucodental y sus relaciones con otras variables educativas.

El Pueblo de San Lorenzo Tezonco pertenece a la delegación de

El pueblo de San Lorenzo Tezonco, pertenece a la delegación Iztapalapa, se encuentra ubicado en la región suroeste de dicha delegación.

El pueblo de San Lorenzo Tezonco, pertenece a la delegación Iztapalapa, se encuentra ubicado en la región suroeste de dicha delegación. Debe su nombre a la cercanía con un cerro e tezontle. No se sabe certeramente cuando fue fundado, pero tomando los datos de la iglesia como la primera construcción realizada en el pueblo; deducimos que el pueblo fue fundado aproximadamente en el años de 1873. A pesar de encontrarse muy cerca del cerro de tezontle, no se encuentra a las faldas de él, por la antigua creencia de que existían brujas (creencia que hasta la fechas se tiene).

La prevención es el fundamento básico de la educación para la salud bucodental y las madres como educadoras de salud, en general; son un punto clave en el desarrollo de las conductas adecuadas en sus hijos con respecto a su salud oral. Pero depende de la situación sociodemográfica en la que se desenvuelva la madre, la disposición de la información y el acceso a los sistemas de salud o instituciones de salud. Si el problema de salud general en nuestro país es importante, la gravedad del problema de salud bucodental es mayor debido a diversos factores; entre otros a la indiferencia hacia el tratamiento bucodental y sobre todo a la falta de prevención, problemas prevalentes en la mayor parte de la población mexicana debido a la poca difusión de información y a la falta de recursos económicos.<sup>1</sup>

Uno de los factores en los que debemos incidir para contribuir a la resolución de ésta problemática, es el manejo del comportamiento de las personas, si bien sabemos, el cambio de conducta o sobretodo de actitud en un individuo es una tarea difícil debido a que se trabaja con un estilo de vida determinado y la mayoría de las veces se trabaja por medio de la motivación pero si la actitud del individuo no cambia, fracasa esta terapia.<sup>2</sup>

Así, la madre como educadora de salud con respecto a sus hijos es formadora, moldeadora de conductas adecuadas para sus hijos, con el fin de que ellos también las transmitan a lo suyos, de ahí la importancia que una madre instruya a sus hijos porque no es sólo educadora de su familia sino de subsecuentes generaciones.

"Cuando crías a un hijo formas a un hombre, cuando crías a una hija formas una familia".

Dentro de la literatura revisada en nuestro país encontramos una investigación sobre el riesgo de caries de madre - hijo, se hizo un estudio transversal en 46 familias elegidas aleatoriamente en la delegación Tlalpan (en 1990). En éste se enfatizan los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de caries, y los clasificaron en: biológicas, mecánicas y culturales.

Estos últimos, consideraron importante resaltar la transmisión de costumbres higiénico - dietéticas de madre a hijos. En éste trabajo se abarcó la educación en relación a la salud bucal del adulto; y suponen que ésta es reproducida por los hijos con resultados positivos o negativos de salud. En los resultados se vio que existe una relación entre la escolaridad de la madre, la frecuencia de cepillado (que toman como higiene bucal) así como la asistencia al odontólogo de sus hijos. Concluyeron que existe la posibilidad de modificar los patrones de conductas referentes a higiene y hábitos higiénicos a costos relativamente bajos por lo que no es excusa el realizar programas que atiendan integralmente a la familia.<sup>3</sup>

#### Cultura y educación en temas de salud.

Éste artículo resalta la importancia que tiene la educación en la salud y afirma que para llevar a cabo esta labor, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos psicológicos y socioculturales; es realizado por un sociólogo y 2 antropólogos. En dicho artículo definen a la educación en salud como el uso de estrategias o técnicas de aprendizaje que favorecen la modificación voluntaria de conductas que conduzcan al mantenimiento o incremento de la salud. Para ello, lo básico es el convencimiento, y para su logro se requiere que los nuevos conocimientos y comportamientos lleguen a formar parte de la vida diaria de las personas. Por lo tanto, para educar en temas de salud; requerimos conocer profundamente la cultura de sus destinatarios; cuando un equipo de salud quiere proponer un programa de cualquier índole; éste fracasará si se desconocen las creencias locales y se hacen recomendaciones que choquen en forma violenta con dichas creencias. Afortunadamente, las ciencias médicas comenzaron a reconocer que para ser efectivas, además de tener un fundamento biológico; también se debe considerar las disciplinas psicológicas y sociales. En algunos programas de salud se tomaron en cuenta los factores sociales y culturales de los mexicanos y se lograron resultados satisfactorios. Uno de ellos es la información en trípticos, revistas, etc. en el que se muestran "monitos",

historietas ilustradas o fotonovelas. Estos investigadores llevaron a cabo un experimento para educar en temas de salud empleando un recurso muy arraigado en México: los merolicos. Ya que la efectividad de sus técnicas, así como la combinación de la relación interpersonal con el medio masivo; lograban su objetivo: vender su producto. Reunieron a 5 merolicos y les explicaron los aspectos básicos de la alimentación en niños menores de un año, una vez capacitados, salieron e hicieron su espectáculo en comunidades urbanas y suburbanas de Distrito Federal y de los estados de Michoacán y Oaxaca. Algunos meses después se observó que los mensajes transmitidos habían ocasionado cambios de conocimientos, actitudes y conductas en un número importante de madres de las comunidades blanco. Como control se tomó a comunidades vecinas en donde no se habían presentado los merolicos, y la diferencia fue significativa. Como conclusión, se debe tomar en cuenta la cultura local, incluyendo su ideología, lenguaje y medios de difusión para lograr una adecuada educación en temas de salud. En este sentido debemos tener en cuenta lo valiosas que son las aportaciones de la psicología, sociología, antropología y otras ciencias humanas. Así, de esta manera se comprenderá al hombre en su totalidad y no solamente como un ser biológico.<sup>4</sup>

Reporte de un programa de educación para la salud.

Dicho reporte nos informa sobre un programa implantado en el Instituto Nacional de Perinatología dirigido a madres gestantes. El programa promueve: prácticas higiénicas que disminuyan la morbilidad más frecuente en cavidad oral (caries), una atención dental oportuna durante del embarazo, el cuidado de la cavidad oral del bebé y visitas al odontólogo antes de los 2 años. La evaluación se realizó con 240 mujeres. Los resultados de éste fueron bastante alentadores al incrementarse la puntuación de antes y después de la sesión teórica, con una diferencia muy significativa. Unos de los hallazgos de importancia, fue que la prevención sobre cuidados maternos y alimentación infantil fue de mayor relevancia para éste grupo de

individuos. Se concluyó que la implantación de un programa de educación para a salud puede disminuir el riesgo de enfermedades bucales a cualquier nivel institucional con las estrategias adecuadas.<sup>5</sup>

Al revisar la literatura extranjera, se encontró: un estudio realizado sobre hábitos de higiene bucal en niños de 5 años de edad (en 1987). En el cual el objetivo general fue el evaluar la eficacia de la labor de los padres y educadoras de higiene bucodental en niños de 5 años. En el desarrollo de ésta investigación, fue de nuestro interés uno de los objetivos específicos correspondiente a establecer la relación que existe entre el nivel educacional de los padres y el grado de higiene bucal de los hijos. Conclusiones. Se obtienen mejores resultados cuando se trabaja el nivel educacional, en combinación con los padres y las educadoras. Se determinó la influencia positiva que ejerce el nivel educacional, se encontró que es mayor y más determinante en las madres y con relación al padre ésta es poco significativa.

Este estudio nosotros lo tomamos por la relevancia que tiene en el sentido del papel de la madre con influencia en la formación de hábitos bucodentales.<sup>6</sup>

#### Creencias populares sobre salud oral en Patzún.

El siguiente estudio fue realizado en Guatemala(en 1973) sobre las creencias populares en una población indígena. Se realizó en el poblado de Patzún localizado en el altiplano centro-occidental guatemalteco. Los objetivos de éste estudio fueron: comprender mejor los nuevos problemas de trabajo que confrontan los futuros odontólogos dentro de su actual tipo de capacitación, sobre todo cuando se sabe que enfermedad y salud oral son resultantes de factores múltiples, que en buena parte trascienden el campo médico. Buscar conocer como se distribuye entre la población la utilización del recurso y las razones que se dan para utilizarlo o no. La muestra quedó dividida en dos grupos asimétricos; uno mayoritario de indígenas y otro minoritario de ladinos\*, ya que la mayor parte de la población es indígena.

Resultados. Hubo mas personas que conocían la causa de la caries que aquellas que ignoraban cómo prevenirla. Sin embargo, el 13% de los informantes manifestó explícitamente que es imposible prevenirla. Casi los dos tercios de la muestra que no supieron que opinar mencionó una serie de procedimientos preventivos que podríamos calificar etnocétricamente de "científicos", encontrándose los datos siguientes: Higiene oral (15.3%), abstención del consumo excesivo de dulces(4.5%)y la visita periódica al odontólogo(3.6%). El grado de escolaridad exhibe efecto marcado sobre los criterios de prevención. La ignorancia de cualquier posibilidad preventiva disminuye conforme aumenta la escolaridad. Patología oral y demanda de servicios. La caries, al estudiarla dentro del marco de afecciones orales, logró en éste estudio un verdadero perfil del problema estomatológico según el sentir de la comunidad y se vio que, aparte de 25 informantes que fueron los únicos entre el total de 111 que no refirieron historia patológica. Los restantes dieron razón de un total de 248 signos de los cuales el más frecuente fue:

- Dolor dental 32%
- Caries 25%
- problemas de encías (gingivitis, hemorragias, supuración y "ampollas")9.2%
- abscesos 7%
- "aflojamiento" dentario y caída espontánea 3.2%
- Último lugar halitosis.

