

CONCEPCIONES DE PADRES Y DOCENTES Y ESTADO DENTARIO EN PREESCOLARES ASISTENTES A UNA ESCUELA PÚBLICA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

<salud bucal – programas escolares>

Peterlini Carolina###

cpeterlini@arnet.com.ar

Culacciatti Cristina#

cculacciatti@yahoo.com

Squassi Aldo#

asquassi@ciudad.com.ar

Bordoni Noemí##

nbordoni@rec.uba.ar

#Odontología Preventiva y Comunitaria, FOUBA;
Instituto de Investigaciones en Salud Pública, UBA ;
Instituto G. Germani, Facultad de Ciencias Sociales /UBA.

INTRODUCCIÓN

El marco conceptual de esta investigación se encuadra en la concepción del proceso salud-enfermedad-atención y en la relación entre calidad de vida y salud bucal. La medida de salud percibida representa la perspectiva subjetiva de los individuos acerca de su propia salud e incluye aspectos de salud general y del componente bucal y, a menudo, definen la necesidad de tratamiento y la demanda de servicios. (Atchinson, 2002) Se ha demostrado que en los grupos sociales existe un imaginario referido al componente bucal de la salud y a los procesos vinculados con ella que se expresa a través del discurso. Squassi y colaboradores (2004) en un estudio empleando la metodología de la semiótica de los enunciados, encontraron que determinadas concepciones de los actores críticos, padres y profesionales, actúan en la adhesión o el abandono de la atención odontopediátrica.

Slade (1997) y Jokovic et al (2002) informaron que recientemente se incorporaron recursos destinados a niños/as. Inglehart y colaboradores (2002) afirmaron que, dado que los niños no toman las decisiones acerca de aspectos vinculados con la adopción de estilos de vida saludables sino que la responsabilidad para atender esas necesidades

recae sobre sus cuidadores, éstos resultan importantes cuando se estudia el estado de salud relacionado con la calidad de vida. Climent y Arias (1993) han identificado como recursos sociales a las redes familiares y comunitarias constituidas por parientes, amigos, vecinos, grupos de autoayuda y otras instituciones específicas para el cuidado de la salud. Landgraf y colaboradores (1999) han desarrollado instrumentos específicos aplicados en investigaciones referidas a salud relacionada con calidad de vida demostrando la capacidad predictiva de las percepciones de salud y su utilidad como medida de los resultados de los tratamientos.

El objetivo de esta investigación fue analizar las concepciones sobre el componente bucal de la salud existentes en un grupo de padres/madres y docentes de preescolares, establecer el estado dentario de los niños/as y explorar la existencia de relación entre las variables cuali-cuantitativas estudiadas.

MATERIAL Y TÉCNICAS

Con el propósito de realizar una investigación previa al inicio de la atención odontológica institucional se definió una muestra no probabilística a partir del universo de las madres y los padres de niños/as preescolares asistentes a las dos clases de una escuela dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el momento del ingreso de los niños/as al Colegio se solicitó a los padres la colaboración voluntaria para responder una encuesta sobre el componente bucal de la salud. Las encuestas fueron realizadas individualmente por un único investigador, estableciendo el punto de corte de acuerdo con criterios de saturación. La muestra quedó constituida por 34 participantes que representaban alrededor del 50% de padres o madres de cada una de las dos clases existentes. Cada encuentro fue grabado y tuvo una duración entre 10' y 20' cada uno.

El cuestionario aplicado incluyó preguntas cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas estaban referidas a:

- las características sociodemográficas de los hogares (vivienda, trabajo y nivel educacional de los padres)
- antecedentes referidos al estado bucal de sus niños/as (presencia de caries u otro problema bucal, características y oportunidad de la atención odontológica previa).

