

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica



Actitud de los padres ante la atención dental de sus hijos y caso clínico

Trabajo terminal para obtener el DIPLOMA de
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

CD Ingrid Amira Covarrubias Rodríguez

PRESIDENTE

Dr. Miguel Alberto Zamudio Gómez

SINODAL SECRETARIO

M.O. Carlos Alberto Fregoso Guevara

SINODAL

Dra. María Eleuteria Torres Arellano

Tijuana, Baja California, Junio del 2015

Índice

	Página
1. Introducción.....	3
2. Planteamiento del problema.....	13
3. Justificación.....	14
4. Objetivos.....	15
5. Materiales y métodos.....	16
5.1 Objeto de estudio	
5.2 Tipo de estudio	
5.3 Universo de estudio	
5.4 Variables	
5.5 Métodos de recolección de datos	
5.6 Recursos	
5.7 Método de registro y procesamiento	
6. Resultados.....	21
7. Discusión.....	39
8. Conclusión.....	40
9. Recomendaciones.....	41
10. Caso clínico.....	42
10.1 Resumen del caso clínico.....	43
10.2 Introducción.....	44
10.3 Marco Teórico.....	45
10.3 Presentación de caso clínico.....	50
10.4 Conclusión.....	58
11. Referencias bibliográficas.....	69

1. INTRODUCCIÓN

Las actitudes forman parte de la vida y del comportamiento humano. Todas ellas son aprendidas y se adquieren en el transcurso de la interacción social. Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas las actitudes se modifican, ya que muchas de ellas son bastante estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, mientras que otras van a variar.

La exposición a información que modifican los niveles de conocimiento, a otros grupos sociales o a la experiencia personal pueden cambiar las actitudes, así como proporcionar otras nuevas.

Las personas pueden tener distintas actitudes referentes a conductas afectivas como respuestas emocionales positivas o negativas, de conducta con intención de realizar una acción y cognitivas que son creencias que modelan los componentes anteriores. Estos componentes trabajan en conjunto jugando un papel importante en la determinación de la conducta del individuo.

A continuación enunciaremos algunos resultados de artículos publicados sobre la actitud de los padres con relación a la salud oral de sus hijos:

En Taiwán, Chih-Chang Cheng y cols, realizaron un estudio concluyendo mediante la escala Likert una actitud positiva en un 95% en las madres nativas con respecto a las madres inmigrantes.¹

En Colombia, Farith González y Cols, en un estudio realizado en la medición de conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal en padres y cuidadores en hogares infantiles se encontró mediante la escala Likert, una actitud favorable del 74.5 %.²

En Reino Unido, Tickle y Cols, realizaron un estudio, donde se examinó la actitud de los padres ante la atención dental de sus hijos, su resultado fue que el 82% de los padres encuestados tiene buena actitud.³

En India, Chhabra y Chhabra realizaron un estudio, de título “La actitud, conocimiento y creencias culturales de los padres sobre la atención dental de sus hijos”, donde se obtuvo como resultado que el 65% de los padres no creen que los dientes primarios son igual de importantes que los dientes permanentes.⁴

Describiremos a continuación los fundamentos de nuestro estudio.

1.1 Actitud

1.1.1 Definición

Proviene de la palabra latina “Actitudo” que se define como motivación social que toma una persona ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. Constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo.^{5, 6}

Existen actitudes personales que guardan relación con características particulares de los individuos, existen también ciertas actitudes sociales que inciden en las conductas de un grupo o colectivo. La actitud puede ser una tendencia para actuar de determinada manera, compuesta por algunos elementos en los que se destacan los pensamientos y las emociones como componentes centrales (las emociones están relacionadas con las actitudes pues son las que hacen reaccionar a las personas con agrado o desagrado ante una determinada situación).^{6, 7}

1.1.2 Tipos de actitudes ⁸

Las actitudes pueden clasificarse según sean favorables, congruentes o dependientes de la situación.

1.1.2.1 Favorables o desfavorables

Las actitudes pueden ser favorables o desfavorables, es decir, permiten manifestar sentimientos negativos o positivos, según la forma como se reaccione ante un fenómeno determinado. Es importante mencionar que no existen actitudes neutras, porque cada acontecimiento, situación o persona producen una reacción, y las reacciones siempre están polarizadas.

1.1.2.2 Congruencia o incongruencia

Aunque un alumno puede tener una mala actitud ante un maestro, independientemente de valorar como positiva la materia o sus acciones, igualmente puede tener una actitud positiva a pesar de valorar inadecuadamente las acciones que realiza el maestro. Sin embargo, como ya se mencionó, las personas tienden a guardar pensamientos consonantes más que discordantes, por ese motivo la existencia de actitudes incongruentes es menos probable.

1.1.2.3 Independientes o dependientes

Las actitudes pueden tener un componente interno, que dependa del propio sujeto, o pueden ser independientes e influidas por otras personas. Es decir, unas actitudes se presentan de manera ajena a la situación, mientras que otras son formadas por la influencia directa sobre el sujeto.⁸

1.1.2 Componentes de las actitudes⁹

El modelo que ha tenido más impacto es el llamado modelo tridimensional, que considera que las actitudes están formadas por tres componentes: 1) cognitivo, 2) afectivo y 3) conductual. Por componente cognitivo se entiende el conjunto de ideas o convicciones que se tienen sobre el objeto; el componente afectivo son sentimientos y emociones hacia el objeto en cuestión, y el conductual, es la predisposición por experiencias en anteriores.

Así pues, según los modelos tridimensionales, las actitudes engloban: 1) un conjunto organizado de convicciones o ideas, 2) que predispone favorablemente o desfavorablemente, 3) a actuar respecto a un objeto social.

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto. No es necesario que los tres componentes estén separados o unidos en la valoración del objeto. Se trata de una ambivalencia actitudinal. El conjunto de las valoraciones que se hacen de un objeto constituyen la evaluación final que hemos definido como actitud.

1.2 Teorías del aprendizaje¹⁰

Según estas teorías, las actitudes son aprendidas por refuerzos y castigos. Cuando se está en contacto con nueva información hay sentimientos y pensamientos que generan acciones, que si son recompensadas, entonces se volverán a repetir y eso constituirá un aprendizaje. La teoría conductista ve a los sujetos como entes pasivos, que están sujetos a situaciones positivas o negativas que influyen en su percepción. También, para esta teoría son importantes los aprendizajes previos que afectan en alguna medida a los nuevos.

1.2.1 Teorías de la Consistencia y el Equilibrio

Para este grupo teórico, la falta de congruencia entre un pensamiento y una acción hace que las personas se sientan incómodas, lo cual las presiona para cambiar sus pensamientos, conductas o percepciones con el objetivo de que éstas estén acordes. Si el aparato mental entra en crisis por algún suceso, o bien por la posibilidad del mismo, entonces la persona intentará hacer modificaciones a través de acciones concretas, que de no ser posibles, provocarán que la persona cambie su forma de ver la realidad. La mente busca vivir con orden las ideas, no le gusta complicarse las cosas, por eso las ideas simple son las que sustituyen a las complejas, por la tendencia a la claridad mental.

1.2.2 Teoría de la Disonancia Cognitiva

Esta teoría considera que cuando se tienen dos ideas que no concuerdan entre sí, se produce un estado incómodo. Esta situación presiona porque es un estado molesto que empuja a su resolución de alguna manera. Una forma de reducir la disonancia cognitiva es a través de tomar partido por una de las dos ideas, y rechazar aquella que salga perdiendo. Esto propicia que se reaccione de manera positiva o negativa ante los fenómenos cotidianos.

1.3 Medición de Actitudes ¹¹

Pueden usarse distintos métodos para obtener información concerniente a la actitud de una persona hacia algo, incluyendo la observación directa, las técnicas proyectivas, los indicadores fisiológicos, las mediciones de las asociaciones implícitas y los inventarios o escalas de actitud.¹⁸

1.3.1 Técnicas proyectivas, fisiológicas e implícitas

La observación directa del comportamiento es informativa, en particular con niños pequeños o cuando otros métodos se consideran una intrusión. No obstante, obtener una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones pueden requerir un periodo prolongado y resultar costoso. Asimismo, las mediciones conductuales de las actitudes a menudo producen resultados de técnicas proyectivas y cuestionarios o escalas de actitudes.

- Técnicas proyectivas

Las actitudes pueden evaluarse de manera proyectiva mostrando un conjunto de imágenes ambiguas de las personas e indicándoles que inventen una historia sobre cada imagen.

- Técnicas fisiológicas

Consiste en vigilar las reacciones, tales como los cambios en la conducción eléctrica de la piel del individuo (GSR o respuesta galvánica de la piel) o las modificaciones en el diámetro de la pupila del ojo en respuesta a estímulos relacionados con actitudes.

- Asociaciones implícitas

Incluso cuando las actitudes, o bien otros pensamientos y creencias, no se revelan explícitamente en el comportamiento de una persona, pueden estar implícitas en lo que dice o hace. Métodos tales como la Prueba de Asociación Implícita de ventana de respuesta

1.3.2 Validez y seguridad de una escala.^{11, 12}

1.3.2.1 Seguridad

Aquella en que aplicada varias veces, en situaciones similares, proporciona resultados idénticos. Una escala es más segura cuanto más inalterables sean sus puntuaciones al ser aplicada en varias ocasiones al mismo grupo.

Principales métodos para el cálculo del coeficiente de seguridad:

- Aplicaciones repetidas de la escala.
- Aplicaciones en formas paralelas.
- División por mitad.

Una escala no tiene un sólo coeficiente de seguridad, sino tantos como aplicaciones se hagan.

1.3.2.2 Validez¹²

Se define como el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Se da cuando cumple el fin de medir aquello para lo que ha sido construida.

La validez tiene un límite, ya que cuando hemos aumentado la seguridad de modo que tienda a ser perfecta, la validez de una escala no se hace mayor por muchos ítems que le añadamos.

1.3.3 Escalas para la medición de Actitud^{8,11}

El método más popular de medición de actitudes es aplicar una escala de actitudes consistente en un conjunto de enunciados positivos y negativos concernientes a un concepto específico (un grupo de personas, una institución, un concepto). La calificación total de una escala de actitud se determina a partir de a respuestas agregadas de los examinados a los enunciados, con el método específico de calificación que depende del tipo de escala.

Una de las primeras escalas de actitud fue la Escala de Distancia Social de Bogardus, en la que los examinados clasificaban varios grupos raciales y religiosos en orden de aceptación. Al aplicar esta escala acumulativa se indicaba a las personas que señalaran el grado en que aceptaban varios grupos sociales o religiosos en diversas habilidades. Los reactivos se ordenaban en una jerarquía tal, que una respuesta positiva a un reactivo dado implicaba respuestas positivas para todos los reactivos anteriores en la jerarquía. La escala Borgadus probó ser útil en la investigación sobre diferencias regionales y otras variables relacionadas con el prejuicio racial, pero permitía la medición de actitudes solo en una escala ordinal y era más bien cruda considerada según parámetros actuales. Se originaron mejores mediciones de actitud a partir de la investigación de Louis Thurstone, Rensis Likert, Louis Guttman y otros expertos en mediciones psicométricas.

Estas escalas suelen denominarse diferenciales, summativas y acumulativas, también conocidas por los nombres de sus autores: Thurstone (diferenciales), Likert (summativas) y Guttman (acumulativas).¹²

1.3.3.1 Escala Thurstone:(escala experimental)¹²

Este instrumento nos proporciona la técnica en la que existe la posibilidad de construir un instrumento (escala) que sirve para la medida y análisis de actitudes.

Lo que se intenta medir es la actitud que ha sido efectivamente manifestada a través de una opinión.

Construcción de la escala

- Preparación de los ítems originales.
- Evaluación de los ítems en la prueba de jueces.
- Selección de ítems.
- Presentación definitiva de la escala.

Aplicación y análisis

Sirven para la medición de actitudes tanto individuales como grupales. Mediante la aplicación de una escala de actitud, pueden analizarse o describirse los siguientes aspectos:

- La actitud particular del individuo hacia el tema en cuestión.
- La amplitud de opiniones que un sujeto está dispuesto a aceptar o rechazar.
- Aceptación o rechazo de la actitud para un grupo
- Grado de homogeneidad o heterogeneidad de las actitudes de un grupo.