Recursos técnicos empleados. A pesar de que sólo un poco más de la quinta parte de la muestra no refirió historia de problemas orales, aproximadamente dos quintos de la misma ( 41%) carecían de antecedentes de intervenciones

\* ver glosario

en boca. La mayoría de los que habían acudido al tratamiento (86%) informó haber buscado los servicios de un odontólogo, el 6 % los de algún empírico, poco menos del 5% procuró tratarse a sí mismo y por último el 3% recurrió a una enfermera o procuró "que se cayeran solos". En cuanto al nivel de escolaridad, la autointervención, considerada convencionalmente como la alternativa menos deseable, descendió conforme aumentó el índice de escolaridad. A la inversa, la utilización del odontólogo ascendió en razón directa a la escolaridad, Razones para eludir servicios odontológicos. Los informantes que nunca se habían sometido a ningún tratamiento, adujeron principalmente:

- no haber tenido necesidad 61%
- en una proporción mucho menor carecer de dinero 26%
- miedo 9%
- Desconocimiento de la clínica local 4%, este porcentaje concuerda con la existencia en Patzún, desde hace varios años, de la clínica odontológica. El temor y desconocimiento del recurso local, como razones para eludir un tratamiento, fueron informados sólo por el grupo indígena. Por el contrario, la falta de necesidad y la carencia de dinero es muy semejante en ambos grupos étnicos. La falta de dinero, el desconocimiento del recurso local y el miedo, fueron razones principalmente expuestas por las personas de mayor edad. Cabe mencionar una observación que la mayor proporción de personas que adujeron falta de dinero pertenecían al grupo de alto insumo económico. Formas de tratamiento. Ante una situación real o hipotética la muestra opinó sobre lo que desearían o hubieran deseado recibir. Considerada la submuestra total:

- la mayoría prefiere exodoncia 55%
- obturaciones 31%

En éste punto la influencia escolar es evidente, cuando aumenta la escolaridad, disminuye la preferencia por extracciones y aumenta la de

obturaciones. Es importante mencionar que el grupo de más alta escolaridad fueron las que dieron como opción de encomendar al odontólogo la decisión.

El dato más relevante de éste punto es que dentro de cualquiera de los grupos las exodoncias se prefieren que otras alternativas de tratamiento.

Remedios caseros. Las personas que padecen o padecieron las afecciones antes descritas, recurren preferentemente a:

- aplicación local de sustancias en el sitio afectada 41%
- empleo de sustancias sintomáticas paliativas 31%
- no hacerse nada 28%
- uso de inyecciones sin identificarlas 2%

Lo que demuestra que el recurso más socorrido es la colocación de alguna sustancia local o tópica. Lo más característico es el de los analgésicos que, tanto tópicamente como por ingestión se prefieren sobre todo aquellos que tiene mucha promoción como:

- mejoral (el más empleado)
- calmante y aliviol
- calmadol
- aspirina

como "analgésicos" tradicionales persisten en Patzún:

- guayacol\*
- alcanfor\*
- creolina\*
- yodo\*
- alcohol\*
- agua sola o con limón y sal\*

\* ver glosario

- romero en enjuagatorios\*

Los indígenas emplean más las sustancias tóxicas 42% que los ladinos 32%, en tanto que se da preferencia entre estos últimos a la vía ingerida(35% para los ladinos y 28% para los indígenas), a la vez que no hacerse nada o emplear inyecciones es más común entre los indígenas 29.5% que entre los ladinos 20.5%. Frecuencia de utilización de los servicios odontológicos: se observó mayor asistencia al odontólogo dentro del grupo ladino que en el indígena. No solamente una proporción mucho menor de ladinos se había abstenido de acudir al odontólogo, sino que eran ellos los que acudían a tratamiento en forma periódica. A la inversa, ninguna persona indígena había acudido regular ni periódicamente. Se observó además que, aunque resulta escasa la proporción de personas que acudió periódicamente al odontólogo, todos son de menor edad, en lo cual es muy probable que influya el factor educativo.<sup>7</sup>

Otro de los artículos estudiados nos habla sobre las características de higiene oral en una comunidad de las Amazonas en 1997.

Aunque este estudio a nuestro parecer está incompleto, es una referencia más para nuestro trabajo. Aspectos geográficos: la población indígena del departamento del Amazonas está conformada por unas 25 000 personas y está formada por 24 etnias diferentes, entre las cuales predominan los ticunas. La comunidad tiene una población aproximada de 500 habitantes de los cuales se tomó una muestra de 60 personas. Pensamos que se realizó un formulario con hábitos de higiene bucodental, aseo de los dientes, auxiliares del cepillado, frecuencia, hábitos nutricionales e importancia de la salud oral(es una suposición por las tablas presentadas ya que el estudio no tiene metodología). Resultados: como los investigadores pensaban, la gran mayoría de los encuestados creen que necesitan exodoncias y ello puede corresponder con su situación y la ausencia de recursos institucionales o

\* ver glosario

particulares para su adecuada atención. Se encontró que el 48.3% de la población es atendida solamente en comisiones oficiales, el 18% atiende sus

necesidades de salud oral cuando viaja a Leticia (ciudad más cercana a la población), el 25% nunca ha visitado al odontólogo y el 8.3% solamente acude en caso de urgencia, con lo que se concluyó que el 73% de la población está muy desprotegida y sólo el 26.6% tiene un poco la intención de solucionar sus problemas pero por sus propios medios. Sin embargo, a pesar de la problemática socioeconómica a que están sometidos, el 83.3% de la población se asean los dientes con cepillo dental, inclusive con una frecuencia diaria de 1 y 2 veces, que determina un 56.6%. Conclusiones: de la situación encontrada, la investigación atribuye que el abandono y poco compromiso social del Estado y sus gobiernos, así como de los odontólogos y de la odontología institucional o gremial, han provocado la deficiente salud bucodental de la población colombiana. Por lo que el estado y sus gobiernos, así como la odontología deben cambiar su mentalidad rehabilitadora por una preventiva, que permita evitar enfermedades y mantener sano al paciente.s

Así mismo, analizamos un estudio sobre los patrones de asistencia dental de madres e hijos, en el sur de Manchester, Inglaterra(en 1992).

Este estudio nos habla sobre la atención dental en una zona de bajos recursos en el sur de Manchester; el propósito de este estudio fue el de determinar la relación entre la asistencia a un servicio dental de madres e hijos y el promover conocimientos dentales entre los jóvenes, especialmente en áreas necesitadas e incrementar la regular atención dental en esas zonas. Resultados: el 44% de las madres y el 61% de los niños reportaron haber visitado al dentista alguna vez en los últimos 12 meses el resto de la población no y algunos evadieron la pregunta. Por lo que se concluyó que el comportamiento sobre salud dental en los niños es influenciada por las enseñanzas de sus padres particularmente de las madres y que ésta mejoraba en cuanto mayor orientación preventiva tuviera la madre. Además de revelar que mientras las madres es menos usual que vayan a consulta dental, sin embargo, sí llevan a sus hijos a revisión. Por lo que las madres

son directamente responsables para que haya un cambio en el comportamiento de sus hijos. La última conclusión fue que hay una relación directa entre la atención dental de los hijos y la de sus madres dependiendo del nivel social y de la información que ellas tengan al alcance.<sup>9</sup>

Investigación sobre patrones de atención dental de madres e hijos(en 1990).

En este artículo se tomaron 210 niños entre 10 y 11 años dentro de una población promedio, que se atienden en las escuelas en el distrito de salud de Glossop y Tameside (Inglaterra). 188 fueron examinados por caries y las madres de 177 de éstos llenaron un cuestionario, acerca de la atención dental que reciben sus hijos; posteriormente ellas mismas solicitaron la atención dental. El 61% de las madres fueron atendidas por un dentista general durante el año anterior y el 89% de éstas llevaron a sus hijos con ellas. De las madres que no fueron atendidas, el 38% llevaron a sus hijos al dentista general, el 36% al dentista comunitario mientras que el 26% no llevaron a sus hijos al dentista. El COP de los niños fue de 1.72 y la diferencia del COP entre los tres grupos no fue significativa.<sup>10</sup>

La investigación que a continuación mencionamos aborda el aspecto psicológico del comportamiento, y es un estudio sobre el perfil de salud oral en niños escolares, madres y maestros en Zanzibar, Africa(realizado en 1998). El objetivo de este estudio fue el de analizar el estado de salud oral, así como los hábitos en los niños escolares de Zanzibar, para posteriormente implementar un programa de salud oral que abarque las actitudes y prácticas de las madres con relación a la salud bucal, así, como las actitudes de los profesores en relación con la salud bucal de los niños. La muestra estuvo constituida por 495 niños, 455 madres y 123 profesores. Los niños fueron examinados clínicamente y las madres respondieron una entrevista personal. Se aplicaron cuestionarios a los profesores. Los datos obtenidos eran para ayudar a la planeación y evaluación de la promoción de la salud en dicha

comunidad. A los hijos se les hizo CPO y ceo. A las madres se les impartieron pláticas acerca de las causas y prevención de enfermedades dentales, actitudes dentales y conductas de salud bucal acertadas. En el caso de los maestros, los conocimientos y actitudes sobre educación para la salud se investigaron de forma directa. Resultados y conclusiones: el promedio COP fue de 2.1 en la población urbana y de 0.7 en el área rural, como podemos observar la prevalencia fue más alta en la población urbana, mientras en las áreas rurales fue menor. El cepillado diario fue en los niños en un 59% y 67% en las madres. Conclusiones. El nivel de conocimientos fue similar en madres y maestros. El entrenamiento o/y capacitación en salud oral es necesario en los maestros para promover la educación para la salud escolar de los niños.<sup>11</sup>