Las preguntas abiertas indagaron acerca de las características de:

- los cuidados bucales hogareños,
- las experiencias referidas a la atención odontológica del hijo/a,
- la relación del niño /a con el odontólogo,
- la experiencia personal de las madres/padres con el/la odontólogo/a (oportunidad y causa de su última consulta),
- la relación de las madres /padres con los/las profesionales,

- sus conocimientos acerca de enfermedades de la boca (por ejemplo: cuáles cree que son las enfermedades bucales más comunes y sus causas?),
- la definición de una atención odontológica ideal.

En la segunda parte de la investigación se realizaron entrevistas a 6 de las 8 maestras de nivel preescolar. Las preguntas fueron abiertas e indagaron acerca de

- su propia experiencia con los/as odontólogos/as,
- sus opiniones sobre el servicio de atención odontológico escolar y
- las características de los niños/as que se atienden en el programa y de sus familias.

Las actividades se complementaron con el examen clínico de los niños/as cuyos padres se habían integrado al estudio. Estos exámenes fueron realizados por dos investigadores calibrados (Kappa: 0,85). Fue calculado el índice ceod y ceos (dientes primarios cariados, perdidos y obturados y superficies primarias cariadas, perdidas y obturadas, respectivamente) de acuerdo con criterios que incluyen dentro del componente "cariado" a la mancha blanca no cavitada. (Bordoni *et al*, 1999; Pitts *et al*, 2003, Hochtetter *et al*, 2007)

Una vez terminado el trabajo de campo se procedió a escuchar las grabaciones y codificar los datos de las preguntas abiertas. Los criterios de codificación referidos a vivienda fueron establecidos de acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares (Ministerio de Economía, RA). Los códigos del estudio cualitativo y los correspondientes a la historia de caries dental, se ingresaron en una base preparada en el programa SPSS 10.0 y se realizaron distribuciones de frecuencia simples y cruces de variables. Las preguntas abiertas se analizaron cualitativamente sin aplicación de software, dada las características del material a analizar.

RESULTADOS

1. Caracterización de la población

Fueron entrevistadas 34 personas de las cuales 31 eran madres y 3 padres. El **CUADRO 1** muestra la distribución de frecuencia de las edades de entrevistados/as. La edad media de los niños/as cuyas madres/padres fueron entrevistados fue de 3,79 años \pm 0,61, con una moda en 4 años (21 niños/as equivalente al 61,8% del total) y una distribución igual entre los sexos.. Del total de los hogares entrevistados, 8 (23,5%) eran hogares monoparentales, 7 de los cuales estaban encabezados por una jefa mujer y 1, por un jefe varón. Con respecto a las condiciones socioeconómicas de los hogares de los niños/as, se observó que 6 hogares sobre el total de 34 (17,6%) vivían en condiciones habitacionales de hacinamiento (3 personas o más por cuarto).

El **CUADRO 2** muestra la distribución de frecuencia del nivel educativo de madres/ padres entrevistados y de sus cónyuges. La moda está ubicada en el nivel de secundario incompleto y el porcentaje de padres/madres con los niveles más altos de educación formal alcanzó al 32,3% de los casos. Con respecto a la situación laboral, más de la mitad (52,9%; n=18) de los/as entrevistados/as tuvieron un trabajo durante el último mes, mientras que solamente 3 se declararon desocupados/as y 13 madres (38,2%) se declararon “amas de casa”. El 100% de los cónyuges de las/los entrevistadas/os expresaron haber trabajado durante el último mes. Al analizar la distribución de las categorías laborales se observó que casi un tercio de las/los entrevistadas/os (32,3%, n=11) y más de la mitad de los cónyuges (73,1% / n=19) trabajaba en ocupaciones de las menores categorías (servicio doméstico, maestranza, vendedores ambulantes, operarios de industria, encargados de edificio, etc.), mientras que 5 de ellos (19,2%) lo hacía en trabajos más calificados (artesanos independientes- plomeros, electricistas, suboficiales de fuerzas armadas y seguridad, capataces, pequeños propietarios de industria y/o comercio sin personal ni ayuda familiar).