Ventajas y desventajas

Ventajas

- 1) Permite hacer una calificación actitudinal de un grupo dado a lo largo de un continuo, que va del polo positivo al negativo.
- 2) Supone un refinamiento en la medida.
- 3) Si el sistema de medida es el intervalo, proporciona un método adecuado para comparar puntajes actitudinales y cambios actitudinales en los individuos y en los grupos.

Desventajas

- 1) El proceso de elaboración de la escala es largo y complejo.
- 2) Su contenido y elaboración la convierte en una escala a nivel ordinaria.
- 3) Influencia que ejercen los jueces en la valoración de los ítems.

1.3.3.2 Escala de Guttman ^{11, 12}

Se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud. La escala está constituida por afirmaciones. El escalograma garantiza que la escala mida una dimensión única, es decir, cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable. A esta propiedad se le conoce como unidimensionalidad.

Para construir el escalograma es necesario desarrollar un conjunto de afirmaciones pertinentes al objeto de actitud. Las respuestas pueden variar entre dos respuestas ejemplo: de acuerdo/en desacuerdo, si/no o más categorías.

1.3.3.3 Técnica Cornell para el análisis de escalogramas.

Procedimiento más usual en el análisis de escalograma.

Los reactivos originales en los primeros ensayos de Guttman eran de carácter dicotómico, las respuestas a los ítems se hacían en términos de si o no, favorable o desfavorable.

- Los ítems se someten a la consideración de una muestra de sujetos. Los ítems tienen varias alternativas de respuesta cada uno.
- Una vez administrados los ítems, el paso siguiente será establecer la puntuación total de cada sujeto en base a la ponderación efectuada.
- Corresponde ordenar a los sujetos y a los ítems según la puntuación total dada
- Los sujetos han sido ordenados en el escalograma. La ordenación no es perfecta (error de reproductividad).
- Según Guttman, estos errores pueden deberse a desviaciones auténticas de la actitud.
- Se reducen las categorías de respuesta de los ítems mediante la fusión de las mismas podrán disminuir los errores. En esta nueva fusión hay que considerar la conveniencia de una distinta puntuación.

Ventajas y desventajas.

Ventajas

- 1) Se asegura con una gran precisión la unidimensionalidad de los enunciados que representan una actitud.
- 2) Su carácter predictivo es elevado y la aplicación del procedimiento pro-escalograma, da resultados exactos a través de la reproductividad de las respuestas.
- 3) Permite ordenar y jerarquizar tanto a los ítems como a los sujetos, mientras que otras técnicas sólo llegan a la ordenación de unos u otros.

Desventajas

- 1) No está suficientemente aclarado que la unidimensionalidad sea real.
- 2) La jerarquización supone restricciones artificiales en las alternativas de respuesta y desperdicio marginal de las discordantes.

La técnica del escalograma proporciona información sobre la actitud individual de los miembros de un grupo, pero no dice nada respecto a la actitud colectiva.

1.3.3.3 Escala de Likert ^{12, 13}

El más popular de todos los procedimientos de escalamiento de actitud, sin duda debido a su sencillez y versatilidad, es el procedimiento diseñado por Rensis Likert. Se escriben una serie de declaraciones verbales expresadas positivamente, opiniones, sentimientos o reclamos donde las respuestas oscilan desde ligeramente positiva a fuertemente positiva y a continuación, la misma con respecto a una gama de estados negativos.

Alguien que es positivo sobre la actitud debe estar de acuerdo con las declaraciones positivas y estar en desacuerdo con los negativos, por lo que una comprobación lógica y validez está integrado en el protocolo de construcción.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de aproximadamente 20 palabras.

Ejemplo:

Objeto de actitud medido Afirmación

El voto “Votar es una obligación de todo ciudadano responsable”

En este caso la afirmación incluye 8 palabras y expresa una sola relación lógica (X-Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y solo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

A continuación las alternativas más comunes.

Alternativa 1 Afirmación

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------------------------------	---------------	-------------------

Alternativa 2 Afirmación

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	---------	---------------	--------------------------

Alternativa 3 Afirmación

Definitivamente si	Probablemente si	Indeciso	Probablemente no	Definitivamente no
-----------------------	---------------------	----------	---------------------	-----------------------

Alternativa 4 Afirmación

Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso, ni verdadero	Falso	Completamente falso
----------------------------	-----------	---------------------------	-------	------------------------

Así mismo, pueden hacerse distintas combinaciones como “totalmente verdadero” o “completamente no”.

Construcción de la escala

- Preparación de los ítems iniciales.
- Administración de ítems a una muestra de sujetos.
- Asignación de los puntajes a los ítems.
- Asignación de las puntuaciones a los sujetos.
- Análisis y selección de los ítems.

Ventajas y desventajas

Ventajas

- 1) Permite la utilización de ítems que no están directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.
- 2) Su construcción es sencilla.
- 3) El nº de ítems que se necesitan para su confección, suele ser menor que en las de Thurstone. Su fiabilidad suele ser elevada.

Desventajas

- 1) La magnitud comparativa no expresa en cuanto es más favorable un sujeto en la actitud respecto de otro.
- 2) La puntuación de un sujeto suele tener significado algo confuso.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La baja conciencia del padre de familia en la atención dental de sus hijos provoca que estos sean llevados a la consulta dental cuando presentan problemas de caries graves y cursan por un periodo agudo de dolor.

Se ha observado que la gran mayoría de los padres de familia trabajan muchas horas al día por lo que no pueden pasar mucho tiempo con sus hijos, también hay una gran cantidad de madres solteras que por lo general trabajan.

La actitud positiva de los padres ante la atención dental es de suma importancia para la conservación de la salud bucal de los niños.

Los niños tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Debido a esta situación surge la pregunta: ¿Cuál es la actitud de los padres en la atención dental de sus hijos?

3. JUSTIFICACIÓN

La actitud positiva de los padres ante la atención dental es de suma importancia para la conservación de la salud bucal de los niños. Una forma de combatir la enfermedad a largo plazo es identificando actitudes negativas o indiferentes para así brindar conocimiento que ayuden a modificarlas, ayudando a crear actitudes positivas.

Los profesionales de la salud continuamente están intentando modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud. Conocer las actitudes de los padres de familia nos permite idear el abordaje necesario para informar, educar y concientizar de manera eficaz sobre la gravedad de las enfermedades orales y la importancia de la conservación de la salud.

Los resultados de esta investigación servirán para realizar una propuesta de apoyo a los padres brindándoles información y motivándolos cuando se identifique en ellos una actitud desfavorable, llevándolos hacia una actitud favorable para mantener en estado de salud a sus hijos, garantizando así el éxito del tratamiento dental y previniendo futuros problemas dentales.

A partir de los resultados de este estudio podremos informar a la comunidad odontológica sobre la actitud de los padres ante la atención dental, la importancia de identificarla desde la primera consulta para así orientarlos hacia la prevención.

4. OBJETIVOS

- Objetivo General: identificar la actitud de los padres ante la atención dental de sus hijos.

Objetivos Específicos:

- Identificar la actitud de los padres por rango de edad.
- Identificar la actitud de los padres por género
- Identificar la actitud de los padres por escolaridad.
- Identificar la actitud de los padres por escuelas primarias donde se aplicaron las encuestas. (grupo 1).
- Identificar la actitud de los padres que contestaron la encuesta en el jardín de niños Pedro Ramonetti Bonetti (grupo 2).
- Identificar la actitud de los padres que llevaron a sus hijos a la clínica de la especialidad. (grupo 3).

5. MATERIALES Y METODOS

5.1 Objeto de Estudio

Padres de familia.

5.2 Tipo de Estudio

- Transversal: porque solo se aplicó en una ocasión la encuesta de Likert.
- Observacional: porque solo se describió lo que ocurre, no se hará ningún tipo de intervención para persuadir a los padres para mejorar su actitud.

5.3 Universo de Estudio

Padres de familia.

- Criterios de inclusión:
- Grupo 1: padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en las escuelas primarias Carlos Villalvazo y 16 de Septiembre.
- Grupo 2: padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el jardín de niños Pedro Ramonetti Bonetti.
- Grupo 3: padres de familia que llevaron a sus hijos por primera vez a revisión en a la clínica dental de la Especialidad en Odontología Pediátrica.
- Criterios de exclusión: padres de familia que no llevan a sus hijos a la clínica dental de la especialidad en odontología pediátrica y a las escuelas primarias Carlos Villalvazo y 16 de Septiembre y jardín de niños Pedro Ramonetti Bonetti.
- Criterios de eliminación: padres de familia que no contestaron la encuesta.

5.4 Variables

Nombre	Tipo	Definición	Definición operacional	Escala
Actitud hacia la atención dental	Cualitativa	Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona.	Se define actitud hacia la atención dental a la medición que se realice a través de la escala Likert.	Likert

5.5 Métodos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en dos escuelas primarias, un jardín de niños y en la clínica de la especialidad en odontología pediátrica. A continuación se describirán los métodos de recolección de datos por 1) escuelas primarias, 2) jardín de niños, 3) clínica de la Especialidad en Odontología Pediátrica.

1) Escuelas Primarias: Se realizó una selección aleatoria de escuelas primarias en la ciudad de Tijuana, Baja California, México y se obtuvo permiso por parte de la Coordinación de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California, para realizar las mediciones en las escuelas seleccionadas.

Fueron seleccionadas dos escuelas primarias de distintas colonias de la ciudad, entre ellas están: Carlos Villalvazo y 16 de Septiembre. Se contactó a los directivos de dichas escuelas mediante un comunicado por el cual fueron invitados a formar parte del estudio, los cuales aceptaron la propuesta.

Después de que los directivos confirmaron su participación, los maestros encargados de cada grupo fueron informados por los directivos de dicha escuela.

Se acudió a cada una de las aulas donde los niños toman clases y les fue otorgada la encuesta a cada uno de ellos, con la indicación de entregar a su madre o padre para que fuera contestada por ellos. Al día siguiente se regresó a la escuela para recoger las encuestas contestadas por los padres de familia.

2) Jardín de niños: Se recibió una invitación por parte de los alumnos de licenciatura para asistir al jardín de niños Pedro Ramonetti Bonetti donde se impartiría una plática a los padres de familia con el tema de "Salud Oral".

Se reunieron un total de 70 padres de familia a los que les fue entregada directamente la encuesta antes de la plática, fue contestada y entregada en el mismo momento. Después se procedió con el programa y fueron contestadas dudas al finalizar.

3) Clínica de la Especialidad en Odontología Pediátrica: con el permiso de la Coordinación de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California, fueron aplicadas 25 encuestas a padres de familia que llevaron a sus hijos a revisión por primera vez a la clínica dental de la Especialidad en Odontología Pediátrica, se pasaba a revisión al niño o niña junto con su padre o madre una vez dentro de las instalaciones se entregaba la encuesta a los

padres quienes la contestaban en el momento mientras se realizaba la exploración por parte del odontopediatra al niño, al término de ésta era entregada la encuesta.

Al finalizar se recopilaron los datos obtenidos y se analizaron en el programa de Microsoft Office Excel.

5.6 Recursos

5.6.1 Humanos

Investigador principal

CD Ingrid Amira Covarrubias Rodríguez

Tutor

Dr. Miguel Alberto Zamudio Gómez

Asesor

MSP Rosendo Rojas Alvarado

5.6.2 Físicos

Escuela primaria Carlos Villalvazo

Escuela primaria 16 de Septiembre

Jardín de niños Pedro Ramonetti Bonetti

Clínica de la Especialidad en Odontología Pediátrica

5.6.3 Equipo y materiales

Computadora

Impresora

1 resma de hojas blancas

20 plumas

5.6.4 Financieros

\$5000.00 pesos

5.7. Métodos de registro y procesamiento

Se utilizó el siguiente formato para el registro y procesamiento de recolección de datos para obtener la información que nos llevó a los resultados del estudio.