Debido a que nuestro trabajo se refiere a las condiciones socioculturales que afectan la salud bucodental de madres e hijos, nosotros creemos conveniente el hablar de varios términos que se tocaron en el transcurso de la investigación. Si bien es cierto, las creencias y hábitos de una comunidad pueden influir en el proceso de enfermedades bucales como lo son: la caries dental que es un padecimiento multifactorial que en su definición más sencilla, es una enfermedad que se determina por la destrucción de las estructuras del diente. Siendo favorecida por la placa dentobacteriana, la cual se define como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales, también se encuentran algunas células epiteliales e inflamatorias, las bacterias pueden estar ordenadas en grupos o columnas de microcolonias. Además de influir en el proceso carioso, es esencial para el desarrollo de enfermedades periodontales, estas constituyen una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afección de los tejidos que, agrupados bajo en nombre de periodonto, constituyen las estructuras que protegen y soportan los dientes: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. Estas

enfermedades las podemos agrupar en 2: gingivitis, que es una alteración inflamatoria que se limita sólo a la encía (sin pérdida de la inserción) y se habla de periodontitis cuando se pierden tanto la inserción del ligamento periodontal, como soporte óseo alveolar y migración apical del epitelio de unión sobre la superficie radicular. Estas son las de nuestro interés, pero no hay que pasar por alto que existen otras que no son infecciones, sino procesos degenerativos, neoplásicos, quísticos o traumáticos que no se abordan en nuestra investigación.<sup>12</sup> Ahora, procederemos a dar la explicación del porque del dicho "por cada diente un hijo". Dicho muy arraigado en las mujeres, no sólo mexicanas, sino también de otras partes de Latinoamérica. Desde hace mucho tiempo, existía la creencia de que el esqueleto y los dientes maternos se descalcificaban durante el embarazo para suministrar minerales al feto en desarrollo. El feto, necesita calcio, incluso para sus dientes en formación, sobre todo en el último trimestre. Se ha demostrado, que el feto adquiere la mitad del calcio de su organismo durante el último mes de la gestación; por lo que cualquier efecto sobre los dientes de la madre por aumento de la demanda de calcio y fósforo, debe manifestarse en las últimas semanas del embarazo o durante la lactancia. Pero no desde el comienzo del embarazo como suele suceder, por lo éste dicho no tiene razón de ser. Sí, existen alteraciones en el organismo de la mujer gestante, que son: hormonales, vasculares, cambios en el pH salival, cambios en la flora bucal y éstos, son los responsables en parte de las lesiones bucales que comúnmente se observan durante éste periodo, como lo son las gingivitis y periodontitis, pero éstas se observan con mayor frecuencia en mujeres con mala higiene bucal y está en relación directa con el nivel sociocultural que tengan. Por lo que la prevención es básica para poder lograr una disminución en la frecuencia de éstas.<sup>13 y 14</sup>

La necesidad de cuantificar y jerarquizar los problemas y/o necesidades en las sociedades humanas llevan cotidianamente a la búsqueda de indicadores que permitan conocer la magnitud y severidad de

éstos. Dentro del área de salud ésta necesidad se detecta también ya que es de fácil comprensión el papel que la salud de un pueblo juega en el desarrollo del mismo; de esta manera surgen los indicadores de salud.

Todo indicador debe reunir ciertas características que permitan asumir la confiabilidad de su utilización en el momento de inferir los resultados a toda la población. Por ello es necesario tomar en cuenta la Validez y ésta se puede definir como: la condición de medir la variable que interesa y no categorías de otras variables. Los indicadores utilizados en salud deben cumplir con otros requisitos más como lo es el ser factible, es decir; requerir el uso de datos que habitualmente se encuentran disponibles en la práctica. Es ventajoso, por otra parte, que el indicador sea poco sensible a las deficiencias de los datos básicos. La simplicidad del indicador es otra ventaja, así como su expresión estandarizada a nivel internacional lo que facilitará su comparación.

En nuestro estudio utilizamos indicadores de Salud directos e indirectos porque sabemos que los primeros son más confiables ya que permiten un conocimiento más aproximado a la realidad sin necesidad de especular acerca de su participación en el nivel de salud de una comunidad y su calidad de vida. Estos son: morbilidad, mortalidad y expectativa de vida, y en el caso de nuestra investigación sólo utilizamos los de morbilidad ya que sacamos el índice COP d) y ceo (d), también son llamados indicadores de salud comunitaria. Los segundos, sólo permiten su participación en el nivel de vida como **predisponentes de la calidad de vida** de ésta, ya que se encuentran relacionados con la salud ambiental, los servicios de salud de la misma y con los aspectos sociales, económicos y culturales en los que se desenvuelven los individuos, por eso se ha llegado a afirmar que somos producto del medio en que nos desenvolvemos, estos han sido de primordial importancia en nuestro estudio, dado que investigamos los aspectos culturales, la influencia de éstos en la repercusión que tienen de madres a

hijos. Estos se pueden dividir en: indicadores socioeconómicos: empleo, educación, vivienda, clase social, número de habitantes por pieza, analfabetismo; de los cuales utilizamos el de educación, así como alguno de los indicadores higienico-sanitarios: educación sanitaria, vivienda, disponibilidad de agua, etc.; y también los indicadores socioculturales: costumbres, migración, religión, creencias. Además de investigar las creencias como ya mencionamos, indagamos el estado de salud bucodental y para ello requerimos auxiliarnos de los indicadores de salud que miden la enfermedad, pero se ha generalizado el uso del término al momento de cuantificar los eventos epidemiológicos de interés. En Odontología existen varios indicadores pero sólo mencionaremos con los que trabajamos:

CARIES	COP(d)	28 dientes permanentes
	Ceo (d)	20 dientes temporales

#### **C O P(d)**

**Componentes:** C diente cariado    O obturado    P perdido

Índice epidemiológico que cuantifica la experiencia de caries pasada y presente en las piezas permanentes.

Índice irreversible y compuesto ya que mide 3 condiciones diferentes de un mismo evento. Se basa en la revisión de 28 piezas permanentes excluyendo:

- a) dientes sanos
- b) dientes supernumerarios con o sin caries
- c) terceros molares
- d) dientes congénitamente ausentes y/o sin erupcionar
- e) dientes extraídos por razones diferentes a caries
- f) dientes con restauraciones definitivas cuya causa sea ajena a caries

g) Dientes temporales que comparten lugar con el permanente.

Incluye: dientes permanentes que tengan por lo menos un tercio de la corona clínica erupcionada.

### **Ceo(d)**

**Componentes:** c cariados e extracción indicada o obturado

Es un índice epidemiológico que determina la experiencia de caries presenta y pasada de piezas temporales.

Es una variación del COP.

Excluye de su componente la variable P (perdido) e incluye la variable e (extracción indicada) ante la posibilidad de error que se podría introducir en el cálculo debido a las variaciones en el periodo de erupción dentaria y si la variable caries fuera o no la etiología.

A diferencia del COP que utiliza siglas mayúsculas, el ceo utiliza siglas minúsculas.<sup>15</sup>

## **PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Investigaciones en Psicología, afirman que todo lo que pueda aprenderse de forma directa, también puede aprenderse observando a los demás; sobre todo en etapas tempranas de la niñez.<sup>16</sup>

Fijarse en otros "abrevia" el aprendizaje, en muchos casos el individuo deduce ideas generales que le permiten ir más allá de lo que ve y oye, por lo que nosotros debemos indagar la relación que existe con la madre ya que ésta interfiere y/o fomenta el desarrollo de la adquisición de comportamientos saludables.

Sabemos la importancia de la prevención y que ésta se basa en una educación bucodental a una temprana edad, para así obtener una salud dental óptima.

Debido a lo anteriormente mencionado, la información, costumbres y hábitos que tenga la madre acerca del cuidado e higiene bucodental lo transmitirá a sus hijos. Por lo que nos interesa investigar cuales son, para que en base a esto; nosotros posteriormente podamos realizar un programa de educación para la salud dirigido a las madres de San Lorenzo Tezonco.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Identificar si existe una relación entre los hábitos, actitudes y/o información de las madres sobre salud bucodental y la salud oral de sus hijos, medida a través de COP y ceo.

## ESPECÍFICO

- ◆ Analizar el estado de salud bucodental de madres e hijos de San Lorenzo Tezonco.
- ◆ Detectar los conocimientos de salud bucodental, actitudes y prácticas higiénicas de las madres y su repercusión en la salud de sus hijos.

## HIPÓTESIS

En mayor medida que la madre tenga información acertada sobre salud bucodental su hijo tiene un bajo índice de COP y ceo.

## VARIABLES

### INDEPENDIENTES

- ◆ Sexo
- ◆ Edad
- ◆ Ocupación
- ◆ Escolaridad
- ◆ Estado civil

### DEPENDIENTES

- ◆ Salud bucodental de los hijos
- ◆ Estilo de vida (hábitos y creencias sobre higiene bucodental)

- ◆ Salud bucodental de los hijos
- ◆ Estilo de vida (hábitos y creencias sobre higiene bucodental)

## METODOLOGÍA

El estudio fue realizado en la población de San Lorenzo Tezonco, el cual se encuentra dividido en 4 barrios siendo estos: San Lorenzo, San Salvador, San Antonio y el barrio de Guadalupe entre la semana del 18 al 24 de noviembre. El universo de estudio estuvo constituido por 100 madres a partir de la edad de 17 años siendo de segunda generación nativa de la población, así como uno de sus hijos, de preferencia a partir de los 7 años; siendo el total de la muestra 200 individuos; el criterio que se siguió para la elección fue el ir los encuestadores de casa en casa y quien aceptara la realización de la encuesta entraba en la muestra, además de cubrir con las especificaciones dadas anteriormente.

La selección se hizo tomando 25 mujeres con sus respectivos hijos de cada barrio. En ambos grupos se levantó un formulario específico para cada individuo y el levantamiento de CPO(d) y ceo(d) en madres e hijos respectivamente, éstos, sólo fueron representativos, ya que se tomó una submuestra, se levantaron: 14 en el barrio de San Lorenzo y San Salvador, 12 en el de San Antonio y 10 en el barrio de Guadalupe.

Para la obtención de los datos se utilizaron cuestionarios, utilizando la escala de Licker, con tres variables: de acuerdo, en desacuerdo y regularmente de acuerdo. También se utilizaron preguntas de opción múltiple generalmente de 3 a 5 variables, así como preguntas cuya respuesta fue sí o no. Los resultados se representaron por promedio y mediana, con gráficas de barras y pastel por cada pregunta.

- > Cuestionario con locus de control\* en hábitos y creencias bucodentales (en algunas preguntas), uno para madres y otro para sus hijos. Dicho

regularmente de acuerdo. También se utilizaron preguntas de opción múltiple generalmente de 3 a 5 variables, así como preguntas cuya respuesta fue sí o no. Los resultados se representaron por promedio y mediana, con gráficas de barras y pastel por cada pregunta.

