

Programa educativo de higiene dental en preescolares de contextos vulnerables. La preparación psicológica parental y el rol docente

Martha Leticia Gaeta González y Judith Cavazos Arroyo *

Resumen. Este estudio tiene como propósito analizar la preparación psicológica de los padres de familia y el rol de las educadoras para el desarrollo de hábitos de higiene dental infantil, a partir de un programa educativo dirigido a preescolares en contextos de vulnerabilidad social. Participaron 120 padres y madres de familia, con hijos entre cuatro y seis años de edad, y nueve educadoras pertenecientes a ocho Centros de Atención Infantil Comunitaria (CAIC). El diseño pre-post test mostró que al finalizar el programa los padres presentaron un decremento en el sentido de autoeficacia para apoyar a sus hijos en el desarrollo de hábitos de higiene dental, además de que la intención del comportamiento fue mayor que la actuación posterior. Las educadoras mostraron un mayor conocimiento sobre la caries y la salud bucal infantil después del programa. Además, consideraron como fuente de información principal sobre la higiene dental a la clínica dental, seguida del promotor de salud y la familia. Aunado a lo anterior, las educadoras consideraron como principales razones para mantener una buena higiene bucal la prevención de caries y de enfermedades de las encías. Las educadoras no cambiaron su percepción del rol docente en la prevención de la salud bucal, el cual desde un inicio era de participación activa. Se discuten las implicaciones para la práctica educativa, a la luz de estos resultados.

Palabras clave: habilidades; higiene dental; pre-escolar; padres de familia; docentes

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM HIGIENE BUCAL PARA CRIANÇAS DO ENSINO PRÉ-ESCOLAR EM CONTEXTOS VULNERÁVEIS. A PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA DOS PAIS E O PAPEL DOS PROFESSORES

Resumo. Este estudo tem como objetivo analisar a preparação psicológica dos pais e o papel das educadoras no desenvolvimento de hábitos de higiene bucal infantil, com base em um programa educacional voltado para crianças em idade pré-escolar em contextos de vulnerabilidade social. Participaram 120 pais e mães de família, com filhos entre quatro e seis anos de idade, e nove educadoras pertencentes a oito Centros de Atenção Infantil Comunitária (CAIC). O projeto de pré e pós-teste mostrou que, ao final do programa, os pais apresentaram uma diminuição no senso de autoeficácia para apoiar seus filhos no desenvolvimento de hábitos de

* Profesoras-investigadoras del Doctorado en Mercadotecnia, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

higiene bucal, além do que a intenção do comportamento foi maior do que o desempenho subsequente.

As educadoras demonstraram um maior conhecimento sobre cáries e saúde bucal após o programa. Além disso, consideraram a clínica odontológica como a principal fonte de informação sobre higiene dental, seguida pelo promotor de saúde e pela família. Neste sentido, as educadoras também apontaram a prevenção de cáries e de doenças das gengivas como um os principais motivos para manter uma boa higiene bucal. As educadoras não alteraram sua percepção do papel dos professores na prevenção da saúde bucal, o qual teve desde o início uma participação ativa. Tendo em conta estes resultados, são discutidas as implicações para a prática educacional.

Palavras-chave: habilidades; higiene bucal; ensino pré-escolar; pais de família; professores.

DENTAL HYGIENE EDUCATIONAL PROGRAM IN PRESCHOOLERS FROM VULNERABLE CONTEXTS. PARENTAL PSYCHOLOGICAL PREPARATION AND THE ROLE OF TEACHERS

Abstract. This study aims to analyze the psychological preparation of parents and the role of educators in the development of children's dental hygiene habits, through an educational program for preschoolers in contexts of social vulnerability. Participants included 120 parents, with children between four and six years of age, and nine educators belonging to eight Community Child Care Centers (CAIC). The pre-post test design showed that at the end of the program parents presented a decrease in the sense of self-efficacy to support their children in the development of dental hygiene habits, additionally the intention of the behavior was greater than the later performance. Educators showed greater knowledge about cavities and oral health after the program. In addition, they considered the dental clinic, the health promoter and the family as main sources of information on dental hygiene. Educators considered caries and gum disease prevention as the main reasons for maintaining good oral hygiene. Educators did not change their perception of the role that teachers have in the prevention of oral health, which from the beginning was of an active participation. Implications for educational practice are discussed in the light of these results.