A continuación se presenta el formato de recolección de datos.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
No.	GENERO		EDAD	ESCOLARIDAD			FECHA		Resultados de Encuesta por pregunta							
	M	F	Años cumplidos	PRIM	SECU	PREP	UNI	dd/mm/aaaa	1	2	3	4	5	6	7	8
Número de encuesta	Masculino	Femenino		Primaria	Secundaria	Preparatoria	Univesidad		de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo
									indeciso	indeciso	indeciso	indeciso	indeciso	indeciso	indeciso	indeciso
									en desacuerdo	en desacuer	en desacuer	en desacuer	en desacuer	en desacuer	en desacuer	en desacuer

6. RESULTADOS

Se aplicó un total de 207 encuestas utilizando escala Likert a padres de familia de las escuelas primarias 112 (grupo 1), 70 a padres de familia del jardín de niños (grupo 2) y 25 a padres que llevaron a sus hijos a la clínica (grupo 3). (Ver figura 1)

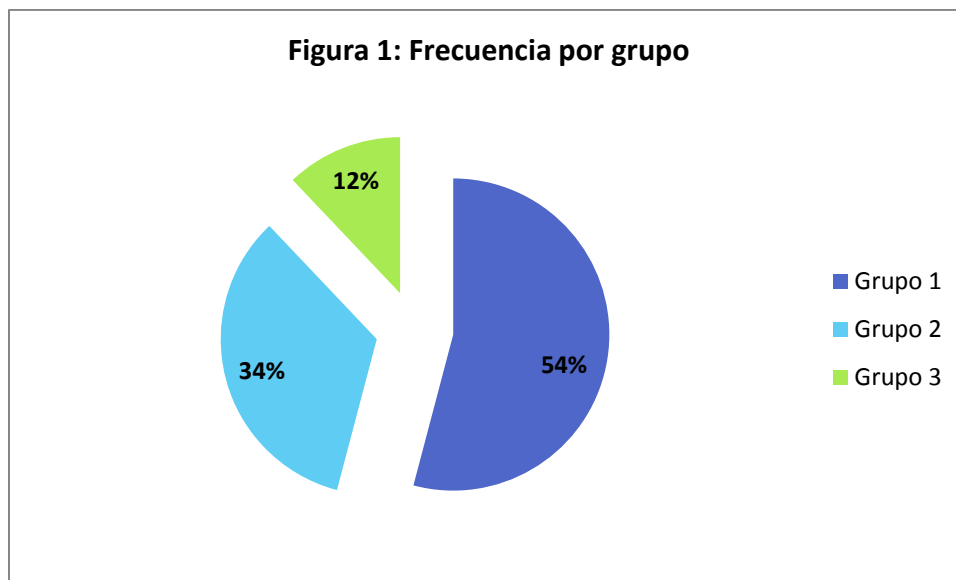


Figura 1: Frecuencia de padres de familia por grupo.

Del total de padres encuestados 158 fueron del género femenino y 49 del género masculino. (Ver figura 2)

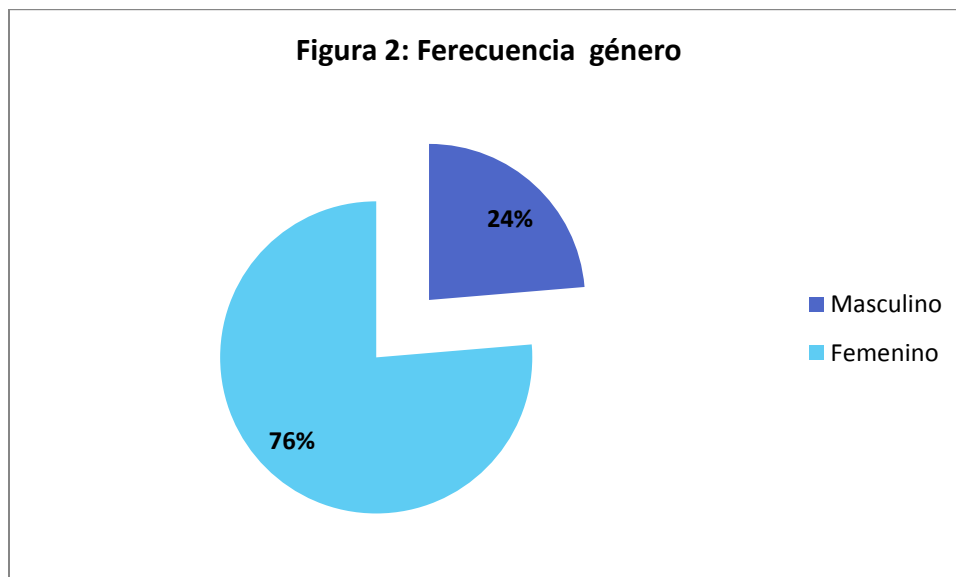


Figura 2: Frecuencia de padres de familia por género.

De los 207 padres encuestados 31 indicaron que estudiaron primaria, 92 secundaria, 72 estudiaron preparatoria y sólo 12 indicaron que estudiaron hasta universidad. (Ver figura 3)

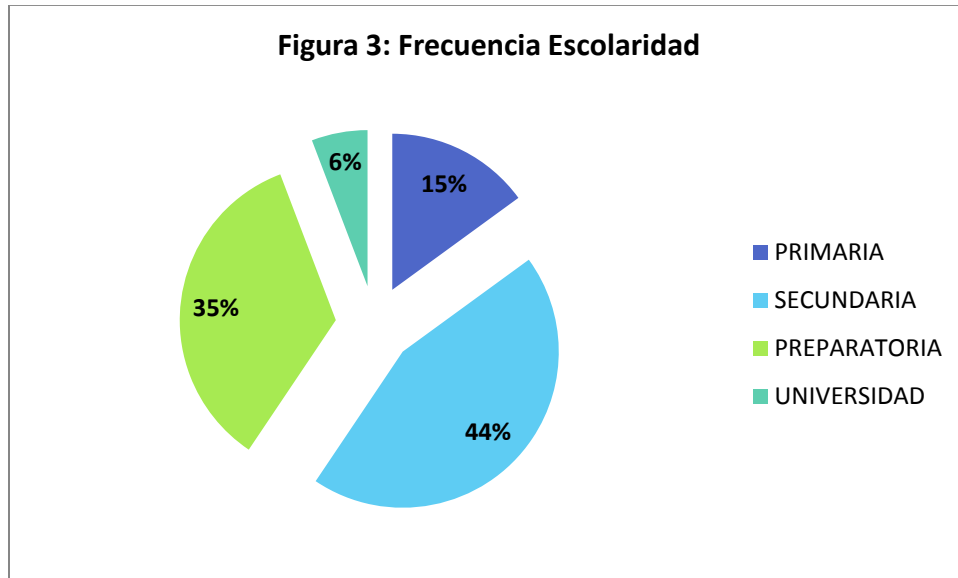


Figura 3: Frecuencia de padres de familia por escolaridad.

Los padres de familia que indicaron estar en un rango de edad de 20 a 30 años fueron 78, en el rango de edad de 31 a 40 años de edad fueron 104, entre 41 a 50 años fueron 19, mientras que 4 indicaron estar en un rango de edad de 51 a 60 años de edad y 2 ser mayores de 60 años. (Ver figura 4)

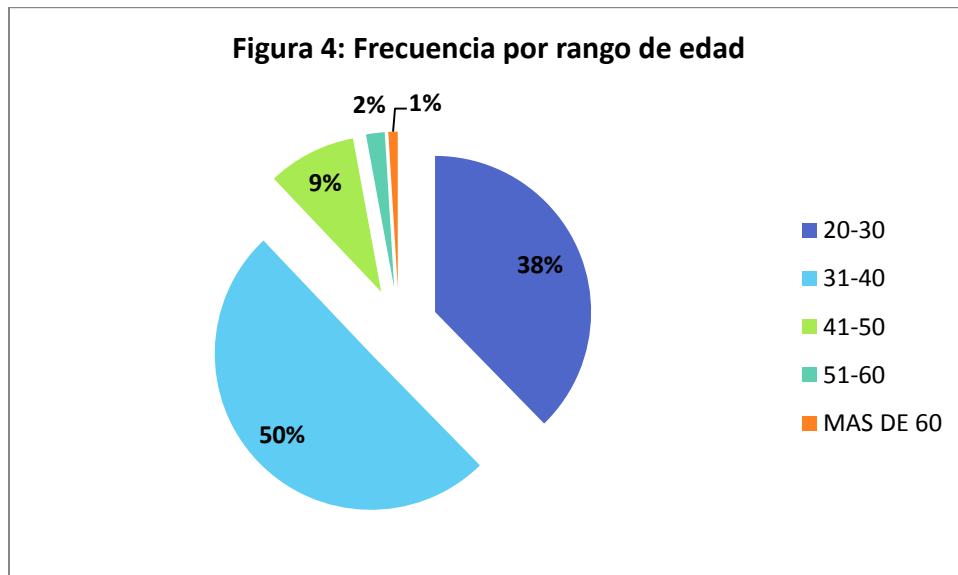


Figura 4: Frecuencia de padres de familia por rango de edad.

Se observó que el 82% de los padres encuestados estuvieron de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 12% tuvieron una actitud negativa y solo el 6% estuvieron indecisos. (Ver figura 5)

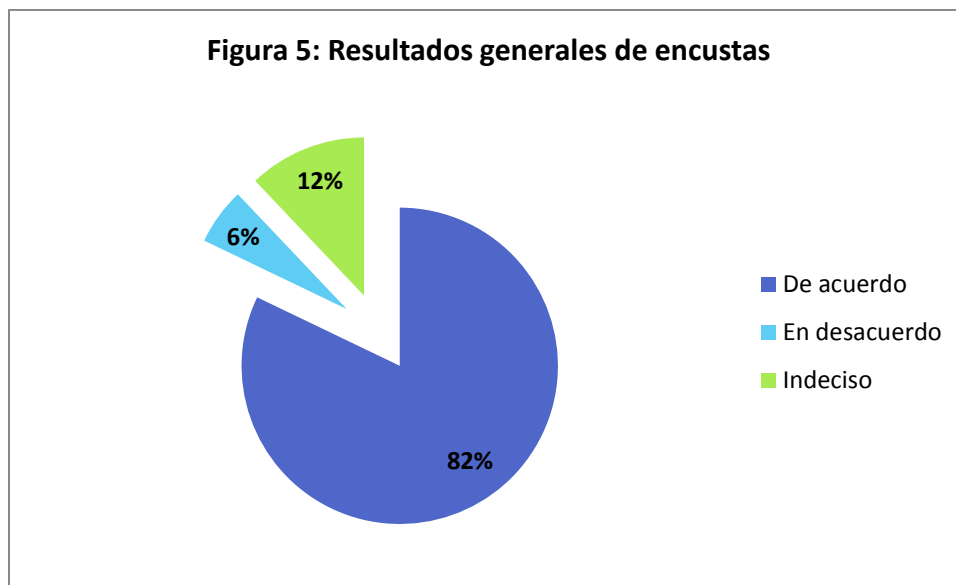


Figura 5: Resultados generales de encuestas.