- > Cuestionario con locus de control\* en hábitos y creencias bucodentales (en algunas preguntas), uno para madres y otro para sus hijos. Dicho
- > cuestionario consta de 43 y 32 reactivos respectivamente; los cuales se dividieron en:

Cuestionario de madres:

- a) De la pregunta 1 a la 6 aborda sobre hábitos bucodentales
- b) 7 a la 14 sobre hábitos nutricionales
- c) 15 a la 27 sobre actitudes para eludir servicios odontológicos
- d) 28 a la 40 sobre creencias relacionadas a la dentición
- e) 41 a la 43 sobre remedios caseros utilizados antes de asistir a un servicio odontológico

En el cuestionario para los hijos los reactivos se dividieron en:

- a) De la pregunta 1 a la 6 sobre hábitos bucales
- b) 7 a la 12 sobre hábitos nutricionales
- c) 13 a la 22 creencias y actitudes tomadas de sus madres
- d) 23 y 24 sobre actitud tomada de sus madres para evadir servicios dentales
- e) 25 a la 28 formación educativa institucional sobre hábitos higiénicos
- f) 29 a la 32 enseñanza informal sobre técnica de cepillado

En la evaluación de la salud dental, se levantó un índice de COP(d) y ceo(d) en 50 madres e hijos respectivamente, cabe mencionar, que la elección de una submuestra se hizo por la razón de haber recolectado ésta

un sistema de codificación numérico para registrar el estado de salud de las denticiones (permanente y desidua), manejado por la O.M.S.<sup>17</sup>; dichos códigos para ambos casos fueron los siguientes:

0. exfoliado
1. sano
2. caries
3. perdido por caries
4. perdido por parodontopatías
5. perdido por otra razón
6. obturado sin caries
7. obturado con caries
8. obturación desajustada
9. pilar de puente
10. extracción indicada
11. no erupcionado

Para calcular los índices a partir de ésta información se tomó: los códigos 2, 7 y 8 como el componente C, el P comprenden el código 3, 4 y 5 y el componente O incluye el código 6; se excluyeron los códigos 0, 9, 10 y 11.

La investigación fue precedida por la previa entrevista con:

- El Delegado René Arce islas y se le comunicó sobre dicha investigación como tema de nuestra tesis.
- Se le comunicó al diputado de distrito Víctor Hugo Cirigo sobre las actividades que realizamos.
- Se le comunicó al párroco de la Iglesia católica del pueblo igualmente sobre las actividades realizadas y pedir su ayuda de ser necesaria.

- Se habló con el presidente de la iglesia el señor Quirino Palma sobre las actividades realizadas y las fechas en que se realizaron.
- Por último, se habló con el encargado del salón de usos múltiples, para pedir dicho salón para posteriormente dar pláticas sobre salud bucodental (éste punto no lo pudimos realizar debido a la falta de tiempo).

## RECURSOS

### HUMANOS

- 4 personas voluntarias pertenecientes cada una de ellas a un barrio del pueblo para aumentar la confiabilidad de los datos.
- Capacitación de los voluntarios con relación al cuestionario y las posibles confusiones con respecto a él.

### FÍSICOS

- Investigación bibliográfica en la biblioteca de la facultada de Odontología.
- Investigación hemerográfica en la hemeroteca de posgrado de la facultad de Odontología y de la A.D.M., sobre investigaciones anteriores del tema o las más similares.
- Cuestionario con locus de control en hábitos y creencias bucodentales (en algunas preguntas), uno para madres y otro para sus hijos. Dicho cuestionario consta de 43 y 32 reactivos respectivamente.
- Realización de 200 cuestionarios, de dos tipos: 100 para las madres y 100 para los hijos.
- Para responder el cuestionario, pluma y lápices.
- Gáfete de identificación (sólo de los realizadores de la tesina).

- Computadora compaq presario, Word 2000 y 1997.excel microsoft Word 1997.
- Paquete SPSS para realizar el análisis estadístico, el manejo de variables y graficación de resultados.
- Impresora Hewlett Packard.
- Los resultados se sacaran en porcentaje y se mostrarán en gráficas de barras y pastel.

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptiva de campo

## RESULTADOS

Los resultados de nuestra investigación se clasificaron de acuerdo a tres factores: una dieta adecuada, creencias encaminadas a la salud e higiene bucodental de madres e hijos.

La muestra fue de 100 madres y 100 hijos además de una submuestra de 100 índices de caries, CPO(d) y ceo(d), 50 madres con sus respectivos hijos.

### CUADRO 1. Edad de las madres.

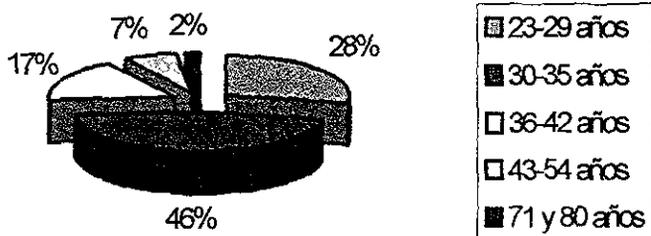
Fueron constituidos 5 grupos de edades dentro de los cuales se tuvo un promedio de 33.93, una mediana de 32.50 y una moda de 32, además de la desviación de 8.29 con un mínimo de 23 y un máximo de 80 (Gráfica 1)

Edad de las madres	Porcentaje
23-29 años	28%
30 - 35 años	46%
36 - 42 años	17%
43-54 años	7%
71- 80 años	2%

### Cuadro 2. Estado civil de las madres

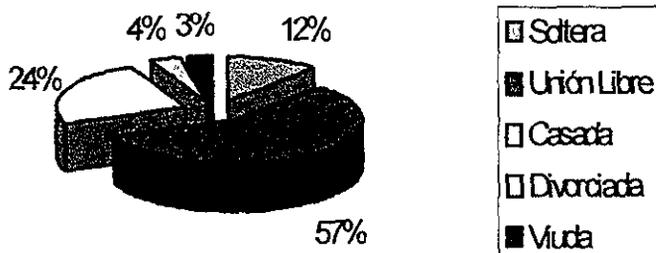
El estado civil de las mujeres es básicamente unión libre, ya que muchas mujeres son madres antes de cumplir la mayoría de edad y nunca se casan. (Gráfica 2)

### EDADES DE LAS MADRES



Gráfica 1

### ESTADO CIVIL DE LAS MADRES



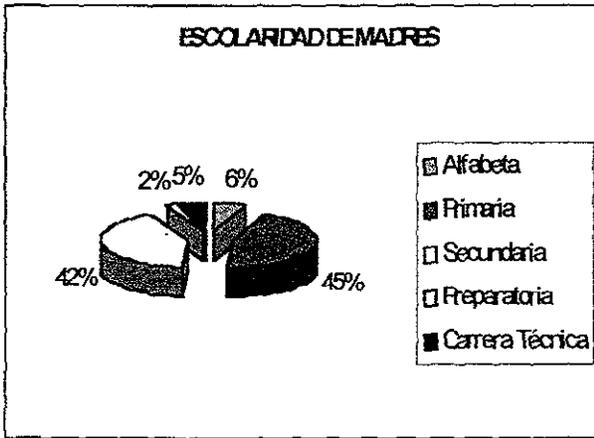
Gráfica 2

Estado civil	Porcentaje
Soltera	12%
Unión libre	57%
Casada	24%
Divorciada	4%
Viuda	3%

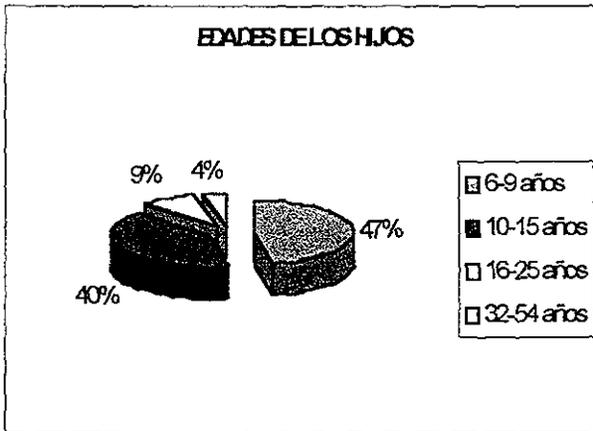
### Cuadro 3. Escolaridad de las madres

La escolaridad en las madres, es en su mayoría de primaria y secundaria, según nos comentaron por el poco apoyo que recibieron de sus padres. (Gráfica 3)

Escolaridad	Porcentaje
Alfabetas	7%
Primaria	44%
Secundaria	42%
Preparatoria	4%
Técnica	3%



Gráfica 3



Gráfica 4

#### Cuadro 4. Edades de los hijos

La edad de los hijos, nos dio los siguientes datos: promedio de 11.72, mediana de 10, moda de 10, desviación estándar de 10, con un rango de 48, con un mínimo de 6 y un máximo de 54. (Gráfica 4)

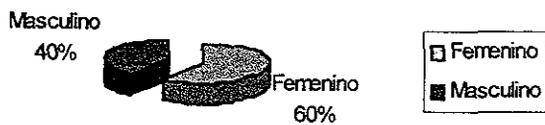
Edades	Porcentaje
6-9 años	47%
10 - 15 años	40%
16 - 25 años	9%
32-54 años	4%

#### Cuadro 5. Sexo de los hijos

El sexo de los hijos, nos revela la importancia de la educación en la población estudiada de acuerdo a nuestros objetivos, en éste caso; es mayor el número de mujeres, que poco después tendrán a cargo una familia. (Gráfica 5)

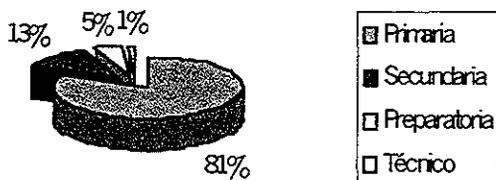
Sexo	Porcentaje
Femenino	60%
Masculino	40%

### SEXO DE LOS HIJOS



Gráfica 5

### ESCOLARIDAD EN HIJOS



Gráfica 6

### **Cuadro 6. Escolaridad de los hijos**

Recordemos que nuestra población es de un promedio de 11.7 y una moda de 10, por lo que la mayoría de los niños están en primaria, aunque cabe mencionar que la escolaridad de las personas adultas es de primaria y secundaria.