Keywords: skills; dental hygiene; preschool; Parents; Teachers

1. INTRODUCCIÓN

La educación del Siglo XXI demanda un desarrollo integral de la persona, mediante el fortalecimiento de las distintas áreas de su vida. Un óptimo desarrollo educativo involucra por tanto no sólo una preparación intelectual, sino también considerar el valor de la salud; desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, social y espiritual (Maier y Marian, 2015). De ahí que una orientación hacia el desarrollo de hábitos saludables, desde un enfoque preventivo, se considera como una acción educativa.

En este sentido, los padres son los primeros responsables de la educación de sus hijos, siendo el ámbito escolar donde se complementa esa educación. Como muestran diversos estudios, la salud física y emocional, así como el desarrollo cognitivo y el funcionamiento social de los niños está influenciado fuertemente por el funcionamiento de su familia, el cual es un reflejo de su composición, su disposición y sus hábitos (Gokhale y Nuvvula, 2016). Asimismo, los grupos sociales involucrados en las instituciones educativas, particularmente los docentes, constituyen un factor importante para el desarrollo de procesos educativos, incluyendo aquellos relacionados con la salud, a través de la formación que se brinda a los niños y la comunicación que se mantiene con sus padres.

En lo que a la salud física se refiere, como muestra la literatura (Hooley, Skouteris, Biganin, Satur y Kilpatrick, 2012), una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia a nivel mundial es la caries dental que, de no prevenirse, puede tener importantes consecuencias en el crecimiento de los niños, en la calidad de vida e incluso en su desarrollo cognitivo y social (Arrow, Raheb y Miller, 2013). Este problema de salud pública se acentúa aún más en países en vías de desarrollo y afecta especialmente a los grupos en condición de vulnerabilidad (World Health Organization, 2003) y en edades tempranas (Hooley *et al.*, 2012).

En este contexto, diversos organismos e investigadores a nivel internacional recomiendan una atención preventiva desde la infancia temprana -antes de los seis años de edad- como la mejor estrategia para evitar la aparición de caries dental (World Health Organization, 2003; Kenney, Kogan y Crall, 2008), lo cual representa una oportunidad y a la vez un reto para el desarrollo de programas de intervención para que los niños adquieran buenos hábitos de higiene bucal (Gao, Chin Man Lo, McGrath, Mun Yin Ho, 2013), sobre todo en contextos de vulnerabilidad social (Sultan, Ain, y Gowhar, 2016), ya que en estas edades los niños generalmente tienen pocas habilidades y la educación necesaria para su auto-cuidado (Matthews, 2010) y aún están desarrollando hábitos de higiene bucal para cepillarse, enjuagar y escupir correctamente (Bentley, Ellwood y Davies, 1999). Además, a estas edades los infantes no tienen la visión completa respecto a su salud y no entienden la gravedad o los pasos para reducir la prevalencia de esta enfermedad (Maier y Marian, 2015).

Diversos investigadores (Hooley *et al.*, 2012; Finlayson, Siefert, Ismail y Sohn, 2007; Freire, Luiz, De Souza y Puppín-Rontanid, 2012; AUTOR) concuerdan en que el comportamiento de higiene oral de los niños y sus resultados están influenciados en gran medida por el conocimiento, las creencias y los hábitos de los adultos cercanos. Es por ello que la intervención directa y sistematizada de los docentes, junto con el apoyo y supervisión

de los padres, son determinantes en la percepción de los menores sobre su propia capacidad y en la adquisición de habilidades necesarias para el autocuidado dental.