Los padres de familia encuestados en las escuelas primarias fueron 112 (grupo 1), de los cuales el 78% estuvieron de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 9% tuvieron una actitud negativa y el 12% estuvieron indecisos. (Ver figura 6)

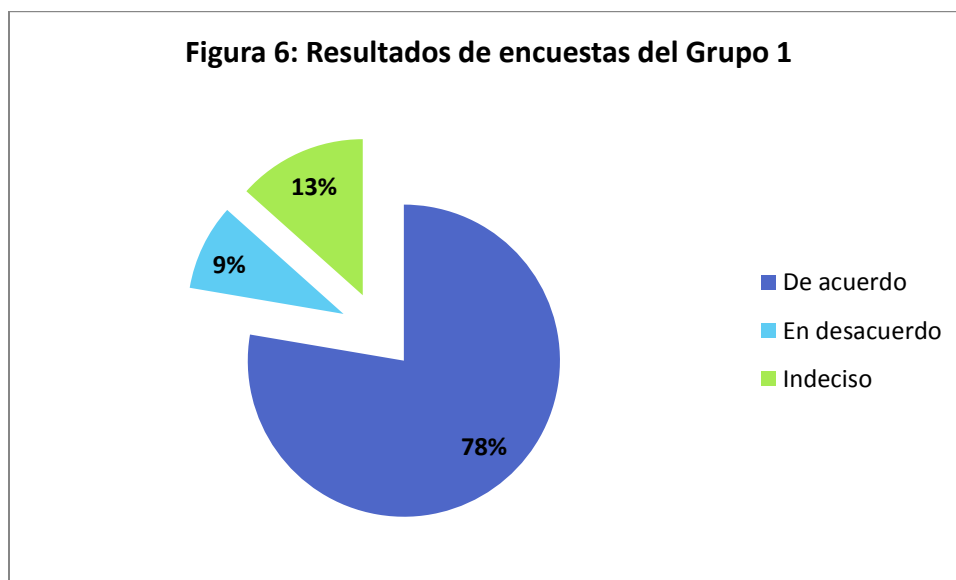


Figura 6: Resultados de encuestas del Grupo 1

Los padres de familia encuestados en el jardín de niños fueron 70 (grupo 2), de los cuales el 89% estuvieron de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 1% tuvieron una actitud negativa y el 10% estuvieron indecisos. (Ver figura 7)

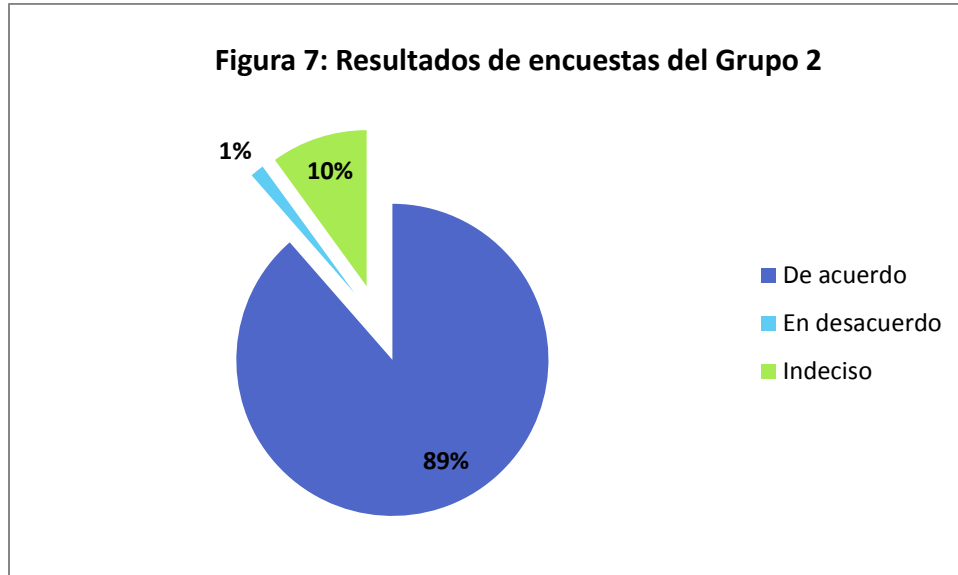


Figura 7: Resultados de encuestas del Grupo 2.

Los padres de familia encuestados en la clínica fueron 25 (grupo 3), de los cuales el 84% estuvieron de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 4% tuvieron una actitud negativa y el 12% estuvieron indecisos. (Ver figura 8)

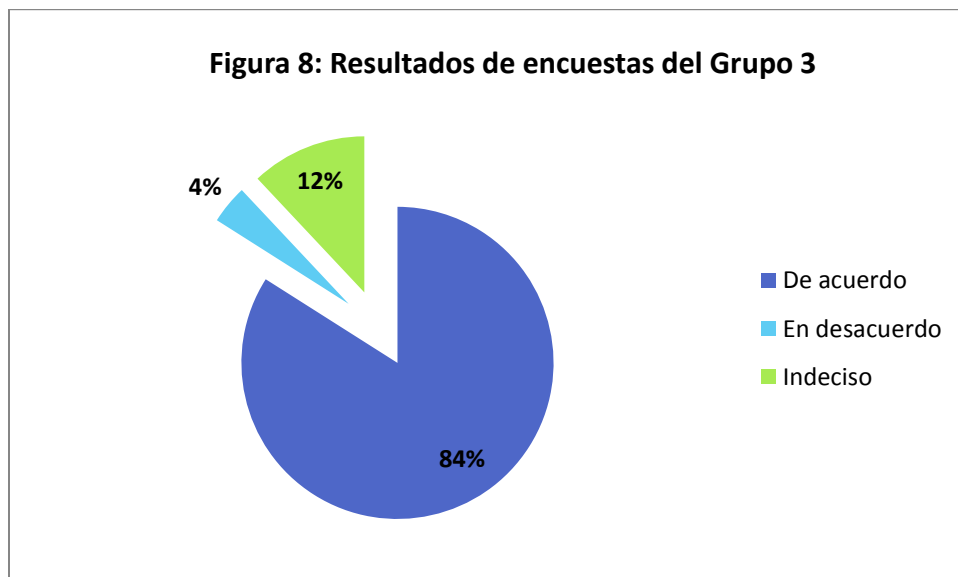


Figura 8: Resultados de encuestas del Grupo 3.

Se encontró que del total los padres de familia encuestados del género masculino el 80% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 10% tuvieron una actitud negativa y el 10% estuvieron indecisos (ver figura 9), mientras que los del género femenino el 82% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 5% tuvieron una actitud negativa y el 13% estuvieron indecisos (ver figura 10).

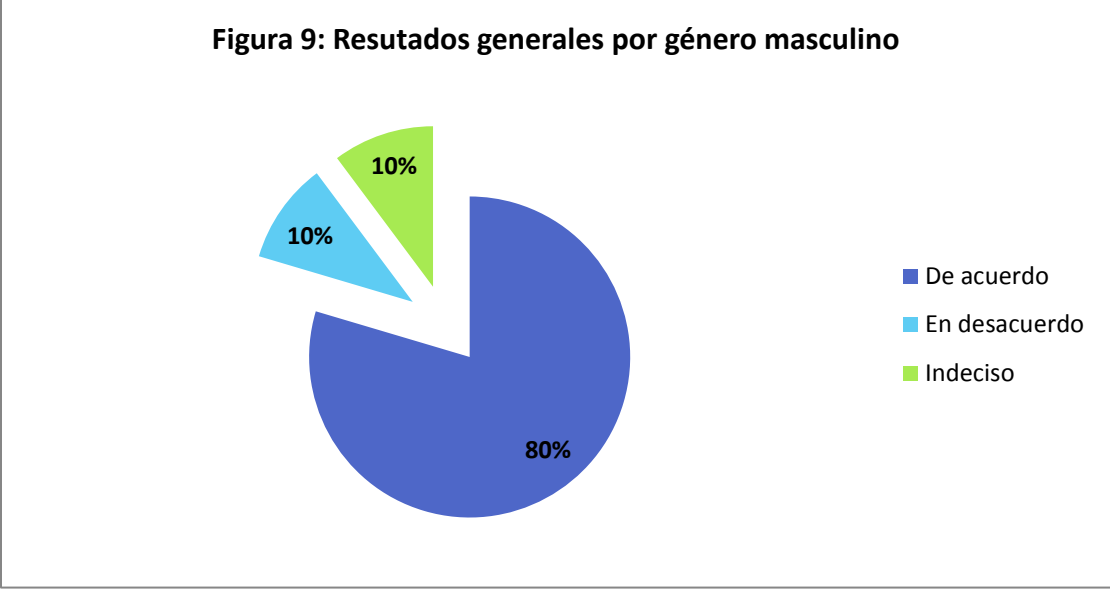


Figura 9: Resultados generales por género masculino.

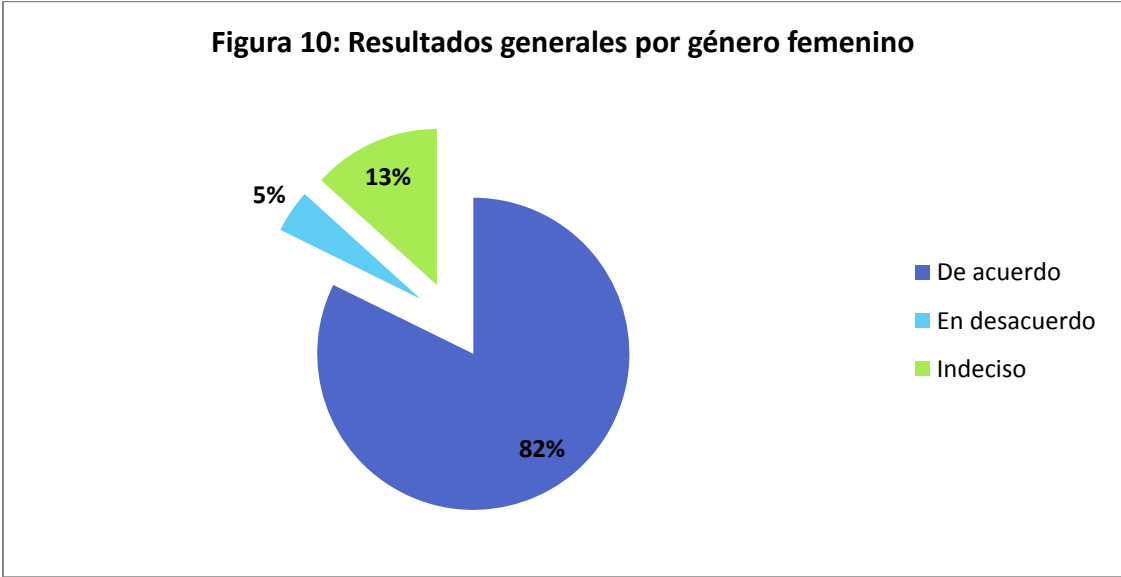


Figura 10: Resultados generales por género femenino.

Del total los padres de familia encuestados los que indicaron haber estudiado primaria el 64% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 13% tuvieron una actitud negativa y el 23% estuvieron indecisos (ver figura 11), mientras que los que estudiaron secundaria el 87% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 4% tuvieron una actitud negativa y el 9% estuvieron indecisos (ver figura 12), los que estudiaron preparatoria el 85% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 3% tuvieron una actitud negativa y el 12% estuvieron indecisos (ver figura 13), por último los que estudiaron universidad el 75% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 17% tuvieron una actitud negativa y el 8% estuvieron indecisos (ver figura 14).

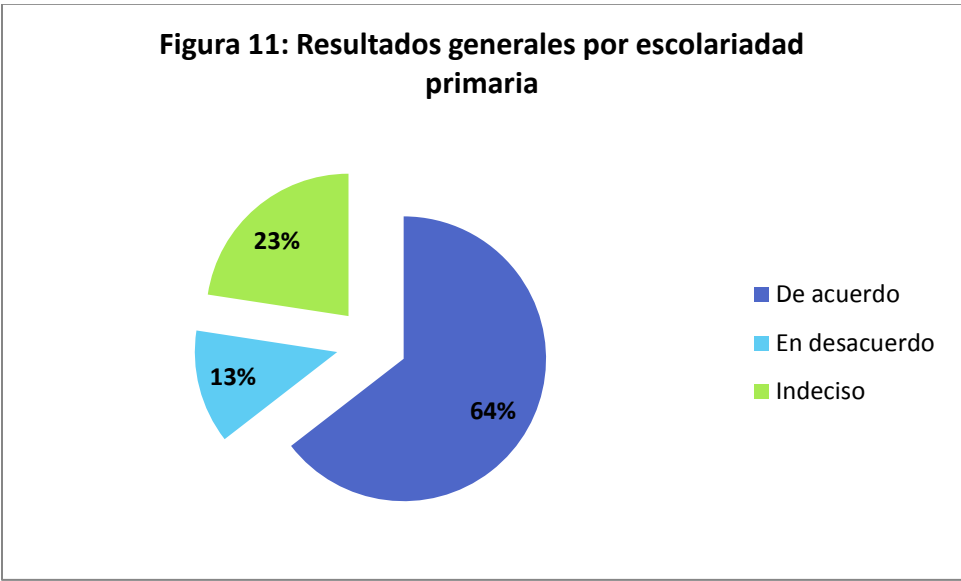


Figura 11: Resultados generales por escolaridad primaria.