2. Respuesta de Madres y Padres

2.1. Análisis de la experiencia odontológica referidas a los las/los niños/as

- **Motivo de las consultas odontológicas previas**

Del total de las/os entrevistadas/os, la mitad (n=17) habían demandado atención odontológica previa para su hijo/a, de los cuales solamente 7 fueron realizados para controlen salud. De esas consultas, 6 (33,3%) se habían realizado en un hospital público o centro de salud, 9 (50%) en un consultorio, clínica privada u hospital de Obra social y 2 (11,1%) en otro lugar. Un 55,6% (n= 10) de los niños concretó la primera consulta a los 3 años, 2 niños cuando tenían un año de edad, 3 cuando tenían 2 años y 4 cuando tenían 4 años. El momento de la aparición de caries en los niños/as fue realizada por los respectivos padres/madres en el 50% de los casos.

- **Calidad de la relación odontólogo/a-niño/a en la atención odontológica previa**

Las respuestas acerca de la relación del niño/a con el odontólogo antes, durante y después de la atención fueron descriptas como “buena” en el 76,5% de los casos (intervalo de confianza 58,8%-89,3%) Las experiencias positivas resultaron significativamente más frecuentes que las negativas (23,5% . de los casos; intervalo de confianza :10,7%-41,2%). Las indicaciones del odontólogo vinculadas con el cuidado

bucal de sus hijos/as que las madres refirieron haber recibido se incluyen en el **CUADRO 3** y la mayoría (76,4%) opinaron que la conducta se modificó positivamente respecto al autocuidado. . No se observaron diferencias significativas al analizar resume las respuestas brindadas por la madre o padre respecto de la actitud de su hijo/a mientras se desarrollaba el tratamiento.

- **Calidad de la relación odontólogo/a-madre/padre durante la atención odontológica del niño/a**

El **CUADRO 4** resume las respuestas brindadas por la madre o padre referidas a su propia actitud mientras se desarrollaba el tratamiento. La cantidad de madres que asumen una actitud de acompañamiento es significativamente mayor que aquellas que interfieren o permanecen fuera del consultorio.

2.2. Las experiencias personales de madres y padres con el/la odontólogo/a

Otro aspecto indagado estuvo referido a las prácticas destinadas al cuidado bucal familiar. Luego de la última consulta, 23 de las/los entrevistadas/dos (76,7%) percibió una mejoría, 3 (10%) percibió una ligera mejoría y 4 (13,3%) no notaron cambios luego de la atención. La mayoría de los padres/madres (23) habían realizado la pultima consulta odontológica en lapsos que superaban los 6 meses y sólo en 5 casos fue para control en salud y en 20 casos para resolver problemas bucales avanzados, mencionando el miedo como una de las causas (15 respuestas) En muchas ocasiones el miedo estuvo vinculado con la experiencia de las extracciones, el “torno” ,los “aparatos”, las “agujas” o el “pinchazo”.

2.3. Análisis de los conocimientos y creencias sobre salud bucal

- **Conocimientos referido a enfermedades bucales prevalentes**

Un 29,4% de los casos (n=10) respondieron que sus hijos sufrieron alguna enfermedad bucal y 9 de ellos reconocieron a la caries como enfermedad bucal. El 70,6% afirmó que su hijo/a nunca se enfermó. La enfermedad se identificó por la presencia de dolor en un porcentaje significativamente mayor. (76,5%; intervalo de confianza 58,8%-89,3%). Al indagar sobre las causas determinantes de la enfermedad las/los entrevistada/os reconocieron a los dulces como los principales culpables de la enfermedad (6 entrevistadas), mientras que se hizo referencia a otras razones agrupadas en la categoría de “genéticas y otros” (3 entrevistados/as).

- **Creencias en torno a las enfermedades bucales más comunes**

Las enfermedades bucales reconocidas como las más comunes fueron: las caries, y en menor proporción enfermedades de las encías, “llagas”, “flemones”, “sarro”.