Sin embargo, la mayoría de los programas de educación en salud dental se enfocan en ofrecer información y en aspectos normativos (Gao *et al.*, 2013), siendo escasos los esfuerzos de intervención que incorporan otras variables de tipo psicológico (Clarkson, Young, Ramsay, Bonner y Bonetti, 2009) y lo son aún más aquellos trabajos que indaguen sobre los conocimientos y habilidades de los padres de familia o de los docentes, que les permita ayudar a los niños en la adquisición de hábitos de una mejor manera.

Al respecto, es importante señalar que el éxito de una intervención para una buena salud bucal requiere empoderar a los docentes y a los padres de familia, de modo que puedan inculcar y reforzar buenos hábitos en los niños (Gao *et al.*, 2013), ya que estos esfuerzos no tendrán resultados a largo plazo si las personas no se sienten capaces para llevarlos a cabo, no tienen la intención y el control para su realización o no saben cómo generar hábitos de higiene bucal saludables.

168

La preparación psicológica de los padres puede incidir por tanto en la promoción de buenos hábitos de higiene dental en sus hijos, que les permita mantener una buena salud bucal de manera preventiva. Esta preparación se refiere a la adquisición de conocimientos, a la motivación y percepción de autoeficacia para una buena higiene bucal, así como al desarrollo de hábitos para mantener la propia salud y la de sus hijos.

De igual forma, los docentes tienen un rol importante en cuanto a la orientación sobre hábitos saludables para la prevención de caries en los infantes, a través de la instrucción y concientización de los menores sobre la importancia de los hábitos de cepillado dental. Además de la comunicación y el trabajo coordinado con los padres de familia (Farooqi *et al.*, 2015; Maier y Marian, 2015). Sin embargo, estas acciones educativas se deben desarrollar de manera sistemática y continuada, siendo los primeros pasos para una óptima salud bucal los hábitos de cepillado dental.

1.1 El presente estudio

El objetivo de este estudio consistió en analizar la preparación psicológica de los padres de familia y el rol de las educadoras para el desarrollo de hábitos de higiene dental infantil, a partir de un programa educativo dirigido a pre-escolares de contextos de vulnerabilidad social.

De manera específica se busca:

- Identificar los conocimientos y las creencias de autoeficacia de los padres de familia para apoyar a sus hijos en el desarrollo de hábitos de higiene dental y en relación con la intención y control del comportamiento, al inicio y final del programa.
- Identificar las fuentes de conocimiento y la percepción de las educadoras sobre el rol docente para el cuidado bucal preventivo de los niños, al inicio y final del programa.

Con base en los objetivos planteamos las siguientes hipótesis:

H₁. Existen diferencias significativas entre los conocimientos, autoeficacia, hábitos de higiene dental, intención-comportamiento y control de la acción de los *padres* al inicio y al final del programa.

H₂. Existen diferencias significativas sobre las fuentes de conocimiento y la percepción del rol docente de las *educadoras* al inicio y al final del programa.

2. MÉTODO

2.1 *Diseño del estudio*

Se desarrolló un programa educativo sobre hábitos de higiene dental en niños en edad pre-escolar, que asisten a los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) en el municipio de San Pedro Cholula, Puebla, México. En dichos centros se llevan a cabo acciones educativo-asistenciales para la formación integral de niños menores de 6 años, que se encuentran en situación de vulnerabilidad social; hijos de madres trabajadoras o de padres solos que carecen de servicios asistenciales.

El programa se realizó en el ciclo académico 2014-2015, con una duración de doce semanas. Para su realización se contó con la participación de las educadoras de los CAIC, de los padres de familia de los menores y de las promotoras de salud pertenecientes al organismo municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Dadas las condiciones del programa se optó por un diseño cuasi-experimental con pre-test y pos-test y grupo control. En este trabajo se reportan los resultados correspondientes a los conocimientos y percepciones de los padres de familia y a las educadoras antes y después del programa.

2.2 Consideraciones éticas

Se siguió un protocolo de ética durante el desarrollo del estudio y para la generación de los resultados, el cual contó con la aprobación de los directivos del DIF municipal.

2.3 Participantes

Los sujetos de estudio fueron 120 padres y madres de familia, entre 18 y 58 años de edad, y nueve educadoras, entre 20 y 51 años de edad, pertenecientes a ocho CAICS y que imparten cursos a niños de tercer grado de preescolar.