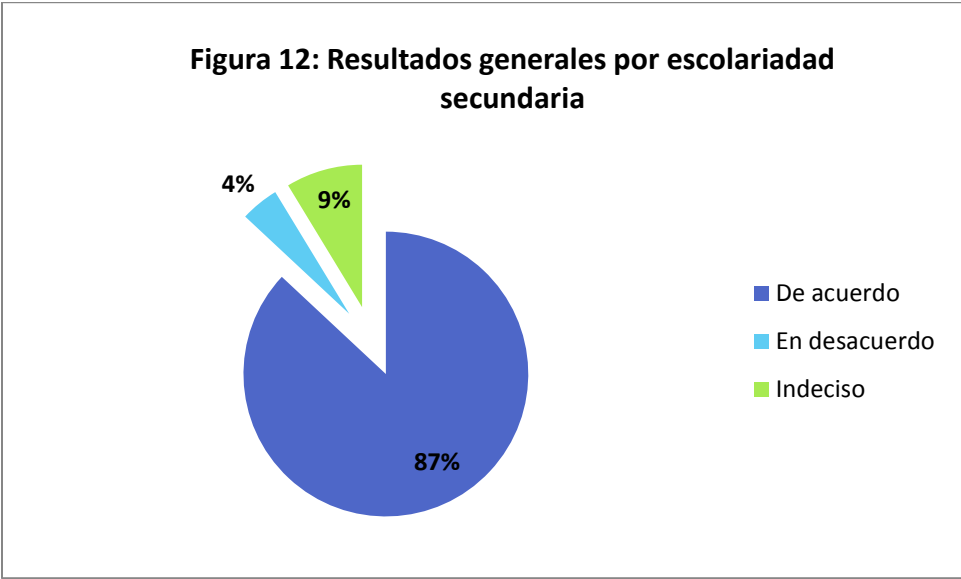


Figura 12: Resultados generales por escolaridad secundaria.

Figura 13: Resultados generales por escolaridad preparatoria

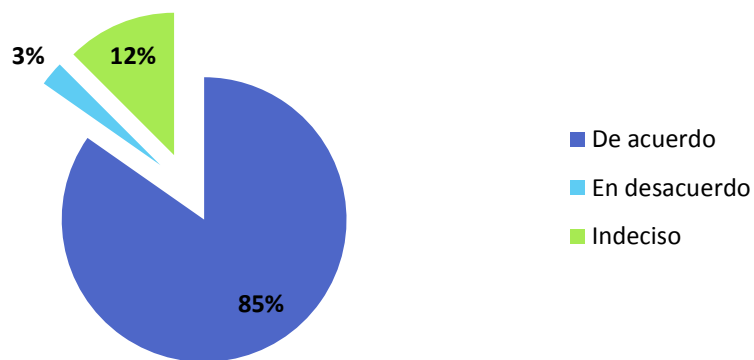


Figura 13: Resultados generales por escolaridad preparatoria.

Figura 14: Resultados generales por escolaridad universitaria

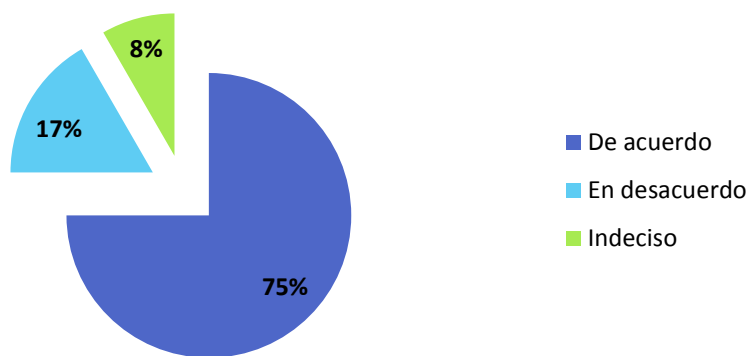


Figura 14: Resultados generales por escolaridad universidad.

En los resultados de las encuestas Likert por rango de edad de 20 a 30 años se observó que el 82% de los padres estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 5% tuvieron una actitud negativa y el 13% estuvieron indecisos (ver figura 15), los padres de familia que se encuentran en el rango de edad de 31 a 40 años el 83% estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 5% en tuvieron una actitud negativa y el 12% estuvieron indecisos (ver figura 16), mientras que los del rango de edad de 41 a 50 años el 82% de los padres estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 9% en tuvieron una actitud negativa y 9% indecisos (ver figura 17), los que se encuentran en el rango de edad de 51 a 60 años el 75% de los padres estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 25% en tuvieron una actitud negativa y 0% indecisos (ver figura 18), por último los padres con una edad mayor a 60 años el 100% tuvo una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos.

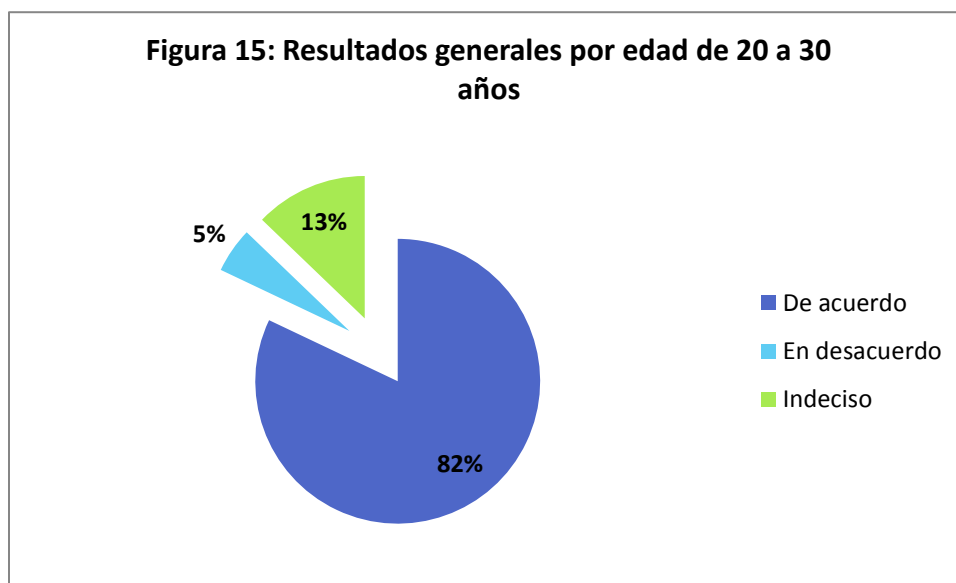


Figura 15: Resultados generales por rango de edad de 20 a 30 años.

Figura 16: Resultados generales por edad de 31 a 40 años

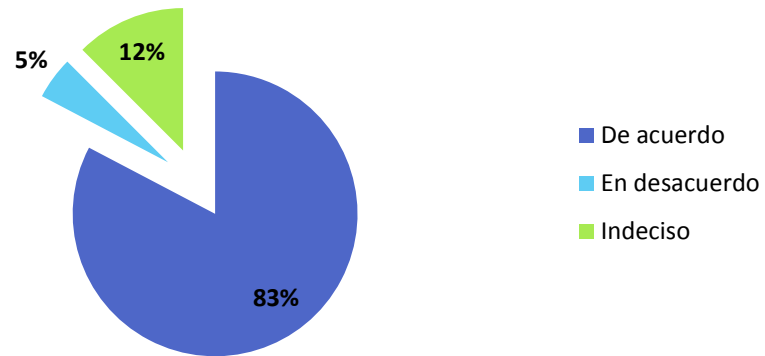


Figura 16: resultados generales por rango de edad de 31 a 40 años.

Figura 17: Resultados generales por edad de 41 a 50 años

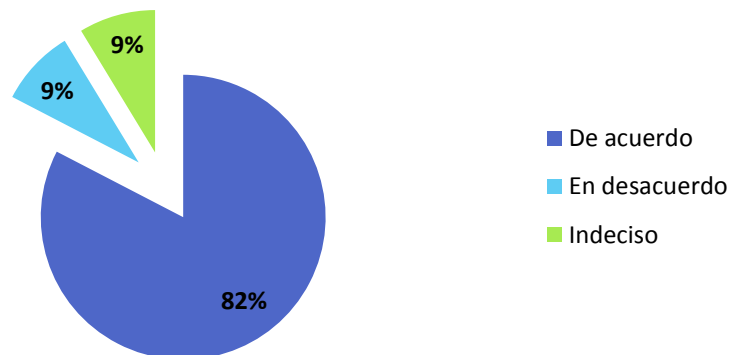


Figura 17: Resultados generales por rango de edad de 41 a 50 años.

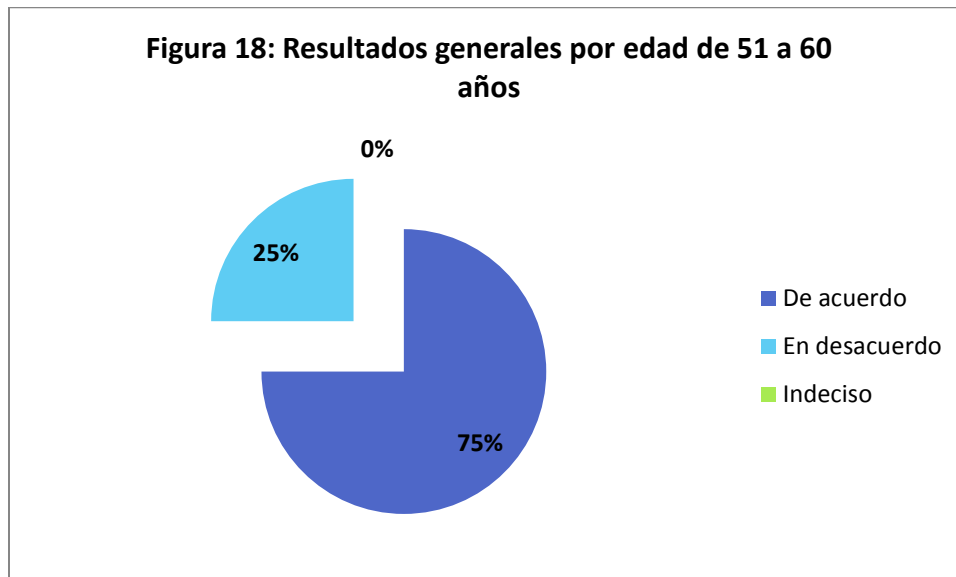


Figura 18: Resultados generales por rango de edad de 51 a 60 años.

Se analizaron por separado los resultados de cada una de las afirmaciones de la encuesta aplicada a los padres de familia, a continuación se describirán los resultados por afirmación:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, 84.4% de acuerdo, 10.8% en desacuerdo y 4.7% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, 70.8% de acuerdo, 16.5% en desacuerdo y 12.7% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, 97.6% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 1.9% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental: 89.2% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 5.2% indecisos.
5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, 36.3% de acuerdo, 36.3% en desacuerdo y 27.4% indecisos.
6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, 13.2% de acuerdo, 75.9% en desacuerdo y 10.8% indecisos.

7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: 17% de acuerdo, 76.9% en desacuerdo y 6.1% indecisos.
8. La salud oral afecta la salud en general, 86.8% de acuerdo, 7.6% en desacuerdo y 5.7 indecisos. (ver tabla 1)

Afirmación	1	2	3	4	5	6	7	8
De acuerdo	84.5%	70.8%	97.6%	89.2%	36.3%	13.3%	17%	86.7%
En desacuerdo	10.8%	16.5%	0.5%	5.6%	36.3%	75.9%	76.9%	7.6%
Indeciso	4.7%	12.7%	1.9%	5.2%	27.4%	10.8%	6.1%	5.7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 1: Respuestas escala de Likert por afirmación.

Los resultados por afirmación de acuerdo al género de los padres fueron los siguientes:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, sexo masculino 17.9% de acuerdo, 3.3% en desacuerdo y 1.9% indecisos; sexo femenino 66.5% de acuerdo, 7.5% en desacuerdo y 2.8% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, sexo masculino 13.2% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 4.2% indecisos; sexo femenino 57.5% de acuerdo, 10.8% en desacuerdo y 8.5% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, sexo masculino 22.2% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.9% indecisos; sexo femenino 75.5% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0.9% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental, sexo masculino 19.3% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 1.4% indecisos; sexo femenino 69.8% de acuerdo, 3.3% en desacuerdo y 3.8% indecisos.
5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, sexo masculino 9% de acuerdo, 6.6% en desacuerdo y 7.5% indecisos; sexo femenino 27.4% de acuerdo, 29.7% en desacuerdo y 19.8% indecisos.

6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, sexo masculino 3.3% de acuerdo, 18.4% en desacuerdo y 1.4% indecisos; sexo femenino 9.9% de acuerdo, 57.5% en desacuerdo y 9.4% indecisos.