2.4. Análisis de las expectativas

- **Expectativa acerca de la atención ideal**

Los padres/madres definieron la atención ideal asociada con:

- “buen trato”, entendido como la necesidad de que el odontólogo “explique”, (9 menciones), la necesidad de “explicación” por parte del paciente es reconocida como un aspecto importante (7 menciones),
- cualidades personales vinculadas con el dominio afectivo: “amabilidad”, “paciente”, “comprensivo”, “cordial” (8 menciones),
- la “confianza” como un elemento imprescindible que debe estar presente en la relación con el odontólogo (7 menciones),
- la eficacia (5 menciones)
- la ausencia de dolor, que el médico “no te haga doler”. (3 menciones)

3. Respuestas de las maestras

3.1. Análisis de la experiencia odontológica personal previa

- **Motivo de las consultas odontológicas previas**

La mitad de las maestras entrevistadas consultó por última vez al odontólogo hace menos de 2 meses, 1 de ellas hace 6 meses y la otra hace 1 año. Los motivos de consulta fueron: por un tratamiento de conducto en dos casos, por caries en 1 caso, por control en 1 caso, por dolor de muelas en 1 caso y para retirar una placa de inclusión para control del bruxismo.

- **Calidad de la relación odontólogo/a-maestra en la atención odontológica previa.**

Cuando se les preguntó cómo fue y es su relación con el odontólogo, en 5 de los 6 casos se hace mención de un vínculo con fuerte carga afectiva.

3.2. Análisis de conocimientos y creencias

- **Conocimientos referidos a enfermedades prevalentes**

Al analizar los conocimientos específicos, 5 de las maestras mencionaron las caries y los problemas de encías y una mencionó solo a las caries dentales. Cuando se les preguntó por qué creen que *la gente* se enferma de caries dental, las respuestas que se mencionaron tienen que ver con:

- la mala higiene bucal y general (este tema se menciona en todos los casos),
- el consumo de dulces (es mencionado en 3 casos),
- una cierta “predisposición” (mencionado en 3 casos),
- “falta de cuidado” en general (mencionado en 2 casos),
- el “miedo” (mencionado en 1 caso).

Todas las docentes afirmaron haberle visto en alguna oportunidad una caries a sus alumnos, ya sea por queja de dolor o por observación directa.

3.3. Percepción acerca del estado bucal de sus alumnos/as y de los cuidados familiares

Al preguntar las causas por las cuales los niños/as se enferman, surgieron respuestas que revelaron la existencia de prejuicios vinculados con la clase social a la cual ellos pertenecen. Frente a la pregunta acerca del perfil socioeconómico de sus alumnos/as, así como si existen diferencias entre ellos, todas las maestras respondieron que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, de “ingresos escasos” o “nulos” o “viven en la villa”. Informaron que existen diferencias, dado que algunos son de clase media (hijos de porteros o de gente que trabaja en la zona de la escuela).

Ambas respuestas (causa de enfermedades bucales de los niños/as y perfil socioeconómico/sector social de pertenencia) aparecieron conectadas entre sí. En el discurso pudieron identificarse la existencia de núcleos rígidos referidos a las familias:

- mala higiene y mala alimentación (mencionado en 4 casos),
- falta de prevención (mencionado en 5 casos), asociada con el desconocimiento y la falta de educación,
- falta de educación (mencionado en 3 casos).

En lo referido al cuidado bucal de las familias, se les pidió a las maestras que identificaran las estrategias que creían que sus alumnos empleaban para el autocuidado bucal hogareño. Apareció la creencia referida a la falta de cuidados, la práctica de cuidados “mínimos”. Se mencionó que el Programa de Salud Bucal Escolar¹, podría haber influido sobre los hábitos higiénicos familiares.

¹ Programa de práctica social curricular desarrollado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires

3.4. La función del /la odontólogo/a en la escuela desde la perspectiva docente

Cuando se les preguntó cómo definirían la función del odontólogo en la escuela, se mencionaron dos aspectos fundamentales: la prevención y la educación.