2.4 Instrumentos

Se desarrollaron dos cuestionarios para ser aplicados de manera individual a los padres de familia y a las educadoras, respectivamente, los cuales fueron adaptados al contexto mexicano de instrumentos estandarizados en las diferentes variables de estudio y los cuales cuentan con un nivel adecuado de confiabilidad (Arrow *et al.*, 2013; Dempster y Donnelly, 2008; Elfriede, Ollis y Davies, 2013; Verplanken y Orbell, 2003). El cuestionario para padres de familia consistió de 38 preguntas y el de las docentes de 30 preguntas. Las preguntas de ambos cuestionarios se contestan mediante una escala tipo Likert, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las variables evaluadas en los dos cuestionarios se indican en la tabla 1.

TABLA 1

Variables de los cuestionarios para padres de familia y para educadoras

Padres de familia	Educadoras
Conocimientos sobre salud bucal infantil	Conocimientos sobre la salud bucal infantil
Autoeficacia Intención-comportamiento	Percepción del rol docente en la prevención de la salud bucal
Control de la acción	
Hábitos de higiene dental	

Fuente: Elaboración propia

2.5 Procedimiento

Los cuestionarios se aplicaron antes y después del programa, a cada educadora dentro del horario escolar y a los padres de familia en una sesión destinada para ello. Los análisis estadísticos se desarrollaron utilizando el software SPSS versión 20.

Previo a la realización del programa, los padres de familia recibieron información sobre la promoción de hábitos de higiene dental en niños. Las sesiones informativas fueron impartidas por la promotora de salud en cada CAIC, con una duración aproximada de dos horas. Además, se entregó un tríptico a los padres de familia sobre tópicos de higiene bucal y pautas de actuación para trabajar con sus hijos en casa. Las educadoras, por su parte, recibieron formación específica, mediante un seminario de un día, sobre la promoción de hábitos de higiene dental –impartido por una experta odontóloga- y sobre habilidades de autorregulación en los menores –impartido por los investigadores responsables del estudio-.

Durante la realización del programa, los padres de familia llevaron a cabo, diariamente, una práctica guiada y monitoreo del cepillado de los niños en casa, a través de bitácoras de control, las cuales eran entregadas por parte de las educadoras de manera semanal. Asimismo, se llevó a cabo una orientación a los padres de manera individual, en el caso de que sus hijos requirieran ser referidos a especialistas por problemas de caries.

Las educadoras llevaron a cabo el programa durante 12 semanas, mediante una sesión semanal de una hora y media de duración, dentro del horario escolar de los menores. El programa estuvo organizado en torno a la enseñanza de hábitos de higiene bucal por parte de la promotora de salud, así como la lectura y discusión guiada, por parte de la educadora, del libro “Las travesuras del Amarillo” (Rosário, Nuñez y González-Pienda, 2007; 2014), el cual está dirigido a niños de 4 a 10 años de edad y constituye una herramienta para la promoción de habilidades de autorregulación, a través de narraciones. Aunado a lo anterior, se realizó una práctica guiada del cepillado dental de los menores después del recreo, durante los cinco días de la semana.

3. RESULTADOS

3.1 Análisis de los padres de familia

3.1.1 Demográficos

De los 120 padres de familia participantes, 69.2% tenía entre 18 y 28 años de edad; 64.2% era de sexo femenino y 35.8% de sexo masculino; 54.2% era casado/a y 25.8% vivía en unión libre. Además, 79.2% dijo tener

solamente un hijo estudiando en el CAIC. Asimismo, en el 45% de los casos solamente el padre trabajaba fuera del hogar, mientras que 35% mencionó que ambos padres trabajan y un 20% sostuvo que solamente la madre trabajaba. Los padres entrevistados tenían entre uno y seis hijos, donde el 30.8% manifestó tener dos hijos, seguido por el 27.5% con tres hijos y el 24.2% con un hijo. El 40% de las madres contaba sólo con educación básica y el 37.5% con educación media superior, mientras que solamente el 9.2% tenía estudios universitarios y 2.5% no contaba con estudios formales. En cambio, el 48.3% de los padres contaba con educación básica como nivel máximo de estudios, el 32.5% con educación media superior, el 6.7% no tenía estudios y solamente el 5% contaba con estudios universitarios.