7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: sexo masculino 4.7% de acuerdo, 17% en desacuerdo y 1.4% indecisos; sexo femenino 12.3% de acuerdo, 59.9% en desacuerdo y 4.7% indecisos.

8. La salud oral afecta la salud en general, sexo masculino 19.8% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 0.9% indecisos; sexo femenino 67% de acuerdo, 5.2% en desacuerdo y 4.7% indecisos. (ver tabla 2)

Afirmación	1		2		3		4		5		6		7		8	
Género	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
De acuerdo	17.9%	66.5%	13.2%	57.5%	22.2%	75.5%	19.3%	69.8%	9%	27.4%	3.3%	9.9%	4.7%	12.3%	19.8%	67%
En desacuerdo	3.3%	7.5%	5.7%	10.8%	0%	0.5%	2.4%	3.3%	6.6%	29.7%	18.4%	57.5%	17%	59.9%	2.4%	3.3%
Indeciso	1.9%	2.8%	4.2%	8.5%	0.9%	0.9%	1.4%	3.8%	7.5%	19.8%	1.4%	9.4%	1.4%	4.7%	0.9%	5.2%

Tabla 2: Resultados actitud de los padres por género.

Los resultados obtenidos según el rango de edad por afirmación fueron:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, de 20 a 30 años 30.2% de acuerdo, 4.2% en desacuerdo y 2.8% indecisos; de 31 a 40 años 43.4% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 1.9% indecisos; de 41 a 50 años 8% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0% indecisos; de 51 a 60 años 1.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.

2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, de 20 a 30 años 26.4% de acuerdo, 5.2% en desacuerdo y 5.7% indecisos; de 31 a 40 años 35.4% de acuerdo, 9.4% en desacuerdo y 6.1% indecisos; de 41 a 50 años 7.5% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de 51 a 60 años 0.9% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de más de 60 años 0.5% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0% indecisos.

3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, de 20 a 30 años 36.3% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.9% indecisos; de 31 a 40 años 50% de

acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de 41 a 50 años 8.5% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de 51 a 60 años 1.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.

4. El flúor previene la caries dental, de 20 a 30 años 33% de acuerdo, 2.8% en desacuerdo y 1.4% indecisos; de 31 a 40 años 45.8% de acuerdo, 2.8% en desacuerdo y 2.4% indecisos; de 41 a 50 años 8% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.9% indecisos; de 51 a 60 años 1.4% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de más de 60 años 0.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.

5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro de 20 a 30 años 11.3% de acuerdo, 16% en desacuerdo y 9.9% indecisos; de 31 a 40 años 19.3% de acuerdo, 16% en desacuerdo y 16.6% indecisos; de 41 a 50 años 4.2% de acuerdo, 2.8% en desacuerdo y 1.9% indecisos; de 51 a 60 años 0.5% de acuerdo, 1.4% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.

6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, de 20 a 30 años 3.8% de acuerdo, 30.7% en desacuerdo y 2.8% indecisos; de 31 a 40 años 6.6% de acuerdo, 36.3% en desacuerdo y 8% indecisos; de 41 a 50 años 2.4% de acuerdo, 6.6% en desacuerdo y 0% indecisos; de 51 a 60 años 0% de acuerdo, 1.9% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.5% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0% indecisos.

7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: de 20 a 30 años 5.7% de acuerdo, 28.3% en desacuerdo y 3.3% indecisos; de 31 a 40 años 8% de acuerdo, 40.1% en desacuerdo y 2.8% indecisos; de 41 a 50 años 2.4% de acuerdo, 6.6% en desacuerdo y 0% indecisos; de 51 a 60 años 0.5% de acuerdo, 1.4% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.5% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 0% indecisos.

8. La salud oral afecta la salud en general, de 20 a 30 años 34.9% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0% indecisos; de 31 a 40 años 42% de acuerdo, 3.8% en desacuerdo y 1.4% indecisos; de 41 a 50 años 8% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.5% indecisos; de 51 a 60 años 0.9% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0% indecisos; de más de 60 años 0.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos. (ver tabla 3)

Rango de edad	Afirmación 1			Afirmación 2			Afirmación 3			Afirmación 4		
	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
20 a 30 años	30.20%	4.20%	2.80%	26.40%	5.20%	5.70%	36.30%	0%	0.90%	33.00%	2.80%	1.40%
31 a 40 años	43.40%	5.70%	1.9	35.40%	9.40%	6.10%	50%	0.50%	0.50%	46%	3%	2.40%
41 a 50 años	8%	0.90%	0%	7.50%	0.90%	0.50%	8.50%	0%	0.50%	8%	0%	0.90%
51 a 60 años	1.90%	0%	0%	0.90%	0.50%	0.50%	1.90%	0%	0%	1.40%	0%	0.50%
Más de 60 años	0.90%	0%	0%	0.50%	0.50%	0%	0.90%	0%	0%	0.90%	0%	0%
Rango de edad	Afirmación 5			Afirmación 6			Afirmación 7			Afirmación 8		
	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
20 a 30 años	11.30%	16%	9.90%	3.80%	30.70%	2.80%	5.70%	28.30%	3.30%	34.90%	0.90%	0%
31 a 40 años	19.30%	16%	16.60%	6.60%	36.30%	8%	8%	40.10%	2.80%	42%	3.80%	1.40%
41 a 50 años	4.20%	2.80%	1.90%	2.40%	6.60%	0%	2.40%	6.60%	0%	8%	0%	0.50%
51 a 60 años	0.50%	1.40%	0%	0%	1.90%	0%	0.50%	1.40%	0%	0.90%	0.90%	0%
Más de 60 años	0.90%	0%	0%	0.50%	0.50%	0%	0.50%	0.50%	0%	0.90%	0%	0%

Tabla 3: Resultados actitud de los padres por rango de edad.

Los resultados obtenidos por afirmación según la escolaridad de los padres fueron:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, primaria 12.7% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 0% indecisos; secundaria 39.2% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 2.8% indecisos; preparatoria 28.3% de acuerdo, 5.2% en desacuerdo y 1.4% indecisos; universidad 4.2% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0.5% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, primaria 12.7% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 0% indecisos; secundaria 39.2% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 2.8% indecisos; preparatoria 28.3% de acuerdo, 5.2% en desacuerdo y 1.4% indecisos; universidad 4.2% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0.5% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, primaria 15.1% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos; secundaria 42% de acuerdo, 0.5% en desacuerdo y 1.9% indecisos; preparatoria 34.9% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos; universidad 5.7% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental, primaria 12.3% de acuerdo, 1.4% en desacuerdo y 1.4% indecisos; secundaria 40.6% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 2.8% indecisos; preparatoria 31.6% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 0.9% indecisos; universidad 4.7% de acuerdo, 0.9% en desacuerdo y 0% indecisos.

5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, primaria 5.7% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 3.8% indecisos; secundaria 14.6% de acuerdo, 20.8% en desacuerdo y 9% indecisos; preparatoria 14.6% de acuerdo, 8.5% en desacuerdo y 11.8% indecisos; universidad 1.4% de acuerdo, 1.4% en desacuerdo y 2.8% indecisos.
6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, primaria 1.4% de acuerdo, 10.8% en desacuerdo y 2.8% indecisos; secundaria 7.1% de acuerdo, 33.5% en desacuerdo y 3.8% indecisos; preparatoria 3.8% de acuerdo, 26.9% en desacuerdo y 4.2% indecisos; universidad 0.9% de acuerdo, 4.7% en desacuerdo y 0% indecisos.
7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos, primaria 3.3% de acuerdo, 11.3% en desacuerdo y 0.5% indecisos; secundaria 6.1% de acuerdo, 35.4% en desacuerdo y 2.8% indecisos; preparatoria 6.1% de acuerdo, 26.4% en desacuerdo y 2.4% indecisos; universidad 1.4% de acuerdo, 3.8% en desacuerdo y 0.5% indecisos.
8. La salud oral afecta la salud en general, primaria 10.8% de acuerdo, 2.4% en desacuerdo y 1.9% indecisos; secundaria 39.2% de acuerdo, 2.9% en desacuerdo y 2.4% indecisos; preparatoria 31.6% de acuerdo, 1.9% en desacuerdo y 1.4% indecisos; universidad 5.2% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0.5% indecisos. (ver tabla 4)

Escolaridad	Afirmación 1			Afirmación 2			Afirmación 3			Afirmación 4		
	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
Primaria	12.7%	2.4%	0%	8.5%	3.8%	2.8%	15.1%	0%	0%	12.3%	1.4%	1.4%
Secundaria	39.2%	2.4%	2.8%	32.1%	4.7%	7.5%	42%	0.5%	1.9%	40.6%	0.9%	2.8%
Preparatoria	28.3%	5.2%	1.4%	25.9%	7.1%	1.9%	34.9%	0%	0%	31.6%	2.4%	0.9%
Universidad	4.2%	0.9%	0.5%	4.2%	0.90%	0.5%	5.7%	0%	0%	4.7%	0.9%	0%
Escolaridad	Afirmación 5			Afirmación 6			Afirmación 7			Afirmación 8		
	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
Primaria	5.7%	5.7%	3.8%	1.4%	10.8%	2.8%	3.3%	11.3%	0.5%	10.8%	1.9%	1.9%
Secundaria	14.6%	20.8%	9%	7.1%	33.5%	3.8%	6.1%	35.4%	2.8%	39.2%	2.9%	2.4%
Preparatoria	14.6%	8.5%	11.8%	3.8%	26.9%	4.2%	6.1%	26.4%	2.4%	31.6%	1.9%	1.4%
Universidad	1.4%	1.4%	2.8%	0.9%	4.7%	0%	1.4%	3.8%	0.5%	5.2%	0.5%	0%

Tabla 4: Resultados actitud de los padres por escolaridad.

Los resultados por afirmación del grupo 1 fueron los siguientes:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, 86.6% de acuerdo, 9.8% en desacuerdo y 3.6% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, 70.5% de acuerdo, 17.9% en desacuerdo y 11.6% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, 98.2% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 1.8% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental: 89.3% de acuerdo, 6.3% en desacuerdo y 4.5% indecisos.
5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, 34.8% de acuerdo, 42% en desacuerdo y 23.2% indecisos.
6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, 9.8% de acuerdo, 80.4% en desacuerdo y 9.8% indecisos.
7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: 14.3% de acuerdo, 80.4% en desacuerdo y 5.4% indecisos.
8. La salud oral afecta la salud en general, 85.7% de acuerdo, 7.2% en desacuerdo y 7.1% indecisos. (ver tabla 5)

	Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Afirmación 5	Afirmación 6	Afirmación 7	Afirmación 8
De acuerdo	86.6%	70.5%	98.2%	89.3%	34.8%	9.8%	14.3%	85.7%
En Desacuerdo	9.8%	17.9%	0%	6.3%	42%	80.4%	80.4%	7.2%
Indeciso	3.6%	11.6%	1.8%	4.5%	23.2%	9.8%	5.4%	7.1%

Tabla 5: Resultados actitud de los padres del grupo 1 por afirmación.

Los resultados por afirmación del grupo 2 fueron los siguientes:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, 81.4% de acuerdo, 12.9% en desacuerdo y 5.7% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, 68.6% de acuerdo, 17.1% en desacuerdo y 14.3% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, 95.7% de acuerdo, 1.4% en desacuerdo y 2.9% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental: 92.9% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 1.4% indecisos.
5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, 41.4% de acuerdo, 27.1% en desacuerdo y 31.4% indecisos.
6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, 21.4% de acuerdo, 64.3% en desacuerdo y 14.3% indecisos.
7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: 20% de acuerdo, 71.4% en desacuerdo y 8.6% indecisos.
8. La salud oral afecta la salud en general, 91.4% de acuerdo, 5.7% en desacuerdo y 2.9% indecisos. (ver tabla 6)

	Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Afirmación 5	Afirmación 6	Afirmación 7	Afirmación 8
De acuerdo	81.4%	68.6%	95.7%	92.9%	41.4%	21.4%	20%	91.4%
En Desacuerdo	12.9%	17.1%	1.4%	5.7%	27.1%	64.3%	71.4%	5.7%
Indeciso	5.7%	14.3%	2.9%	1.4%	31.4%	14.3%	8.6%	2.9%

Tabla 6: Resultados actitud de los padres del grupo 2 por afirmación.