Al explorar su relación con el odontólogo del Programa de Salud Escolar la reconocieron como positiva siendo calificada como “cordial”, “de confianza”, de “aprecio” y “afecto”, “colaborativa”. Por su parte, consideran que colaboran incentivando a sus alumnos para los estudios diagnósticos y transmitiendo confianza hacia el/la profesional. En todos los casos, las maestras mencionaron que no estaban presentes durante la atención de los/as niños/as. En cuanto a las indicaciones dadas por el/la odontóloga/a a los/as niños/as para el cuidado bucal, identificaron el cepillado y las técnicas para el control de *biofilm* de placa dental, con el propósito de ser transmitidas a las familias y/o niños/as.

3.5. Análisis de las expectativas

- ***Expectativa acerca del Programa de Salud Escolar***

Para aumentar la eficacia del trabajo de los/as odontólogos/as en la escuela, las maestras sugirieron (a) aumentar las reuniones con la familia y (b) plantear la atención odontológica regular. En un caso (*entrevista nº 39*) se hizo mención a un proyecto áulico desarrollado en años anteriores en forma personal y que debería ser retomado dado que enriquecía la educación familiar en torno a la prevención de enfermedades bucales por el efecto multiplicador generado al llevar los niños/as a su casa el cuaderno de trabajo con los productos de las clases.

- ***Expectativas acerca de una atención odontológica ideal***

En respuesta surgieron respuestas diversificadas. Al igual que en el caso de las familias se recomendaron prácticas que “brinden confianza”, “buen trato”, la necesidad de “explicación”, “eficacia” del trabajo y aspectos relacionados con cualidades especiales del odontólogo como el ser “cariñoso”.

4. Estado dentario de los niños/as

A efectos de identificar el estado dentario del grupo de preescolares cuyos padres/madres incluidos en el estudio se consigna en el **CUADRO 5**. Los resultados muestran una media de casi 4 dientes afectados y 10 superficies dentarias y un amplio rango de unidades afectadas. En ningún caso se encontraron diferencias significativas

entre el componente cd/cs y el ceod/ceos repectivamente, es decir no se verificó capacidad resolutive en la atención previa.

DISCUSIÓN

- **El perfil sociodemográfico de la muestra**

El grupo encuestado estuvo representado por figuras parentales jóvenes (76,4% menores de 36 años). Los grupos monoparentales pertenecientes a jefas de hogar mujer estuvieron representados en todos los casos por madres jóvenes (menores de 24 años), hecho que permite especular con la presencia de embarazos adolescentes.

Las diferencias registradas en los niveles de educación formal y de la situación laboral alcanzado entre madres y padres sugiere la necesidad de investigar las diferencias de género en la accesibilidad o la adherencia a la oferta de educación formal y al trabajo.

- **Información referida a conocimiento, percepciones y prácticas de padres/madres acerca del estado bucal de los niños/as**

Algunas respuestas dan cuenta de contradicciones conceptuales existentes al hablar de los problemas bucales de los niños/as que expresan los sujetos de esta investigación. Si bien más de la mitad de los madres /padres reconocieron que sus hijos sufrieron caries dental, ésta no fue reconocida como una “enfermedad”

La demanda de atención previa se verificó en la mitad del grupo incluido en la investigación y en algunos casos estuvo asociada con experiencias de dolor o caries visible. Si bien se registraron respuestas que mencionaron controles más completos (prevención relacionada con la consulta periódica con el odontólogo y el cepillado bucal junto con una alimentación adecuada), la mayoría mencionó al cepillado bucal como la única forma para los cuidados hogareños. Estos hechos reflejan bajas prácticas educativo-preventivas en este grupo familiar que se traducen en la precocidad de la aparición de las caries, el notable deterioro del estado dentario y la baja percepción de la necesidad de la atención (alto porcentaje de consultas motivada por caries avanzadas o dolor).