3.1.2 Comparativo antes y después del programa

Prueba t pareada. Se recomienda utilizar esta prueba cuando las muestras del estudio pertenecen a un mismo individuo o cuando el comportamiento de los sujetos de estudio está relacionado, tal como sucede en esta investigación. En este caso, se analizaron las diferencias de los padres antes y después del programa respecto a su “conocimiento” sobre la higiene bucal de sus hijos, la “autoeficacia” para la supervisión de la higiene bucal de éstos, la “intención-comportamiento” sobre la higiene bucal de los hijos y los “hábitos de higiene dental”. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en dos de las cuatro variables (tabla 2): Autoeficacia ($t=2.989$; $p=0.003$) e Intención-Comportamiento ($t=16.553$; $p=0.000$).

Los estadísticos descriptivos mostraron que la autoeficacia de los padres para la supervisión en el cepillado dental disminuyó después de concluido el programa ($\bar{x}_1=2.81$, $DT_1=0.6215$; $\bar{x}_2=2.59$, $DT_2=0.727$). Además, la intención de tomar acciones sobre la higiene bucal de su hijo/a participante en el programa fue mayor que los comportamientos llevados a cabo al respecto ($\bar{x}_1=3.35$, $DT_1=0.5289$; $\bar{x}_2=2.26$, $DT_2=0.59$).

TABLA 2
Comparativo de los padres antes y después del programa

Variable	t pareada	p
Conocimiento	0.112	0.911
Autoeficacia	2.989	0.003
Intención-comportamiento	16.553	0.000
Control de la acción	-0.729	0.468
Hábitos de higiene dental	0.396	0.693

3.2 Análisis de las educadoras

3.2.1 Demográficos

Se encuestó a nueve educadoras, de las cuales 57% tiene entre 20 y 39 años de edad y 43% entre 40 y 51 años de edad; 28.6% tiene entre 1 y 10 años de experiencia docente, 42.9 % entre 11 y 20 años de experiencia y 28.5% entre 21 y 33 años de experiencia.

3.2.2 Comparativo antes y después del programa

a) Fuentes de información.

Para todas las educadoras, la fuente de información más importante respecto a la higiene dental, antes y después del programa, es la clínica dental, seguida del promotor de salud. Sin embargo, después del programa las docentes consideraron más fuentes de información como relevantes incluyendo a la familia y a los medios de comunicación, como la televisión o la radio (tabla 3).

TABLA 3

Fuente más importante para proveer información sobre higiene dental

Antes del programa		Después del programa	
Fuente	%	Fuente	%
Clínica dental	44	Clínica dental	44
Promotor de salud	44	Promotor de salud	22
Libros o revistas	11	Familia	22
		Tv o Radio	11

b) Razones para mantener una buena higiene dental

Después del programa, las educadoras incrementaron en peso las razones de salud para mantener una buena higiene bucal (tabla 4). Antes del programa, las educadoras consideraban a la prevención de caries, la prevención de enfermedades de encías y el dar un ejemplo a los niños como las principales razones para mantener una buena higiene dental. Después del programa las educadoras continuaron considerando en primer lugar a la prevención de caries, seguido por la prevención de enfermedades de encías, pero en tercer lugar quedó la prevención del mal aliento.