Los resultados por afirmación del grupo 3 fueron los siguientes:

1. Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar, 80% de acuerdo, 12% en desacuerdo y 8% indecisos.
2. Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes, 72% de acuerdo, 12% en desacuerdo y 16% indecisos.
3. Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes, 100% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 0% indecisos.
4. El flúor previene la caries dental, 84% de acuerdo, 0% en desacuerdo y 16% indecisos.
5. No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro, 32% de acuerdo, 28% en desacuerdo y 40% indecisos.
6. No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo, 8% de acuerdo, 84% en desacuerdo y 8% indecisos.
7. Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos: 24% de acuerdo, 76% en desacuerdo y 0% indecisos.
8. La salud oral afecta la salud en general, 80% de acuerdo, 12% en desacuerdo y 8% indecisos.
(ver tabla 7)

	Afirmación 1	Afirmación 2	Afirmación 3	Afirmación 4	Afirmación 5	Afirmación 6	Afirmación 7	Afirmación 8
De acuerdo	80%	72%	100%	84%	32%	8%	24%	80%
En Desacuerdo	12%	12%	0%	0%	28%	84%	76%	12%
Indeciso	8%	16%	0%	16%	40%	8%	0%	8%

Tabla 7: Resultados actitud de los padres del grupo 3 por afirmación.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se muestran datos de información transversal obtenida a partir de una encuesta en Escala Likert, datos que se consideran importantes ya que no se encontró información en México y pueden ser de gran ayuda para el odontólogo para detectar este factor de riesgo que es la actitud negativa de los padres que a su vez repercute en la salud oral y general de sus hijos.

En esta investigación encontramos un 75% de actitud positiva en comparación con el estudio de Chih-Chang Cheng¹, donde se encontró una actitud positiva del 95 % en madres, la diferencia puede deberse a que nuestro estudio que fue realizado en madres y padres.

Se encontraron resultados muy similares con los de Farith González y Cols² en Colombia donde obtuvieron un 74.5% de actitud favorable, mientras que en el presente estudio mostró 75% de actitud positiva, lo que puede indicar que esto podría estar relacionado con la cultura latina.

También tiene correlación con los resultados obtenidos por Tickle y Cols³ en el Reino Unido que fue de 82% de actitud positiva.

Chhabra y Chhabra⁴ determinaron que el 65% de los padres no creen que los dientes temporales son igual de importantes que los dientes permanentes, a diferencia de los resultados obtenidos en este estudio donde se afirma que el 70% de los padres consideran que los problemas de los dientes temporales afectan los dientes permanentes.

El identificar actitudes es un factor importante para crear programas de educación para la salud y seguir disminuyendo la prevalencia de caries.

8. CONCLUSIONES

Se concluye que la actitud de los padres medida mediante una encuesta de 8 afirmaciones con la escala de Likert fue que el 82.1% de los padres estuvo de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la atención dental de sus hijos, el 5.8% tuvieron una actitud negativa y el 12.1% estuvieron indecisos.

Se concluye que la actitud de los padres por:

- Rango de edad de 20 a 30 años el 37.3% estuvo de acuerdo, mientras que el 1.9% estuvo en desacuerdo; en rango de edad de 31 a 40 años el 41.5% estuvo de acuerdo, mientras que el 2.4% estuvo en desacuerdo; en rango de edad de 41 a 50 años el 7.1% estuvo de acuerdo, mientras que el 0.9% estuvo en desacuerdo; en el rango de edad de 51 a 60 años el 1.4% estuvo de acuerdo, mientras que el 0.5% estuvo en desacuerdo; los que se encuentran en edad mayor a 60 años el 0.9% estuvieron de acuerdo y ninguno en desacuerdo
- En cuanto al género masculino el 18.4% estuvo de acuerdo, mientras que en el género femenino fue 63.2%.
- En el apartado de escolaridad en primaria el 9.4% estuvo de acuerdo, en secundaria 38.7% estuvo de acuerdo, en preparatoria el 29.2% estuvo de acuerdo y el 4.2% estuvo de acuerdo.
- Grupo 1 el 77.7% de los padres estuvieron de acuerdo, mientras que el 8.9%.
- Grupo 2 el 88.6% de los padres estuvieron de acuerdo, mientras que el 1.4%.
- Grupo 3 el 84% de los padres estuvieron de acuerdo, mientras que el 4% estuvo en desacuerdo.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más estudios similares en otros estados de la República Mexicana.
- Ampliar la muestra en Tijuana, Baja California.
- Pedir motivo de consulta.
- Publicar estudios relacionados con éste para ayudar al odontólogo a identificar actitudes de los padres.

Caso Clínico

10. CASO CLÍNICO

10.1 Resumen de caso clínico

Introducción

La actitud es un factor importante para el odontopediatra, ya que el saber identificarla es de gran ayuda para lograr la cooperación del paciente, con la finalidad de un tratamiento exitoso, así como lograr un buen efecto a futuro creando una actitud positiva hacia la odontología y una adecuada salud en el adulto.

Reporte del Caso

Paciente femenino de 4.1 años de edad, referido a la clínica de Odontología Pediátrica del Centro Universitario de Posgrado e Investigación. Producto de la segunda gestación, con control prenatal adecuado, nació por parto en medio hospitalario a los nueve meses de gestación, lloró y respiró al nacer. Antecedente de alergia a la penicilina, fue hospitalizada a los dos días de su nacimiento por aumento en los niveles de bilirrubina. La paciente tiene diagnóstico de retraso psicomotor para lo cual recibe tratamiento.

Conclusión

Se diagnosticó a la paciente con Caries Temprana de la Infancia Severa (CTI-S). fue necesario realizar la rehabilitación oral bajo anestesia general. Se identificó la actitud de la madre como favorable.

Palabras clave

Actitud, retraso psicomotor, anestesia general.

10.2 Introducción

Las actitudes son aprendidas por la interacción social y forman parte del comportamiento humano. Las actitudes son estables y suelen mantenerse a lo largo de la vida del individuo sin embargo pueden ser modificadas o experimentar pequeños cambios al estar expuestos a otra información, otros grupos o a la experiencia personal.

La actitud positiva de los padres ante la atención dental es de suma importancia para la conservación de la salud bucal de los niños. La baja conciencia del padre de familia en la atención dental de sus hijos provoca que éstos sean llevados a la consulta dental cuando presentan problemas de caries graves y cursan por un periodo agudo de dolor.

Identificar las actitudes de los padres nos brinda información que ayuda a modificar las actitudes negativas o indiferentes hacia positivas en un esfuerzo por combatir las enfermedades orales.

El entorno familiar juega un rol importante en las actitudes que tomamos, cuando un hijo se diagnostica con alguna discapacidad, la familia sufre un fuerte golpe, en especial los padres los cuales pasan por una proceso de adaptación donde se ven involucrados sentimientos de dolor o sufrimiento por la pérdida del hijo “perfecto” que la mayoría desea o imagina tener, este proceso también involucra la negación, que es cuando los padres niegan que su hijo sea discapacitado, también se ven implicada una etapa de ira o resentimiento y por último llega la aceptación.

La familia se ve obligada a hacer frente a la realidad de la condición y a realizar adaptaciones en su vida diaria las cuales dependen de factores como la incapacidad del hijo a desarrollarse en la dinámica familiar y social, así como de la situación económica, intelectual o las creencias religiosas de la familia.

Los cuidados especiales requeridos por un hijo con discapacidad como lo son constantes visitas con especialistas tales como el neurólogo, pediatra, fisioterapeuta, psicólogo infantil, cardiólogo, entre otros, en muchas ocasiones dejan relegado al odontólogo pediatra por lo que es común observar a niños discapacitados con caries temprana de la infancia.

10.3 Marco Teórico

10.3.1 Actitud

Actualmente en la literatura podemos encontrar más de 200 definiciones de actitud, que en este estudio se tomaron algunas de ellas.

Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. Constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo. Es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.^{12,}

14

En 1935, Gordon W. Allport definió actitud como: estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce la influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

Partiendo de las definiciones de Katz, Zimbardo y Ebessen, entendemos por actitud una predisposición aprendida, no innata y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable, ante un objeto (individuos, grupos, ideas, situaciones). Nunnally las describe más sencillamente como sentimientos hacia objetos.⁸

La actitud también puede ser definida como una tendencia para actuar de determinada manera, pero se compone de algunos elementos en los que se destacan los pensamientos y las emociones que son sus componentes centrales (las emociones están relacionadas con las actitudes pues son las que hacen reaccionar a las personas con agrado o desagrado ante una determinada situación).⁷

Para esta investigación se definió actitud como: Predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto, sus símbolos o situación.^{8, 12}

Relación entre actitudes y otros constructos representacionales.

Actitudes y valores: en su concepción más consensual, podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos. Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los

valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas.

Actitudes y opiniones: existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.¹⁴

Actitudes y creencias: las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.

Actitudes y hábitos: tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de conducta rutinizados generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental.¹⁵

10.3.2 Niños con discapacidad

La OMS y el banco Mundial estiman que más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad, lo que equivale a cerca del 15% de la población mundial. Actualmente no existen estimaciones confiables y representativas basadas en una edición real de la cantidad de niños con discapacidad.¹⁶

Las personas con discapacidad son aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, éstas pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones. Se considera que las limitaciones físicas o actitudes sociales son el origen de la discapacidad, evitando el acceso a espacios de participación social. La discapacidad no es una característica de un individuo sino una interacción entre problemas de salud, factores ambientales y personales.^{16, 27, 18}

Discapacidad se define como un conjunto de condiciones crónicas que se manifiestan desde la infancia temprana en el plano cognitivo, físico (por ejemplo, motor, sensorial), psicológico o el habla.

Existen numerosas causas que pueden provocar una discapacidad, entre las cuales se encuentran problemas genéticos, enfermedades sistémicas, desnutrición y complicaciones en el parto. La discapacidad puede ocurrir en tres niveles: ^{18,19}

- Una deficiencia en la función o la estructura corporal.
- Una limitación de actividad.
- Una restricción de la participación social.

10.3.3 Retraso Psicomotor

Se define como la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por personal médico especializado.

La noción del retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante los primeros tres años de su vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. El retraso psicomotor global afecta las adquisiciones motrices y el ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados para su edad; cuando el retraso psicomotor persiste más allá de los primeros años de vida se puede anticipar un diagnóstico de retraso mental. Existen casos en los que el retraso es evidente sólo en un área específica, como pueden ser adquisiciones posturomotrices, del lenguaje o las habilidades de interacción social.

Existen distintas variantes del retraso psicomotor que son: ¹⁹

1. Una variante normal del desarrollo, con normalización espontánea antes de la edad escolar.
2. Un verdadero retraso debido a pobre y/o inadecuada estimulación por parte del entorno familiar-social, que se normaliza si se adecúan la educación y el ambiente del niño.
3. Un verdadero retraso, principalmente posturo-motor, debido a enfermedad crónica extraneurológica (por ejemplo, desnutrición, hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, cardiopatías congénitas), retraso que se va a compensar en la medida en que mejore la enfermedad general de base, al tiempo que se van tomando las medidas que el estado físico del paciente permita.
4. El efecto de un déficit sensorial aislado, en especial la sordera neurosensorial profunda congénita que, aparte de impedir el desarrollo del lenguaje, ocasiona una cierta hipotonía, retraso de la marcha y, en ocasiones, tendencia al aislamiento social.

5. El preludio de una futura deficiencia mental, cuyo diagnóstico firme, sobre todo en su grado ligero no se perfila sino hasta el final de la edad preescolar, tras repetidas pruebas psicométricas; en cambio el retraso mental grave (con cociente intelectual inferior a 50) se muestra claramente desde los primeros años.
6. La primera manifestación de un trastorno crónico no progresivo del control motor (parálisis cerebral infantil con sus diversas formas clínicas) o más raramente un trastorno neuromuscular congénito de escasa o nula evolución clínica.
7. La primera manifestación de una futura torpeza selectiva en la psicomotricidad fina y/o gruesa (trastorno del desarrollo asociado a la forma de disatencional del trastorno de déficit de atención e hiperactividad).
8. La eclosión de un trastorno global del desarrollo, marcado por un déficit llamativo de capacidades sociales, lingüísticas y de juego funcional, especialmente a partir de la segunda mitad del segundo año, al margen de que el desarrollo porturo-motor sea normal.