<b>Escolaridad</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	81%
Secundaria	13%
Preparatoria	5%
Carrera técnica	1%

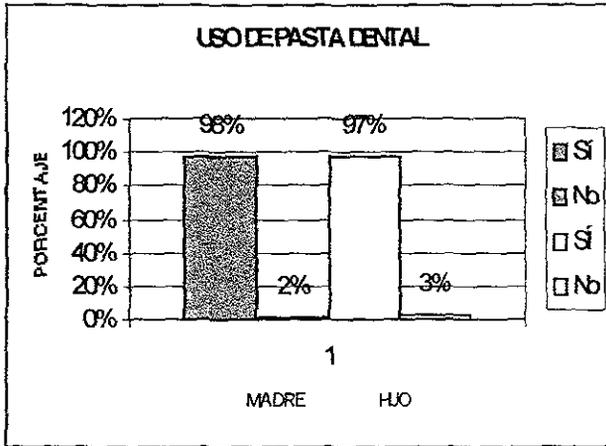
### **Cuadro 7. Higiene bucodental**

Los datos sobre la higiene dental de las madres encuestadas dieron como resultado: que el 98% de ellas usa pasta dental y sus hijos en un 97%, los niños pequeños refirieron que no la usaban porque les daba asco y/o les "picaba". (Gráfica 7)

El 99% de las madres usa cepillo dental y sólo el 1% refirió que no usaba cepillo. (Gráfica 8)

El enjuague bucal únicamente es utilizado en un 21% por las madres y un 20% por los hijos. (Gráfica 9)

La frecuencia del cepillado es de 2 veces al día realizado por las madres y 46% en los hijos, una vez al día en un 35% de las madres y un 22% en los hijos. (Gráfica10)



Gráfica 7

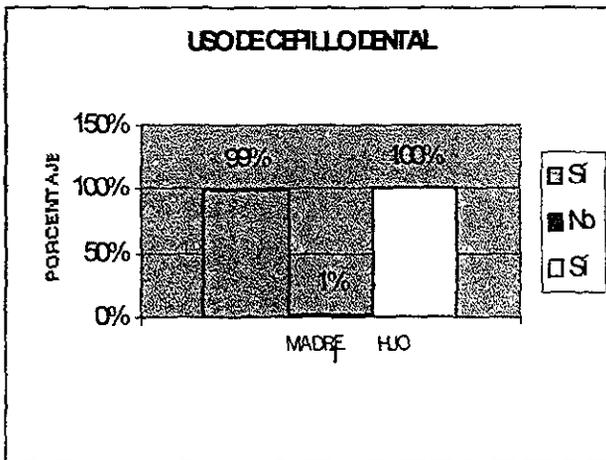


Gráfico 8

Higiene bucodental	Madres	Hijos
Adecuada	42%	43%
No adecuada	58%	57%

### Cuadro 8. Dieta

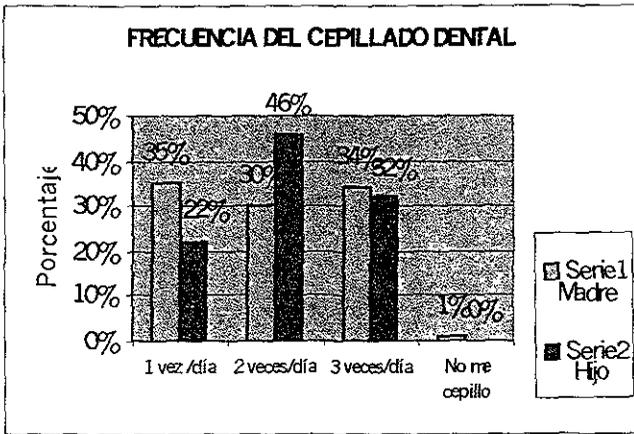
De acuerdo a la escala utilizada en nuestro formulario, los datos que obtuvimos fueron: los hijos tenían una dieta adecuada de acuerdo a su condición socioeconómica baja, pero la madre al contrario del hijo, tiene una dieta inadecuada, esto, debido según algunas madres; que prefieren que coman bien los hijos y su marido, aunque ellas coman menos.

Los hijos toman leche en un 58% de ellos, pero un 42% no, porque es cara, a pesar de que todavía hay una distribuidora de Liconsa en la comunidad.

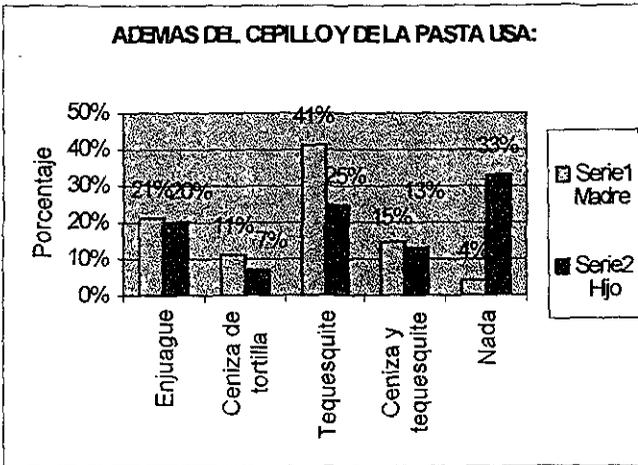
Los alimentos que consumen las madres son generalmente 3 en el 65%, aunque los hijos en un 67%.(Gráfica 11)

Los hijos toman agua simple o de frutas en un 56%, pero también consumen refresco en un 43%. Las madres a diferencia de sus hijos consumen agua natural y refresco en un 66% y 33% nos contestaron que únicamente agua. Cabe mencionar que una pareja de madre-hijo consume únicamente refresco.(gráfica 12)

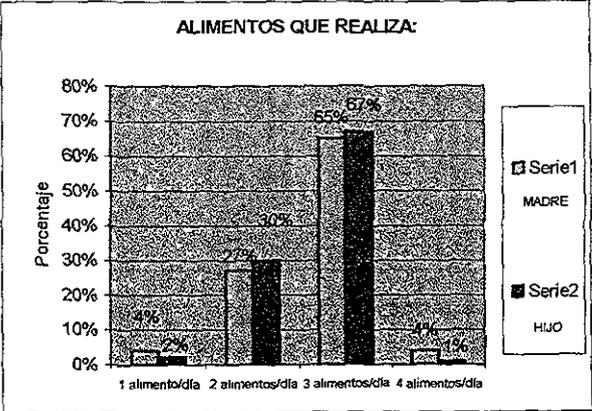
Las madres acostumbran golosinas dulces en un 24%, saladas en 3% y ambas en un 68%, los hijos consumen golosinas dulces en un 10%, saladas en un 9% y ambas en 79%. (Gráfica 13)



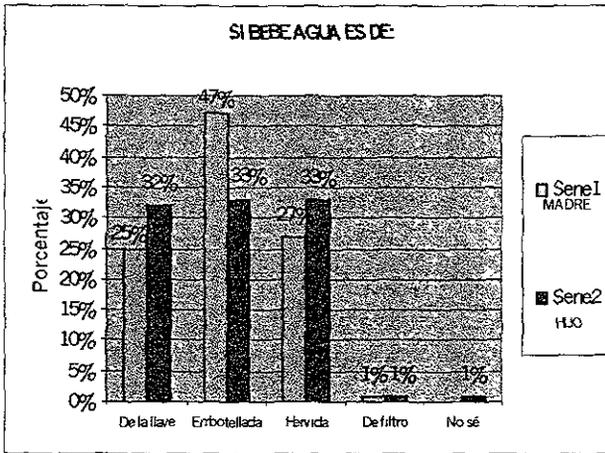
Gráfica 9



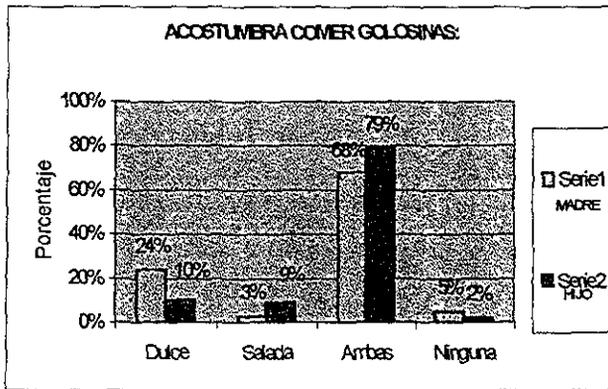
Gráfica 10



Gráfica 11



Gráfica 12



Gráfica 13

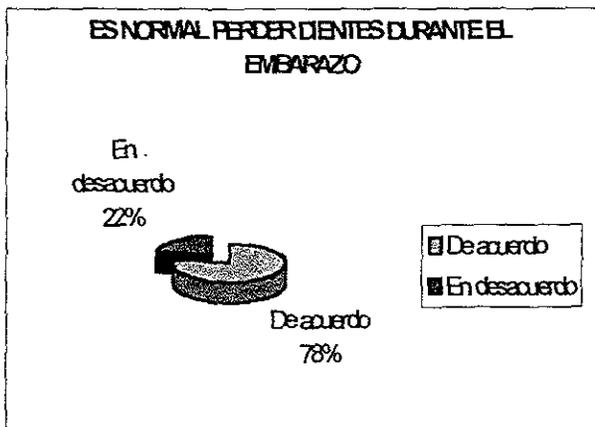
	Madre	Hijo
Higiene bucodental		
Dieta adecuada	32%	34%
Dieta no adecuada	68%	66%

### Cuadro 9. Creencias sobre salud bucodental

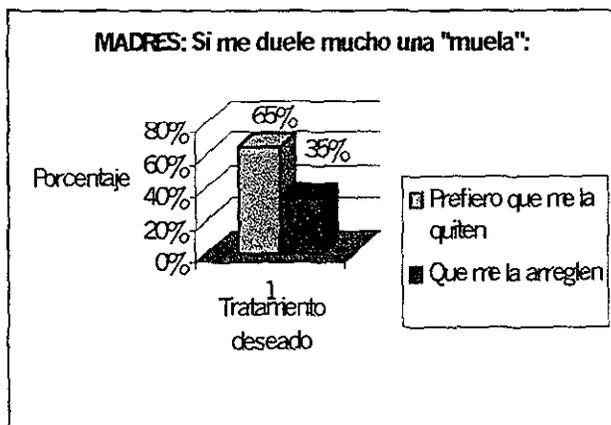
Las madres de ésta comunidad, tienen poca información la cual es proporcionada por el centro de salud, pero ésta es insuficiente, pues la comunidad sobrepasa la capacidad y los recursos de dicho centro. Creencias tales como, perder un diente cuando se tiene un hijo, está presente en el 72% de las madres encuestadas, y que los dientes de leche no son importantes, está en el 65% de la población materna. (Gráfica 14)

Además de que el tequesquite es utilizado en un 41% de nuestra muestra, la ceniza de tortilla es utilizada en menor frecuencia, en un 11% de las madres, en los hijos el tequesquite es empleado en un 25% y la ceniza de tortilla en un 7%.