TABLA 4

Razones para mantener una buena higiene bucal antes y después del programa

Razones	Antes					Después				
	Comple- tamente impor- tante	Muy im- por- tante	Indi- feren- te	Poco im- por- tante	Nada im- por- tante	Comple- tamente impor- tante	Muy im- por- tante	Indi- feren- te	Poco im- por- tante	Nada im- por- tante
Prevenir la caries	66%	33%				88%	11%			
Mejorar la apariencia				33%	44%				11%	44%
Prevenir enfermedades de las encías	22%	55%	11%			11%	66%	22%		
Prevenir el mal aliento			77%	22%		11%		33%	44%	11%
Reducir los costos de atención dental				11%	33%			22%	11%	33%
Dar ejemplo a los niños	11%	11%	22%	22%	33%		11%	22%	44%	22%

174

Prueba t pareada. Se consideró la medición de las variables “conocimientos de la caries”, “conocimientos de salud bucal infantil” y “percepción del rol docente en la prevención de la salud bucal”, antes y después del desarrollo del programa. Posterior a la validación de los supuestos de la prueba t, los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas solamente en el conocimiento de la caries ($\bar{x}_1=3.22$, $\bar{x}_2=3.80$) y sobre salud bucal infantil ($\bar{x}_1=1.55$, $\bar{x}_2=3.44$). Sin embargo, las educadoras no cambiaron su percepción del rol docente en la prevención de la salud bucal (tabla 5).

TABLA 5

Comparativo de las educadoras antes y después del programa: resultados significativos

Dimensión	Ítem	t	Sig.
Conocimiento s/caries	Causadas por bacterias en la boca	-3.16	0.013
Conocimiento s/salud	La salud general es más importante que la salud bucal	-6.107	0.001

4. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que el perfil general de los padres de familia participantes en el estudio es de jóvenes (entre 18 y 28 años de edad), en su mayoría del sexo femenino, casadas y que tienen entre uno y seis hijos. Además, en poco menos de la mitad de las familias solamente el padre trabaja fuera del hogar y tanto las madres como los padres de familia cuentan sólo con educación básica. En cuanto a las educadoras, poco más de la mitad son jóvenes (entre 20 y 39 años de edad) de entre 11 y 20 años de experiencia.

Por otro lado, en cuanto a los comparativos antes y después del programa, se encontraron diferencias significativas en los padres respecto a su percepción de autoeficacia y en la intención-comportamiento para la higiene bucal de sus hijos. La autoeficacia de los padres para la supervisión en el cepillado de dientes disminuyó después de concluido el programa. Además, la intención de tomar acciones sobre la higiene bucal de su hijo/a fue mayor que los comportamientos llevados a cabo al respecto. Estos resultados permiten aceptar de manera parcial la H_1 . Existen diferencias significativas entre los conocimientos, autoeficacia, hábitos de higiene dental, intención-comportamiento de los padres respecto la salud bucal de los hijos, al inicio y al final del programa de educación en hábitos de higiene dental.

Estos hallazgos sugieren que el programa de intervención en los niños no impactó en la confianza de los padres para apoyar a sus hijos, lo cual puede deberse a que el enfoque en la participación de los padres estuvo basada más en la trasmisión de conocimiento y no tanto en el desarrollo de habilidades por parte de los progenitores. Asimismo, estos resultados corroboran los de otros estudios previos (Maier y Marian, 2015), en cuanto a la complejidad de realizar intervenciones en las que se involucre a los padres de familia. Sobre todo cuando se trata de grupos en desventaja social (Ionas y Dăncilă, 2017; Matthews, 2010; Sultan *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2002), donde los padres tienen un bajo nivel educativo (en su mayoría nivel básico) y limitado acceso a servicios comunitarios.

Sin embargo, también es un reto el lograr involucrar en mayor medida a los padres de familia en la educación de sus hijos, en este caso en su salud bucal. Lo que nos conduce a profundizar más en este sentido en futuros estudios de intervención, a fin de lograr una mayor participación por parte de los padres en este proceso (Ionas y Dăncilă, 2017; González-Chávez y García-Rupaya, 2013), mediante un énfasis en el desarrollo de habilidades para el cuidado y supervisión del cepillado dental de sus hijos. Lo anterior, debido a que, como hemos señalado, los niños de estas edades

aún se encuentran en un proceso de desarrollo de hábitos de higiene bucal (Bentley, Ellwood y Davies, 1999; Mattheus, 2010) y requieren la asistencia, supervisión y ejemplo de los adultos cercanos.