Factores de riesgo

Existen cuatro factores riesgo que pueden alterar el desarrollo normal de un niño en los tres primeros años de vida cuando aún el sistema nervioso está inmaduro.

- Lesión directa sobre el sistema nervioso.
- Afectación de alguna otra parte del cuerpo que provoca secundariamente alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso: riesgo biológico.
- Alteraciones genéticas.
- Causas que dependan del medio ambiente y que influyen sobre el crecimiento y desarrollo normal del sistema nervioso, como pueden ser factores de carácter social, económico o cultural.

*Criterios de diagnóstico temprano*²⁰

El diagnóstico debe ser baso en la historia clínica completa enfatizando en los antecedentes pre, peri y postnatales así como la exploración física cuidadosa para determinar algunos signos tempranos de alarma y la posibilidad de que le niño presente alguna alteración neurológica posterior.

- Cambios en la postura y/o tono muscular.
- Inadecuada o falta de reacción de enderezamiento.
- Inadecuada o falta de reacción de equilibrio.
- Persistencia o postura de patrón tónico la cual impide coordinación del movimiento.

- Asimetría en la postura que exceda los límites fisiológicos permitidos por dominancia cerebral.
- Retardo en el desarrollo parcial o total.
- Alteraciones o falta de integración perceptual (visual, auditiva, táctil y cinestésica)
- Mirada distraída, no fija la mirada.
- No localiza la fuente sonora.

10.4 Presentación de caso clínico

11.4.1 Anamnesis

Paciente femenino de 4.1 años de edad, referido a la clínica de Odontología Pediátrica del Centro Universitario de Posgrado e Investigación. Producto de la segunda gestación, con control prenatal adecuado, nació por parto en medio hospitalario a los nueve meses de gestación, lloró y respiró al nacer. Antecedente de alergia a la penicilina, fue hospitalizada a los dos días de su nacimiento por aumento en los niveles de bilirrubina. La paciente tiene diagnóstico de retraso psicomotor para lo cual recibe tratamiento.

A la exploración clínica encontramos paciente dolicofacial y simétrico; a nivel estomatológico se encuentra en estadio 1, observan múltiples lesiones cariosas severas, absceso a nivel de órgano dentario 85 y se complementó el diagnóstico con radiografías periapicales. Al examen de oclusión se observó escalón recto bilateral, línea inferior ligeramente desviada a la izquierda. Se observó higiene bucal deficiente, lesiones cariosas severas de tercer y cuarto grado.

Diagnóstico: Caries Temprana de la Infancia Severa (CTI-S).

Tratamiento odontológico: Se realizó bajo anestesia general, terapias pulpares colocación de coronas de acero cromo, una exodoncia.

Pronóstico: reservado

Exploración Intraoral

Frente

- Estadio clínico 1.
- Línea media inferior desviada ligeramente a la izquierda.
- Órganos dentarios presentes 53, 52, 51, 61, 62, 63, 73, 72, 71, 81, 82, 83.

Oclusal superior

- Arco en forma de U.
- Dentición primaria.
- Órganos dentarios presentes 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65.
- Paladar profundo.

Oclusal inferior

- Arco en forma de U.
- Dentición temporal.
- Órganos dentarios presentes 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85.
- Múltiples lesiones cariosas.

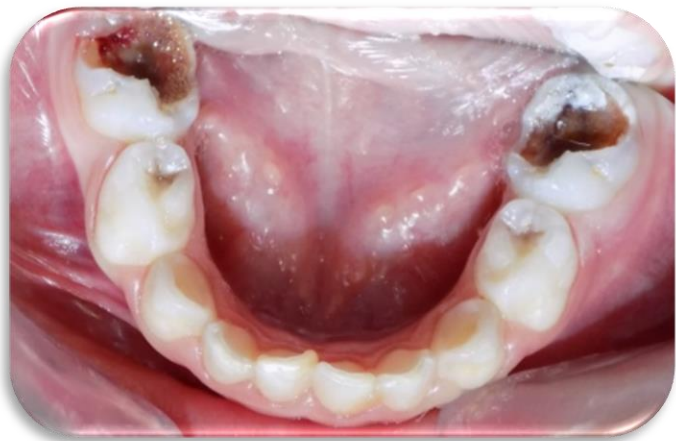
Lateral derecha

- Escalón distal recto.
- Relación canina CII.
- Lesiones cariosas de mancha blanca.

Lateral izquierda

- Escalón distal recto.
- Relación canina CII.
- Lesiones cariosas de mancha blanca.

Fotografías Iniciales



Diagnóstico dental

55	LCGVlg3	LCGVlg3	65
54	MANCHA BLANCA	MANCHA BLANCA	64
53	LCGVg2	LCGVg2	63
52	LCGIIIg2 MESIAL	LCGIIIg2 MESIAL	62
51	LCGIIIg2 MESIAL-DISTAL	LCGIIIg2 MESIAL- DISTAL	61
81	MANCHA BLANCA	MANCHA BLANCA	71
82	MANCHA BLANCA	MANCHA BLANCA	72
83	LCGVg1	LCGVg1	73
84	LCGIIg2	LCGI2g2	74
85	LCGVlg3	LCGVlg3	75

Plan de tratamiento

55	Pulpotomía y corona acero-cromo	Pulpotomía y corona acero-cromo	65
54	Barniz de flúor	Barniz de flúor	64
53	Corona acero-cromo	Corona acero-cromo	63
52	Corona acero-cromo	Pulpectomía y corona acero-cromo	62
51	Corona acero-cromo	Pulpectomía y corona acero-cromo	61
81	Barniz de flúor	Barniz de flúor	71
82	Barniz de flúor	Barniz de flúor	72
83	Restauración con ionómero de vidrio	Restauración con ionómero de vidrio	73
84	Corona acero-cromo	Corona acero-cromo	74
85	Extracción	Pulpectomía y corona acero-cromo	75

10.4.2 Tratamiento

Se programó la rehabilitación oral bajo anestesia general debido a que la comunicación con la paciente es prácticamente nula y al gran número de tratamientos requeridos.

En la primera cita se realizó encuesta de actitud a la madre de la paciente, historia clínica, toma de radiografías y autorización por parte de la jefa de clínica. En esta misma cita se informó a la madre que sería necesaria la rehabilitación bajo anestesia general, a lo que reacciono con bastante aceptación, sin embargo fue necesario que lo consultara con su esposo, padre de la paciente.

Una semana después se presentan ambos padres con la paciente la cual presenta aumento de volumen, aumento de temperatura y dolor en la mejilla derecha correspondiente a absceso de origen dental por órgano 85, por lo que se indica la extracción de éste sin la posibilidad de colocar una zapatilla distal debido a la condición de la paciente y el riesgo que puede haber de fracaso de la misma. Se receta antibiótico por una semana y se programa la intervención bajo anestesia general una semana después.

Se realizó la intervención bajo anestesia general con la previa valoración de la paciente por parte del anesthesiólogo sin eventualidades relevantes. Tuvo una duración total de 3 horas 15 minutos, de las cuales 2 horas 45 minutos fueron dedicadas a la rehabilitación oral, se utilizó Midazolam 7.5mg como pre medicación; para la inducción fueron utilizados óxido nitroso y oxígeno con mascarilla, cloruro de suxametonio 20mg y propofol 50mg; como medicamento de mantenimiento fue utilizado sevofluorano inhalado. Una vez terminado el procedimiento la paciente reaccionó adecuadamente y estuvo bajo observación postoperatoria por 1 hora 30 minutos.

Fue citada al tercer día de la intervención para revisión rutinaria y una semana después para la remoción de puntos de sutura que se colocaron en el lugar de la extracción, a ambas citas se presentó la madre con la paciente.

Fotografías finales



10.4.2.1 Resultado de la encuesta

- Edad de la madre: 39 años
- Escolaridad: secundaria
- Actitud: favorable

	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo
Los dientes temporales (de leche) son importantes para la estética, masticar y hablar.	X		
Los problemas en los dientes temporales afectan los dientes permanentes	X		
Usar biberón con jugos refrescos y chocolate por mucho tiempo afecta los dientes.	X		
El flúor previene la caries dental	X		
No llevo a mi hijo (a) al dentista porque es muy caro		X	
No llevo a mi hijo (a) al dentista por miedo		X	
Las bacterias que causan la caries se transmiten de padres a hijos			X
La salud oral afecta la salud en general	X		

10.5 Conclusión

Identificar la actitud del padre desde la primer cita del paciente pediátrico, es de suma importancia ya que ésta influye en el tiempo en que el niño es llevado para recibir atención dental. Cuando se identifica una actitud desfavorable es importante informar y educar al padre de familia sobre la prevención para poder mantener al paciente en estado de salud oral.

11. REFERENCIAS

1. Chih-Chang Cheng y cols, Immigrant-native differences in caries-related knowledge, attitude, and oral health behaviors: a cross-sectional study in Taiwan. *BMC Oral Health* 2014; 14 (3): 2-9.
2. Erika Lenčová y cols, Oral health attitudes and caries-preventive behaviour of Czech parents of preschool children. *Acta Médica Académica* 2013; 42:209-215.
3. Farith González y cols, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Publica de México* 2011; 53 (3): 247-257.
4. Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, Blinkhorn AS. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. *British Dental Journal*. 2003; Vol. 195: págs. 451-455.
5. Chhabra N, Chhabra A. parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. *European Archives of Pediatric Dentistry*. 2012. Págs. 76-82.
6. Morales P., *Medición de actitudes en psicología y educación*. 3er Edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2006.
7. Ibáñez T., Botella M., Domenech M., Samuel J., editores. *Introducción a la Psicología Social*. 1era Edición. Barcelona: UOC; 2004.
8. V. Hernández, E. Gómez, L. Maltes, M. Quintana, F. Muñoz, H. Toledo, V. Riquelme, B. Henríquez, S. Zelada, E. Pérez. La actitud hacia la enseñanza y aprendizaje de la ciencia en alumnos de Enseñanza Básica y Media de la Provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos-Chile. *Estud. pedagóg.* vol.37 no.1 Valdivia 2011.
9. Hogg M., Vaughan G., Haro M., editores. *Psicología Social*. 5ta Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2010.
10. Morales P., *Medición de actitudes en psicología y educación*. 3er Edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2006.
11. Merino MJ, Moreno MG, *Psicología Social*. 1ra Edición. Chile: UNED; 2005.
12. E. Woolfolk, Anita - *Psicología educativa*. Prentice Hall Hispanoamérica, S.A. 2000. Páginas 134, 247.
13. Aiken L., *Tests Psicológicos y Evaluación*. 11 Edición. México: Pearson Educación; 2003.
14. Hernández Sampieri R., *Metodología de la Investigación*. 1er Edición. México: McGraw-Hill; 1990.
15. Carmen G. Aravena, Estado de salud bucal, conocimientos, actitudes y prácticas en niños de 6 años del sector rural de la comuna de San Javier. Universidad de Talca, Chile 2010.
16. James C, Rocco JP. Tan common misunderstandings, misconceptions, persistent myths aun urban legends about Likert Scales and Likert response formats and their antidotes. *Journal of Social Sciences*. 3 (3): 106-116: 2007. Págs. 106-116.

17. Ibáñez T., Botella M., Domenech M., Samuel J., editores. Introducción a la Psicología Social. 1era Edición. Barcelona: UOC; 2004.
18. GARZÓN A. Dimensiones del conocimiento social. Promolibro. Valencia. 1985.
19. Meloni F. Federici E. Dennis JL. Parents' Education Shapes, but Does Not Originate, the Disability Representations of Their Children. PLOS ONE. DOI:10.1371/journal.pone.0128876. Italia. 2015.
20. Ai-Wen H. y cols. Participation of Children with Disabilities in Taiwan: The Gap between Independence and Frequency. PLOS ONE. DOI:10.1371/journal.pone.Taiwan. 2015.
21. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Unicef. Organización Mundial de la Salud. 2013. ISBN 978 92 4 3504063. Págs. 7-
22. Narbona J. Schlumberger E. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. Asociación Española de Pediatría. 2008. Págs. 151-152.
23. Guía diagnóstica de medicina física y rehabilitación: Retraso Psicomotor. Hospital General de México. 2011. Págs. 42-44
24. Perloff RM, The Dynamics of persuasion. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale NJ. 1993.