Las creencias encaminadas a la salud bucodental óptima es baja dentro de la población de madres como se observa en el cuadro.



Gráfica 14



Gráfica 15

Creencia	Madres	Hijos
Adecuadas	38%	62%
No adecuadas	37%	63%

### **Cuadro 10. Conocimientos**

Se cuestionó acerca del tratamiento odontológico de elección si les dolía una "muela", en un 65% preferían que se la quitaran y un 35% que se las arreglaran. (Gráfica 15)

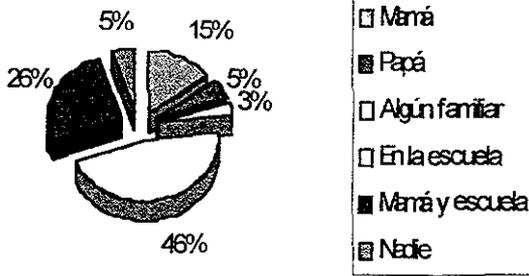
Se preguntó a las madres quien les enseñó a cepillarse y un 69% de las madres dijo que sus padres no les habían enseñado, mientras que a los hijos el 46% fue en la escuela donde les enseñaron. (Gráfica 16 y 17)

En la gráfica 20 se demuestra la poca información de las madres, al preguntarles sobre el conocimiento de placa dentobacteriana solamente el 3% respondió, dos eran personal de una unidad de medicina familiar y otra era enfermera

### **Cuadro 11. Evasión de servicios dentales**

El 63% de las madres contestó que no iban al dentista porque les resultaba muy caro; en los niños, un 46% respondió que su mamá no los llevaba por lo caro y por falta de tiempo

**¿QUIÉN TE ENSEÑA A LAVARTE LOS DIENTES?**

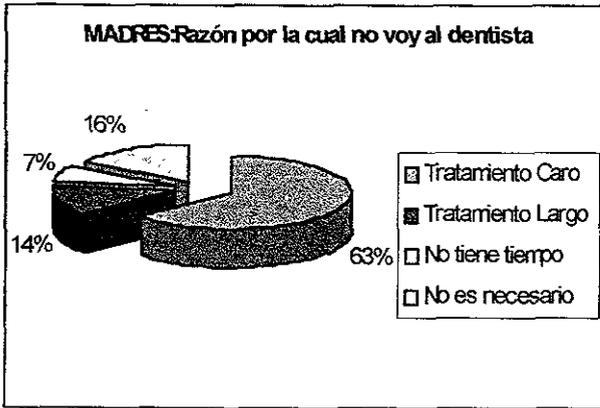


Gráfica 16

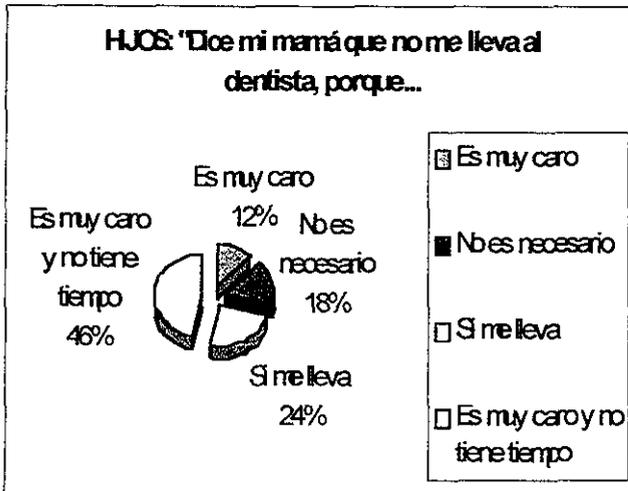
**MADRES: Alguno de mis padres me enseñó a lavarme los dientes**



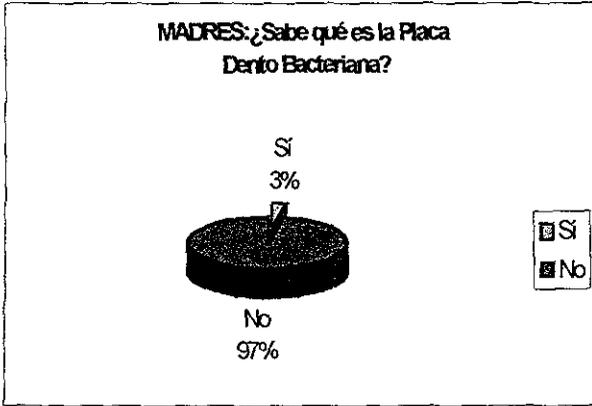
Gráfica 17



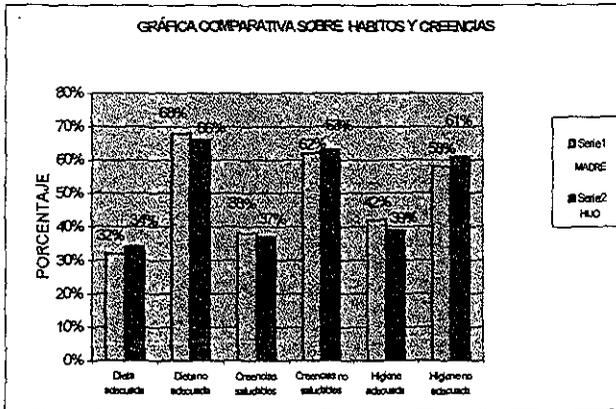
Gráfica 18



Gráfica 19



Gráfica 20



Gráfica 21

## Cuadro 12. Índices de caries de madres e hijos

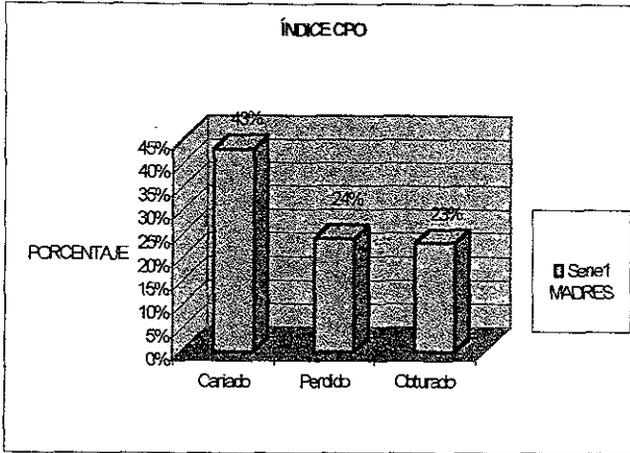
Se obtuvo una submuestra de 50 COP(d) de madres y 50 COP/ceo(d) de hijos , de acuerdo a su edad.

El índice de COP(d) en madres fue alto sobre todo en el rango de caries siendo 43%, 24% perdido, de éste porcentaje el 22% fue por parodontopatías y 23% obturado (Gráfica 22). En los hijos fue una población de 13 hijos con COP(d), 72% de caries, perdido 6% y obturado 22%.(Gráfica 23)

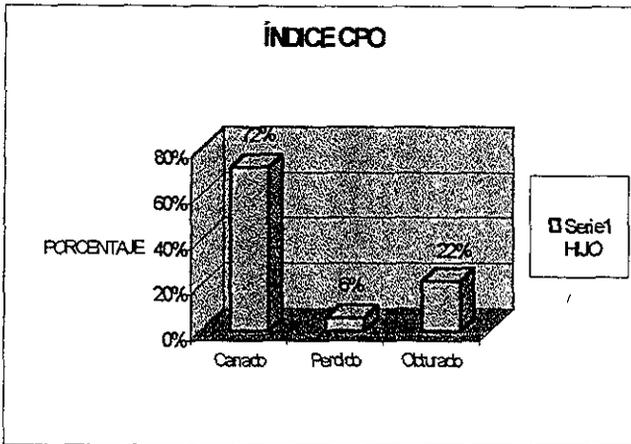
Para los niños de 6 a 14 años en adelante su índice de COP/ceo fue: caries, un 54%, 26% extracción indicada, obturado 18% y perdido 2%. (Gráfica 24)

Su baja higiene dental se refleja en lo alto de su índice de caries.

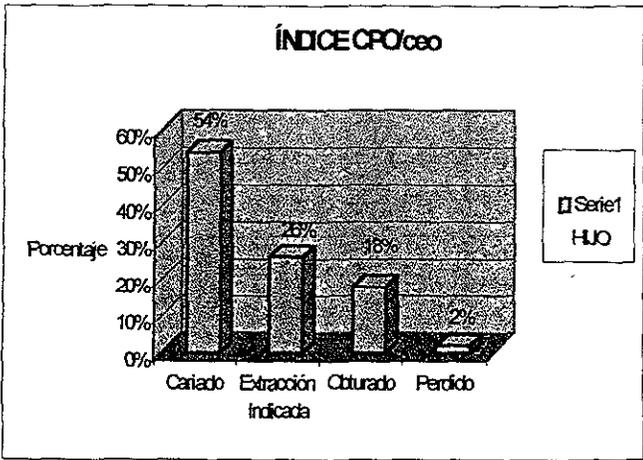
Persona	Higiene dental buena	Higiene dental baja	Alto índice de COP	Bajo índice de COP	Alto índice de COP/ceo	Bajo índice de COP/ceo
Madre	42%	58%	56%	44%		
Hijo	43%	57%	48%	52%	62%	38%



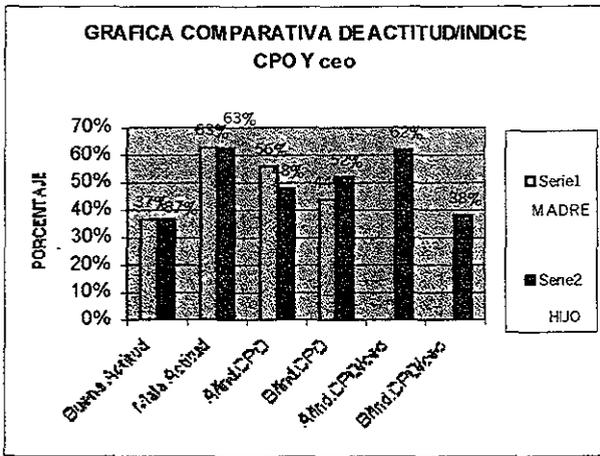
Gráfica 22



Gráfica 23



Gráfica 24



Gráfica 25

## CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestra investigación podemos concluir que:

Las madres son moldeadoras de conductas y actitudes en los hijos, por lo tanto, si éstas son buenas o malas repercutirán en ellos. El educar a la madre es sumamente importante para que se formen educadoras de salud dental en el hogar, y sea más efectivo el aumento en la salud bucodental de sus hijos.