Respecto a las diferencias de las educadoras antes y después del programa, se encontró que para todas ellas, la fuente de información más importante respecto a la higiene bucal es la clínica dental, seguida del promotor de salud. Sin embargo, después del programa las educadoras consideraron más fuentes de información como la familia y los medios de comunicación (por ej. televisión o radio). Aunado a lo anterior, las educadoras consideraron como principales razones para mantener una buena higiene bucal, tanto antes como después del programa, la prevención de caries, seguido por la prevención de enfermedades de encías. Además, los resultados mostraron un mayor conocimiento sobre la caries y sobre la salud bucal infantil al finalizar el programa.

Aunado a lo anterior, las educadoras mantuvieron su percepción del rol docente en la prevención de la salud bucal, el cual era de participación activa. Estos resultados permiten aceptar de manera parcial la H₂. Existen diferencias significativas sobre las fuentes de conocimiento y la percepción del rol docente de las *educadoras* al inicio y al final del programa de educación en hábitos de higiene dental.

176

Al respecto, concordamos con otros investigadores (Chalas, Maksymiuk y Fajgier, 2014; Ehizele, Chiwuzie y Ofili, 2011; Simratvir, 2011) en que para que los profesores puedan estar en posibilidades de generar conciencia sobre la salud bucal en los menores y promover una actitud positiva por parte de los adultos a su cargo, deben tener un adecuado conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad, los factores de riesgo, las formas de prevenirlos, así como una actitud favorable de prevención y estrategias para la intervención.

A partir de ello, tendrán más posibilidad de evaluar la rutina de higiene dental de los infantes y por tanto proveer de supervisión puntual y personalizada. Lo anterior, como señalan Naidu y Nandlal (2017) puede y debe ser promovido durante el curso académico, sobre todo en países en vías de desarrollo, donde existen recursos limitados. Lo que además permitirá a los docentes referir a los menores a los servicios de salud cuando sea necesario.

5. CONCLUSIONES

A partir de nuestros hallazgos, consideramos necesario que los adultos cercanos a los niños estén informados, se motiven y adquieran las competencias necesarias para el cuidado de su propia salud bucal de los infantes de manera sistemática. Sobre todo en el hogar, dado el modelo actual de familia donde muchas veces ambos padres trabajan fuera de casa y otras personas hacen el rol de cuidadores de los menores, por ejemplo: abuelos, tíos, etcétera.

Como hemos mencionado, los padres de familia tienen un papel primordial en el cuidado adecuado y sistemático de los dientes de los menores. De modo que la orientación hacia hábitos saludables constituye una acción educativa en la que la preparación psicológica de los padres contribuye de manera significativa. De ahí que educar a los padres en métodos de prevención contra la caries, que les permita fortalecer su sentido de autoeficacia puede contribuir de manera significativa al involucramiento en el desarrollo de hábitos de higiene oral de sus hijos a largo plazo y eventualmente a la reducción de la prevalencia de caries en los menores (Arrow *et al.*, 2013).

De igual forma, se enfatiza la importancia del involucramiento de los docentes en la concientización de los hábitos de cepillado en los infantes desde edades tempranas, así como en la guía a los padres de familia sobre cómo maximizar el potencial de los niños para su autocuidado, de acuerdo con las necesidades de los menores, sobre todo en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social. Lo anterior debido a que como se ha demostrado en otros estudios previos (Finlayson *et al.*, 2007; Freire *et al.*, 2012), los comportamientos de salud de los niños y sus resultados se encuentran influenciados en gran medida por el conocimiento, las creencias y los hábitos de los adultos cercanos, principalmente de los progenitores.

Existen algunas limitantes de esta investigación que es importante señalar. Al tratarse de un estudio exploratorio, sabemos que los resultados no pueden ser generalizados a otros contextos, sin embargo, consideramos que pueden servir de guía a los educadores y a los profesionales de la salud para generar programas preventivos en los que se involucren a los padres de familia para el fortalecimiento de sus variables psicológicas, que promuevan mejores hábitos de higiene bucal.