- **Información referida a conocimiento, percepciones y prácticas personales de padres/madres**

Una de las hipótesis que guió este trabajo sostiene que la experiencia de las madres/padres con el odontólogo es un factor determinante en el tipo de relación que el niño/a pueda llegar a establecer con ellos durante sus primeros años de vida. Por eso, se indagó acerca de la experiencia y la relación de madres y padres con el odontólogo a lo largo de su vida, su última consulta odontológica y sus creencias sobre las enfermedades bucales más comunes y la atención ideal.

Las prácticas personales de padres/madres mostraron congruencia con las observaciones realizadas en los niños/as. Muy pocos entrevistados realizó su última consulta para un monitoreo en salud sino que fue significativa la necesidad de tratamientos de conducto o extracciones (n= 20, 60,6%). Sin embargo, el miedo fue reconocido como existente e el 54,4% de los respondentes (IC: 36,4%-71,9%) y negado por el 45,5% (IC: 28,1%-63,6%)

Las percepciones de padres/madres entrevistados revelaron satisfacción lograda por el tratamiento en cuanto al dolor y la enfermedad. La “mejoría” en la mayor parte de los relatos estuvo asociada con la ausencia de dolor luego de la atención.

- **Información referida a las maestras y la salud bucal de los niños/as**

Los/as maestros/as hacen referencia a una relación de tipo “familiar” con el/la odontólogo/a, cercanía que podría estar relacionada con la proximidad de clase social (Boltanski,1973). Esta familiaridad con el odontólogo implica una relación de confianza y afecto en la mayoría de los casos.

Los resultados revelan que las maestras tienden a culpabilizar a los padres/madres del mal estado del estado bucal de sus alumnos/as, atribuyéndoles desconocimiento (“no saben”-*entrevista n° 35*-, “desconocen la importancia del odontólogo” –*entrevista. n° 40*-), “dejadez” (*entrevista. n° 38*-) o falta de cuidado. De todas formas, también se hace mención a la escasez de recursos de esta comunidad, hecho que podría conspirar contra la adopción permanente de conductas de cuidado y prevención. Estos hallazgos coinciden con los de Squassi y colaboradores (2006).

- **Asociaciones entre estado dentario y otras variables exploradas**

Al realizar el cruce entre **relación odontólogo-madre y ceos de niños/as** se encontró:

- (a) en los casos en que la relación era percibida como “buena”, el 69,3% de los niños tenían un ceos igual o menor que 2;

- (b) en los casos en que la relación era percibida como “tener un poco de miedo” , el 66,7% de los niños tenían un ceos igual o mayor de 14;
- (c) en los casos en que la relación era percibida como “mucho miedo o terror”, el 50% de los niños tenían un ceos igual o mayor que 8.

Sería conveniente discriminar los atributos asignan los /as respondentes a la condición de “un poco de miedo” y “mucho miedo”, ya que la respuesta puede estar connotada por la vergüenza de reconocer el miedo como una condición adulta.

Al analizar la relación entre la **experiencia de la atención odontológica previa y el ceod** se observó que el 75% de los niños que tenían miedo tenían 8 o mas dientes afectados. Igual relación se registró al analizar la **relación actual del niño con el odontólogo**, observándose que los niños que lloran o se niegan a atenderse presentan generalmente 8 o más dientes afectados. Cuando los padres identificaban que su hijo había tenido caries, el 66,7% de los niños presentaban un ceos igual o superior a 12 y un ceod igual o superior a 6. Esto muestra un reconocimiento tardío del problema.

Al analizar el **tiempo transcurrido desde la última atención del padre/madre y el ceos** se observó una relación positiva entre ceos y el tiempo transcurrido, a partir del ceos de 8. Los índices más altos coincidieron con los lapsos más prolongados transcurridos en la atención de padre/madre.

Al cruzar **motivo de la consulta y el ceos** se registró que cuando los niños presentaban un ceos igual o superior a 12 y un ceod igual o superior a 6, el motivo de consulta explicitado fue “tratamiento de caries” y cuando el motivo de la consulta fue “control” el 66,6% de los niños tenía un ceos o un ceod igual o inferior a 2. Es decir que no solamente tenían pocas piezas afectadas sino escaso avance de las lesiones.