Una dieta inadecuada, alta en carbohidratos y la falta de higiene, repercutirá en el estado de salud bucodental, dando índices de COP(d) y/o ceo(d), altos.

La pérdida de dientes más frecuente en la población se debe a parodontopatías, a pesar de que las madres son jóvenes. Ésto es causado por la mala higiene que presentan y la poca información que tienen.

Las creencias arraigadas en una población se multiplican al pasar de generación en generación, es muy difícil retirarlas, más no imposible; y en éste caso lo podemos lograr educando a las madres.

El uso del tequesquite en la población estudiada es alto, y el de las cenizas de tortilla presenta menor frecuencia. La primera es una costumbre muy antigua desde que Ixtapalapa era el centro de venta de éste producto.

Se dedujo también, que la escuela es un medio de educación, no solamente escolar sino también médico-odontológico. A pesar de que las madres no enseñan a sus hijos a cepillarse los dientes (por ejemplo) en la escuela sí; pero lo inadecuado es que los profesores no tienen la preparación

suficiente para enseñar de manera integral, y creemos que a la falta de un programa de educación para la salud

Los Cirujanos Dentistas tienen que cambiar su mentalidad de rehabilitadora a la preventiva, y dedicarse a la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud

El Cirujano Dentista tiene la obligación de educar a las madres desde antes de la gestación para asegurar una buena salud bucodental en las siguientes generaciones.

El educar en salud a la población, puede disminuir los gastos del gobierno y así como la economía familiar.

Dentro de la práctica privada, es un deber ético realizar programas de educación para la salud bucodental, y con las estrategias adecuadas, el costo de éste puede ser muy bajo

## GLOSARIO

**ACTITUD.** Es la predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o símbolos introyectados. Las actitudes forman parte de la personalidad y pueden afectar la interpretación de lo que se percibe, pueden facilitar o impedir el proceso de aprendizaje.

Las actitudes se aprenden por cultura, por medio de respuestas condicionadas, por lo tanto, los cambios de actitud necesitan mecanismos similares a la de cualquier respuesta condicionada.

**ALCANFOR.** Es extraído del árbol *Cinnamomun camphora*, originario del este de Asia, de China y de Japón. Se presenta en forma de gránulos, cristales o masas cristalinas incoloras, o blancas con olor penetrante característico y gusto aromático picante. Se aplica tópicamente a la piel como antiprurítico y antiféccioso y se emplea como necesidad farmacéutica en algunos preparados. También se usa en casos de reuma, gota, dolores de espalda, torceduras, golpes contusos.

**ALCOHOL** Nombre químico etanol. Líquido transparente, incoloro, móvil y volátil, miscible con agua, éter y cloroformo, obtenido por fermentación de carbohidratos con levados. Se emplea como antiinéccioso tóxico y solvente.

**COHESIÓN.** Acción y efecto de adherirse o reunirse las cosas entre sí o la materia de que están formadas.

**COMUNIDAD** Es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de

organización y de cohesión social y cultural. La comunidad se diferencia de la sociedad en que ésta es mayor, heterogéneo o con perfiles socioeconómicos muy variados, autosuficiente. Dentro de una sociedad pueden coexistir muchas comunidades.

**CONDICIÓN.** Estado o situación especial en que se haya una persona, se dice también del carácter o genio de las personas

Calidad o circunstancia con que se hace o promete una cosa.

**CONDUCTA.** Puede definirse como los cambios que podemos observar y contar. Estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los seres humanos siguen a través del proceso de crecimiento. Este proceso de desarrollo está influido por dos factores, primero la maduración y segundo, la exposición del individuo a determinado ambiente.

**CREENCIA.** Dar fe u crédito a una cosa, noticia o hecho. Conjunto de conductas que por medio de un grupo social son adoptadas por otros en base a la fe.

**CRITERIO** Diente sano. Un diente es considerado sano si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar.

**DE Dx EN EL** Diente cariado. Se considera que la caries está presente cuando una lesión en un surco, o fisura o sobre una superficie lisa presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una pared reblandecida.

**LEVANTA-** Diente obturado con caries. Un diente es catalogado como obturado con caries cuando una o más restauraciones permanentes y una o más áreas cariadas

**MIENTO DE** Diente obturado sin caries. Los dientes son considerados como obturados sin caries cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) u otras áreas del diente con caries primaria

COP Y ceo. Diente perdido por caries. Esta categoría es usada, tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries. Para la dentición temporal éste código debe ser aplicado sólo en sujetos, que están en una edad en la que la exfoliación normal no explica su ausencia.

Diente perdido por otras razones. Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodónticas, o debido a trauma, etc. Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad paradontal.

Soporte de puente o corona especial. Se usa para indicar que in diente forma parte de una prótesis fija, es decir, es un soporte de prótesis. También puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Nota: los dientes faltantes sustituidos por un puente se codifican con los números 4 o 5 como otros dientes perdidos.

Diente no erupcionado. Se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del temporal. Los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.

Dientes excluidos. Se usa para cualquier diente que no pueda ser examinado.

CREOLINA. Líquido espeso, negruzco, preparado con aceite de alquitrán de hulla y jabones resinosos, que se emplean como desinfectante.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

mayor o menor nivel de salud tanto en el individuo como en la comunidad, según el modelo clásico M Lalonde.

La cultura, nivel socioeconómico, educación, conocimientos, conductas influyen en el estilo de vida como son las convicciones sobre salud, creencias, hábitos nutricionales, higiene personal

**GUAYACOL** Uno de los productos de la destilación seca del guayaco, se usa en la tuberculosis pulmonar y en bronquitis

**GUAYACO.** Árbol americano de tronco grande, ramoso, hojas persistentes. flores en hacecillos terminales y fruto capsular, maderable y medicinal

**HÁBITO.** Conducta repetitiva que termina por tomarse automática o inconsciente, la influencia que ejerce sobre la salud individual es muy grande y es así mismo fundamental que las acciones sanitarias los tomen muy en cuenta.

**HIPÓTESIS.** Asegura la verdad de una proposición, o que debe ser verdad si la proposición lo es.

**INFLUENCIA.** Indica el influjo sobre cosas o hechos y/o ascendiente al prójimo. En pensamientos la influencia es determinante para la realización de conductas

**LADINO** En América dicese de un indio o negro africano que habla español. Que habla con facilidad alguna o algunas lenguas además de la propia.

**LIMÓN** Se usa para la piorrea En una torunda de algodón se moja con el jugo de limón y se dan toques en las encías todas las noches y mañanas y después se enjuaga la boca con agua de bicarbonato.

**LOCUS DE CONTROL.** Son las interpretaciones de los eventos que nos suceden, pueden ser internos y externos; los primeros son controlados por el individuo y los segundos por factores ajenos a él. Éstos, los podemos evaluar de acuerdo a una puntuación predeterminada.

- 8-13 Dieta saludable
- 14-18 Medianamente saludable
- 19-24 No saludable
- 12-16 Asistencia a los servicios odontológicos
- 17-28 Media tendencia de evadir los servicios odontológicos
- 29-37 Evasión de los servicios odontológicos
- 10-15 Alta tendencia a la salud bucodental (con relación a las creencias)
- 16-25 Media tendencia a la salud bucodental (con relación a las creencias)
- 26-35 Baja tendencia a la salud bucodental (con relación a las creencias)

**MODO DE VIDA.** De acuerdo a Levinson, modelo básico de vida de una persona, se compone tanto de los aspectos internos como externos.

Internos: sueños, valores y emociones.

Externos: participación en el trabajo, la familia y vida religiosa.

**MOTIVACIÓN.** Es una necesidad que se desea satisfacer de manera placentera.

En el proceso de aprendizaje. La necesidad de estudiar se convierte en imprescindible para que éste se realice, por lo tanto, el motivo sirve como energía que orienta la conducta.

La motivación puede ser:

Intrínseca. Cuando viene precedida por una necesidad interna de éxito "el conocimiento por el conocimiento mismo".

Extrínseca Cuando aparece por factores externos como puede ser la cercanía de un examen, la obtención de estímulos positivos. proceso, proceso que debe ser controlado por una persona capacitada

PIORREA Descarga de pus alveolar, parodontitis complicada.

ROMERO El principal componente del romero es el aceite esencial alcanforado, entre otras sustancias. Es utilizado para el fortalecimiento del estómago; favorece la digestión, es muy recomendado en los dispépticos, se prepara 15 gramos por litro de agua.

SALUD. Es el bienestar físico, mental y social total y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades(definición según la OMS)

El éxito de un organismo en responder, adaptarse, a las modificaciones del medio ambiente. Los cambios en el medio son siempre amenaza para el bienestar del individuo (Según René Dubos)

No puede considerarse a la salud como un estado biológico y social estático sino que, por el contrario, la noción de salud implica mecanismos de variación y adaptación constantes.

TEQUESQUITE. Desde antes de la conquista, los pobladores del valle de México sabían de la existencia y el aprovechamiento de las sales alcalinas. En tiempo de secas, estas sales afloraban a la superficie y formaban costras, que recibieron el nombre de **tequixquiti o tequesquite**.