Enfatizamos en la necesidad de desarrollar más intervenciones educativas desde un enfoque comunitario, que considere el desarrollo de aspectos psicológicos de los actores; con docentes informados, conscientes de su rol como educadores, en vinculación con los promotores de salud y con

la participación activa de los padres de familia. Sobre todo, en contextos de vulnerabilidad social, donde el acceso a servicios dentales es limitado y el desarrollo de hábitos para el cuidado dental es todavía un reto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrow, P., Raheb, J. y Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health*, 13(1), 245-253.
- Bentley, E.M., Ellwood, R.P. y Davies, R.M. (1999). Oral Hygiene: Fluoride ingestion from toothpaste by Young children. *British Dental Journal*, 186(9), 460-462.
- Chalas, R., Maksymiuk, O. y Fajgier, T. (2014). The evaluation of kindergarten teachers' preparation to promote oral health among children. *Polish Journal of Public Health*, 124(1), 33-37.
- Clarkson, J.E., Young, L., Ramsay, C.R., Bonner, B.C. y Bonetti, D. (2009). How to Influence Patient Oral Hygiene Behavior Effectively. *Journal of Dental Research*, 88(10), 933-937.
- Dempster, M. y Donnelly, M. (2008). Validity of the Perceived Health Competence Scale in a UK primary care setting. *Psychology, Health and Medicine*, 13(1), 123-127.
- Ehizele, A., Chiwuzie, J. y Ofili, A. (2011). Oral health knowledge, attitude and practices among Nigerian primary school teachers. *International Journal of Dental Hygiene*, 9, 254-260.
- Elfriede, K., Ollis, C. y Davies, S. (2013). Habitual Self-Control: A Brief Measure of Persistent Goal Pursuit. *European Journal of Personality*, 27, 82-95.
- Farooqi, F. A., Khabeer, A., Moheet, I. A., Khan, S. Q., Farooq, I. y ArRejaie, A. S. (2015). Prevalence of dental caries in primary and permanent teeth and its relation with tooth brushing habits among school children in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 36(6), 737-742.
- Finlayson, T., Siefert, K., Ismail, A. y Sohn, W. (2007). Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 439-448.
- Freire, A.R., Luiz, F., De Souza, T. y Puppim-Rontanid, R.M. (2012). Influence of family environment on childrens' oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 116-123.
- Gao, X., Chin Man Lo, E., McGrath, C. y Mun Yin Ho, S. (2013) Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 1-18.
- Gokhale, N. y Nuvvula, S. (2016). Influence of socioeconomic and working status of the parents on the incidence of their children's dental caries. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 7, 127-129.
- Hooley, M., Skouteris, H., Biganin, C., Satur, J. y Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40, 873-885.

-
- Ionas, M. y Dăncilă, A. (2017). Dental care awareness among mothers of children from disadvantaged socioeconomic backgrounds in Romania. *Public Health and Management*, 22(1), 26-29.
- Kenney, M.K., Kogan, M.D. y Crall, J.J. (2008). Parental perceptions of dental/oral health among children with and without special health care needs. *Ambulatory Pediatrics*, 8(5), 312-320.
- Maier, R. y Marian, A. (2015). The teacher-parent educational partnership, health promotion program –specific case- dental health. *International Conference of Scinetific Paper AFASES 2015*, Brasov, 28-30 may.
- Matthews, D.J. (2010). Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2116-2125.
- Naidu, J. y Nandlal, B. (2017) Evaluation of the Effectiveness of a Primary Preventive Dental Health Education Programme Implemented Through School Teachers for Primary School Children in Mysore City. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7, 82-89.
- Simratvir, M. (2011). A study to assess the role of teachers in the promotion of oral health in developing countries. *Journal of Education and Ethics in Dentistry*, 1, 33-36.
- Sultan, S., Ain, T.S. y Gowhar, O. (2016). Awareness of mothers regarding oral health of theory children in Kashmir, India. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 3(7), 2454-2458.
- Verplanken, B. y Orbell, S. (2003). Reflections on past behavior. A Self-Report Index on Habit Strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313-1330.
- World Health Organization (2003). The world oral health report 2003. Geneva: WHO. 2003 [actualizado 19 Sept 2016].