Al cruzar **la percepción de enfermedad de los hijos con la presencia de caries dental**, se observó que en el 56,4% de los casos no fue identificada en tal carácter si bien tenían 2 o más piezas dentarias afectadas.

La **ocupación del entrevistado cobró importancia en los recuentos de ceos mayores** que coincidieron con la categoría desocupado/trabajo ocasional. Existió asociación entre el hacinamiento en la vivienda y falta de consulta odontológica, la presencia de dolor en el diagnóstico , la demanda de tratamientos invasivos (extracciones o tratamiento endodónticos) y el reconocimiento del cepillado como la única medida preventiva.

Al relacionar **el nivel de educación formal con la persona que descubrió la caries**, casi en todos los casos fue la madre. El nivel de escolaridad primaria estuvo asociado

con la presencia de dolor, hecho no registrado en los casos de nivel educativo terciario o universitario. En el 80% de los casos, los niños sin experiencia de caries pertenecían a núcleos familiares con padres con alto nivel educativo, mientras que la experiencia de caries alta se asoció con padres con instrucción básica.

Si bien esta investigación no se diseñó para obtener resultados con representatividad epidemiológica es destacable la amplitud del rango alcanzado en los indicadores, hecho que refuerza la conveniencia de categorizar a los niños preescolares de acuerdo con el riesgo y protocolizar intervenciones riesgo-dependientes.

CONCLUSIONES

La investigación realizada permitió concluir que:

- (a) El estado dentario de los preescolares mostró una gran variación, existiendo un grupo que puede categorizarse como de alto riesgo y actividad de caries dental.
- (b) La demanda de atención odontológica previa registrada en esta muestra puede considerarse tardía y con escasas prácticas preventivas, ya que la caries dental no es reconocida por los padres/madres como una enfermedad
- (c) Las variables socioeconómicas indicadoras de riesgo social y la experiencia previa de padres/madres parecen ser factores que intervienen en el estado bucal y las prácticas de cuidado bucal en preescolares.
- (d) Los/as maestros/as tienden a culpabilizar a los padres/madres por el mal estado bucal de sus alumnos/as.
- (e) Las creencias y valores existentes entre docentes y padres/madres pueden actuar como obstáculos en el proceso de comunicación y asociarse con un mejor o peor estado dentario en los niños/as y su adherencia al tratamiento.
- (f) Los resultados de este estudio refuerzan la evidencia que demuestra que para reducir las caries dental en preescolares es necesario concretar la implementación de medidas preventivas masivas (fluoruración de aguas o de sal de consumo), instalar programas interdisciplinarios de promoción de salud para el binomio madre-niño que incorpore el componente bucal y el adelantamiento de la atención preventiva en el infante.

REFERENCIAS

- Atchinson K. Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life . En Inglehart MR; Bagramian RA: **Oral Health-Related Quality of Life**. Quintessence Pub Co Inc, Chicago, 2002
- Boltanski L. L'espace positionnel: multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe. **Revue Francaise de Sociologie**. 1973 ; 14 (1)3-20
- Bordoni N. Programas preventivos. Propuesta para racionalizar la atención clínica.

Rev Asoc Odontol Argent. 1983; 71(7):212-22.