El comercio del tequesquite se hacía en Iztapalapa nombre que significa "pueblo donde se recoge la sal" o **ixtail**. Así, en el

nombre de Ixtapan de la Sa] se hace uso redundante de dos lenguas.

Al añadir el tequesquite a las comidas éstas se condimentaban y facilitaba la cocción de las legumbres. También se le utilizaba como detergente alcalinizante ligero para agruras.

También era utilizado como medio de higiene para los dientes, además de que para la gente joven era medio cosmético para el color blanco de los dientes.

**TORTILLA** Alimento hecho de maíz, de forma redonda u ovalada, que es base de la alimentación del pueblo mexicano.

Las cenizas de la tortilla eran comúnmente usadas para la limpieza dental, debido a que entre sus materiales se encontraban sales como el bicarbonato de sodio.

**YODO.** Elemento alógeno de olor peculiar y sabor acre; es un elemento no metálico que se encuentra en placas o gránulos densos de color negro grisáceo. El preparado de yodo se emplea como antiinfeccioso tópico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Papalia D.E , Wendkos O Psicología. México, D.F: Mc Graw Hill, 1988.
2. Wittaker Psicología social en el mundo de hoy. México, D.F.Trillas, 1979.
3. Moreno A.A. Estudio sobre el riesgo de caries mediante un índice agregado madre-hijo. *Práctica Odontológica* 1990:II(12) 25-28
4. Vargas A.A. la cultura y la educación en temas de salud *Revista ADM* 1988.XLV(4): 269-271
5. Díaz R.R Educación para la salud bucal en la madre gestante. *Práctica Odontológica*.1989 10(7) 35-37
6. Pérez B.a: estudio de 2 vías utilizadas en la formación de hábitos de higiene bucal en niños de 5 años de edad *Revista Cubana de Estomatología*.1987 24(1):17-25
7. Solares J Creencias populares sobre salud oral en Patzún. *Revista Guatemalteca de Estomatología*. 1973:3(1):9-24.
8. Tovar V.O. características de higiene oral y hábitos en la comunidad de Ticuna "Arara", Amazonas,1997 *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*.1998.156(193):43-45
9. Craefor A N. Dental attendance patterns among mothers and their children in an area of social deprivation *Community Dental Health*. 1992 9(3):289-292
10. Gratrix D Mothers dental attendance patterns andtheir children s dental attendance and dental health. *Brithish Dental Journal*. 1990 168(11):441-443.
11. Petersen P.E Oral health profile of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Zanzibar. *Community Dental Health* 1992:9(3) 256-262.

12. Genco R.J., Goldman H.M. Periodoncia. México, D.F: Interamericana - Mc Grae-Hill, 1994.
13. Rodríguez X. La educación para la salud bucal en la embarazada, Revista Cubana de Estomatología. 1972.9:33-37.
14. Santaana A. Salud bucodental y embarazo. Revista de Actualidad Odontoestomatológica española 1991:400:57-62.
15. Melendez O.A. Indicadores de salud. México, D F. UNAM. 1990. 1-5.
16. Davidoff.L. Introducción a la Psicología. España Mcgraw Hill 1989.
17. O.M.S Encuestas de salud, métodos básicos. Ginebra 1994

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA DE SALUD BUCODENTAL PARA MADRES E HIJOS DE LA  
COMUNIDAD DE SAN LORENZO TEZONCO

EDAD \_\_\_\_\_ GRADO DE ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_

Alcoholismo \_\_\_\_\_

Drogas \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

1. Última visita al dentista:

- a) Hace un semana    b) Hace un mes    c) Hace 6 meses  
d) Hace un año    e) Hace más de 3 años

2. Ha llevado a su hijo al dentista:

- a) Sí    b) No

3. Usa cepillo de dientes:

- a) Sí    b) No

4. Usa pasta de dientes:

- a) Sí    b) No

5. Frecuencia del cepillado

- a) Una vez al día    b) 2 veces al día    c) 3 o más veces al día  
d) No me cepillo

6. Auxiliares del cepillado:

- a) Enjuague bucal    b) Ceniza de Tortilla    c) Tequesquite  
d) Ceniza de tortilla y Tequesquite    e) Nada

d) Ceniza de tortilla y Tequesquite e) Nada

7. Alguno de mis padres me enseñó a cepillarme los dientes:

a) Sí b) No

8. Alimentos que consume:

a) 1 vez al día b) 2 veces al día c) 3 veces al día d) 4 veces al día

9. Acostumbra comer golosinas:

a) Dulces b) Saladas c) Ambas d) Ninguna

10. Frecuencia

a) 1 vez al día b) 2 veces por semana c) 4 a 5 veces por semana  
d) Ninguna

11. Bebidas:

a) Agua b) Refresco c) Ambos

12. Si toma agua bebe:

a) La llave b) embotellada c) hervida d) De filtro e) nada

13. Frecuencia con la que usted bebe refresco:

a) 1 vez al día b) 2 a 4 veces al día c) 5 a 7 veces al día  
d) 1 a 2 veces por semana e) No bebo

14. Toma café:

a) Con azúcar b) Sin azúcar c) Leche y azúcar d) No bebo

15. Frecuencia con la que bebe café

a) 1 a 2 tazas al día b) 2 a 4 tazas al día c) 5 a 7 tazas al día  
d) 1 vez a la semana e) No bebo

AFIRMACIÓN	De acuerdo	Regularmente de acuerdo	En desacuerdo
Si se me destapa una muela, pero no me duele:			
16. Acudo de inmediato al dentista			
17. Me espero, y si me duele voy al dentista			
18. Si mis encías sangran, pero no me duele, no hay problema			
Si tengo un dolor muy fuerte de muela:			
19. Me espero a que se me pase el dolor:			
20. Prefiero que me la quiten			
21. Prefiero que me la arreglen			
Mi principal razón por la cual no voy al dentista es:			
22. Porque el tratamiento es doloroso			
23. Porque el tratamiento es muy largo			
24. Porque no se me hace necesario			
25. Por que el tratamiento es muy caro			
26. Porque no tengo tiempo para ir al dentista			
27. Creo que debo de tener dientes hasta el final de mi vida			
28. Soy directamente responsable de mi salud bucodental			
29. No importa que tanto me esfuerce en cepillarme de todos modos tengo caries			
30. Creo que el perder dientes es algo normal en el envejecimiento			

A F I R M A C I O N	De acuerdo	Regularmente de acuerdo	En desacuerdo
31.El destino de mis dientes, está en las manos del dentista			
32.Durante el embarazo es normal perder un diente			
33.Creo que puedo remover la mayor parte de placa			
34.Creo que una dentadura me traería menos problemas que mis dientes			
35.Sólo visito al dentista cuando tengo dolor			
36.Cuando me cepillo me sangran las encías, es porque me lastimo y ya no me cepillo			
37.Cuando me duele una muela , me pongo clavo o algodón c/alcohol			
38.Con el tequesquite mis dientes, se "hacen más fuertes"			
39.Con las cenizas de tortilla, mis dientes se "hacen más fuertes "			
40.Se que es la placa dentobacteriana			
41.Los dientes de leche de mi hijo, no son importantes porque se caerán			

## CUESTIONARIO PARA HIJOS

Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

No. de cuestionario. de la madre \_\_\_\_\_

1. Te han llevado al dentista

- a) Sí    b) No

2. Tienes cepillo de dientes

- a) Sí    b) No

3. Cuando te cepillas los dientes:

- a) Una vez al día    b) 2 veces al día    c) 3 Veces al día  
d) No me cepillo

4. Si no te cepillas las 3 veces es porque:

- a) Me da flojera  
b) Me da asco  
c) Nadie me ha enseñado  
d) Si me cepillo

5. Uso pasta dental:

- a) Sí  
b) No

6. Además del cepillo y la pasta usas:

- a) Enjuague bucal    b) Ceniza de tortilla    c) Tequesquite  
d) Ceniza de tortilla y tequesquite    e) Nada

7. Alimentos que consumes:

- a) 1 vez al día    b) 2 veces al día    c) Tres veces al día  
d) 4 veces al día

8. Acostumbras comer golosinas:

- a) Dulces    b) Saladas    c) Ambas    d) Ninguna

9. Regularmente tomas:

- a) Agua    b) Refresco    c) Ambos

10. Tomas leche

- a) Sí    b) No

11. Si tomas agua es de:

- a) De la llave    b) Embotellada    c) Hervida    d) Hervida  
e) Filtro    f) No sé

12. Si tomas café es:

- a) Sólo    b) Con azúcar    c) Con Leche y azúcar    d) No tomo

13. Mi mamá siempre me ha dicho que me lave los dientes:

- a) Sí    b) No

14. Mi mamá me ha dicho que si no me cepillo los dientes tendré caries:

- a) Sí    b) No

15. Mamá regularmente me revisa la boca:

- a) Sí    b) No

16. Alguna vez me ha dolido un diente:

17. Si tengo dolor en una muela mamá:

- a) Me lleva al dentista  
b) No me hace caso  
c) Me pone algodón c/ alcohol, clavo y/o pimienta

18. Alguien te enseñó a lavarte los dientes:

- a) Sí    b) No

19. ¿Quién?

- a) Mamá    b) Papá    c) Algún familiar    d) En la escuela  
e) Mamá y en la escuela    f) Nadie

20. ¿Cuándo te lavas los dientes alguien te está viendo?

- a) Sí    b) No

21. ¿Quién?

- a) Mamá    b) Papá    c) Algún familiar    d) En la escuela  
e) Mamá y en la escuela    f) Nadie

29. En la escuela me cepillo los dientes:

- a) Después del recreo
- b) Antes de la salida
- c) No me hacen cepillarme los dientes

30. La principal razón por la que no voy al dentista, es porque:

- a) Mi mamá no tiene tiempo
- b) Mi mamá dice que es muy caro
- c) Mi mamá dice que no es necesario
- d) a y b
- e) Mi mamá si me lleva

31. Mi mamá dice que:

- a) Me va a llevar al dentista, porque el debe de cuidarme los dientes
- b) Que yo debo de cuidar mis dientes
- c) Que cuando tenga los dientes de "verdad" me llevará al dentista
- d) Que sólo me llevará cuando se me "pique " un diente
- e) Nunca me ha dicho nada