- Bordoni N ; Squassi A. Prevención y tratamientos de la caries dental. Protocolos clínicos **Bol Asoc Arg Odont Niños** 1996; 25: (3):3-8
- Climent G, Arias D. Hijos no deseados, hijos no deseables. Un Análisis en el contexto de las crisis familiares y sociales. **Cuadernos Médico-sociales** 1993. XX:63-73
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Gyatt G. Validity and reliability of a questionnaire of measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res** 2002; 81: 459-463.
- Hochtetter A, Lombardo MJ, DEramo OL, Piovano S, Bordoni N: Effectiveness of a preventive educational programme on the oral health of preschool children **Promotion and education.** 2007; XIV (3): 155-8
- Inglehart MR, Filstrup S, Wandera A. Oral Health and Quality of Life in Children. En Inglehart MR; Bagramian RA: **Oral Health-Related Quality of Life.** Quintessence Pub Co Inc, Chicago, 2002
- Langraf JM, Abertz I, Ware JE. Child Health Questionnaire.(CHQ). **A Users Manual Boston. Health Act,** 1999.
- Pitts NB. Clinical Diagnosis of Dental caries: a European Perspective. **J Dent Educ,** 2001; 10: 972-8
- Squassi A, Mercer H, Bordoni N. Evaluación de la calidad de la atención de salud empleando la metodología de la semiótica de los enunciados. Rev Maestría Salud Pública (*on line*) , Agosto 2000. revista.maestria.rec.uba.ar (consultada el 22/7/2008)
- Squassi A, Cadile M, Sotelo R, Bordoni N: Teachers perception of oral health state. Design and validation of an evaluation instruments. **Acta Odont Latinoamericana.** 2006, 19 (2): 67-74
- Slade G. Measuring oral health and quality of life. En **Dental Ecology.** University of North Carolina. Chapel Hill. 1999

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS EDADES DE MADRES Y PADRES ENTREVISTADOS			
Edad.	n	Frecuencia (%)	Frecuencia acumulada (%)
21-24 años	9	26,5	26,5
25-28 años	5	14,7	41,2
29-32 años	6	17,6	58,8
33-36 años	6	17,6	76,4
37-40 años	4	11,8	88,2
41-44 años	4	11,8	100
Total	34	100	-----

CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE EDUCACIÓN FORMAL DE PADRES/MADRES ENTREVISTADOS Y SUS CONYUGES						
NIVEL EDUCATIVO	ENTREVISTADA/O			CONYUGE (91,17% eran padres y 8,82%, madres)		
	n	Frecuencia (%)	Frecuencia acumulada (%)	n	Frecuencia (%)	Frecuencia acumulada (%)
Primaria incompleta	4	11,8	11,8	1	3,8	3,8
Primaria completa	9	26,5	38,3	4	15,4	19,2
Secundaria incompleta	10	29,4	67,7	10	38,5	57,7
Secundaria completa	6	17,6	85,3	8	30,8	88,5
Terciaria o universitaria incompleta	2	5,9	91,2	0	0	88,5
Terciaria o universitaria completa	3	8,8	100,0	3	11,5	100,0
Total	34	100,0	-----	26	100,0	-----

CUADRO 3 INDICACIONES DADAS A LA MADRES PARA LOS CUIDADOS BUCALES DEL NIÑO/A			
Indicaciones	n	Frecuencia %	Intervalo de confianza
"Cepillado dental y no comer dulces"	5	29,4	15,1 % - 47,5%
"Cepillado dental"		41,2	24,6% - 59,3%
"No comer dulces"		5,9	0,7 % - 19,7%
No le dio indicaciones		11,8	3,3 % - 27,5%
Ns/Nc		11,8	3,3 % - 27,5%
Total de niños con experiencia previa		100,0	-----

CUADRO 4: OPINION DE LA MADRE/PADRE ACERCA DE LA PROPIA ACTITUD MIENTRAS SE DESARROLLABA EL TRATAMIENTO DEL HIJO/A			
Respuesta	N	%	Intervalo de confianza
Buena relación. Está con su hijo/a no habla, observa, acompaña.	9	64,3	44,1% - 81,4%
Intenta calmar a su hijo/a, lo tranquiliza	3	21,4	8,3% - 41,0%
Está fuera del consultorio	2	14,3	4,0% - 32,7%
Total de niños con experiencia previa	14	100,0	-----
Perdidas	3	-----	-----

CUADRO 5. ESTADO DENTARIO DE LOS NIÑOS/AS CUYOS PADRES/MADRES FUERON ENTREVISTADOS		
INDICE	MEDIA±ES	RANGO (mínimo-máximo)
ceod	3,96±0,0,81	0-14
ceos	10,18±0,0,96	0-54